



Der Teilhabe-Joker

Die »selbstbeschaffte Leistung« nach § 18 SGB IX kann ein Ass im Ärmel sein, wenn Reha-Anträge nicht fristgerecht vom Kostenträger bearbeitet werden.

Von Manfred Becker

»Was wollen Sie denn von uns?«, fragte die Mitarbeiterin der Rentenversicherung Carolin Schmitz am Telefon. »Ich hätte gerne meine berufliche Reha bewilligt. Ich warte jetzt schon neun Monate auf einen Bescheid!« Antwort: »Das ist in Bearbeitung, Sie hören von uns.« So oder ähnlich werden viele antragstellende Menschen von Kostenträgern abgewimmelt. Viele wissen nicht, dass dies rechtswidrig ist.

Frau Schmitz hatte einige Monate zuvor ihren Job verloren, weil der Arbeitgeber ihren Arbeitsplatz nicht behinderungsgerecht einrichten wollte. Umso dringlicher war der Antrag auf berufliche Reha. Nun riet ich ihr, einen Antrag auf »selbstbeschaffte Leistung« nach § 18 SGB IX zu stellen. Sie besprach dies mit ihrer Anwältin. Die schickte daraufhin einen sehr kurzen Brief an die Rentenversicherung. Ungefähr so: »Hiermit beantrage ich die Zusage einer selbstbeschafften Leistung nach § 18 SGB IX für meinen Reha-Antrag, weil Sie die Frist bei weitem überschritten haben.«

Der Turbo für den Antrag

Danach passierte Erstaunliches und Erfreuliches: Innerhalb von drei Wochen hatte Frau Schmitz einen Termin bei der örtlichen Reha-Beratung und kurze Zeit darauf die Bewilligung einer beruflichen Reha. Ein »Turbo« für das Antragsverfahren, wie Frau Schmitz fand. Umso schöner war, dass sie nicht die ursprünglich beantragte Maßnahme bekam, sondern ihre aktuelle Wunsch-Reha. Denn durch den Verlust des Arbeitsplatzes hatte sich ihre gesundheitliche und berufliche Situation deutlich verändert. Dazu passte die nun bewilligte Reha viel besser.

Der letzte Teilhabeverfahrensbericht zeigt erneut eine sehr hohe Erfolgsquote: Von 205 Anträgen auf selbstbeschaffte Leistung wurden 160 (78 %) bewilligt. Dort steht auch, dass die Bearbeitungsfrist für alle Teilhabe-Anträge in 25 % der Fälle überschritten wird. Widersprüche waren zu ca. 53 % erfolgreich, Klagen zu 27 %.

Die Rechtslage: Nach Ablauf von zwei Monaten genehmigt

§ 14 SGB IX sagt: Bekommt der »richtige«, also zuständige Reha-Träger den Antrag auf eine Teilhabe-Leistung, stellt er den Reha-Bedarf unverzüglich und umfassend fest und erteilt innerhalb von drei Wochen einen Bescheid. Wird zur Klärung ein Gutachten benötigt, soll der Reha-Träger das Gutachten möglichst bald in Auftrag geben. Der Gutachter hat dann zwei Wochen Zeit zur Begutachtung.

Letztlich hat das ganze Verfahren eine maximale Frist von zwei Monaten. Hat der Reha-Träger bis dahin keinen Bescheid erteilt, muss er den Antragstellenden nach § 18 SGB IX eine »begründete Mitteilung« schicken. Tut er nichts, dann gilt: »Erfolgt keine begründete Mitteilung, gilt die beantragte Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.« Und: »Beschaffen sich Leistungsberechtigte

eine als genehmigt geltende Leistung selbst, ist der leistende Rehabilitationsträger zur Erstattung der Aufwendungen für selbstbeschaffte Leistungen verpflichtet.« Dies lässt keinen Spielraum und wird in der Regel auch von den Reha-Trägern befolgt. Die begründete Mitteilung muss innerhalb von zwei Monaten erfolgen und ein Datum für die Entscheidung enthalten. Verlängerungen sind nur in engen Grenzen möglich (Gutachterverzögerung oder fehlende Mitwirkung). Wird die Frist überschritten, gilt die beantragte Leistung als genehmigt.

Was ist die »beantragte Leistung«?

Wichtig ist, möglichst schon beim Antrag genau zu beschreiben, welche Leistung man haben möchte. Das ist nicht immer einfach, weil insbesondere die Rentenversicherung meist keine Beratung im Vorfeld anbietet. Dadurch sind viele Menschen unsicher, was denn jetzt für sie die richtige Leistung wäre. Die Möglichkeiten beruflicher Reha oder anderer Teilhabe-Leistungen sind enorm und unübersichtlich. Allein die berufliche Reha füllt im § 49 SGB IX mehrere Seiten. Deswegen sollte man sich möglichst gut beraten lassen, welche Leistung infrage kommt, und diese dann auch präzise im Antrag benennen.

Wenn man weiter unsicher ist, kann man auch eine genaue Beratung, eine Belastungserprobung oder andere Maßnahmen der Bedarfs-Klärung beantragen. Auch dies können Teilhabe-Leistungen sein. Je genauer die gewünschte Leistung im Antrag benannt ist, desto einfacher ist es, nach versäumter Frist des Reha-Trägers, diese Leistung dann als »beantragte Leistung« geltend zu machen und erstattet zu bekommen.

Gilt nicht für alle!

Tatsächlich gilt diese Regelung auch für die Krankenkasse – wenn es sich um medizinische Reha dreht. Zusätzlich gibt es für die Krankenkasse eine ähnliche Regelung für andere Leistungen im § 13 Abs. 3a Satz 6. Darauf gehe ich hier aber nicht näher ein. Für die Kostenträger Eingliederungshilfe, Jugendhilfe und Soziale Entschädigung gilt der § 18 SGB IX nicht. Das ist bedauerlich, weil gerade diese Träger häufig viel Zeit für Entscheidungen brauchen. Aber auch hier gibt es Instrumente: Wie in der PSU 1-2025 beschrieben (»Erfolg gegen Eingliederungshilfe«) gibt es noch die Instrumente einstweilige Anordnung oder Untätigkeitsklage vor dem Sozialgericht.

Manfred Becker ist Fachmann für berufliche Teilhabe.