

Gemeinsame Empfehlung

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

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 Bundesanstalt 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 schwer-
behinderte 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 Antragseingangs 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 auf-**

nimmt (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. das Arbeitsamt) 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. Eine **nochmalige Weiterleitung** eines Antrages erfolgt im Interesse behinderter Menschen **ausnahmsweise** auch dann, wenn ein Antrag aufgrund eines offensichtlichen Bearbeitungsfehlers an einen Rehabilitationsträger weitergeleitet wurde, dessen Leistungsrecht die in Betracht kommende **Leistung nicht umfasst**.

Das ist beispielsweise der Fall 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.**

Die nochmalige Weiterleitung hat **unverzüglich** zu erfolgen.

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 (vgl. Anhang), 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 Bundesanstalt für Arbeit,
3. in Fällen von Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft der Träger der Sozialhilfe, der nach den Vorschriften des BSHG örtlich und sachlich zuständig ist,
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, 111f. SGB X finden bzgl. der Geltendmachung von Erstattungsansprüchen Anwendung.

§ 6

Gutachtenerstellung

Die Rehabilitationsträger wirken darauf hin, dass die Begutachtung 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.

Anhang

Zuständigkeitsaufteilung innerhalb der Rentenversicherung

Die Zuständigkeit der Rentenversicherungsträger richtet sich im Recht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen nach den §§ 125 bis 142 SGB VI.

Danach ist grundsätzlich die Art der letzten versicherungspflichtigen Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit für die sachliche Zuständigkeit der Rentenversicherungsträger maßgebend. Welcher Rentenversicherungsträger für den jeweiligen Versicherten zuständig ist, regeln die §§ 128 ff. SGB VI.

Nach § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB VI bleibt es bei der Zuständigkeit eines Rentenversicherungsträgers bis ein anderer Träger aufgrund einer Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit ausschließlich zuständig wird.

Als Grundregel lässt sich daher festhalten, dass sich die Zuständigkeit nach dem letzten wirksamen Pflichtbeitrag oder freiwilligen Beitrag, der nach Art der Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit im Zeitpunkt der Antrags entrichtet wurde, bestimmt.

Für Teilhabeleistungen an Hinterbliebene ist der Versicherungsträger zuständig, an den zuletzt Beiträge für den Verstorbenen gezahlt worden sind (§ 126 Abs. 2 SGB VI). Können Leistungen zur Teilhabe sowohl aus eigener Versicherung als auch auf Grund der Hinterbliebeneneigenschaft, zum Beispiel als Witwe, beantragt werden, geht die Zuständigkeit aus eigener Versicherung vor.

1. Zuständigkeitsabgrenzung der Landesversicherungsanstalten untereinander

Die örtliche Zuständigkeit der Landesversicherungsanstalten richtet sich nach folgender Reihenfolge:

1. Wohnsitz,
2. gewöhnlicher Aufenthalt,
3. Beschäftigungsort,
4. Tätigkeitsort,

wobei bei Leistungsansprüchen der Zeitpunkt der Antragstellung maßgebend ist (§ 130 SGB VI).

2. Zuständigkeitsabgrenzung zwischen Landesversicherungsanstalten und Bundesversicherungsanstalt für Angestellte

Entsprechend den oben genannten Grundsätzen richtet sich die Zuständigkeitsverteilung zwischen den Landesversicherungsanstalten und der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte nach der Art der Beschäftigung und dem letzten wirksamen Pflichtbeitrag (bzw. freiwilligen Beitrag bei ausschließlich freiwilliger Versicherung) im Zeitpunkt des Leistungsantrags.

3. Sonderzuständigkeiten

Die allgemeine Zuständigkeitsregelung des § 126 SGB VI ist nicht maßgebend, soweit sich für Versicherte der Bundesknappschaft, der Seekasse und der Bahnversicherungsanstalt Sonderzuständigkeiten ergeben.

3.1 Sonderzuständigkeit der Bundesknappschaft

Seit 01.01.2002 ist die Bundesknappschaft zuständig, wenn irgendwann vor Antragstellung mindestens ein Beitrag auf Grund einer Beschäftigung zur knappschaftlichen Rentenversicherung entrichtet wurde (§ 140 SGB VI).

3.2 Sonderzuständigkeit der Seekasse

Als Träger der Arbeiterrentenversicherung ist die Seekasse für Leistungen zur Teilhabe zunächst zuständig, wenn der letzte Pflichtbeitrag als Arbeiter vor Antragstellung an sie gezahlt wurde (§§ 126 Abs. 1, 128 Nr. 3, 129 Abs. 2 SGB VI).

Daneben besteht eine Sonderzuständigkeit der Seekasse an Stelle der sonst zuständigen Landesversicherungsanstalt, wenn insgesamt fünf Jahre Beitragszeiten aufgrund einer in der Seefahrt ausgeübten Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit zurückgelegt wurden. Dies gilt auch dann, wenn der Versicherte bei einem anderen Rentenversicherungsträger länger oder zuletzt vor dem Leistungsantrag versichert war. Diese Sonderzuständigkeit der Seekasse gilt allerdings nicht, wenn die Bahnversicherungsanstalt oder die Bundesknappschaft sachlich zuständig ist.

Eine Sonderzuständigkeit der Seekasse als Träger der Angestelltenrentenversicherung besteht an Stelle der sonst zuständigen Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, falls zuletzt Beiträge als Angestellter entrichtet wurden und irgendwann ein Seekassenbeitrag als Arbeiter oder Angestellter geleistet wurde (§ 135 Abs. 2 SGB VI).

Diese Zuständigkeit ist im Verhältnis zur Bundesknappschaft nachrangig, im Verhältnis zur Bahnversicherungsanstalt jedoch vorrangig.

3.3 Sonderzuständigkeit der Bahnversicherungsanstalt

Als Träger der Arbeiterrentenversicherung ist die Bahnversicherungsanstalt zunächst für Leistungen zur Teilhabe zuständig, wenn der letzte Pflichtbeitrag als Arbeiter vor der Antragstellung an sie entrichtet wurde (§§ 126, 128 Nr. 2 SGB VI).

Im Rahmen einer Sonderregelung ist die Bahnversicherungsanstalt aber auch dann für die Leistungen zur Teilhabe zuständig, wenn zuletzt Beiträge als Angestellter auf Grund einer Beschäftigung bei der Deutschen Bahn AG (oder einer gleichgestellten Stelle, § 128 Nr. 2 a-d SGB VI) gezahlt worden sind (§ 135 Abs. 4 SGB VI).

Die Zuständigkeit der Bundesknappschaft oder der Seekasse hat gegenüber dieser Sonderzuständigkeit Vorrang.

Zuständigkeitsabgrenzung zwischen Rentenversicherung und Alterssicherung der Landwirte

Grundsätzlich sind für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Träger der Rentenversicherung und die landwirtschaftliche Alterskasse gleichrangig zuständig, wenn ein behinderter Mensch in beiden Versicherungszweigen die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt. Die sachliche Zuständigkeit richtet sich also danach, welcher Versicherungsträger zuerst angegangen wird.

Im Interesse des behinderten Menschen erfolgt bei Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen in beiden Versicherungszweigen die Weiterleitung durch den erstangegangenen Träger an den Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn dieser weitergehende Leistungen erbringen kann (z.B. Übergangsgeld, Mitnahmekosten/Betreuungskosten für Kinder i.S.v. § 54 Abs. 2 und 3 SGB IX).

Für behinderte Menschen, die nur bei einer landwirtschaftlichen Alterskasse versichert sind und bei denen die Voraussetzungen des § 20 Abs. 1 Nr. 3 SGB VI nicht vorliegen, erfolgt die Weiterleitung an die landwirtschaftliche Alterskasse.