



Teilhabeverfahrens- bericht 2022

Berichtsjahr 2021

Impressum

Herausgeber:

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR)
Solmsstraße 18 | 60486 Frankfurt am Main |
Telefon: +49 69 605018-0 | Telefax: +49 69 605018-29
teilhabeverfahrensbericht@bar-frankfurt.de | www.bar-frankfurt.de

Nachdruck nur auszugsweise mit Quellenangabe gestattet. Um die Übersendung von Belegexemplaren wird gebeten.

Frankfurt am Main, Dezember 2022.

ISBN 978-3-943714-80-7

AS2162 und AS2016

Hinweis zur Zitierweise:

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR). Teilhabeverfahrensbericht 2022.
Frankfurt/Main, Dezember 2022.

Anmerkung:

Wir achten Diversität und verwenden daher eine gendersensible Sprache. Nur in Einzelfällen ist uns das aus Gründen der besseren Lesbarkeit nicht möglich. Wir meinen im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich alle Geschlechter. Eine verkürzte Sprachform hat ausschließlich redaktionelle Gründe.

Verantwortlich bei der BAR:

Dr. Lisa Ulrich
Dr. Stefan Schüring
Prof. Dr. Helga Seel

Unter Mitwirkung von:

Stephanie Czedik
Daniel Doll
Dr. Nadine Liebing
Ann-Kathrin Poth
Hans-Peter Weih
Ingo Wermes

Katja Hensel
Daniela Weisbecker

Teilhabeverfahrens- bericht 2022

Vorwort

- Die Zusammenarbeit der Träger und das Reha-Leistungsgeschehen transparenter machen,
- Möglichkeiten der Evaluation und Steuerung eröffnen,
- verfahrenshemmende Divergenzen und Intransparenzen im Rehabilitationsrecht künftig besser erkennen.

So sind die Ziele der gesetzlichen Regelung zum Teilhabeverfahrensbericht im SGB IX formuliert.

Dass die Erreichung dieser Ziele nicht gleich mit dem ersten Teilhabeverfahrensbericht gelingen wird, war allen Beteiligten klar. Mit dem nunmehr vierten Teilhabeverfahrensbericht ist deutlich erkennbar, wie die dort ausgewerteten Angaben der Rehabilitationsträger Transparenz herstellen, wie sie das Steuern im Reha-Geschehen unterstützen, und die ein oder andere Divergenz lässt sich auch herausfinden.

Mit jedem Teilhabeverfahrensbericht hat sich die Aussagekraft dieses Instruments immer weiter erhöht. Der Teilhabeverfahrensbericht 2022 bietet nicht nur Einblicke in das Reha- und Leistungsgeschehen im Jahr 2021. Darüber hinaus werden Daten geliefert, die einerseits über nunmehr mögliche Jahresvergleiche Entwicklungslinien aufzeigen und die andererseits von den Verantwortlichen bei den Rehabilitationsträgern, der Selbstverwaltung, aber auch von der Politik und der Fachwelt zur Steuerung herangezogen werden können – und auch sollten. Erfreulicherweise stellen wir fest, dass sich auch diese Zielsetzung des Teilhabeverfahrensberichts zu etablieren beginnt.

Von den derzeit 1.268 Rehabilitationsträgern in Deutschland haben 1.079 Rehabilitationsträger die von ihnen geforderten Daten für das Berichtsjahr 2021 erhoben und der BAR übermittelt. Das entspricht einer Meldequote von über 85 Prozent – eine erneute Steigerung gegenüber dem Vorjahr. Auch diese Entwicklung stimmt zufrieden. Allerdings: So richtig zufrieden können wir aber erst dann sein, wenn alle Rehabilitationsträger ihrer gesetzlichen Verpflichtung nachkommen und die Meldequote bei 100 Prozent liegt.

Beim Inkrafttreten der neuen gesetzlichen Regelung wurden die Befürchtungen, mit dem Teilhabeverfahrensbericht einen weiteren Datenfriedhof zu generieren, und ebenso die Frage nach der Sinnhaftigkeit eines solchen Berichts, ziemlich offen formuliert. Inzwischen setzt sich erfreulicherweise die Erkenntnis durch, dass mit dem Teilhabeverfahrensbericht ein Instrument zur Verfügung steht, das gerade vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Entwicklungen seine Bedeutung und seinen Wert entfalten kann.

Daran arbeiten wir weiter gemeinsam und sehen gerade in der Entwicklung des Teilhabeverfahrensberichts zu einem echten Steuerungsinstrument einen Motivationsfaktor für die Rehabilitationsträger, im ureigenen Interesse die Angaben zu erheben und für die Auswertung

zur Verfügung zu stellen. Denn unstrittig ist die Feststellung, dass die Bedeutung von Rehabilitation und Teilhabe weiter steigen wird. Damit steigt auch die Notwendigkeit einer klugen Steuerung in diesem Handlungsfeld.

Auch für die Zusammenarbeit im Jahr 2022 können wir eine positive Bilanz ziehen: Die Zusammenarbeit hat sehr gut funktioniert. Allen am Teilhabeverfahrensbericht Beteiligten möchten wir dafür unseren herzlichen Dank aussprechen.

Prof. Dr. Helga Seel
Die Geschäftsführerin der BAR

Frankfurt am Main, im Dezember 2022

Inhalt

Vorwort.....	1
Inhalt.....	3
Abkürzungsverzeichnis.....	5
Zusammenfassung.....	7
1. Hintergrund.....	17
1.1. Überblick über die beteiligten Rehabilitationsträger.....	19
1.2. Ablauf der Datenerhebung.....	24
1.2.1. Variablendefinitionen.....	24
1.2.2. Datenerfassung und Erzeugung eines Meldedatensatzes.....	26
1.2.3. Wege der Datenübermittlung.....	27
1.2.4. Pseudonymisierung.....	28
1.2.5. Vergabe der Träger-IDs.....	29
2. Datenauswertung im vierten Teilhabeverfahrensbericht.....	32
2.1. Stufe 1: Datenaufbereitung im Vorfeld der Auswertung.....	33
2.1.1. Annahme des Meldedatensatzes und Datenverarbeitung.....	36
2.2. Stufe 2: Interne Validitätsprüfung der übermittelten Daten.....	38
2.3. Beteiligung der Rehabilitationsträger an der Auswertung.....	42
3. Ergebnisse der Datenauswertung.....	44
3.1. Datengrundlage für den Teilhabeverfahrensbericht 2022.....	44
3.2. Träger ohne Datenmeldung.....	46
3.3. Hinweise zur Darstellung und Auswertung.....	52
3.4. Datendarstellung der 16 Sachverhalte nach § 41 Abs. 1 SGB IX.....	57
3.4.1. Sachverhalt 1: Anzahl der gestellten Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe.....	57
3.4.2. Sachverhalt 2: Anzahl der Weiterleitungen nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX.....	69
3.4.3. Sachverhalt 3: Fristen nach § 14 SGB IX.....	77
3.4.4. Sachverhalt 4: Durchschnittliche Zeitdauer zwischen Erteilung und Vorlage eines Gutachtens.....	93
3.4.5. Sachverhalt 5: Bearbeitungsdauern.....	99
3.4.6. Sachverhalt 6: Entscheidungsarten.....	110
3.4.7. Sachverhalt 7: Antrittslaufzeiten mit und ohne Teilhabeplanung.....	119
3.4.8. Sachverhalt 8: Anzahl der trägerübergreifenden Teilhabeplanungen und Teilhabeplankonferenzen.....	135

3.4.9.	Sachverhalt 9: Anpassungen von Teilhabeplänen und deren Geltungsdauer.....	147
3.4.10.	Sachverhalt 10: Erstattungsverfahren nach § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB IX (Erstattungsverfahren zwischen den Trägern)	155
3.4.11.	Sachverhalt 11: Trägerspezifisches Persönliches Budget	162
3.4.12.	Sachverhalt 12: Trägerübergreifendes Persönliches Budget	174
3.4.13.	Sachverhalt 13: Mitteilungen nach § 18 Abs. 1 SGB IX (Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer)	183
3.4.14.	Sachverhalt 14: Erstattungsverfahren nach § 18 SGB IX (Erstattungen selbstbeschaffter Leistungen)	191
3.4.15.	Sachverhalt 15: Rechtsbehelfe: Widersprüche und Klagen.....	199
3.4.16.	Sachverhalt 16: Dauerhafte Integration in Arbeit nach einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben	214
3.5.	Daten zur Förderung der Selbsthilfe nach § 45 SGB IX	219
4.	Aus den Trägerbereichen.....	224
4.1.	Bundesagentur für Arbeit.....	224
4.2.	Eingliederungshilfe	225
4.3.	Jugendhilfe.....	226
4.4.	Gesetzliche Unfallversicherung	228
5.	Ausblick.....	229
6.	Literaturverzeichnis	231
	Abbildungsverzeichnis	233
	Tabellenverzeichnis	236
	Anhang.....	240
1.	Ergebnisse auf der Grundlage der Leistungsgruppen-Anträge.....	240
2.	Weitere Ergebnisse zum Jahresvergleich	249
3.	Übersicht Primär- und Meldevariablen.....	262
4.	Übersicht Plausibilisierungsregeln.....	285
5.	Glossar.....	289

Abkürzungsverzeichnis

AA	Agenturen für Arbeit
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse(n)
AS	Analyseszenario
ASMK	Arbeits- und Sozialministerkonferenz
BA	Bundesagentur für Arbeit
BAGüS	Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V.
BIH	Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen e. V.
BKK	Betriebskrankenkasse(n)
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BTHG	Bundesteilhabegesetz
BVG	Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz)
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EGH	Trägerbereich Eingliederungshilfe
ETL	Extract Transform Load
GKV	Trägerbereich gesetzliche Krankenversicherung
IKK	Innungskrankenkasse(n)
JH	Trägerbereich öffentliche Jugendhilfe
KBS	Knappschaft Bahn See
KOF	Trägerbereich Kriegsopferfürsorge
KOV	Trägerbereich Kriegsopferversorgung
LAK	Landwirtschaftliche Alterskasse
LBG	Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft
LG-Antrag	Leistungsgruppen-Antrag
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkasse
LMR	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
LST	Leistungen zur sozialen Teilhabe

LTA	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
LTB	Leistungen zur Teilhabe an Bildung
OEG	Opferentschädigungsgesetz
PUB-ID	Public-ID
RDBMS	Relationales Datenbank Management System
RV	Trägerbereich gesetzliche Rentenversicherung
SER	Trägerbereich Soziales Entschädigungsrecht
SGB	Sozialgesetzbuch
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SQL	Structured Query Language
SVLFG	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
TET	Teilhabeverfahrensbericht-Erfassungstool
THP	Teilhabeplanung
THPK	Teilhabeplankonferenz
THVB	Teilhabeverfahrensbericht
TP	Teilhabeplan
UN-BRK	Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen
UV	Trägerbereich gesetzliche Unfallversicherung
vdek	Verband der Ersatzkassen
WebDAV	Web-based Distributed Authoring and Versioning
WfbM	Werkstätten für behinderte Menschen
XML	eXtensible Markup Language

Zusammenfassung

Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 SGB IX sind Teil des gegliederten Sozialleistungssystems in Deutschland. Für die Erstellung des Teilhabeverfahrensberichts (THVB) sind sie nach § 41 SGB IX dazu verpflichtet, Daten zu Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe sowie den dazugehörigen Prozessen zu erfassen. Der Gesetzgeber hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) beauftragt, auf Basis der an sie übermittelten Daten jährlich einen Bericht vorzulegen, der einen umfassenden Einblick in die Leistungsfähigkeit des Rehabilitationssystems ermöglicht. Die Ergebnisse des THVB sollen die Zusammenarbeit der Träger und das Reha-Leistungsgeschehen transparenter machen sowie Möglichkeiten der Evaluation und Steuerung eröffnen.

Die trägerübergreifende Statistik wird mit dem THVB 2022 zum vierten Mal fortgesetzt. Der vorliegende Bericht umfasst die Datenmeldungen von 1.079 Trägern. Damit sind im Berichtsjahr 2021 bezogen auf die 1.268 Träger, die bei der BAR für eine Datenübermittlung registriert sind, 85,1 Prozent ihrer gesetzlichen Berichtspflicht nachgekommen. Keine Datenmeldungen erfolgten von 189 Trägern (14,9 Prozent). Für diese Träger wurde dementsprechend eine Nicht-Meldung registriert. Die BAR hat in diesem Jahr die Gründe für eine Nicht-Meldung bei den betroffenen Trägern schriftlich erfragt. Das Vorgehen bei dieser Befragung und ihre Ergebnisse sind im vorliegenden Bericht in einem eigenen Kapitel dargestellt. Des Weiteren enthält der diesjährige Bericht erstmals für fast alle Sachverhalte Auswertungen im Jahresvergleich. Damit können Entwicklungen des Reha-Geschehens im Zeitverlauf noch besser abgebildet werden.

Als Grundlage für die Erstellung des THVB wurde mit allen Trägerbereichen eine einheitliche Erfassung der 16 Sachverhalte gemäß § 41 SGB IX vereinbart. Diese Definitionen ermöglichen Transparenz und Vergleichbarkeit der Verwaltungsprozesse entlang des gesamten Reha-Prozesses von der Bedarfserkennung bis hin zur Wirkung am Ende einer Maßnahme.

Die Auswertung der Angaben zum THVB erfolgt durch die BAR unter Beteiligung der Rehabilitationsträger, vertreten über deren Spitzenverbände, obersten Landesbehörden und Bundesarbeitsgemeinschaften.

Nachfolgender Überblick zeigt die Ergebnisse des vorliegenden Berichts in der Gesamtschau aller Trägerbereiche auf Systemebene. Es werden exemplarisch Fragestellungen dargelegt, die sich aus den Sachverhalten ableiten lassen. Darüber hinaus werden Verweise auf die weiterführenden Analysen und Ergebnisse auf Ebene der einzelnen Trägerbereiche und Träger sowie Ergebnisse aus dem Jahresvergleich 2020 und 2021 gegeben.

Sachverhalt 1: Anzahl der gestellten Anträge

Wie viele Anträge werden insgesamt gestellt und wie verteilen sich die Anträge auf die Leistungsgruppen zur Rehabilitation und Teilhabe?

Siehe Kapitel 3.4.1, S. 57

Im Rahmen der Bedarfserkennung reicht ein einziger Antrag aus, damit Menschen mit Behinderungen oder jene, die von Behinderung bedroht sind, alle benötigten Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe erhalten können – auch dann, wenn diese Leistungen durch verschiedene Rehabilitationsträger erbracht werden. Im Jahr 2021 wurden insgesamt **2,8 Mio.** Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe bei den Rehabilitationsträgern gestellt. Die meisten Anträge entfielen auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Vergleicht man die Antragszahlen aus 2021 mit denen aus 2020, ist die Anzahl nahezu konstant geblieben (2020: 2,79 Mio. Anträge; 2021: 2,80 Mio. Anträge).¹

Sachverhalt 2: Weiterleitungen

Wie oft stellt ein Träger fest, dass er für die Leistungsgewährung insgesamt nicht zuständig ist und leitet einen Antrag weiter?

Siehe Kapitel 3.4.2, S. 69

Wird bei einem Rehabilitationsträger ein Antrag auf Reha- und Teilhabeleistungen gestellt, für die er insgesamt nicht zuständig ist, leitet er diesen Antrag an den

¹ Für die Berechnung der Werte im Jahresvergleich wurden nur die Daten der Träger berücksichtigt, von denen Angaben zu der / den entsprechenden Meldevariable(n) sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen. Aus diesem Grund können die Werte im Jahresvergleich von den Werten bei Einzelbetrachtung eines Sachverhalts pro Berichtsjahr abweichen.

seiner Auffassung nach zuständigen Rehabilitationsträger weiter. Im Jahr 2021 wurden durchschnittlich **7,6 Prozent** der Anträge weitergeleitet.

Vergleicht man die Weiterleitungen aus 2021 mit denen aus 2020, ist auch der Anteil der Weiterleitungen an allen entschiedenen Anträgen nahezu unverändert (2020: 7,71 Prozent; 2021: 7,69 Prozent).²

Sachverhalt 3: Fristen

Wie häufig stellt der Träger, bei dem ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe eingeht, nicht innerhalb der Frist fest, ob er zuständig ist?

Wie häufig werden die Fristen zur Entscheidung über den Antrag nicht eingehalten?

Siehe Kapitel 3.4.3, S. 77

Nach dem Antragseingang muss der Rehabilitationsträger binnen zwei Wochen über die Zuständigkeit entscheiden (hier Frist 3a). Ist der Träger nach dem für ihn geltenden Leistungsrecht zuständig, wird er zum leistenden Rehabilitationsträger nach § 14 SGB IX. Im Jahr 2021 wurde die zweiwöchige Frist im Durchschnitt bei **12,9 Prozent** aller Zuständigkeitsfeststellungen überschritten.

Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung (hier Frist 3a) um 0,86 Prozentpunkte gesunken (2020: 14,07 Prozent; 2021: 13,21 Prozent).³

Der leistende Rehabilitationsträger muss innerhalb von drei Wochen nach Eingang über einen Antrag entscheiden (hier Frist 3b). Sollten Gutachten eingeholt werden, beläuft sich die Entscheidungsfrist auf zwei Wochen nach Vorlage des Gutachtens (hier Frist 3c). Wurde kein Gutachten für die Feststellung des Bedarfs beauftragt, wurde die Dreiwochenfrist in 2021 im Durchschnitt bei **20,7 Prozent** aller Entscheidungen überschritten. Im Jahresvergleich 2020 zu 2021 ist der Anteil der Fristüberschreitungen der Dreiwochenfrist nahezu gleich (2020: 20,20 Prozent; 2021: 20,74 Prozent).

² Für die Berechnung der Werte im Jahresvergleich wurden nur die Daten der Träger berücksichtigt, von denen Angaben zu der / den entsprechenden Meldevariable(n) sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen. Aus diesem Grund können die Werte im Jahresvergleich von den Werten bei Einzelbetrachtung eines Sachverhalts pro Berichtsjahr abweichen.

³ Siehe Fußnote 2.

Bei Entscheidungen mit Beauftragung eines Gutachtens zur Bedarfsfeststellung lag der Anteil der Fristüberschreitungen in 2021 im Durchschnitt bei **18,5 Prozent**.

Sachverhalt 4: Gutachten

Wie häufig werden Gutachten zur Bedarfsfeststellung beauftragt?

Wie lange dauert es von der Beauftragung bis zum Vorliegen des Gutachtens?

Siehe Kapitel 3.4.4, S. 93

Wird für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten eines Sachverständigen benötigt, beauftragt der leistende Rehabilitationsträger ein Gutachten nach den Regelungen des § 17 SGB IX. Im Jahr 2021 wurden **293.203 Gutachten** beauftragt und für die Entscheidung über den Bedarf zugrunde gelegt.

Die Dauer der Erstellung eines Gutachtens entspricht der Zeit von der Beauftragung bis zur Vorlage des Gutachtens. Im Durchschnitt betrug die Dauer zur Erstellung eines Gutachtens **10,7 Tage**.

Sachverhalt 5: Bearbeitungsdauern

Wie lange dauert die Bearbeitung eines Antrags in Abhängigkeit von der Art der Entscheidung?

Siehe Kapitel 3.4.5, S. 99

Die Bearbeitungsdauer ergibt sich aus der Zeit vom Antragseingang beim leistenden Rehabilitationsträger bis zur Entscheidung über den Antrag. Über sämtliche Erledigungs- und Bewilligungsarten hinweg betrug die durchschnittliche Dauer zur Bearbeitung eines Antrags **22,1 Tage**.

Im Jahresvergleich hat sich die durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei der Bewilligung eines Antrags nicht merklich verändert (2020: 19,1 Tage; 2021: 19,3 Tage).⁴

Sachverhalt 6: Entscheidungsarten

Wie werden Anträge entschieden?

Siehe Kapitel 3.4.6, S. 110

Die Entscheidungsart gibt Aufschluss darüber, mit welchem Ergebnis Anträge abschließend bearbeitet werden. In **83,0 Prozent** aller Entscheidungen erfolgte im Jahr 2021 eine vollständige oder teilweise Bewilligung der beantragten Leistung(en).

Sachverhalt 7: Antrittslaufzeiten

Wie lange dauert es nach der Bewilligung, bis Leistungen erbracht oder angetreten werden?

Siehe Kapitel 3.4.7, S. 119

Die Antrittslaufzeit gibt die durchschnittliche Zeitdauer zwischen dem Datum des Bewilligungsbescheides und dem Beginn der ersten angetretenen Leistung an. Leistungen wurden durchschnittlich **54,0 Tage** nach Vorliegen des Bewilligungsbescheides erbracht oder angetreten.

Im Jahresvergleich hat sich die Antrittslaufzeit nach Vorliegen des Bewilligungsbescheides um 2,6 Tage verlängert (2020: 52,1 Tage; 2021: 54,7 Tage).⁵

⁴ Für die Berechnung der Werte im Jahresvergleich wurden nur die Daten der Träger berücksichtigt, von denen Angaben zu der / den entsprechenden Meldevariable(n) sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen. Aus diesem Grund können die Werte im Jahresvergleich von den Werten bei Einzelbetrachtung eines Sachverhalts pro Berichtsjahr abweichen.

⁵ Siehe Fußnote 4.

Sachverhalt 8: Teilhabeplanungen und Teilhabeplankonferenzen

Wie häufig finden trägerübergreifende Teilhabeplanungen und Teilhabeplankonferenzen statt?

Siehe Kapitel 3.4.8, S. 135

Eine trägerübergreifende Teilhabeplanung oder Teilhabeplankonferenz muss u. a. durchgeführt werden, wenn mehrere Träger für die Leistungserbringung zuständig sind (§§ 19, 20 SGB IX). Im Jahr 2021 wurden **8.404 trägerübergreifende Teilhabeplanungen** und **1.168 Teilhabeplankonferenzen** durchgeführt.

Im Vergleich zum Vorjahr haben sich – rein rechnerisch – die Anzahl der trägerübergreifenden Teilhabeplanungen um ca. 80 Prozent erhöht (2020: 4.516; 2021: 8.106) und die Anzahl der Teilhabeplankonferenzen um 20 Prozent erhöht (2020: 848; 2021: 1.018).⁶ Beide Anstiege lassen sich auf (erfassungs-)methodische Änderungen bei den Trägern zurückführen, die in den beiden Infoboxen zu diesem Sachverhalt erläutert werden. Diese Hinweise sollten für eine richtige Einordnung der Werte an dieser Stelle zwingend berücksichtigt werden.

Sachverhalt 9: Teilhabepläne und deren Geltungsdauern

Wie häufig erfolgen Anpassungen von Teilhabeplänen und wie lange ist deren Geltungsdauer?

Siehe Kapitel 3.4.9, S. 147

Zur Erreichung der Ziele einer Teilhabeplanung kann es erforderlich sein, einen Teilhabeplan anzupassen. Im Jahr 2021 gab es **40.824 Teilhabepläne** mit mindestens einer Anpassung. Die durchschnittliche Geltungsdauer eines Teilhabeplans belief sich dabei auf **444,3 Tage**.

⁶ Für die Berechnung der Werte im Jahresvergleich wurden nur die Daten der Träger berücksichtigt, von denen Angaben zu der / den entsprechenden Meldevariable(n) sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen. Aus diesem Grund können die Werte im Jahresvergleich von den Werten bei Einzelbetrachtung eines Sachverhalts pro Berichtsjahr abweichen.

Sachverhalt 10: Erstattungsverfahren zwischen Trägern

Wie häufig entscheidet ein leistender Träger kostenwirksam für einen anderen Träger?

Siehe Kapitel 3.4.10, S. 155

Unter bestimmten Voraussetzungen können Erstattungsverfahren zwischen Rehabilitationsträgern eingeleitet werden. Im Jahr 2021 gab es **2.368 Erstattungsverfahren** nach § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB IX.

Sachverhalt 11: Persönliche Budgets

Wie häufig wird eine Leistung in Form eines Persönlichen Budgets beantragt und bewilligt?

Siehe Kapitel 3.4.11, S. 162

Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe können anstelle von Dienst- oder Sachleistungen in Form eines Persönlichen Budgets erbracht werden. Im Jahr 2021 wurden **4.891 Persönliche Budgets beantragt** und **4.717 Persönliche Budgets bewilligt**.

Im Jahresvergleich der trägerspezifischen Persönlichen Budgets wurden – rein rechnerisch – in 2021 30,6 Prozent weniger Persönliche Budgets beantragt (2020: 6.872; 2021: 4.769) und 32,1 Prozent weniger Persönliche Budgets bewilligt (2020: 6.776; 2021: 4.602).⁷ Beide Rückgänge lassen sich auf (erfassungs-)methodische Änderungen bei den Trägern zurückführen, die in den beiden Infoboxen zu diesem Sachverhalt erläutert werden. Sie sollten für eine richtige Einordnung der Werte an dieser Stelle zwingend berücksichtigt werden.

⁷ Für die Berechnung der Werte im Jahresvergleich wurden nur die Daten der Träger berücksichtigt, von denen Angaben zu der / den entsprechenden Meldevariable(n) sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen. Aus diesem Grund können die Werte im Jahresvergleich von den Werten bei Einzelbetrachtung eines Sachverhalts pro Berichtsjahr abweichen.

Sachverhalt 12: Trägerübergreifende Persönliche Budgets

Wie häufig wird ein trägerübergreifendes Persönliches Budget beantragt und wie häufig bewilligt?

Siehe Kapitel 3.4.12, S. 174

Werden die Leistungen als Persönliches Budget von mehreren Trägern erbracht, spricht man von einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget. Im Jahr 2021 Für die Berechnung der Werte im Jahresvergleich wurden nur die Daten der Träger berücksichtigt, von denen Angaben zu der / den entsprechenden Meldevariable(n) sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen. Aus diesem Grund können die Werte im Jahresvergleich von den Werten bei Einzelbetrachtung eines Sachverhalts pro Berichtsjahr abweichen.

Sachverhalt 13: Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer

Wie häufig erfolgen Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer?

Siehe Kapitel 3.4.13, S. 183

Wenn über einen Antrag nicht innerhalb von zwei Monaten ab Antragsingang entschieden werden kann, soll der leistende Träger an den Antragsteller eine begründete Mitteilung verschicken. Im Jahr 2021 wurden **2.758 Mitteilungen** nach § 18 Abs. 1 SGB IX verschickt.

Die Anzahl der verschickten Mitteilungen ist im Jahresvergleich um 33,5 Prozent gestiegen (2020: 1.901 Mitteilungen; 2021: 2.537 Mitteilungen).⁸

⁸ Für die Berechnung der Werte im Jahresvergleich wurden nur die Daten der Träger berücksichtigt, von denen Angaben zu der / den entsprechenden Meldevariable(n) sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen. Aus diesem Grund können die Werte im Jahresvergleich von den Werten bei Einzelbetrachtung eines Sachverhalts pro Berichtsjahr abweichen.

Sachverhalt 14: Erstattungsansprüche

Wie oft werden Erstattungsansprüche auf selbstbeschaffte Leistungen bewilligt?

Siehe Kapitel 3.4.14, S. 191

Beschafft sich der Leistungsberechtigte eine als genehmigt geltende Leistung selbst, ist der leistende Rehabilitationsträger zur Erstattung der Leistung verpflichtet. Im Jahr 2021 wurden **87,4 Prozent** der gestellten Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen bewilligt.

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Anzahl der Erstattungen nach § 18 SGB IX nicht verändert (2020: 157 Erstattungen; 2021: 157 Erstattungen).⁹

Sachverhalt 15: Widersprüche und Klagen

Wie häufig sind Widersprüche und Klagen aus Sicht des Leistungsberechtigten erfolgreich?

Siehe Kapitel 3.4.15, S. 199

Ein Antragsteller hat die Möglichkeit, gegen die Leistungsentscheidungen eines Trägers rechtlich vorzugehen. Im Jahr 2021 wurden **52,0 Prozent** der Widersprüche und **32,0 Prozent** der Klagen zugunsten des Leistungsberechtigten entschieden.

Die Anzahl entschiedener Widersprüche insgesamt ist im Vergleich zum Vorjahr um rund ein Drittel niedriger (2020: 170.553 entschiedene Widersprüche; 2021: 115.313 entschiedene Widersprüche).¹⁰

⁹ Für die Berechnung der Werte im Jahresvergleich wurden nur die Daten der Träger berücksichtigt, von denen Angaben zu der / den entsprechenden Meldevariable(n) sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen. Aus diesem Grund können die Werte im Jahresvergleich von den Werten bei Einzelbetrachtung eines Sachverhalts pro Berichtsjahr abweichen.

¹⁰ Siehe Fußnote 9.

Sachverhalt 16: Dauerhafte Integration in Arbeit

Bei wie vielen Leistungsfällen besteht ein halbes Jahr nach Beendigung der LTA-Maßnahme eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung?

Siehe Kapitel 3.4.16, S. 214

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) zielen darauf ab, die Arbeits- und Berufstätigkeit zu fördern und eine dauerhafte Integration in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu erreichen. Im Berichtsjahr 2021 gab es **142.282 sozialversicherungspflichtige Beschäftigungen** sechs Monate nach Ende der LTA-Maßnahme.

1. Hintergrund

Mit der Verabschiedung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) im Dezember 2016 erfolgte die bislang umfangreichste Reform des Neunten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB IX). So wurden das Recht der Eingliederungshilfe und viele verfahrensrechtliche Regelungen zur Koordinierung der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe reformiert. [1, 2] Die durch das BTHG angestoßene Reform des SGB IX soll die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen durch mehr Möglichkeiten zur Selbstbestimmung und Teilhabe verbessern. Die Reform umfasst eine Reihe von Änderungen des Rehabilitations- und Teilhaberechts, die stufenweise bis zum 1. Januar 2023 in Kraft treten.

Zusätzlich wurde mit dem Teilhabeverfahrensbericht (THVB) nach § 41 SGB IX eine neue Vorgabe zur statistischen Erfassung der Leistungsverfahren bei allen Rehabilitationsträgern geschaffen. Die Ergebnisse des THVB sollen die Zusammenarbeit der Träger und das Reha-Leistungsgeschehen transparenter machen sowie Möglichkeiten der Evaluation und Steuerung eröffnen (für weitere Informationen siehe [3, 4]). Alle Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 SGB IX sind dazu verpflichtet, jährlich Angaben zu 16 Sachverhalten sowie Angaben über Art und Höhe der Förderung der Selbsthilfe zu erheben (siehe Kapitel 3.4). Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) veröffentlicht auf dieser Grundlage einen jährlichen Bericht. Die von den Spitzenverbänden oder von den Rehabilitationsträgern direkt an die BAR weitergeleiteten Daten werden von ihr unter Beteiligung der Rehabilitationsträger ausgewertet (siehe Kapitel 2.3).

Damit liegen erstmals umfassende und trägerübergreifend vergleichbare Daten zum Leistungsgeschehen vor. Der THVB ermöglicht es, die in der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) geforderte Weiterentwicklung des Leistungsgeschehens auf der Grundlage von aussagekräftigen Daten beschreiben und bewerten zu können. [5]

Die Datenerfassung für den ersten THVB begann zum 1. Januar 2018 und der Bericht wurde Ende 2019 veröffentlicht. [6] Konnten die Trägerbereiche ihrer gesetzlichen Berichtspflicht für den ersten THVB – wenn erforderlich – zunächst mit ausgewählten Pilotträgern nachkommen, besteht seit 2019 die vollumfängliche Berichtspflicht. Der zweite THVB aus 2020, der die Daten aus 2019 abbildet, ist somit der erste Bericht, für den alle Rehabilitationsträger ihre Daten an die BAR übermitteln mussten. [3] Seitdem wird die trägerübergreifende Statistik jährlich fortgeführt. [7]



Das Wichtigste im Überblick

Mit der Verabschiedung des BTHG im Dezember 2016 erfolgte die bislang umfangreichste Reform des Neunten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB IX).

Im Zuge dessen wurde mit dem THVB (§ 41 SGB IX) eine gesetzliche Grundlage zur Sammlung statistischer Daten gelegt, um Möglichkeiten der Evaluation und Steuerung des trägerübergreifenden Rehabilitationssystems zu schaffen.

Die BAR wertet die Daten unter Beteiligung der Träger aus und veröffentlicht auf dieser Grundlage einen jährlichen Bericht.

1.1. Überblick über die beteiligten Rehabilitationsträger

Zur Datenerfassung für den THVB sind alle Rehabilitationsträger verpflichtet, die dem gegliederten Sozialleistungssystem angehören. Nach § 6 Abs. 1 SGB IX können das sein:

1. die gesetzlichen Krankenkassen (GKV),
2. die Bundesagentur für Arbeit (BA)¹¹,
3. die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (UV),
4. die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (RV),
5. die Träger der Kriegsopferversorgung (KOV) und -fürsorge (KOF) im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung (SER),
6. die Träger der öffentlichen Jugendhilfe (JH) und
7. die Träger der Eingliederungshilfe (EGH).

Gleichwohl ist nicht jeder Rehabilitationsträger für jede Teilhabeleistung originär zuständig. Eine Übersicht zu den Teilhabeleistungen der Rehabilitationsträger zeigt Tabelle 1¹².

¹¹ Im Vergleich zu den weiteren Rehabilitationsträgern ist die BA aufgrund ihrer Organisationsstruktur keinem Trägerbereich zugeordnet und agiert als solitäre Rehabilitationsträgerin.

¹² Abweichend von der Reihenfolge der Nennung der Rehabilitationsträger in § 6 Abs. 1 SGB IX werden die Rehabilitationsträger im vorliegenden Bericht in Tabellen, Abbildungen und bei Aufzählungen in alphabetischer Reihenfolge genannt.

Tabelle 1. Teilhabeleistungen der Rehabilitationsträger nach Leistungsgruppen (§ 5 SGB IX)

Rehabilitati- onsträger	Leistungen zur medizi- nischen Rehabilita- tion (LMR)	Leistungen zur Teilhabe am Ar- beitsleben (LTA)	Unterhalts- sichernde und andere ergänzende Leistungen	Leistungen zur Teilhabe an Bildung (LTB)	Leistungen zur sozialen Teilhabe (LST)
BA		✓	✓		
EGH	✓	✓		✓	✓
GKV	✓		✓		
JH	✓	✓		✓	✓
RV	✓	✓	✓		
SER	✓	✓	✓	✓	✓
SVLFG (LAK)	✓		✓		
UV	✓	✓	✓	✓	✓

Quelle: BAR e. V. 2021

Die §§ 42 bis 84 SGB IX konkretisieren die Reha- und Teilhabeleistungen der jeweiligen fünf Leistungsgruppen:

- §§ 42 bis 48 SGB IX: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- §§ 49 bis 63 SGB IX: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- §§ 64 bis 74 SGB IX: unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen¹³,
- § 75 SGB IX: Leistungen zur Teilhabe an Bildung,
- §§ 76 bis 84 SGB IX: Leistungen zur sozialen Teilhabe.

Hierbei gilt zu beachten, dass die darin aufgelisteten Leistungsbeschreibungen nicht gänzlich abschließend sind. [8]

Welcher Rehabilitationsträger wann für welche Leistung zuständig ist, richtet sich einerseits nach der individuellen persönlichen Situation des Betroffenen und andererseits nach den

¹³ Angaben zu Anträgen auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen werden für den THVB nicht erfasst (vgl. § 41 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX).

Hintergrund

(versicherungs-)rechtlichen Leistungsvoraussetzungen der Rehabilitationsträger, die in den verschiedenen Leistungsgesetzen geregelt sind.¹⁴ [9]

Diese Leistungsgesetze sind insbesondere:¹⁵

- SGB II: Grundsicherung für Arbeitssuchende,
- SGB III: Arbeitslosenversicherung und Arbeitsförderung,
- SGB V: Gesetzliche Krankenversicherung,
- SGB VI: Gesetzliche Rentenversicherung,
- SGB VII: Gesetzliche Unfallversicherung,
- SGB VIII: Kinder- und Jugendhilfe¹⁶,
- SGB IX, Teil 2: Eingliederungshilfe,
- SGB XI: Soziale Pflegeversicherung,
- BVG: Bundesversorgungsgesetz mit Nebengesetzen (z. B. Opferentschädigungsgesetz, OEG)^{17,18}.

Weiterführende Informationen über das Reha- und Teilhabesystem bietet der neue Wegweiser Rehabilitation und Teilhabe der BAR. [13]

Aus Tabelle 1 wird ersichtlich, dass verschiedene Rehabilitationsträger für dieselben Leistungsgruppen zuständig sein können. Die durchaus komplexen Träger- und Zuständigkeitsstrukturen sollen nicht dazu führen, dass ein Betroffener lange auf eine Anspruchsklärung

¹⁴ Für eine schnelle Orientierung über die Trägerbereiche und ihre Zuständigkeiten im gegliederten Reha- und Teilhabesystem hat die BAR einen digitalen Zuständigkeitsnavigator entwickelt. Nutzerinnen und Nutzer werden hier durch gezielte Fragen zu einem voraussichtlich zuständigen Trägerbereich für Reha und Teilhabeleistungen navigiert. Der Reha-Zuständigkeitsnavigator steht online zur Verfügung unter www.reha-navi.de.

¹⁵ Anders als die aufgeführten Leistungsgesetze regeln SGB II und SGB XI keine Rehabilitationsleistungen, sie enthalten aber jeweils eng mit der Rehabilitation zusammenhängende Regelungen. ([9], S. 378)

¹⁶ Neben dem Bundestag hat auch der Bundesrat am 7. Mai 2021 dem neuen Kinder- und Jugendstärkungsgesetz zugestimmt. [10] Die Reform des SGB VIII sieht u. a. vor, dass die Zuständigkeiten für Kinder und Jugendliche mit Behinderung unter dem Dach der Kinder- und Jugendhilfe zusammengeführt werden. Demnach ist die Kinder- und Jugendhilfe nach dem SGB VIII (insbesondere § 35a SGB VIII) dann für Kinder und Jugendliche mit einer (drohenden) seelischen Behinderung sowie für Kinder und Jugendliche mit einer geistigen oder körperlichen Behinderung zuständig.

¹⁷ Mit der Reform des Sozialen Entschädigungsrechts (SER) wird das SER in einem eigenen Sozialgesetzbuch, dem SGB XIV, zusammengefasst. [11].

¹⁸ Am 20. Mai 2021 hat der Bundestag das neue Soldatenentschädigungsgesetz (SEG) verabschiedet. [12] Mit dem Gesetz werden die Versorgung und Entschädigung aller wehrdienstbeschädigten Soldatinnen und Soldaten ab 2025 neu geregelt. Kernpunkt ist eine Neustrukturierung der Geldleistungen. Zudem werden die medizinische Versorgung und die berufliche Rehabilitation neu ausgerichtet und an das Leistungsniveau der gesetzlichen Unfallversicherung angeglichen. Die medizinischen Versorgungsleistungen werden ab 2025 durch die Unfallversicherung Bund und Bahn erbracht.

Hintergrund für die Neuregelung ist die Ablösung des BVG durch das SGB XIV zum 1. Januar 2024 (siehe Fußnote 17). Bislang wurden die Ansprüche wehrdienstbeschädigter Soldatinnen und Soldaten nach ihrem Ausscheiden aus der Bundeswehr über das BVG geregelt. Da das neue SGB XIV vor allem auf die Entschädigung ziviler Opfer von Gewalt und Terror abstellt, wurde aus Sachmäßigkeitserwägungen entschieden, die Beschädigtenversorgung für Soldatinnen und Soldaten in einem eigenen Gesetz zu regeln. [12].

warten oder sich selbst erschließen muss, welcher Rehabilitationsträger für sein Leistungsbegehren zuständig ist. Daher hat der Gesetzgeber in Teil 1 Kapitel 4 SGB IX (§§ 14 bis 24 SGB IX) einheitliche Koordinierungs- und Verfahrensabläufe bestimmt. Diese gelten für alle Rehabilitationsträger und sind vorrangig und grundsätzlich abschließend vor den Leistungsgesetzen der Rehabilitationsträger anzuwenden. ([14], S. 10) Die Vorschriften in Teil 1 Kapitel 4 SGB IX gelten also vorrangig der eigenen Leistungs- bzw. Landesausführungsgesetze und gerade von diesen Vorschriften kann auch durch Landesrecht nicht abgewichen werden (§ 7 Abs. 2 Satz 2 SGB IX). Durch Landesrecht können damit keine Regelungen getroffen werden, nach der kommunale oder überörtliche Träger oder die Landesbehörden als Rehabilitationsträger andere Verfahren der Koordinierung, Zuständigkeitsklärung, Beteiligung und Teilhabepflicht zu befolgen hätten.

Auch die im THVB aufgegriffenen Sachverhalte beziehen sich überwiegend auf die Regelungen in Teil 1 Kapitel 4 SGB IX (§§ 14 bis 24 SGB IX). Im Sinne eines „Monitoring-Prozesses“ [15] liefern nicht zuletzt die Daten aus dem THVB Antworten auf die Fragen, ob und wie die (gesetzlich) vorgegebenen Koordinierungs- und Verfahrensabläufe, die für alle Rehabilitationsträger bindend sind, in der (Reha-)Praxis Anwendung finden.



Das Wichtigste im Überblick

Die Daten für den THVB werden von allen Rehabilitationsträgern erfasst und an die BAR weitergeleitet.

Rehabilitationsträger können sein (nach § 6 Abs. 1 SGB IX):

1. die gesetzlichen Krankenkassen (GKV),
2. die Bundesagentur für Arbeit (BA),
3. die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (UV),
4. die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (RV),
5. die Träger der Kriegsopferversorgung (KOV) und -fürsorge (KOF) im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung (SER),
6. die Träger der öffentlichen Jugendhilfe (JH) und
7. die Träger der Eingliederungshilfe (EGH).

Nicht jeder Träger ist für jede Teilhabeleistung zuständig.

Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe können sein (nach § 5 SGB IX):

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (LMR),
2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA),
3. unterhaltssichernde und andere existenzsichernde Leistungen,
4. Leistungen zur Teilhabe an Bildung (LTB) und
5. Leistungen zur sozialen Teilhabe (LST).

1.2. Ablauf der Datenerhebung

Der THVB ist ein jährlich erscheinender Bericht, in dem Daten der Rehabilitationsträger aus dem jeweils vorherigen Kalenderjahr abgebildet werden. Der Erhebungszeitraum umfasst demnach ein Kalenderjahr vom 1. Januar bis 31. Dezember. Die Datenlieferung an die BAR erfolgt nach einer mindestens zweimonatigen Wartezeit bis spätestens zum 30. April des darauffolgenden Kalenderjahres (in Anlehnung an [16]). Aufgrund möglicher Nacherfassungen liegen zum Stichtag am Ende des Kalenderjahres bei den Trägern noch nicht alle Daten vollständig vor bzw. sind noch nicht vollständig erfasst worden. Die Wartezeit ermöglicht es den Trägern, die für das Kalenderjahr relevanten Daten dennoch zu berücksichtigen, um die Vollständigkeit der Daten bestmöglich zu gewährleisten.

Die Datenerfassung für den ersten THVB begann zum 1. Januar 2018. Der erste Bericht wurde 2019 veröffentlicht. [6] Konnten die Trägerbereiche ihrer gesetzlichen Berichtspflicht für den ersten THVB – wenn erforderlich – zunächst mit ausgewählten Pilotträgern nachkommen, besteht seit 2019 die vollumfängliche Berichtspflicht. Der zweite THVB war somit der erste Bericht, für den die vollumfängliche Berichtspflicht aller Rehabilitationsträger galt. Er ist Ende 2020 erschienen und bildet die Daten aus dem Berichtsjahr 2019 ab. [3]

Um der gesetzlichen Berichtspflicht nachkommen zu können, mussten zunächst bei allen Trägern die Grundlagen für ein einheitliches Datenerhebungsverfahren geschaffen werden. Dazu gehörte die trägerübergreifende Vereinbarung auf:

- einheitliche Variablendefinitionen,
- eine einheitliche Datenerfassung und Erzeugung eines Meldedatensatzes sowie
- einen abgestimmten Weg für die Datenübermittlung.

Der Abstimmungsprozess zur Erarbeitung dieser Grundlagen und dessen Ergebnisse werden in den nachfolgenden Abschnitten beschrieben.

1.2.1. Variablendefinitionen

Um eine Vergleichbarkeit der erhobenen Sachverhalte sicherzustellen, müssen einheitliche Grundlagen für die Datenerfassung geschaffen werden. Auf Ebene der BAR wurde sich mit Vertreterinnen und Vertretern aller Trägerbereiche darauf verständigt, welche Meldetatbestände unter den jeweiligen 16 Sachverhalten nach § 41 Abs. 1 SGB IX zu verstehen sind, und es wurden einheitliche Definitionen und Begrifflichkeiten formuliert. Hierzu wurden Primärvariablen definiert, die es von allen Trägern zu erfassen gilt.¹⁹ Neben den zu erfassenden

¹⁹ Ausnahmen zur Datenerfassung für bestimmte Trägerbereiche ergeben sich aus gesetzlichen Vorschriften. So sind beispielsweise die Träger der GKV nach § 41 Abs. 1 Nr. 7 SGB IX davon ausgenommen, für diesen Sachverhalt eine Differenzierung nach dem Merkmal „mit und ohne Teilhabeplanung“ vorzunehmen.

Hintergrund

Primärvariablen wurden auch die jeweiligen Messzeitpunkte und Zuordnungen zu einem Berichtsjahr vereinbart.

Gemäß § 41 Abs. 1 SGB IX werden für den THVB keinerlei soziodemographische Angaben erfasst, da ausschließlich die Verwaltungsverfahren der Rehabilitationsträger abgebildet werden. Des Weiteren werden die Daten in einem aggregierten Format an die BAR übermittelt. Das bedeutet, dass die erhobenen / erzeugten Primärvariablen auf Basis von Einzelfalldaten anhand festgelegter Rechenoperationen in Meldevariablen umgewandelt werden. Beispielsweise werden die Daten durch Aufsummieren von Variablenwerten oder durch die Bildung von Durchschnittswerten zusammengefasst (aggregiert). [17] Das fiktive Beispiel zu Sachverhalt 5 „durchschnittliche Zeitdauer zwischen Antragseingang und Entscheidung“ in Tabelle 2 verdeutlicht, wie aus Primärvariablen auf Einzelfallebene aggregierte Meldevariablen erzeugt werden, die dann im Bericht abgebildet werden.

Tabelle 2. Beispiel zur Aggregation von Primär- zu Meldevariablen

Antrag	Datum des Antrags	Datum der Entscheidung	Primärvariable (Einzelfalldaten)	Meldevariable (aggregierte Daten)
Antrag 1	02.01.2021	12.01.2021	10 Tage	19,3 Tage im Durchschnitt
Antrag 2	02.01.2021	28.01.2021	26 Tage	
Antrag 3	02.01.2021	24.01.2021	22 Tage	

Die Ergebnisse der Variablendefinitionen für den THVB sind im Dokument „Primärvariablen, Meldevariablen und Definitionen zu den Sachverhalten nach § 41 Abs. 1 SGB IX“²⁰ festgehalten. Dieses Dokument wurde trägerübergreifend abgestimmt und dient als Grundlage für die Datenerfassung. Das Dokument wird anlassbezogen fortgeschrieben und weiterentwickelt. Eine Übersicht der Primär- und Meldevariablen in der Fassung, die für das Berichtsjahr 2021 und somit für den vorliegenden THVB gültig ist, kann dem Anhang 2 dieses Berichtes entnommen werden.

²⁰ Die derzeit geltende Version 4.4 kann unter https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/THVB/KP003_Variablenbeschreibung.pdf abgerufen werden.

1.2.2. Datenerfassung und Erzeugung eines Meldedatensatzes

Die Daten zu den genannten Variablen sollten bei allen Rehabilitationsträgern möglichst elektronisch erfasst bzw. erzeugt werden. Die Träger aus dem Bereich der Sozialversicherung verfügen aufgrund ihrer Größe oftmals über eigene Fachverfahren und daran angeschlossene Data Warehouses für Analysezwecke. Aus diesen können Daten für den THVB erzeugt und übermittelt werden. Neu zu erhebende Sachverhalte können über entsprechende Programmierungen und mit entsprechenden Eingabefeldern/-masken zusätzlich erfasst werden. Im Bereich der steuerfinanzierten Träger eignen sich für eine elektronische Datenerfassung die dort meistens bestehenden Fachverfahren, mit denen Aufgaben einer öffentlichen Verwaltung IT-basiert bearbeitet werden können.²¹ Für jene Träger, die über kein bestehendes Fachverfahren verfügen oder dieses für die Datenerfassung im Rahmen des THVB nicht nutzen können, hat die BAR ein Erfassungstool entwickeln lassen. Das Teilhabeverfahrensbericht-Erfassungstool (TET) steht Trägern kostenfrei zur Verfügung und kann in Eigenverantwortung des jeweiligen Trägers zur operativen Erfassung sowie Weiterverarbeitung der Daten für den THVB genutzt werden.²² Zur Unterstützung der praktischen Datenerfassung wurde das Dokument „Erfassungshinweise“²³ von der BAR erstellt. Das Dokument ist – orientiert an den Primärvariablen – thematisch aufgebaut und kann zum Beispiel für die korrekte Beschickung einzelner Felder in den Eingabemasken jener Träger genutzt werden, welche die Daten für den THVB händisch eingeben.

Aus den erfassten (Primär-)Variablen wird durch die Träger ein (aggregierter) Meldedatensatz erzeugt. Die technische Erzeugung und der strukturelle Aufbau des Meldedatensatzes für den THVB sind im Dokument „Technische Datensatzbeschreibung des Meldedatensatzes“²⁴ festgehalten. Dieses Dokument dient insbesondere den Systembetreuern und Software-Anbietern des jeweiligen Trägers als Grundlage zur Erstellung des Meldedatensatzes.

Die Datenübermittlung für den THVB erfolgt für alle Träger in einem standardisierten XML-Format (eXtensible Markup Language). Dieses Format orientiert sich an den Vorgaben der amtlichen Statistik des Statistischen Bundesamtes (Destatis)²⁵.

Sofern einem Rehabilitationsträger in einem Berichtsjahr keine erfassungspflichtigen Angaben gemäß § 41 Abs. 1 SGB IX vorliegen, er also über keine Angaben verfügt, die in einer

²¹ Die BAR steht seit 2017 in kontinuierlichem Austausch mit den ihr bekannten Anbietern kommunaler Fachverfahren (Software-Anbieter), um die bei den Trägern benötigten technischen Umsetzungen zur Datenerfassung und -meldung im Rahmen des THVB zu unterstützen.

²² TET steht unter <https://www.bar-frankfurt.de/themen/teilhabeverfahrensbericht/geschuetzter-bereich-fuer-reha-traeger.html> kostenfrei zum Download zur Verfügung. Hierfür ist die Anmeldung mit der Träger-ID und dem dazugehörigen Passwort im geschützten Bereich der BAR nötig.

²³ Die derzeit geltende Version 6.0 kann unter https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/THVB/KP001_Erfassungshinweise.pdf abgerufen werden.

²⁴ Die derzeit geltende Version 5.6 kann unter https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/THVB/KP002_Technische_Datensatzbeschreibung.pdf abgerufen werden.

²⁵ Siehe unter anderem <https://www.xrepository.de/details/urn:xoev-de:destatis:standard:xstatistik> und <https://www.w3.org/TR/REC-xml/> (jeweils letzter Zugriff am 17.11.2022).

Erfassung von mindestens einem der 16 Sachverhalte für den THVB hätten berücksichtigt werden müssen, ist dies der BAR als Fehlanzeige mitzuteilen („Leer-/Nullmeldung“). Für die Übermittlung einer Fehlanzeige existiert ein für alle Träger einheitliches Verfahren. Auch Fehlanzeigen fließen in die Datenauswertung für den THVB ein: Alle Meldevariablen, die eine Anzahl abbilden, werden bei Fehlanzeigen auf den Wert null gesetzt und gehen in die Datenauswertung ein. Eine Ausnahme bilden hier die Meldevariablen zur Anzahl der Fristüberschreitungen (Sachverhalt 3), zur Anzahl der bewilligten und abgelehnten Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen (Sachverhalt 14) sowie zur Anzahl erfolgreicher Widersprüche und Klagen (Sachverhalt 15), die bei Fehlanzeigen als fehlender Wert (anstatt mit dem Wert null) kodiert werden und somit nicht in die Datenauswertung eingehen. Meldevariablen, die eine Dauer abbilden (Sachverhalte 4, 5, 7 und 9), werden bei Fehlanzeigen als fehlender Wert (anstatt mit dem Wert null) kodiert. Auch sie gehen nicht in die Datenauswertung ein.

1.2.3. Wege der Datenübermittlung

Der erzeugte Meldedatensatz wird elektronisch über eine Web-Schnittstelle an die BAR übermittelt. Hierfür stehen zwei Möglichkeiten zur Verfügung:

1. die manuelle Datenübermittlung über ein passwortgeschütztes Web-Portal (geschützter Bereich) oder
2. die automatisierte Datenübermittlung über eine WebDAV (Web-based Distributed Authoring and Versioning)-Schnittstelle.

Für die erste Möglichkeit wurde auf der Website der BAR ein eigenes Web-Portal eingerichtet (geschützter Bereich), über das die Datenübermittlung manuell erfolgen kann. Zugang zu diesem Web-Portal erhalten die Träger über einen Benutzernamen (Träger-ID) und ein Passwort, die bei der BAR zu beantragen sind und durch sie vergeben werden. Bei der zweiten Möglichkeit wird der Meldedatensatz automatisiert direkt aus dem jeweiligen Fachverfahren heraus mittels eines WebDAV-Protokolls an die Web-Schnittstelle übermittelt. Die Datenübermittlung über die Web-Schnittstelle erfolgt bei beiden Möglichkeiten verschlüsselt per https-Protokoll. Die Entscheidung für entweder eine manuelle Datenübermittlung über das Web-Portal (Möglichkeit 1) oder für eine automatisierte Übermittlung (Möglichkeit 2) obliegt dem datenliefernden Träger.

Gemäß § 41 Abs. 2 Satz 1 SGB IX leitet der jeweilige Spitzenverband bzw. die jeweils zuständige oberste Landesbehörde die von den Rehabilitationsträgern erfassten Daten als Meldedatensatz an die BAR weiter (Meldeweg 1). Abweichend von dieser gesetzlichen Grundlage wurde in Absprache zwischen dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), der BAR und den Rehabilitationsträgern die Möglichkeit gegeben, dass die einzelnen Träger ihre Daten auch direkt an die BAR übermitteln können (Meldeweg 2).

Im Bereich der steuerfinanzierten Träger haben sich alle obersten Landesbehörden für die Direktmeldung der Daten an die BAR ausgesprochen (für weiterführende Informationen siehe [6]). Im Bereich der Sozialversicherungsträger erfolgt die Übermittlung des Meldedatensatzes über den jeweiligen Spitzenverband an die BAR.

1.2.4. Pseudonymisierung

Bei den zu erfassenden Daten für den THVB handelt es sich um Sozialleistungsdaten, die aus Gründen des Datenschutzes einen sensiblen Umgang erfordern. [18] Die Rehabilitationsträger sind dem Vorschlag der BAR gefolgt und haben sich darauf verständigt, dass die Übermittlung des Meldedatensatzes für den THVB pseudonymisiert durch die Träger an die BAR erfolgen soll. Damit wird die Zuordnung zum ursprünglichen Datenübermittler (hier also der jeweilige Träger bzw. Trägerbereich) erschwert. Sollte eine Pseudonymisierung durch den Träger nicht möglich oder gewünscht sein, erfolgt die Pseudonymisierung spätestens durch die BAR.

Durch eine Pseudonymisierung werden bestimmte Namens- oder Personenidentifikatoren durch neutrale Schlüsselidentifikatoren, wie beispielsweise Zahlen- oder Buchstabenkombinationen, ersetzt. Eine Referenzliste wird bei einer Pseudonymisierungsstelle verwahrt und gepflegt. Die Referenzliste erlaubt es, dem Pseudonym die Schlüsselidentifikatoren zuzuordnen und damit bei Bedarf eine De-Pseudonymisierung herbeizuführen. Der Vorteil einer Pseudonymisierung von Daten(-sätzen) liegt u. a. darin, dass ein einmal vergebenes Pseudonym über die gesamten Erhebungszeitpunkte gleichbleibt und somit Verläufe, beispielsweise in Form von Zeitreihenanalysen, möglich sind. [18]

Für den THVB wurde die Träger-ID als Pseudonym eingeführt. Diese Träger-ID besteht als Gesamtschlüssel aus einer elfstelligen Ziffernfolge und orientiert sich in ihrem Aufbau an den Institutskennzeichen der Träger der sozialen Sicherung [19].

Die Träger-ID dient ... :

- ... zur Pseudonymisierung des Meldedatensatzes.
- ... der eindeutigen Zuordnung von Datenmeldungen, z. B. um mögliche Doppelsendungen oder fehlende Daten identifizieren zu können.
- ... als Benutzername zur Anmeldung im geschützten Bereich auf der Website der BAR. Über dieses Web-Portal kann der Meldedatensatz für den THVB hochgeladen werden.

Die Spitzenverbände, die die Daten ihrer Träger an die BAR übermitteln (Meldeweg 1), haben entsprechend der Anzahl der Träger in ihrem Zuständigkeitsbereich mehrere Träger-IDs durch die BAR erhalten und konnten diese jeweils beliebig an ihre Träger vergeben. In diesem Fall agieren die Spitzenverbände als Pseudonymisierungsstelle und ihnen obliegt eigenverantwortlich das Pflegen und Verwahren der Referenzliste.

Alle Träger, die sich für eine Datenübermittlung per Direktmeldung an die BAR ausgesprochen haben (Meldeweg 2), wurden über ihre jeweilige oberste Landesbehörde aufgefordert, eine Träger-ID bei der BAR zu beantragen. Hierbei ist für jeden Träger nach § 6 Abs. 1 SGB IX ein eigener Antrag zu stellen, auch wenn beispielsweise mehrere Trägerbereiche in einer Institution verankert sind (z. B. ein Landkreis als Träger sowohl der EGH als auch der JH). Bei Meldeweg 2 agiert die BAR als Pseudonymisierungsstelle und ihr obliegt das Pflegen und Verwalten der Referenzliste. Für diese Aufgabe ist innerhalb der BAR eine zentrale Vertrauensstelle alleinverantwortlich betraut, sodass die Referenzliste vor externen Zugriffen geschützt und eine absolute Vertraulichkeit gegeben ist.

1.2.5. Vergabe der Träger-IDs

Für das Berichtsjahr 2021 sind insgesamt 1.268 Rehabilitationsträger bei der BAR als berichtspflichtig registriert. Hierbei entfallen 154 auf den Bereich der Sozialversicherung und 1.114 auf den steuerfinanzierten Bereich. Die Teilmenge der steuerfinanzierten Träger setzt sich zusammen aus 1.112 Trägern aus den Bereichen EGH, JH und SER sowie zwei Trägern der Bundeswehr. Tabelle 4 zeigt die Anzahl der berichtspflichtigen Träger aus dem steuerfinanzierten Bereich nach Bundesländern gegliedert.

Tabelle 3. Registrierte berichtspflichtige Rehabilitationsträger der steuerfinanzierten Trägerbereiche (ohne Bundeswehr) nach Bundesländern

Bundesland	EGH	JH	KOF	KOV	Σ
Baden-Württemberg 	46	46	43	30	165
Bayern 	7	96	83	1	187
Berlin 	1	1	1	1	4
Brandenburg 	18	18	1	1	38
Bremen 	2	2	1	1	6
Hamburg 	1	1	1	1	4
Hessen 	30	33	1	6	70
Mecklenburg-Vorpommern 	8	8	9	1	26
Niedersachsen 	49	54	45	1	149
Nordrhein-Westfalen 	57	182	2	2	243
Rheinland-Pfalz 	36	40	3	1	80
Saarland 	1	6	1	1	9
Sachsen 	14	12	1	1	28
Sachsen-Anhalt 	1	13	1	1	16
Schleswig-Holstein 	15	16	7	1	39
Thüringen 	23	23	1	1	48
SUMME	309	551	201	51	1.112

Quelle: BAR e. V., Stand: 01.07.2022

Die Anzahl der berichtspflichtigen Rehabilitationsträger aus dem Bereich der Sozialversicherung ist bekannt. Alle Träger aus diesem Bereich sind für die Datenübermittlung registriert. Für den steuerfinanzierten Bereich ist die Anzahl der berichtspflichtigen Rehabilitationsträger nicht abschließend bekannt. Zur Bestimmung hat die BAR entsprechende Abfragen bei den Bundesländern getätigt und die jeweiligen Landesausführungsgesetze systematisch ausgewertet. Auf dieser Grundlage ergibt sich für die EGH und JH ein fast vollständiger Erfassungsgrad (fast 100 Prozent bei der EGH und 98 Prozent bei der JH). Aus dem Bereich SER sind bisher etwa 86 Prozent aus der ermittelten Grundgesamtheit für die Datenerfassung registriert.



Das Wichtigste im Überblick

Unter Beteiligung aller Trägerbereiche wurden die Grundlagen für ein einheitliches Datenerhebungsverfahren geschaffen.

Hierfür wurden einheitliche Definitionen und Begrifflichkeiten zu den jeweiligen Meldetatbeständen der 16 Sachverhalte formuliert und davon ausgehend Primärvariablen definiert, die die Träger erfassen / erzeugen müssen.

Die auf Ebene von Einzelfalldaten erhobenen / erzeugten Primärvariablen sind in einem aggregierten Format an die BAR zu übermitteln. Durch festgelegte Rechenoperationen, wie das Aufsummieren von Variablenwerten oder durch die Bildung von Durchschnittswerten, werden die Primärvariablen in einem Meldedatensatz zu Meldevariablen zusammengefasst (aggregiert).

Der jeweilige Spitzenverband leitet die bei den Trägern erfassten Daten als Meldedatensatz an die BAR weiter (Meldeweg 1) oder die Träger übermitteln ihre Daten direkt an die BAR (Meldeweg 2). Die Übermittlung erfolgt in beiden Fällen pseudonymisiert.

Der erzeugte Meldedatensatz wird elektronisch über das Web-Portal oder die Web-DAV-Schnittstelle an die BAR übermittelt.

Als Pseudonym für den THVB dient die Träger-ID. Alle Rehabilitationsträger wurden aufgefordert, bei der BAR eine Träger-ID zur Übermittlung ihrer Daten zu beantragen.

2. Datenauswertung im vierten Teilhabeverfahrensbericht

Die Prüfung von Daten hinsichtlich ihrer Plausibilität und Validität ist ein essentieller Bestandteil jeder Datenanalyse. [20–22] Es existieren verschiedene Möglichkeiten zur Plausibilitäts- und Validitätsprüfung, die im Sinne eines gestuften Vorgehens nacheinander erfolgen sollten. Die Schritte können dabei von einer (schnelleren) Basis-Prüfung, die primär eine Vollständigkeits- und überwiegend technische Strukturprüfung zum Ziel hat, bis hin zu einer (länger dauernden) analysebezogenen Validierung, bei der eine inhaltliche Prüfung der Daten in Abhängigkeit des Untersuchungsgegenstands stattfindet, reichen. [21] Über dieses stufenweise Verfahren wird nicht zuletzt ein neutraler und objektiver Umgang mit Daten nach wissenschaftlichen Grundsätzen (exemplarisch [23]) gewährleistet.

Auch für den vorliegenden THVB wurde ein zweistufiges Plausibilitäts- und Validitätsverfahren durchgeführt:

- **Stufe 1** des Plausibilitäts- und Validitätsverfahrens setzte am Punkt der Datenübermittlung ein, das heißt sobald ein Träger einen Datensatz an die BAR übermittelt hatte. Hier wurden eine Strukturprüfung und eine Plausibilitätsprüfung des übermittelten Datensatzes mithilfe des Validierungsdialogs durchgeführt (siehe Kapitel 2.1).
- **Stufe 2** setzte nach Annahme des Meldedatensatzes durch die BAR ein und beinhaltete eine interne Validitätsprüfung der übermittelten Daten. Ab diesem Punkt waren seitens der Träger keine eigenhändigen Korrekturen mehr möglich (siehe Kapitel 2.2).

Im folgenden Kapitel werden die Stufen der Plausibilitäts- und Validitätsprüfung beschrieben.

In Kapitel 2.3 wird zudem das Beteiligungsverfahren der Rehabilitationsträger an der Auswertung ihrer Daten erläutert.

2.1. Stufe 1: Datenaufbereitung im Vorfeld der Auswertung

Die von den Trägern übermittelten Meldedatensätze gehen über eine Web-Schnittstelle bei der BAR ein. Die Meldedatensätze sind anhand der Träger-ID pseudonymisiert. Über die Web-Schnittstelle findet eine **Strukturprüfung** des Meldedatensatzes anhand der vorgegebenen XML-Struktur statt (siehe Kapitel 1.2.2). Hierbei wird insbesondere geprüft, ob die übermittelten Daten dem vereinbarten Lieferformat entsprechen. Um eine hohe Datenqualität und eine automatisierte Verarbeitung zu gewährleisten, wurde für das Berichtsjahr 2021 im Rahmen eines stufenweisen Verfahrens eine strengere Strukturprüfung durchgeführt als im Vorjahr. Es wurden zum Beispiel die korrekte Benennung aller Meldevariablen überprüft. Außerdem war die Angabe der Software, mit welcher der Meldedatensatz erzeugt wurde und die entsprechende Version obligatorisch.

Entsprach der von den Trägern übermittelte Meldedatensatz nicht den Strukturanforderungen, wurde den Trägern im geschützten Bereich sofort angezeigt, an welcher Stelle eine Abweichung vorlag. Es erfolgte außerdem parallel eine entsprechende Benachrichtigung per E-Mail. Der Datensatz musste an das vorgegebene Format angepasst werden, bevor er nochmals übermittelt werden konnte.²⁶

War die Strukturprüfung erfolgreich, wurden die übermittelten Werte für die Meldevariablen inhaltlich geprüft. Im Rahmen dieser **Plausibilitätsprüfung** wurden sowohl Werte für einzelne Meldevariablen als auch Beziehungen zwischen Meldevariablen anhand von sich aus den Sachverhalten logisch ergebenden Regeln getestet. Hierbei wurde insbesondere überprüft, ob die Rechenwege zur Aggregation des Meldedatensatzes gemäß der trägerübergreifend abgestimmten Vorgaben richtig umgesetzt wurden (siehe hierzu Spalte „Erzeugung aus Primärvariablen“ in der Übersicht der Meldevariablen im Anhang 2).

Beispielsweise können die Werte für die meisten Meldevariablen (ausgenommen negative Antrittslaufzeiten in Sachverhalt 7) nicht negativ sein. Die Werte für einige Meldevariablen können nicht größer sein als die für andere Meldevariablen. Es kann zum Beispiel in einem Berichtsjahr nicht mehr Fristüberschreitungen (m3a) geben als überhaupt Zuständigkeitsprüfungen (m3a_n) durchgeführt worden sind. Auch wurden Summen aus zwei oder mehreren Meldevariablen ins Verhältnis zu anderen Meldevariablen gesetzt. Beispielsweise kann die Summe aus den gestellten Anträgen in allen Leistungsgruppen (m1a + m1b + m1c + m1d) nicht kleiner sein als die Anzahl der Gesamtanträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe (m1).

²⁶ Auf der Website der BAR ist eine Übersicht veröffentlicht mit den häufigsten Fehlermeldungen, die im Rahmen der Strukturprüfung auftreten können. Darin sind auch Handlungsoptionen aufgeführt, die seitens der Träger unternehmen werden können, um den Fehler zu beheben. Siehe https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/datei-liste/THVB/Uebersetzung_Fehlermeldungen_XSD.pdf (letzter Zugriff am 10.12.2022).

Enthielt ein Meldedatensatz unplausible Werte, wurden im **Validierungsdialog** Hinweise dazu angezeigt. Der Träger wurde darauf aufmerksam gemacht, an welcher Stelle diese Angaben in seinem Fachverfahren zu prüfen sind. Wurden Angaben durch den Träger in seinem Fachverfahren geändert oder ergänzt, konnte er einen neuen Meldedatensatz übermitteln. Außerdem wurden im Validierungsdialog Nachfragen angezeigt, wenn für einige Meldevariablen der Wert null übermittelt wurde. Der Meldedatensatz konnte erst dann final übermittelt werden, wenn alle angezeigten Hinweise eingesehen und / oder alle angezeigten Nachfragen im Validierungsdialog bearbeitet worden waren.

Die Abläufe im Rahmen der Strukturprüfung und der Plausibilitätsprüfung sind in Abbildung 1 schematisch dargestellt.

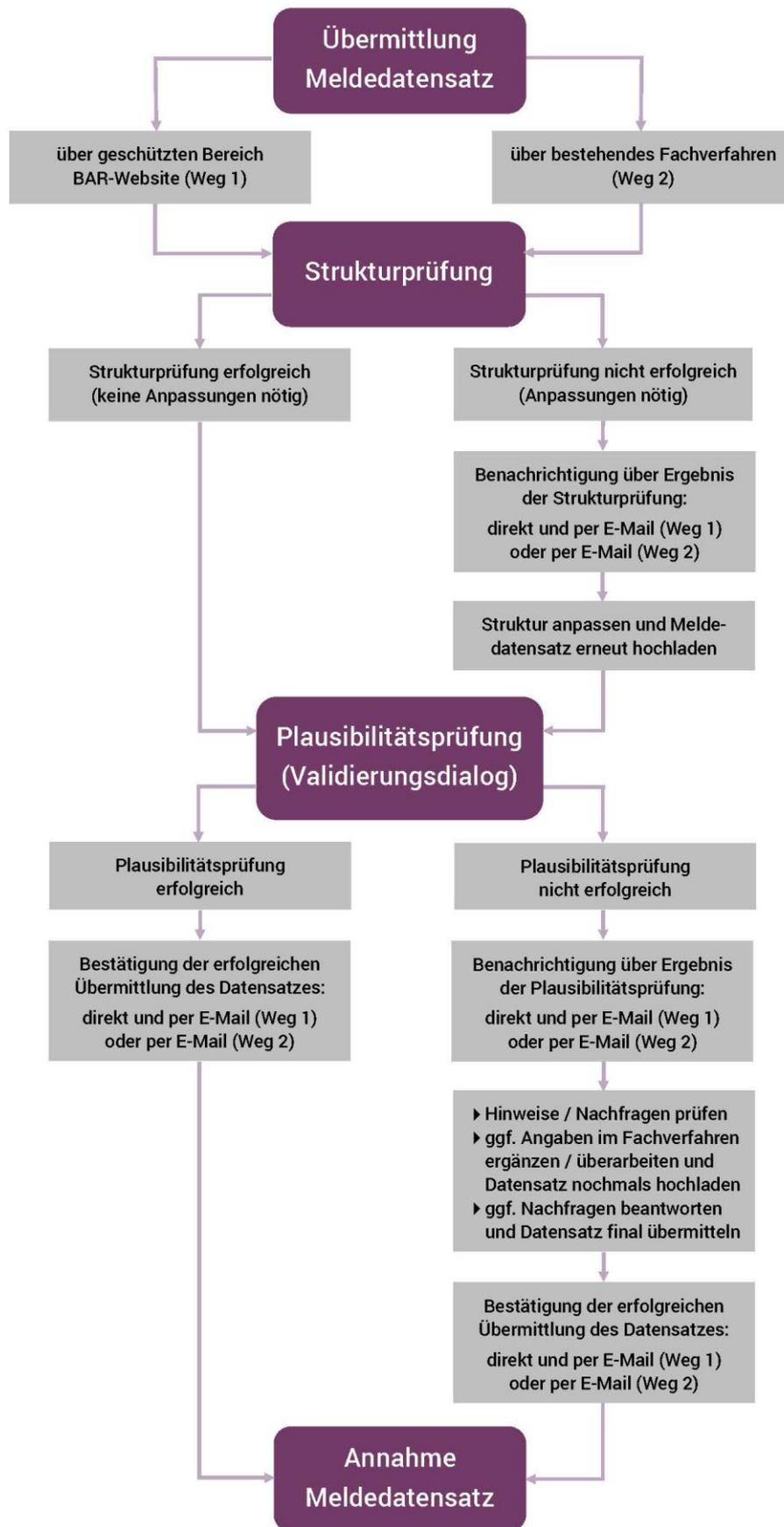


Abbildung 1. Schematischer Ablauf der Datenübermittlung durch die Träger bis zur Annahme des Meldedatensatzes (Stufe 1 des Plausibilitäts- und Validitätsverfahrens)

2.1.1. Annahme des Meldedatensatzes und Datenverarbeitung

Nachdem die Strukturprüfung und die Plausibilitätsprüfung im Zuge des Validierungsdialogs erfolgreich durchlaufen worden sind, wurde der Meldedatensatz zur weiteren Verarbeitung in eine zentrale Datenbank (Microsoft SQL Server) weitergereicht und dort gespeichert.

Die Datenbank wird von Microsoft SQL Server als Relationales Datenbank Management System (RDBMS) verwaltet. Der Ladeprozess in die Datenbank wurde mit dem ETL-Tool (Extract Transform Load) Talend ausgeführt. Da die übermittelten Meldedatensätze bereits aggregiert und vorverarbeitet sind, hat die zentrale Datenbank insbesondere die Funktion der Speicherung der Daten sowie der Generierung von Auswertungsdatensätzen in Analyseszenarien.

Die Datenverarbeitung umfasste im Wesentlichen fünf Schritte:

1. Vorverarbeitung,
2. Speicherung,
3. Interne Validitätsprüfung (Stufe 2 des Plausibilitäts- und Validitätsverfahrens),
4. Erstellung von Analyseszenarien und
5. Auswertung.

In der **Vorverarbeitung** wurden die Inhalte der Meldedatensätze in die Datenbank importiert und in entsprechende Tabellen übertragen. Hierbei wurde festgehalten, welcher Träger welchen Meldedatensatz mit welchen Inhalten geliefert hat. Des Weiteren wurden die Meldedatensätze anhand der Public-ID (PUB-ID) nochmals pseudonymisiert (doppelte Pseudonymisierung). Die PUB-ID setzt sich aus einer Abkürzung für den jeweiligen Trägerbereich und einer fortlaufenden Nummer zusammen. Sie lässt somit lediglich Rückschlüsse auf den Trägerbereich zu.

Die PUB-IDs im vorliegenden vierten THVB entsprechen den PUB-IDs im dritten THVB. Somit können die einzelnen Träger in einer pseudonymisierten Form über die Berichtsjahre 2020 und 2021 hinweg nachverfolgt werden. Träger, die im vorherigen Berichtsjahr weder einen Meldedatensatz noch eine Fehlanzeige übermittelt hatten (Nicht-Meldung) oder sich erst nachträglich bei der BAR registriert hatten und für das Berichtsjahr 2021 eine Meldung vorgenommen hatten, bekamen erstmals eine PUB-ID zugewiesen.

Nach der Vorverarbeitung erfolgte die **Speicherung** in der Datenbank. Alle Meldedatensätze, die ein Träger geliefert hatte, wurden gespeichert und versioniert. Ein Träger konnte seinen Meldedatensatz für ein Berichtsjahr korrigieren, indem er ihn nochmals mit geänderten Werten übermittelte. Durch die Versionierung ist jederzeit nachvollziehbar, wann ein Träger welche Daten geliefert hat und welcher der aktuelle (ggf. korrigierte) Meldedatensatz ist. Es erfolgte gleichzeitig ein Monitoring über Anzahl und Umfang der übermittelten Meldedatensätze. Im Zuge dieses Monitorings können jene Träger identifiziert werden, die keinen

Datensatz an die BAR übermittelt haben, obwohl sie für eine Datenübermittlung registriert sind (Nicht-Meldung).

Im Rahmen einer **internen Validitätsprüfung** (Stufe 2, siehe Kapitel 2.2) wurden unplausible Werte erkannt und die entsprechenden Meldedatensätze im Vorfeld der Datenauswertung bereinigt.

Im vierten Schritt wurden **Analyseszenarien** (AS) erstellt. Hierzu können beliebig viele Meldedatensätze zu einem Szenario zusammengefasst werden. Ein Szenario kann dann zum Beispiel alle Meldedatensätze eines Berichtsjahres oder nur jene bestimmter Träger bzw. Trägerbereiche oder jede beliebige Kombination enthalten. Auch Analyseszenarien wurden in der zentralen Datenbank gespeichert und versioniert. Die Kennzeichnung eines Analyseszenarios setzt sich aus der Abkürzung AS, der Angabe des Berichtsjahres, aus dem die Daten stammen, und einer fortlaufenden Nummerierung zusammen. Die Kennzeichnung dient ausschließlich internen Zwecken.

Zur **Auswertung** der Daten wurden die Analyseszenarien in die Analyse- und Statistiksoftware Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, IBM Statistics, Version 25) eingelesen und anhand eines syntaxbasierten Skripts analysiert. Die Datenauswertung und Datendarstellung erfolgte anhand der PUB-ID.



Das Wichtigste im Überblick

Die von den Trägern übermittelten Meldedatensätze gingen über eine Web-Schnittstelle pseudonymisiert bei der BAR ein.

Es wurde ein zweistufiges Plausibilitäts- und Validitätsverfahren durchgeführt.

Über die Web-Schnittstelle fand eine Prüfung der Struktur und Inhalte der Meldedatensätze statt. Im Rahmen des Validierungsdialogs wurde der Träger auf unplausible Angaben aufmerksam gemacht und ein Hinweis gegeben, an welcher Stelle in seinem Fachverfahren diese Angaben zu prüfen sind. (Stufe 1).

Zur weiteren Verarbeitung wurden die Meldedatensätze in eine zentrale Datenbank (Microsoft SQL Server) eingelesen und dort gespeichert. Hier erfolgte eine interne Validitätsprüfung (Stufe 2). Mithilfe von Analyseszenarien wurden Auswertungsdatensätze erstellt.

In der zentralen Datenbank wurden die Meldedatensätze anhand einer Public-ID (PUB-ID) nochmals pseudonymisiert (doppelte Pseudonymisierung), sodass lediglich Rückschlüsse auf den Trägerbereich möglich sind.

Die PUB-IDs im vorliegenden vierten THVB entsprechen denen im dritten THVB.

2.2. Stufe 2: Interne Validitätsprüfung der übermittelten Daten

Nachdem der Meldedatensatz durch die Träger übermittelt und zur Weiterverarbeitung angenommen worden war (ggf. in korrigierter Form im Rahmen des Validierungsdialogs), erfolgte im nächsten Schritt eine **interne Validitätsprüfung**. Dabei wurden anhand von Plausibilisierungsregeln sowohl Werte für einzelne Meldevariablen als auch Beziehungen zwischen Meldevariablen geprüft. Wie bereits in den Vorjahren wurden Plausibilisierungsregeln innerhalb eines Sachverhalts angewendet. Im Rahmen eines stufenweisen Vorgehens wurden, neben den bereits im Vorjahr angewendeten sachverhaltsübergreifenden Plausibilisierungsregeln bzgl. Sachverhalt 6, erstmals auch sämtliche weitere sachverhaltsübergreifende Plausibilisierungsregeln angewendet.

Die Plausibilisierungsregeln ergeben sich logisch aus den Inhalten der 16 Sachverhalte und lassen sich in folgende Kategorien gliedern:

- Vorzeichen
- Dauer
- Teilmenge inklusive Summen
- Leistungsgruppen versus Gesamtantrag
- Abhängigkeit bei Nullwert und fehlendem Wert

Um die Validität der Daten zu gewährleisten, wurden unplausible Werte von der Auswertung ausgeschlossen. Für Regeln, die ein Größenverhältnis von zwei Meldevariablen abbilden, wurde eine Toleranz von 2 Prozent festgelegt. Das heißt, bei einer Abweichung von kleiner als 2 Prozent wurden Werte zugelassen.

Die angewendeten Regeln sind im Folgenden sowie ergänzend im Anhang 3 dargestellt.

Vorzeichen

Die Meldevariablen müssen per Definition größer oder gleich null sein (siehe Anhang 3). Die Übermittlung eines negativen Wertes hat einen Ausschluss dieses Wertes von der Auswertung zur Folge. Eine Ausnahme stellen die negativen Antrittslaufzeiten für Sachverhalt 7 mit den Meldevariablen m7a, m7a_z, m7a1, m7a1_z, m7a2 und m7a2_z dar. Diese müssen per Definition kleiner null sein. Ist eine aufsummierte negative Antrittslaufzeit (m7a_z, m7a1_z oder m7a2_z) mit null angegeben worden, ging diese nicht in die Auswertung ein. Das traf für das Berichtsjahr 2021 auf 15,8 Prozent aller aufsummierten negativen Antrittslaufzeiten zu. Zudem wurde in diesem Fall die jeweilige Anzahl der negativen Leistungsantritte (m7a_n, m7a1_n oder m7a2_n), sofern sie größer null war, von der Auswertung ausgeschlossen. Für die aufsummierten negativen Antrittslaufzeiten sind von einigen Trägern positive Werte übermittelt worden. Hier wurde im Zuge der Validierung ein negatives Vorzeichen ergänzt. Das

traf für das Berichtsjahr 2021 auf 5,9 Prozent aller aufsummierten negativen Antrittslaufzeiten zu.

Dauer

Für Sachverhalt 4 (Gutachtendauern), Sachverhalt 5 (Bearbeitungsdauern), Sachverhalt 7 (Antrittslaufzeiten) und Sachverhalt 9 (Geltungsdauern von Teilhabeplänen) wurden jeweils aufsummierte und durchschnittliche Zeitdauern von den Trägern übermittelt. Die durchschnittliche Dauer bzw. Antrittslaufzeit ergibt sich per Definition aus der Division der aufsummierten Zeitdauer (Zähler) durch die jeweils übermittelte Anzahl (Nenner). Beispielsweise wird die Summe aller Gutachtendauern eines Trägers durch die Anzahl aller Gutachten dividiert. Es zeigte sich, dass die übermittelte durchschnittliche Dauer in einigen Datensätzen nicht mit dem Quotienten aus der aufsummierten Zeitdauer (Zähler) durch die jeweils übermittelte Anzahl (Nenner) übereinstimmte. Deshalb wurden nicht die übermittelten durchschnittlichen Dauern und Antrittslaufzeiten, sondern der aus den übermittelten Werten berechnete Quotient für die Datenauswertung genutzt.

Über alle Sachverhalte und Träger hinweg ergab sich eine Spannweite für die durchschnittliche Dauer bzw. Antrittslaufzeit von 0 bis 1.639.167 Tage (negative Antrittslaufzeiten gehen hier als Betrag ein). Um Unregelmäßigkeiten bei der Erfassung der Meldedaten auszuschließen, wurden alle berechneten durchschnittlichen Gutachten- und Bearbeitungsdauern größer als 365 Tage sowie Antrittslaufzeiten größer bzw. kleiner als 365 Tage und Geltungsdauern von Teilhabeplänen größer 750 Tage von der Auswertung ausgeschlossen. Das traf auf 1,0 Prozent aller Dauern und Antrittslaufzeiten zu. Ist für die Anzahl (Nenner) der Wert null und gleichzeitig für die aufsummierte Dauer bzw. Antrittslaufzeit (Zähler) ein Wert größer null übermittelt worden, konnte keine durchschnittliche Dauer bzw. Antrittslaufzeit für den übermittelnden Träger berechnet werden. Entsprechend wurden Zähler und Nenner von der Auswertung ausgeschlossen. Das traf auf 0,08 Prozent aller Zähler und Nenner zu. Wenn sowohl für den Zähler als auch für den Nenner der Wert null übermittelt worden ist, wurde der Zähler von der Auswertung ausgeschlossen. Das traf für das Berichtsjahr 2021 auf 14,9 Prozent aller Zähler zu. Eine durchschnittliche Dauer bzw. Antrittslaufzeit konnte außerdem nicht berechnet werden, wenn kein Wert für die Anzahl (Nenner) und gleichzeitig ein Wert für die aufsummierte Dauer bzw. Antrittslaufzeit (Zähler) übermittelt worden ist. Entsprechend wurde der Zähler von der Auswertung ausgeschlossen. Das traf für das Berichtsjahr 2021 auf 1,4 Prozent aller Zähler zu. Die in diesem Abschnitt beschriebenen Plausibilisierungsregeln wurden auf die Gutachtendauer in Sachverhalt 4, die Bearbeitungsdauern in Sachverhalt 5, die Antrittslaufzeiten in Sachverhalt 7 und die Geltungsdauern von Teilhabeplänen in Sachverhalt 9 angewendet.

Weitere Plausibilisierungsregeln:

Teilmenge inklusive Summen sowie Leistungsgruppen versus Gesamtantrag

Weitere Regeln zur Validierung beziehen sich auf das Verhältnis zweier oder mehrerer Meldevariablen zueinander. Einige Meldevariablen stellen Teilmengen anderer Meldevariablen dar, müssen also größer, kleiner oder gleich sein. Die entsprechenden Plausibilisierungsregeln sind in Anhang 3 aufgeführt. Existiert eine Meldevariable sowohl bezüglich der Gesamtanträge als auch bezüglich der Leistungsgruppen, können diese beiden Ebenen ins Verhältnis gesetzt werden. Die entsprechenden Plausibilisierungsregeln sind ebenfalls in Anhang 3 beschrieben.

Abhängigkeit bei Nullwert und fehlendem Wert

Die folgenden Plausibilisierungsregeln berücksichtigen inhaltliche Abhängigkeiten von mindestens zwei Meldevariablen, wenn eine der Meldevariablen mit dem Wert null übermittelt wird. Werden bei Sachverhalt 3 (Fristen) keine Zuständigkeitsprüfungen (m3a_n) bzw. Bedarfsermittlungen (m3b_n, m3c_n, m3b_n_lg, m3c_n_lg) gemeldet (Wert von null oder fehlender Wert), wird der Wert für die jeweilige Meldevariable zur Anzahl der Fristüberschreitungen (m3a, m3b, m3c, m3b_lg, m3c_lg) von der Auswertung ausgeschlossen. Analog wird bei den Sachverhalten 14 und 15 verfahren. Werden keine Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen (m14) gemeldet (Wert von null oder fehlender Wert), werden die Werte der entsprechenden Meldevariablen zur Anzahl der Bewilligungen (m14a) und zur Anzahl der Ablehnungen (m14b) dieser Erstattungsanträge von der Auswertung ausgeschlossen. Werden bei Sachverhalt 15 keine entschiedenen Widersprüche (m15a) bzw. Klagen (m15b) gemeldet (Wert von null oder fehlender Wert), werden die Werte der entsprechenden Meldevariablen zur Anzahl der erfolgreichen Widersprüche (m15a1) bzw. erfolgreichen Klagen (m15b1) von der Auswertung ausgeschlossen.

Insgesamt sind im vierten THVB 10,16 Prozent der übermittelten Werte aller Träger von der Auswertung ausgeschlossen worden, weil sie nicht plausibel waren. Betrachtet man nur die Plausibilisierungsregeln, die bereits im dritten THVB angewendet worden sind, ergäbe sich für den vierten THVB ein Ausschluss von 9,81 Prozent der übermittelten Werte aller Träger (im Gegensatz zu 10,11 Prozent im Vorjahr), was für eine konstante Datenqualität spricht. Der geringe Anstieg des Anteils der ausgeschlossenen Werte im Vergleich zum Vorjahr ist darauf zurückzuführen, dass für den vierten THVB erstmals sämtliche sachverhaltsübergreifende Regeln angewendet wurden.



Das Wichtigste im Überblick

Nach der Annahme des Meldedatensatzes erfolgte eine interne Validitätsprüfung, in der sowohl Werte für einzelne Meldevariablen als auch Beziehungen zwischen Meldevariablen sowohl innerhalb eines Sachverhalts als auch sachverhaltsübergreifend betrachtet wurden.

Um die Validität der Daten zu gewährleisten, wurden unplausible Werte von der Auswertung ausgeschlossen. Das traf auf 10,16 Prozent der übermittelten Werte aller Träger zu.

2.3. Beteiligung der Rehabilitationsträger an der Auswertung

In § 41 Abs. 2 Satz 2 SGB IX sieht der Gesetzgeber vor, dass die Auswertung der Angaben zum THVB durch die BAR unter Beteiligung der Rehabilitationsträger erfolgt. Wörtlich heißt es:

„Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation wertet die Angaben unter Beteiligung der Rehabilitationsträger aus und erstellt jährlich eine gemeinsame Übersicht.“

Seit 2020 erfolgt die Beteiligung der Rehabilitationsträger über den Beirat Teilhabeverfahrensbericht. Im Beirat sind alle Rehabilitationsträger, die Daten für den THVB übermitteln, durch benannte Vertreter bzw. Vertreterinnen aus den jeweiligen Spitzenverbänden, Bundesarbeitsgemeinschaften und obersten Landesbehörden repräsentiert. Auch aus dem Kreis der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) wurden Vertreter für den Beirat benannt. Das BMAS und der Sachverständigenrat Partizipation der BAR (SVR Partizipation) entsenden jeweils einen Vertreter bzw. eine Vertreterin mit Gaststatus in beratender Funktion. Der Gaststatus begründet sich daraus, dass das BMAS und der SVR Partizipation zwar keine Rehabilitationsträger sind, gleichwohl eine wichtige Rolle bei der Erstellung des THVB einnehmen: Das BMAS vertritt den Gesetzgeber als Auftraggeber des THVB; der SVR Partizipation vertritt die Sichtweise der Menschen mit Behinderung.

In Vorbereitung auf das Beteiligungsverfahren führt die BAR eine vorläufige Datenauswertung durch und fasst die Ergebnisse in einem Beteiligungsbericht zusammen. Im Beteiligungsbericht werden die durch die BAR ausgewerteten Echtdaten der Rehabilitationsträger entlang der 16 Sachverhalte aus § 41 Abs. 1 Nr. 1-16 SGB IX sowie die Angaben zur Förderung der Selbsthilfe für das jeweilige Berichtsjahr gezeigt. Damit erhalten die Beiratsmitglieder vor Veröffentlichung des Berichts einen Einblick in sowie eine Vorschau auf die ausgewerteten Daten und deren Darstellung.

Auf Basis des Beteiligungsberichts erhalten alle Beiratsmitglieder die Möglichkeit, Eingaben zu formulieren, die trägerspezifische Hinweise und Erläuterungen zu den eigenen bzw. übermittelten Daten ihres Trägerbereichs geben. Die Eingaben sollen dazu dienen, der Leserschaft eine qualitativ richtige Einordnung der Daten zu ermöglichen und Fehlinterpretationen vorzubeugen.

Die Ergebnisse des diesjährigen Beteiligungsverfahrens sind im vorliegenden Bericht in Kapitel 3 und Kapitel 4 eingeflossen. Die Eingaben der Träger sind in Kapitel 3 in den jeweiligen Infoboxen „Aus den Trägerbereichen“ unterhalb der Datenauswertungen und -darstellungen eines jeden Sachverhalts aufgeführt. Bei Sachverhalten, zu denen keine Eingaben von den Trägern erfolgten, wird keine entsprechende Infobox gezeigt. Im Weiteren besteht Kapitel 4 aus den Beiträgen, die von den Vertreterinnen und Vertretern der einzelnen Trägerbereiche verfasst wurden.



Das Wichtigste im Überblick

Die Beteiligung der Rehabilitationsträger an der Auswertung ihrer Angaben für den THVB ist gesetzlich vorgesehen (vgl. § 41 Abs. 2 Satz 2 SGB IX).

Seit 2020 erfolgt die Beteiligung der Rehabilitationsträger über den Beirat Teilhabeverfahrensbericht. Die Ergebnisse der diesjährigen Beteiligung finden sich in Kapitel 3 in den Infoboxen „Aus den Trägerbereichen“ und in Kapitel 4 wieder.

3. Ergebnisse der Datenauswertung

In diesem Kapitel werden die ausgewerteten Daten der Rehabilitationsträger für das Berichtsjahr 2021 dargestellt. Es handelt sich um die Datendarstellungen zu den 16 Sachverhalten nach § 41 Abs. 1 Nr. 1-16 SGB IX und – bei ausgewählten Sachverhalten – um Darstellungen im Vergleich der Berichtsjahre 2020 und 2021 (Kapitel 3.4) sowie Daten zur Förderung der Selbsthilfe nach § 45 SGB IX (Kapitel 3.5).

Die nachfolgenden Kapitel geben zunächst Hinweise zur Datengrundlage (Kapitel 3.1) sowie zur Darstellung und Auswertung der Daten (Kapitel 3.3).

3.1. Datengrundlage für den Teilhabeverfahrensbericht 2022

Für das Berichtsjahr 2021 waren insgesamt 1.268 Träger mit einer Träger-ID für eine Datenübermittlung bei der BAR registriert (berichtspflichtige Träger, siehe Kapitel 1.2.5). Von diesen Trägern haben 1.079 Träger eine Datenmeldung an die BAR vorgenommen. Das entspricht einer Meldequote von 85,1 Prozent.

Eine Datenmeldung für den THVB ist erfolgt, sobald

- der BAR ein zur Weiterverarbeitung übermittelter finaler Meldedatensatz im XML-Format vorliegt (mit der Kennzeichnung „200“ für „finale Lieferung“ oder „300“ für „revidierte Lieferung“)

oder

- eine Fehlanzeige für den geforderten Berichtszeitraum vorliegt (siehe Kapitel 1.2.2).

Liegt weder ein finaler Datensatz noch eine Fehlanzeige eines Trägers vor, wird dies als Nicht-Meldung gewertet (siehe Kapitel 3.2). Abbildung 2 zeigt die Datengrundlage für den vorliegenden Bericht aufgeschlüsselt nach der Art der Datenmeldung.

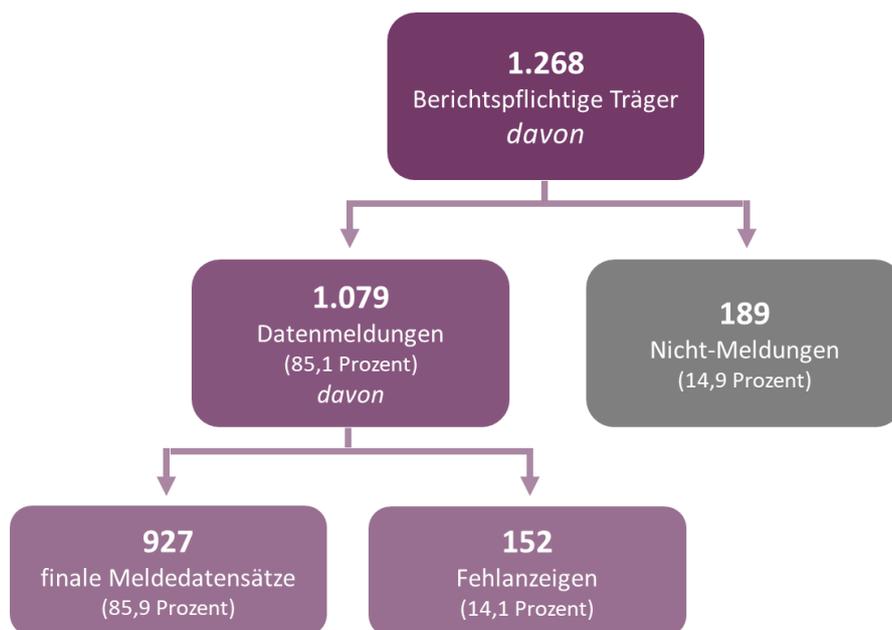


Abbildung 2. Datengrundlage für den Teilhabeverfahrensbericht 2022

Die Daten der 927 Träger mit einem finalen Meldedatensatz und die Daten der 152 Träger mit einer übermittelten Fehlanzeige wurden im Zuge des zweistufigen Plausibilitäts- und Validitätsverfahrens bereinigt, wie in Kapitel 2 beschrieben. Aufsummiert ergeben sich daraus 1.079 Datenmeldungen, die als Grundlage für die Auswertungen für das Berichtsjahr 2021 dienen (siehe Kapitel 3.4). Tabelle 4 zeigt die Anzahl der Datenmeldungen aufgeschlüsselt nach Trägerbereich für das Berichtsjahr 2021.

Tabelle 4. Anzahl der Datenmeldungen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Anzahl finaler Meldedatensätze	Anzahl Fehlanzeigen	Datenmeldung gesamt
BA	1	0	1
EGH	286	1	287
GKV	102	0	102
JH	420	11	431
RV	17	0	17
SER	67	140	207
UV	34	0	34
SUMME	927	152	1.079

Datengrundlage: Berichtsjahr 2021.

3.2. Träger ohne Datenmeldung

Erfolgt für ein Berichtsjahr weder die Übermittlung eines finalen Meldedatensatzes noch eine Fehlanzeige, liegt eine Nicht-Meldung vor. Als Nicht-Meldung wird gewertet, wenn ein berichtspflichtiger Träger keine Datenmeldung an die BAR vornimmt, obwohl er sich dafür registriert hat. In diesem Fall ist ein Träger seiner gesetzlichen Berichtspflicht gemäß § 41 SGB IX nicht nachgekommen. Entsprechend der oben genannten Zahlen haben von 1.268 Trägern 189 (entspricht 14,9 Prozent) für das Berichtsjahr 2021 keine Datenmeldung vorgenommen und werden somit als Nicht-Meldung gezählt. Tabelle 5 zeigt die Anzahl der Nicht-Meldungen pro Bundesland für die drei steuerfinanzierten Trägerbereiche. Aus dem Bereich der Sozialversicherung haben alle Träger eine Datenmeldung für das Berichtsjahr 2021 vorgenommen.

In Bezug auf die Nicht-Meldungen lassen sich folgende **Kernaussagen** ableiten:

- Aus den Bereichen der EGH, der JH sowie dem SER sind 189 Träger ihrer Berichtspflicht nicht nachgekommen (Nicht-Meldungen).
- Im Vergleich zum Vorjahr ist es innerhalb dieser drei genannten Trägerbereiche zu Verschiebungen gekommen:
 - Die Anzahl im Bereich der EGH hat sich mit 22 Nicht-Meldungen nahezu halbiert (Vorjahr: 41).
 - Die Anzahl der Nicht-Meldungen im Bereich der JH ist hingegen angestiegen. Mehr als jeder fünfte Träger (21,8 Prozent) kam seiner Verpflichtung zur Meldung nicht nach.
 - Im Bereich des SER hat sich die Anzahl absolut gesehen mit 47 Nicht-Meldungen leicht erhöht (Vorjahr: 44). Relativ gesehen ist die Quote der Nicht-Meldungen mit 18,5 Prozent nahezu gleichgeblieben (Vorjahr: 18,2 Prozent), weil sich die Anzahl der insgesamt erwarteten Meldungen im SER-Bereich durch erstmalige Registrierungen von Trägern leicht erhöht hat (plus 5 Prozent).
- Im Vergleich zum Vorjahr haben 81 Träger erstmalig ihre Daten übermittelt. 75 Träger kamen im Vorjahr der Berichtspflicht nach, im aktuellen Jahr jedoch nicht.

Ergebnisse der Datenauswertung

Tabelle 5. Anzahl der Nicht-Meldungen nach Trägerbereich und Bundesland

Bundesland	Anzahl Nicht-Meldungen pro Trägerbereich			Nicht-Meldungen gesamt
	EGH	JH	SER	Σ
Baden-Württemberg	0	6	21	27
Bayern	0	13	11	24
Berlin	0	0	0	0
Brandenburg	4	6	0	10
Bremen	0	1	0	1
Hamburg	1	1	0	2
Hessen	1	4	1	6
Mecklenburg-Vorpommern	1	3	0	4
Niedersachsen	5	18	10	33
Nordrhein-Westfalen	6	45	0	51
Rheinland-Pfalz	1	8	2	11
Saarland	0	0	0	0
Sachsen	0	2	0	2
Sachsen-Anhalt	0	5	0	5
Schleswig-Holstein	1	4	2	7
Thüringen	2	4	0	6
Gesamt	22	120	47	189

Datengrundlage: Berichtsjahr 2021.

Befragung zu den Gründen für eine fehlende Datenmeldung

Zur Umsetzung eines der Beratungsergebnisse aus dem Beirat Teilhabeverfahrensbericht wurden bereits im letzten Bericht mögliche Gründe für eine Nicht-Meldung aufgeführt, die einzelne Träger mitgeteilt hatten. ([24], Seite 56) In diesem Jahr wurden die Gründe für eine fehlende Datenmeldung strukturierter erfasst. Gleichzeitig wurden die Möglichkeiten weiterer Unterstützungsmaßnahmen durch die BAR-Geschäftsstelle bei der Datenübermittlung erfragt. Hierfür wurde durch die BAR-Geschäftsstelle ein Fragebogen erstellt, der sowohl geschlossene Antwortoptionen (Mehrfachauswahl möglich) als auch Textfelder für offene Antworten enthielt, und im Zeitraum vom 15. bis 30. September 2022 an folgende zwei Gruppen verschickt wurde:

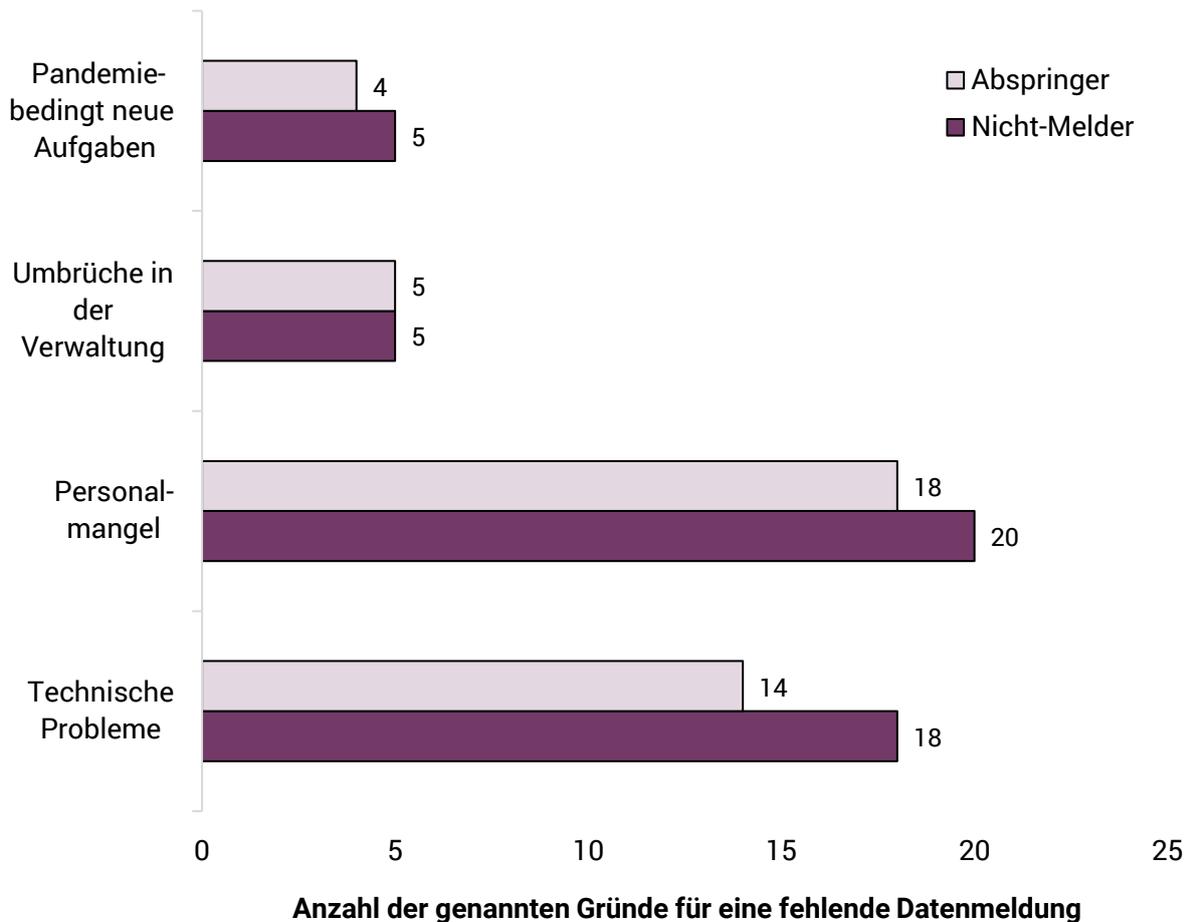
- die Nicht-Melder und
- die Abspringer.

Zu den Nicht-Meldern zählen alle Rehabilitationsträger, die weder für das Berichtsjahr 2021 noch für das vorherige Berichtsjahr 2020 Daten geliefert haben, obwohl sie sich dafür registriert hatten. Zu den Abspringern zählen alle Rehabilitationsträger, die für das Berichtsjahr 2021 keine Daten geliefert haben, allerdings für das vorherige Berichtsjahr 2020 eine Datenmeldung vorgenommen hatten.

Ergebnisse der Befragung

Insgesamt wurden 114 Nicht-Melder befragt, davon haben 31 eine Rückmeldung gegeben (entspricht 27 Prozent). Außerdem wurden 75 Abspringer befragt, davon haben 36 eine Rückmeldung gegeben (entspricht 48 Prozent). Die Daten wurden quantitativ und qualitativ ausgewertet, das heißt die geschlossenen Antworten wurden gezählt und die offenen Antworten wurden zunächst thematisch geclustert und danach gezählt. Abbildung 3 zeigt die Ergebnisse der Befragung im Vergleich zwischen Nicht-Meldern und Abspringern. Die Abbildung enthält Mehrfachantworten: Bei den Nicht-Meldern umfasst $n = 48$ Antworten, bei den Abspringern umfasst $n = 41$ Antworten.

Ergebnisse der Datenauswertung



Diese Darstellung basiert auf den Rückläufen einer Befragung zum THVB, mit der die Gründe für eine fehlende Datenmeldung für das Berichtsjahr 2021 strukturiert erfasst wurden. Es wurden zwei Gruppen befragt: Nicht-Melder und Abspringer. Zu den Nicht-Meldern zählen Träger, die weder für das Berichtsjahr 2021 noch für das vorherige Berichtsjahr 2020 Daten für den THVB geliefert haben. Zu den Abspringern zählen Träger, die für das Berichtsjahr 2021 keine Daten geliefert haben, allerdings für das Berichtsjahr 2020 eine Datenmeldung vorgenommen hatten. Die Ergebnisse der Befragung basieren auf den Rückmeldungen von 31 Nicht-Meldern (Rücklaufquote: 27 Prozent) und 36 Abspringern (Rücklaufquote: 48 Prozent). Die Abbildung enthält Mehrfachantworten: Bei den Nicht-Meldern umfasst n = 48 Antworten, bei den Abspringern umfasst n = 41 Antworten.

Abbildung 3. Anzahl der genannten Gründe für eine fehlende Datenmeldung

In beiden Gruppen (Nicht-Melder und Abspringer) werden zwei Hauptgründe für eine fehlende Datenübermittlung für das Berichtsjahr 2021 genannt:

- Personalmangel und
- technische Probleme.

Wesentlich seltener werden in beiden Gruppen „Umbrüche in der Verwaltung“ und „Pandemiebedingt neue Aufgaben“ als Gründe für eine fehlende Datenmeldung angeführt.

Es lassen sich keine Besonderheiten bei der Angabe von Gründen für einzelne Bundesländer oder Trägerbereiche erkennen, das heißt die Gründe sind über alle Bundesländer und Trägerbereiche hinweg ähnlich verteilt.

Die Angaben zu den technischen Problemen unterscheiden sich zwischen den Nicht-Meldern und den Abspringern:

Die Nicht-Melder benennen vorwiegend Probleme mit dem Fachverfahren. Hierbei werden Probleme bei der Bereitstellung und Anpassung der Software des Fachverfahrens angegeben. Teilweise können im jeweiligen Fachverfahren keine Daten für den THVB erfasst werden oder es werden Probleme mit der Schnittstelle im Fachverfahren genannt, sodass die Daten für den THVB nicht übermittelt werden können. Das führt zu Schwierigkeiten sowohl bei der Datenerfassung als auch bei der Datenübermittlung.

Die Abspringer geben Schwierigkeiten beim Übermitteln des Datensatzes als häufigstes technisches Problem an. Hierbei handelt es sich um Träger, die bereits einen Datensatz hochgeladen hatten, diesen ggf. im Validierungsdialog bearbeitet, ihn aber nicht abschließend übermittelt haben.

In beiden Gruppen führen die Träger darüber hinaus an, dass keine geeignete Software bzw. kein geeignetes Fachverfahren vorhanden waren, die für die Erfassung der Daten für den THVB hätten genutzt werden können.

Einzelne Träger nennen des Weiteren Probleme beim Übermitteln von Fehlanzeigen als Grund für eine fehlende Datenmeldung. Darüber hinaus geben einige Träger an, die Probleme bereits behoben zu haben und für das Berichtsjahr 2022 Daten für den THVB liefern zu können (Übermittlung im Frühjahr 2023).

Als sonstige Gründe für eine Nicht-Meldung haben die Träger zudem einmalige Ereignisse angegeben (z. B. Betreuung von geflüchteten Personen aus der Ukraine). Die Gruppe der Nicht-Melder hat darüber hinaus verwaltungsspezifische Gründe für eine Nicht-Meldung genannt, wie einen Anstieg von Neuanträgen, einen hohen Arbeitsaufwand sowie eine Fusion zweier Träger.

Abschließend wurde erfragt, welche weiteren Hilfestellungen die Träger bei der Datenübermittlung durch die BAR sehen. Über 60 Prozent der Träger haben dazu keine Angaben gemacht und einige Träger haben rückgemeldet, dass sie keinen Bedarf in einer zusätzlichen Unterstützung sehen. Die Träger, die Angaben zu dieser Frage gemacht haben, nennen Möglichkeiten der Unterstützung durch die BAR unter anderem beim Einrichten der Fachverfahren, bei der Datenübermittlung (auch von Fehlanzeigen) oder in der Begleitung der Träger während der Phase der Datenerhebung und -übermittlung.

Zur Unterstützung der Rehabilitationsträger bei ihrer Datenerfassung und -übermittlung stellt die BAR-Geschäftsstelle bereits eine Vielzahl an Materialien zur Verfügung, die stetig erweitert und aktualisiert werden. Darüber hinaus werden weitere digitale und interaktive

Ergebnisse der Datenauswertung

Unterstützungsangebote erarbeitet. Eines der Angebote betrifft die Anpassungen des Validierungsdialogs (siehe Kapitel 2.1). In 2022 wurden optische und redaktionelle Änderungen des Validierungsdialogs vorgenommen, die die Warnungen und Handlungsanweisungen für die Träger insgesamt verständlicher gestalten, was in einer verbesserten Benutzerfreundlichkeit des Validierungsdialogs resultiert.²⁷ Ein weiteres Angebot betrifft die Übermittlung von Fehlanzeigen (siehe Kapitel 1.2.2). Hierfür befindet sich ein Verfahren in der Entwicklung, durch das die Übermittlung einer Fehlanzeige interaktiv und automatisiert erfolgen kann. Das trägt nicht nur zu einer verbesserten Benutzerfreundlichkeit bei, sondern erhöht auch die Datenqualität.

Die Befragung zu den Gründen für eine fehlende Datenmeldung zeigt insgesamt, wie nutzbringend ein direkter und partizipativer Austausch mit den Trägern ist. Im gemeinsamen Dialog sind wichtige Praxishinweise für die Datenerfassung und -übermittlung für den THVB entstanden. Die hohe Beteiligung an der Befragung und viele der Antworten lassen darüber hinaus auf eine große Bereitschaft der Träger schließen, Daten für den THVB zu melden. Der THVB als trägerübergreifende Statistik ist bekannt und es besteht ein Bewusstsein für die gesetzliche Berichtspflicht.

²⁷ Auf der Website der BAR im geschützten Bereich steht das Benutzerhandbuch „Übermittlung des Meldedatensatzes und Validierungsdialog“ zur Verfügung unter: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/datei-liste/THVB/Handbuch_THVB_Datenuebermittlung.pdf.

3.3. Hinweise zur Darstellung und Auswertung

Die BAR ist zur Neutralität verpflichtet und stellt die übermittelten Daten entsprechend neutral und objektiv dar. Es erfolgt im gesamten Bericht keine namentliche Nennung eines Trägers, sondern die Rehabilitationsträger werden anhand ihrer PUB-ID dargestellt, die lediglich Rückschluss auf den Trägerbereich ermöglicht.²⁸ In den Abbildungen und Tabellen sowie im Fließtext sind die Rehabilitationsträger in alphabetischer Reihenfolge genannt.

Die Datendarstellung zu den einzelnen Sachverhalten ist immer einheitlich nach folgendem Muster aufgebaut:

- Zunächst erfolgt die Beschreibung des Sachverhaltes anhand der Wiedergabe des Gesetzestextes aus § 41 Abs. 1 Nr. 1-16 SGB IX.
- Danach werden Fragestellungen aufgeführt, die sich aus dem Sachverhalt ableiten lassen.
- Zuletzt erfolgt als Ergebnis die Darstellung der ausgewerteten Daten samt Angabe der jeweiligen Datengrundlage, die zur Auswertung des Sachverhalts vorliegt. Zusätzlich zur eigentlichen Datendarstellung werden vereinzelt auch inhaltliche Erläuterungen zu den verschiedenen Sachverhalten gegeben.

Die Daten wurden – in Abhängigkeit ihrer Verfügbarkeit – auf drei Analyseebenen ausgewertet:

1. Auf Systemebene: Auf dieser Ebene werden Daten in einer Gesamtschau aller Trägerbereiche dargestellt.
2. Auf Ebene des jeweiligen Trägerbereichs: Aus der Darstellung der Systemebene ergibt sich die Möglichkeit einer Auswertung pro Trägerbereich, in der die Daten der einzelnen Träger des jeweiligen Trägerbereichs aggregiert sind.
 - Die Daten der SVLFG sind für die LAK unter dem Trägerbereich RV; für die LBG unter dem Trägerbereich UV und für die LKK unter dem Trägerbereich GKV dargestellt.
 - Die Daten der Bundeswehr sind unter dem Trägerbereich SER dargestellt.
3. Auf Ebene des einzelnen Trägers: Auf dieser Analyseebene erfolgt eine trägerspezifische Darstellung. Anhand der PUB-ID sind nur Rückschlüsse auf den Trägerbereich möglich.

²⁸ Im Vergleich zu den weiteren Rehabilitationsträgern ist die BA aufgrund ihrer Organisationsstruktur keinem Trägerbereich zugeordnet und agiert als solitäre Rehabilitationsträgerin.

Ergebnisse der Datenauswertung

Folgende Hinweise sollten bei der Betrachtung der Daten berücksichtigt werden. Sie sollen die Lesart der Daten unterstützen:

- Alle übermittelten Daten werden zunächst als **Absolutwerte** genannt. In Ergänzung dazu werden für ausgewählte Sachverhalte auch **prozentuale Anteile** dargestellt.
- Unter jeder **Tabelle und Abbildung** befinden sich in **Fußnoten** erläuternde Hinweise zur Datengrundlage und zu den Werteangaben.
- Da es sich bei den Werten in den Meldedatensätzen um bereits **aggregierte Daten** handelt, sind die Angaben von **Dauern und Laufzeiten jeweils Durchschnittswerte**. Mittelwerte wurden in der Regel als **gewichtete Mittelwerte** berechnet.
- Werte wurden kaufmännisch in der Regel auf die **erste Nachkommastelle gerundet**.
- Bei Abbildungen, die eine prozentuale Verteilung aufzeigen, sind **Prozentwerte kleiner 5 Prozent** zur besseren Lesbarkeit **nicht beschriftet** (vgl. beispielsweise Abbildung 6).
- Für die Auswertung der einzelnen Sachverhalte liegen **nicht von allen Trägern Daten in gleichem Umfang** vor, da beispielsweise keine Werte übermittelt wurden, eine Fehlanzeige vorliegt oder Werte im Zuge des Plausibilitäts- und Validitätsverfahrens bereinigt werden mussten (siehe Kapitel 2). Aus diesem Grund ist die **jeweils verwendete Datengrundlage von Sachverhalt zu Sachverhalt** und auch bei Auswertungen innerhalb eines Sachverhalts **unterschiedlich** und sowohl in den jeweiligen Tabellen bzw. Abbildungen als auch in der entsprechenden Infobox „Zur Einordnung der Daten“ angegeben.
- Die Information, von wie vielen Trägern Daten ausgewertet werden konnten, wird mit absoluten und relativen Angaben in der jeweiligen **Tabellenspalte „Träger“** ausgewiesen (siehe Abbildung 4). Die relativen Angaben errechnen sich aus den für die Auswertung verwendbaren Datensätzen, die ins Verhältnis zur Gesamtzahl aller übermittelten Datensätze aus dem jeweiligen Trägerbereich gesetzt wurden (siehe Tabelle 4). Hier ist die **Spannweite von Sachverhalt zu Sachverhalt sehr unterschiedlich** und teilweise sehr groß. Sie reicht beispielsweise von 0 Prozent bis 100 Prozent bei der Anzahl der Gutachten in Sachverhalt 4 (siehe Tabelle 20). Die Angabe von 0 Prozent bedeutet, dass von keinem der Träger aus dem entsprechenden Trägerbereich Angaben vorliegen bzw. für die Auswertung genutzt werden konnten. Die Angabe von 100 Prozent bedeutet, dass alle Träger aus diesem Trägerbereich Daten übermittelt haben und alle Angaben für diese Auswertung genutzt werden konnten. Die jeweiligen Datengrundlagen werden in den Infoboxen „Zur Einordnung der Daten“ nochmals erläutert.
- Zusätzlich wird in der **Tabellenspalte „Träger mit Wert null“** aufgezeigt, wie viele Träger bei einer Angabe den Wert null übermittelt haben. Darin sind u. a. alle Fehlanzeigen enthalten. Aus den Angaben in der Spalte „Träger mit Wert null“ lässt sich ableSEN, wie viele Träger gemeldet haben, dass bei ihnen ein bestimmtes Merkmal im Berichtsjahr nicht vorgekommen ist. Träger mit fehlenden Werten sind in dieser Anzahl (Wert vor der Klammer) nicht enthalten. Die Werte in dieser Spalte geben einen

Hinweis auf die Häufigkeitsverteilung eines Merkmals innerhalb eines Trägerbereichs. Hohe Werte in der Klammer (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass viele Träger für das Merkmal den Wert null gemeldet haben und das Merkmal deshalb nur auf einzelne Träger innerhalb eines Trägerbereichs zutrifft.

Trägerbereich	Träger	Träger mit Wert null
BA	1 (100%)	0 (0%)
EGH	254 (88,5%)	107 (37,3%)
GKV	100 (98,0%)	7 (6,9%)
JH	335 (77,7%)	213 (49,4%)
RV	17 (100%)	2 (11,8%)
SER	203 (98,1%)	192 (92,8%)
UV	0 (0%)	k. A. (0%)
Gesamt	910 (84,3%)	521 (48,3%)

Abbildung 4. Beispiel einer fiktiven Tabelle mit den Spalten „Träger“ und „Träger mit Wert null“

- Meldevariablen, zu denen seitens eines Trägers kein Wert übermittelt wurde (fehlender Wert), werden mit „keine Angabe“ (k. A.) dargestellt. Diese Darstellung wird auch genutzt, wenn beispielsweise eine Meldevariable aus zwei weiteren Meldevariablen errechnet wird und zu einer dieser Meldevariablen (oder auch zu beiden) kein Wert vorliegt.
- Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden (auch anteilig) aus Gründen des Datenschutzes nicht ausgewiesen und stattdessen mit einem „*“ dargestellt. Die Spalten- und Zeilensummen wurden in solchen Fällen entsprechend angepasst.
- Werte, die nicht ausgewiesen werden können, da sie für einen Trägerbereich nicht zutreffend sind, werden mit „**“ und „***“ dargestellt. Die jeweiligen Gründe werden in einer entsprechenden Fußnote erläutert.
- Die Datendarstellungen in Kapitel 3.4 beruhen mit Ausnahme von Sachverhalt 1 auf Auswertungen in Bezug auf Gesamtanträge. Datendarstellungen, die auf Auswertungen mit Bezug auf LG-Anträge beruhen, werden im Anhang dargestellt.

Ergänzend dazu sind für die Auswertungen, in denen die Daten für die Berichtsjahre 2020 und 2021 verglichen wurden, folgende Hinweise zu beachten:

- Einige Träger hatten Daten für das Berichtsjahr 2020 gemeldet, nicht aber für 2021. Umgekehrt haben andere Träger für das Berichtsjahr 2021 erstmalig gemeldet, die für 2020 keine Daten übermittelt hatten. Insbesondere absolute Werte (wie beispielsweise die Anzahl der Gesamtanträge aus Sachverhalt 1) sind von einer veränderten Anzahl der für einen Sachverhalt meldenden Träger abhängig. Melden in einem Berichtsjahr beispielsweise mehr Träger ihre Daten als im Vorjahr, kann durch diesen Umstand die berichtete absolute Anzahl für die entsprechende Meldevariable steigen, ohne dass es hier eine tatsächliche Veränderung gegeben hat. Aus diesem Grund werden für die vorgestellten Jahresvergleiche nur die Daten der Träger berücksichtigt, von denen die entsprechende(n) Meldevariable(n) sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen.
- Im vorliegenden THVB 2022 wurden im Rahmen der internen Validitätsprüfung erstmals sachverhaltsübergreifende Regeln bei allen relevanten Sachverhalten angewendet (siehe Kapitel 2.2). Um eine Vergleichbarkeit der Daten für 2020 und 2021 zu gewährleisten, wurden diese sachverhaltsübergreifenden Regeln für die Auswertung im Jahresvergleich auch auf die Daten des Berichtsjahres 2020 angewendet. Gleiches gilt für die im vorliegenden THVB erstmals angewendeten Regeln zu Sachverhalt 14 (siehe Seite 287).
- In den Darstellungen zum Jahresvergleich ist neben den Angaben für die Berichtsjahre 2020 und 2021 vermerkt, wie sich die Werte über die beiden Jahre hinweg verändert haben. Handelt es sich um absolute Werte wie Anzahlen, wird hierfür immer die relative und in Tabellen auch die absolute Differenz angegeben. Handelt es sich um relative Werte wie Anteile, wird angegeben, um wie viele Prozentpunkte der Anteil für das Berichtsjahr 2021 vom entsprechenden Anteil für das Berichtsjahr 2020 abweicht.

Infoboxen

Bei der Datendarstellung befindet sich zu jedem Sachverhalt mindestens eine farblich abgesetzte Infobox (siehe Kapitel 3.4). Insgesamt gibt es zwei Arten von Infoboxen:



1. Infobox „Zur Einordnung der Daten“

In dieser Infobox werden Hinweise zur Methodik, zur Datenauswertung und zur Datengrundlage gegeben. Hier wird insbesondere erläutert, wie mit fehlenden Werten oder unvollständigen Meldedatensätzen umgegangen wurde.



2. Infobox „Aus den Trägerbereichen“

In dieser Infobox wurden die Eingaben aus den jeweiligen Trägerbereichen aufgenommen, sofern sie sich nicht bereits in der ersten Infobox oder als Fußnoten / Hinweise unter den jeweiligen Abbildungen und Tabellen wiederfinden. Jeder Trägerbereich hatte über den Beteiligungsbericht und über den Beirat Teilhabeverfahrensbericht die Möglichkeit, sich vor Veröffentlichung des Berichts mit der Darstellung seiner übermittelten Daten auseinanderzusetzen. Die Erläuterungen in der Infobox „Aus den Trägerbereichen“ sollen eine qualitativ richtige Einordnung der Daten unterstützen und möglichen Fehlinterpretationen vorbeugen.

Beide Infoboxen sowie die genannten Hinweise zur Darstellung und Auswertung sollten bei der Betrachtung der Datendarstellungen und für die Lesart der Daten stets berücksichtigt werden.

3.4. Datendarstellung der 16 Sachverhalte nach § 41 Abs. 1 SGB IX

3.4.1. Sachverhalt 1: Anzahl der gestellten Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe



Gesetzestext:

Die Rehabilitationsträger [...] erfassen die Anzahl der gestellten Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe differenziert nach Leistungsgruppen im Sinne von § 5 Nummer 1, 2, 4 und 5.



Fragestellungen:

Wie viele Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe werden insgesamt gestellt?

Wie verteilen sich die gestellten Anträge auf die Leistungsgruppen

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (LMR),
2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA),
3. Leistungen zur Teilhabe an Bildung (LTB) und
4. Leistungen zur sozialen Teilhabe (LST)?



Ergebnis:

Ein einziger Antrag reicht aus, damit Menschen mit Behinderungen oder jene, die von Behinderung bedroht sind, alle benötigten Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe erhalten können – auch dann, wenn diese Leistungen durch verschiedene Rehabilitationsträger erbracht werden. Menschen mit Behinderungen sollen somit alle Leistungen wie „aus einer Hand“ erhalten. „Auf diese Weise versucht der Gesetzgeber vor allem, das Verfahren zu beschleunigen und – unnötige – Doppelbegutachtungen zu vermeiden.“ (S. 55, [25]). Dieser Antrag umfasst also alle benötigten Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe und wird im THVB als Gesamtantrag bezeichnet.

Reha- und Teilhabeleistungen lassen sich nach § 5 SGB IX folgenden Leistungsgruppen zuordnen:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (LMR),
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA),
- unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen,
- Leistungen zur Teilhabe an Bildung (LTB) und
- Leistungen zur sozialen Teilhabe (LST).

Vor diesem Hintergrund gilt für die Berichterstattung im Rahmen des THVB:

- Ein Antrag auf Reha- und Teilhabeleistungen wird immer als Gesamtantrag erfasst.
- Zusätzlich werden Anträge auch auf Ebene der oben genannten Leistungsgruppen erfasst (mit Ausnahme unterhaltssichernder und anderer ergänzender Leistungen). Diese Anträge werden im Folgenden als Leistungsgruppenanträge (LG-Anträge) bezeichnet.

Ein Gesamtantrag muss also immer auch einen oder mehrere LG-Anträge beinhalten und wird dementsprechend im THVB abgebildet. Für einen Gesamtantrag beispielsweise, der LMR- und LTA-Leistungen beinhaltet, sind für den THVB ein Gesamtantrag und gleichzeitig zwei LG-Anträge abgebildet. Auch wenn ein Gesamtantrag nur eine Leistungsgruppe beinhaltet, wird für den THVB zusätzlich zum Gesamtantrag auch ein LG-Antrag erfasst. Wenn mehr als eine Leistung aus einer Leistungsgruppe beantragt wird, wird der entsprechende LG-Antrag für den THVB nur einmal gezählt.

Die Anzahl der Anträge beinhaltet die Gesamtheit aller bei einem Rehabilitationsträger gestellten bzw. eingegangenen Anträge innerhalb eines Berichtsjahres, unabhängig von deren weiteren Bearbeitungsverläufen. Neben den als erstangegangener Träger in eigener Zuständigkeit bearbeiteten Anträgen können in der jeweiligen Anzahl der Gesamt- und der LG-Anträge also einerseits Anträge enthalten sein, die von diesem Rehabilitationsträger an einen anderen Träger weitergeleitet werden. Andererseits können darin auch Anträge enthalten sein, die von einem anderen, nicht zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet wurden. In der Berechnung der Gesamtzahl aller gestellten Anträge eines Berichtsjahres kann ein Antrag demnach auch mehr als einmal gezählt werden.



Zur Einordnung der Daten

Angaben zur Anzahl der gestellten bzw. eingegangenen Anträge liegen von 1.079 Trägern vor. Die Datengrundlage für die Anzahl der Anträge in 2021 beläuft sich auf 2.829.546 Gesamtanträge (Tabelle 6, Tabelle 7 und Abbildung 5).

Die Datengrundlage zur Anzahl der Anträge innerhalb der Leistungsgruppen in Tabelle 8 und Tabelle 9 ergibt sich aus der Summe der Anträge innerhalb der Leistungsgruppen. Sie beläuft sich auf 3.040.652 LG-Anträge von 1.077 Trägern. Angaben zur Anzahl der Anträge innerhalb einer Leistungsgruppe wurden von allen Trägern immer für alle vier Leistungsgruppen übermittelt.

Da ein Gesamtantrag mehrere LG-Anträge beinhalten kann, muss die Summe der LG-Anträge (Tabelle 8) nicht zwingend der Anzahl der Gesamtanträge (Tabelle 6, Tabelle 7 und Abbildung 5) entsprechen.

Die prozentualen Anteile der Anträge innerhalb der Leistungsgruppen an allen LG-Anträgen können nur für die Träger berechnet werden, bei denen im Berichtsjahr mindestens ein Antrag innerhalb mindestens einer der vier Leistungsgruppen eingegangen ist und von denen Angaben zu allen vier Leistungsgruppen vorliegen. Die entsprechende Datengrundlage beläuft sich somit auf 3.040.652 LG-Anträge von 920 Trägern (Abbildung 6).

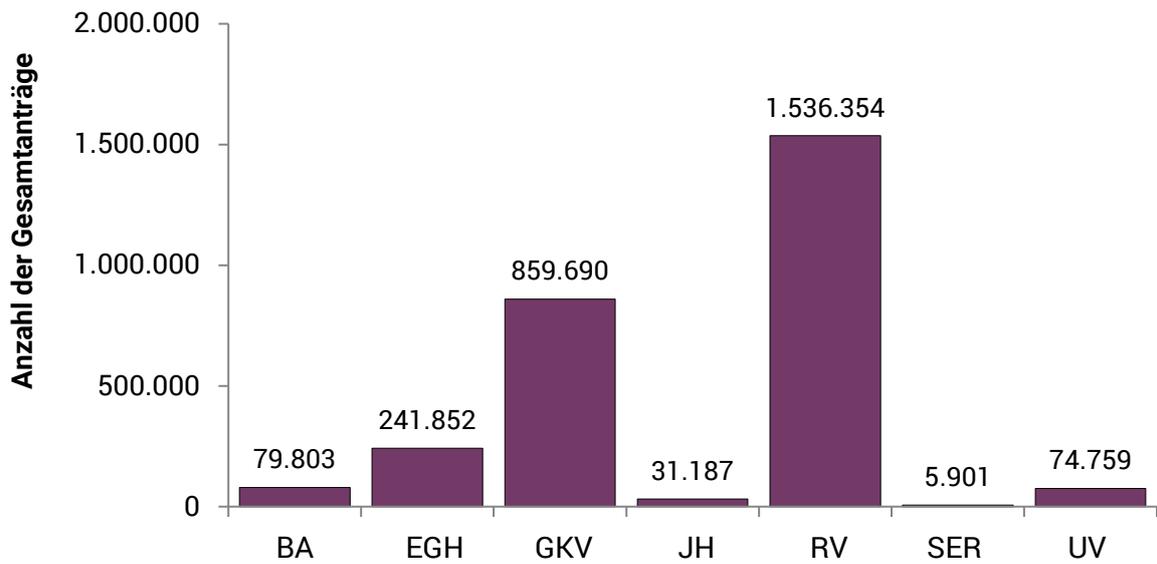
Nach derzeitiger trägerübergreifend getroffener Vereinbarung werden Weiterbewilligungen i. S. v. Weiterleistungen für den THVB nur dann erfasst und übermittelt, wenn diese Anträge Leistungen aus einer neuen Leistungsgruppe nach § 5 SGB IX beinhalten.

Tabelle 6 und Abbildung 5 zeigen, wie viele Gesamtanträge pro Trägerbereich unabhängig von den beantragten Leistungsgruppen gestellt wurden bzw. eingingen. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ in Tabelle 6 ist außerdem ersichtlich, wie viele Träger für die Anzahl der Gesamtanträge den Wert null übermittelt haben. Folglich wurden bei diesen Trägern in 2021 keine Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe gestellt. In diesem Wert sind auch die gemeldeten Fehlanzeigen enthalten.

Tabelle 6. Anzahl der Gesamtanträge nach Trägerbereich

Trägerbereich	Gesamtanträge	Träger	Träger mit Wert null
BA	79.803	1 (100%)	0 (0%)
EGH	241.852	287 (100%)	1 (0,3%)
GKV	859.690	102 (100%)	0 (0%)
JH	31.187	431 (100%)	13 (3,0%)
RV	1.536.354	17 (100%)	0 (0%)
SER	5.901	207 (100%)	143 (69,1%)
UV	74.759	34 (100%)	0 (0%)
Gesamt	2.829.546	1.079 (100%)	157 (14,6%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2021.



Datengrundlage: 2.829.546 Gesamtanträge von 1.079 Trägern für das Berichtsjahr 2021.

Abbildung 5. Anzahl der Gesamtanträge nach Trägerbereich

In Tabelle 7 ist die durchschnittliche Anzahl der Gesamtanträge sowie deren minimale und maximale Anzahl pro Trägerbereich dargestellt. Ein Wert von null im Minimum bedeutet, dass bei diesem Träger in 2021 keine Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eingegangen sind, die in einer Erfassung für den THVB hätten berücksichtigt werden müssen. Dies trifft auf einen EGH-Träger, 13 JH-Träger und 143 SER-Träger zu (siehe Tabelle 6).

Tabelle 7. Durchschnittliche Anzahl der Gesamtanträge nach Trägerbereich

Trägerbereich	Minimum	Durchschnitt	Maximum
BA	- **	79.803	- **
EGH	0	843	46.548
GKV	*	8.428	129.370
JH	0	72	1.333
RV	3.156	90.374	626.603
SER	0	29	2.380
UV	-*	2.199	19.580
Gesamt	0	2.622	626.603

Datengrundlage: 2.829.546 Gesamtanträge von 1.079 Trägern für das Berichtsjahr 2021.

* Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes nicht dargestellt.

** Daten werden aggregiert dargestellt, da die BA nicht als Trägerbereich strukturiert ist, sondern eine solitäre Rehabilitationsträgerin ist. Die Werte für Minimum, Maximum und Durchschnitt sind jeweils gleich.

Ergebnisse der Datenauswertung

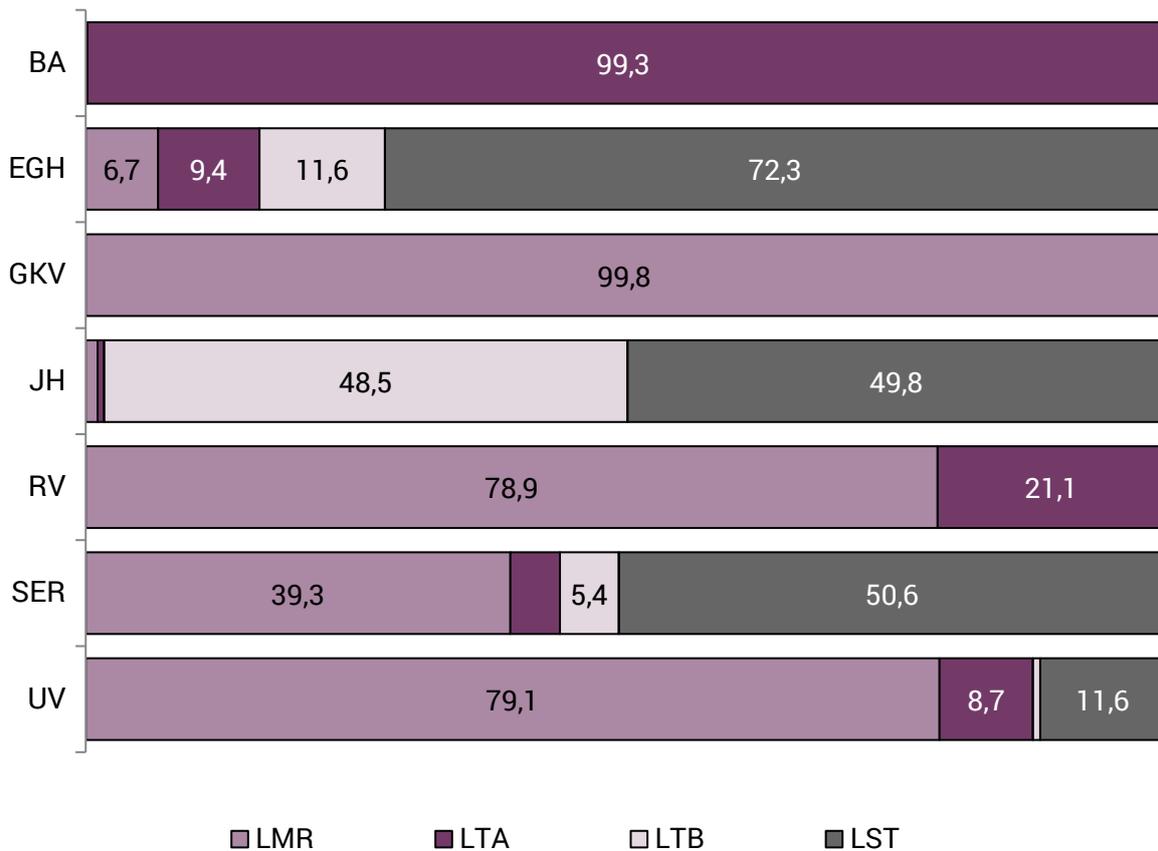
Tabelle 8 zeigt, aus welchen Leistungsgruppen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe beantragt wurden. Wie sich die einzelnen Leistungsgruppen prozentual auf alle LG-Anträge verteilen, wird in Abbildung 6 dargestellt. Um eine Aussage über die Verteilung der Leistungsgruppen treffen zu können, müssen Angaben zu allen vier Leistungsgruppen vorliegen. Diese Verteilung kann also nur bei den Trägern berechnet werden, von denen zu allen vier Merkmalen Daten vorliegen. Auf wie viele Träger das zutrifft, ist in der Spalte „Träger“ angegeben.

Tabelle 8. Anzahl der Anträge differenziert nach Leistungsgruppe und Trägerbereich

Trägerbereich	LMR	LTA	LTB	LST	LG-Anträge	Träger
BA	111	79.629	73	345	80.158	1 (100%)
EGH	16.581	23.330	28.811	179.152	247.874	287 (100%)
GKV	858.213	335	288	889	859.725	102 (100%)
JH	371	211	16.505	16.968	34.055	429 (99,5%)
RV	1.370.552	366.287	0	24	1.736.863	17 (100%)
SER	2.350	275	325	3.026	5.976	207 (100%)
UV	60.106	6.578	514	8.803	76.001	34 (100%)
Gesamt	2.308.284	476.645	46.516	209.207	3.040.652	1.077 (99,8%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2021.

LMR (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation), LTA (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben), LTB (Leistungen zur Teilhabe an Bildung) und LST (Leistungen zur sozialen Teilhabe).



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einem Antrag innerhalb mindestens einer der vier Leistungsgruppen, von denen Angaben zu allen vier Leistungsgruppen vorliegen.

LMR (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation), LTA (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben), LTB (Leistungen zur Teilhabe an Bildung) und LST (Leistungen zur sozialen Teilhabe).

Datengrundlage: 3.040.652 LG-Anträge von 920 Trägern.

Abbildung 6. Prozentuale Verteilung der beantragten Leistungsgruppen nach Trägerbereich

Ergebnisse der Datenauswertung

Tabelle 9 zeigt die durchschnittliche Anzahl der LG-Anträge sowie deren minimale und maximale Anzahl pro Trägerbereich. Ein Wert von null im Minimum bedeutet, dass bei diesem Träger in 2021 keine Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eingegangen sind, die in der Erfassung für den THVB hätten berücksichtigt werden müssen.

Tabelle 9. Durchschnittliche Anzahl der Anträge innerhalb der Leistungsgruppen nach Trägerbereich

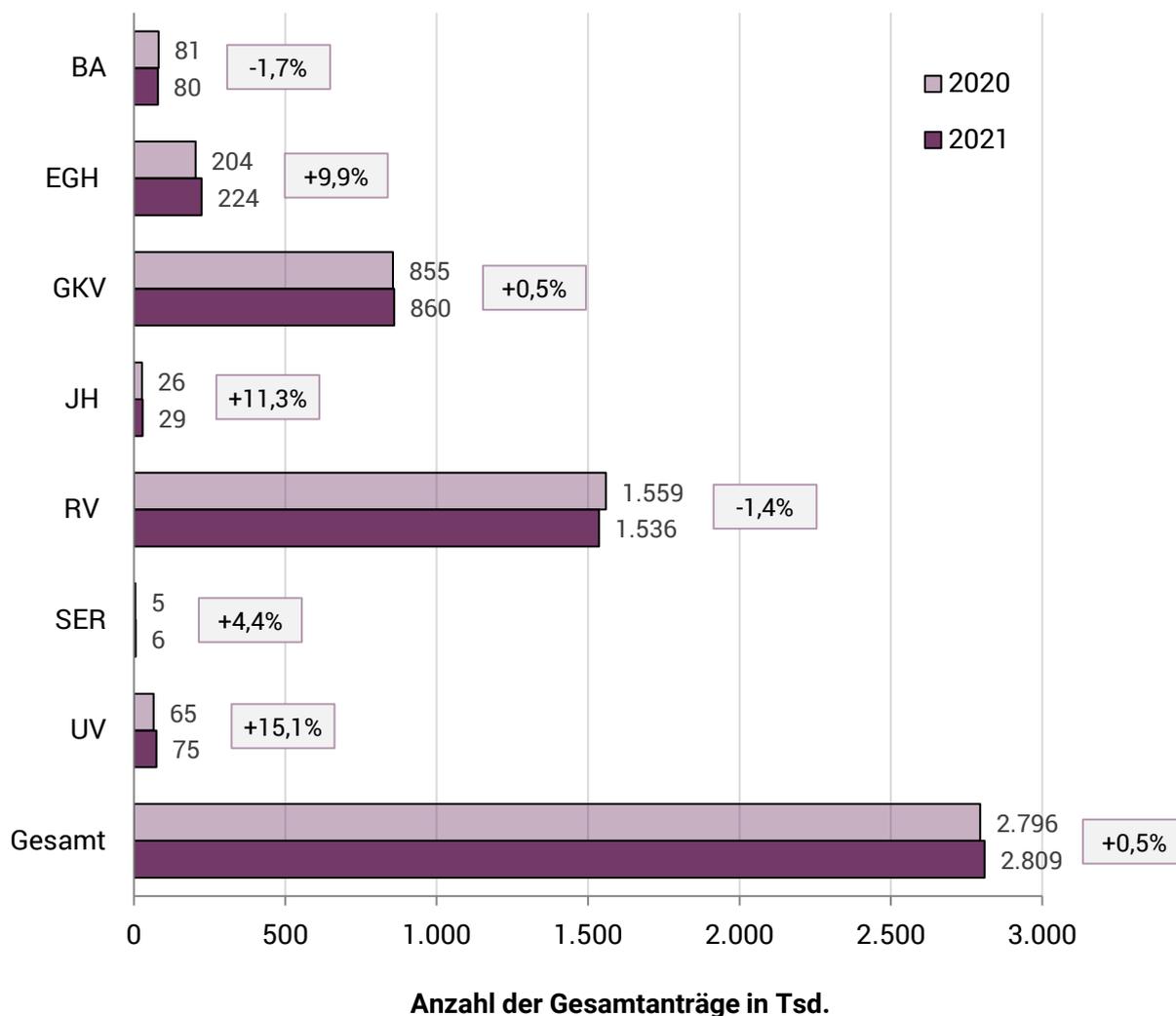
Trägerbereich	Minimum	Durchschnitt	Maximum
BA	- **	80.158	- **
EGH	0	864	47.779
GKV	-*	8.429	129.378
JH	0	79	1.398
RV	3.157	102.168	698.076
SER	0	29	2.434
UV	-*	2.235	19.580
Gesamt	0	2.823	698.076

Datengrundlage: 3.040.652 LG-Anträge von 1.077 Trägern für das Berichtsjahr 2021.

* Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes nicht dargestellt.

** Daten werden aggregiert dargestellt, da die BA nicht als Trägerbereich strukturiert ist, sondern eine solitäre Rehabilitationsträgerin ist. Die Werte für Minimum, Maximum und Durchschnitt sind jeweils gleich.

In Abbildung 7 wird gegenübergestellt, wie viele Gesamtanträge pro Trägerbereich in 2020 und in 2021 gestellt wurden bzw. eingingen. Dabei zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen in den einzelnen Trägerbereichen. Aus welchen Leistungsgruppen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe beantragt wurden, wird in Abbildung 8 über die Jahre hinweg verglichen.

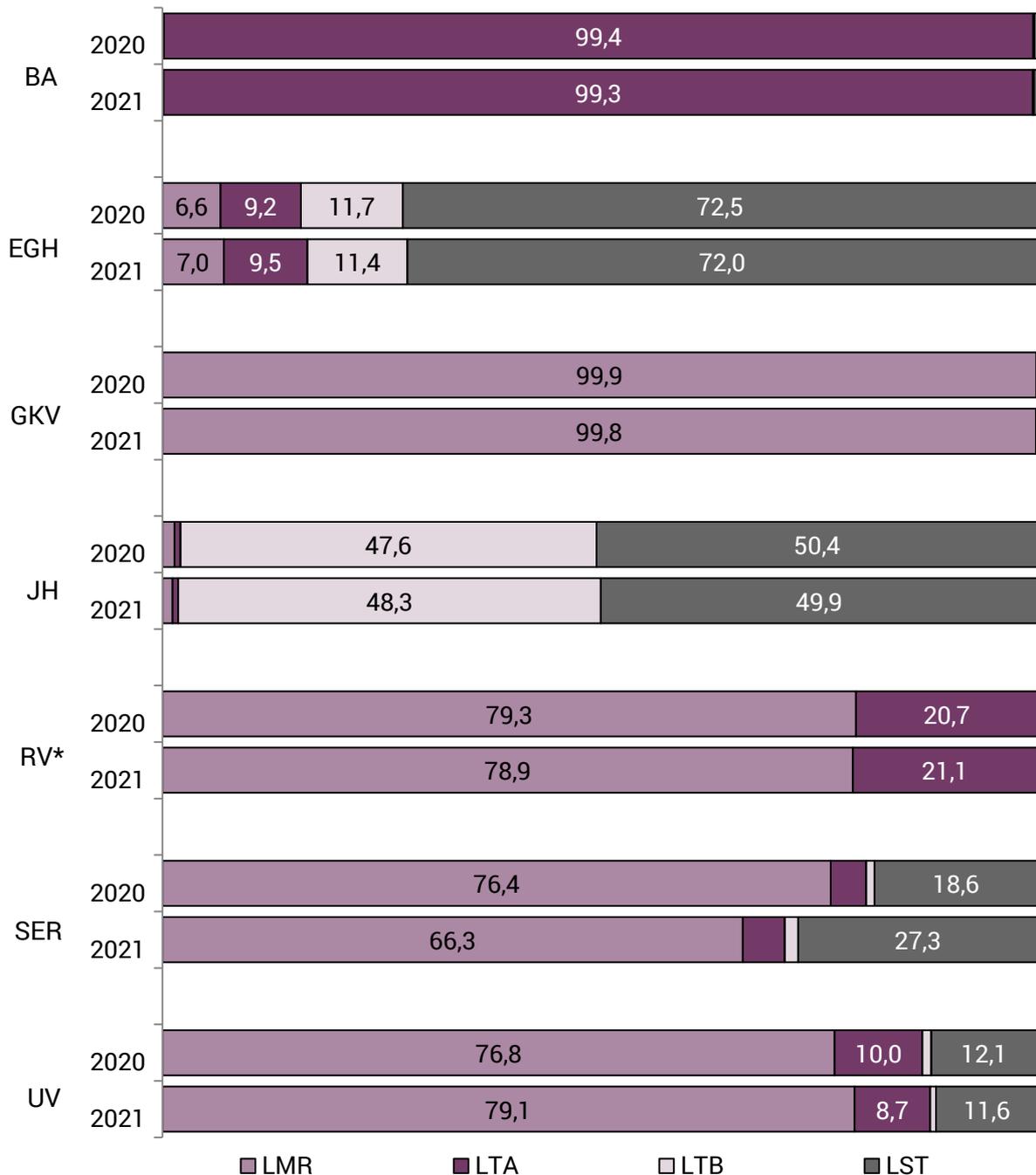


Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der Gesamtanträge sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen. Die Anzahl der Gesamtanträge in der Datengrundlage wurde jeweils entsprechend angepasst. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viel Prozent sich die Anzahl der Gesamtanträge im Berichtsjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2020: 2.795.596 Gesamtanträge von 985 Trägern.
 Datengrundlage 2021: 2.809.344 Gesamtanträge von 985 Trägern.

Abbildung 7. Anzahl der Gesamtanträge nach Trägerbereich und Berichtsjahr

Ergebnisse der Datenauswertung



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für die Berichtsjahre 2020 und 2021 mit jeweils mindestens einem Antrag innerhalb mindestens einer der vier Leistungsgruppen, von denen auch Angaben zu allen vier Leistungsgruppen für beide Berichtsjahre vorliegen. Die Anzahl der LG-Anträge in der Datengrundlage wurde jeweils entsprechend angepasst.

LMR (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation), LTA (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben), LTB (Leistungen zur Teilhabe an Bildung) und LST (Leistungen zur sozialen Teilhabe).

Datengrundlage 2020: 3.009.844 LG-Anträge von 838 Trägern.

Datengrundlage 2021: 3.016.959 LG-Anträge von 838 Trägern.

* Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes anteilig nicht dargestellt. Die Anzahl der LG-Anträge in der jeweiligen Datengrundlage wurde für die Darstellung entsprechend reduziert.

Abbildung 8. Prozentuale Verteilung der beantragten Leistungsgruppen nach Trägerbereich und Berichtsjahr



Aus den Trägerbereichen

Die Träger aus den Bereichen **JH** und **SER** (KOF / KOV) handeln von Amts wegen. Das Antragsdatum entspricht dann dem Tag der Kenntnis des jeweiligen Rehabilitationsbedarfs (§ 14 Abs. 4 SGB IX).

Seit Inkrafttreten der dritten Reformstufe BTHG zum 01.01.2020 besteht für Leistungen der **EGH** grundsätzlich ein Antragserfordernis (vgl. § 108 SGB IX).

In der **UV** steigen die Antragszahlen im Gegensatz zu den Vorjahren sukzessive, da viele Maßnahmen erst neu in die Statistik aufgenommen wurden. Da die UV von Amts wegen handelt, mussten zur Erfüllung der Datenlieferung für den THVB Antrags- und Bewilligungssubstitute gebildet werden, die zum Teil erst ab 2021 erhoben werden. Das führt auch zu Auswirkungen bei den Datenlieferungen zu anderen Sachverhalten.

3.4.2. Sachverhalt 2: Anzahl der Weiterleitungen nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX



Gesetzestext:

Die Rehabilitationsträger [...] erfassen die Anzahl der Weiterleitungen nach § 14 Abs. 1 Satz 2.



Fragestellung:

Bei wie vielen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe stellen die Rehabilitationsträger fest, dass sie für einen Antrag insgesamt nicht zuständig sind und leiten den Antrag deshalb an den ihrer Auffassung nach zuständigen Träger weiter?



Ergebnis:

Wird bei einem Rehabilitationsträger ein Antrag auf Reha- und Teilhabeleistungen gestellt, für den er insgesamt nicht zuständig ist, leitet der Träger diesen Antrag innerhalb der Zweiwochenfrist nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX an den seiner Auffassung nach zuständigen Rehabilitationsträger weiter und unterrichtet den Antragsteller darüber. In Sachverhalt 2 wird dargestellt, wie oft ein erstangegangener Träger einen Antrag wegen vollständiger Unzuständigkeit weiterleitet. Es wird nicht erfasst, wie viele Anträge eingehen, die von einem anderen Träger weitergeleitet wurden. Fälle einer „Turbo-Klärung“ nach § 14 Abs. 3 SGB IX oder Fälle mit Regelungen nach § 15 SGB IX (Leistungsverantwortung mehrerer Rehabilitationsträger) werden unter diesem Sachverhalt ebenfalls nicht erfasst.²⁹

²⁹ Nach trägerübergreifender Beratung und Entscheidung sollen ab dem 01.01.2024 auch Anträge für den THVB erfasst werden, die durch eine Turbo-Klärung weitergeleitet und entschieden werden. Die Abbildung dieser neuen Kennzahl wird dann erstmals im Teilhabeverfahrensbericht 2025 möglich sein (Berichtsjahr 2024).



Zur Einordnung der Daten

Angaben zur Anzahl der Weiterleitungen liegen von 1.058 Trägern vor. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 216.811 weitergeleitete Anträge (Tabelle 10).

Der prozentuale Anteil der Weiterleitungen wird als Verhältnis zur Summe aus allen entschiedenen Gesamtanträgen (siehe Sachverhalt 6) und den weitergeleiteten Gesamtanträgen berechnet. Unter entschiedene Gesamtanträge fallen Anträge, die vollständig abgelehnt, vollständig bewilligt, nicht vollständig / teilweise bewilligt oder auf sonstige Art entschieden wurden. Der Anteil der Weiterleitungen konnte für die 898 Träger berechnet werden, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der weitergeleiteten Anträge als auch zur Anzahl der im Berichtsjahr entschiedenen Gesamtanträge vorliegen. Die entsprechende Datengrundlage beläuft sich somit auf 2.846.791 Gesamtanträge (Tabelle 11 und Abbildung 9).

Bei einem Teil der Träger wurde die Anzahl der im Berichtsjahr entschiedenen Gesamtanträge (Sachverhalt 6) deutlich niedriger angegeben als die der gestellten bzw. eingegangenen Gesamtanträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe, was sich auf die Quotenbildung auswirkt. Der prozentuale Anteil der Weiterleitungen kann in diesen Trägerbereichen höher ausfallen.

Weiterleitungen werden nur durch den weiterleitenden Rehabilitationsträger erfasst und gemeldet. Damit ist sichergestellt, dass Weiterleitungen nur einmal gezählt werden.

Ergebnisse der Datenauswertung

Tabelle 10 zeigt, wie viele Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe in den einzelnen Trägerbereichen wegen vollständiger Unzuständigkeit an einen anderen Träger weitergeleitet wurden. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ in Tabelle 10 ist außerdem ersichtlich, bei wie vielen Trägern in 2021 keine Anträge wegen vollständiger Unzuständigkeit weitergeleitet wurden. In diesem Wert sind auch die gemeldeten Fehlanzeigen von den Trägern enthalten, bei denen in 2021 keine Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eingegangen sind.

Tabelle 10. Anzahl der Weiterleitungen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Weiterleitungen	Träger	Träger mit Wert null
BA	20.185	1 (100%)	0 (0%)
EGH	3.314	276 (96,2%)	52 (18,1%)
GKV	25.385	102 (100%)	14 (13,7%)
JH	378	423 (98,1%)	273 (63,3%)
RV	165.628	17 (100%)	0 (0%)
SER	113	205 (99,0%)	192 (92,8%)
UV	1.808	34 (100%)	7 (20,6%)
Gesamt	216.811	1.058 (98,1%)	538 (49,9%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2021.

Tabelle 11 und Abbildung 9 zeigen, wie viel Prozent der Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe durchschnittlich wegen vollständiger Unzuständigkeit weitergeleitet wurden. Um eine Aussage darüber treffen zu können, werden sowohl Angaben zu Weiterleitungen als auch zu im Berichtsjahr entschiedenen Gesamtanträgen benötigt. Der Anteil der Weiterleitungen kann also nur bei den Trägern berechnet werden, von denen zu beiden Merkmalen Daten vorliegen. Auf wie viele Träger das zutrifft, ist in der Spalte „Träger“ angegeben. Niedrige Werte in der Klammer (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass der ausgewiesene Anteil der Weiterleitungen auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert.

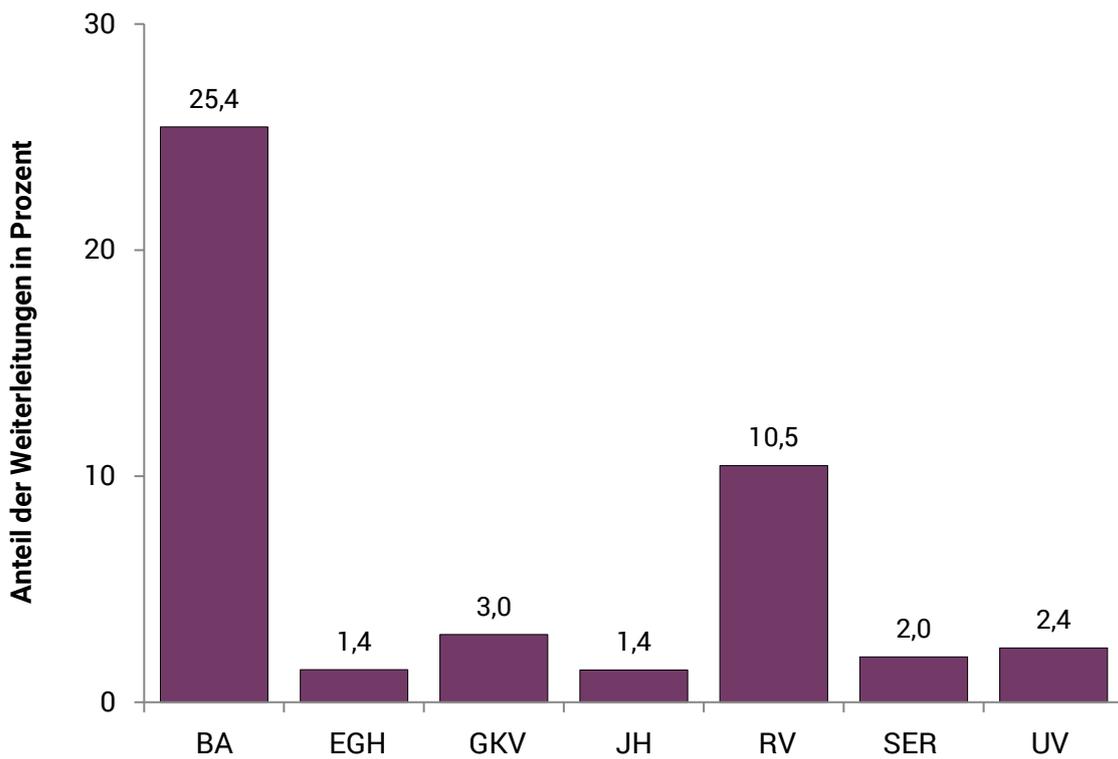
Tabelle 11. Prozentualer Anteil der Weiterleitungen an allen Gesamtanträgen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Weiterleitungen	Anteil Weiterleitungen	Anträge	Träger
BA	20.185	25,4	79.314	1 (100%)
EGH	3.314	1,4	229.672	274 (95,5%)
GKV	25.385	3,0	847.392	102 (100%)
JH	378	1,4	26.409	408 (94,7%)
RV	165.628	10,5	1.583.601	17 (100%)
SER	113	2,0	5.644	62 (30,0%)
UV	1.808	2,4	74.759	34 (100%)
Gesamt	216.811	7,6	2.846.791	898 (83,2%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der Weiterleitungen als auch zur Anzahl der entschiedenen Gesamtanträge vorliegen und die im Berichtsjahr mindestens einen Antrag weitergeleitet und / oder mindestens einen Gesamtantrag entschieden haben. Die Anzahl der Anträge wurde entsprechend angepasst. Sie ergibt sich aus der Summe der entschiedenen Gesamtanträge und der Weiterleitungen.

Betrachtungsbeispiel zu Tabelle 11

Im Trägerbereich UV wurden 2,4 Prozent aller eingegangenen Anträge weitergeleitet. Dieser Anteil konnte nur bei den Trägern ermittelt werden, die mindestens einen Antrag weitergeleitet und / oder mindestens einen Gesamtantrag entschieden haben und bei denen Angaben zu beiden Merkmalen vorliegen. Das trifft auf alle 34 Träger zu. Der Anteil der Weiterleitungen basiert also auf den Daten aller Träger der UV (100 Prozent).



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der Weiterleitungen als auch zur Anzahl der entschiedenen Gesamtanträge vorliegen und die im Berichtsjahr mindestens einen Antrag weitergeleitet und / oder mindestens einen Gesamtantrag entschieden haben.

Datengrundlage: 2.846.791 Gesamtanträge von 898 Trägern.

Abbildung 9. Prozentualer Anteil der Weiterleitungen an allen Gesamtanträgen nach Trägerbereich

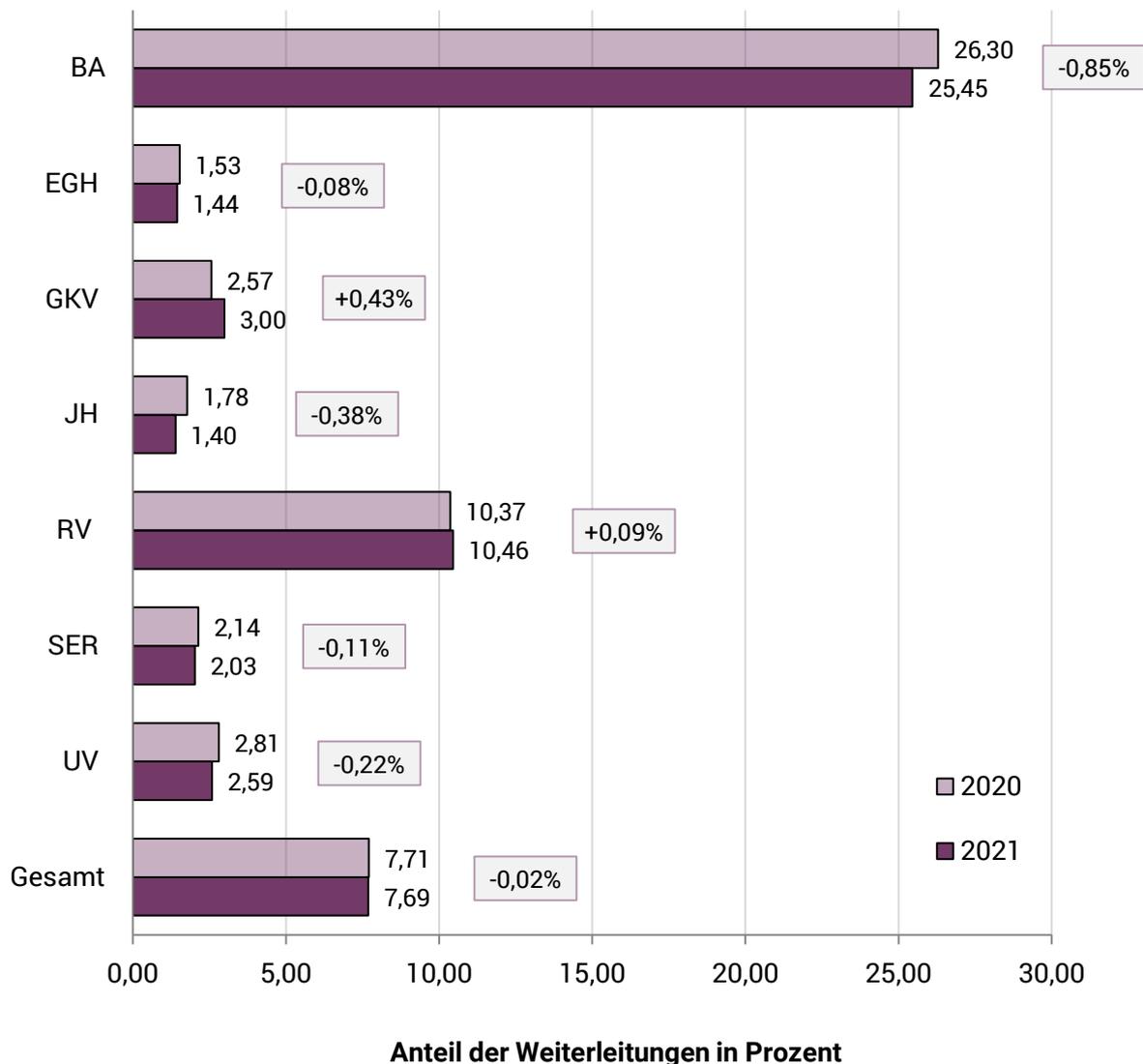
Wie viele Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe die Träger in 2020 und in 2021 weitergeleitet haben, ist aus Tabelle 12 ersichtlich. In Abbildung 10 wird über die Jahre hinweg verglichen, wie viel Prozent der eingegangenen Anträge von den einzelnen Trägerbereichen weitergeleitet wurden.

Tabelle 12. Anzahl der Weiterleitungen nach Trägerbereich und Berichtsjahr

Trägerbereich	Weiterleitungen 2020	Weiterleitungen 2021	Veränderung 2021 zu 2020	Träger
BA	21.073	20.185	-888 (-4,2%)	1
EGH	2.459	3.058	+599 (+24,4%)	238
GKV	22.292	25.385	+3.093 (+13,9%)	102
JH	374	331	-43 (-11,5%)	368
RV	177.020	165.628	-5.392 (-3,2%)	17
SER	98	73	-25 (-25,5%)	175
UV	1.547	1.650	+103 (+6,7%)	30
Gesamt	218.863	216.310	-2.553 (-1,2%)	931

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der Weiterleitungen sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen. Neben der Anzahl der Weiterleitungen im jeweiligen Berichtsjahr ist für jeden Trägerbereich angegeben, wie sich die Anzahl der Weiterleitungen im Berichtsjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Ergebnisse der Datenauswertung



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der Weiterleitungen als auch zur Anzahl der entschiedenen Gesamtanträge für das Berichtsjahr 2020 und für das Berichtsjahr 2021 vorliegen und die in beiden Berichtsjahren jeweils mindestens einen Antrag weitergeleitet und / oder mindestens einen Gesamtantrag entschieden haben. Die Anzahl der Anträge in der Datengrundlage wurde jeweils entsprechend angepasst. Sie ergibt sich aus der Summe der entschiedenen Gesamtanträge und der Weiterleitungen im jeweiligen Berichtsjahr. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viele Prozentpunkte sich der Anteil der Weiterleitungen an allen eingegangenen Anträgen im Berichtsjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2020: 2.838.277 Anträge von 780 Trägern.

Datengrundlage 2021: 2.792.553 Anträge von 780 Trägern.

Abbildung 10. Prozentualer Anteil der Weiterleitungen an allen Gesamtanträgen nach Trägerbereich und Berichtsjahr



Aus den Trägerbereichen

Zwischen den **Agenturen für Arbeit** gibt es keine Weiterleitung von Anträgen im Sinne des SGB IX.

Im Bereich **EGH** bekommen die Träger zu einem großen Anteil Anträge weitergeleitet, sind also zweitangegangener Träger. Daraus ergibt sich automatisch eine Zuständigkeit (ausgenommen die Möglichkeit der „Turboklärung“ nach § 14 Abs. 3 SGB IX), wodurch sich der geringe Anteil an Weiterleitungen erklären lässt.

Im Bereich **SER (KOF / KOV)** kommen die meisten Anträge von bereits anerkannten Leistungsbeziehern. Die Zuständigkeit ist somit oftmals bereits geklärt, sodass Weiterleitungen selten nötig sind.

Der prozentuale Anteil der Weiterleitungen lässt keine Rückschlüsse auf die Qualität des Arbeits- und Reha-Prozesses in einem Trägerbereich zu. Es ist zum Beispiel möglich, dass Antragsteller einen Trägerbereich mit bestimmten Leistungen verbinden und deshalb dort einen Antrag auf Reha- und Teilhabeleistungen stellen, für die der Träger bzw. der Trägerbereich jedoch nicht zuständig ist. Folglich müssten viele Anträge weitergeleitet werden, was zu einem hohen Anteil an Weiterleitungen in diesem Trägerbereich beitragen würde.

3.4.3. Sachverhalt 3: Fristen nach § 14 SGB IX



Gesetzestext:

Die Rehabilitationsträger [...] erfassen in wie vielen Fällen

- a) die Zweiwochenfrist nach § 14 Abs. 1 Satz 1 [hier Frist 3a],
 - b) die Dreiwochenfrist nach § 14 Abs. 2 Satz 2 [hier Frist 3b] sowie
 - c) die Zweiwochenfrist nach § 14 Abs. 2 Satz 3 [hier Frist 3c]
- nicht eingehalten wurde.



Fragestellungen:

- a) Wie häufig stellt der Träger, bei dem ein Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eingeht, nicht innerhalb von zwei Wochen fest, ob er zuständig ist? (hier Frist 3a)
- b) Wenn kein Gutachten zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs nötig ist: Wie oft entscheidet der Träger nicht innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang über den Antrag? (hier Frist 3b)
- c) Wenn ein Gutachten zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs nötig ist: Wie oft entscheidet der Träger nicht innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens über den Antrag? (hier Frist 3c)



Ergebnis:

Nach dem Antragseingang muss der (erstangegangene) Rehabilitationsträger binnen zwei Wochen über die Zuständigkeit entscheiden (Frist 3a). Ist der Träger nach dem für ihn geltenden Leistungsrecht zuständig, wird er zum leistenden Rehabilitationsträger. Ist der Träger nicht zuständig, leitet er den Antrag an den seiner Auffassung nach zuständigen – dann zweitangegangenen – Rehabilitationsträger weiter.³⁰

³⁰ Nach § 14 Abs. 3 SGB IX besteht die Möglichkeit, dass der zweitangegangene Rehabilitationsträger einen bereits weitergeleiteten Antrag ausnahmsweise ein zweites Mal weiterleitet. Mit dieser „Turbo-Klärung“ soll eine schnelle und einvernehmliche Klärung der Leistungsverantwortung innerhalb der bereits in Gang gesetzten Frist ermöglicht werden. Ausschlaggebend für die Fristberechnung ist in diesem Fall das Datum des Antragseingangs beim zweitangegangenen Rehabilitationsträger. Durch eine Turbo-Klärung werden die Entscheidungsfristen nach § 14 Abs. 2 SGB IX also nicht verlängert.

Voraussetzungen für eine Turbo-Klärung sind: ein Antrag wurde nach § 14 Abs. 2 SGB IX weitergeleitet; der zweitangegangene Rehabilitationsträger ist für alle vom Antrag umfassten Leistungen unzuständig; der voraussichtlich

Seite 77

Der leistende Rehabilitationsträger muss nach § 14 Abs. 2 SGB IX innerhalb von drei Wochen nach Eingang über einen Antrag entscheiden (Frist 3b). Sollten Gutachten eingeholt werden, beläuft sich die Frist auf zwei Wochen nach Vorlage des Gutachtens (Frist 3c).

Beispiel³¹: Ein Jugendamt prüft auf Grundlage der notwendigen Unterlagen (Identität des Antragstellers ist eindeutig und das Leistungsbegehren ist hinreichend konkret) seine Zuständigkeit und kommt zwei Wochen nach Antragseingang zum Ergebnis, dass es nach seinem Leistungsgesetz (SGB VIII) zuständig und somit leistender Rehabilitationsträger ist. Es verbleibt eine weitere Woche für die Entscheidung über den Antrag. Sollte zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten notwendig sein, endet die Frist nach § 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX zwei Wochen nach Vorlage des Gutachtens.



Zur Einordnung der Daten

Frist 3a. In 2021 wurden 2.400.793 Zuständigkeitsfeststellungen gemeldet (Tabelle 13). Der prozentuale Anteil der Überschreitungen der Zweiwochenfrist nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX an allen Zuständigkeitsfeststellungen konnte für die 907 Träger berechnet werden, von denen Angaben zu Fristüberschreitungen vorliegen und bei denen im Berichtsjahr mindestens eine Zuständigkeitsprüfung durchgeführt wurde. Die entsprechende Datengrundlage reduziert sich somit auf 2.400.006 Zuständigkeitsfeststellungen (Tabelle 14 und Abbildung 11).

Frist 3b. In 2021 wurden 2.349.806 Bedarfsfeststellungen ohne Gutachten gemeldet (Tabelle 15). Der prozentuale Anteil der Überschreitungen der Dreiwochenfrist nach § 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX an allen Bedarfsfeststellungen ohne Gutachten konnte für die 872 Träger berechnet werden, von denen Angaben zu Fristüberschreitungen vorliegen und bei denen im Berichtsjahr mindestens eine Bedarfsfeststellung ohne Gutachten durchgeführt wurde (Tabelle 17 und Abbildung 13). Die entsprechende Datengrundlage reduziert sich somit auf 2.349.806 Bedarfsfeststellungen ohne Gutachten (Tabelle 17 und Abbildung 13).

Frist 3c. In 2021 wurden 226.387 Bedarfsfeststellungen mit Gutachten gemeldet (Tabelle 16). Der prozentuale Anteil der Fristüberschreitungen der Zweiwochenfrist nach § 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX an allen Bedarfsfeststellungen mit Gutachten konnte für die 449 Träger berechnet werden, von denen Angaben zu Fristüberschreitungen vorliegen und bei denen im Berichtsjahr mindestens eine Bedarfsfeststellung mit Gutachten durchgeführt wurde. Die entsprechende

zuständige Rehabilitationsträger als Adressat des Antrags ist mit der Turbo-Klärung einverstanden. Eine Verpflichtung zur Durchführung einer Turbo-Klärung oder Annahme eines Antrags im Rahmen der Turbo-Klärung besteht nicht.

Nach trägerübergreifender Beratung und Entscheidung sollen ab dem 01.01.2024 auch Anträge für den THVB erfasst werden, die durch eine Turbo-Klärung weitergeleitet werden. Die Abbildung dieser neuen Kennzahl wird dann erstmals im Teilhabeverfahrensbericht 2025 möglich sein (Berichtsjahr 2024).

³¹ Mit dem Online-Fristenrechner stellt die BAR ein digitales Tool zur Verfügung, was die Umsetzung der gesetzlichen Regelungen des SGB IX in der Praxis unterstützt. Der Fristenrechner ermöglicht die Berechnung relevanter Fristen im Reha-Prozess. Der Fristenrechner ist zu finden unter www.reha-fristenrechner.de.

Datengrundlage reduziert sich somit auf 226.386 Bedarfsfeststellungen mit Gutachten (Tabelle 18 und Abbildung 13).

Sowohl die Anzahl der Zuständigkeitsfeststellungen (Tabelle 13) als auch die Anzahl der Antragsentscheidungen ohne und mit Gutachten zur Bedarfsfeststellung (Tabelle 15 und Tabelle 16) entspricht nicht der Anzahl der gestellten Gesamtanträge (Sachverhalt 1, Tabelle 6). Im THVB wird ein Kalenderjahr bis zum Jahreswechsel betrachtet. Es ist also möglich, dass Anträge in 2021 gestellt wurden (z. B. gegen Jahresende), die Zuständigkeit aber erst in 2022 festgestellt wurde (z. B. zu Beginn des Jahres). Andererseits können Ende 2021 gestellte Anträge erst Anfang 2022 entschieden worden sein.

Die prozentualen Anteile der Entscheidungen ohne und mit Gutachten an allen Entscheidungen konnten jeweils für die 827 Träger mit mindestens einer Entscheidung ohne bzw. mit Gutachten berechnet werden, wenn Angaben sowohl zur Anzahl der entschiedenen Anträge ohne Gutachten als auch zur Anzahl der entschiedenen Anträge mit Gutachten vorliegen. Die entsprechende Datengrundlage reduziert sich somit auf 2.442.143 im Berichtsjahr entschiedene Gesamtanträge (Tabelle 19 und Abbildung 14).

Für den THVB sind Gutachten in Fällen des § 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX bzw. § 17 SGB IX zu erfassen. Ein solches Gutachten liegt vor, wenn § 17 SGB IX – auch sinngemäß – Anwendung findet (u. a. sind dem Antragsteller grundsätzlich mindestens drei verschiedene Sachverständige zu benennen und es sollte eine umfassende sozialmedizinische Begutachtung erstellt werden). Ob die in den Bereichen EGH und JH weit verbreiteten fachärztlichen Stellungnahmen den formalen und inhaltlichen Anforderungen eines solchen Gutachtens genügen, ist im Einzelfall zu klären und nicht immer trennscharf zu bestimmen. Die aufgezeigten Grenzen zwischen ärztlichen Stellungnahmen und Gutachten im Sinne des § 17 SGB IX können vor diesem Hintergrund im Einzelfall allerdings fließend sein. Aus einer geringen Anzahl an Gutachten in EGH und JH kann also nicht geschlossen werden, dass in diesen Bereichen nur selten Expertenmeinungen berücksichtigt werden.

Die Besonderheiten der Fristberechnung im Falle einer Beteiligung nach § 15 Abs. 1 und Abs. 2 SGB IX werden im THVB nicht abgebildet. Dies gilt auch für die Verlängerung von Fristen im Rahmen des § 15 Abs. 4 SGB IX.

Wird bei einem Rehabilitationsträger ein Antrag auf Reha- und Teilhabeleistungen gestellt, hat er innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang festzustellen, ob er zuständig ist (hier Frist 3a). Unabhängig vom Ausgang der Zuständigkeitsfeststellung, also sowohl bei der Bearbeitung des Antrags in eigener Zuständigkeit als auch bei einer Weiterleitung des Antrags nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX, übermitteln die Träger die Anzahl der durchgeführten Zuständigkeitsfeststellungen und die Anzahl der Fristüberschreitungen.

Bei wie vielen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eine Zuständigkeitsfeststellung erfolgt ist, zeigt Tabelle 13. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ ist außerdem ersichtlich, wie viele Träger im Jahr 2021 keine Zuständigkeitsfeststellungen durchgeführt haben. In diesem Wert sind auch die gemeldeten Fehlanzeigen von den Trägern enthalten, bei denen in 2021 keine Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eingegangen sind.

Tabelle 13. Anzahl der Zuständigkeitsfeststellungen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Zuständigkeitsfeststellungen	Träger	Träger mit Wert null
BA	59.255	1 (100%)	0 (0%)
EGH	224.967	287 (100%)	1 (0,3%)
GKV	799.836	102 (100%)	0 (0%)
JH	29.666	431 (100%)	14 (3,2%)
RV	1.227.929	17 (100%)	0 (0%)
SER	5.769	207 (100%)	144 (69,6%)
UV	53.371	33 (97,1%)	0 (0%)
Gesamt	2.400.793	1.078 (99,9%)	159 (14,7%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2021.

Ergebnisse der Datenauswertung

Tabelle 14 und Abbildung 11 zeigen, bei wie viel Prozent der Zuständigkeitsfeststellungen die Zweiwochenfrist nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX überschritten wurde. Dieser Anteil kann nur bei den Trägern berechnet werden, von denen Angaben zu Fristüberschreitungen vorliegen und bei denen im Berichtsjahr mindestens eine Zuständigkeitsprüfung durchgeführt wurde.

Tabelle 14. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung (Frist 3a) nach Trägerbereich

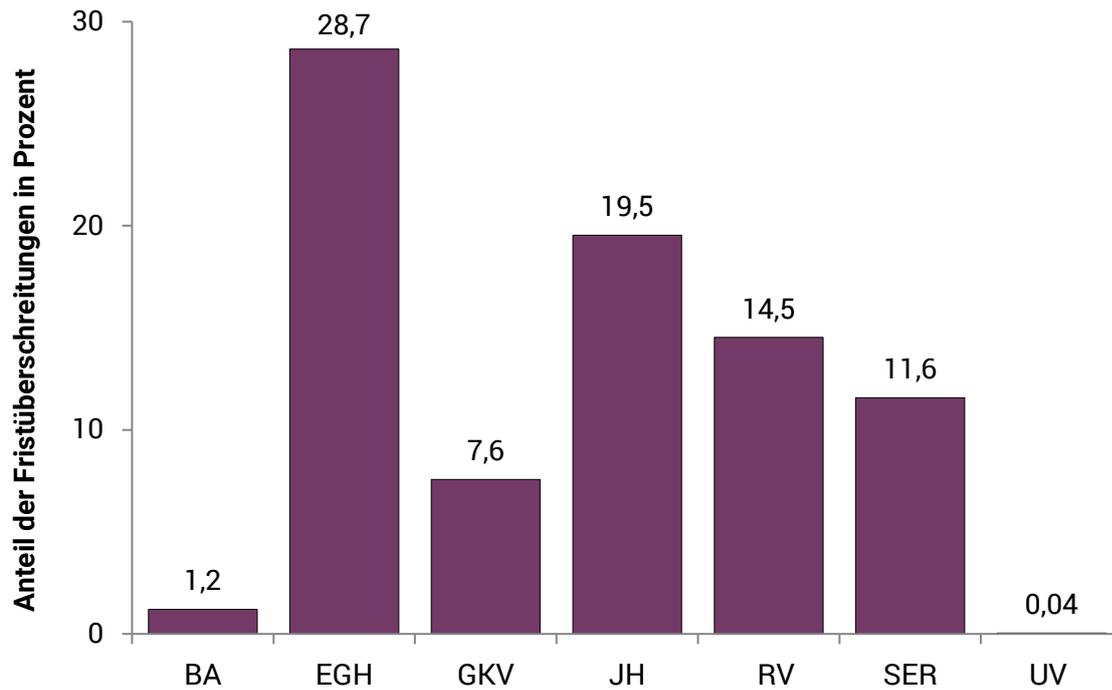
Trägerbereich	Minimum Frist 3a	Durchschnitt Frist 3a	Maximum Frist 3a	Zuständigkeits- feststellungen	Träger
BA	- **	1,2	- **	59.255	1 (100%)
EGH	0	28,7	87,9	224.967	286 (99,7%)
GKV	0	7,6	51,8	799.836	102 (100%)
JH	0	19,5	100	29.198	406 (94,2%)
RV	0,9	14,5	35,0	1.227.929	17 (100%)
SER	0	11,6	100	5.769	63 (30,4%)
UV	0	0,04	4,0	53.052	32 (94,1%)
Gesamt	0	12,9	100	2.400.006	907 (84,1%)

Frist 3a: Zweiwochenfrist der Zuständigkeitsfeststellung nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX.

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einer Zuständigkeitsfeststellung, von denen auch Angaben zu den entsprechenden Fristüberschreitungen vorliegen. Die Anzahl der Zuständigkeitsfeststellungen wurde entsprechend angepasst.

** Daten werden aggregiert dargestellt, da die BA nicht als Trägerbereich strukturiert ist, sondern eine solitäre Rehabilitationsträgerin ist. Die Werte für Minimum, Maximum und Durchschnitt sind jeweils gleich.

In Tabelle 14 ist außerdem der jeweilige minimale und maximale Anteil der Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung pro Trägerbereich dargestellt. Bei einigen Trägern aus den Bereichen EGH, GKV, JH, SER und UV kam es in 2021 bei keinem der eingegangenen Anträge zu Fristüberschreitungen (Frist 3a). Der Wert für das Minimum in Tabelle 14 liegt entsprechend bei 0 Prozent. Diese Träger haben ihre Zuständigkeit für alle eingegangenen Anträge innerhalb der gesetzlichen Frist von zwei Wochen festgestellt. Andere Träger aus den Bereichen JH und SER haben diese Frist zu 100 Prozent, also bei allen Zuständigkeitsfeststellungen, überschritten (vgl. Spalte „Maximum“ in Tabelle 14). Hier gilt allerdings zu beachten, dass diese Träger nur eine sehr geringe Anzahl an Zuständigkeitsfeststellungen berichtet haben.



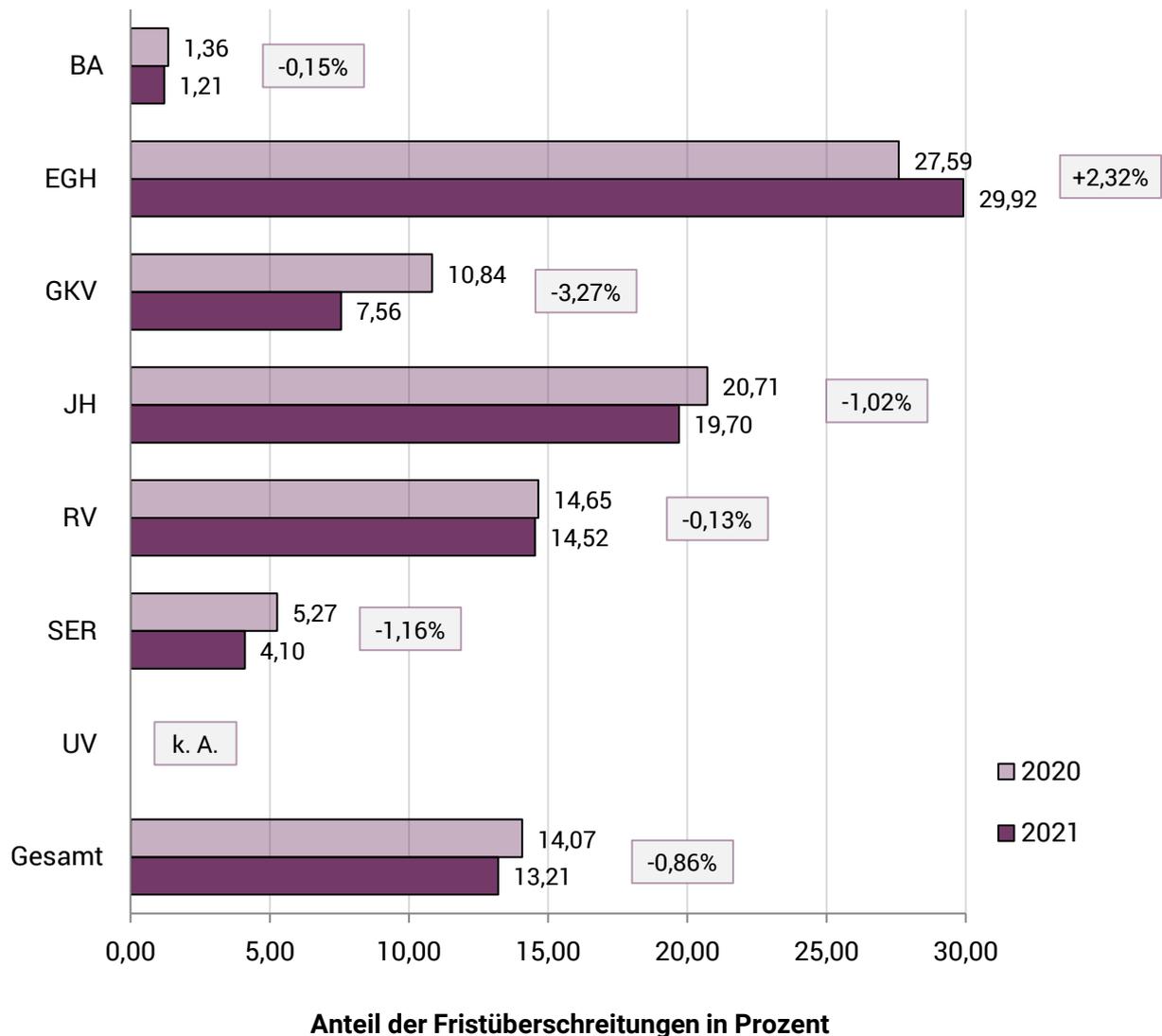
Frist 3a: Zweiwochenfrist der Zuständigkeitsfeststellung nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX.
 Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einer Zuständigkeitsfeststellung, von denen auch Angaben zu den entsprechenden Fristüberschreitungen vorliegen.

Datengrundlage: 2.400.006 Zuständigkeitsfeststellungen von 907 Trägern.

Abbildung 11. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung (Frist 3a) nach Trägerbereich

Ergebnisse der Datenauswertung

Bei wie viel Prozent der Zuständigkeitsprüfungen die gesetzliche Zweiwochenfrist in 2020 und in 2021 überschritten wurde (Frist 3a), zeigt Abbildung 12 im Jahresvergleich für die einzelnen Trägerbereiche.



Frist 3a: Zweiwochenfrist der Zuständigkeitsfeststellung nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX.

Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für die Berichtsjahre 2020 und 2021 mit jeweils mindestens einer Zuständigkeitsfeststellung, von denen auch Angaben zu den entsprechenden Fristüberschreitungen für beide Berichtsjahre vorliegen. Die Anzahl der Zuständigkeitsfeststellungen in der Datengrundlage wurde jeweils entsprechend angepasst. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viele Prozentpunkte sich der Anteil der Fristüberschreitungen an allen Zuständigkeitsfeststellungen für das Berichtsjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2020: 2.346.998 Zuständigkeitsfeststellungen von 785 Trägern.

Datengrundlage 2021: 2.324.130 Zuständigkeitsfeststellungen von 785 Trägern.

Abbildung 12. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung (Frist 3a) nach Trägerbereich und Berichtsjahr

Ist der Träger zuständig oder leitet den Antrag nicht fristgerecht an den nach seiner Auffassung zuständigen Träger weiter, wird er zum leistenden Rehabilitationsträger. Dementsprechend stellt er den Rehabilitationsbedarf fest und entscheidet innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang über den Antrag (hier Frist 3b).

Bei wie vielen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eine Bedarfsfeststellung ohne Gutachten erfolgt ist, zeigt Tabelle 15. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ ist außerdem ersichtlich, wie viele Träger im Jahr 2021 keine Bedarfsfeststellungen ohne Gutachten durchgeführt haben.

Tabelle 15. Anzahl der Entscheidungen zu Gesamtanträgen ohne Gutachten nach Trägerbereich

Trägerbereich	Entscheidungen ohne Gutachten	Träger	Träger mit Wert null
BA	51.052	1 (100%)	0 (0%)
EGH	187.659	284 (99,0%)	6 (2,1%)
GKV	628.565	102 (100%)	0 (0%)
JH	20.588	414 (96,1%)	33 (7,7%)
RV	1.403.307	17 (100%)	0 (0%)
SER	5.264	207 (100%)	147 (71,0%)
UV	53.371	33 (97,1%)	0 (0%)
Gesamt	2.349.806	1.058 (98,1%)	186 (17,2%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2021.

Ergebnisse der Datenauswertung

Wenn zur Bedarfsfeststellung ein Gutachten nach § 17 SGB IX in Auftrag gegeben wird, muss der Träger innerhalb von zwei Wochen nach Vorlage des Gutachtens über den Antrag entscheiden (hier Frist 3c).

Bei wie vielen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eine Bedarfsfeststellung mit Gutachten erfolgt ist, zeigt Tabelle 16. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ ist außerdem ersichtlich, wie viele Träger im Jahr 2021 keine Bedarfsfeststellungen mit Gutachten durchgeführt haben.

Tabelle 16. Anzahl der Entscheidungen zu Gesamtanträgen mit Gutachten nach Trägerbereich

Trägerbereich	Entscheidungen mit Gutachten	Träger	Träger mit Wert null
BA	8.075	1 (100%)	0 (0%)
EGH	11.673	269 (93,7%)	108 (37,6%)
GKV	188.492	99 (97,1%)	4 (3,9%)
JH	3.332	403 (93,5%)	236 (54,8%)
RV	14.666	17 (100%)	2 (11,8%)
SER	149	206 (99,5%)	195 (94,2%)
UV	k. A.	0 (0%)	k. A.
Gesamt	226.387	995 (92,2%)	545 (50,5%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2021.

Tabelle 17 und Abbildung 13 zeigen, bei wie viel Prozent der Entscheidungen ohne Gutachten die Dreiwochenfrist nach § 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX überschritten wurde (Frist 3b). Dieser Anteil kann nur bei den Trägern berechnet werden, von denen Angaben zu Fristüberschreitungen vorliegen und bei denen im Berichtsjahr mindestens ein Antrag ohne Gutachten entschieden wurde.

Tabelle 17. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen zu Gesamtanträgen ohne Gutachten (Frist 3b) nach Trägerbereich

Trägerbereich	Minimum Frist 3b	Durchschnitt Frist 3b	Maximum Frist 3b	Entscheidungen ohne Gutachten	Träger
BA	- **	7,6	- **	51.052	1 (100%)
EGH	0	70,4	100	187.659	278 (96,9%)
GKV	0	7,9	75,0	628.565	102 (100%)
JH	0	77,5	100	20.588	381 (88,4%)
RV	0,3	20,0	28,7	1.403.307	17 (100%)
SER	0	37,3	100	5.264	60 (29,0%)
UV	0	6,5	23,1	53.371	33 (97,1%)
Gesamt	0	20,7	100	2.349.806	872 (80,8%)

Frist 3b: Dreiwochenfrist ohne Gutachten nach § 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX.

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einer Entscheidung ohne Gutachten, von denen auch Angaben zu den entsprechenden Fristüberschreitungen vorliegen. Die Anzahl der Entscheidungen ohne Gutachten wurde entsprechend angepasst.

** Daten werden aggregiert dargestellt, da die BA nicht als Trägerbereich strukturiert ist, sondern eine solitäre Rehabilitationsträgerin ist. Die Werte für Minimum, Maximum und Durchschnitt sind jeweils gleich.

In Tabelle 17 ist außerdem der jeweils minimale und maximale Anteil der Fristüberschreitungen bei Bedarfsfeststellungen ohne Gutachten dargestellt. Bei einigen Trägern aus den Bereichen EGH, GKV, JH, SER und UV kam es in 2021 bei keinem der eingegangenen Anträge zu Fristüberschreitungen (Frist 3b). Der Wert für das Minimum in Tabelle 17 liegt entsprechend bei 0 Prozent. Diese Träger haben über alle Anträge ohne Gutachten innerhalb der gesetzlichen Frist von drei Wochen entschieden. Andere Träger aus den Bereichen EGH, JH und SER haben diese Frist zu 100 Prozent, also bei allen Bedarfsfeststellungen ohne Gutachten, überschritten (vgl. Spalte „Maximum“ in Tabelle 17).

Ergebnisse der Datenauswertung

Tabelle 18 und Abbildung 13 zeigen, bei wie viel Prozent der Entscheidungen mit Gutachten die Zweiwochenfrist nach § 14 Abs. Satz 3 SGB IX überschritten wurde (Frist 3c). Dieser Anteil kann nur bei Trägern berechnet werden, von denen Angaben zu Fristüberschreitungen vorliegen und bei denen im Berichtsjahr mindestens ein Antrag mit Gutachten entschieden wurde.

Tabelle 18. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen zu Gesamtanträgen mit Gutachten (Frist 3c) nach Trägerbereich

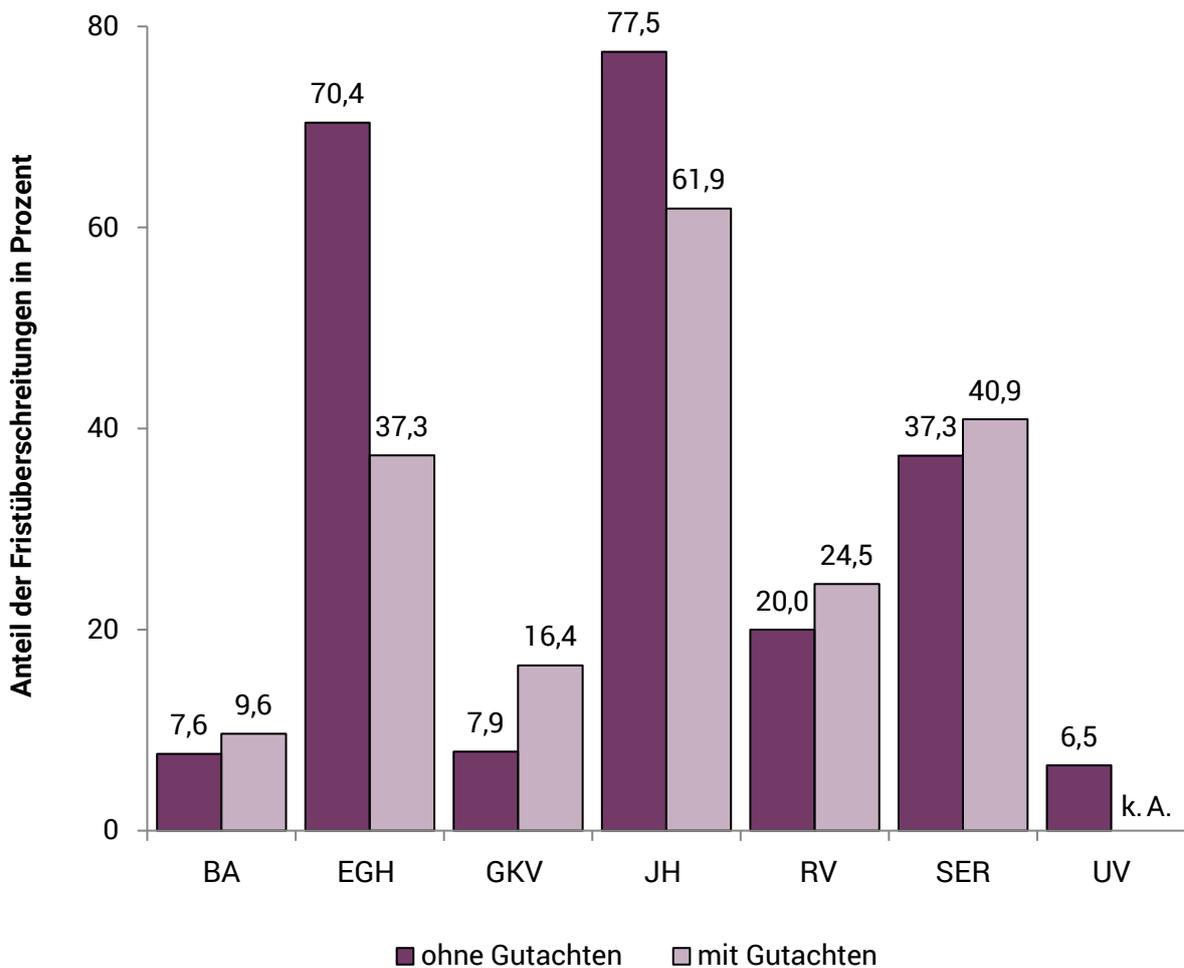
Trägerbereich	Minimum Frist 3c	Durchschnitt Frist 3c	Maximum Frist 3c	Entscheidungen mit Gutachten	Träger
BA	- **	9,6	- **	80.75	1 (100%)
EGH	0	37,3	100	11.673	161 (56,1%)
GKV	0	16,4	100	188.492	95 (93,1%)
JH	0	61,9	100	3.331	166 (38,5%)
RV	4,3	24,5	42,4	14.666	15 (88,2%)
SER	0	40,9	80,0	149	11 (5,3%)
UV	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	0 (0%)
Gesamt	0	18,5	100	226.386	449 (41,6%)

Frist 3c: Zweiwochenfrist nach Vorliegen des Gutachtens nach § 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX.

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einer Entscheidung mit Gutachten, von denen auch Angaben zu den entsprechenden Fristüberschreitungen vorliegen. Die Anzahl der Entscheidungen mit Gutachten wurde entsprechend angepasst.

** Daten werden aggregiert dargestellt, da die BA nicht als Trägerbereich strukturiert ist, sondern eine solitäre Rehabilitationsträgerin ist. Die Werte für Minimum, Maximum und Durchschnitt sind jeweils gleich.

In Tabelle 18 ist außerdem der jeweils minimale und maximale Anteil der Fristüberschreitungen bei Bedarfsfeststellungen mit Gutachten dargestellt. Bei einigen Trägern aus den Bereichen EGH, GKV, JH und SER kam es in 2021 bei keinem der eingegangenen Anträge zu Fristüberschreitungen (Frist 3c). Der Wert für das Minimum in Tabelle 18 liegt entsprechend bei 0 Prozent. Diese Träger haben über alle Anträge innerhalb der gesetzlichen Frist von zwei Wochen nach Vorlage des Gutachtens entschieden. Andere Träger aus den Bereichen EGH, GKV und JH haben diese Frist zu 100 Prozent, also bei allen Bedarfsfeststellungen mit Gutachten, überschritten (vgl. Spalte „Maximum“ in Tabelle 18).



Frist 3b: Dreiwochenfrist ohne Gutachten nach § 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX.

Frist 3c: Zweiwochenfrist nach Vorliegen des Gutachtens nach § 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX.

Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einer Entscheidung ohne bzw. mit Gutachten, von denen auch Angaben zu entsprechenden Fristüberschreitungen vorliegen.

Datengrundlage ohne Gutachten: 2.349.806 Entscheidungen zu Gesamtanträgen von 872 Trägern.

Datengrundlage mit Gutachten: 226.386 Entscheidungen zu Gesamtanträgen von 449 Trägern.

Abbildung 13. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen zu Gesamtanträgen ohne und mit Gutachten nach Trägerbereich

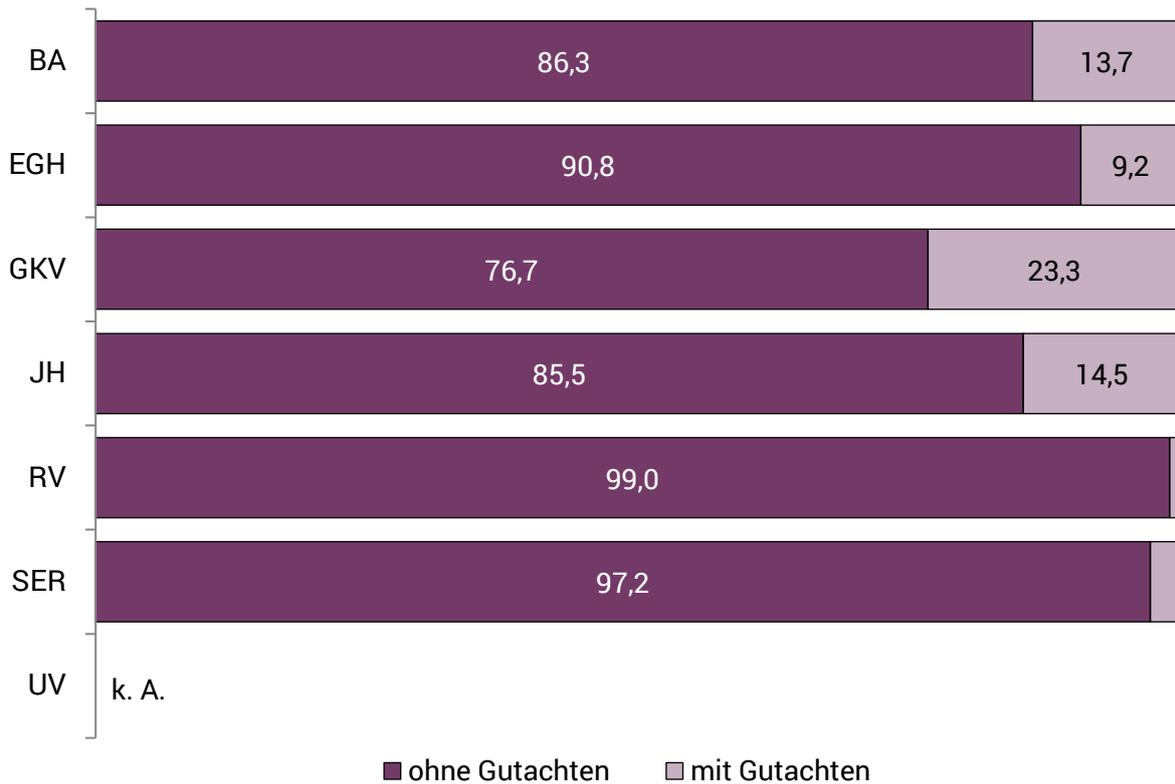
Ergebnisse der Datenauswertung

Abbildung 14 zeigt, wie viel Prozent der Gesamtanträge ohne und mit Beauftragung eines Gutachtens entschieden wurden. Um eine Aussage über die Verteilung der Entscheidungen ohne und mit Gutachten treffen zu können, muss mindestens ein Antrag entschieden worden sein und es müssen Angaben zu beiden Merkmalen vorliegen. Auf wie viele Träger das zutrifft, ist in der Spalte „Träger“ in Tabelle 19 angegeben. Niedrige Werte in der Klammer (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass die jeweils ausgewiesene Anzahl der Entscheidungen ohne und mit Gutachten sowie der entsprechende Anteil in Abbildung 14 auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert.

Tabelle 19. Anzahl der Entscheidungen zu Gesamtanträgen ohne und mit Gutachten bei Angaben zu Entscheidungen ohne und mit Gutachten nach Trägerbereich

Trägerbereich	Entscheidungen ohne Gutachten	Entscheidungen mit Gutachten	Entscheidungen insgesamt	Träger
BA	51.052	8.075	59.127	1 (100%)
EGH	115.301	11.673	126.974	265 (92,3%)
GKV	621.221	188.492	809.713	99 (97,1%)
JH	19.704	3.332	23.036	385 (89,3%)
RV	1.403.307	14.666	1.417.973	17 (100%)
SER	5.171	149	5.320	60 (29,0%)
UV	k. A.	k. A.	k. A.	0 (0%)
Gesamt	2.215.756	226.387	2.442.143	827 (76,6%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einer Entscheidung ohne und / oder mindestens einer Entscheidung mit Gutachten, von denen Angaben zu beiden Merkmalen vorliegen. Die Anzahl der Entscheidungen insgesamt wurde entsprechend angepasst. Sie ergibt sich aus der Summe der Entscheidungen ohne und mit Gutachten.



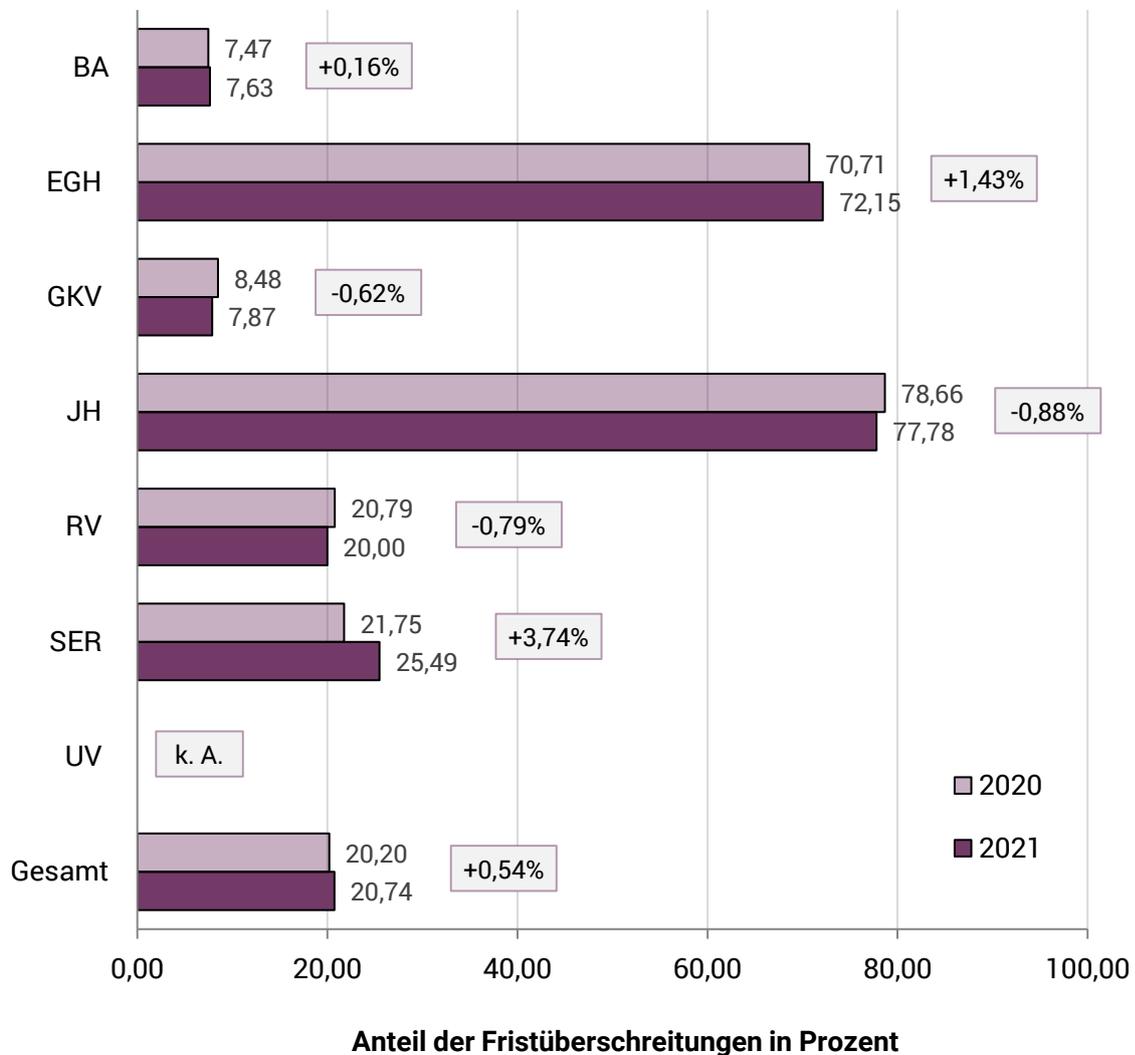
Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einer Entscheidung ohne und / oder mindestens einer Entscheidung mit Gutachten, von denen Angaben zu beiden Merkmalen vorliegen.

Datengrundlage: 2.442.143 Entscheidungen zu Gesamtanträgen von 827 Trägern.

Abbildung 14. Prozentuale Verteilung der Entscheidungen zu Gesamtanträgen ohne und mit Gutachten nach Trägerbereich

Ergebnisse der Datenauswertung

Bei wie viel Prozent der Entscheidungen ohne Gutachten die gesetzliche Dreiwochenfrist (Frist 3b) in 2020 und in 2021 überschritten wurde, zeigt Abbildung 15 im Jahresvergleich für die einzelnen Trägerbereiche.



Frist 3b: Dreiwochenfrist ohne Gutachten nach § 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX.

Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für die Berichtsjahre 2020 und 2021 mit jeweils mindestens einer Entscheidung ohne Gutachten, von denen auch Angaben zu den entsprechenden Fristüberschreitungen für beide Berichtsjahre vorliegen. Die Anzahl der Entscheidungen ohne Gutachten in der Datengrundlage wurde jeweils entsprechend angepasst. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viele Prozentpunkte sich der Anteil der Fristüberschreitungen an allen Entscheidungen ohne Gutachten im Berichtsjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2020: 2.335.574 Entscheidungen ohne Gutachten von 740 Trägern.

Datengrundlage 2021: 2.274.067 Entscheidungen ohne Gutachten von 740 Trägern.

Abbildung 15. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen zu Gesamtanträgen ohne Gutachten (Frist 3b) nach Trägerbereich und Berichtsjahr



Aus den Trägerbereichen

In der **BA** umfasst ein Antrag alle Bedarfe an LTA, die notwendig und daher zu decken sind, um eine möglichst dauerhafte Teilhabe am Arbeitsleben zu erreichen. 75 Prozent der Anträge auf LTA betreffen die berufliche Ersteingliederung junger Menschen mit Behinderung. Gutachten werden hier üblicherweise im Vorfeld (z. B. zu Beginn des letzten Schuljahres) in Auftrag gegeben, sodass sie bei Antragseingang bereits vorliegen und nur bei wenigen Anträgen erneut zusätzliche Gutachten eingeholt werden müssen. Aus der geringen Anzahl an Gutachten bei der BA kann also nicht geschlossen werden, dass in diesem Bereich nur selten Expertenmeinungen berücksichtigt werden. Gutachten der BA umfassen alle ärztlichen und psychologischen Gutachten sowie Gutachten des technischen Beratungsdienstes, die ab dem Datum der Feststellung der Zuständigkeit der BA veranlasst wurden und gleichzeitig spätestens mit Datum der Feststellung des Teilhabebedarfs vorliegen. In diesen Fällen wird davon ausgegangen, dass die Gutachten für die Bedarfsfeststellung relevant waren.

In den Bereichen **EGH** und **JH** müssen zur Feststellung der Zuständigkeit in der Regel fachärztliche bzw. psychotherapeutische Stellungnahmen eingeholt werden. Dies dauert aufgrund der Wartezeiten für eine Diagnostik in der Regel weit mehr als zwei Wochen, worauf die Träger kaum Einfluss haben. Lange Wartezeiten bei Fachärzten und Psychotherapeuten sowie die Wartezeiten auf andere relevante Unterlagen (von Antragstellern oder z. B. Entlassungsberichte aus Kliniken) tragen maßgeblich dazu bei, dass die Zweiwochenfrist der Zuständigkeitsfeststellung (Frist 3a) nicht eingehalten wird. Bei Kindern und Jugendlichen ist zudem die entwicklungsbedingte höhere Komplexität der Falldiagnose zu berücksichtigen.

In den Bereichen **EGH** und **JH** werden Anträge in der Regel erst dann bewilligt, wenn ein geeignetes Angebot (z. B. ein freier Platz in einer Fachklinik oder eine Schulbegleitung) gefunden wurde. Die Wartezeiten betragen insbesondere bei einer stationären Unterbringung oft mehrere Wochen. Die Überschreitungen der Zweiwochenfrist der Bedarfsfeststellung ohne Gutachten (Frist 3b) begründen sich zum Großteil auf mangelnde Kapazitäten bei den Leistungserbringern.

Die Kennzahlen zu Frist 3c sind für die **UV** nicht einschlägig. In der UV sind medizinische Gutachten zur Bedarfsermittlung unbekannt, da für die Versicherten i. d. R. aufgrund des Vorverfahrens (Akutbehandlung u. ä.) bereits entsprechende ärztliche Unterlagen vorliegen.

3.4.4. Sachverhalt 4: Durchschnittliche Zeitdauer zwischen Erteilung und Vorlage eines Gutachtens



Gesetzestext:

Die Rehabilitationsträger [...] erfassen die durchschnittliche Zeitdauer zwischen Erteilung des Gutachtenauftrages in Fällen des § 14 Abs. 2 Satz 3 und der Vorlage des Gutachtens.



Fragstellungen:

Wie viele Gutachten wurden beauftragt?

Wie lange dauert es durchschnittlich, bis ein Gutachten, das zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs benötigt wird, vorliegt?



Ergebnis:

Wird für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten eines Sachverständigen benötigt, beauftragt der leistende Rehabilitationsträger ein Gutachten nach den Regelungen des § 17 SGB IX. Die Dauer der Erstellung eines Gutachtens entspricht der Zeit von der Beauftragung nach § 17 SGB IX bis zur nachweislichen Vorlage des Gutachtens.



Zur Einordnung der Daten

Angaben zur Anzahl der Gutachten liegen von 910 Trägern vor. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 293.203 Gutachten, die von den Trägern selbst beauftragt wurden (Tabelle 20).

Wie lange es dauerte, bis ein Gutachten vorlag, konnte für die 378 Träger berechnet werden, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der Gutachten als auch zur aufsummierten Dauer vorliegen. Die Datengrundlage für die Gutachtendauer reduziert sich somit auf 293.008 Gutachten (Tabelle 21 und Abbildung 16).

Für den THVB sind Gutachten in Fällen des § 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX bzw. § 17 SGB IX zu erfassen. Ein solches Gutachten liegt vor, wenn § 17 SGB IX – auch sinngemäß – Anwendung findet (u. a. sind dem Antragsteller grundsätzlich mindestens drei verschiedene Sachverständige zu benennen und es sollte eine umfassende sozialmedizinische Begutachtung erstellt werden). Ob die in den Bereichen EGH und JH weit verbreiteten fachärztlichen Stellungnahmen den formalen und inhaltlichen Anforderungen eines solchen Gutachtens genügen, ist im Einzelfall zu klären und nicht immer trennscharf zu bestimmen. Die aufgezeigten Grenzen zwischen ärztlichen Stellungnahmen und Gutachten im Sinne des § 17 SGB IX können vor diesem Hintergrund im Einzelfall allerdings fließend sein.

Ergebnisse der Datenauswertung

Tabelle 20 zeigt, wie viele Gutachten im Rahmen der Bedarfsfeststellung pro Trägerbereich in Auftrag gegeben wurden und wie viele Träger für dieses Merkmal den Wert null übermittelt haben (vgl. Spalte „Träger mit Wert null“). Diese Träger haben demnach angegeben, in 2021 keine Gutachten beauftragt zu haben.

Tabelle 20. Anzahl der Gutachten nach Trägerbereich

Trägerbereich	Gutachten	Träger	Träger mit Wert null
BA	8.427	1 (100%)	0 (0%)
EGH	11.948	254 (88,5%)	107 (37,3%)
GKV	255.180	100 (98,0%)	7 (6,9%)
JH	2.831	335 (77,7%)	213 (49,4%)
RV	14.666	17 (100%)	2 (11,8%)
SER	151	203 (98,1%)	192 (92,8%)
UV	k. A.	0 (0%)	k. A.
Gesamt	293.203	910 (84,3%)	521 (48,3%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2021.

In Tabelle 21 und Abbildung 16 ist dargestellt, wie lange es im Durchschnitt dauerte, bis ein Gutachten vorlag. Die durchschnittliche Gutachtendauer kann nur dann berechnet werden, wenn auch Gutachten im Berichtsjahr vorlagen und Angaben zur aufsummierten Dauer gemacht wurden. Auf wie viele Träger das zutrifft, ist in der Spalte „Träger“ angegeben.

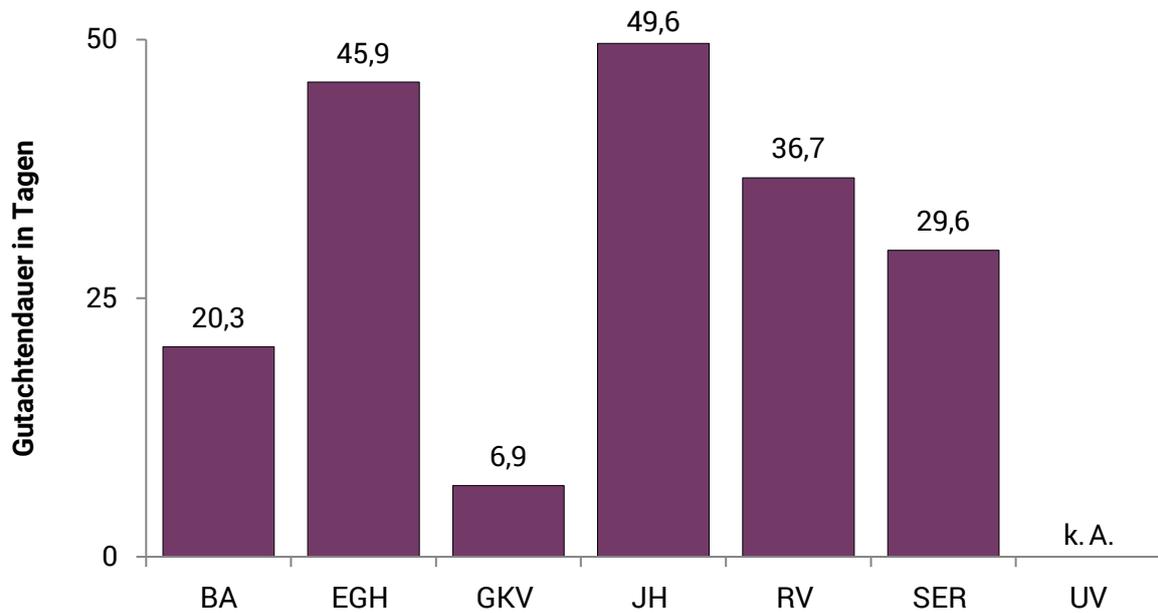
Tabelle 21. Durchschnittliche Dauer der Erstellung eines Gutachtens nach Trägerbereich (in Tagen)

Trägerbereich	Dauer	Gutachten	Träger
BA	20,3	8.427	1 (100%)
EGH	45,9	11.822	139 (48,4%)
GKV	6,9	255.180	93 (91,2%)
JH	49,6	2.762	119 (27,6%)
RV	36,7	14.666	15 (88,2%)
SER	29,6	151	11 (5,3%)
UV	k. A.	k. A.	0 (0%)
Gesamt	10,7	293.008	378 (35,0%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einem Gutachten, von denen auch Angaben zur aufsummierten Gutachtendauer vorliegen. Die Anzahl der Gutachten wurde entsprechend angepasst.

Betrachtungsbeispiel zu Tabelle 21

Im Trägerbereich EGH vergingen im Durchschnitt 45,9 Tage, bis ein Gutachten vorlag. Diese durchschnittliche Gutachtendauer konnte nur bei den Trägern ermittelt werden, die Gutachten beauftragt hatten und von denen auch Angaben zur aufsummierten Dauer vorliegen. Das trifft auf 139 Träger zu. Die durchschnittliche Gutachtendauer basiert also auf den Daten von 48,4 Prozent aller Träger der EGH.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einem Gutachten, von denen auch Angaben zur aufsummierten Gutachtendauer vorliegen.
Datengrundlage: 293.008 Gutachten von 378 Trägern.

Abbildung 16. Durchschnittliche Dauer der Erstellung eines Gutachtens nach Trägerbereich (in Tagen)



Aus den Trägerbereichen

In den Bereichen **EGH** und **JH** führen lange Wartezeiten bei Fachärzten und Psychotherapeuten zu langen Dauern für die Erstellung eines Gutachtens (siehe auch Infobox „Aus den Trägerbereichen“ zu Sachverhalt 3). Bei Kindern und Jugendlichen ist zudem die entwicklungsbedingte höhere Komplexität der Gutachtenerstellung zu berücksichtigen.

Die Zeitdauer für die Vorlage des Gutachtens ist durch die Träger der **EGH** nur in Einzelfällen zu beeinflussen (durch Dringlichkeitsvermerke). Zum Teil werden Termine beim Gutachter durch die Antragsteller verschoben oder nicht wahrgenommen.

Gutachten zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs im Sinne des § 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX kommen in der **UV** in der Regel nicht zum Einsatz, sodass auch keine Angaben zur Dauer der Erstellung eines Gutachtens gemacht werden können (siehe auch Infobox „Aus den Trägerbereichen“ zu Sachverhalt 3).

3.4.5. Sachverhalt 5: Bearbeitungsdauern



Gesetzestext:

Die Rehabilitationsträger [...] erfassen die durchschnittliche Zeitdauer zwischen Antragseingang beim leistenden Rehabilitationsträger und der Entscheidung nach den Merkmalen der Erledigung und der Bewilligung.



Fragestellungen:

Wie lange dauert es durchschnittlich, bis der leistende Träger über einen Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe entscheidet?

Wie lange dauert dies in Abhängigkeit davon, ob der Antrag bewilligt oder erledigt wird?



Ergebnis:

Die Bearbeitungsdauer ergibt sich aus der Zeit vom Antragseingang beim leistenden Rehabilitationsträger bis zur Entscheidung über den Antrag. Hier werden als mögliche Entscheidungen die Bewilligung und die Erledigung betrachtet.

Eine **Bewilligung** liegt vor, wenn ein Antrag vollständig oder teilweise bewilligt wird. Auch wenn ein Antrag mit einer anderen Leistung bewilligt wird, als er zunächst beantragt wurde, wird dies als (teilweise) Bewilligung gezählt.

Unter die **Erledigung** fallen alle anderen Entscheidungsarten, also alle Entscheidungen außer einer Bewilligung. Hierzu zählen die vollständigen Ablehnungen und die sonstigen Erledigungen (z. B. Antrag wird zurückgezogen, Antragsteller verstirbt).

Bei vollständiger Unzuständigkeit eines Trägers fallen die Weiterleitungen nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX im THVB nicht unter die Entscheidungsart Erledigung oder Bewilligung, sondern sind eine weitere Entscheidungsart auf Ebene des Gesamtantrags.



Zur Einordnung der Daten

Angaben zur Anzahl der **Bewilligungen** (vollständig oder teilweise) liegen von 1.070 Trägern vor. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 2.191.190 bewilligte Gesamtanträge (Tabelle 22). Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer eines bewilligten Antrags konnte für die 886 Träger berechnet werden, die mindestens einen Antrag bewilligt haben und von denen auch Angaben zur aufsummierten Bearbeitungsdauer vorliegen. Die Datengrundlage reduziert sich somit auf 2.155.013 bewilligte Gesamtanträge (Tabelle 24 und Abbildung 17).

Angaben zur Anzahl der **Erledigungen** (Ablehnung oder Sonstiges) liegen von 1.036 Trägern vor. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 442.735 erledigte Gesamtanträge (Tabelle 23). Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer eines erledigten Antrags konnte für die 689 Träger berechnet werden, die mindestens einen Antrag erledigt haben und von denen auch Angaben zur aufsummierten Bearbeitungsdauer vorliegen. Die entsprechende Datengrundlage reduziert sich somit auf 441.974 erledigte Gesamtanträge (Tabelle 24 und Abbildung 17).

Die Bearbeitungsdauer eines Antrags unabhängig von der Entscheidung kann nur berechnet werden, wenn mindestens ein Antrag bewilligt und / oder mindestens ein Antrag erledigt wurde und ggf. Angaben zur entsprechenden aufsummierten Bearbeitungsdauer vorliegen. Die Datengrundlage reduziert sich somit auf 2.592.054 im Berichtsjahr entschiedene Gesamtanträge von 835 Trägern (Tabelle 25 und Abbildung 18).

Ergebnisse der Datenauswertung

Tabelle 22 zeigt, wie viele Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe bewilligt (vollständig oder teilweise) wurden. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ ist außerdem ersichtlich, wie viele Träger im Jahr 2021 keine Anträge bewilligt haben. In diesem Wert sind auch die gemeldeten Fehlanzeigen von den Trägern enthalten, bei denen im Jahr 2021 keine Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eingegangen sind.

Tabelle 22. Anzahl der Bewilligungen des Gesamtantrags nach Trägerbereich

Trägerbereich	Bewilligungen	Träger	Träger mit Wert null
BA	54.180	1 (100%)	0 (0%)
EGH	215.754	286 (99,7%)	2 (0,7%)
GKV	682.880	102 (100%)	0 (0%)
JH	23.998	425 (98,6%)	12 (2,8%)
RV	1.138.453	17 (100%)	0 (0%)
SER	5.239	205 (99,0%)	143 (69,1%)
UV	70.686	34 (100%)	0 (0%)
Gesamt	2.191.190	1.070 (99,2%)	157 (14,6%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2021.

Tabelle 23 zeigt, wie viele Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe erledigt (abgelehnt oder sonstig erledigt) wurden. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ ist außerdem ersichtlich, wie viele Träger im Jahr 2021 keine Anträge abgelehnt oder sonstig erledigt haben. In diesem Wert sind auch die gemeldeten Fehlanzeigen von den Trägern enthalten, bei denen im Jahr 2021 keine Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eingegangen sind.

Tabelle 23. Anzahl der Erledigungen des Gesamtantrags nach Trägerbereich

Trägerbereich	Erledigungen	Träger	Träger mit Wert null
BA	4.949	1 (100%)	0 (0%)
EGH	13.994	283 (98,6%)	7 (2,4%)
GKV	139.090	99 (97,1%)	3 (2,9%)
JH	2.615	400 (92,8%)	124 (28,8%)
RV	279.520	17 (100%)	0 (0%)
SER	302	203 (98,1%)	173 (83,6%)
UV	2.265	33 (97,1%)	19 (55,9%)
Gesamt	442.735	1.036 (96,0%)	326 (30,2%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2021.

Ergebnisse der Datenauswertung

In Tabelle 24 und Abbildung 17 ist dargestellt, wie lange es im Durchschnitt bis zur Entscheidung über einen Antrag dauerte – in Abhängigkeit davon, ob der Antrag bewilligt (vollständig oder teilweise) oder erledigt (abgelehnt oder sonstig entschieden) wurde. Die jeweilige durchschnittliche Bearbeitungsdauer kann nur dann berechnet werden, wenn im Berichtsjahr auch Anträge bewilligt bzw. erledigt wurden und Angaben zur jeweiligen aufsummierten Bearbeitungsdauer vorliegen. Auf wie viele Träger das zutrifft, ist in der jeweiligen Spalte „Träger“ angegeben.

Tabelle 24. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei Bewilligung und Erledigung des Gesamtantrags nach Trägerbereich (in Tagen)

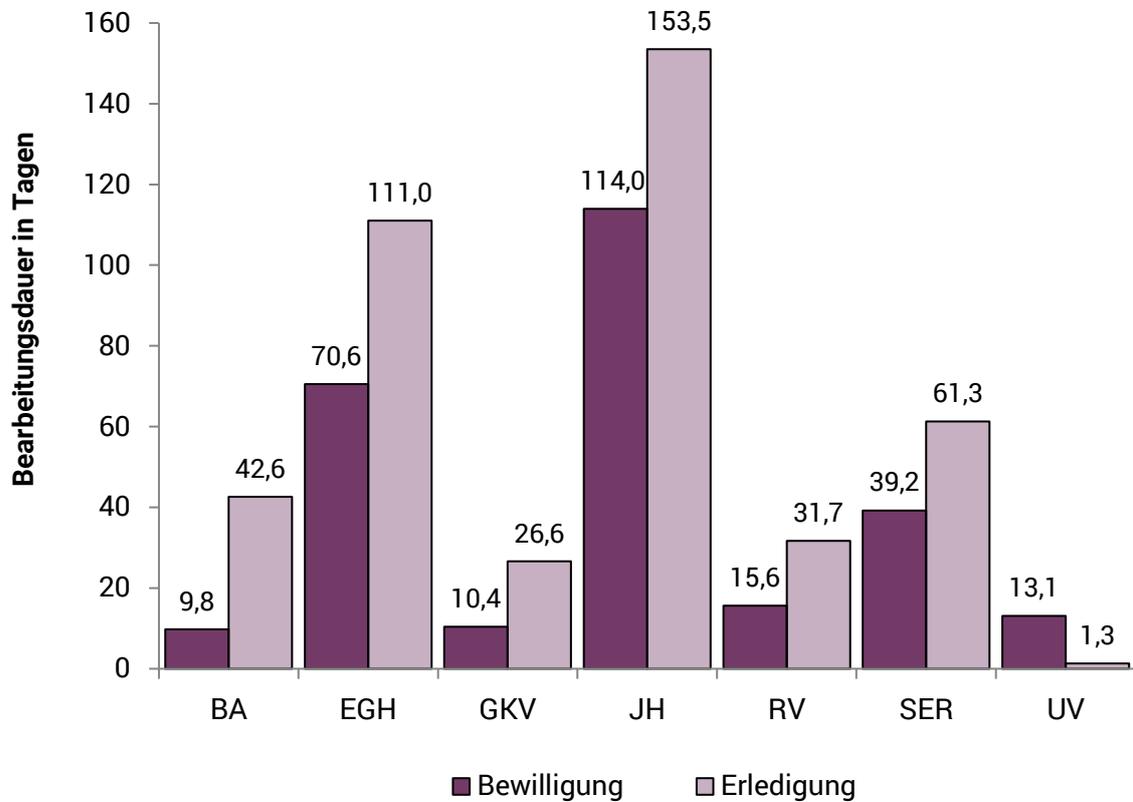
Trägerbereich	Dauer Bewilligungen	Anzahl Bewilligungen	Träger	Dauer Erledigungen	Anzahl Erledigungen	Träger
BA	9,8	54.180	1 (100%)	42,6	4.949	1 (100%)
EGH	70,6	199.180	262 (91,3%)	111,0	13.467	273 (95,1%)
GKV	10,4	682.880	102 (100%)	26,6	138.913	94 (92,2%)
JH	114,0	23.976	410 (95,1%)	153,5	2.559	261 (60,6%)
RV	15,6	1.138.453	17 (100%)	31,7	279.520	17 (100%)
SER	39,2	5.238	61 (29,5%)	61,3	302	30 (14,5%)
UV	13,1	51.106	33 (97,1%)	1,3	2.264	13 (38,2%)
Gesamt	20,0	2.155.013	886 (82,1%)	33,2	441.974	689 (63,9%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einem bewilligten bzw. erledigten Antrag, von denen auch Angaben zur entsprechenden aufsummierten Bearbeitungsdauer vorliegen. Die jeweilige Anzahl der Bewilligungen und der Erledigungen wurde entsprechend angepasst.

Betrachtungsbeispiel zu Tabelle 24

Im Trägerbereich JH vergingen im Durchschnitt 114 Tage, bis eine beantragte Leistung bewilligt wurde. Diese durchschnittliche Bearbeitungsdauer konnte nur bei den Trägern ermittelt werden, die Anträge bewilligt hatten und von denen auch Angaben zur entsprechenden aufsummierten Dauer vorliegen. Das trifft auf 410 Träger zu. Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer von bewilligten Anträgen basiert also auf den Daten von 95,1 Prozent aller Träger der JH.

Bei einer Ablehnung oder sonstigen Erledigung eines Antrags vergingen durchschnittlich 153,5 Tage, bis diese Entscheidung vorlag. Diese durchschnittliche Bearbeitungsdauer konnte nur bei den Trägern ermittelt werden, die Anträge abgelehnt oder sonstig erledigt hatten und von denen auch Angaben zur entsprechenden aufsummierten Dauer vorliegen. Das trifft auf 261 Träger zu. Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer von abgelehnten oder sonstig erledigten Anträgen basiert also auf den Daten von 60,6 Prozent aller Träger der JH.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einem bewilligten bzw. erledigten Antrag, von denen auch Angaben zur entsprechenden aufsummierten Bearbeitungsdauer vorliegen.

Datengrundlage Bewilligung: 2.155.013 bewilligte Gesamtanträge von 886 Trägern.

Datengrundlage Erledigung: 441.974 erledigte Gesamtanträge von 689 Trägern.

Abbildung 17. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei Bewilligung und Erledigung nach Trägerbereich (in Tagen)

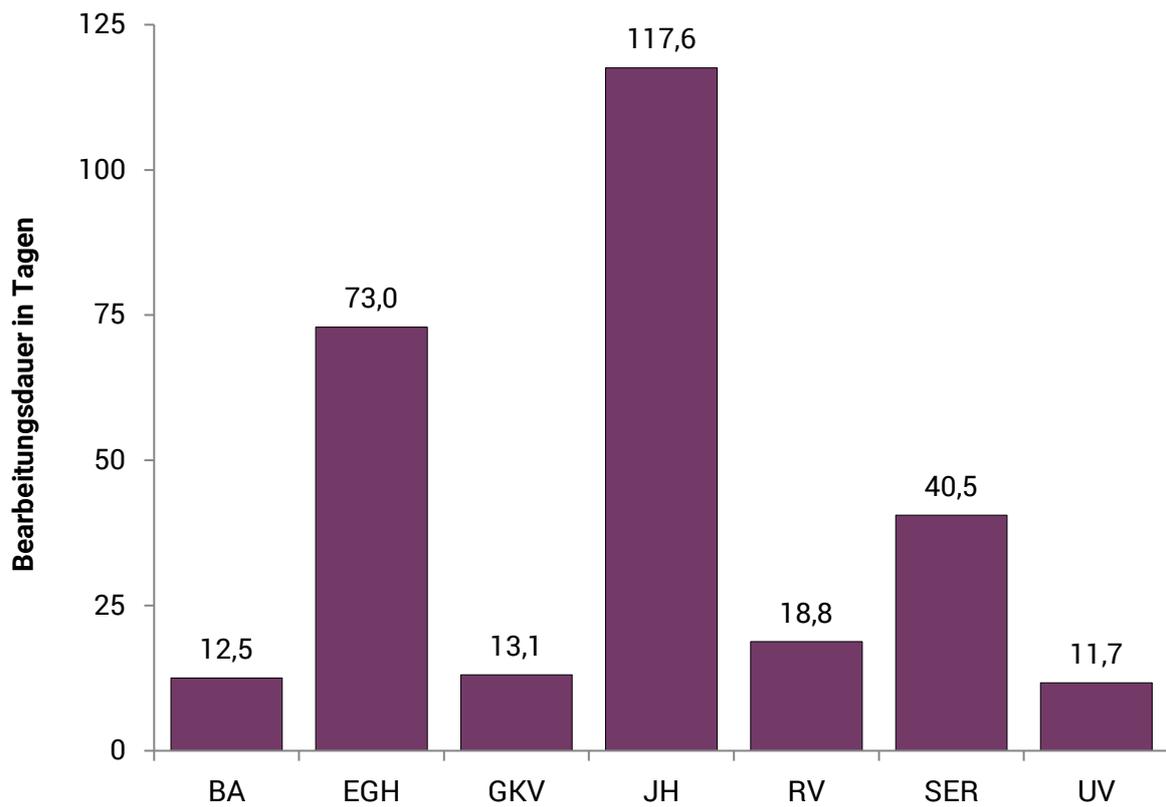
Tabelle 25 und Abbildung 18 zeigen die durchschnittliche Bearbeitungsdauer unabhängig davon, wie über den Antrag entschieden wurde. Außerdem sind in Tabelle 25 die jeweilige minimale und maximale Bearbeitungsdauer insgesamt dargestellt.

Tabelle 25. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer des Gesamtantrags insgesamt nach Trägerbereich (in Tagen)

Trägerbereich	Minimum	Durchschnitt	Maximum	Entscheidungen insgesamt	Träger
BA	- **	12,5	- **	59.129	1 (100%)
EGH	0,0	73,0	206,3	211.863	257 (89,5%)
GKV	6,8	13,1	86,3	820.510	97 (95,1%)
JH	1,0	117,6	347,3	24.167	372 (86,3%)
RV	9,6	18,8	23,8	1.417.973	17 (100%)
SER	1,0	40,5	213,0	5.496	59 (28,5%)
UV	0,0	11,7	40,0	52.916	32 (94,1%)
Gesamt	0,0	22,1	347,3	2.592.054	835 (77,4%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einem bewilligten und / oder mindestens einem erledigten Antrag, von denen ggf. auch Angaben zur jeweiligen aufsummierten Bearbeitungsdauer vorliegen. Die Anzahl der Entscheidungen insgesamt wurde entsprechend angepasst. Sie ergibt sich aus der Summe der Anzahl der bewilligten Anträge und der Anzahl der erledigten Anträge.

** Daten werden aggregiert dargestellt, da die BA nicht als Trägerbereich strukturiert ist, sondern eine solitäre Rehabilitationsträgerin ist. Die Werte für Minimum, Maximum und Durchschnitt sind jeweils gleich.

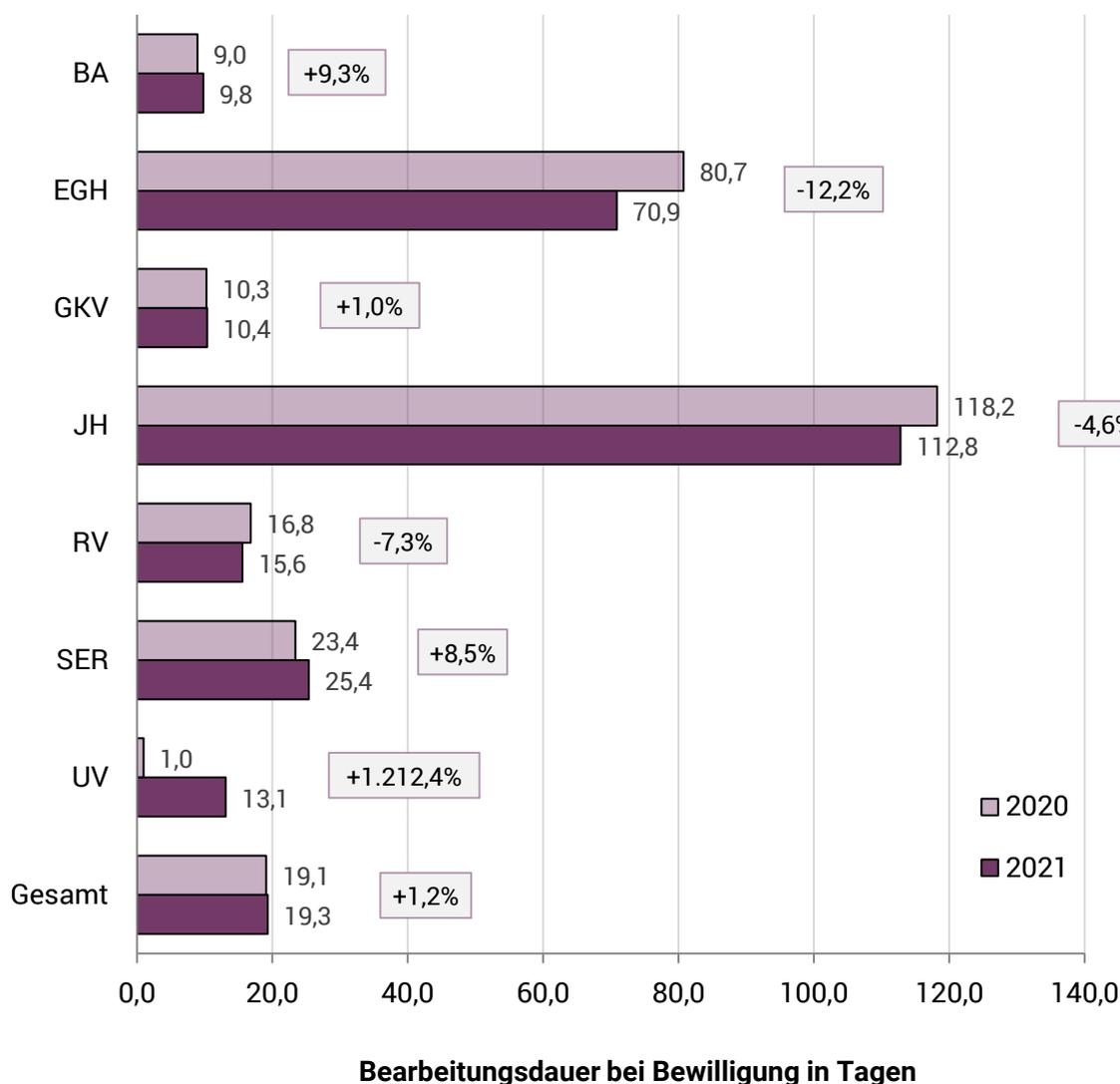


Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einem bewilligten und / oder mindestens einem erledigten Antrag, von denen ggf. auch Angaben zur jeweiligen aufsummierten Bearbeitungsdauer vorliegen.

Datengrundlage: 2.592.054 Entscheidungen zu Gesamtanträgen von 835 Trägern, davon 168 Träger mit ausschließlich bewilligten oder ausschließlich erledigten Anträgen.

Abbildung 18. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer insgesamt nach Trägerbereich (in Tagen)

Wie lange es in den einzelnen Trägerbereichen im Durchschnitt dauerte, bis ein Gesamtantrag bewilligt wurde, wird in Abbildung 19 über die Jahre hinweg verglichen. Dabei zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen in den einzelnen Trägerbereichen.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für die Berichtsjahre 2020 und 2021 mit jeweils mindestens einem bewilligten Antrag, von denen auch Angaben zur entsprechenden aufsummierten Bearbeitungsdauer für beide Berichtsjahre vorliegen. Die Anzahl der bewilligten Gesamtanträge in der Datengrundlage wurde jeweils entsprechend angepasst. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viel Prozent sich die Bearbeitungsdauer im Berichtsjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2020: 2.098.026 bewilligte Gesamtanträge von 770 Trägern.
 Datengrundlage 2021: 2.128.305 bewilligte Gesamtanträge von 770 Trägern.

Abbildung 19. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei Bewilligung nach Trägerbereich und Berichtsjahr (in Tagen)



Aus den Trägerbereichen

In den Bereichen **EGH** und **JH** sind zur Bedarfsfeststellung in der Regel verschiedene Gespräche notwendig und diese sind zeitintensiv. Gesprächstermine mit dem Antragsteller selbst, dessen Betreuer oder, im Falle der JH, mit den Eltern sowie mit in Frage kommenden Einrichtungen müssen vereinbart werden.

Auch das verspätete Einreichen von Nachweisen durch die Antragsteller selbst (z. B. bereits vorliegende Gutachten oder fachärztliche bzw. psychotherapeutische Stellungnahmen, Nachweise über Einkommen und Vermögen, Zeugnisse) verlängert die Bearbeitungsdauer in den Bereichen **EGH** und **JH**.

In der **UV** wurden die Bearbeitungsdauern im Berichtsjahr erstmals statistisch ermittelt und weichen daher deutlich von den im Vorjahr angenommenen Werten ab.

3.4.6. Sachverhalt 6: Entscheidungsarten



Gesetzestext:

Die Rehabilitationsträger [...] erfassen die Anzahl der Ablehnungen von Anträgen sowie der nicht vollständigen Bewilligung der beantragten Leistungen.



Fragestellungen:

Wie viele der gestellten Anträge werden nicht oder nicht vollständig bewilligt?

Mit welcher Entscheidung werden Anträge abschließend bearbeitet?



Ergebnis:

Die Entscheidungsart gibt Aufschluss darüber, wie Anträge abschließend bearbeitet werden. Die Daten zu Sachverhalt 6 spiegeln wider, wie oft Anträge vollständig abgelehnt oder teilweise bewilligt werden.

Außerdem ist in diesem Zusammenhang auch von Interesse, wie viele Anträge vollständig bewilligt oder auf sonstige Art erledigt werden. Unter sonstige Entscheidungsart fällt beispielsweise die Rücknahme eines Antrags durch den Antragsteller oder das Versterben eines Antragstellers. Die Häufigkeit der Entscheidungsarten „vollständige Bewilligung“ und „sonstige Erledigung“ kann unter Berücksichtigung der Daten zu Sachverhalt 5 berechnet werden (siehe „Zur Einordnung der Daten“ zu Sachverhalt 6).



Zur Einordnung der Daten

Die Entscheidungsarten gliedern sich auf in „vollständige Bewilligung“, „teilweise Bewilligung“, „vollständige Ablehnung“ und „sonstige Erledigung“. Die Anzahl der „Entscheidungen insgesamt“ in Tabelle 26 ergibt sich aus der Summe der jeweiligen Anzahl dieser vier Entscheidungsarten. Es liegen Angaben zu den Entscheidungsarten von 2.607.962 Gesamtanträgen vor.

Die Anzahl der Anträge, die **teilweise bewilligt** wurden, geht aus den Meldevariablen zu Sachverhalt 6 hervor. Angaben zur Anzahl der teilweisen Bewilligungen liegen von 998 Trägern vor (Tabelle 27). Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 149.109 teilweise bewilligte Gesamtanträge (Tabelle 26).

Auch die Anzahl der Anträge, die **vollständig abgelehnt** wurden, geht aus den Meldevariablen zu Sachverhalt 6 hervor. Angaben zur Anzahl der vollständigen Ablehnungen liegen von 1.034 Trägern vor (Tabelle 27). Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 355.448 vollständig abgelehnte Gesamtanträge (Tabelle 26).

Die Anzahl der Anträge, die **vollständig bewilligt** wurden, wird unter Berücksichtigung der Meldevariablen zu Sachverhalt 5 berechnet. Demnach ergibt sich die Anzahl der vollständig bewilligten Anträge aus der Differenz der Anzahl der bewilligten Anträge (vollständig oder teilweise) aus Sachverhalt 5 minus der Anzahl der nicht vollständig bewilligten Anträge aus Sachverhalt 6. Angaben zur Anzahl der vollständigen Bewilligungen liegen von 993 Trägern vor (Tabelle 27). Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 2.016.066 vollständig bewilligte Gesamtanträge (Tabelle 26).

Auch die Anzahl der Anträge, die **sonstig erledigt** wurden, wird unter Berücksichtigung der Meldevariablen zu Sachverhalt 5 berechnet. Demnach ergibt sich die Anzahl der sonstig erledigten Anträge aus der Differenz der Anzahl der abgelehnten oder in der Kategorie Sonstige erfassten Anträge aus Sachverhalt 5 minus der Anzahl der vollständig abgelehnten Anträge aus Sachverhalt 6. Angaben zur Anzahl der sonstigen Erledigungen liegen von 1.026 Trägern vor (Tabelle 27). Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 87.339 sonstig erledigte Gesamtanträge (Tabelle 26).

Die prozentualen Anteile der Entscheidungsarten an allen entschiedenen Gesamtanträgen können nur für Träger mit mindestens einer Entscheidung berechnet werden, wenn Angaben zu allen relevanten Meldevariablen aus den Sachverhalten 5 und 6 vorliegen. Die entsprechende Datengrundlage reduziert sich somit auf 2.606.111 im Berichtsjahr entschiedene Gesamtanträge von 820 Trägern (Abbildung 20). Die jeweils zugrundeliegende Anzahl der entschiedenen Gesamtanträge ist in Tabelle 29 aufgeführt.

In Tabelle 26 ist angegeben, wie viele Anträge und in welcher Art sie entschieden wurden. Von wie vielen Trägern entsprechende Daten vorliegen bzw. errechnet werden konnten (siehe Infobox „Zur Einordnung der Daten“ zu Sachverhalt 6), zeigt Tabelle 27. Hohe Werte in der Klammer (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass die ausgewiesene Anzahl der jeweiligen Entscheidungsart auf den Daten von den meisten Trägern aus einem Trägerbereich basiert.

Tabelle 26. Anzahl der Entscheidungsarten des Gesamtantrags nach Trägerbereich

Trägerbereich	Vollständige Bewilligungen	Teilweise Bewilligungen	Vollständige Ablehnungen	Sonstige Erledigungen	Entscheidungen insgesamt ¹
BA	54.180	0	4.886	63	59.129
EGH	206.720	6.278	8.500	5.494	226.992
GKV	668.456	13.273	106.383	32.750	820.862
JH	21.152	454	1.760	864	24.230
RV	1.009.661	128.792	231.474	48.046	1.417.973
SER	5.035	68	180	122	5.405
UV	50.862	244	2.265	0	53.371
Gesamt	2.016.066	149.109	355.448	87.339	2.607.962

Datengrundlage: Berichtsjahr 2021.

¹ Die Entscheidungen insgesamt ergeben sich aus der Summe der Anzahl vollständiger Bewilligungen, teilweiser Bewilligungen, vollständiger Ablehnungen und sonstiger Erledigungen.

Tabelle 27. Anzahl der Träger mit Angaben zu Entscheidungsarten des Gesamtantrags nach Trägerbereich

Trägerbereich	Vollständige Bewilligung	Teilweise Bewilligung	Vollständige Ablehnung	Sonstige Erledigung
BA	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)
EGH	271 (94,4%)	272 (94,8%)	283 (98,6%)	282 (98,3%)
GKV	101 (99,0%)	101 (99,0%)	102 (100%)	99 (97,1%)
JH	369 (85,6%)	372 (86,3%)	395 (91,6%)	391 (90,7%)
RV	17 (100%)	17 (100%)	17 (100%)	17 (100%)
SER	201 (97,1%)	202 (97,6%)	203 (98,1%)	203 (98,1%)
UV	33 (97,1%)	33 (97,1%)	33 (97,1%)	33 (97,1%)
Gesamt	993 (92,0%)	998 (92,5%)	1.034 (95,8%)	1.026 (95,1%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2021.

Ergebnisse der Datenauswertung

Tabelle 28 zeigt die Anzahl der Träger, bei denen für die Merkmale zu den Entscheidungsarten des Gesamtantrags jeweils der Wert null vorliegt. Die entsprechende Entscheidungsart kam bei diesen Trägern nicht vor. In diesen Werten sind auch die gemeldeten Fehlanzeigen von den Trägern enthalten, bei denen in 2021 keine Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eingegangen sind.

Tabelle 28. Anzahl der Träger mit Nullwerten bei Entscheidungsarten des Gesamtantrags nach Trägerbereich

Trägerbereich	Vollständige Bewilligung	Teilweise Bewilligung	Vollständige Ablehnung	Sonstige Erledigung
BA	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
EGH	2 (0,7%)	36 (12,5%)	17 (5,9%)	100 (34,8%)
GKV	0 (0%)	81 (79,4%)	3 (2,9%)	4 (3,9%)
JH	12 (2,8%)	217 (50,3%)	145 (33,6%)	249 (57,8%)
RV	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
SER	143 (69,1%)	190 (91,8%)	180 (87,0%)	184 (88,9%)
UV	0 (0%)	23 (67,6%)	19 (55,9%)	33 (97,1%)
Gesamt	157 (14,6%)	548 (50,8%)	364 (33,7%)	570 (52,8%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2021.

In Abbildung 20 wird die Verteilung der einzelnen Entscheidungsarten gezeigt. Der prozentuale Anteil der jeweiligen Entscheidungsarten im Verhältnis zu allen im Berichtsjahr entschiedenen Gesamtanträgen kann nur dann berechnet werden, wenn Angaben zu allen relevanten Meldevariablen aus Sachverhalt 5 und 6 vorliegen. Tabelle 29 zeigt die jeweils zugrundeliegende Anzahl der einzelnen Entscheidungsarten.

Tabelle 29. Anzahl der Entscheidungsarten des Gesamtantrags bei Angaben zu allen Entscheidungsarten nach Trägerbereich

Trägerbereich	Vollständige Bewilligungen	Teilweise Bewilligungen	Vollständige Ablehnungen	Sonstige Erledigungen	Entscheidungen insgesamt	Träger
BA	54.180	0	4.886	63	59.129	1 (100%)
EGH	206.696	6.273	8.391	5.409	226.769	268 (93,4%)
GKV	668.055	13.273	106.174	32.690	820.192	98 (96,1%)
JH	20.514	435	1.516	808	23.273	344 (79,8%)
RV	1.009.661	128.792	231.474	48.046	1.417.973	17 (100%)
SER	5.035	68	179	122	5.404	59 (28,5%)
UV	50.862	244	2.265	0	53.371	33 (97,1%)
Gesamt	2.015.003	149.085	354.885	87.138	2.606.111	820 (76,0%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einer Entscheidung, von denen zu allen vier Entscheidungsarten eine Angabe zur Anzahl vorliegt bzw. berechnet werden kann. Die Anzahl der Entscheidungen insgesamt wurde entsprechend angepasst. Sie ergibt sich aus der Summe der Anzahl vollständiger Bewilligungen, teilweiser Bewilligungen, vollständiger Ablehnungen und sonstiger Erledigungen.

Ergebnisse der Datenauswertung

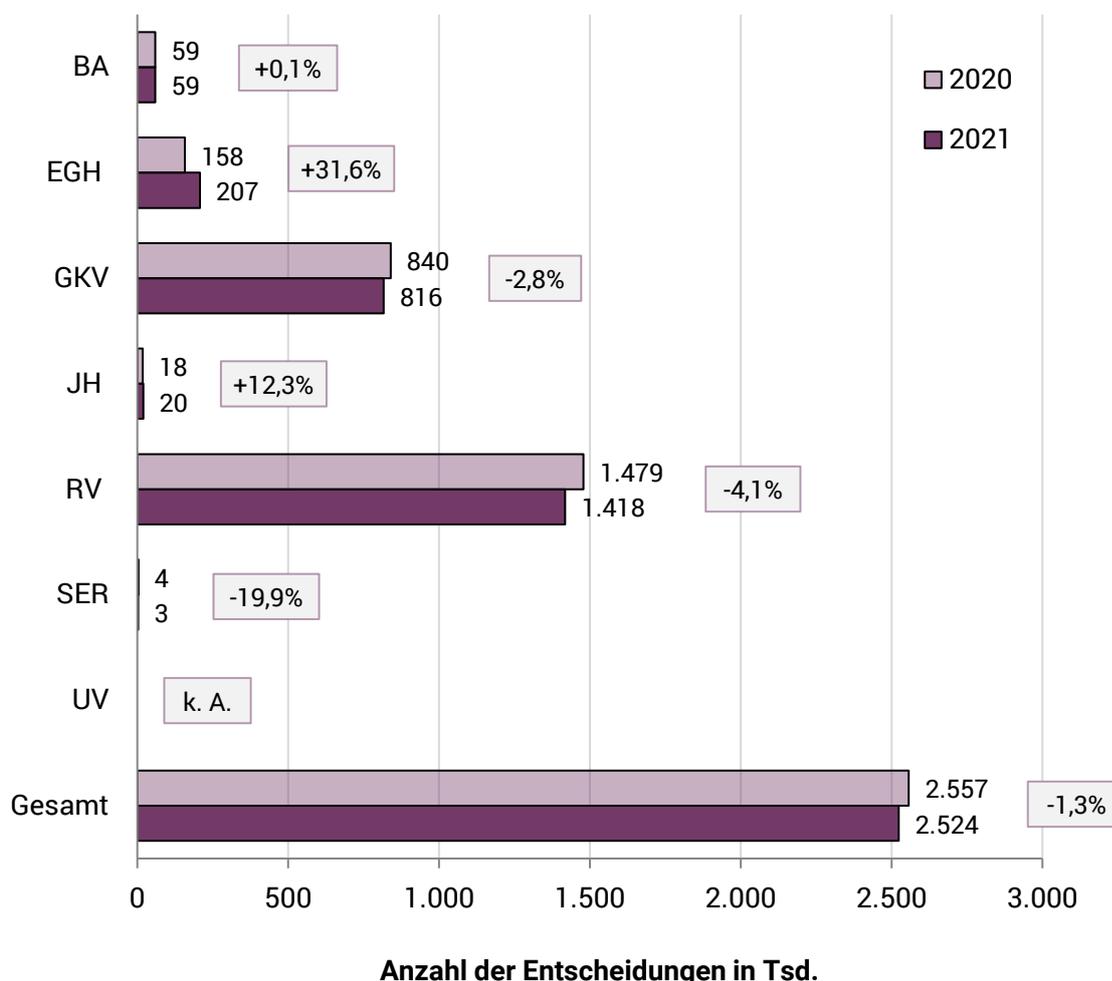


Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einer Entscheidung, von denen zu allen vier Entscheidungsarten (vollständige Bewilligung, teilweise Bewilligung, vollständige Ablehnung, sonstige Erledigung) eine Angabe zur Anzahl vorliegt bzw. berechnet werden kann.

Datengrundlage: 2.606.111 Entscheidungen zu Gesamtanträgen von 820 Trägern.

Abbildung 20. Prozentuale Verteilung der Entscheidungsarten des Gesamtantrags nach Trägerbereich

Wie viele Gesamtanträge in 2020 und in 2021 entschieden wurden, ist aus Abbildung 21 ersichtlich. Dabei zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen in den einzelnen Trägerbereichen. In Abbildung 22 ist gegenübergestellt, welchen Anteil die jeweiligen Entscheidungsarten an allen Entscheidungen zu Gesamtanträgen ausmachen.



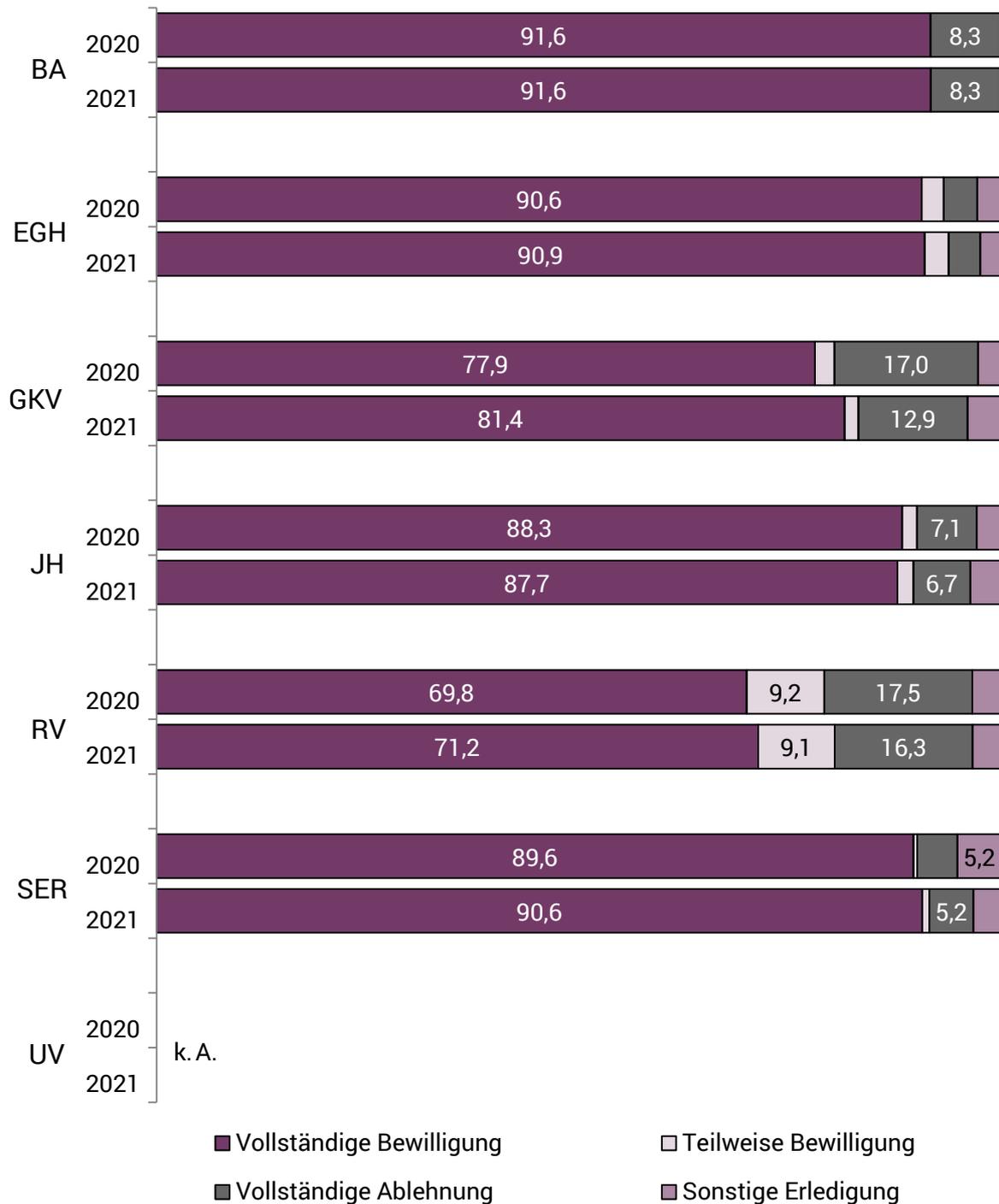
Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für die Berichtsjahre 2020 und 2021 mit jeweils mindestens einer Entscheidung, von denen für beide Berichtsjahre zu allen vier Entscheidungsarten auch eine Angabe zur Anzahl vorliegt bzw. berechnet werden kann. Die Anzahl der Entscheidungen insgesamt in der Datengrundlage wurde jeweils entsprechend angepasst. Sie ergibt sich aus der Summe der Anzahl vollständiger Bewilligungen, teilweiser Bewilligungen, vollständiger Ablehnungen und sonstiger Erledigungen im jeweiligen Berichtsjahr. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viel Prozent sich die Anzahl der Entscheidungen insgesamt im Berichtsjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2020: 2.556.757 Entscheidungen von 655 Trägern.

Datengrundlage 2021: 2.524.009 Entscheidungen von 655 Trägern.

Abbildung 21. Anzahl der Entscheidungen zu Gesamtanträgen nach Trägerbereich und Berichtsjahr

Ergebnisse der Datenauswertung



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für die Berichtsjahre 2020 und 2021 mit jeweils mindestens einer Entscheidung, von denen für beide Berichtsjahre zu allen vier Entscheidungsarten auch eine Angabe zur Anzahl vorliegt bzw. berechnet werden kann. Die Anzahl der Entscheidungen insgesamt in der Datengrundlage wurde jeweils entsprechend angepasst. Sie ergibt sich aus der Summe der Anzahl vollständiger Bewilligungen, teilweiser Bewilligungen, vollständiger Ablehnungen und sonstiger Erledigungen im jeweiligen Berichtsjahr.

Datengrundlage 2020: 2.556.757 Entscheidungen von 655 Trägern.

Datengrundlage 2021: 2.524.009 Entscheidungen von 655 Trägern.

Abbildung 22. Prozentuale Verteilung der Entscheidungsarten des Gesamtantrags nach Trägerbereich und Berichtsjahr



Aus den Trägerbereichen

Bei der **BA** werden Anträge hinsichtlich ihrer Entscheidungsart nach vollständiger Bewilligung, vollständiger Ablehnung oder sonstiger Erledigung differenziert. Teilweise Bewilligungen kommen demnach nicht vor.

In den Bereichen **EGH** und **JH** findet im Vorfeld eine ausführliche Beratung statt, sodass die Antragsteller in der Regel nur das beantragen, was tatsächlich benötigt und dann auch bewilligt wird. Es gibt auch Hilfe suchende Eltern, die noch kein konkretes Anliegen formulieren können. Dieses wird in einem Beratungsgespräch ausgearbeitet und entspricht in der Regel dem Bedarf, sodass auch hier eine Bewilligung erfolgt. Die Anteile der Ablehnung sind demnach gering.

Im Bereich der **UV** wurden die Angaben zu den Entscheidungsarten im Berichtsjahr erstmals erhoben, ein Vergleich mit dem Vorjahr ist daher nicht möglich.

3.4.7. Sachverhalt 7: Antrittslaufzeiten mit und ohne Teilhabeplanung



Gesetzestext:

Die Rehabilitationsträger [...] erfassen die durchschnittliche Zeitdauer zwischen dem Datum des Bewilligungsbescheides und dem Beginn der Leistungen mit und ohne Teilhabeplanung nach § 19, wobei in den Fällen, in denen die Leistung von einem Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nummer 1 erbracht wurde, das Merkmal „mit und ohne Teilhabeplanung nach § 19“ nicht zu erfassen ist.



Fragestellung:

Wie lange dauert es nach der Bewilligung eines Antrages durchschnittlich, bis Leistungen erbracht werden?

Unterscheidet sich die Antrittslaufzeit bewilligter Anträge mit Teilhabeplanung von jener ohne Teilhabeplanung?



Ergebnis:

Die Antrittslaufzeit bezieht sich auf die durchschnittliche Zeitdauer zwischen dem Datum des Bewilligungsbescheides und dem Beginn der ersten angetretenen Leistung. Wird eine Leistung beispielsweise am Tag des Bescheides oder danach angetreten, spricht man von einer positiven Antrittslaufzeit. Eine Leistung, die vor dem Bewilligungsbescheid angetreten wird, hat eine negative Antrittslaufzeit zur Folge.

Beginnt ein Leistungsberechtigter beispielsweise eine Woche nach dem Bescheid seine Leistung, beträgt die Antrittslaufzeit 7 Tage. Kommt der Bescheid beispielsweise eine Woche nach Beginn der Leistung, beträgt die Antrittslaufzeit minus 7 Tage.

Die Bezeichnungen „negativ“ und „positiv“ beziehen sich ausschließlich auf das Vorzeichen der Antrittslaufzeit und geben Auskunft darüber, ob eine Leistung vor (negatives Vorzeichen) oder nach (positives Vorzeichen) dem Bewilligungsbescheid angetreten wurde.

Für die Antrittslaufzeit ist nach § 41 Abs. 1 Nr. 7 SGB IX eine Unterscheidung danach vorgesehen, ob eine Teilhabeplanung durchgeführt wurde oder nicht (bei der GKV ist die Unterscheidung „mit und ohne Teilhabeplanung“ nicht vorzunehmen). Eine Teilhabeplanung ist immer dann durchzuführen, wenn Reha- und Teilhabeleistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Träger erforderlich sind oder der Leistungsberechtigte eine Teilhabeplanung wünscht.



Zur Einordnung der Daten

Eine **negative Antrittslaufzeit** ergibt sich, wenn eine Leistung bereits vor dem Tag des Bewilligungsbescheides angetreten wird. Die durchschnittliche negative Antrittslaufzeit konnte für die 764 Träger berechnet werden, bei denen dies auf mindestens eine angetretene Leistung im Berichtsjahr zutraf und von denen auch Angaben zur aufsummierten negativen Antrittslaufzeit vorliegen. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich somit auf 186.902 Leistungsantritte vor dem Bewilligungsbescheid (Tabelle 30 und Abbildung 23).

Eine **positive Antrittslaufzeit** ergibt sich, wenn eine Leistung am Tag des Bewilligungsbescheides oder danach angetreten wird. Die durchschnittliche positive Antrittslaufzeit konnte für die 834 Träger berechnet werden, bei denen dies auf mindestens eine angetretene Leistung im Berichtsjahr zutraf und von denen auch Angaben zur aufsummierten positiven Antrittslaufzeit vorliegen. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich somit auf 1.508.894 Leistungsantritte nach dem Bewilligungsbescheid (Tabelle 31 und Abbildung 23).

Die Antrittslaufzeit wird außerdem dahingehend erfasst, ob eine **Teilhabeplanung (THP)** stattgefunden hat oder nicht. Auch hier wurden nur die Gesamtanträge von den Trägern berücksichtigt, bei denen mindestens ein Leistungsantritt vor bzw. am Tag des Bewilligungsbescheides oder danach angetreten wurde und von denen auch Angaben zur entsprechenden aufsummierten Antrittslaufzeit vorliegen. Die jeweiligen Datengrundlagen reduzieren sich entsprechend (Tabelle 32 bis Tabelle 35 und Abbildung 24).

Die Angaben zur Anzahl der Leistungsantritte vor und nach dem Bewilligungsbescheid ohne THP beinhalten auch jene Gesamtanträge, bei denen zwar eine THP durchgeführt wurde, der übermittelnde Träger aber nicht der koordinierende leistende Träger im Sinne des § 14 SGB IX war. Die Erfassung und Meldung für den THVB erfolgt durch den jeweils koordinierenden leistenden Rehabilitationsträger. Auf diese Weise sollen Doppelzählungen vermieden werden.

Die prozentualen Anteile der Leistungsantritte vor und nach dem Bewilligungsbescheid an allen Leistungsantritten konnten jeweils für die 833 Träger berechnet werden, bei denen im Berichtsjahr mindestens eine Leistung angetreten wurde und von denen sowohl Angaben zur Anzahl der positiven als auch zur Anzahl der negativen Leistungsantritte vorliegen. Anders als bei den vorherigen Tabellen und Abbildungen zu Sachverhalt 7 kann hier die Anzahl der Leistungsantritte auch dann abgebildet werden, wenn keine Angaben zur jeweiligen aufsummierten Antrittslaufzeit vorliegen. Daraus ergibt sich eine Datengrundlage von 1.700.150 Leistungsantritten insgesamt (Tabelle 36 und Abbildung 25).

Ergebnisse der Datenauswertung

Eine Antrittslaufzeit ist negativ, wenn der Leistungsbeginn der ersten angetretenen Leistung vor dem ersten Bewilligungsbescheid liegt. Tabelle 30 und Abbildung 23 zeigen, wie viele Tage eine Leistung durchschnittlich vor dem ersten Bewilligungsbescheid angetreten wurde. Die durchschnittliche negative Antrittslaufzeit kann nur dann berechnet werden, wenn auch Leistungen vor dem Bewilligungsbescheid angetreten wurden und Angaben zur entsprechenden aufsummierten Antrittslaufzeit vorliegen.

Tabelle 30. Durchschnittliche negative Antrittslaufzeit (in Tagen) und Anzahl der Leistungsantritte vor Bewilligungsbescheid nach Trägerbereich

Trägerbereich	Negative Antrittslaufzeit	Leistungsantritte vor Bewilligungsbescheid	Träger
BA	- **	- **	- **
EGH	-72,9	130.959	252 (87,8%)
GKV	-60,4	38.550	99 (97,1%)
JH	-32,4	12.037	357 (82,8%)
RV	- **	- **	- **
SER	-50,6	1.655	27 (13,0%)
UV	-94,1	3.701	29 (85,3%)
Gesamt	-67,9	186.902	764 (70,8%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einem Leistungsantritt vor dem Bewilligungsbescheid, von denen auch Angaben zur aufsummierten negativen Antrittslaufzeit vorliegen. Die Anzahl der Leistungsantritte vor dem Bewilligungsbescheid wurde entsprechend angepasst.

** Bei der BA kommen negative Antrittslaufzeiten nicht vor, da eine Maßnahmenzuweisung nur nach einer Bewilligung erfolgt.

** Bei der DRV kommen negative Antrittslaufzeiten nicht vor, da ein Maßnahmenantritt nur nach einer Bewilligung erfolgt.

Eine Antrittslaufzeit ist positiv, wenn die erste Leistung am Tag des Bewilligungsbescheides oder danach angetreten wird. Bei nur einer bewilligten Leistung spiegelt eine positive Antrittslaufzeit also wider, wie viele Tage vom ersten Bewilligungsbescheid bis zum Antritt der Leistung vergangen sind.

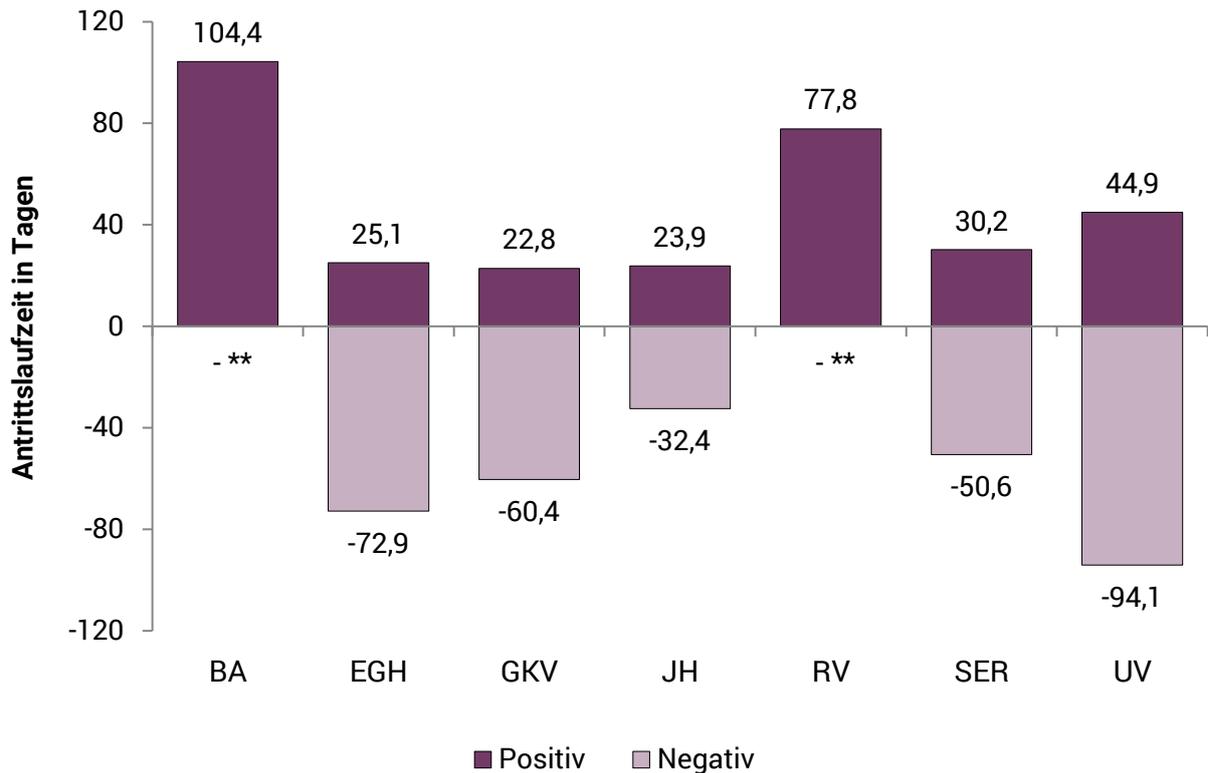
Werden im Rahmen eines Antrags mehrere Leistungen bewilligt, gibt eine positive Antrittslaufzeit wieder, wie viele Tage vom ersten Bewilligungsbescheid bis zum Antritt der ersten von mehreren Leistungen vergangen sind. Gemessen wird die Zeit, bis ein Leistungsberechtigter nach Erhalt des ersten Bewilligungsbescheides eine Leistung antritt, auch wenn diese nicht die zuerst beschiedene ist.

Tabelle 31 und Abbildung 23 zeigen, wie viele Tage nach dem Bewilligungsbescheid durchschnittlich vergingen, bis die erste Leistung angetreten wurde. Die durchschnittliche positive Antrittslaufzeit kann nur dann berechnet werden, wenn auch Leistungen nach dem Bewilligungsbescheid angetreten wurden und Angaben zur entsprechenden aufsummierten Antrittslaufzeit vorliegen.

Tabelle 31. Durchschnittliche positive Antrittslaufzeit (in Tagen) und Anzahl der Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid nach Trägerbereich

Trägerbereich	Positive Antrittslaufzeit	Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid	Träger
BA	104,4	49.502	1 (100%)
EGH	25,1	76.657	261 (90,9%)
GKV	22,8	568.428	101 (99,0%)
JH	23,9	12.858	382 (88,6%)
RV	77,8	764.270	17 (100%)
SER	30,2	1.713	40 (19,3%)
UV	44,9	35.466	32 (94,1%)
Gesamt	54,0	1.508.894	834 (77,3%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einem Leistungsantritt nach dem Bewilligungsbescheid, von denen auch Angaben zur entsprechenden aufsummierten Antrittslaufzeit vorliegen. Die Anzahl der Leistungsantritte nach dem Bewilligungsbescheid wurde entsprechend angepasst.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einem Leistungsantritt vor bzw. nach dem Bewilligungsbescheid, von denen auch Angaben zur jeweiligen aufsummierten Antrittslaufzeit vorliegen.

Datengrundlage positiv: 1.508.894 Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid von 834 Trägern.
 Datengrundlage negativ: 186.902 Leistungsantritte vor Bewilligungsbescheid von 764 Trägern.

** Bei der BA kommen negative Antrittslaufzeiten nicht vor, da eine Maßnahmezueweisung nur nach einer Bewilligung erfolgt.

** Bei der DRV kommen negative Antrittslaufzeiten nicht vor, da ein Maßnahmenantritt nur nach einer Bewilligung erfolgt.

Abbildung 23. Durchschnittliche positive und negative Antrittslaufzeit nach Trägerbereich (in Tagen)

Betrachtungsbeispiel zu Abbildung 23

Im Falle eines Leistungsantritts vor dem Bewilligungsbescheid wurde eine Leistung im Trägerbereich GKV durchschnittlich 60,4 Tage vorher angetreten. Bei Leistungen, die nach Bewilligungsbescheid angetreten wurden, vergingen bei der GKV im Durchschnitt 22,8 Tage.

Für die Antrittslaufzeit ist nach § 41 Abs. 1 Nr. 7 SGB IX eine Unterscheidung danach vorgesehen, ob eine Teilhabeplanung durchgeführt wurde oder nicht (bei der GKV ist die Unterscheidung „mit und ohne Teilhabeplanung“ nicht vorzunehmen).

Die Antrittslaufzeit ohne THP und die Anzahl der entsprechenden Leistungsantritte sind in Tabelle 32 und Tabelle 33 dargestellt, während die Antrittslaufzeit mit THP und die Anzahl der entsprechenden Leistungsantritte in Tabelle 34 und Tabelle 35 gezeigt werden. Eine Übersicht über die negativen und positiven Antrittslaufzeiten sowohl ohne als auch mit THP wird in Abbildung 24 für die einzelnen Trägerbereiche gegeben.

Tabelle 32. Durchschnittliche negative Antrittslaufzeit (in Tagen) und Anzahl der Leistungsantritte vor Bewilligungsbescheid ohne THP nach Trägerbereich

Trägerbereich	Negative Antrittslaufzeit ohne THP	Leistungsantritte vor Bewilligungsbescheid ohne THP	Träger
BA	- **	- **	- **
EGH	-78,3	90.887	161 (56,1%)
GKV	- ***	- ***	- ***
JH	-37,2	8.728	333 (77,3%)
RV	- **	- **	- **
SER	-46,9	1.508	24 (11,6%)
UV	-94,2	3.675	29 (85,3%)
Gesamt	-75,0	104.798	547 (50,7%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einem Leistungsantritt ohne THP vor dem Bewilligungsbescheid, von denen auch Angaben zur entsprechenden aufsummierten Antrittslaufzeit vorliegen. Die Anzahl der Leistungsantritte vor dem Bewilligungsbescheid ohne THP wurde entsprechend angepasst.

** Bei der BA kommen negative Antrittslaufzeiten nicht vor, da eine Maßnahmezweisung nur nach einer Bewilligung erfolgt.

** Bei der DRV kommen negative Antrittslaufzeiten nicht vor, da ein Maßnahmenantritt nur nach einer Bewilligung erfolgt.

*** Die Träger der GKV sind nach § 41 Abs. 1 Nr. 7 SGB IX von der Meldung des Merkmals „mit und ohne Teilhabeplanung“ ausgenommen, sodass hier keine Daten dargestellt werden.

Ergebnisse der Datenauswertung

Tabelle 33. Durchschnittliche positive Antrittslaufzeit (in Tagen) und Anzahl der Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid ohne THP nach Trägerbereich

Trägerbereich	Positive Antrittslaufzeit ohne THP	Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid ohne THP	Träger
BA	104,7	48.683	1 (100%)
EGH	25,3	49.367	171 (59,6%)
GKV	- ***	- ***	- ***
JH	23,4	9.306	353 (81,9%)
RV	31,7	1.986	1 (5,9%)
SER	30,4	1.589	38 (18,4%)
UV	44,9	35.136	32 (94,1%)
Gesamt	56,5	146.067	596 (55,2%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einem Leistungsantritt ohne THP nach dem Bewilligungsbescheid, von denen auch Angaben zur entsprechenden aufsummierten Antrittslaufzeit vorliegen. Die Anzahl der Leistungsantritte nach dem Bewilligungsbescheid ohne THP wurde entsprechend angepasst.

*** Die Träger der GKV sind nach § 41 Abs. 1 Nr. 7 SGB IX von der Meldung des Merkmals „mit und ohne Teilhabeplanung“ ausgenommen, sodass hier keine Daten dargestellt werden.

Tabelle 34. Durchschnittliche negative Antrittslaufzeit (in Tagen) und Anzahl der Leistungsantritte vor Bewilligungsbescheid mit THP nach Trägerbereich

Trägerbereich	Negative Antrittslaufzeit mit THP	Leistungsantritte vor Bewilligungsbescheid mit THP	Träger
BA	- **	- **	- **
EGH	-76,1	22.117	123 (42,9%)
GKV	- ***	- ***	- ***
JH	-37,1	1.207	109 (25,3%)
RV	- **	- **	- **
SER	-91,5	139	5 (2,4%)
UV	-71,0	26	8 (23,5%)
Gesamt	-74,2	23.489	245 (22,7%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einem Leistungsantritt mit THP vor dem Bewilligungsbescheid, von denen auch Angaben zur entsprechenden aufsummierten Antrittslaufzeit vorliegen. Die Anzahl der Leistungsantritte vor dem Bewilligungsbescheid mit THP wurde entsprechend angepasst.

** Bei der BA kommen negative Antrittslaufzeiten nicht vor, da eine Maßnahmezueweisung nur nach einer Bewilligung erfolgt.

** Bei der DRV kommen negative Antrittslaufzeiten nicht vor, da ein Maßnahmenantritt nur nach einer Bewilligung erfolgt.

*** Die Träger der GKV sind nach § 41 Abs. 1 Nr. 7 SGB IX von der Meldung des Merkmals „mit und ohne Teilhabeplanung“ ausgenommen, sodass hier keine Daten dargestellt werden.

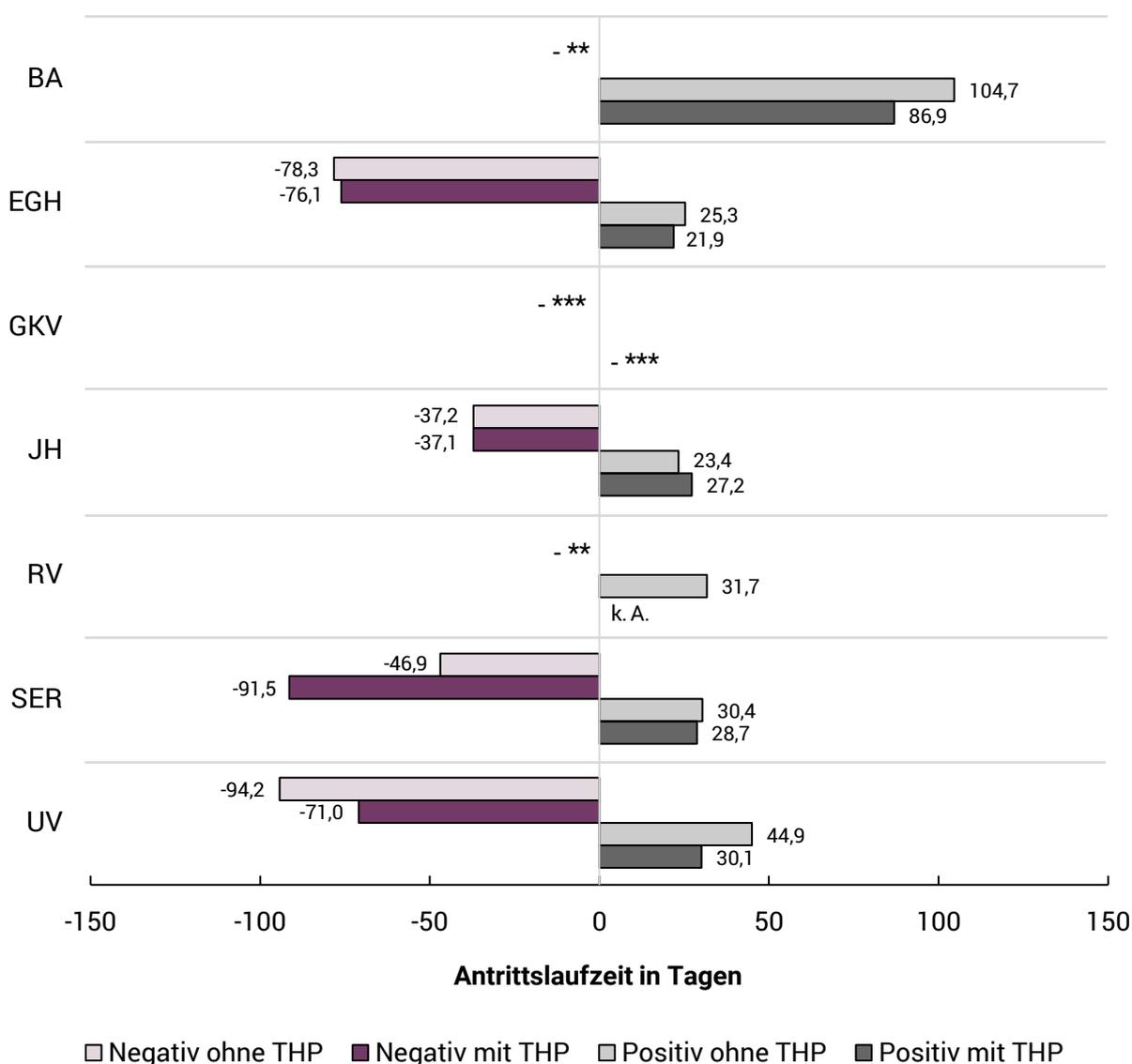
Ergebnisse der Datenauswertung

Tabelle 35. Durchschnittliche positive Antrittslaufzeit (in Tagen) und Anzahl der Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid mit THP nach Trägerbereich

Trägerbereich	Positive Antrittslaufzeit mit THP	Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid mit THP	Träger
BA	86,9	819	1 (100%)
EGH	21,9	10.238	128 (44,6%)
GKV	- ***	- ***	- ***
JH	27,2	1.134	122 (28,3%)
RV	k. A.	k. A.	0 (0%)
SER	28,7	114	5 (2,4%)
UV	30,1	325	9 (26,5%)
Gesamt	26,9	12.630	265 (24,6%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einem Leistungsantritt mit THP nach dem Bewilligungsbescheid, von denen auch Angaben zur entsprechenden aufsummierten Antrittslaufzeit vorliegen. Die Anzahl der Leistungsantritte nach dem Bewilligungsbescheid mit THP wurde entsprechend angepasst.

*** Die Träger der GKV sind nach § 41 Abs. 1 Nr. 7 SGB IX von der Meldung des Merkmals „mit und ohne Teilhabeplanung“ ausgenommen, sodass hier keine Daten dargestellt werden.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einem Leistungsantritt vor bzw. nach dem Bewilligungsbescheid, jeweils mit und ohne THP, von denen auch Angaben zur entsprechenden aufsummierten Antrittslaufzeit vorliegen.

Datengrundlage positiv mit THP: 12.630 Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid von 265 Trägern.

Datengrundlage positiv ohne THP: 146.067 Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid von 596 Trägern.

Datengrundlage negativ mit THP: 23.489 Leistungsantritte vor Bewilligungsbescheid von 245 Trägern.

Datengrundlage negativ ohne THP: 104.798 Leistungsantritte vor Bewilligungsbescheid von 547 Trägern.

** Bei der BA kommen negative Antrittslaufzeiten nicht vor, da eine Maßnahmezweisung nur nach einer Bewilligung erfolgt.

** Bei der DRV kommen negative Antrittslaufzeiten nicht vor, da ein Maßnahmenantritt nur nach einer Bewilligung erfolgt.

*** Die Träger der GKV sind nach § 41 Abs. 1 Nr. 7 SGB IX von der Meldung des Merkmals „mit und ohne Teilhabepflicht“ ausgenommen, sodass hier keine Daten dargestellt werden.

Abbildung 24. Positive und negative Antrittslaufzeit mit und ohne THP nach Trägerbereich (in Tagen)

Betrachtungsbeispiel zu Abbildung 24

Wenn eine Leistung vor dem Bewilligungsbescheid angetreten wurde, so geschah dies im Trägerbereich EGH durchschnittlich 76,1 Tage vorher, wenn eine THP erfolgte, und durchschnittlich 78,3 Tage vorher, wenn keine THP erfolgte.

Wenn eine Leistung nach dem Bewilligungsbescheid angetreten wurde, so geschah dies im Trägerbereich EGH durchschnittlich 21,9 Tage danach, wenn eine THP erfolgte, und durchschnittlich 25,3 Tage danach, wenn keine THP erfolgte.

Aus Tabelle 36 und Abbildung 25 ist ersichtlich, wie viel Prozent der Leistungsantritte entweder vor oder nach dem Bewilligungsbescheid angetreten wurden. Dieser Anteil kann nur bei den Trägern berechnet werden, bei denen im Berichtsjahr mindestens eine Leistung angetreten wurde und von denen sowohl Angaben zur Anzahl der positiven als auch zur Anzahl der negativen Leistungsantritte vorliegen. Auf wie viele Träger das zutrifft, ist in der Spalte „Träger“ in Tabelle 36 angegeben. Niedrige Werte in der Klammer (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass die jeweils ausgewiesene Anzahl der Leistungsantritte vor und nach dem Bewilligungsbescheid sowie der entsprechende Anteil in Abbildung 25 auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert.

Tabelle 36. Anzahl der Leistungsantritte vor und nach Bewilligungsbescheid nach Trägerbereich

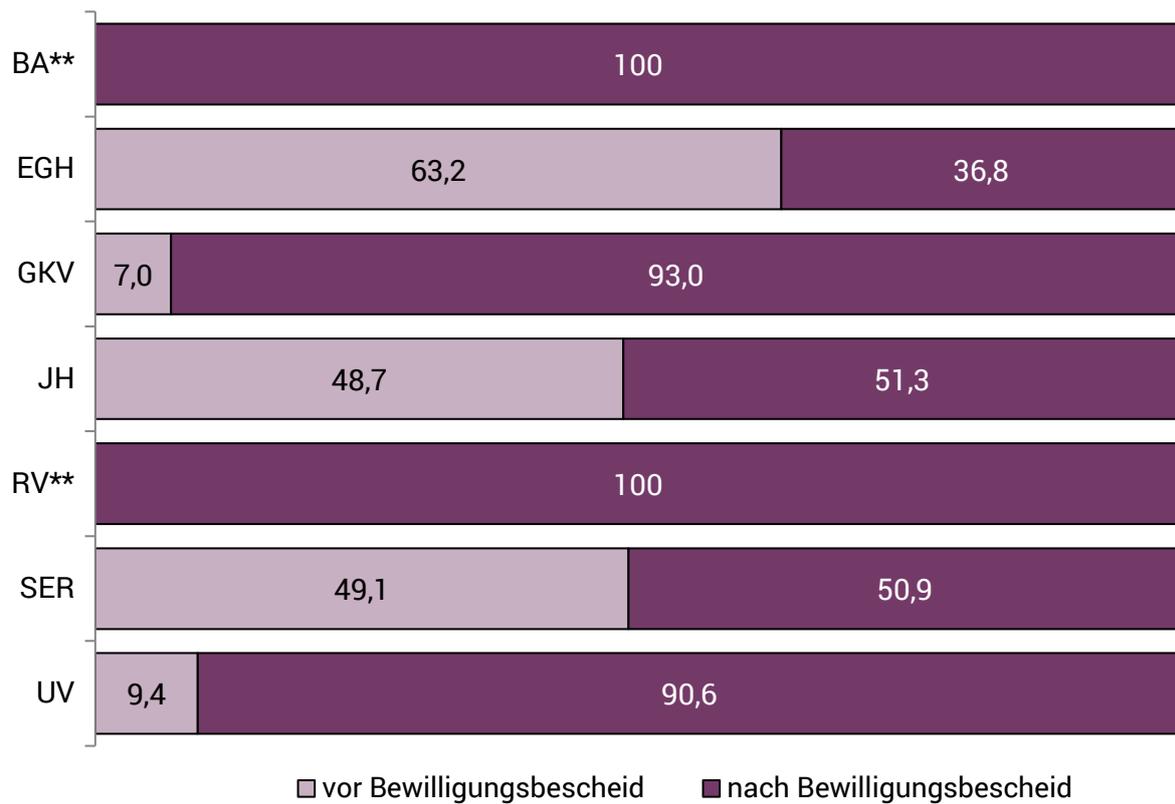
Trägerbereich	Leistungsantritte vor Bewilligungsbescheid	Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid	Leistungsantritte insgesamt	Träger
BA	..**	49.502	49.502	1 (100%)
EGH	131.452	76.569	208.021	258 (89,9%)
GKV	42.733	568.428	611.161	102 (100%)
JH	11.995	12.657	24.652	379 (87,9%)
RV	..**	764.270	764.270	17 (100%)
SER	1.655	1.713	3.368	43 (20,8%)
UV	3.701	35.475	39.176	33 (97,1%)
Gesamt	191.536	1.508.614	1.700.150	833 (77,2%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einem Leistungsantritt, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der Leistungsantritte vor als auch zur Anzahl der Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid vorliegen. Die Anzahl der Leistungsantritte insgesamt wurde entsprechend angepasst. Sie ergibt sich aus der Summe der Leistungsantritte vor und nach dem Bewilligungsbescheid.

** Bei der BA kommen negative Antrittslaufzeiten nicht vor, da eine Maßnahmezweisung nur nach einer Bewilligung erfolgt.

** Bei der DRV kommen negative Antrittslaufzeiten nicht vor, da ein Maßnahmeantritt nur nach einer Bewilligung erfolgt.

Ergebnisse der Datenauswertung



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einem Leistungsantritt, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der Leistungsantritte vor als auch zur Anzahl der Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid vorliegen.

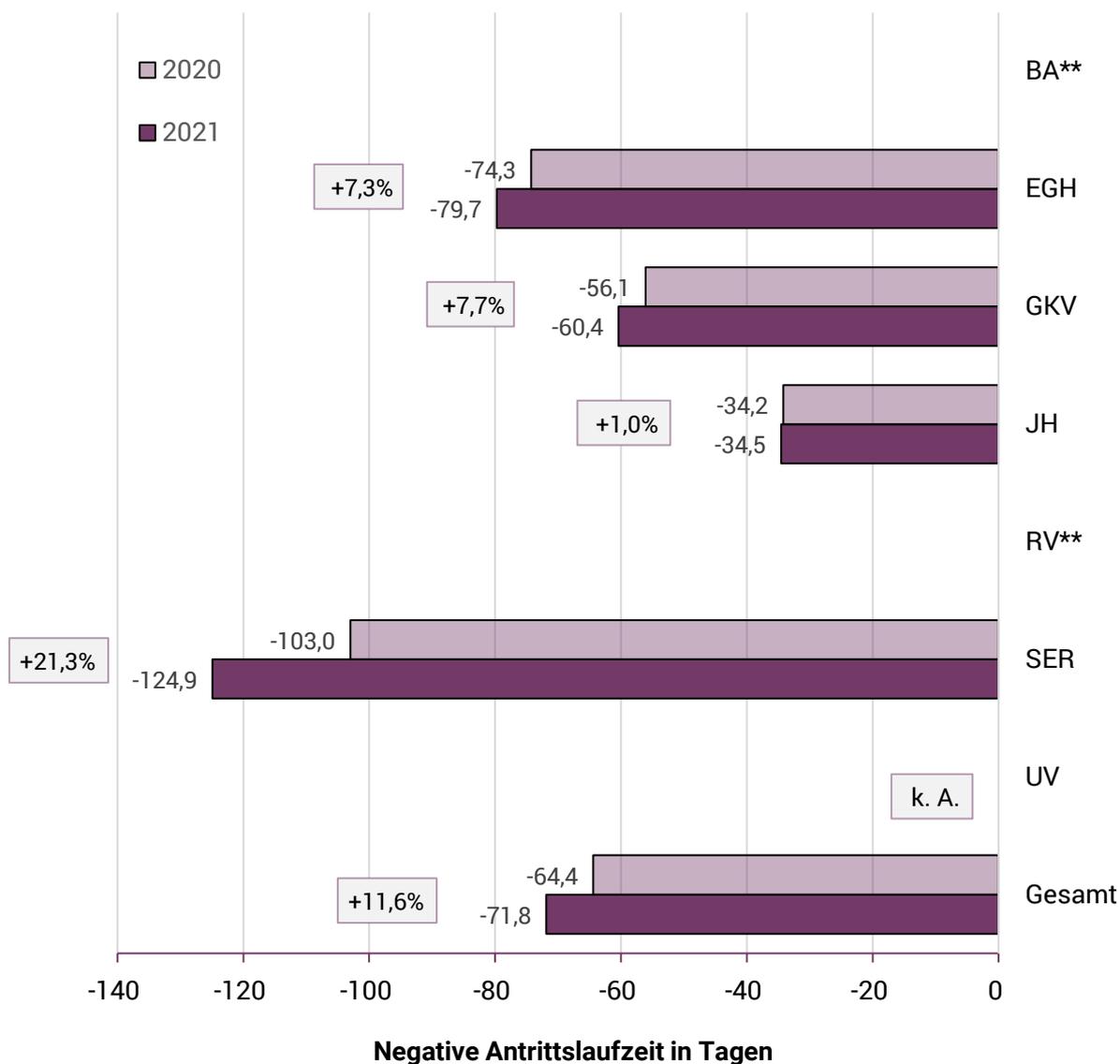
Datengrundlage: 1.700.150 Leistungsantritte von 833 Trägern.

** Bei der BA kommen negative Antrittslaufzeiten nicht vor, da eine Maßnahmezueweisung nur nach einer Bewilligung erfolgt.

** Bei der DRV kommen negative Antrittslaufzeiten nicht vor, da ein Maßnahmenantritt nur nach einer Bewilligung erfolgt.

Abbildung 25. Prozentuale Verteilung der Leistungsantritte vor und nach dem Bewilligungsbescheid nach Trägerbereich

Wie lange es im Durchschnitt dauerte, bis eine Leistung vor oder nach dem Bewilligungsbescheid angetreten wurde, wird in Abbildung 19 und Abbildung 26 über die Jahre hinweg verglichen. Dabei zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen in den einzelnen Trägerbereichen.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für die Berichtsjahre 2020 und 2021 mit mindestens einem Leistungsantritt vor bzw. nach dem Bewilligungsbescheid, von denen auch Angaben zur jeweiligen aufsummierten Antrittslaufzeit für beide Berichtsjahre vorliegen. Die Anzahl der Leistungsantritte in der Datengrundlage wurde jeweils entsprechend angepasst. Im umrandeten Feld links neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viel Prozent sich die Antrittslaufzeit im Berichtsjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2020: 171.932 Leistungsantritte von 579 Trägern.

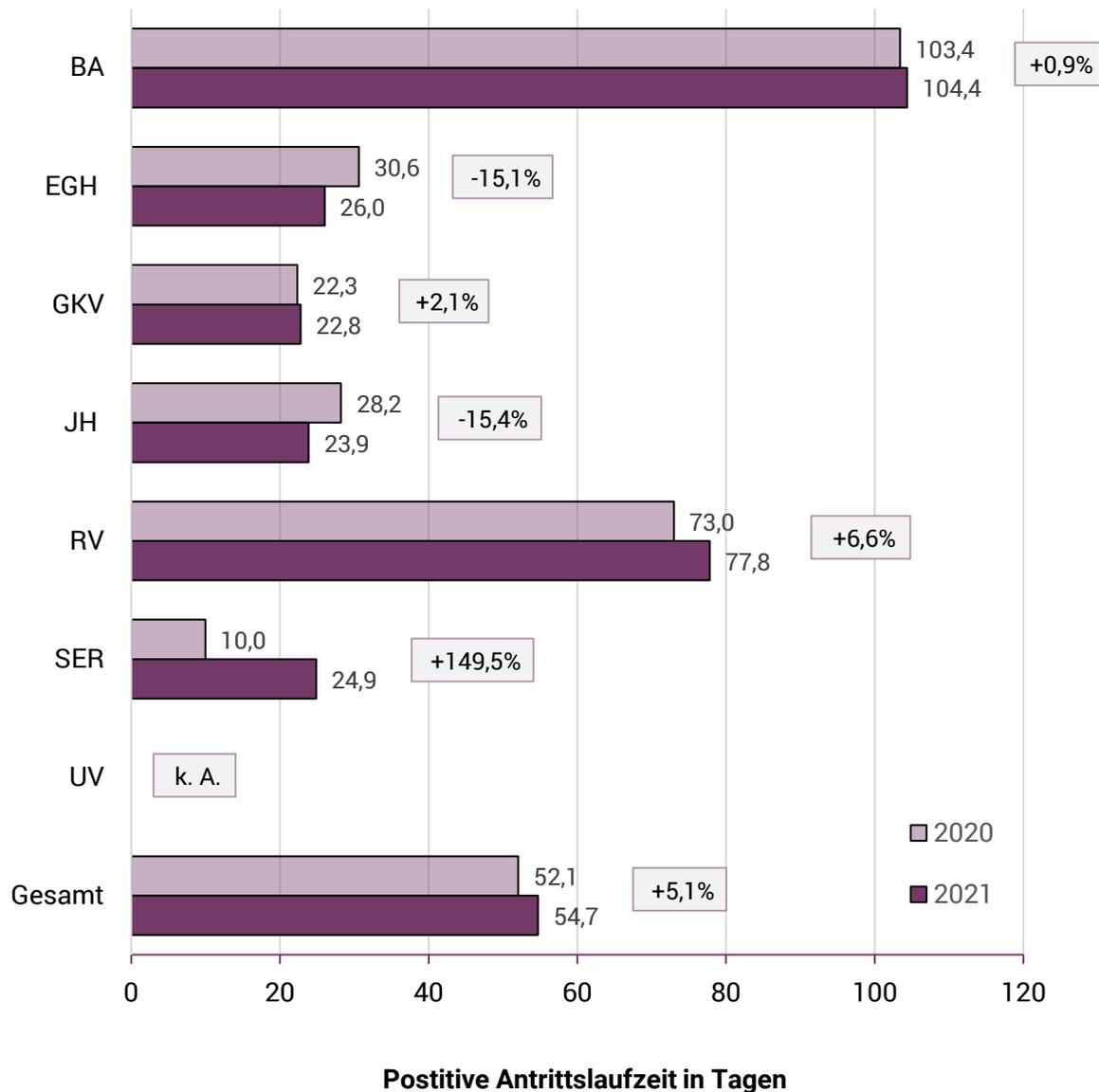
Datengrundlage 2021: 154.586 Leistungsantritte von 579 Trägern.

** Bei der BA kommen negative Antrittslaufzeiten nicht vor, da eine Maßnahmezuweisung nur nach einer Bewilligung erfolgt.

** Bei der DRV kommen negative Antrittslaufzeiten nicht vor, da ein Maßnahmenantritt nur nach einer Bewilligung erfolgt.

Abbildung 26. Durchschnittliche negative Antrittslaufzeit nach Trägerbereich und Berichtsjahr (in Tagen)

Ergebnisse der Datenauswertung



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für die Berichtsjahre 2020 und 2021 mit mindestens einem Leistungsantritt vor bzw. nach dem Bewilligungsbescheid, von denen auch Angaben zur jeweiligen aufsummierten Antrittslaufzeit für beide Berichtsjahre vorliegen. Die Anzahl der Leistungsantritte in der Datengrundlage wurde jeweils entsprechend angepasst. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viel Prozent sich die Antrittslaufzeit im Berichtsjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2020: 1.385.728 Leistungsantritte von 653 Trägern.

Datengrundlage 2021: 1.449.332 Leistungsantritte von 653 Trägern.

Abbildung 27. Durchschnittliche positive Antrittslaufzeit nach Trägerbereich und Berichtsjahr (in Tagen)



Aus den Trägerbereichen

Leistungen, für die die **BA** zuständig ist, beginnen, nachdem der Antrag bewilligt und ein Bescheid erstellt wurde. Bei diesem Träger gibt es keine Leistungsantritte vor dem Bewilligungsbescheid und folglich auch keine negativen Antrittslaufzeiten.

Die höhere positive Antrittslaufzeit bei der **BA** resultiert im Wesentlichen aus folgenden Aspekten: Etwa 75 Prozent der antragstellenden Personen befinden sich an der ersten Schwelle, dem Übergang von der Schule in den Beruf. Sie werden von den Rehabilitationsberaterinnen und Rehabilitationsberatern der BA schon während der Schulzeit betreut. Feststehende, von der BA nicht beeinflussbare Termine, zum Beispiel das Ende eines Schuljahres oder der Beginn eines Ausbildungsjahres sowie die im Interesse der Kunden erfolgende frühzeitige Bescheiderteilung ziehen höhere Antrittslaufzeiten nach sich. Auch im Erwachsenenbereich sind zum Beispiel bei Umschulungen Rahmenbedingungen zu beachten, die zu verzögerten Maßnahmeeintritten führen können.

Ein hoher Verwaltungsaufwand und eine hohe Arbeitsbelastung führen in den Bereichen **EGH** und **JH** dazu, dass schriftliche Bewilligungsbescheide noch nicht erstellt werden können, obwohl der Bedarf bereits festgestellt wurde. Dies soll aber die notwendige Hilfe nicht blockieren, insbesondere dann, wenn ein Platz in einer Einrichtung oder ein Therapieplatz kurzfristig verfügbar ist. Nach Absprache mit den Leistungserbringern treten die Leistungsberechtigten in solchen Fällen die Leistung möglichst unmittelbar an, also auch vor dem schriftlichen Bewilligungsbescheid.

Bei den Trägern der **DRV** hat es für das Jahr 2021 bezüglich der Anzahl der Teilhabepläne generell (ohne und mit Teilhabeplankonferenzen) aus technischen Gründen eine deutliche Untererfassung gegeben. Daher wurde auf die Meldung derjenigen Variablen verzichtet, die entweder die Anzahl der Teilhabepläne bzw. deren Anpassungen beinhalten oder bei denen im Zusammenhang mit Teilhabeleistungen eine Differenzierung (mit / ohne Teilhabeplan) verlangt wird. Die entsprechende programmtechnische Korrektur wird ab dem Berichtsjahr 2022 wirksam.

Im Bereich der **UV** wurden die Antrittslaufzeiten im Berichtsjahr erstmals statistisch erhoben, ein Vergleich mit dem Vorjahr ist daher nicht möglich.

3.4.8. Sachverhalt 8: Anzahl der trägerübergreifenden Teilhabeplannungen und Teilhabeplankonferenzen

**Gesetzestext:**

Die Rehabilitationsträger [...] erfassen die Anzahl der trägerübergreifenden Teilhabeplannungen und Teilhabeplankonferenzen.

**Fragestellung:**

Wie häufig finden trägerübergreifende Teilhabeplannungen und Teilhabeplankonferenzen statt?

**Ergebnis:**

Eine trägerübergreifende Teilhabeplanung muss durchgeführt werden, wenn mehrere Träger für die Leistungserbringung zuständig sind. Durch eine Teilhabeplanung sollen alle erforderlichen Leistungen und ihr Zusammenwirken koordiniert sowie ein individueller Teilhabeplan erstellt werden. In bestimmten Fällen und mit Zustimmung des Leistungsberechtigten kann der für die Durchführung des Teilhabeplanverfahrens verantwortliche Träger (in der Regel der nach § 14 SGB IX leistende Rehabilitationsträger) eine Teilhabeplankonferenz durchführen. Sie ist ein zusätzliches Verfahren der Bedarfsfeststellung in Fällen der Trägermehrheit mit dem Ziel, die Partizipation des Leistungsberechtigten zu stärken und in komplexen Leistungsfällen die Zusammenarbeit der beteiligten Rehabilitationsträger zu unterstützen.

Das Teilhabeplanverfahren ist in den §§ 19 bis 23 SGB IX geregelt.



Zur Einordnung der Daten

Für den THVB werden Daten zur Anzahl der Anträge mit trägerübergreifender Teilhabeplanung (THP) sowie Daten zur Anzahl der Anträge mit Teilhabeplankonferenz (THPK) vom jeweils koordinierenden leistenden Träger im Sinne des § 14 SGB IX übermittelt.

Angaben zur Anzahl der Anträge mit trägerübergreifender **THP** liegen von 1.036 Trägern vor. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 8.404 Anträge mit trägerübergreifender THP (Tabelle 37).

Der prozentuale Anteil von Anträgen mit einer trägerübergreifenden THP an allen entschiedenen Gesamtanträgen konnte für die 876 Träger berechnet werden, bei denen auch mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Die entsprechende Datengrundlage beläuft sich somit auf 1.207.474 entschiedene Gesamtanträge (Tabelle 39 und Abbildung 28).

Angaben zu Anträgen mit einer **THPK** liegen von 983 Trägern vor. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 1.168 Anträge mit einer THPK (Tabelle 38).

Der prozentuale Anteil von Anträgen mit einer THPK an allen entschiedenen Gesamtanträgen konnte für die 827 Träger berechnet werden, bei denen mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Die entsprechende Datengrundlage beläuft sich somit auf 1.195.250 entschiedene Gesamtanträge (Tabelle 40 und Abbildung 28).

Ergebnisse der Datenauswertung

Tabelle 37 zeigt, bei wie vielen Anträgen eine trägerübergreifende Teilhabeplanung (THP) durchgeführt wurde. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ ist außerdem ersichtlich, wie viele Träger im Jahr 2021 keine trägerübergreifende THP als leistender Träger durchgeführt haben. Hohe Werte in der Klammer in dieser letzten Spalte (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass nur wenige Träger überhaupt eine trägerübergreifende THP als leistender Träger durchgeführt haben. Die ausgewiesene Anzahl an Anträgen mit einer trägerübergreifenden THP basiert daher auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich.

Tabelle 37. Anzahl der Anträge mit einer trägerübergreifenden Teilhabeplanung (THP) nach Trägerbereich

Trägerbereich	THP	Träger	Träger mit Wert null
BA	1.684	1 (100%)	0 (0%)
EGH	5.975	273 (95,1%)	102 (35,5%)
GKV	29	102 (100%)	96 (94,1%)
JH	510	419 (97,2%)	343 (79,6%)
RV	-*	1 (5,9%)	0 (0%)
SER	183	207 (100%)	205 (99,0%)
UV	23	33 (97,1%)	29 (85,3%)
Gesamt	8.404	1.036 (96,0%)	775 (71,8%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2021.

* Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes nicht dargestellt.

Betrachtungsbeispiel zu Tabelle 37

Für das Merkmal trägerübergreifende THP liegen aus dem Trägerbereich GKV Angaben von allen 102 Trägern vor. Davon haben 96 Träger den Wert null übermittelt. Demnach hatten 94,1 Prozent der Träger der GKV keine Anträge mit einer trägerübergreifenden THP, und die 29 gemeldeten Anträge verteilen sich auf nur sechs Träger.

Tabelle 38 zeigt, bei wie vielen Anträgen eine Teilhabepflichtkonferenz (THPK) durchgeführt wurde. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ ist außerdem ersichtlich, wie viele Träger im Jahr 2021 keine THPK durchgeführt haben. Hohe Werte in der Klammer in dieser letzten Spalte (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass nur wenige Träger überhaupt THPK durchgeführt haben und die ausgewiesene Anzahl an THPK auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert oder, wie bei der GKV, Anträge mit einer THPK im Berichtsjahr gar nicht vorkamen.

Tabelle 38. Anzahl der Anträge mit einer Teilhabepflichtkonferenz (THPK) nach Trägerbereich

Trägerbereich	THPK	Träger	Träger mit Wert null
BA	6	1 (100%)	0 (0%)
EGH	801	270 (94,1%)	137 (47,7%)
GKV	0	102 (100%)	102 (100%)
JH	356	371 (86,1%)	315 (73,1%)
RV	0	1 (5,9%)	1 (5,9%)
SER	5	205 (99,0%)	203 (98,1%)
UV	-*	33 (97,1%)	32 (94,1%)
Gesamt	1.168	983 (91,1%)	790 (73,2%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2021.

* Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes nicht dargestellt.

Ergebnisse der Datenauswertung

Tabelle 39 und Abbildung 28 zeigen, bei wie viel Prozent der entschiedenen Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eine THP durchgeführt wurde. Dieser Anteil kann nur bei den Trägern berechnet werden, von denen Angaben zur Anzahl der THP vorliegen und bei denen mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Auf wie viele Träger das zutrifft, ist in der Spalte „Träger“ angegeben. Niedrige Werte in der Klammer (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass der ausgewiesene Anteil der Anträge mit THP auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert.

Tabelle 39. Prozentualer Anteil von Anträgen mit einer trägerübergreifenden Teilhabeplanung (THP) an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Anträge mit THP	Anteil Anträge mit THP	Entschiedene Gesamtanträge	Träger
BA	1.684	2,85	59.129	1 (100%)
EGH	5.975	2,68	222.812	271 (94,4%)
GKV	29	0,00	822.007	102 (100%)
JH	510	2,06	24.760	404 (93,7%)
RV	-*	-*	3.234	1 (5,9%)
SER	183	3,30	5.541	64 (30,9%)
UV	23	0,03	69.991	33 (97,1%)
Gesamt	8.404	0,70	1.207.474	876 (81,2%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021, von denen Angaben zur Anzahl der Anträge mit einer trägerübergreifenden Teilhabeplanung vorliegen und bei denen mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Die Anzahl der entschiedenen Gesamtanträge wurde entsprechend angepasst.

* Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes (auch anteilig) nicht dargestellt. Auch die Anzahl der entschiedenen Gesamtanträge wurde für die Darstellung entsprechend reduziert.

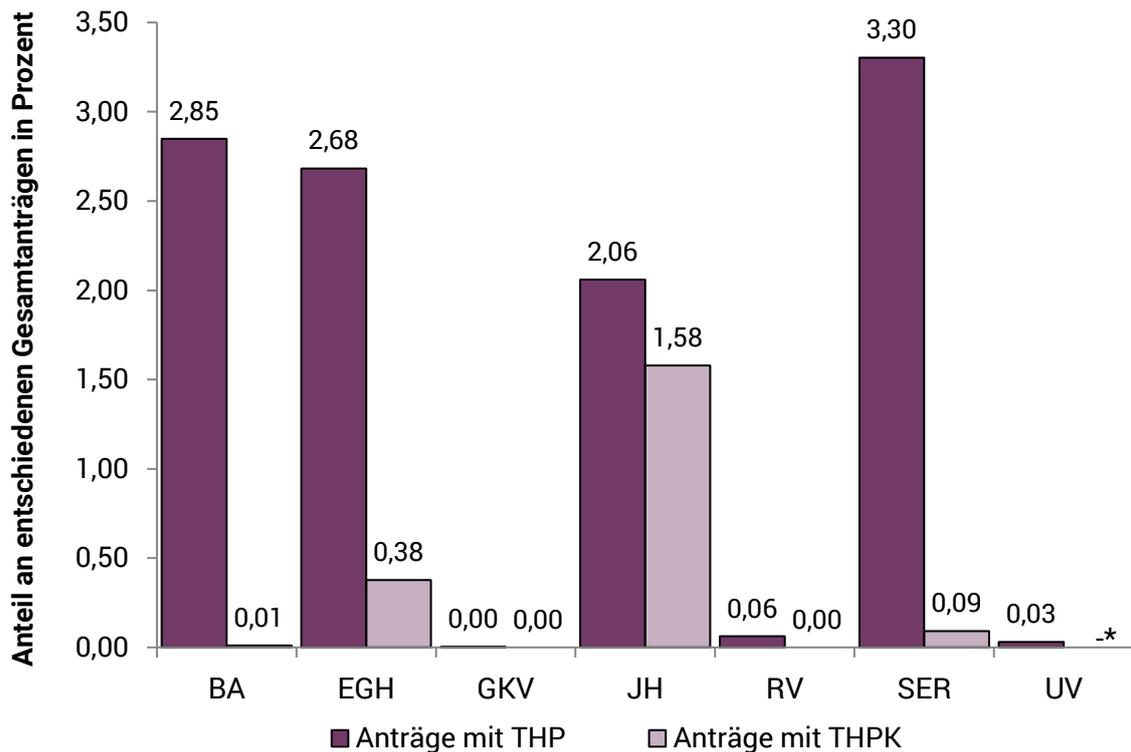
Tabelle 40 und Abbildung 28 zeigen, bei wie viel Prozent der entschiedenen Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eine THPK durchgeführt wurde. Dieser Anteil kann nur bei den Trägern berechnet werden, von denen Angaben zur Anzahl der THPK vorliegen und bei denen mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Auf wie viele Träger das zutrifft, ist in der Spalte „Träger“ angegeben. Niedrige Werte in der Klammer (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass der ausgewiesene Anteil der Anträge mit THPK auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert.

Tabelle 40. Prozentualer Anteil der Anträge mit einer Teilhabepankonferenz (THPK) an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Anträge mit THPK	Anteil Anträge mit THPK	Entschiedene Gesamtanträge	Träger
BA	6	0,01	59.129	1 (100%)
EGH	801	0,38	212.840	268 (93,4%)
GKV	0	0,00	822.007	102 (100%)
JH	356	1,58	22.548	359 (83,3%)
RV	0	0,00	3.236	1 (5,9%)
SER	5	0,09	5.500	63 (30,4%)
UV	-*	-*	69.990	33 (97,1%)
Gesamt	1.168	0,10	1.195.250	827 (76,6%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021, von denen Angaben zur Anzahl der Anträge mit einer Teilhabepankonferenz vorliegen und bei denen mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Die Anzahl der entschiedenen Gesamtanträge wurde entsprechend angepasst.

* Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes (auch anteilig) nicht dargestellt. Auch die Anzahl der entschiedenen Gesamtanträge wurde für die Darstellung entsprechend reduziert.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021, von denen Angaben zur Anzahl der Anträge mit einer trägerübergreifenden Teilhabeplanung bzw. einer Teilhabeplankonferenz vorliegen und bei denen mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde.

Datengrundlage mit THP: 1.207.474 entschiedene Gesamtanträge von 876 Trägern.

Datengrundlage mit THPK: 1.195.250 entschiedene Gesamtanträge von 827 Trägern.

* Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes anteilig nicht dargestellt.

Abbildung 28. Prozentualer Anteil der Anträge mit einer trägerübergreifenden THP bzw. THPK an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich

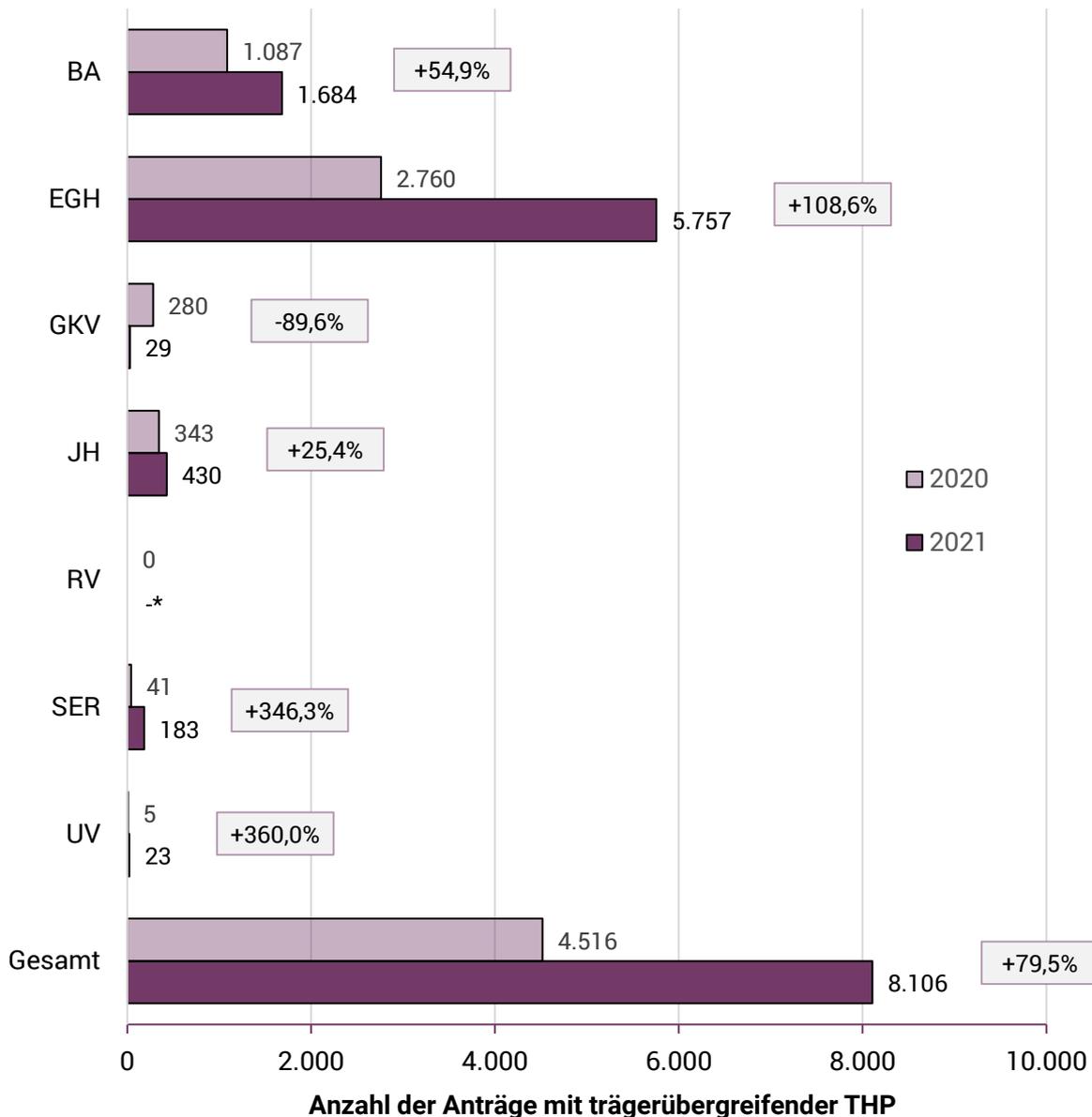
Betrachtungsbeispiel zu Abbildung 28

Im Trägerbereich JH wurde bei 2,06 Prozent aller im Berichtsjahr entschiedenen Gesamtanträge eine trägerübergreifende THP durchgeführt.

Eine THPK wurde im Trägerbereich JH bei 1,58 Prozent aller im Berichtsjahr entschiedenen Gesamtanträge durchgeführt.

Ergebnisse der Datenauswertung

Wie viele trägerübergreifende THP in 2020 und in 2021 in den einzelnen Trägerbereichen durchgeführt wurden, ist in Abbildung 29 dargestellt. Dabei zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen in den einzelnen Trägerbereichen.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der Anträge mit einer trägerübergreifenden Teilhabebplanung (THP) sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen. Die Anzahl trägerübergreifender THP in der Datengrundlage wurde jeweils entsprechend angepasst. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viel Prozent sich die Anzahl trägerübergreifender THP im Berichtsjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2020: 4.516 THP von 922 Trägern.

Datengrundlage 2021: 8.106 THP von 922 Trägern.

* Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes nicht dargestellt. Die Anzahl der trägerübergreifenden THP in der Datengrundlage für das Berichtsjahr 2021 wurde für die Darstellung entsprechend reduziert.

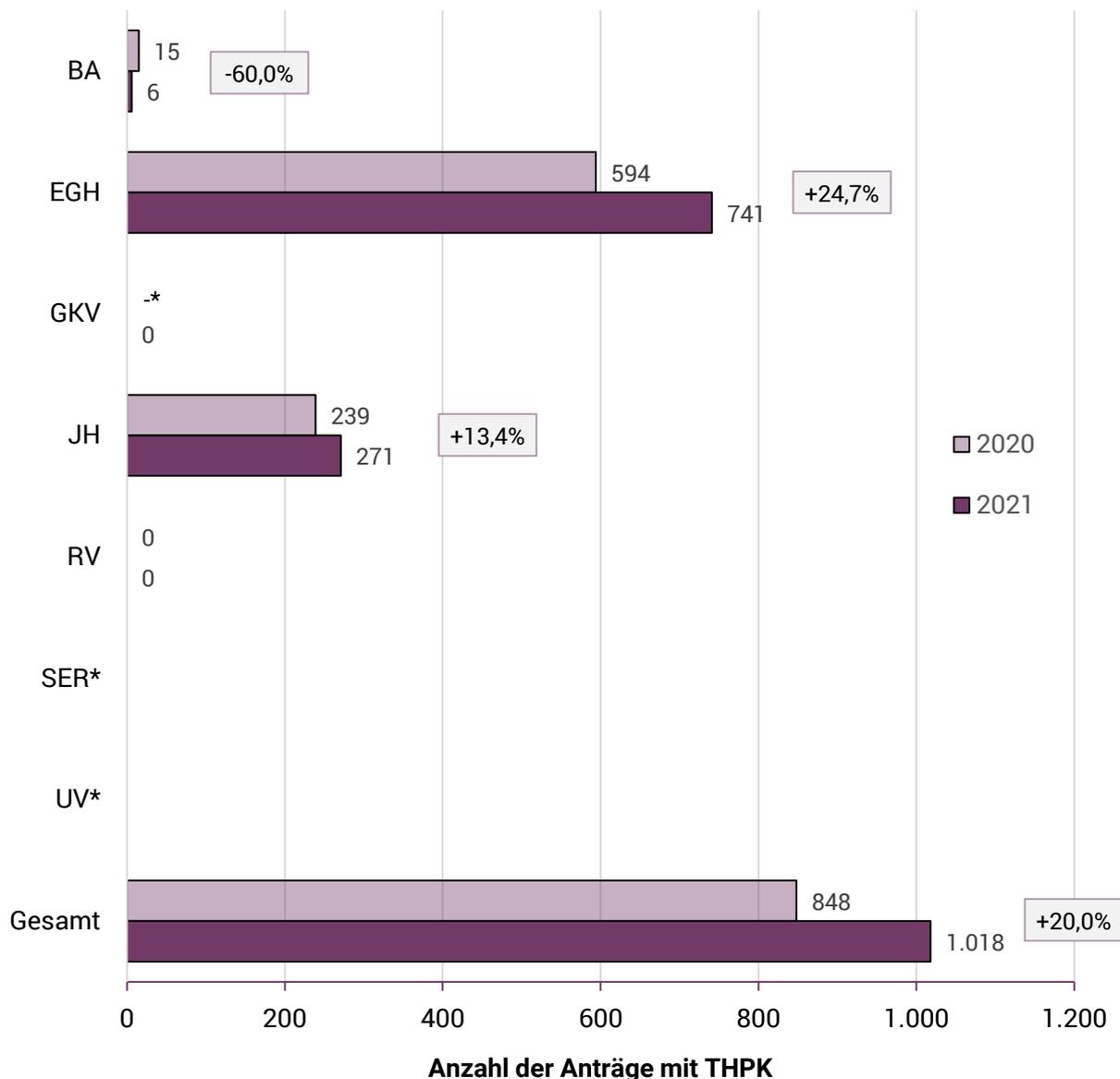
Abbildung 29. Anzahl der Anträge mit einer trägerübergreifenden Teilhabebplanung (THP) nach Trägerbereich und Berichtsjahr

Betrachtungsbeispiel zu Abbildung 29

Beim Jahresvergleich der Anzahl der Anträge mit einer trägerübergreifenden THP gilt es zu berücksichtigen, dass in manchen Trägerbereichen nur wenige Träger überhaupt trägerübergreifende THP durchgeführt haben. So haben für den Trägerbereich SER zwei Träger gemeldet, dass sie in 2021 trägerübergreifende THP als leistender Rehabilitationsträger durchgeführt haben (Tabelle 37). Der prozentuale Anstieg im Jahresvergleich in Abbildung 29 ist lediglich auf einen der beiden Träger zurückzuführen.

Ergebnisse der Datenauswertung

Aus Abbildung 30 ist ersichtlich, wie viele THPK in den Berichtsjahren 2020 und 2021 durchgeführt wurden. Dabei zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen in den einzelnen Trägerbereichen.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der Anträge mit einer Teilhabepankonferenz (THPK) sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen. Die Anzahl der THPK in der Datengrundlage wurde jeweils entsprechend angepasst. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viel Prozent sich die Anzahl der THPK im Berichtsjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2020: 848 THPK von 865 Trägern.

Datengrundlage 2021: 1.018 THPK von 865 Trägern.

* Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes nicht dargestellt. Die Anzahl der THPK in der Datengrundlage wurde für beide Berichtsjahre entsprechend reduziert.

Abbildung 30. Anzahl der Anträge mit einer Teilhabepankonferenz (THPK) nach Trägerbereich und Berichtsjahr



Aus den Trägerbereichen

Eine Teilhabeplanung ist vorzunehmen, soweit Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Leistungsträger erforderlich sind. Die **BA** erbringt als Leistungsgruppe nach § 5 SGB IX ausschließlich Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (inkl. Annexleistung unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die keine THP auslösen). Aus dieser Verantwortung ergibt sich im Teilhabeprozess vorrangig die Schnittstelle zur Jugendhilfe (bei der die BA als möglicher Träger zu beteiligen wäre) sowie die Schnittstelle zur Eingliederungshilfe im Rahmen der Werkstattförderung. Hier bindet die BA frühzeitig die EGH im Teilhabeplanverfahren ein.

Die **GKV** erbringt als Leistungsgruppe nach § 5 SGB IX vorrangig Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX). Somit ist bei einer Teilhabeplanung mit Teilnahme der GKV ein weiterer Rehabilitationsträger beteiligt, wobei dies überwiegend der Träger der Eingliederungshilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe ist. Unter gleichzeitiger Berücksichtigung des § 19 Abs. 5 SGB IX kann ein anderer als der leistende Rehabilitationsträger das Verfahren der Teilhabeplanung durchführen. Die Erfassung für den THVB erfolgt durch den Träger, der die Teilhabeplanung verantwortlich durchführt. Somit ist die GKV auch an Teilhabeplanungen beteiligt, ohne dass der zugrundeliegende Antrag als Antrag mit Teilhabeplanung im THVB ausgewiesen wird. Gleiches gilt für die Vornahme einer Teilhabeplankonferenz.

Der für das Berichtsjahr 2020 angegebene Wert der **GKV** von 280 trägerübergreifenden Teilhabeplanungen ist auf Erfassungsfehler zurückzuführen. Die tatsächliche Fallzahl liegt erheblich unter dem angegebenen Wert.

Bei den Trägern der **DRV** hat es für das Jahr 2021 bezüglich der Anzahl der Teilhabepläne generell (ohne und mit Teilhabeplankonferenzen) aus technischen Gründen eine deutliche Untererfassung gegeben. Daher wurde auf die Meldung derjenigen Variablen verzichtet, die entweder die Anzahl der Teilhabepläne bzw. deren Anpassungen beinhalten oder bei denen im Zusammenhang mit Teilhabeleistungen eine Differenzierung (mit / ohne Teilhabeplan) verlangt wird. Die entsprechende programmtechnische Korrektur wird ab dem Berichtsjahr 2022 wirksam.

Aufgrund der umfassenden Zuständigkeit der **UV** für alle Leistungsgruppen nach § 5 SGB IX kommt es in diesem Bereich nur vergleichsweise selten zu trägerübergreifenden Teilhabeplanungen und Teilhabeplankonferenzen.

3.4.9. Sachverhalt 9: Anpassungen von Teilhabeplänen und deren Geltungsdauer



Gesetzestext:

Die Rehabilitationsträger [...] erfassen die Anzahl der nachträglichen Änderungen und Fortschreibungen der Teilhabepläne einschließlich der durchschnittlichen Geltungsdauer des Teilhabeplanes.



Fragestellungen:

Wie häufig werden Teilhabepläne angepasst?

Wie viele Tage umfasst die durchschnittliche Geltungsdauer zwischen der Erstellung, den Anpassungen und dem Ende eines Teilhabeplanes?



Ergebnis:

Bestandteil einer Teilhabeplanung ist ein individueller Teilhabeplan (TP), in dem bestimmte Angaben dokumentiert sein müssen (vgl. § 19 Abs. 2 Nr. 1-11 SGB IX). Der Teilhabeplan dient der Steuerung des Reha-Prozesses und als Grundlage für die Entscheidung über Reha- und Teilhabeleistungen. Eine Anpassung eines Teilhabeplanes liegt vor, wenn Inhalte eines bereits erstellten Teilhabeplanes an den Verlauf der Rehabilitation angepasst werden. Jede Änderung und / oder Fortschreibung eines Teilhabeplanes stellt eine Anpassung dar.

Der Teilhabeplan beinhaltet eine individuelle Zeitplanung. Eine Änderung des Teilhabeplanes erfolgt innerhalb der ursprünglichen Zeitplanung. Eine Fortschreibung des Teilhabeplanes erfolgt außerhalb der ursprünglichen Zeitplanung. Der Teilhabeplan endet frühestens am letzten Tag der letzten Leistung, die im Teilhabeplan vorgesehen ist.



Zur Einordnung der Daten

Für den THVB werden Daten zur Anpassung von Teilhabep länen (TP) und deren Geltungsdauer vom jeweils koordinierenden leistenden Träger im Sinne des § 14 SGB IX übermittelt.

Angaben zur Anzahl **aller TP-Anpassungen** liegen von 975 Trägern vor. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 42.011 Anpassungen (Tabelle 41). Angaben zu Teilhabep länen mit **mindestens einer Anpassung** liegen von 960 Trägern vor. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 40.824 Teilhabep läne mit mindestens einer Anpassung (Tabelle 42).

Das Datum der Anpassung entspricht dem ersten Geltungstag des neu erstellten oder gegebenenfalls angepassten Teilhabep lanes.

Die durchschnittliche **Geltungsdauer** eines Teilhabep lanes konnte für die 206 Träger berechnet werden, von denen sowohl Angaben zur Anzahl aller TP-Geltungsdauern, die im Berichtsjahr enden, als auch zu den aufsummierten Geltungsdauern selbst vorliegen. Die entsprechende Datengrundlage beläuft sich somit auf 24.773 TP-Geltungsdauern (Tabelle 43 und Abbildung 31).

Die Geltungsdauer eines Teilhabep lanes kann sich erstrecken zwischen der Erstellung des Teilhabep lanes und der ersten Anpassung, zwischen zwei Anpassungen, zwischen einer Anpassung und dem Ende des Teilhabep lanes oder zwischen der Erstellung und dem Ende des Teilhabep lanes. Die Geltungsdauer bezieht sich also nicht zwingend auf die Zeit zwischen Erstellung und Ende eines Teilhabep lanes.

Ergebnisse der Datenauswertung

In Tabelle 41 wird gezeigt, wie viele Anpassungen von Teilhabeplänen insgesamt über alle Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe innerhalb eines Trägerbereichs vorgenommen wurden. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ in Tabelle 41 ist außerdem ersichtlich, wie viele Träger im Jahr 2021 keinen Teilhabeplan angepasst haben.

Tabelle 41. Anzahl der TP-Anpassungen insgesamt nach Trägerbereich

Trägerbereich	TP-Anpassungen	Träger	Träger mit Wert null
BA	1.592	1 (100%)	0 (0%)
EGH	39.354	282 (98,3%)	244 (85,0%)
GKV	15	102 (100%)	97 (95,1%)
JH	858	351 (81,4%)	285 (66,1%)
RV	0	1 (5,9%)	1 (5,9%)
SER	28	204 (98,6%)	203 (98,1%)
UV	164	34 (100%)	29 (85,3%)
Gesamt	42.011	975 (90,4%)	859 (79,6%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2021.

In Tabelle 42 wird dargestellt, wie viele Teilhabepläne im Jahr 2021 mindestens einmal angepasst wurden. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ ist außerdem ersichtlich, wie viele Träger im Jahr 2021 keinen Teilhabeplan angepasst haben.

Tabelle 42. Anzahl der Teilhabepläne (TP) mit mindestens einer Anpassung nach Trägerbereich

Trägerbereich	TP mit mind. 1 Anpassung	Träger	Träger mit Wert null
BA	1.446	1 (100%)	0 (0%)
EGH	38.491	241 (84,0%)	203 (70,7%)
GKV	8	101 (99,0%)	97 (95,1%)
JH	716	385 (89,3%)	320 (74,2%)
RV	0	1 (5,9%)	1 (5,9%)
SER	28	197 (95,2%)	196 (94,7%)
UV	135	34 (100%)	29 (85,3%)
Gesamt	40.824	960 (89,0%)	846 (78,4%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2021.

Ergebnisse der Datenauswertung

Tabelle 43 und Abbildung 31 zeigen, wie lange ein Teilhabeplan im Durchschnitt galt. Es gilt zu beachten, dass die TP-Geltungsdauer nicht ausschließlich die Geltungsdauer von Beginn bis zum Ende eines Teilhabeplanes abbildet, sondern auch die Zeitintervalle bezüglich der Anpassungen (siehe Infobox „Zur Einordnung der Daten“ zu Sachverhalt 9). Die durchschnittliche Geltungsdauer kann nur dann berechnet werden, wenn auch Teilhabepläne angepasst wurden und sowohl Angaben zur Anzahl aller TP-Geltungsdauern, die im Berichtsjahr enden, als auch zu den aufsummierten Geltungsdauern selbst vorliegen. Auf wie viele Träger das zutrifft, ist in der Spalte „Träger“ in Tabelle 43 angegeben. Außerdem sind die jeweils minimale und maximale Geltungsdauer pro Trägerbereich dargestellt.

Tabelle 43. Durchschnittliche Geltungsdauer von Teilhabeplänen (TP) nach Trägerbereich (in Tagen)

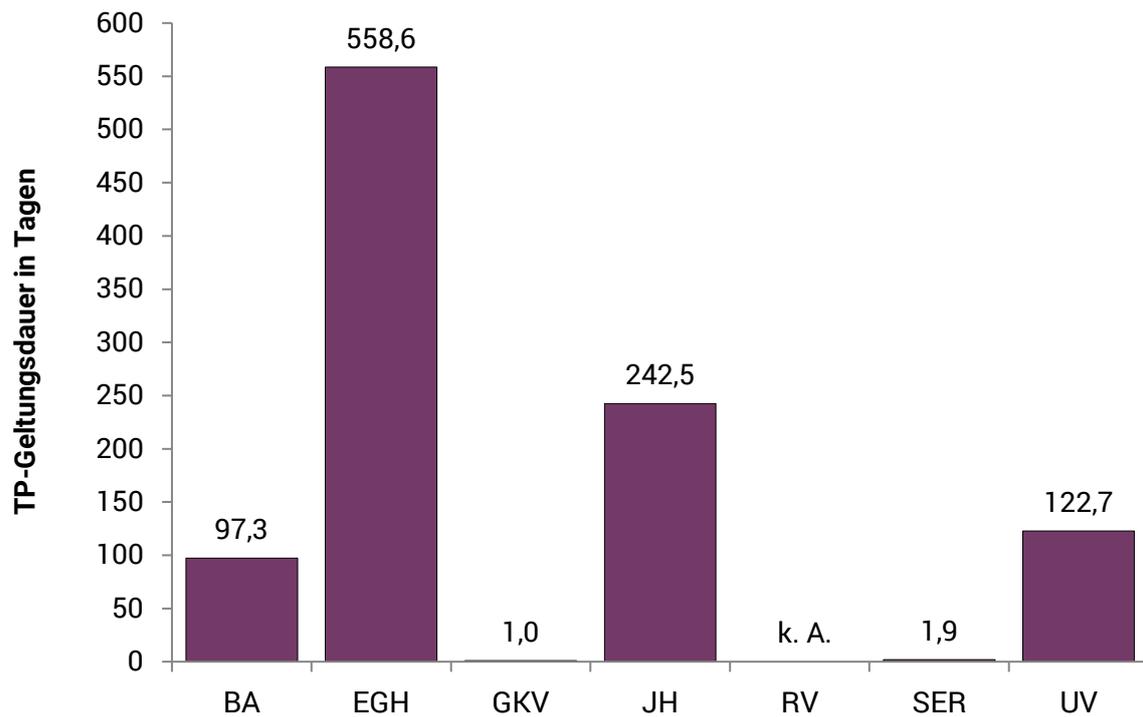
Trägerbereich	Minimum	Durchschnitt	Maximum	Anzahl TP-Geltungsdauern	Träger
BA	- **	97,3	- **	1.592	1 (100%)
EGH	0,6	558,6	671,5	17.268	56 (19,5%)
GKV	0,0	1,0	13,3	420	9 (8,8%)
JH	0,0	242,5	742,3	4.469	124 (28,8%)
RV	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	0 (0%)
SER	0,8	1,9	30,0	26	2 (1,0%)
UV	1,0	122,7	210,3	998	14 (41,2%)
Gesamt	0,0	444,3	742,3	24.773	206 (19,1%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einer Geltungsdauer, die im Berichtsjahr endete, von denen auch Angaben zur aufsummierten Gutachtendauer selbst vorliegen. Die Anzahl der TP-Geltungsdauern wurde entsprechend angepasst.

** Daten werden aggregiert dargestellt, da die BA nicht als Trägerbereich strukturiert ist, sondern eine solitäre Rehabilitationsträgerin ist. Die Werte für Minimum, Maximum und Durchschnitt sind jeweils gleich.

Betrachtungsbeispiel zu Tabelle 43

Im Trägerbereich UV galt ein Teilhabeplan durchschnittlich 122,7 Tage, bis eine Änderung vorgenommen wurde oder der Teilhabeplan endete. In diesem Trägerbereich lag die kürzeste durchschnittliche Geltungsdauer bei 1 Tag bis hin zur längsten Geltungsdauer von 210,3 Tagen.



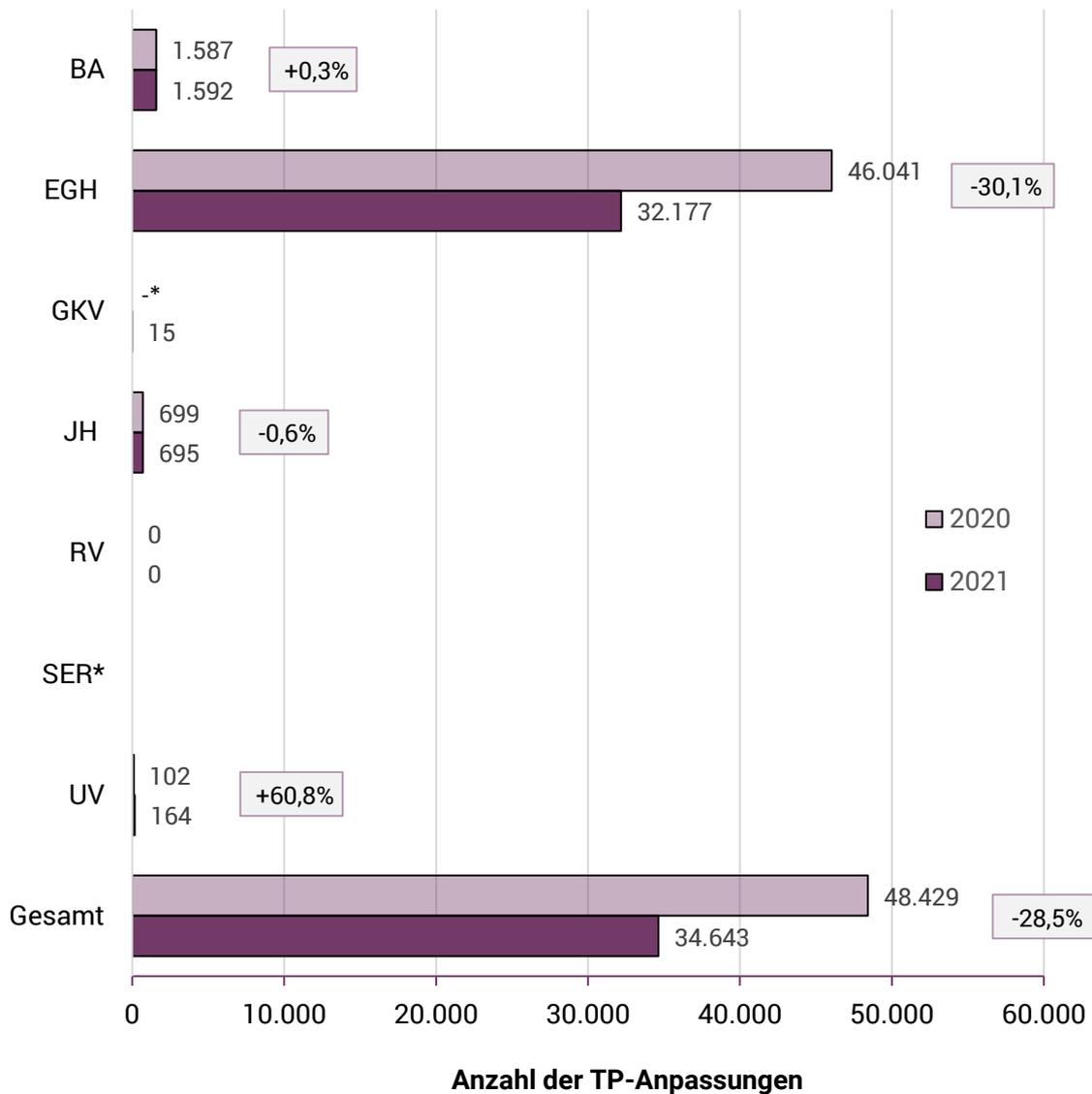
Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einer Geltungsdauer, die im Berichtsjahr endete, und von denen auch Angaben zur aufsummierten Geltungsdauer selbst vorliegen.

Datengrundlage: 24.773 TP-Geltungsdauern von 206 Trägern.

Abbildung 31. Durchschnittliche Geltungsdauer von Teilhabepänen (TP) nach Trägerbereich (in Tagen)

Ergebnisse der Datenauswertung

Wie viele Anpassungen von Teilhabeplänen insgesamt 2020 und 2021 durchgeführt wurden, ist in Abbildung 32 im Jahresvergleich dargestellt.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der TP-Anpassungen sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen. Die Anzahl der TP-Anpassungen in der Datengrundlage wurde jeweils entsprechend angepasst. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viel Prozent sich die Anzahl der TP-Anpassungen im Berichtsjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2020: 48.429 TP-Anpassungen von 878 Trägern.

Datengrundlage 2021: 34.628 TP-Anpassungen von 878 Trägern.

* Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes nicht dargestellt. Die Anzahl der TP-Anpassungen in der Datengrundlage wurde für beide Berichtsjahre entsprechend reduziert.

Abbildung 32. Anzahl der TP-Anpassungen insgesamt nach Trägerbereich und Berichtsjahr



Aus den Trägerbereichen

Die Träger im Bereich **EGH** sind häufig für eine Vielzahl von Leistungsempfängern zuständig. Die Überprüfung bzw. Anpassung der Teilhabepläne bzw. der Bedarfslage erfolgt bei den Trägern der EGH nicht nur anlassbezogen, sondern aufgrund der gesetzlichen Vorgaben (§ 121 Abs. 2 SGB IX) regelmäßig in bestimmten Abständen (spätestens nach zwei Jahren). Eine höhere Anzahl an Anpassungen der Teilhabepläne ist daher nicht unüblich und erklärt möglicherweise die vergleichsweise hohe Anzahl der TP-Anpassungen im gesamten Trägerbereich EGH (siehe Tabelle 41).

Bei den Trägern der **DRV** hat es für das Jahr 2021 bezüglich der Anzahl der Teilhabepläne generell (ohne und mit Teilhabeplankonferenzen) aus technischen Gründen eine deutliche Untererfassung gegeben. Daher wurde auf die Meldung derjenigen Variablen verzichtet, die entweder die Anzahl der Teilhabepläne bzw. deren Anpassungen beinhalten oder bei denen im Zusammenhang mit Teilhabeleistungen eine Differenzierung (mit / ohne Teilhabeplan) verlangt wird. Die entsprechende programmtechnische Korrektur wird ab dem Berichtsjahr 2022 wirksam.

3.4.10. Sachverhalt 10: Erstattungsverfahren nach § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB IX (Erstattungsverfahren zwischen den Trägern)



Gesetzestext:

Die Rehabilitationsträger [...] erfassen die Anzahl der Erstattungsverfahren nach § 16 Abs. 2 Satz 2.



Fragestellung:

Wie häufig entscheidet ein leistender Träger kostenwirksam für einen anderen Träger und macht hierfür einen Erstattungsanspruch nach § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB IX gegen ihn geltend?



Ergebnis:

Liegt dem leistenden Rehabilitationsträger (im Sinne des § 14 SGB IX) ein Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe vor und sieht er konkrete Anhaltspunkte dafür, dass für eine umfassende Bedarfsfeststellung weitere Träger involviert sein können, muss er diese nach § 15 Abs. 2 SGB IX beteiligen. Er fordert von den beteiligten Rehabilitationsträgern unverzüglich eine Feststellung des Rehabilitationsbedarfs an und führt eine Teilhabeplanung durch. Hat ein beteiligter Rehabilitationsträger die angeforderten Feststellungen nicht oder nicht rechtzeitig beigebracht (für Fristen vgl. § 15 Abs. 2 SGB IX) und hat der leistende Träger Leistungen erbracht, für die der beteiligte Träger zuständig ist (vgl. § 15 Abs. 3 SGB IX), erstattet der beteiligte Träger dem leistenden Träger dessen Aufwendungen nach den Rechtsvorschriften, die der Leistungsbewilligung zugrunde liegen. Diese Erstattungsansprüche und das Erstattungsverfahren sind in § 16 Abs. 2 SGB IX geregelt.

Auch hier findet sich das mit dem BTHG verankerte Prinzip Leistungen wie „aus einer Hand“ wieder: Der Leistungsberechtigte wird von der Last der Zuständigkeitsklärung befreit und der leistende Rehabilitationsträger (im Sinne des § 14 SGB IX) hat die Koordinierungs- und Leistungsverantwortung inne. Durch die Regelung in § 16 SGB IX soll der leistende Rehabilitationsträger zugleich besonders „geschützt“ werden und keine wesentlichen (Kosten-)Nachteile haben, wenn er nach § 15 SGB IX ein Beteiligungsverfahren einzuleiten hat und aufgrund von (Frist-)Versäumnissen des/der beteiligten Rehabilitationsträger/s Entscheidungen für diese/n trifft. [4]

Im THVB wird unter Sachverhalt 10 abgebildet, bei wie vielen Anträgen ein solches Erstattungsverfahren eingeleitet wird.



Zur Einordnung der Daten

Für den THVB werden Daten zu den Erstattungsverfahren zwischen den Trägern, die in 2021 eingeleitet wurden, vom koordinierenden leistenden Träger im Sinne des § 14 SGB IX übermittelt.

Angaben zur Anzahl der in 2021 eingeleiteten Erstattungsverfahren liegen von 1.024 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 2.368 eingeleitete Erstattungsverfahren (Tabelle 44). Angaben zur Anzahl der Anträge, aus denen sich diese Verfahren ergeben, liegen von 993 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich auf 2.142 Anträge mit mindestens einem Erstattungsverfahren (Tabelle 45).

Die durchschnittliche Anzahl der Erstattungsverfahren pro Antrag mit mindestens einem Erstattungsverfahren ergibt sich aus der Division der Anzahl aller Erstattungsverfahren durch die Anzahl der Anträge mit mindestens einem Erstattungsverfahren. Sie konnte für die 119 Träger berechnet werden, die im Berichtsjahr mindestens ein Erstattungsverfahren gemeldet haben. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 2.142 Anträge mit mindestens einem Erstattungsverfahren (Tabelle 46).

Für den THVB werden die im Berichtsjahr eingeleiteten Erstattungsverfahren zwischen den Trägern gemeldet. Die Meldung erfolgt also unabhängig vom Entscheidungsdatum des zugehörigen Gesamtantrags, das unter Umständen auch im vorherigen Berichtsjahr liegen kann. Aus diesem Grund kann die Anzahl der eingeleiteten Erstattungsverfahren nicht ins Verhältnis zur Anzahl der im Berichtsjahr entschiedenen Gesamtanträge gesetzt werden (vgl. Tabelle 26).

Angaben zum Ausgang der Erstattungsverfahren sowie zu den adressierten Trägern werden nicht erfasst und können daher nicht im THVB abgebildet werden.

Ergebnisse der Datenauswertung

Tabelle 44 zeigt, wie viele Erstattungsverfahren nach § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB IX pro Trägerbereich im Berichtsjahr vorkamen. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ ist außerdem ersichtlich, wie viele Träger im Jahr 2021 keine Erstattungsverfahren eingeleitet haben. Hohe Werte in der Klammer in dieser letzten Spalte (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass nur wenige Träger überhaupt Erstattungsverfahren eingeleitet haben und die ausgewiesene Anzahl an Erstattungsverfahren auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert oder, wie bei der GKV, im Berichtsjahr gar keine Erstattungsverfahren veranlasst wurden.

Tabelle 44. Anzahl der Erstattungsverfahren zwischen Trägern nach Trägerbereich

Trägerbereich	Erstattungsverfahren	Träger	Träger mit Wert null
BA	88	1 (100%)	0 (0%)
EGH	212	259 (90,2%)	192 (66,9%)
GKV	0	102 (100%)	102 (100%)
JH	32	408 (94,7%)	389 (90,3%)
RV	1.965	16 (94,1%)	0 (0%)
SER	11	206 (99,5%)	201 (97,1%)
UV	60	32 (94,1%)	20 (58,8%)
Gesamt	2.368	1.024 (94,9%)	904 (83,8%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2021.

Tabelle 45 zeigt, bei wie vielen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe mindestens ein Erstattungsverfahren zwischen den Trägern eingeleitet wurde. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ ist außerdem ersichtlich, bei wie vielen Trägern im Jahr 2021 keine Erstattungsverfahren vorkamen.

Tabelle 45. Anzahl der Anträge mit mindestens einem Erstattungsverfahren nach Trägerbereich

Trägerbereich	Anträge mit mind. 1 Erstattungsverfahren	Träger	Träger mit Wert null
BA	88	1 (100%)	0 (0%)
EGH	188	228 (79,4%)	162 (56,4%)
GKV	0	102 (100%)	102 (100%)
JH	31	415 (96,3%)	396 (91,9%)
RV	1.768	16 (94,1%)	0 (0%)
SER	11	199 (96,1%)	194 (93,7%)
UV	56	32 (94,1%)	20 (58,8%)
Gesamt	2.142	993 (92,0%)	874 (81,0%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2021.

Ergebnisse der Datenauswertung

Tabelle 46 zeigt, bei wie vielen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe es zu mindestens einem Erstattungsverfahren kam und wie viele Erstattungsverfahren insgesamt pro Trägerbereich im Berichtsjahr eingeleitet wurden. Wie viele dieser Erstattungsverfahren durchschnittlich pro Antrag mit mindestens einem Verfahren stattfanden (siehe dritte Spalte in Tabelle 46), kann nur bei den Trägern berechnet werden, die im Berichtsjahr auch mindestens ein Erstattungsverfahren gemeldet haben, und von denen zu beiden Merkmalen Daten vorliegen. Auf wie viele Träger das zutrifft, ist in der Spalte „Träger“ angegeben. Niedrige Werte in der Klammer (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass die ausgewiesene Anzahl der Erstattungsverfahren pro Antrag mit mindestens einem Erstattungsverfahren auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert.

Tabelle 46. Anzahl der Erstattungsverfahren pro Antrag mit mindestens einem Erstattungsverfahren zwischen Trägern nach Trägerbereich

Trägerbereich	Erstattungsverfahren	Erstattungsverfahren pro Antrag mit mind. 1 Erstattungsverfahren	Anträge mit mind. 1 Erstattungsverfahren	Träger
BA	88	1,0	88	1 (100%)
EGH	204	1,1	188	66 (23,0%)
GKV	- **	- **	- **	0 (0%)
JH	32	1,0	31	19 (4,4%)
RV	1.965	1,1	1.768	16 (94,1%)
SER	11	1,0	11	5 (2,4%)
UV	60	1,1	56	12 (35,3%)
Gesamt	2.360	1,1	2.142	119 (11,0%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der Erstattungsverfahren nach § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB IX als auch zur Anzahl der Anträge mit mindestens einem solchen Erstattungsverfahren vorliegen und die mindestens ein Erstattungsverfahren im Berichtsjahr eingeleitet haben.

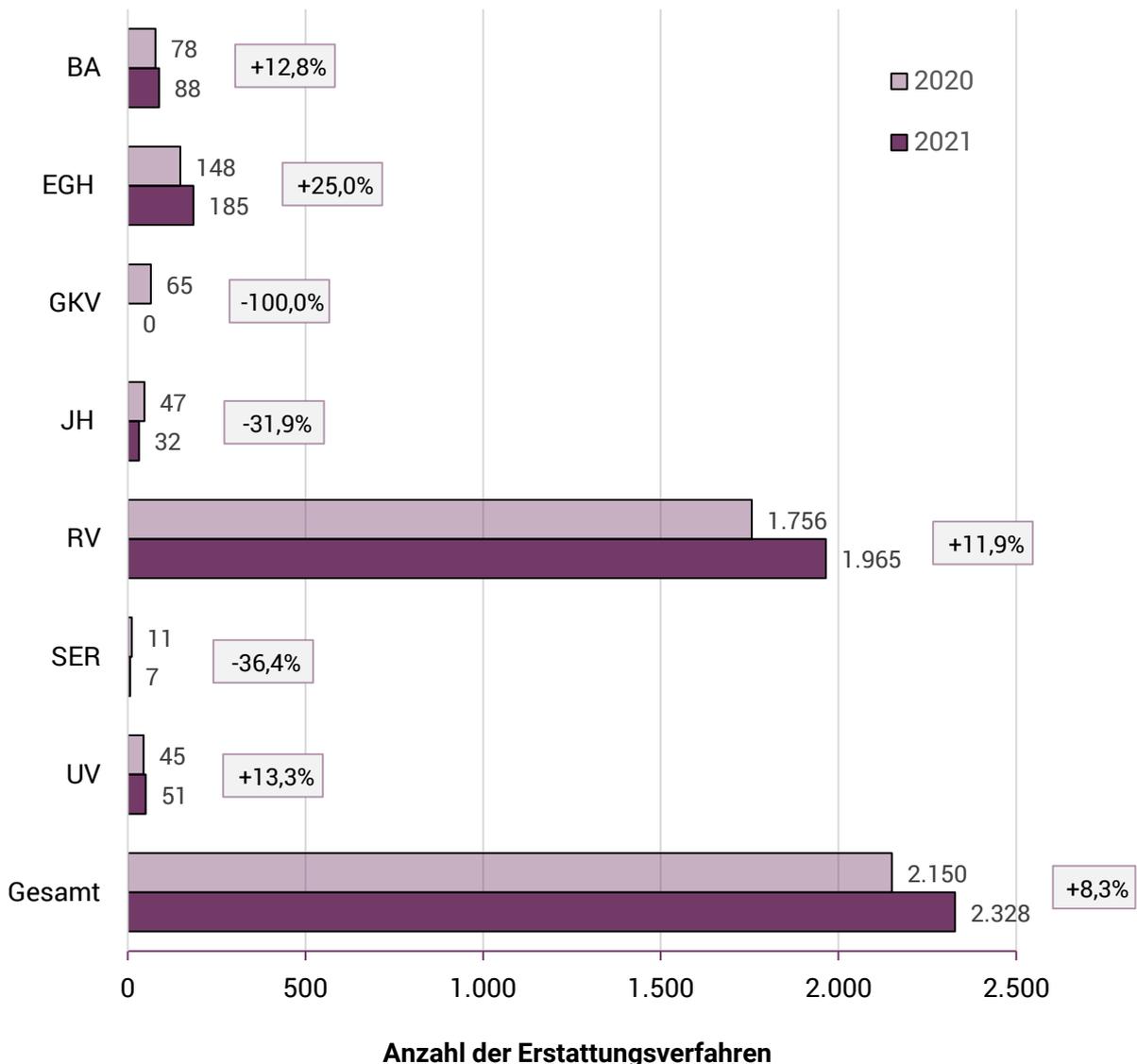
** Da von diesen Trägern keine Erstattungsverfahren veranlasst wurden, werden hier keine Werte angezeigt.

Betrachtungsbeispiel zu Tabelle 46

Im Trägerbereich RV kam es bei 1.768 Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe zu mindestens einem Erstattungsverfahren. Da insgesamt in diesem Trägerbereich mehr, nämlich 1.965 Erstattungsverfahren eingeleitet wurden, kam es im Rahmen einiger Anträge zu mehr als einem Erstattungsverfahren. Daraus ergeben sich im Durchschnitt 1,1 Erstattungsverfahren pro Antrag mit mindestens einem Erstattungsverfahren. Dies konnte nur für die Träger der RV ermittelt werden, die im Berichtsjahr auch mindestens ein Erstattungsverfahren zu einem entsprechenden Antrag gemeldet haben, was auf 16 Träger zutrifft. Die Anzahl der Erstattungsverfahren pro Antrag mit mindestens einem Erstattungsverfahren basiert also auf den Daten von 94,1 Prozent aller Träger der RV.

Ergebnisse der Datenauswertung

Wie viele Erstattungsverfahren zwischen Trägern 2020 und 2021 in den einzelnen Trägerbereichen eingeleitet wurden, ist in Abbildung 33 im Jahresvergleich dargestellt. Dabei zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen in den einzelnen Trägerbereichen.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der Erstattungsverfahren nach § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB IX sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen. Die Anzahl der Erstattungsverfahren in der Datengrundlage wurde jeweils entsprechend angepasst. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viel Prozent sich die Anzahl der Erstattungsverfahren im Berichtsjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2020: 2.150 Erstattungsverfahren von 888 Trägern.

Datengrundlage 2021: 2.328 Erstattungsverfahren von 888 Trägern.

Abbildung 33. Anzahl der Erstattungsverfahren zwischen Trägern nach Trägerbereich und Berichtsjahr

3.4.11. Sachverhalt 11: Trägerspezifisches Persönliches Budget



Gesetzestext:

Die Rehabilitationsträger [...] erfassen die Anzahl der beantragten und bewilligten Leistungen in Form des Persönlichen Budgets.



Fragestellungen:

Wie häufig wird ein Persönliches Budget trägerspezifisch beantragt?

Wie häufig werden trägerspezifische Persönliche Budgets bewilligt?



Ergebnis:

Leistungen können seit dem 1. Juli 2001 in Form eines Persönlichen Budgets ausgeführt werden (gemäß § 29 SGB IX). Persönliche Budgets werden in der Regel als Geldleistung und auf Antrag des Leistungsberechtigten ausgeführt. In begründeten Fällen werden auch Gutscheine ausgegeben. Das Persönliche Budget ist keine zusätzliche Leistung, sondern eine andere Form der Leistungserbringung. Es dient insbesondere der Förderung der Selbstbestimmung und Teilhabe betroffener Menschen. Werden Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe in Form eines Persönlichen Budgets von nur einem Träger erbracht, spricht man von einem trägerspezifischen Persönlichen Budget.



Zur Einordnung der Daten

Für den THVB werden Daten zur Anzahl der beantragten und der bewilligten trägerspezifischen Persönlichen Budgets vom jeweils koordinierenden leistenden Träger im Sinne des § 14 SGB IX übermittelt.

Angaben zu **beantragten** trägerspezifischen Persönlichen Budgets liegen von 1.064 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 4.891 beantragte trägerspezifische Persönliche Budgets (Tabelle 47).

Angaben zu **bewilligten** trägerspezifischen Persönlichen Budgets liegen von 1.062 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 4.717 bewilligte trägerspezifische Persönliche Budgets (Tabelle 48).

Als Form der Leistungsgewährung kann die Anzahl der bewilligten Persönlichen Budgets höher sein als die Anzahl der beantragten Persönlichen Budgets. In diesen Fällen wurde die Leistung zunächst nicht in Form des Persönlichen Budgets beantragt, sondern im Verlauf des Verfahrens vom Rehabilitationsträger unter Zustimmung des Leistungsberechtigten als solches bewilligt. Aus diesem Grund kann die Anzahl der bewilligten Persönlichen Budgets nicht ins Verhältnis zur Anzahl der beantragten Persönlichen Budgets gesetzt werden.

Jedoch können die beantragten und die bewilligten trägerspezifischen Persönlichen Budgets jeweils ins Verhältnis zu den im Berichtsjahr entschiedenen Gesamtanträgen gesetzt werden (vgl. Sachverhalt 6). Der prozentuale Anteil der beantragten bzw. bewilligten trägerspezifischen Persönlichen Budgets ergibt sich aus der Division der jeweiligen Anzahl durch die Anzahl der entschiedenen Gesamtanträge.

Der Anteil der **beantragten** trägerspezifischen Persönlichen Budgets wurde für die 905 Träger berechnet, bei denen auch mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Daraus ergibt sich eine Datengrundlage von 2.631.339 entschiedenen Gesamtanträgen (Tabelle 49 und Abbildung 34).

Der Anteil der **bewilligten** trägerspezifischen Persönlichen Budgets wurde für die 902 Träger berechnet, bei denen auch mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Daraus ergibt sich eine Datengrundlage von 2.631.264 entschiedenen Gesamtanträgen (Tabelle 50 und Abbildung 34).

Tabelle 47 zeigt, wie viele trägerspezifische Persönliche Budgets **beantragt** wurden. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ ist außerdem ersichtlich, bei wie vielen Trägern im Jahr 2021 keine Anträge auf trägerspezifische Persönliche Budgets eingingen. Hohe Werte in der Klammer in dieser letzten Spalte (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass nur bei wenigen Trägern überhaupt trägerspezifische Persönliche Budgets beantragt wurden und die ausgewiesene Anzahl an solchen Persönlichen Budgets auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert.

Tabelle 47. Anzahl beantragter trägerspezifischer Persönlicher Budgets (PB) nach Trägerbereich

Trägerbereich	Beantragte PB	Träger	Träger mit Wert null
BA	767	1 (100%)	0 (0%)
EGH	2.274	281 (97,9%)	89 (31,0%)
GKV	25	102 (100%)	93 (91,2%)
JH	172	423 (98,1%)	371 (86,1%)
RV	34	17 (100%)	13 (76,5%)
SER	20	206 (99,5%)	198 (95,7%)
UV	1.599	34 (100%)	8 (23,5%)
Gesamt	4.891	1.064 (98,6%)	772 (71,5%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2021.

Ergebnisse der Datenauswertung

In Tabelle 48 ist dargestellt, wie viele trägerspezifische Persönliche Budgets bewilligt wurden. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ ist außerdem ersichtlich, bei wie vielen Trägern im Jahr 2021 keine Bewilligung von trägerspezifischen Persönlichen Budgets erfolgte.

Eine Leistungserbringung in Form eines Persönlichen Budgets ergibt sich häufig erst im Zuge eines Beratungsgesprächs. Werden Leistungen zur Teilhabe also zunächst nicht in der Leistungsform des Persönlichen Budgets beantragt, können sie später dennoch in dieser Form bewilligt werden. Aus diesem Grund kann die Anzahl der bewilligten Persönlichen Budgets in Tabelle 48 höher sein als die Anzahl der beantragten Persönlichen Budgets in Tabelle 47.

Tabelle 48. Anzahl bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets (PB) nach Trägerbereich

Trägerbereich	Bewilligte PB	Träger	Träger mit Wert null
BA	761	1 (100%)	0 (0%)
EGH	2.133	276 (96,2%)	102 (35,5%)
GKV	8	102 (100%)	98 (96,1%)
JH	163	425 (98,6%)	373 (86,5%)
RV	34	17 (100%)	13 (76,5%)
SER	19	207 (100%)	198 (95,7%)
UV	1.599	34 (100%)	8 (23,5%)
Gesamt	4.717	1.062 (98,4%)	792 (73,4%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2021.

Tabelle 49 und Tabelle 50 sowie Abbildung 34 zeigen, bei wie viel Prozent der im Berichtsjahr entschiedenen Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ein trägerspezifisches Persönliches Budget beantragt bzw. bewilligt wurde. Diese Anteile können nur bei den Trägern berechnet werden, von denen Angaben zur Anzahl der beantragten bzw. bewilligten trägerspezifischen Persönlichen Budgets vorliegen und bei denen mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Auf wie viele Träger das zutrifft, ist in der Spalte „Träger“ angegeben. Niedrige Werte in der Klammer (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass der ausgewiesene Anteil der beantragten bzw. bewilligten trägerspezifischen Persönlichen Budgets auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert.

Tabelle 49. Prozentualer Anteil beantragter trägerspezifischer Persönlicher Budgets (PB) an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Beantragte PB	Anteil beantragte PB	Entschiedene Gesamtanträge	Träger
BA	767	1,30	59.129	1 (100%)
EGH	2.274	1,00	228.473	279 (97,2%)
GKV	25	0,00	822.007	102 (100%)
JH	172	0,68	25.265	408 (94,7%)
RV	34	0,00	1.417.973	17 (100%)
SER	20	0,36	5.541	64 (30,9%)
UV	1.599	2,19	72.951	34 (100%)
Gesamt	4.891	0,19	2.631.339	905 (83,9%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021, von denen Angaben zur Anzahl beantragter Persönlicher Budgets vorliegen und bei denen mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Die Anzahl der entschiedenen Gesamtanträge wurde entsprechend angepasst.

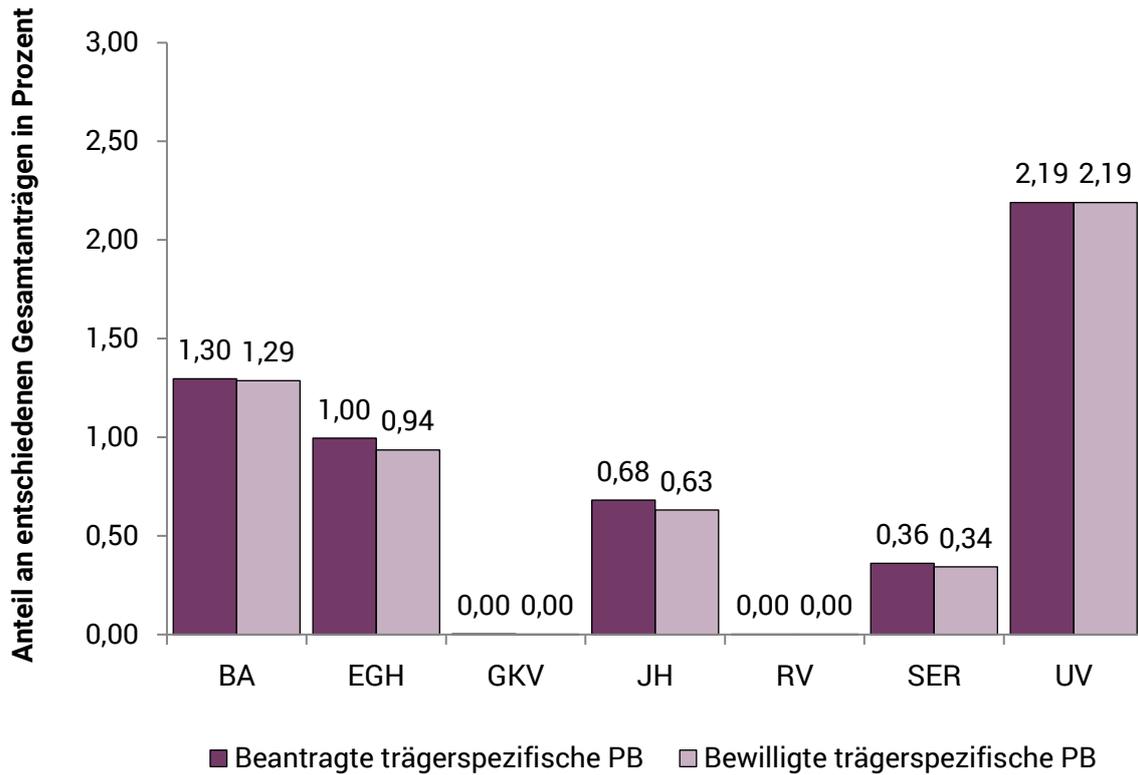
Betrachtungsbeispiel zu Tabelle 49

Im Trägerbereich JH wurde bei 0,68 Prozent aller entschiedenen Anträge ein trägerspezifisches Persönliches Budget beantragt. Dieser Anteil konnte nur bei den Trägern ermittelt werden, von denen Angaben zur Anzahl der beantragten trägerspezifischen Persönlichen Budgets vorliegen und bei denen mindestens ein Antrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Das trifft auf 408 Träger zu. Der Anteil der beantragten Persönlichen Budgets basiert also auf den Daten von 94,7 Prozent der Träger der JH.

Tabelle 50. Prozentualer Anteil bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets (PB) an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Bewilligte PB	Anteil bewilligte PB	Entschiedene Gesamtanträge	Träger
BA	761	1,29	59.129	1 (100%)
EGH	2.133	0,94	227.821	274 (95,5%)
GKV	8	0,00	822.007	102 (100%)
JH	163	0,63	25.842	410 (95,1%)
RV	34	0,00	1.417.973	17 (100%)
SER	19	0,34	5.541	64 (30,9%)
UV	1.599	2,19	72.951	34 (100%)
Gesamt	4.717	0,18	2.631.264	902 (83,6%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021, von denen Angaben zur Anzahl bewilligter Persönlicher Budgets vorliegen und bei denen mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Die Anzahl der entschiedenen Gesamtanträge wurde entsprechend angepasst.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021, von denen Angaben zur Anzahl beantragter bzw. bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets vorliegen und bei denen mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde.

Datengrundlage beantragt: 2.631.339 entschiedene Gesamtanträge von 905 Trägern.

Datengrundlage bewilligt: 2.631.264 entschiedene Gesamtanträge von 902 Trägern.

Abbildung 34. Prozentualer Anteil beantragter bzw. bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets (PB) an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich

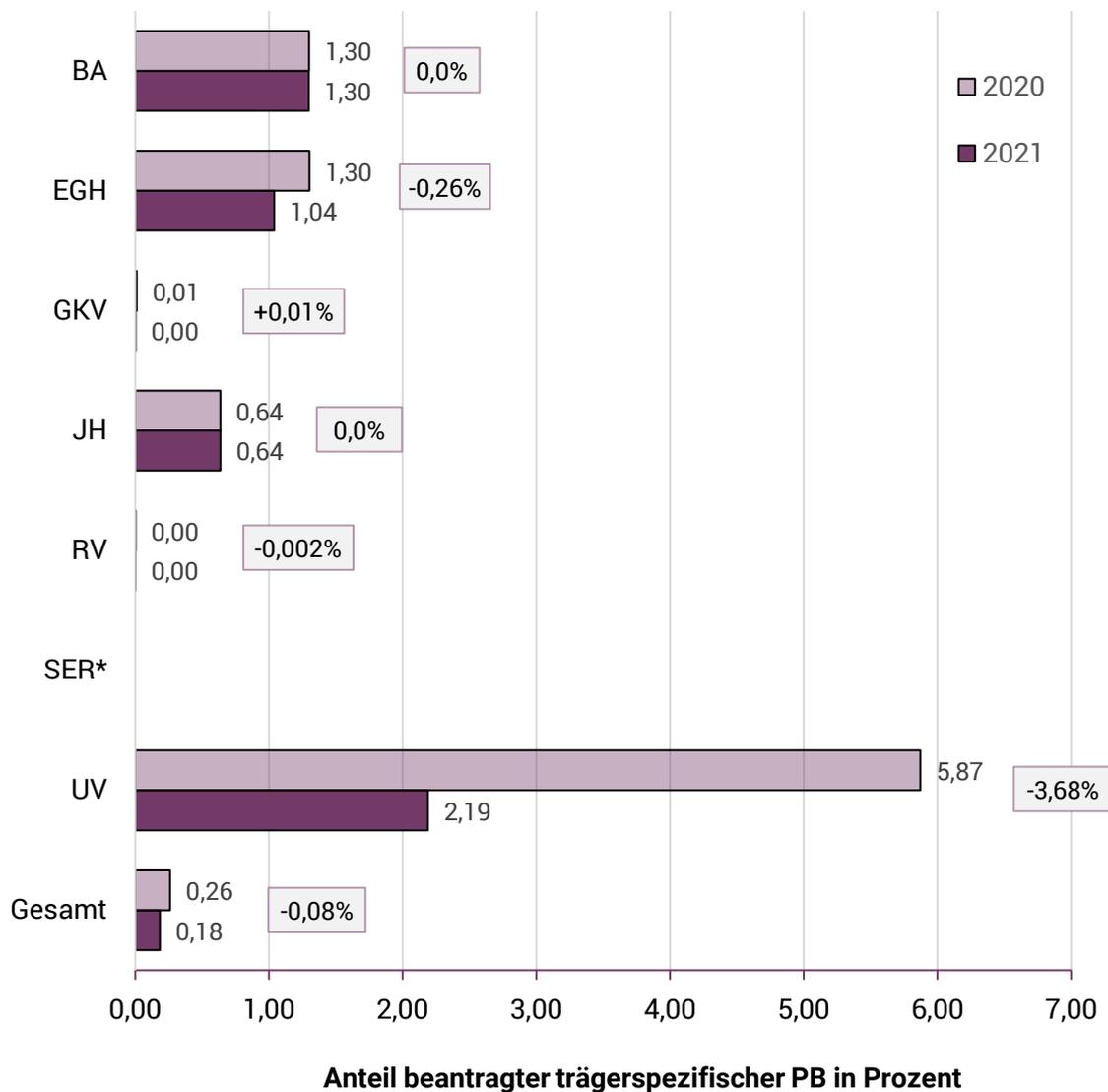
Ergebnisse der Datenauswertung

Wie viele trägerspezifische Persönliche Budgets in den einzelnen Trägerbereichen 2020 und 2021 beantragt wurden, zeigt Tabelle 51. Welchen Anteil sie an den im jeweiligen Berichtsjahr entschiedenen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ausmachen, wird in Abbildung 35 verglichen.

Tabelle 51. Anzahl beantragter trägerspezifischer Persönlicher Budgets (PB) nach Trägerbereich und Berichtsjahr

Trägerbereich	Beantragte PB 2020	Beantragte PB 2021	Veränderung 2021 zu 2020	Träger
BA	768	767	-1 (-0,1%)	1
EGH	2.091	2.179	+88 (+4,2%)	246
GKV	97	25	-72 (-74,2%)	102
JH	128	146	+18 (+14,1%)	368
RV	60	34	-26 (-43,3%)	17
SER	6	19	+13 (+216,7%)	176
UV	3.722	1.599	-2.123 (-57%)	34
Gesamt	6.872	4.769	-2.103 (-30,6%)	944

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der beantragten trägerspezifischen Persönlichen Budgets sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen. Neben der Anzahl der beantragten trägerspezifischen Persönlichen Budgets im jeweiligen Berichtsjahr ist für jeden Trägerbereich angegeben, wie sich die Anzahl der beantragten trägerspezifischen Persönlichen Budgets im Berichtsjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl beantragter trägerspezifischer Persönlicher Budgets sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen und bei denen in beiden Berichtsjahren jeweils mindestens ein Gesamtantrag entschieden wurde. Die Anzahl der entschiedenen Gesamtanträge in der Datengrundlage wurde jeweils entsprechend angepasst. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viele Prozentpunkte sich der Anteil beantragter trägerspezifischer Persönlicher Budgets an allen entschiedenen Gesamtanträgen im Berichtsjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2020: 2.630.629 entschiedene Gesamtanträge von 793 Trägern.
 Datengrundlage 2021: 2.607.434 entschiedene Gesamtanträge von 793 Trägern.

* Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes anteilig nicht dargestellt. Die Anzahl der entschiedenen Gesamtanträge in der Datengrundlage wurde für beide Berichtsjahre entsprechend reduziert.

Abbildung 35. Prozentualer Anteil beantragter trägerspezifischer Persönlicher Budgets (PB) an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich und Berichtsjahr

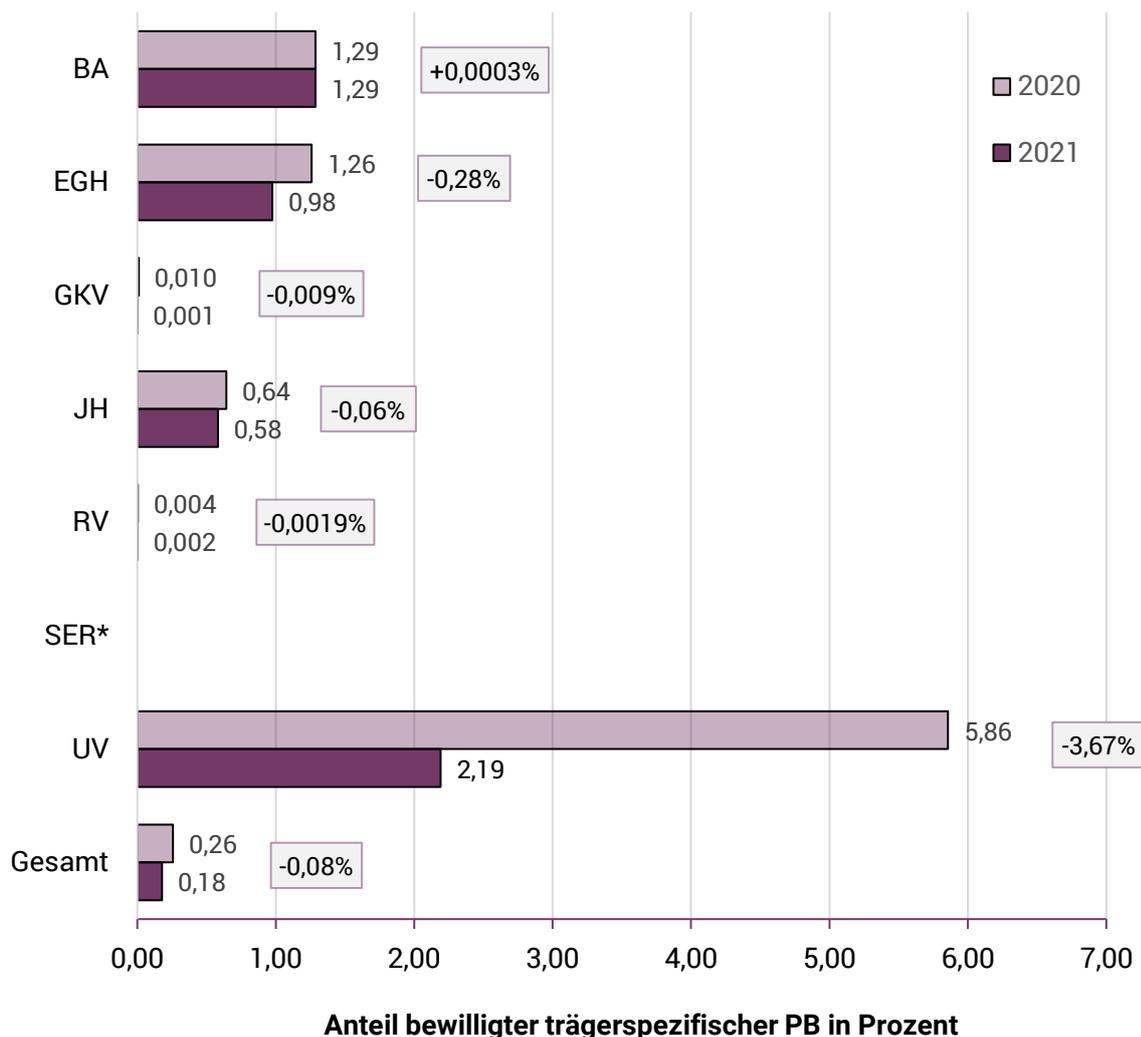
Ergebnisse der Datenauswertung

Wie viele trägerspezifische Persönliche Budgets in den einzelnen Trägerbereichen 2020 und 2021 bewilligt wurden, zeigt Tabelle 52. Welchen Anteil sie an den im jeweiligen Berichtsjahr entschiedenen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ausmachen, wird in Abbildung 36 verglichen.

Tabelle 52. Anzahl bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets (PB) nach Trägerbereich und Berichtsjahr

Trägerbereich	Bewilligte PB 2020	Bewilligte PB 2021	Veränderung 2021 zu 2020	Träger
BA	760	761	+1 (+0,1%)	1
EGH	2.017	2.047	+30 (+1,5%)	242
GKV	86	8	-78 (-90,7%)	102
JH	132	136	+4 (+3,0%)	372
RV	64	34	-30 (-46,9%)	17
SER	5	17	+12 (+240,0%)	177
UV	3.712	1.599	-2.113 (-56,9%)	34
Gesamt	6.776	4.602	-2.174 (-32,1%)	945

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der bewilligten trägerspezifischen Persönlichen Budgets sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen. Neben der Anzahl der bewilligten trägerspezifischen Persönlichen Budgets im jeweiligen Berichtsjahr ist für jeden Trägerbereich angegeben, wie sich die Anzahl bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets im Berichtsjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen und bei denen in beiden Berichtsjahren jeweils mindestens ein Gesamtantrag entschieden wurde. Die Anzahl der entschiedenen Gesamtanträge in der Datengrundlage wurde entsprechend angepasst. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viele Prozentpunkte sich der Anteil bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets an allen entschiedenen Gesamtanträgen im Berichtsjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2020: 2.630.691 entschiedene Gesamtanträge von 793 Trägern.

Datengrundlage 2021: 2.607.981 entschiedene Gesamtanträge von 793 Trägern.

* Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes anteilig nicht dargestellt. Die Anzahl der entschiedenen Gesamtanträge in der Datengrundlage wurde für beide Berichtsjahre entsprechend reduziert.

Abbildung 36. Prozentualer Anteil bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets (PB) an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich und Berichtsjahr



Aus den Trägerbereichen

Im Bereich der **JH** ist es für Eltern in der Regel entlastend, wenn das Jugendamt eine Sachleistung gewährt.

Im Bereich der **UV** kam es im Berichtsjahr aufgrund einer statistischen Umstellung zu einer deutlichen Untererfassung der Persönlichen Budgets, sodass die Zahlen nicht mit denen des Vorjahres vergleichbar sind.

3.4.12. Sachverhalt 12: Trägerübergreifendes Persönliches Budget



Gesetzestext:

Die Rehabilitationsträger [...] erfassen die Anzahl der beantragten und bewilligten Leistungen in Form des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets.



Fragestellungen:

Wie häufig wird ein Persönliches Budget trägerübergreifend beantragt?

Wie häufig werden trägerübergreifende Persönliche Budgets bewilligt?



Ergebnis:

Das Persönliche Budget ist keine zusätzliche Leistung, sondern eine andere Form der Leistungserbringung. Es dient insbesondere der Förderung der Selbstbestimmung und Teilhabe betroffener Menschen. Werden unterschiedliche Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe von mehreren Trägern in einem Budget erbracht (z. B. als Komplexleistungen), spricht man von einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget.

Neben allen Leistungen zur Teilhabe können auch andere Leistungen, wie beispielsweise Leistungen der sozialen Pflegeversicherung, in trägerübergreifende Persönliche Budgets einbezogen werden.



Zur Einordnung der Daten

Für den THVB werden Daten zur Anzahl der beantragten und der bewilligten **trägerübergreifenden Persönlichen Budgets** vom jeweils koordinierenden leistenden Träger im Sinne des § 14 SGB IX übermittelt. Doppelzählungen sind daher ausgeschlossen.

Angaben zu **beantragten** trägerübergreifenden Persönlichen Budgets liegen von 1.058 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 382 beantragte trägerübergreifende Persönliche Budgets (Tabelle 53).

Angaben zu **bewilligten** trägerübergreifenden Persönlichen Budgets liegen von 1.059 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich auf 325 bewilligte trägerübergreifende Persönliche Budgets (Tabelle 54).

Als Form der Leistungsgewährung kann die Anzahl der bewilligten Persönlichen Budgets höher sein als die Anzahl der beantragten Persönlichen Budgets. In diesen Fällen wurde die Leistung zunächst nicht in Form des Persönlichen Budgets beantragt, sondern im Verlauf des Verfahrens vom Rehabilitationsträger unter Zustimmung des Leistungsberechtigten als solches bewilligt. Aus diesem Grund kann die Anzahl der bewilligten Persönlichen Budgets nicht ins Verhältnis zur Anzahl der beantragten Persönlichen Budgets gesetzt werden.

Die beantragten und die bewilligten trägerübergreifenden Persönlichen Budgets können jeweils ins Verhältnis zu den im Berichtsjahr entschiedenen Gesamtanträgen gesetzt werden (vgl. Sachverhalt 6). Der prozentuale Anteil der beantragten bzw. bewilligten trägerübergreifenden Persönlichen Budgets ergibt sich aus der Division der jeweiligen Anzahl durch die Anzahl der entschiedenen Gesamtanträge.

Der Anteil der **beantragten** trägerübergreifenden Persönlichen Budgets wurde für die 898 Träger berechnet, bei denen auch mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Daraus ergibt sich eine Datengrundlage von 2.627.590 entschiedenen Gesamtanträgen (Tabelle 55).

Der Anteil der **bewilligten** trägerübergreifenden Persönlichen Budgets wurde für die 899 Träger berechnet, bei denen auch mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Daraus ergibt sich eine Datengrundlage von 2.627.989 entschiedenen Gesamtanträgen (Tabelle 56).

Tabelle 53 zeigt, wie viele trägerübergreifende Persönliche Budgets **beantragt** wurden. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ ist außerdem ersichtlich, bei wie vielen Trägern im Jahr 2021 keine Anträge auf trägerübergreifende Persönliche Budgets eingingen. Hohe Werte in der Klammer in dieser letzten Spalte (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass nur bei wenigen Trägern überhaupt trägerübergreifende Persönliche Budgets beantragt wurden und die ausgewiesene Anzahl an solchen Persönlichen Budgets auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert oder, wie bei der RV, trägerübergreifende Persönliche Budgets im Berichtsjahr in einem Trägerbereich gar nicht beantragt wurden.

Tabelle 53. Anzahl beantragter trägerübergreifender Persönlicher Budgets (PB) nach Trägerbereich

Trägerbereich	Beantragte PB	Träger	Träger mit Wert null
BA	11	1 (100%)	0 (0%)
EGH	316	273 (95,1%)	180 (62,7%)
GKV	-*	102 (100%)	99 (97,1%)
JH	48	425 (98,6%)	406 (94,2%)
RV	0	17 (100%)	17 (100%)
SER	-*	206 (99,5%)	204 (98,6%)
UV	7	34 (100%)	31 (91,2%)
Gesamt	382	1.058 (98,1%)	937 (86,8%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2021.

* Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes nicht dargestellt.

Ergebnisse der Datenauswertung

In Tabelle 54 wird dargestellt, wie viele trägerübergreifende Persönliche Budgets **bewilligt** wurden. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ ist außerdem ersichtlich, bei wie vielen Trägern im Jahr 2021 keine Bewilligung von trägerübergreifenden Persönlichen Budgets erfolgte.

Eine Leistungserbringung in Form eines Persönlichen Budgets ergibt sich häufig erst im Zuge eines Beratungsgesprächs. Werden Leistungen zur Teilhabe also zunächst nicht in der Leistungsform des Persönlichen Budgets beantragt, können sie später dennoch in dieser Form bewilligt werden. Aus diesem Grund kann die Anzahl der bewilligten Persönlichen Budgets in Tabelle 54 höher sein als die Anzahl der beantragten Persönlichen Budgets in Tabelle 53.

Tabelle 54. Anzahl bewilligter trägerübergreifender Persönlicher Budgets (PB) nach Trägerbereich

Trägerbereich	Bewilligte PB	Träger	Träger mit Wert null
BA	11	1 (100%)	0 (0%)
EGH	246	274 (95,5%)	204 (71,1%)
GKV	0	102 (100%)	102 (100%)
JH	61	425 (98,6%)	407 (94,4%)
RV	-*	17 (100%)	16 (94,1%)
SER	-*	206 (99,5%)	205 (99,0%)
UV	7	34 (100%)	31 (91,2%)
Gesamt	325	1.059 (98,1%)	965 (89,4%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2021.

* Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes nicht dargestellt.

Tabelle 55 und Tabelle 56 zeigen, bei wie viel Prozent der Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ein trägerübergreifendes Persönliches Budget beantragt bzw. bewilligt wurde. Diese Anteile können nur bei den Trägern berechnet werden, von denen Angaben zur Anzahl der beantragten bzw. bewilligten trägerübergreifenden Persönlichen Budgets vorliegen und bei denen mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Auf wie viele Träger das zutrifft, ist in der Spalte „Träger“ angegeben. Niedrige Werte in der Klammer (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass der ausgewiesene Anteil der beantragten bzw. bewilligten trägerübergreifenden Persönlichen Budgets auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert.

Tabelle 55. Prozentualer Anteil beantragter trägerübergreifender Persönlicher Budgets (PB) an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Beantragte PB	Anteil beantragte PB	Entschiedene Gesamtanträge	Träger
BA	11	0,02	59.129	1 (100%)
EGH	316	0,14	224.422	271 (94,4%)
GKV	-*	-*	822.004	102 (100%)
JH	48	0,19	25.666	410 (95,1%)
RV	0	0,00	1.417.973	17 (100%)
SER	-*	-*	5.445	63 (30,4%)
UV	7	0,01	72.951	34 (100%)
Gesamt	382	0,01	2.627.590	898 (83,2%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021, von denen Angaben zur Anzahl beantragter Persönlicher Budgets vorliegen und bei denen mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Die Anzahl der entschiedenen Gesamtanträge wurde entsprechend angepasst.

* Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes (auch anteilig) nicht dargestellt. Auch die Anzahl der entschiedenen Gesamtanträge wurde für die Darstellung entsprechend reduziert.

Betrachtungsbeispiel zu Tabelle 55

Im Trägerbereich EGH wurde bei 0,14 Prozent aller entschiedenen Anträge ein trägerübergreifendes Persönliches Budget beantragt. Dieser Anteil konnte nur bei den Trägern ermittelt werden, von denen Angaben zur Anzahl der beantragten trägerübergreifenden Persönlichen Budgets vorliegen und bei denen mindestens ein Antrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Das trifft auf 271 Träger zu. Der Anteil der beantragten Persönlichen Budgets basiert also auf den Daten von 94,4 Prozent der Träger der EGH.

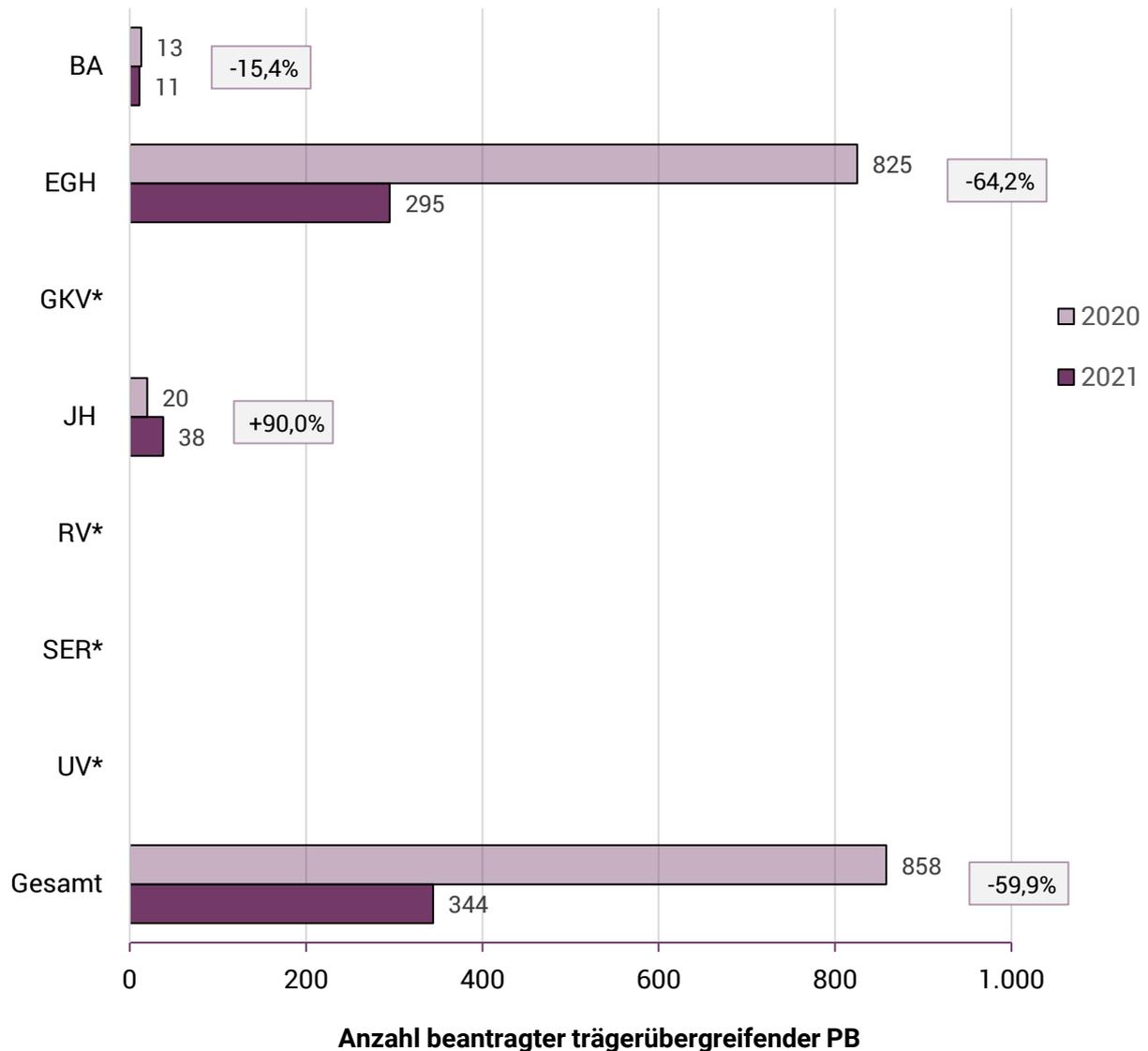
Tabelle 56. Prozentualer Anteil bewilligter trägerübergreifender Persönlicher Budgets (PB) an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Bewilligte PB	Anteil bewilligte PB	Entschiedene Gesamtanträge	Träger
BA	11	0,02	59.129	1 (100%)
EGH	246	0,11	224.834	272 (94,8%)
GKV	0	0,00	822.007	102 (100%)
JH	61	0,24	25.650	410 (95,1%)
RV	-*	-*	1.417.972	17 (100%)
SER	-*	-*	5.446	63 (30,4%)
UV	7	0,01	72.951	34 (100%)
Gesamt	325	0,01	2.627.989	899 (83,3%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021, von denen Angaben zur Anzahl bewilligter Persönlicher Budgets vorliegen und bei denen mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Die Anzahl der entschiedenen Gesamtanträge wurde entsprechend angepasst.

* Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes (auch anteilig) nicht dargestellt. Auch die Anzahl der entschiedenen Gesamtanträge wurde für die Darstellung entsprechend reduziert.

Wie viele trägerübergreifende Persönliche Budgets in den einzelnen Trägerbereichen 2020 und 2021 beantragt wurden, ist aus Abbildung 37 ersichtlich.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl beantragter trägerübergreifender Persönlicher Budgets sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viel Prozent sich die Anzahl trägerübergreifender Persönlicher Budgets im Berichtsjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2020: 858 Persönliche Budgets von 928 Trägern.

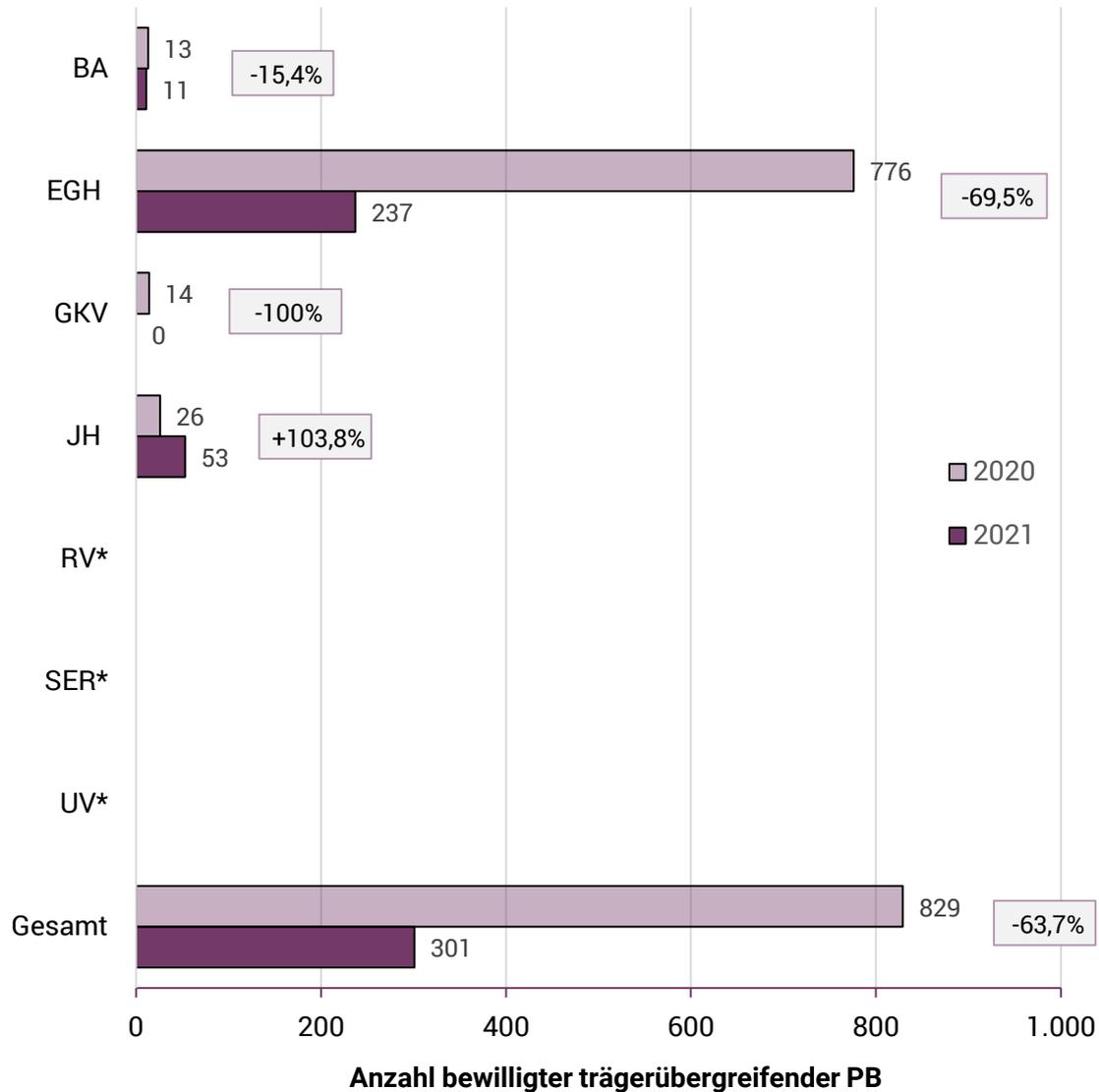
Datengrundlage 2021: 344 Persönliche Budgets von 928 Trägern.

* Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes nicht dargestellt. Die Anzahl der Persönlichen Budgets in der Datengrundlage wurde für beide Berichtsjahre entsprechend reduziert.

Abbildung 37. Anzahl beantragter trägerübergreifender Persönlicher Budgets (PB) nach Trägerbereich und Berichtsjahr

Ergebnisse der Datenauswertung

Abbildung 38 zeigt, wie viele trägerübergreifende Persönliche Budgets in den einzelnen Trägerbereichen 2020 und 2021 bewilligt wurden.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl bewilligter trägerübergreifender Persönlicher Budgets sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viel Prozent sich die Anzahl trägerübergreifender Persönlicher Budgets im Berichtsjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2020: 829 Persönliche Budgets von 930 Trägern.

Datengrundlage 2021: 301 Persönliche Budgets von 930 Trägern.

* Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes nicht dargestellt. Die Anzahl der Persönlichen Budgets in der Datengrundlage wurde für beide Berichtsjahre entsprechend reduziert.

Abbildung 38. Anzahl bewilligter trägerübergreifender Persönlicher Budgets (PB) nach Trägerbereich und Berichtsjahr



Aus den Trägerbereichen

Die **UV** erbringt bei Zuständigkeit umfassend Leistungen aller Leistungsgruppen nach § 5 SGB IX. Daher werden nur selten trägerübergreifende Persönliche Budgets erforderlich.

3.4.13. Sachverhalt 13: Mitteilungen nach § 18 Abs. 1 SGB IX (Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer)



Gesetzestext:

Die Rehabilitationsträger [...] erfassen die Anzahl der Mitteilungen nach § 18 Abs. 1.



Fragestellungen:

Wie häufig werden begründete Mitteilungen wegen langer Verfahrenslaufzeiten versendet?



Ergebnis:

Wenn über einen Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe nicht innerhalb von zwei Monaten ab Antragseingang entschieden werden kann, teilt der leistende Rehabilitationsträger dem Antragsteller vor Ablauf der zwei Monate die Gründe hierfür und das voraussichtliche Datum der Entscheidung schriftlich mit (begründete Mitteilung, vgl. § 18 Abs. 1 SGB IX).



Zur Einordnung der Daten

Für den THVB werden Daten zur Anzahl der Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer vom jeweils koordinierenden leistenden Träger im Sinne des § 14 SGB IX übermittelt.

Angaben zur Anzahl der in 2021 versendeten Mitteilungen liegen von 991 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 2.758 versendete Mitteilungen (Tabelle 57). Angaben zur Anzahl der Gesamtanträge, aus denen sich diese Mitteilungen ergeben, liegen von 980 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 1.773 im Berichtsjahr entschiedene Gesamtanträge mit mindestens einer Mitteilung (Tabelle 58).

Die durchschnittliche Anzahl der Mitteilungen pro Gesamtantrag mit mindestens einer versendeten Mitteilung ergibt sich aus der Division der Anzahl aller Mitteilungen durch die Anzahl der im Berichtsjahr entschiedenen Gesamtanträge mit mindestens einer Mitteilung. Sie konnte für die 75 Träger berechnet werden, die für das Berichtsjahr mindestens eine Mitteilung versendet haben. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 1.773 Gesamtanträge mit mindestens einer Mitteilung (Tabelle 59).

Der prozentuale Anteil von Gesamtanträgen mit mindestens einer Mitteilung an allen entschiedenen Gesamtanträgen konnte für die 821 Träger berechnet werden, bei denen auch mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Die entsprechende Datengrundlage beläuft sich somit auf 2.487.239 entschiedene Gesamtanträge (Tabelle 60 und Abbildung 39).

Nach § 18 Abs. 7 SGB IX sind die Trägerbereiche EGH, JH und KOF vom Versand begründeter Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer ausgenommen. Sind diese Träger jedoch koordinierende leistende Träger im Rahmen einer Beteiligung anderer Träger, müssen sie die Mitteilungen der beteiligten Träger für den THVB melden.

Tabelle 57 zeigt, wie viele Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer versendet wurden. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ ist außerdem ersichtlich, wie viele Träger im Jahr 2021 keine Mitteilungen versendet haben. Hohe Werte in der Klammer in dieser letzten Spalte (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass wenige Träger überhaupt Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer versendet haben und die ausgewiesene Anzahl an solchen Mitteilungen auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert.

Tabelle 57. Anzahl der Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer nach Trägerbereich

Trägerbereich	Mitteilungen	Träger	Träger mit Wert null
BA	736	1 (100%)	0 (0%)
EGH	758	267 (93,0%)	246 (85,7%)
GKV	26	102 (100%)	100 (98,0%)
JH	732	370 (85,8%)	330 (76,6%)
RV	501	17 (100%)	9 (52,9%)
SER	0	202 (97,6%)	202 (97,6%)
UV	5	32 (94,1%)	29 (85,3%)
Gesamt	2.758	991 (91,8%)	916 (84,9%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2021.

Ergebnisse der Datenauswertung

Tabelle 58 zeigt, bei wie vielen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe mindestens eine Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer versendet wurde. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ ist außerdem ersichtlich, wie viele Träger im Jahr 2021 keine Mitteilungen versendet haben.

Tabelle 58. Anzahl der Anträge mit mindestens einer Mitteilung nach Trägerbereich

Trägerbereich	Anträge mit mind. 1 Mitteilung	Träger	Träger mit Wert null
BA	698	1 (100%)	0 (0%)
EGH	471	216 (75,3%)	195 (67,9%)
GKV	22	102 (100%)	100 (98,0%)
JH	262	416 (96,5%)	376 (87,2%)
RV	315	17 (100%)	9 (52,9%)
SER	0	196 (94,7%)	196 (94,7%)
UV	5	32 (94,1%)	29 (85,3%)
Gesamt	1.773	980 (90,8%)	905 (83,9%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2021.

Tabelle 59 zeigt, bei wie vielen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe mindestens eine Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer versendet wurde und wie viele Mitteilungen insgesamt pro Trägerbereich vorkamen. Wie viele Mitteilungen durchschnittlich pro Antrag mit mindestens einer Mitteilung versendet wurden (siehe dritte Spalte in Tabelle 59), kann nur bei den Trägern berechnet werden, die im Berichtsjahr mindestens eine Mitteilung versendet haben und von denen zu beiden Merkmalen Daten vorliegen. Auf wie viele Träger das zutrifft, ist in der Spalte „Träger“ angegeben. Niedrige Werte in der Klammer (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass die ausgewiesene Anzahl der Mitteilungen pro Antrag mit mindestens einer Mitteilung auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert.

Tabelle 59. Anzahl der Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer und Anzahl der Mitteilungen pro Antrag mit mindestens einer Mitteilung nach Trägerbereich

Trägerbereich	Mitteilungen	Mitteilungen pro Antrag mit mind. 1 Mitteilung	Anträge mit mind. 1 Mitteilung	Träger
BA	736	1,1	698	1 (100%)
EGH	758	1,6	471	21 (7,3%)
GKV	26	1,2	22	2 (2,0%)
JH	732	2,8	262	40 (9,3%)
RV	501	1,6	315	8 (47,1%)
SER	- **	- **	- **	0 (0%)
UV	5	1,0	5	3 (8,8%)
Gesamt	2.758	1,6	1.773	75 (7,0%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der Mitteilungen als auch zur Anzahl der Anträge mit mindestens einer Mitteilung vorliegen und die mindestens eine Mitteilung im Berichtsjahr versendet haben.

** Da von diesen Trägern keine Mitteilungen versendet wurden, werden hier keine Werte gezeigt.

Betrachtungsbeispiel zu Tabelle 59

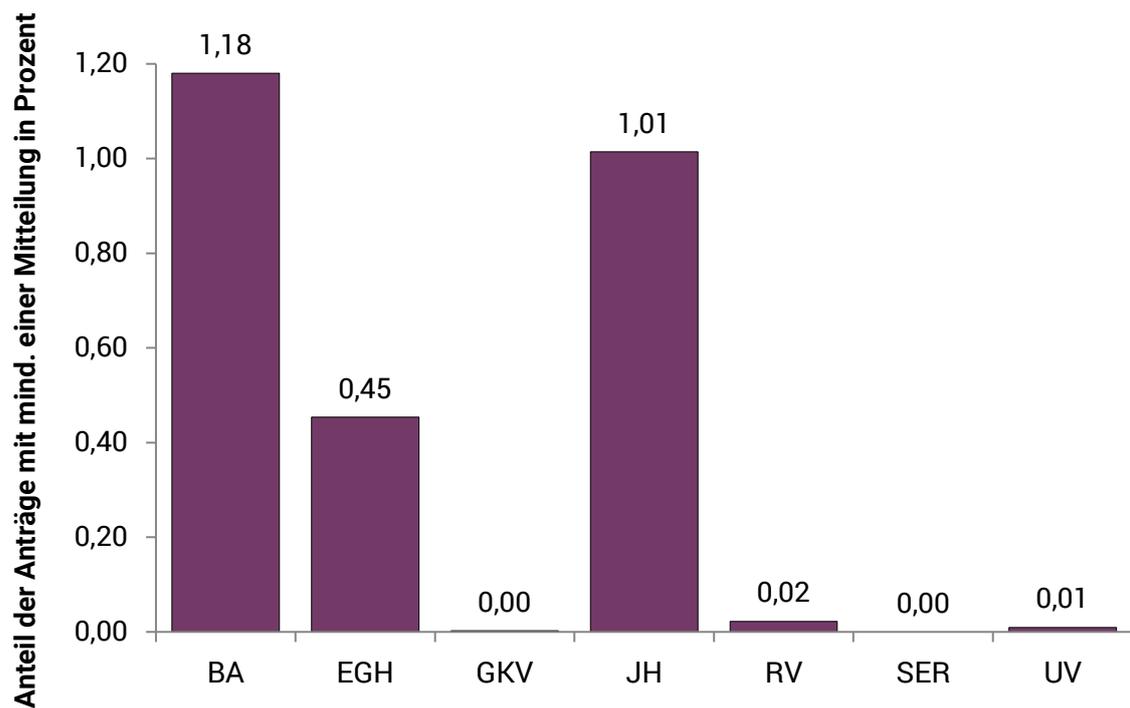
Im Bereich der EGH kam es bei 471 Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe zu einer oder mehreren Mitteilungen. Da insgesamt in diesem Trägerbereich mehr, nämlich 758 Mitteilungen versendet wurden, kam es im Rahmen einiger Anträge zu mehr als einer Mitteilung. Daraus ergeben sich im Durchschnitt 1,6 Mitteilungen pro Gesamtantrag mit mindestens einer Mitteilung. Dies konnte nur für die Träger der EGH ermittelt werden, die im Berichtsjahr auch mindestens eine Mitteilung zu einem entsprechenden Antrag gemeldet haben, was auf 21 Träger zutrifft. Die Anzahl der Mitteilungen pro Antrag mit mindestens einer Mitteilung basiert also auf den Daten von 7,3 Prozent aller Träger der EGH.

Tabelle 60 und Abbildung 39 zeigen, bei wie viel Prozent der im Berichtsjahr entschiedenen Gesamtanträge mindestens eine Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer versendet wurde. Dieser Anteil kann nur bei den Trägern berechnet werden, von denen Angaben zur Anzahl der Anträge mit mindestens einer Mitteilung vorliegen und bei denen mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Auf wie viele Träger das zutrifft, ist in der Spalte „Träger“ angegeben. Niedrige Werte in der Klammer (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass der ausgewiesene Anteil der Anträge mit mindestens einer Mitteilung auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert.

Tabelle 60. Prozentualer Anteil der Anträge mit mindestens einer Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Anträge mit mind.1 Mitteilung	Anteil Anträge mit mind. 1 Mitteilung	Entschiedene Gesamtanträge	Träger
BA	698	1,18	59.129	1 (100%)
EGH	471	0,45	103.821	214 (74,6%)
GKV	22	0,00	822.007	102 (100%)
JH	262	1,01	25.837	401 (93,0%)
RV	315	0,02	1.417.973	17 (100%)
SER	0	0,00	5.420	54 (26,1%)
UV	5	0,01	53.052	32 (94,1%)
Gesamt	1.773	0,07	2.487.239	821 (76,1%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021, von denen Angaben zur Anzahl der Anträge mit mindestens einer Mitteilung vorliegen und bei denen mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Die Anzahl der entschiedenen Gesamtanträge wurde entsprechend angepasst.



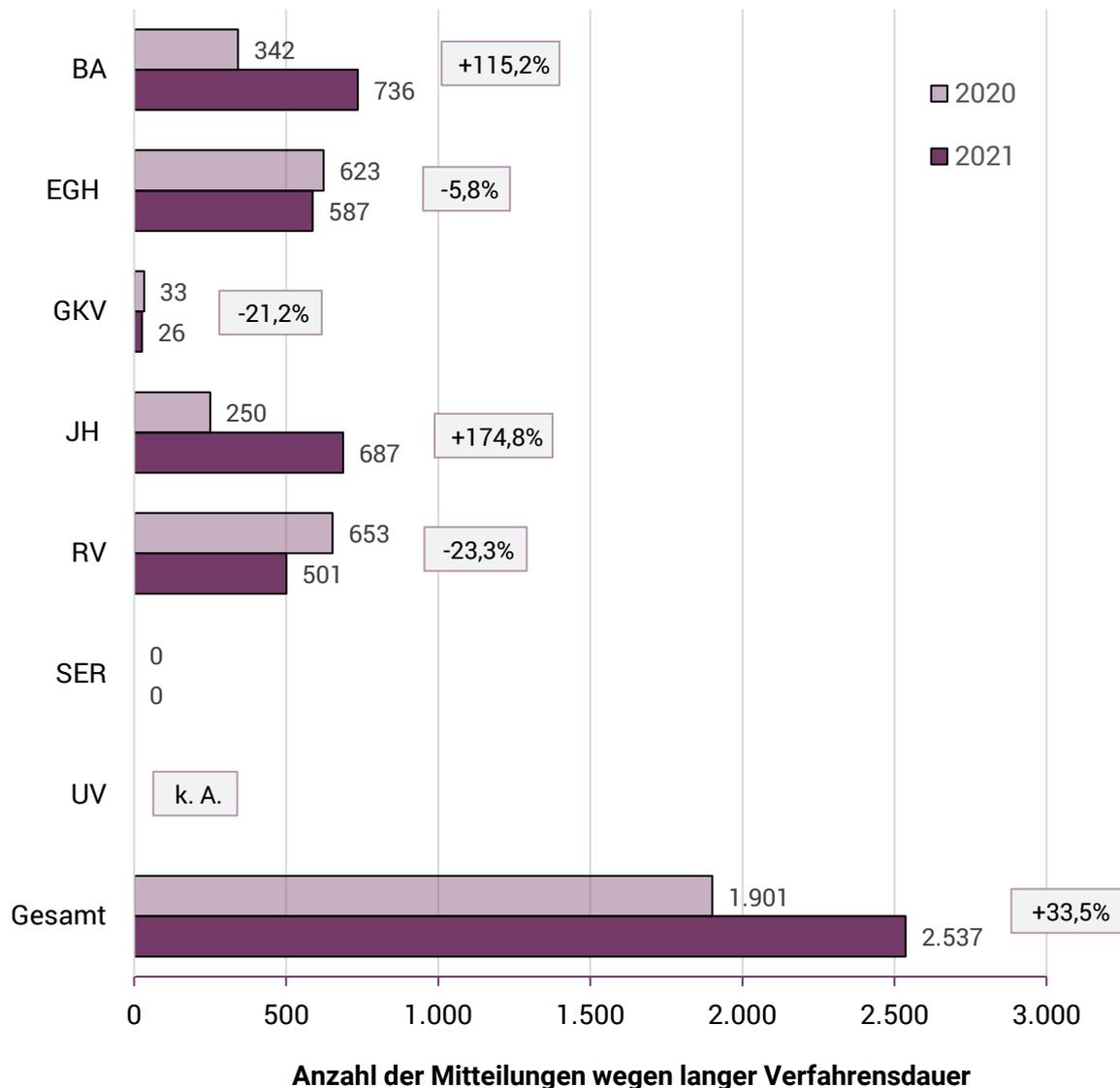
Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021, von denen Angaben zur Anzahl der Anträge mit mindestens einer Mitteilung vorliegen und bei denen mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Datengrundlage: 2.487.239 entschiedene Gesamtanträge von 821 Trägern.

Abbildung 39. Prozentualer Anteil der Anträge mit mindestens einer Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich

Betrachtungsbeispiel zu Abbildung 39

Bei der BA wurde bei 1,18 Prozent aller im Berichtsjahr entschiedenen Gesamtanträge mindestens eine Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer versendet.

Wie viele Mitteilungen die Träger in 2020 und in 2021 versendet haben, ist im Jahresvergleich in Abbildung 40 dargestellt. Dabei zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen in den einzelnen Trägerbereichen.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viel Prozent sich die Anzahl der Mitteilungen im Berichtsjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2020: 1.901 Mitteilungen von 820 Trägern.

Datengrundlage 2021: 2.357 Mitteilungen von 820 Trägern.

Abbildung 40. Anzahl der Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer nach Trägerbereich und Berichtsjahr

3.4.14. Sachverhalt 14: Erstattungsverfahren nach § 18 SGB IX (Erstattungen selbstbeschaffter Leistungen)



Gesetzestext:

Die Rehabilitationsträger [...] erfassen die Anzahl der Anträge auf Erstattung nach § 18 nach den Merkmalen „Bewilligung“ oder „Ablehnung“.



Fragestellungen:

Wie viele unterschiedene Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen liegen bei den Rehabilitationsträgern vor?

Wie viele dieser Anträge werden bewilligt und wie viele abgelehnt?



Ergebnis:

Wenn über einen Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe nicht innerhalb von zwei Monaten ab Antragseingang entschieden werden kann, teilt der leistende Träger dem Antragsteller vor Ablauf der zwei Monate die Gründe hierfür und das voraussichtliche Datum der Entscheidung schriftlich mit (begründete Mitteilung nach § 18 Abs. 1 SGB IX, siehe Sachverhalt 13). Erfolgt keine begründete Mitteilung oder ist der in einer begründeten Mitteilung genannte Zeitraum abgelaufen, gilt die beantragte Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (Genehmigungsfiktion, vgl. § 18 Abs. 3 SGB IX).

Beschafft sich der Leistungsberechtigte eine als genehmigt geltende Leistung dann selbst, ist der leistende Rehabilitationsträger zur Erstattung der selbstbeschafften Leistungen verpflichtet. Dies gilt nicht für die Trägerbereiche EGH, JH und KOF (vgl. § 18 Abs. 7 SGB IX).

Eine Verpflichtung zur Erstattung nach § 18 Abs. 6 SGB IX (Fälle der Unaufschiebbarkeit oder der unberechtigten Ablehnung einer beantragten Leistung) gilt hingegen für alle Trägerbereiche.

Für den THVB wird für Sachverhalt 14 neben der Anzahl der entschiedenen Erstattungsanträge auch erfasst, ob ein solcher Antrag bewilligt oder abgelehnt wird. Unter Bewilligung fallen hier sowohl vollständig (Erstattung in voller Höhe) als auch teilweise (Erstattung eines Teils der Aufwendungen) bewilligte Erstattungsanträge.



Zur Einordnung der Daten

Angaben zur Anzahl der in 2021 entschiedenen Anträge auf Erstattung nach § 18 SGB IX liegen von 1.045 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 180 Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen (Tabelle 61). Angaben zur Anzahl der Anträge mit mindestens einem in 2021 entschiedenen Antrag auf Erstattung nach § 18 SGB IX liegen von 1.074 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 172 Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen (Tabelle 62).

Da die Daten zur Anzahl von entschiedenen Anträgen auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen unabhängig von den entschiedenen Gesamtanträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eines Berichtsjahrs (vgl. Sachverhalt 6) erfasst werden, kann nicht berechnet werden, bei welchem Anteil der Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe auch ein Antrag auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen entschieden wurde.

Die durchschnittliche Anzahl der Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen pro Antrag mit mindestens einem solchen Erstattungsantrag ergibt sich aus der Division der Anzahl aller Erstattungsanträge durch die Anzahl der Anträge, in deren Rahmen mindestens ein Antrag auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen entschieden wurde. Sie konnte für die 44 Träger berechnet werden, die für das Berichtsjahr mindestens einen Antrag auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen gemeldet haben. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 171 Erstattungsanträge pro Antrag mit mindestens einem Erstattungsantrag (Tabelle 63).

Die prozentualen Anteile der bewilligten und der abgelehnten Erstattungsanträge an allen entschiedenen Erstattungsanträgen konnten für die 45 Träger berechnet werden, von denen sowohl Angaben zu Bewilligungen als auch zu Ablehnungen vorliegen und die mindestens eine Bewilligung oder Ablehnung (also mindestens einen entschiedenen Erstattungsantrag) für das Berichtsjahr gemeldet haben. Die Anzahl der entschiedenen Erstattungsanträge ergibt sich dabei aus der Summe der bewilligten und der abgelehnten Erstattungsanträge. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 174 entschiedene Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen (Abbildung 41). Die jeweils zugrundeliegende Anzahl der entschiedenen Erstattungsanträge ist in Tabelle 64 aufgeführt.

Tabelle 61 zeigt, wie viele Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen entschieden wurden. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ ist außerdem ersichtlich, bei wie vielen Trägern im Jahr 2021 kein solcher Antrag entschieden wurde. Hohe Werte in der Klammer in dieser letzten Spalte (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass nur bei wenigen Trägern Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen entschieden wurden und die ausgewiesene Anzahl an solchen Erstattungsanträgen auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert oder, wie bei der BA, keine Erstattungsanträge im Berichtsjahr entschieden wurden.

Tabelle 61. Anzahl entschiedener Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Erstattungsanträge	Träger	Träger mit Wert null
BA	0	1 (100%)	1 (100%)
EGH	41	275 (95,8%)	259 (90,2%)
GKV	0	101 (99,0%)	101 (99,0%)
JH	45	415 (96,3%)	399 (92,6%)
RV	81	16 (94,1%)	6 (35,3%)
SER	-*	205 (99,0%)	204 (98,6%)
UV	13	32 (94,1%)	30 (88,2%)
Gesamt	180	1.045 (96,8%)	1.000 (92,7%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2021.

* Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes nicht dargestellt.

Betrachtungsbeispiel zu Tabelle 61

Im Trägerbereich UV wurden 13 Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen entschieden. Angaben dazu liegen von 32 Trägern vor. Jedoch haben 30 Träger den Wert null übermittelt. Demnach verteilen sich die 13 gemeldeten Erstattungsanträge auf zwei Träger.

In Tabelle 62 ist dargestellt, bei wie vielen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe über mindestens einen Antrag auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen entschieden wurde. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ ist außerdem ersichtlich, bei wie vielen Trägern im Jahr 2021 kein solcher Antrag entschieden wurde.

Tabelle 62. Anzahl entschiedener Anträge mit mindestens einem Antrag auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Anträge mit mind. 1 Erstattungsantrag	Träger	Träger mit Wert null
BA	0	1 (100%)	1 (100%)
EGH	37	287 (100%)	271 (94,4%)
GKV	0	101 (99,0%)	101 (99,0%)
JH	43	431 (100%)	415 (96,3%)
RV	79	16 (94,1%)	6 (35,3%)
SER	-*	206 (99,5%)	205 (99,0%)
UV	13	32 (94,1%)	30 (88,2%)
Gesamt	172	1.074 (99,5%)	1.029 (95,4%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2021.

* Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes nicht dargestellt.

Ergebnisse der Datenauswertung

Tabelle 63 zeigt, bei wie vielen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe über mindestens einen Antrag auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen entschieden wurde und wie viele solcher Erstattungsanträge insgesamt pro Trägerbereich entschieden wurden. Die durchschnittliche Anzahl der Erstattungsanträge pro Antrag, bei dem mindestens ein Antrag auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen entschieden wurde (siehe dritte Spalte Tabelle 63), kann nur bei den Trägern berechnet werden, die im Berichtsjahr mindestens einen Erstattungsantrag gemeldet haben und von denen zu beiden Merkmalen Daten vorliegen. Auf wie viele Träger das zutrifft, ist in der Spalte „Träger“ angegeben. Niedrige Werte in der Klammer (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass die ausgewiesene Anzahl der Erstattungsanträge pro Antrag mit mindestens einem Antrag auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert.

Tabelle 63. Anzahl entschiedener Erstattungsanträge pro Antrag mit mindestens einem Antrag auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Erstattungsanträge	Erstattungsanträge pro Antrag mit mind. 1 Erstattungsantrag	Anträge mit mind. 1 Erstattungsantrag	Träger
BA	- **	- **	- **	0 (0%)
EGH	41	1,1	37	16 (5,6%)
GKV	- **	- **	- **	0 (0%)
JH	45	1,0	43	16 (3,7%)
RV	80	1,0	78	9 (52,9%)
SER	.*	.*	.*	1 (0,5%)
UV	13	1,0	13	2 (5,9%)
Gesamt	179	1,1	171	44 (4,1%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen als auch zur Anzahl der Anträge mit mindestens einem Antrag auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen vorliegen und bei denen mindestens ein Antrag auf Erstattung im Berichtsjahr entschieden wurde.

* Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes auch anteilig nicht dargestellt.

** Da bei diesen Trägern keine Erstattungsanträge eingegangen sind, werden hier keine Werte gezeigt.

Abbildung 41 zeigt, wie viel Prozent der Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen bewilligt und wie viel Prozent insgesamt über alle Trägerbereiche hinweg abgelehnt wurden. Tabelle 64 zeigt die entsprechende Anzahl an Bewilligungen und Ablehnungen pro Träger. Der Anteil der bewilligten bzw. abgelehnten Erstattungsanträge kann nur bei den Trägern berechnet werden, die mindestens einen entschiedenen Erstattungsantrag für das Berichtsjahr gemeldet haben und von denen sowohl Angaben zu Bewilligungen als auch zu Ablehnungen vorliegen. Auf wie viele Träger das zutrifft, ist in der Spalte „Träger“ in Tabelle 64 angegeben. Niedrige Werte in der Klammer (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass die jeweils ausgewiesene Anzahl der Bewilligungen und Ablehnungen sowie der entsprechende Anteil in Abbildung 41 auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert.

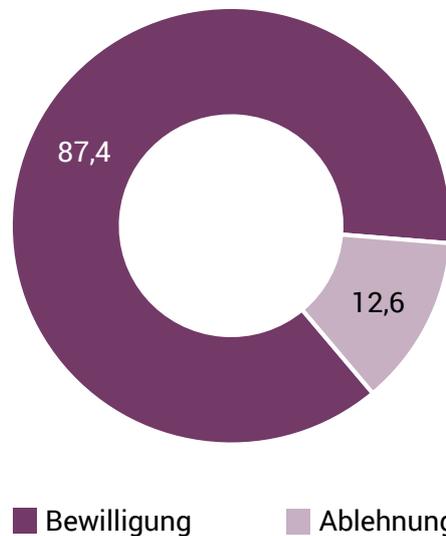
Tabelle 64. Anzahl bewilligter und abgelehnter Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Bewilligungen	Ablehnungen	Entschiedene Erstattungsanträge	Träger
BA	- **	- **	- **	0 (0%)
EGH	30	11	41	16 (5,6%)
GKV	- **	- **	- **	0 (0%)
JH	41	-*	41	16 (3,7%)
RV	81	0	81	10 (58,8%)
SER	-*	-*	-*	1 (0,5%)
UV	-*	11	11	2 (5,9%)
Gesamt	152	22	174	45 (4,2%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der bewilligten als auch zur Anzahl der abgelehnten Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen vorliegen und die mindestens einen solchen Erstattungsantrag bewilligt oder abgelehnt (also mindestens einen Erstattungsantrag entschieden) haben. Die Anzahl der entschiedenen Erstattungsanträge wurde entsprechend angepasst. Sie ergibt sich aus der Summe der Bewilligungen und der Ablehnungen.

* Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes nicht dargestellt. Auch die Anzahl der entschiedenen Erstattungsanträge wurde für die Darstellung entsprechend reduziert.

** Da bei diesen Trägern keine Erstattungsanträge eingegangen sind, können weder Bewilligungen noch Ablehnungen dargestellt werden.



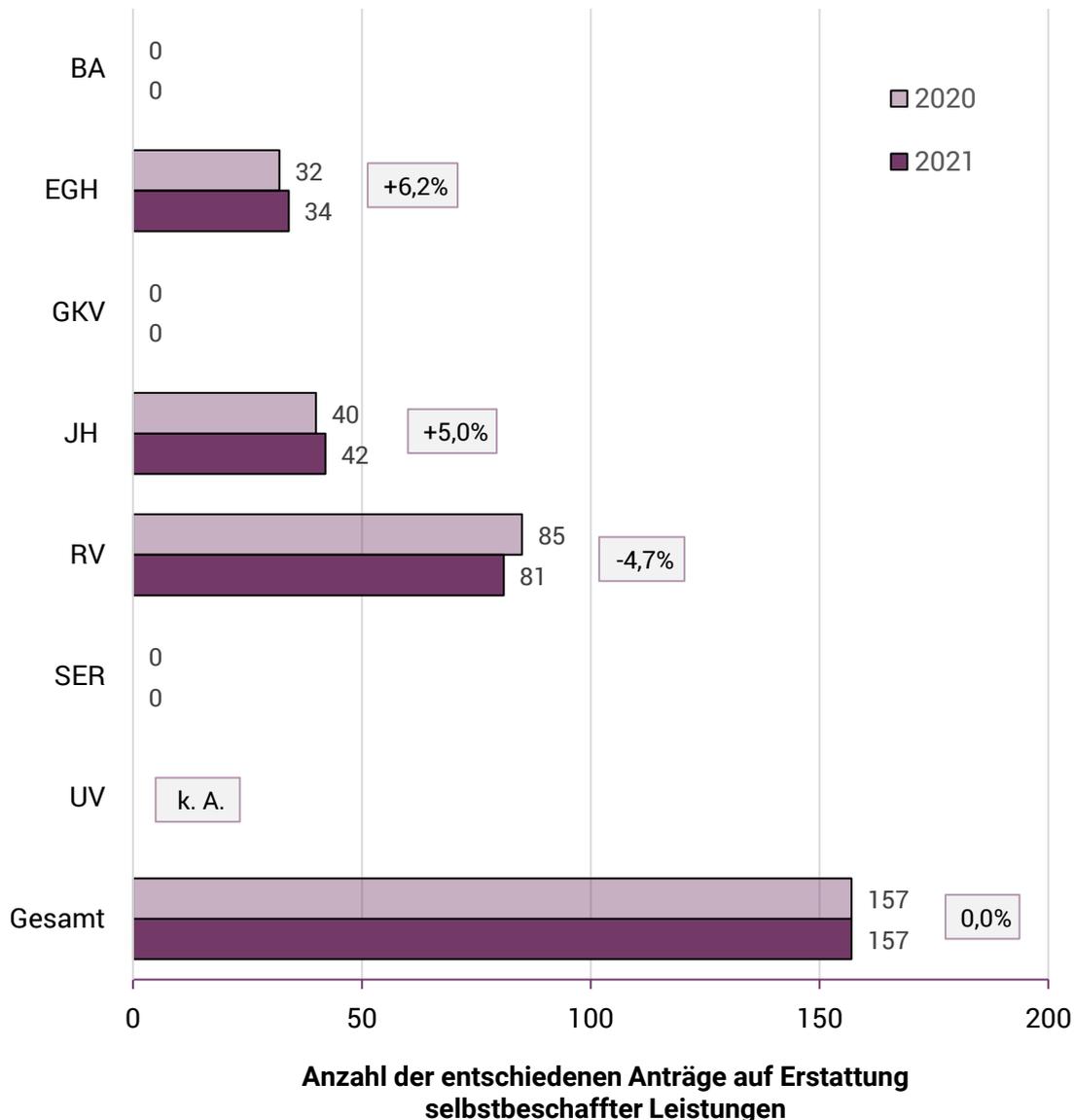
Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der bewilligten als auch zur Anzahl der abgelehnten Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen vorliegen und die mindestens einen solchen Erstattungsantrag im Berichtsjahr bewilligt oder abgelehnt (also mindestens einen Erstattungsantrag entschieden) haben.

Datengrundlage: 174 entschiedene Erstattungsanträge von 45 Trägern.

Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes in dieser Darstellung nicht berücksichtigt.

Abbildung 41. Prozentuale Verteilung der bewilligten bzw. abgelehnten Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen insgesamt

Wie viele Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach § 18 SGB IX in den einzelnen Trägerbereichen entschieden wurden, ist in Abbildung 42 für die Jahre 2020 und 2021 gegenübergestellt.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viel Prozent sich die Anzahl der Erstattungsanträge im Berichtsjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2020: 157 Erstattungsverfahren von 885 Trägern.

Datengrundlage 2021: 157 Erstattungsverfahren von 885 Trägern.

Abbildung 42. Anzahl entschiedener Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach Trägerbereich und Berichtsjahr

3.4.15. Sachverhalt 15: Rechtsbehelfe: Widersprüche und Klagen



Gesetzestext:

Die Rehabilitationsträger [...] erfassen die Anzahl der Rechtsbehelfe sowie der erfolgreichen Rechtsbehelfe aus Sicht der Leistungsberechtigten jeweils nach den Merkmalen „Widerspruch“ und „Klage“.



Fragestellungen:

Wie häufig gehen Leistungsberechtigte (erfolgreich) juristisch gegen Leistungsentscheidungen vor?

Wie häufig geschieht dies durch einen Widerspruch und wie häufig durch eine Klage?



Ergebnis:

Ein Antragsteller hat die Möglichkeit, gegen die Leistungsentscheidungen eines Trägers rechtlich vorzugehen. Für den THVB werden Rechtsbehelfe in Form von Widersprüchen und Klagen erfasst. Der Erfolg eines Widerspruchs oder einer Klage wird hier aus Sicht des Leistungsberechtigten formuliert. Ein Rechtsbehelf wird im THVB also als erfolgreich erfasst, wenn ihm aus Sicht des Leistungsberechtigten stattgegeben wurde. In bestimmten Fällen ist eine Klage ohne vorausgegangenen Widerspruch möglich. Für den Klageausgang werden ausschließlich rechtskräftige Urteile und bestandskräftige Entscheidungen (inklusive Vergleiche) herangezogen.



Zur Einordnung der Daten

Im THVB wird der Ausgang eines Rechtsbehelfs aus Sicht des Leistungsberechtigten angegeben. Ein erfolgreicher Widerspruch bzw. eine erfolgreiche Klage wurde also zugunsten des Leistungsberechtigten entschieden.

Angaben zur Anzahl der im Berichtsjahr entschiedenen **Widersprüche** liegen von 1.031 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 115.973 entschiedene Widersprüche (Tabelle 65).

Die Anzahl der nicht erfolgreichen Widersprüche ergibt sich aus der Differenz der Anzahl der entschiedenen und der Anzahl der erfolgreichen Widersprüche. Die Anzahl nicht erfolgreicher Widersprüche sowie die jeweiligen prozentualen Anteile erfolgreicher und nicht erfolgreicher Widersprüche an allen entschiedenen Widersprüchen konnten für die 363 Träger mit mindestens einem entschiedenen Widerspruch berechnet werden, von denen auch Angaben zur Anzahl erfolgreicher Widersprüche vorliegen. Die Datengrundlage reduziert sich somit auf 115.932 entschiedene Widersprüche (Tabelle 66, Abbildung 43 und Abbildung 44).

In der trägerspezifischen Darstellung des prozentualen Anteils erfolgreicher Widersprüche werden nur Träger mit mindestens 25 Widersprüchen abgebildet. Die Datengrundlage reduziert sich somit auf 114.884 entschiedene Widersprüche von 77 Trägern (Abbildung 45).

Angaben zur Anzahl der im Berichtsjahr entschiedenen **Klagen** liegen von 1.039 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 3.820 entschiedene Klagen (Tabelle 67).

Die Anzahl der nicht erfolgreichen Klagen ergibt sich aus der Differenz der Anzahl der entschiedenen und der Anzahl der erfolgreichen Klagen. Die Anzahl nicht erfolgreicher Klagen sowie die jeweiligen prozentualen Anteile erfolgreicher und nicht erfolgreicher Klagen an allen entschiedenen Klagen konnten für die 102 Träger mit mindestens einer entschiedenen Klage berechnet werden, von denen auch Angaben zur Anzahl erfolgreicher Klagen vorliegen. Die Datengrundlage reduziert sich somit auf 3.812 entschiedene Klagen (Tabelle 68, Abbildung 47 und Abbildung 48).

In der trägerspezifischen Darstellung des prozentualen Anteils erfolgreicher Klagen werden nur Träger mit mindestens 25 Klagen abgebildet. Die Datengrundlage reduziert sich somit auf 3.552 entschiedene Klagen von 22 Trägern (Abbildung 49).

Offene Rechtsbehelfe eines Kalenderjahres, also solche ohne Entscheidung in diesem Kalenderjahr, können erst im folgenden Berichtsjahr berücksichtigt werden und gehen nicht rückwirkend in das vergangene Jahr ein. Wird beispielsweise eine Klage Ende des Jahres 2021 erhoben und erst im Folgejahr 2022 rechtskräftig entschieden, wird ihr Ausgang nicht im Berichtsjahr 2021, sondern im (folgenden) Berichtsjahr 2022 abgebildet. Die Anzahl der Entscheidungen kann sich folglich auch auf Anträge aus den Vorjahren beziehen.

Die Angaben zum Anteil erfolgreicher Widersprüche (Tabelle 66, Abbildung 43, Abbildung 44 und Abbildung 45) und erfolgreicher Klagen (Tabelle 68, Abbildung 47, Abbildung 48 und Abbildung 49) ermöglichen keine Aussage über die Prozessqualität.

Ein direkter Vergleich der Angaben im THVB mit Sekundärstatistiken oder amtlichen Statistiken sollte nur unter Berücksichtigung der jeweils in den Statistiken angegebenen Datengrundlage und Erhebungssystematik erfolgen.

Tabelle 65 zeigt, wie viele Widersprüche unabhängig von deren Ausgang im Berichtsjahr entschieden wurden. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ ist außerdem ersichtlich, bei wie vielen Trägern im Jahr 2021 keine Widersprüche entschieden wurden. Hohe Werte in der Klammer in dieser letzten Spalte (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass nur wenige Träger überhaupt Widersprüche entschieden haben und die ausgewiesene Anzahl auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert.

Tabelle 65. Anzahl entschiedener Widersprüche nach Trägerbereich

Trägerbereich	Entschiedene Widersprüche	Träger	Träger mit Wert null
BA	3.254	1 (100%)	0 (0%)
EGH	2.672	259 (90,2%)	113 (39,4%)
GKV	24.468	102 (100%)	17 (16,7%)
JH	226	418 (97,0%)	323 (74,9%)
RV	84.784	17 (100%)	0 (0%)
SER	36	202 (97,6%)	192 (92,8%)
UV	533	32 (94,1%)	21 (61,8%)
Gesamt	115.973	1.031 (95,6%)	666 (61,7%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2021.

Aus der Anzahl der entschiedenen Widersprüche (unabhängig von deren Ausgang) und der Anzahl der erfolgreich entschiedenen Widersprüche kann die Anzahl der nicht erfolgreichen Widersprüche berechnet werden. Wie viele Widersprüche aus Sicht des Leistungsberechtigten erfolgreich bzw. nicht erfolgreich entschieden wurden, wird in Tabelle 66 gegenübergestellt. Dabei können nur Träger mit mindestens einem entschiedenen Widerspruch, von denen auch Angaben zur Anzahl erfolgreicher Widersprüche vorliegen, berücksichtigt werden. Auf wie viele Träger das zutrifft, ist in der Spalte „Träger“ angegeben. Niedrige Werte in der Klammer (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass die ausgewiesene Anzahl erfolgreicher bzw. nicht erfolgreicher Widersprüche auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert. Die jeweiligen Anteile, also wie viel Prozent der Widersprüche aus Sicht des Leistungsberechtigten erfolgreich bzw. nicht erfolgreich entschieden wurden, sind in Abbildung 43 dargestellt.

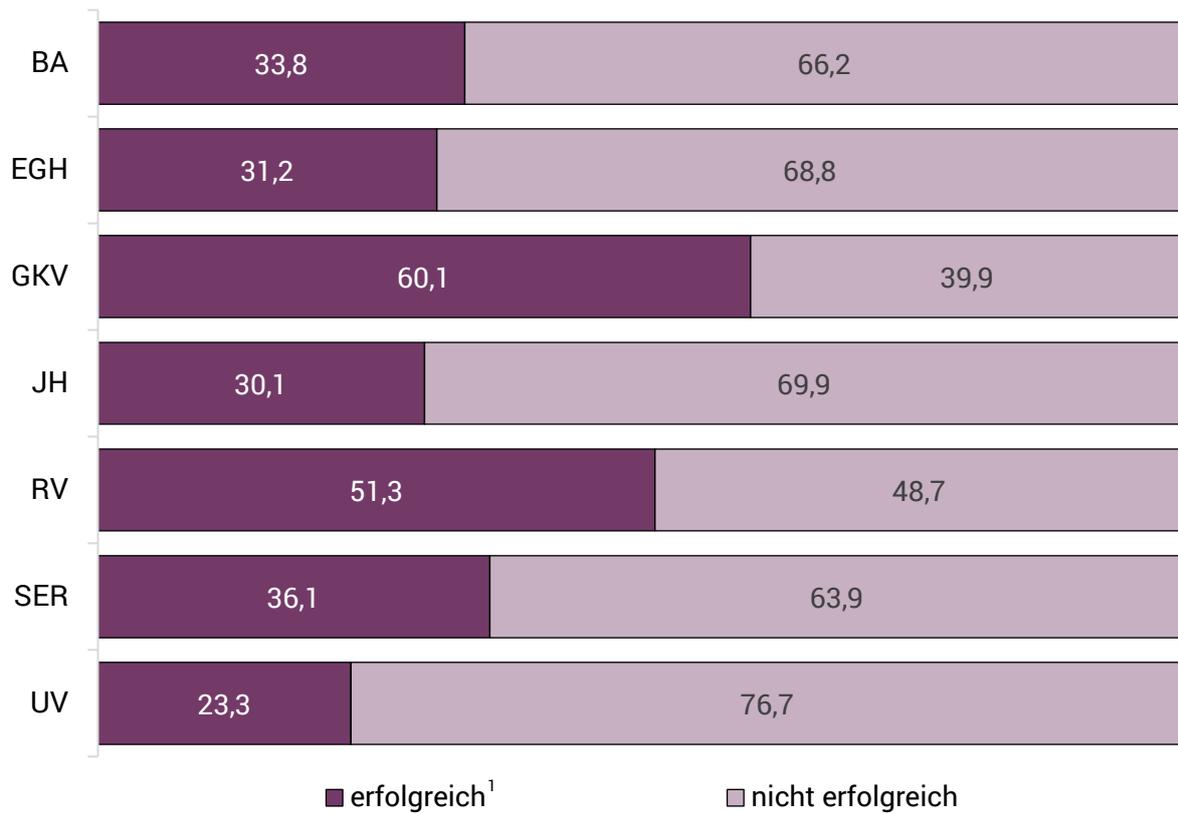
Tabelle 66. Anzahl erfolgreicher und nicht erfolgreicher Widersprüche nach Trägerbereich

Trägerbereich	Erfolgreich ¹	Nicht erfolgreich	Entschiedene Widersprüche	Träger
BA	1.099	2.155	3.254	1 (100%)
EGH	821	1.810	2.631	144 (50,2%)
GKV	14.717	9.751	24.468	85 (83,3%)
JH	68	158	226	95 (22,0%)
RV	43.472	41.312	84.784	17 (100%)
SER	13	23	36	10 (4,8%)
UV	124	409	533	11 (32,4%)
Gesamt	60.314	55.618	115.932	363 (33,6%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einem entschiedenen Widerspruch, von denen auch Angaben zur Anzahl der erfolgreichen Widersprüche vorliegen. Die Anzahl der entschiedenen Widersprüche wurde entsprechend angepasst.

¹ Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten.

Ergebnisse der Datenauswertung



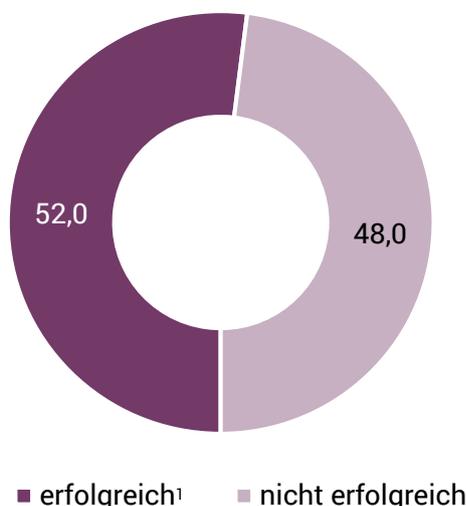
Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einem entschiedenen Widerspruch, von denen auch Angaben zur Anzahl der erfolgreichen¹ Widersprüche vorliegen.

Datengrundlage: 115.932 entschiedene Widersprüche von 363 Trägern.

¹ Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten.

Abbildung 43. Prozentuale Verteilung erfolgreicher und nicht erfolgreicher Widersprüche nach Trägerbereich

Die Verteilung der erfolgreich und der nicht erfolgreich entschiedenen Widersprüche insgesamt, also über alle Trägerbereiche hinweg, wird in Abbildung 44 gezeigt.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einem entschiedenen Widerspruch, von denen auch Angaben zur Anzahl der erfolgreichen¹ Widersprüche vorliegen.

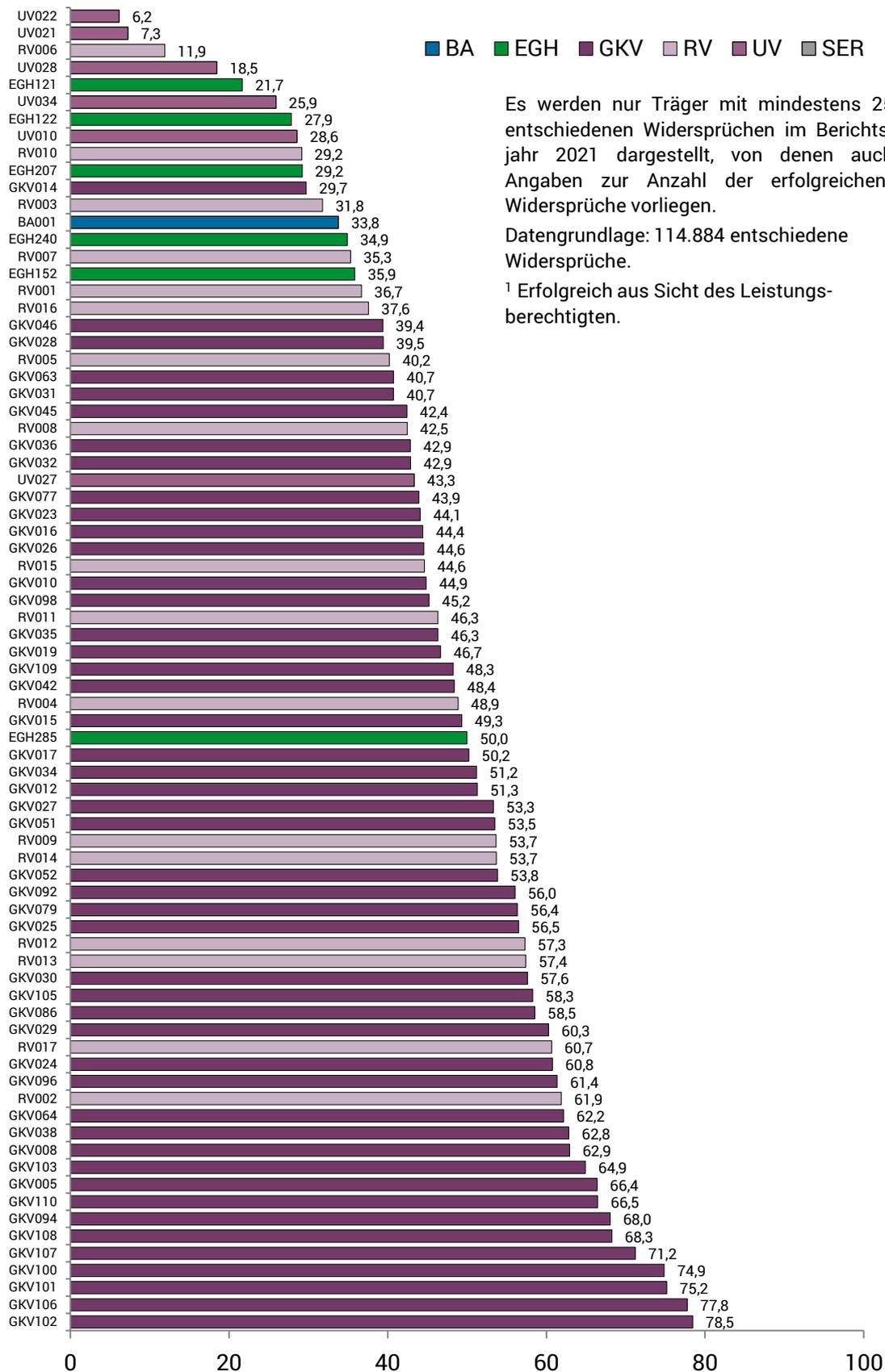
Datengrundlage: 115.932 entschiedene Widersprüche von 363 Trägern.

¹ Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten.

Abbildung 44. Prozentuale Verteilung erfolgreicher und nicht erfolgreicher Widersprüche insgesamt

Abbildung 45 stellt eine trägerspezifische Betrachtung des Anteils erfolgreich entschiedener Widersprüche aus Sicht des Leistungsberechtigten dar. Für alle Träger, die mindestens 25 Widersprüche entschieden haben, wird gezeigt, wie viel Prozent der Widersprüche aus Sicht des Leistungsberechtigten erfolgreich waren.

Ergebnisse der Datenauswertung



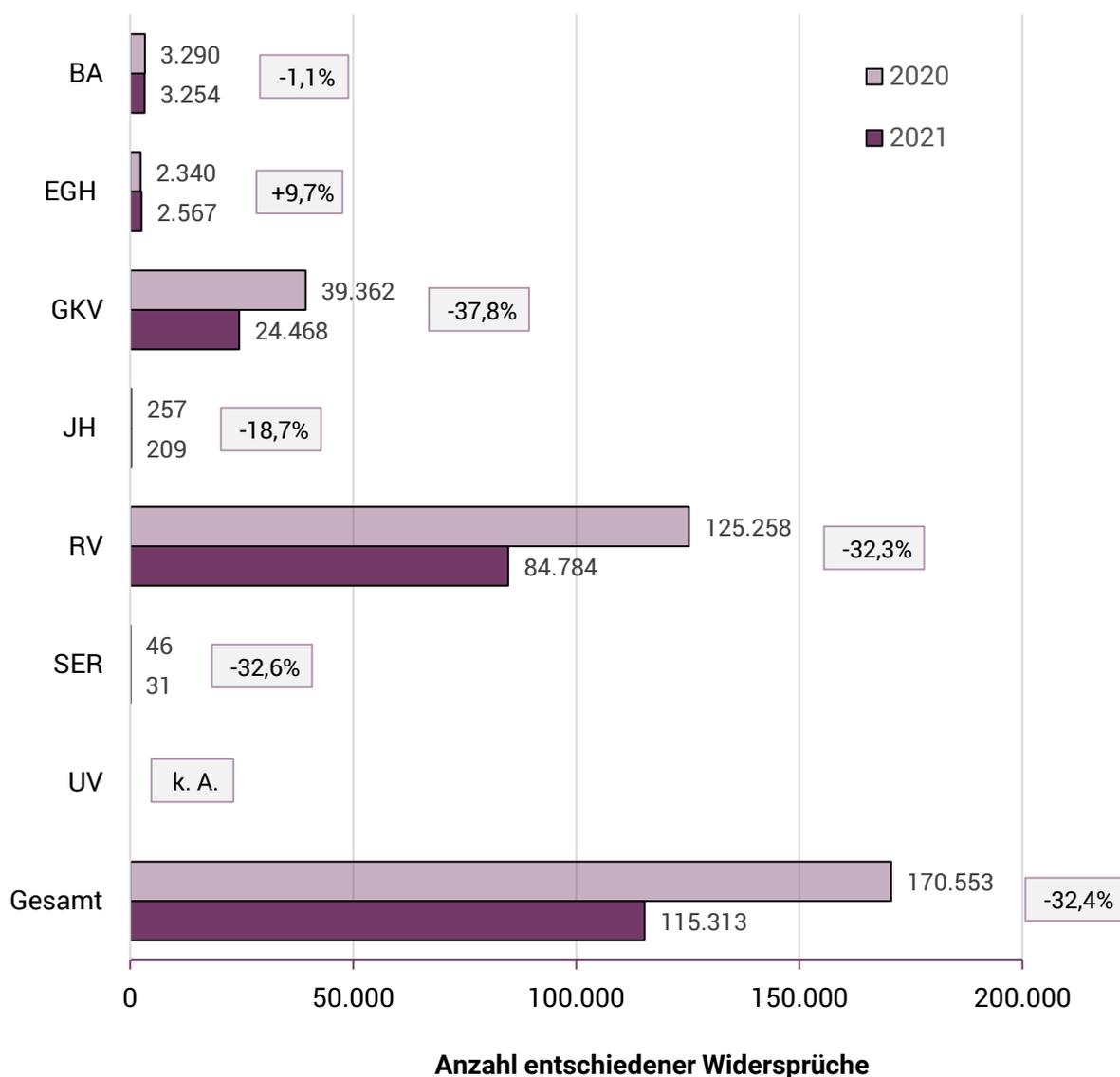
Es werden nur Träger mit mindestens 25 entschiedenen Widersprüchen im Berichtsjahr 2021 dargestellt, von denen auch Angaben zur Anzahl der erfolgreichen¹ Widersprüche vorliegen.

Datengrundlage: 114.884 entschiedene Widersprüche.

¹ Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten.

Abbildung 45. Prozentualer Anteil erfolgreicher Widersprüche pro Träger

Abbildung 46 zeigt, wie viele Widersprüche jeweils in den Jahren 2020 und 2021 entschieden wurden. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl entschiedener Widersprüche insgesamt um rund ein Drittel niedriger, wobei die einzelnen Trägerbereiche hier unterschiedliche Entwicklungen aufweisen.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der entschiedenen Widersprüche sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viele Prozent sich die Anzahl entschiedener Widersprüche im Berichtsjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2020: 170.579 entschiedene Widersprüche von 882 Trägern.
 Datengrundlage 2021: 115.342 entschiedene Widersprüche von 882 Trägern.

Abbildung 46. Anzahl entschiedener Widersprüche nach Trägerbereich und Berichtsjahr

Ergebnisse der Datenauswertung

Tabelle 67 zeigt, wie viele Klagen unabhängig von deren Ausgang im Berichtsjahr entschieden wurden. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ ist außerdem ersichtlich, bei wie vielen Trägern im Jahr 2021 keine Klagen entschieden wurden. Hohe Werte in der Klammer in dieser letzten Spalte (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass bei nur wenigen Trägern überhaupt entschiedene Klagen zu verzeichnen sind und die ausgewiesene Anzahl auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert.

Tabelle 67. Anzahl entschiedener Klagen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Entschiedene Klagen	Träger	Träger mit Wert null
BA	394	1 (100%)	0 (0%)
EGH	476	264 (92,0%)	229 (79,8%)
GKV	335	102 (100%)	81 (79,4%)
JH	31	420 (97,4%)	398 (92,3%)
RV	2.472	17 (100%)	1 (5,9%)
SER	-*	203 (98,1%)	202 (97,6%)
UV	112	32 (94,1%)	23 (67,6%)
Gesamt	3.820	1.039 (96,3%)	934 (86,6%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2021.

* Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes nicht dargestellt.

Aus der Anzahl der entschiedenen Klagen (unabhängig von deren Ausgang) und der Anzahl der erfolgreich entschiedenen Klagen kann die Anzahl der nicht erfolgreichen Klagen berechnet werden. Wie viele Klagen aus Sicht des Leistungsberechtigten erfolgreich bzw. nicht erfolgreich entschieden wurden, wird in Tabelle 68 gegenübergestellt. Dabei können nur Träger mit mindestens einer entschiedenen Klage, von denen auch Angaben zur Anzahl erfolgreicher Klagen vorliegen, berücksichtigt werden. Auf wie viele Träger das zutrifft, ist in der Spalte „Träger“ angegeben. Niedrige Werte in der Klammer (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass die ausgewiesene Anzahl erfolgreicher bzw. nicht erfolgreicher Klagen auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert. Die jeweiligen Anteile, also wie viel Prozent der Klagen aus Sicht des Leistungsberechtigten erfolgreich bzw. nicht erfolgreich entschieden wurden, sind in Abbildung 47 dargestellt.

Tabelle 68. Anzahl erfolgreicher und nicht erfolgreicher Klagen nach Trägerbereich

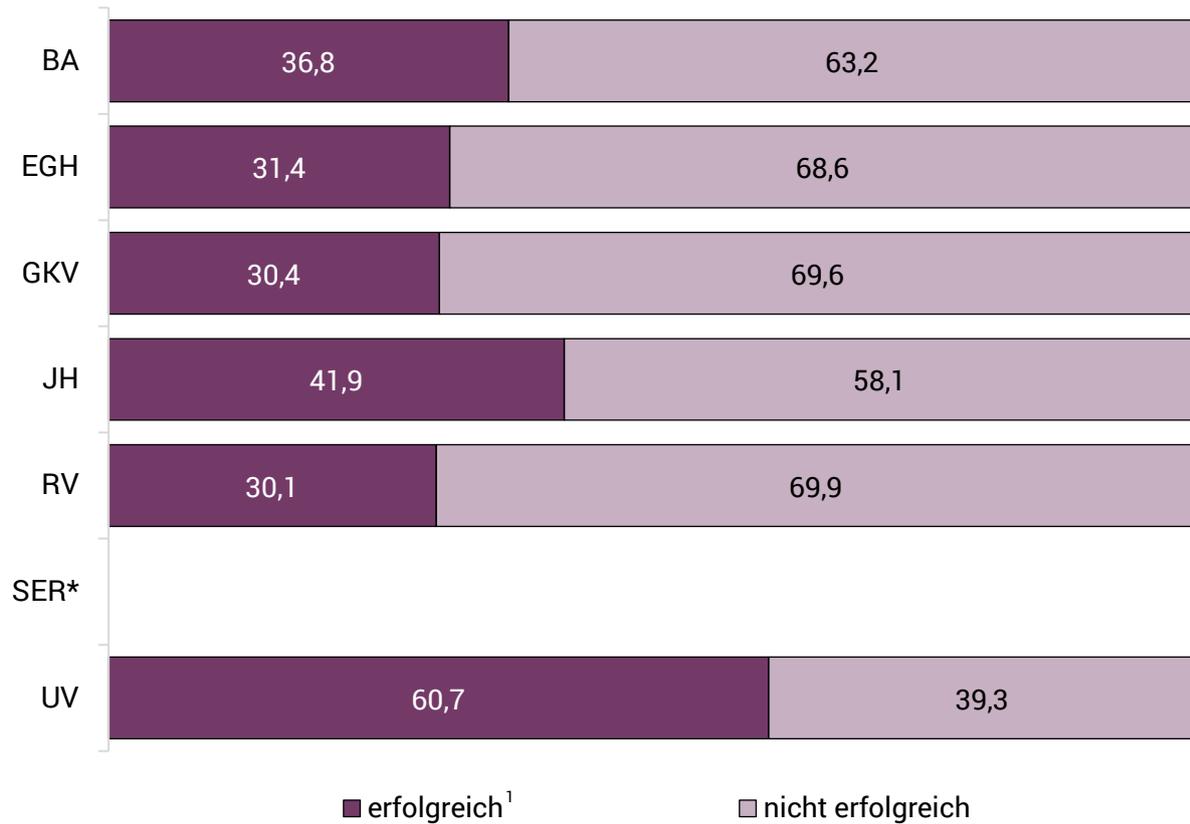
Trägerbereich	Erfolgreich¹	Nicht erfolgreich	Entschiedene Klagen	Träger
BA	145	249	394	1 (100%)
EGH	147	321	468	32 (11,1%)
GKV	102	233	335	21 (20,6%)
JH	13	18	31	22 (5,1%)
RV	745	1.727	2.472	16 (94,1%)
SER	0	-*	-*	1 (0,5%)
UV	68	44	112	9 (26,5%)
Gesamt	1.220	2.592	3.812	102 (9,5%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einer entschiedenen Klage, von denen auch Angaben zur Anzahl der erfolgreichen¹ Klagen vorliegen. Die Anzahl der entschiedenen Klagen wurde entsprechend angepasst.

¹ Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten.

* Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes nicht dargestellt.

Ergebnisse der Datenauswertung



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einer entschiedenen Klage, von denen auch Angaben zur Anzahl der erfolgreichen¹ Klagen vorliegen.

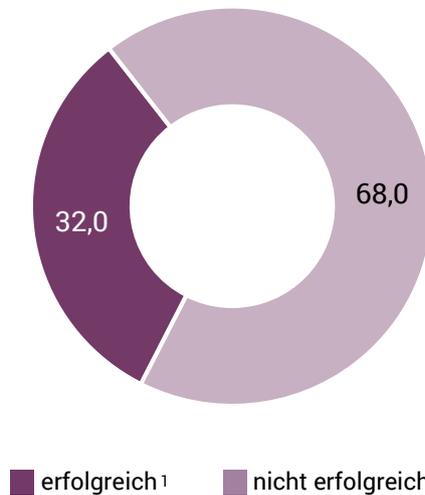
Datengrundlage: 3.812 entschiedene Klagen von 102 Trägern.

¹ Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten.

* Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes anteilig nicht dargestellt.

Abbildung 47. Prozentuale Verteilung erfolgreicher und nicht erfolgreicher Klagen nach Trägerbereich

Die Verteilung der erfolgreich und der nicht erfolgreich entschiedenen Klagen insgesamt, also über alle Trägerbereiche hinweg, wird in Abbildung 48 gezeigt.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einer entschiedenen Klage, von denen auch Angaben zur Anzahl der erfolgreichen¹ Klagen vorliegen.
 Datengrundlage: 3.812 entschiedene Klagen von 102 Trägern.

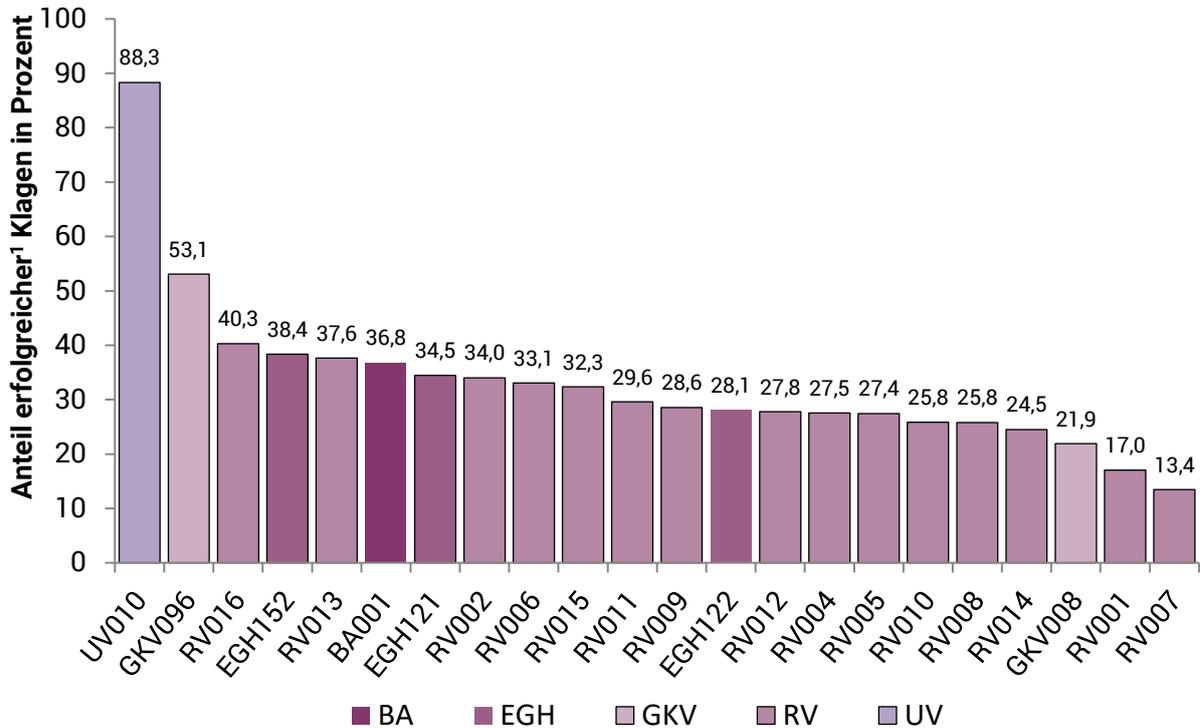
¹ Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten.

Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes in dieser Darstellung nicht berücksichtigt.

Abbildung 48. Prozentuale Verteilung erfolgreicher und nicht erfolgreicher Klagen insgesamt

Ergebnisse der Datenauswertung

Abbildung 49 stellt eine trägerspezifische Betrachtung des Anteils erfolgreich entschiedener Klagen aus Sicht des Leistungsberechtigten dar. Für alle Träger, bei denen mindestens 25 Klagen entschieden wurden, ist dargestellt, wie viel Prozent der Klagen aus Sicht des Leistungsberechtigten erfolgreich waren.



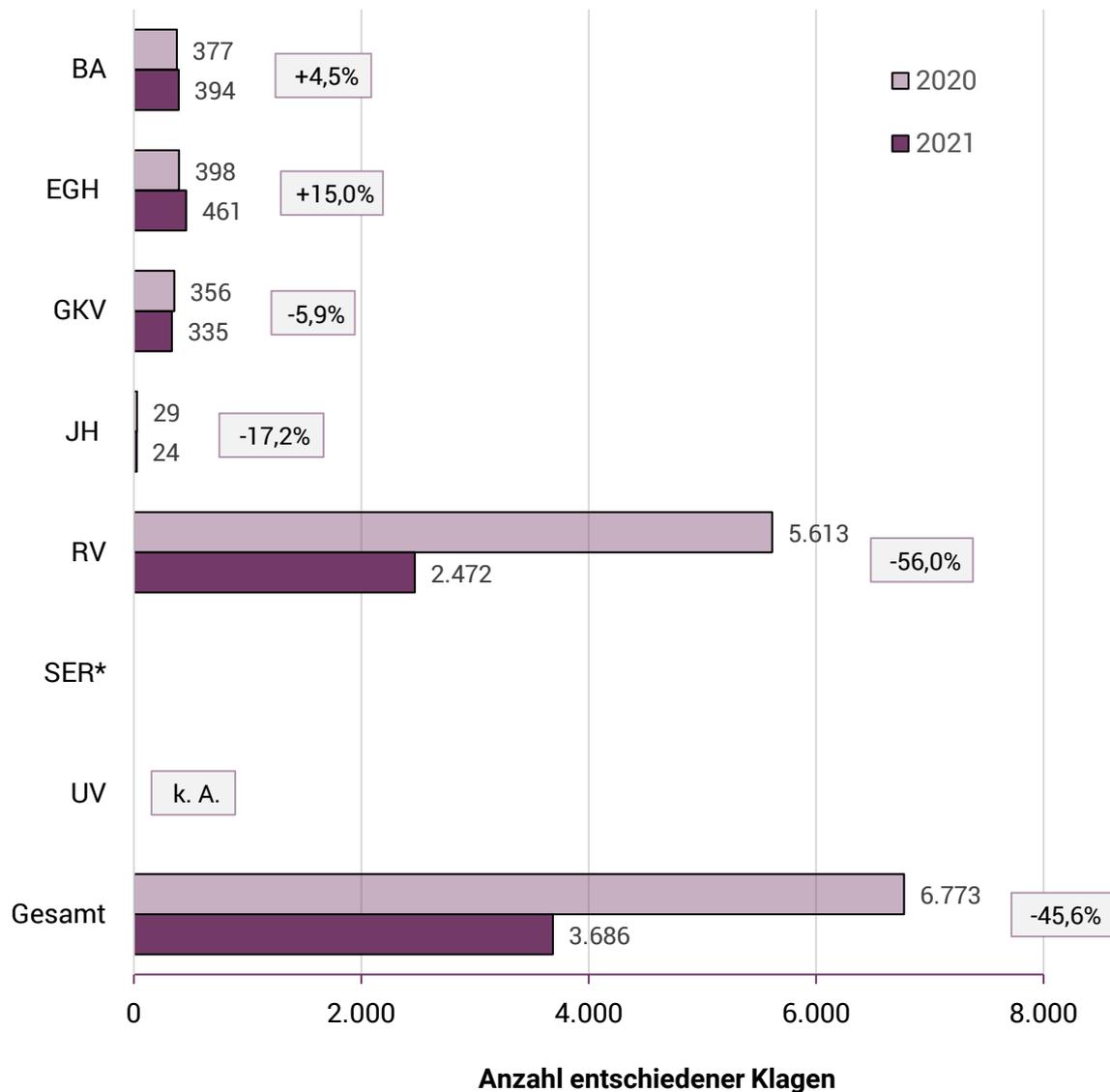
Es werden nur Träger mit mindestens 25 entschiedenen Klagen im Berichtsjahr 2021 dargestellt, von denen auch Angaben zur Anzahl der erfolgreichen¹ Klagen vorliegen.

Datengrundlage: 3.552 entschiedene Klagen.

¹ Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten.

Abbildung 49. Prozentualer Anteil erfolgreicher Klagen pro Träger

Abbildung 50 zeigt im Vergleich, wie viele Klagen jeweils in den Jahren 2020 und 2021 entschieden wurden. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Anzahl entschiedener Klagen insgesamt fast halbiert, wobei die einzelnen Trägerbereiche hier unterschiedliche Entwicklungen aufweisen.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl entschiedener Klagen sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viel Prozent sich die Anzahl entschiedener Klagen im Berichtsjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2020: 6.773 entschiedene Klagen von 868 Trägern.

Datengrundlage 2021: 3.686 entschiedene Klagen von 868 Trägern.

* Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes in dieser Darstellung nicht berücksichtigt. Die Anzahl der entschiedenen Klagen in der Datengrundlage wurde für beide Berichtsjahre entsprechend reduziert.

Abbildung 50. Anzahl entschiedener Klagen nach Trägerbereich und Berichtsjahr



Aus den Trägerbereichen

Bei der **BA** handelt es sich bei den Rechtsbehelfen um Widersprüche und Klagen mit Bezug zu Rehabilitation, unabhängig vom Zeitraum der Bescheidung. Relevant für die zeitliche Zuordnung ist das Datum der Widerspruchs- bzw. Klageentscheidung.

In der **UV** werden die Angaben i. S. des Teilhabeverfahrensberichts erstmals 2021 statistisch erhoben, ein Vergleich mit dem Jahr 2020 ist daher nicht möglich. Der Anteil von 88,3 Prozent positiv entschiedener Klagen (vgl. Abbildung 49) eines UV-Trägers bezieht sich auf sehr wenige Klagefälle.

3.4.16. Sachverhalt 16: Dauerhafte Integration in Arbeit nach einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben



Gesetzestext:

Die Rehabilitationsträger [...] erfassen die Anzahl der Leistungsberechtigten, die sechs Monate nach dem Ende der Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen haben, soweit die Maßnahme von einem Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nummer 2 bis 7 erbracht wurde.



Fragestellung:

Wie viele Leistungsberechtigte sind ein halbes Jahr nach Beendigung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben sozialversicherungspflichtig beschäftigt?



Ergebnis:

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) zielen darauf ab, die Arbeits- und Berufstätigkeit zu fördern und damit eine dauerhafte Integration in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu erreichen. In welchem Ausmaß die mit den Leistungen angestrebten Ziele erreicht werden, leitet sich vorrangig ab aus den jeweiligen gesetzlichen Aufgabenschwerpunkten des zuständigen Rehabilitationsträgers i. V. m. § 4 SGB IX.



Zur Einordnung der Daten

Da dieser Sachverhalt nicht für alle Trägerbereiche einschlägig ist, können nicht alle Träger entsprechende Daten erfassen und übermitteln. Bei den Trägerbereichen BA, EGH, JH, RV, SER und UV gehören LTA zum Leistungsspektrum. Nur die BA, die RV und die UV erfassen auch systematisch den weiteren beruflichen Verlauf der Leistungsberechtigten nach LTA.

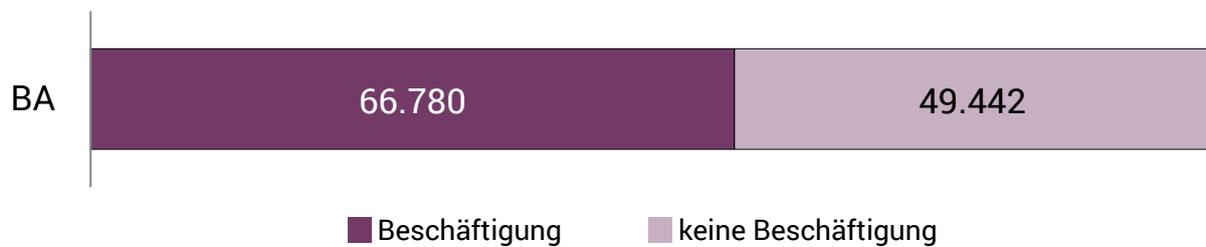
Da der Trägerbereich GKV und die LAK keine LTA-Leistungen erbringen, ist dieser Sachverhalt nicht einschlägig und es werden keine Angaben erfasst und berichtet.

Ergebnisse der Datenauswertung

Nachfolgend werden die Daten für Sachverhalt 16 für die BA, den Trägerbereich RV und den Trägerbereich UV dargestellt. Aufgrund der Unterschiede in der Struktur der Leistungsberechtigten dieser drei Trägerbereiche können ihre Daten hier nur eingeschränkt miteinander verglichen werden.

Dauerhafte Integration in Arbeit bei der BA

Die BA berichtet 116.222 Leistungsfälle, die im Zeitraum vom 01.07.2020 bis zum 30.06.2021 eine LTA-Maßnahme beendet haben. Innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten nach Ende der LTA-Maßnahme haben davon 66.780 Leistungsfälle im Berichtsjahr eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen. Hingegen haben 49.442 Leistungsfälle im selben Zeitraum keine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen (vgl. Abbildung 51).

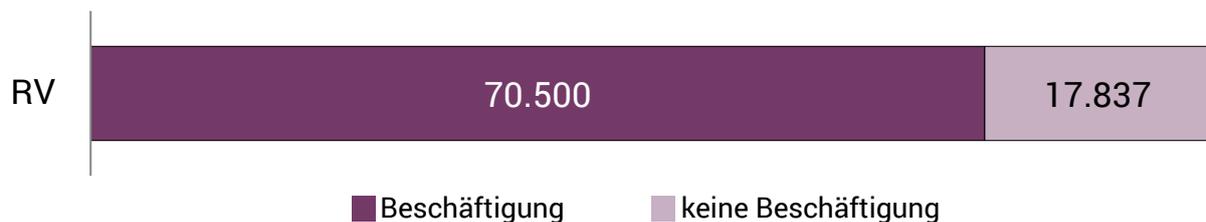


Datengrundlage: 116.222 beendete LTA-Maßnahmen für das Berichtsjahr 2021.

Abbildung 51. Anzahl sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungen 6 Monate nach Ende einer LTA-Maßnahme bei der BA

Dauerhafte Integration in Arbeit im Trägerbereich RV

Die Träger der **RV** berichten 88.337 Leistungsfälle, bei denen das Datum des Leistungsendes plus sechs Monate im Vorjahr des Berichtsjahres liegt (Für den vierten THVB gilt entsprechend das Leistungsende zwischen 01.07.2019 bis 30.06.2020.). Im 6. Kalendermonat nach dem Endmonat jeder LTA-Leistung wird geprüft, ob eine Beschäftigung vorliegt. Dies trifft auf 70.500 Leistungsberechtigte zu; bei 17.837 Leistungsberechtigten liegt demnach keine Beschäftigung vor (vgl. Abbildung 52). Eine auslösende LTA-Leistung sind hier alle Leistungen nach den §§ 49 und 50 SGB IX, außer Berufsvorbereitungen.



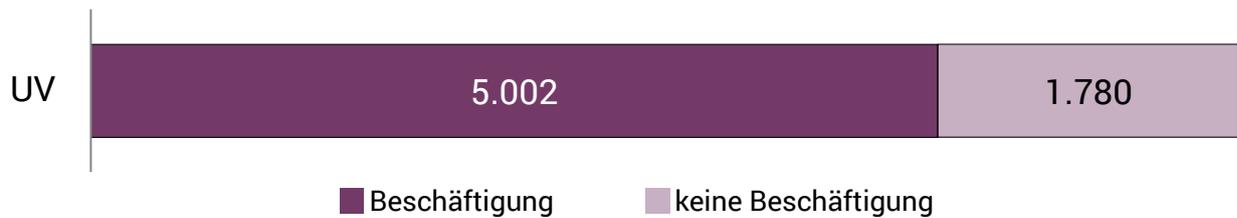
Datengrundlage: 88.337 beendete LTA-Maßnahmen von 16 Trägern für das Berichtsjahr 2021.

Abbildung 52. Anzahl der Beschäftigungen 6 Monate nach Ende einer LTA-Maßnahme bei der RV

Ergebnisse der Datenauswertung

Dauerhafte Integration in Arbeit im Trägerbereich UV

Die Träger der **UV** berichten 6.782 Leistungsfälle mit einer beendeten LTA-Maßnahme. Innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten nach Ende der LTA-Maßnahme haben davon 5.002 Leistungsfälle im Berichtsjahr eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen. Hingegen haben 1.780 Leistungsfälle im selben Zeitraum keine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen (vgl. Abbildung 53).



Datengrundlage: 6.782 beendete LTA-Maßnahmen von 34 Trägern für das Berichtsjahr 2021.

Abbildung 53. Anzahl der Beschäftigungen 6 Monate nach Ende einer LTA-Maßnahme bei der UV



Aus den Trägerbereichen

Die **BA** erbringt LTA, sofern nicht ein anderer Rehabilitationsträger im Sinne des SGB IX zuständig ist. Ziel ist es, die nachhaltige und dauerhafte Integration in den Ausbildungs- oder Arbeitsmarkt für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen zu sichern.

75 Prozent aller Anträge auf LTA bei der **BA** betreffen die berufliche Eingliederung junger Menschen an der ersten Schwelle beim Übergang von der Schule in den Beruf. Bei erwachsenen Rehabilitanden handelt es sich im Wesentlichen um Erwerbslose, bei denen die Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt unterstützt wird. Die Dauer der Erwerbslosigkeit stellt einen wichtigen Faktor für die Integrationswahrscheinlichkeit dar. Daher unterscheidet sich die Struktur der Leistungsberechtigten der BA in der beruflichen Rehabilitation von der anderer Rehabilitationsträger deutlich. Gemessen wird die dauerhafte Integration in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt (nicht Ausbildungsaufnahme, nicht Einmündung in WfbM).

Die **DRV** erbringt LTA, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind und kein Ausschlussgrund vorliegt.

Durch die berufliche Rehabilitation der **DRV** soll für Berufstätige ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben aufgrund einer Erkrankung oder Behinderung verhindert und eine möglichst dauerhafte Erwerbsfähigkeit gesichert werden.

Die **UV** erbringt Leistungen (zur Teilhabe am Arbeitsleben), auch wenn das Ziel nicht eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung (sondern z. B. eine selbständige Tätigkeit oder die Eingliederung in ein Ehrenamt) darstellt. Daher könnten hier Fälle ohne Beschäftigung fälschlich als nicht erfolgreiche Wiedereingliederung dargestellt werden. Eine Verzerrung der Eingliederungsquote kann sich auch für Fälle ergeben, in denen der UV-Träger die DGUV-interne Jobvermittlung „DGUV-job“ eingeschaltet hat, da dann tatsächlich die Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben noch nicht beendet war, auch wenn der UV-Träger selbst nicht mehr tätig wird.

Des Weiteren erbringt die **UV** Leistungen im Eingangs-, Berufsbildungs- und Arbeitsbereich einer WfbM. Die Leistungen in der WfbM, insbesondere im Arbeitsbereich, werden nicht nur für einen bestimmten Bedarf vorübergehend, sondern in der Regel bis zum Eintritt in die Altersrente erbracht.

3.5. Daten zur Förderung der Selbsthilfe nach § 45 SGB IX

Nach § 45 SGB IX sollen die Rehabilitationsträger Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Prävention, Rehabilitation, Früherkennung, Beratung, Behandlung und Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen zum Ziel gesetzt haben, nach einheitlichen Grundsätzen fördern. Hierzu wurde auf Ebene der BAR die Gemeinsame Empfehlung „Förderung der Selbsthilfe“ erarbeitet. Die Leistungsvoraussetzungen zur Selbsthilfeförderung sind in den jeweiligen Leistungsgesetzen der Rehabilitationsträger geregelt. Darüber hinaus gilt für alle Rehabilitationsträger die UN-BRK, insbesondere Art. 26 Abs. 1 Satz 1 UN-BRK, in dem sich die Vertragsstaaten unter anderem zur Förderung der Selbsthilfe verpflichten. Die Rechtsgrundlagen der verschiedenen Rehabilitationsträger zur Aufgabe „Förderung der Selbsthilfe“ unterscheiden sich bisher. Die Daten der Rehabilitationsträger über Art und Höhe der Förderung der Selbsthilfe fließen laut § 45 Satz 2 SGB IX in den THVB mit ein und werden im Folgenden nach den einzelnen Trägerbereichen gegliedert dargestellt.



Gesetzestext:

Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen, die sich die Prävention, Rehabilitation, Früherkennung, Beratung, Behandlung und Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen zum Ziel gesetzt haben, sollen nach einheitlichen Grundsätzen gefördert werden. Die Daten der Rehabilitationsträger über Art und Höhe der Förderung der Selbsthilfe fließen in den Bericht der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation nach § 41 ein.



Fragestellung(en):

Wie hoch sind die Ausgaben zur Förderung der Selbsthilfe bei den Rehabilitationsträgern?



Ergebnis:

Für die BA ist im SGB III keine explizite Vorschrift zur Förderung der Selbsthilfe enthalten. Als Rehabilitationsträgerin unterstützt die BA die Selbsthilfe ideell. Daten zur Selbsthilfeförderung liegen für den vierten THVB von diesem Träger nicht vor.

Für die Träger der EGH ist im SGB XII bisher keine explizite Vorschrift zur Förderung der Selbsthilfe enthalten. Daten zur Selbsthilfeförderung liegen für den vierten THVB aus diesem Trägerbereich nicht vor.

Die Selbsthilfeförderung der GKV nach § 20h SGB V sieht eine Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen auf regionaler, Landes- und Bundesebene vor. Die

Förderung erfolgt als Pauschal- oder Projektfinanzierung. Mindestens 70 Prozent der insgesamt nach § 20h SGB V aufzubringenden Fördermittel werden für die kassenartenübergreifende Pauschalförderung zur Verfügung gestellt. Die übrigen maximal 30 Prozent der Fördermittel können die einzelnen Krankenkassen für krankenkassenindividuelle Projektförderungen verwenden. Durch eine Gesetzesänderung im Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) sollen die Krankenkassen im Rahmen ihrer Selbsthilfeförderung nun sowohl die Nutzung von analogen Angeboten als auch die Nutzung von digitalen Angeboten und Anwendungen gleichberechtigt unterstützen. Digitale Anwendungen müssen dabei den hohen Anforderungen an den Datenschutz und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik genügen.

Grundlage der für den THVB verwendeten Daten bilden die Kontenarten 5130 (Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen – nur Zuschuss) und 5140 (Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen – ohne Zuschuss) der KJ 1-Statistik aus dem Jahr 2021.

Über den gesamten Trägerbereich GKV gesehen betrug die Förderung der Selbsthilfe in 2021 insgesamt rund 85,3 Mio. Euro. In Abbildung 54 sind die Ausgaben für die Selbsthilfeförderung der GKV differenziert nach Kassenarten dargestellt.

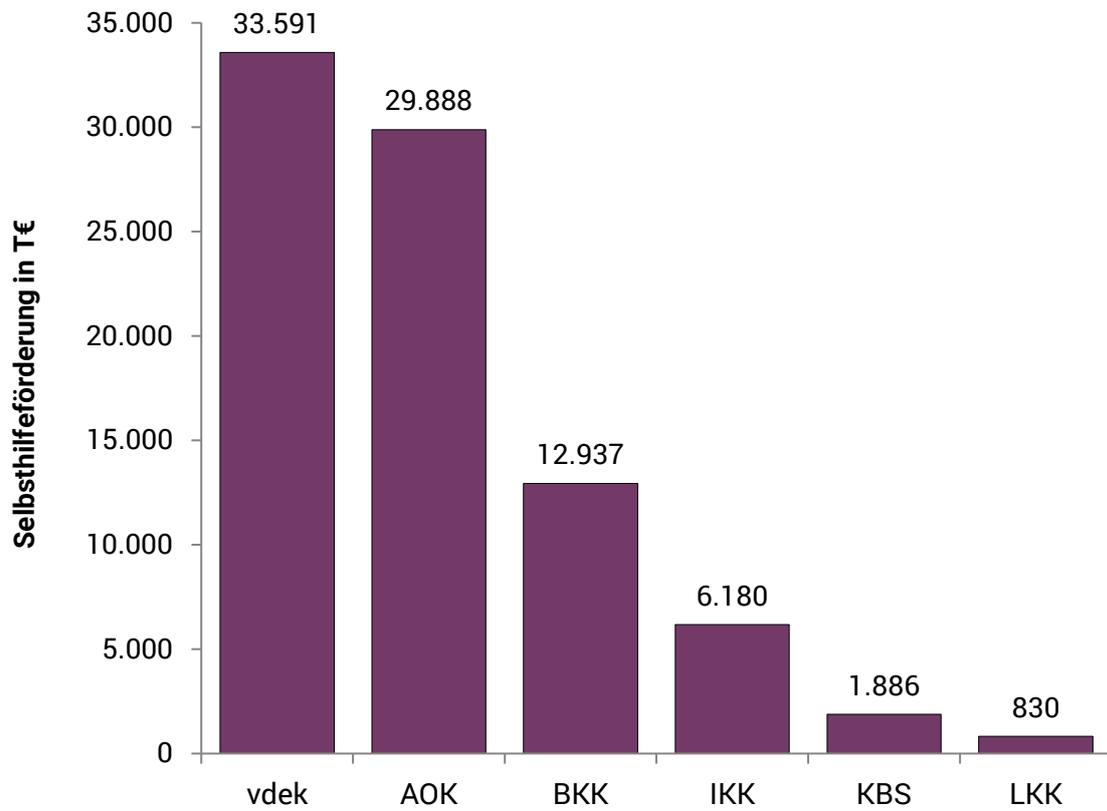


Abbildung 54. Ausgaben zur Förderung der Selbsthilfe nach Kassenarten in 2021

Der § 4 Abs. 3 SGB VIII sieht vor, dass die öffentliche JH die freie JH nach Maßgabe des SGB VIII fördern und dabei die verschiedenen Formen der Selbsthilfe stärken soll. In der Praxis kommt diese Bestimmung vor allem bei der Unterstützung selbstorganisierter Formen der Tagesbetreuung und der Jugendarbeit für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche zum Tragen. In diesem Zusammenhang werden Leistungsangebote finanziell gefördert, nicht aber die Institution, das heißt die Jugendeinrichtung als solche. Daten zur Selbsthilfeförderung liegen für den vierten THVB aus diesem Trägerbereich nicht vor.

Die Regelung des § 45 SGB IX wird für die RV spezialgesetzlich durch § 31 SGB VI ausgestaltet. Gemeldet für den THVB werden daher Förderbeträge, die die Träger der RV an entsprechende Institutionen zugewandt haben. Diese beinhalten Beträge zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB VI in Verbindung mit den Richtlinien über Zuwendungen durch die Träger der gesetzlichen RV an Einrichtungen, die auf dem Gebiet der Rehabilitation forschen oder die Rehabilitation fördern. In 2021 beliefen sich diese Ausgaben über alle Träger der Rentenversicherung gesehen auf knapp 7,7 Mio. Euro. In Abbildung 55 sind die Ausgaben für die Selbsthilfeförderung der RV aus dem Jahr 2021 nach den Trägern der Rentenversicherung gegliedert dargestellt.

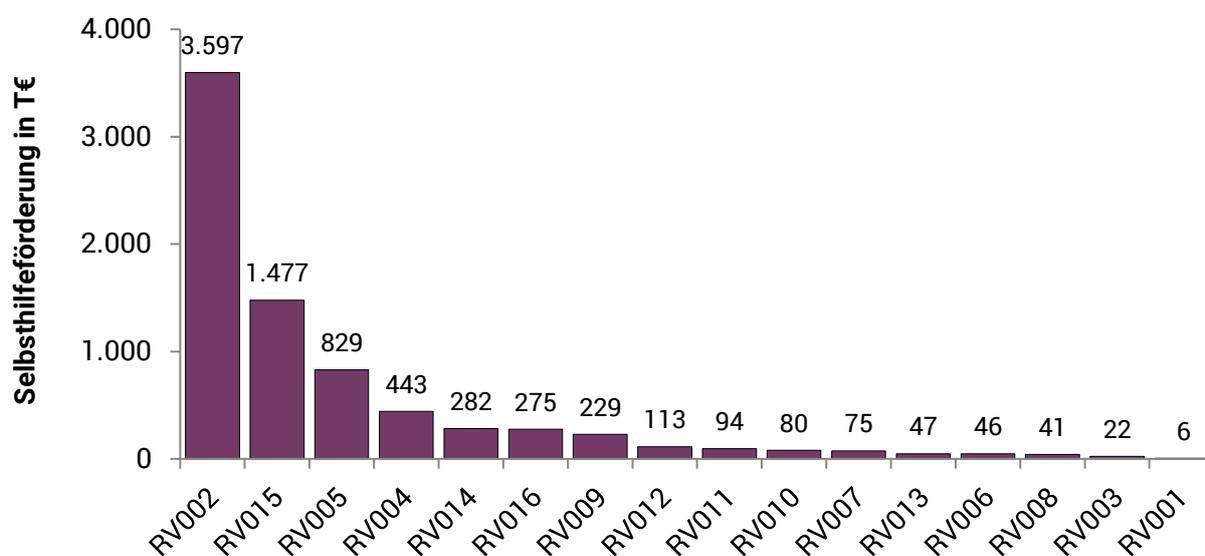


Abbildung 55. Ausgaben zur Förderung der Selbsthilfe bei der DRV in 2021

Für die Träger der KOF im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung ist eine Förderung gemäß § 27d Abs. 2 BVG möglich. Sie beinhaltet in Einzelfällen die Erbringung von Leistungen für die individuelle Teilnahme an Angeboten der Selbsthilfe. Daten zur Selbsthilfeförderung liegen für den vierten THVB aus diesem Trägerbereich nicht vor.

Ergebnisse der Datenauswertung

Für die Träger der KOV im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden gilt die Regelung des § 10 Abs. 6 Satz 2 BVG. Diese Vorschrift weist darauf hin, dass die Leistungen nach der Maßgabe des SGB V erbracht werden. Für die Erbringung sind nach § 18c Abs. 1 Satz 3 BVG die gesetzlichen Krankenkassen zuständig. Daten zur Selbsthilfeförderung liegen für den vierten THVB aus diesem Trägerbereich nicht vor.

Die Vorschriften der UV (SGB VII) enthalten keine expliziten Hinweise zur Förderung der Selbsthilfe. Im Rahmen von § 39 Abs. 1 SGB VII können einzelne Versicherte aber bei Bedarf zur Teilnahme an Angeboten der Selbsthilfe unterstützt werden. Daten zur Selbsthilfeförderung liegen für den vierten THVB aus diesem Trägerbereich nicht vor.

4. Aus den Trägerbereichen

Dieses Kapitel umfasst ergänzende Beiträge aus den Trägerbereichen, die über die Eingaben in den Infoboxen in Kapitel 3 hinausgehen. Beiträge liegen von der BA, aus dem Trägerbereich der EGH, der JH sowie der UV vor.

Die nachfolgenden Abschnitte geben die Beiträge aus den Trägerbereichen im Wortlaut wieder.³²

4.1. Bundesagentur für Arbeit

Die Bundesagentur für Arbeit (BA) ist eine rechtsfähige bundesunmittelbare Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Sie gliedert sich in eine Zentrale auf der oberen Verwaltungsebene und zehn Regionaldirektionen auf der mittleren Verwaltungsebene. Sie ist mit 155 Agenturen für Arbeit (AA) und etwa 600 Geschäftsstellen vor Ort präsent. Außerdem sind die AA gemeinsam mit Landkreisen oder kreisfreien Städten für 301 Jobcenter in gemeinsamer Einrichtung (gE) verantwortlich. Dementsprechend ist die BA nahezu überall in ganz Deutschland gut erreichbar und hat einen überdurchschnittlich hohen Bekanntheitsgrad.

Die BA ist auch Rehabilitationsträger für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sowie unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen. Im Vergleich zu den weiteren Rehabilitationsträgern ist die BA aufgrund ihrer Organisationsstruktur keinem Trägerbereich zugeordnet, sie agiert als solitärer Rehabilitationsträger. Ziel ist es, die nachhaltige und dauerhafte Integration in den Ausbildungs- oder Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen zu sichern. Die BA erbringt Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, sofern nicht ein anderer Rehabilitationsträger im Sinne des SGB IX zuständig ist.

Daher werden Anträge anderer Leistungsgruppen immer an die dafür zuständigen Träger weitergeleitet. Des Weiteren ist die BA im Verhältnis zu anderen Trägern, die ebenfalls LTA erbringen können, nachrangig zuständig. Daher werden entsprechend den gesetzlichen Regelungen auch Anträge auf LTA an jeweils vorrangige Träger weitergeleitet.

Die proaktive Identifizierung möglicher Rehabilitationsbedarfe ist Aufgabe aller Beratungs- und Vermittlungsfachkräfte in den operativen Bereichen der Agenturen für Arbeit sowie gemeinsamen Einrichtungen (Jobcenter). Vor allem die berufliche Orientierung und Beratung von Schülerinnen und Schülern setzt sehr frühzeitig ein. Rund 75 Prozent aller Anträge auf

³² Es erfolgten – wo notwendig – lediglich redaktionelle Anpassungen der Texte an den Aufbau, Schriftform und Sprachgebrauch des vorliegenden Berichts.

LTA betreffen die berufliche Eingliederung junger Menschen an der ersten Schwelle beim Übergang von der Schule in den Beruf. Daher unterscheidet sich die Struktur der Leistungsberechtigten der BA in der beruflichen Rehabilitation von der anderer Rehabilitationsträger deutlich. Da die Rehabilitationsbedarfe junger Menschen in der Regel vor Ende der Schulzeit festgestellt werden, Bewilligungsbescheide im Interesse der Leistungsberechtigten zeitnah erfolgen und sich Maßnahmeeintritte häufig an festen Beginnsterminen (z. B. am Ausbildungsbeginn) orientieren, resultieren daraus mitunter höhere Antrittslaufzeiten.

Einige Variablen und Auswertungen entfallen für die BA aufgrund ihrer Organisation als solitärer Rehabilitationsträger.

Die BA unterstützt die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes und begrüßt die durch den Teilhabeverfahrensbericht geschaffene neue Transparenz im gegliederten System der Rehabilitation.

4.2. Eingliederungshilfe

Die Eingliederungshilfe ist mit Leistungen im Umfang von 22 Milliarden Euro netto jährlich an ca. 980.000 Personen der größte Rehabilitationsträger. Sie gewährt eine der wichtigsten Sozialleistungen zur Sicherung des Rechts auf Teilhabe für Menschen mit Behinderungen in Deutschland. Das Leistungsspektrum reicht von der vorschulischen und schulischen Unterstützung, Betreuung und (Früh-)Förderung für Kinder mit (drohender) Behinderung über die Unterstützung erwachsener Menschen mit Behinderung bei der Teilhabe am Arbeitsleben in Werkstätten für behinderte Menschen und im Budget für Arbeit bis hin zu verschiedenen Maßnahmen der sozialen Teilhabe einschließlich der Assistenz beim Wohnen in der eigenen Wohnung oder in besonderen Wohnformen.

Anders als bei den meisten anderen Rehabilitationsträgern, werden die Leistungen nicht nur punktuell für einen bestimmten Bedarf und vorübergehend, sondern vollumfänglich für alle Lebensbereiche der betroffenen Menschen und in der Regel ihr Leben lang gewährt.

Die Eingliederungshilfe ist keine Versicherungsleistung, sondern eine Leistung der öffentlichen Fürsorge. Die Bestimmung der für die Leistungen zuständigen Träger der Eingliederungshilfe erfolgt durch die Bundesländer. Dies erklärt, warum in den Ländern unterschiedliche Behörden für die Eingliederungshilfe zuständig sind. In den Flächenländern liegt die Zuständigkeit entweder bei den Landkreisen und kreisfreien Städten (so in Baden-Württemberg, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein und Thüringen) oder beim Land bzw. einem höheren Kommunalverband (so in Bayern, Saarland und Sachsen-Anhalt) oder die Zuständigkeit wurde zwischen örtlicher und überörtlicher Ebene geteilt (so in Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Sachsen). Die Zahl der Träger der Eingliederungshilfe ist dementsprechend hoch.

Die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen stand – wie bereits in den Jahren 2019 und 2020 – auch im Jahr 2021 vor besonderen Herausforderungen. Durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) wurde die Eingliederungshilfe mit Wirkung zum 1. Januar 2020 aus dem Sozialhilferecht nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) herausgelöst und als Teil 2 in das Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) überführt und in weiten Teilen neu geregelt. In allen Bundesländern wurden die zuständigen Leistungsträger neu bestimmt; in einigen Bundesländern kam es zu Veränderungen der Zuständigkeiten im Vergleich zu vorher. Die Trennung der Fachleistung von den existenzsichernden Leistungen sowie das in der Eingliederungshilfe umfangreiche neue Gesamtplanverfahren als auch die Umstellung der Vereinbarungen mit den Leistungserbringern waren und sind sehr zeit- und personalaufwendig. Fast alle Sozialämter mussten neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einstellen, manche ihr Personal sogar verdoppeln.

Auch bei den technischen Anpassungen der Verfahren und Prozesse stand, wie generell, im Vordergrund, die Leistungsgewährung für die betroffenen Menschen nach dem Bundesteilhabegesetz sicherzustellen. Dies ist überall sehr gut gelungen. In mehreren Bundesländern wurden in den Landesrahmenverträgen Übergangsregelungen für die Umsetzung der personenzentrierten Leistungs- und Finanzierungssystematik vereinbart. Auch dies war und ist eine weitere Herausforderung für die Arbeitsprozesse und IT-Verfahren der Leistungsträger, die eine wesentliche Grundlage für die valide Datenermittlung für den THVB bilden. Zum anderen müssen mit den Leistungserbringern Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen in Umsetzung der Landesrahmenverträge verhandelt und geschlossen werden.

Eine Herausforderung mit Auswirkungen auf die Prozesse in der Eingliederungshilfe stellte die Corona-Pandemie auch noch in 2021 dar. Noch immer zeigten sich mancherorts schwierige Rahmenbedingungen der verwaltungsmäßigen Bearbeitung sowie der Leistungserbringung in Folge der Kontaktbeschränkungen, Betretungsverbote, Hygieneregeln. Gleichwohl gelang es, den Rechten und Ansprüchen der leistungsberechtigten Menschen vollumfänglich Rechnung zu tragen.

4.3. Jugendhilfe

Die Städte, Landkreise und kreisangehörigen Gemeinden sind als örtliche Träger der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe zuständig für umfangreiche Leistungen der Jugendhilfe, insbesondere der Kindertagesbetreuung, der Hilfe zur Erziehung, der Hilfe für junge Volljährige und der Jugendarbeit. Auch die Leistungen der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit einer (drohenden) seelischen Behinderung nach § 35a SGB VIII gehören dazu. Für diese Leistungen sind die Jugendhilfeträger zugleich Rehabilitationsträger.

Die Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII ist keine erzieherische Hilfe aus dem Leistungskatalog der Kinder- und Jugendhilfe, kann aber kombiniert werden mit diesen. Sie hat einen

Aus den Trägerbereichen

offenen Leistungskatalog für zielgenaue Hilfen und kann sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden.

Die Leistungen umfassen Beratungs- und Therapieangebote, aber auch Schulbegleitungen und Integrationsassistenten. Die Letztgenannten haben im Schulalltag erheblich an Bedeutung gewonnen. Als Gründe für die Leistungsgewährung werden häufig seelische Probleme oder Entwicklungsauffälligkeiten (41 Prozent) und schulische oder berufliche Probleme (30 Prozent) genannt. Auffälligkeiten im Sozialverhalten wie Drogenkonsum oder aggressives Verhalten waren nur in 16 Prozent der Fälle ausschlaggebend.

Die Kommunen verzeichnen seit Jahren steigende Fallzahlen in der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII. Im Jahr 2021 haben die Träger der Kinder- und Jugendhilfe rund 106.000 Eingliederungshilfen für Kinder und Jugendliche mit einer seelischen Behinderung gewährt, im Jahr 2009 waren es noch rund 42.600.

Die mit dem Bundesteilhabegesetz zum 1. Januar 2018 in Kraft getretenen allgemeinen Regelungen des 1. Teils SGB IX werden auch von der Eingliederungshilfe nach dem SGB VIII umgesetzt. Das Jugendamt prüft, ob der Teilhabebedarf des Kindes oder Jugendlichen vollständig aus dem SGB VIII gedeckt werden kann. Wenn neben den Leistungen nach § 35a SGB VIII auch Teilhabebedarfe aus anderen Leistungsgruppen (§ 5 SGB IX) bei anderen Rehabilitationsträgern (§ 6 SGB IX) bestehen, für die das Jugendamt nicht Rehabilitationsträger sein kann, wird das Teilhabeplanverfahren eingeleitet. Damit hat die Fachkraft im Jugendamt für den kleinen Bereich der Leistungen nach § 35a SGB VIII eine sehr komplexe Aufgabe, die umfassende Kenntnisse des Rehabilitationsrechts aller Leistungsträger erfordert.

Auch in der Jugendhilfe zeigte die Corona-Pandemie in 2021 noch Auswirkungen. So bestanden einerseits Unterstützungsbedarfe bei speziellen Zielgruppen, wegen der pandemischen Beschränkungen in den Schulen insbesondere bei der Schulbegleitung. Andererseits waren die schwierigeren Rahmenbedingungen (Kontaktbeschränkungen, Betretungsverbote, Hygieneregeln) auch bei der verwaltungsmäßigen Bearbeitung sowie der Leistungserbringung zu bewältigen. Gleichwohl gelang es, den Rechten und Ansprüchen der leistungsberechtigten Kinder und Jugendlichen vollumfänglich Rechnung zu tragen.

4.4. Gesetzliche Unfallversicherung

In der gesetzlichen Unfallversicherung werden Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe im Allgemeinen von Amts wegen erbracht (§ 19 Satz 2 SGB IV), es bedarf keines Antrags der Versicherten oder ihrer Angehörigen. In das Verfahren sind die Versicherten von Anfang an aktiv eingebunden. Dabei hat die gesetzliche Unfallversicherung einen umfassenden Leistungsauftrag – von der Akutbehandlung bis hin zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur sozialen Teilhabe. Durch das Reha-Management werden die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur sozialen Teilhabe auf Grundlage eines individuellen Reha- und Teilhabepplans unter partnerschaftlicher Einbindung aller am Verfahren Beteiligten „aus einer Hand“ koordiniert.

Das fehlende Antragsverfahren führt bei der Umsetzung der Anforderungen des Teilhabeverfahrensberichts nach § 41 SGB IX zu Besonderheiten bei der Datenlieferung durch die gesetzliche Unfallversicherung. Nach § 14 Abs. 4 SGB IX tritt an die Stelle des Tages der Antragstellung der „Tag der Kenntnis des voraussichtlichen Rehabilitationsbedarfs“. Da die UV-Träger im Rahmen eines Reha-Verfahrens in vielfältiger Form und zu den unterschiedlichsten Zeiten Kenntnis von einem voraussichtlichen Reha-Bedarf erhalten, wurde ein entsprechendes Konzept erarbeitet, das sowohl die inhaltliche Definition als auch Fragen zur Implementation in die Verfahrensabläufe der statistischen Erfassung beinhaltet. Ziel war u. a., mit den anderen Rehabilitationsträgern und ihren Verfahren annähernd vergleichbar abbildbar zu sein, gleichzeitig aber das bestehende, versichertenfreundliche Verfahren nicht zu verschlechtern, die Sachbearbeitung nicht übermäßig zu belasten und die unfallversicherungsspezifischen Verfahren realistisch abzubilden. Die Ermittlung der Daten für den Teilhabeverfahrensbericht inklusive der Bildung von Leistungsgruppen- und Gesamtanträgen erfolgt dabei anhand der im Berichtsjahr als abgeschlossen gemeldeten Fälle der Reha-Basisdokumentation.

Um Zeitpunkte für den Antragseingang und die Entscheidung über einen Antrag ermitteln zu können, wurden Antrags- und Bewilligungssubstitute in Form von konkreten Handlungen / Vorgängen definiert, die dem Antragseingang oder der Bewilligung eines Antrages gleichgestellt werden können. Für jede erbrachte Leistung im Bereich der medizinischen Rehabilitation und der beruflichen und sozialen Teilhabe nach SGB IX wird das Datum des jeweiligen Antrags- und Bewilligungssubstituts erfasst. Ebenfalls wurden Regeln für die Zusammenfassung einzelner Leistungen zu Gesamt- und Leistungsgruppen-Anträgen und die Ermittlung der jeweiligen Antrags- und Bewilligungszeitpunkte definiert, sodass die Antragszahlen und Entscheidungsdauern aus den Daten der Reha-Basisdokumentation ermittelt werden können.

Grundsätzlich nicht einschlägig für die Unfallversicherung sind jene Kennzahlen, die sich auf die Anzahl / Laufzeiten sozialmedizinischer Gutachten beziehen. Gutachten zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs im Sinne des § 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX werden hier nicht benötigt, da das Heilbehandlungsverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung sowohl die Akutbehandlung als auch die medizinische Reha umfasst und damit bereits entsprechende ärztliche Unterlagen vorliegen.

5. Ausblick

Als jährlich erscheinende Berichterstattung zur Rehabilitation und Teilhabe liefert der THVB umfassende Einblicke in das Leistungsgeschehen der deutschlandweit über 1.200 Rehabilitationsträger.

Im letzten Jahr wurde mit Blick auf den vorliegenden Bericht eine höhere und qualitativ verbesserte Datengrundlage prognostiziert. Es ist erfreulich, dass mit diesem nun vorliegenden Bericht gezeigt werden kann, dass beides eingetroffen ist. Die verbesserte Datengrundlage ermöglicht beispielsweise, dass im diesjährigen Bericht erstmals für fast alle Sachverhalte Auswertungen im Jahresvergleich gezeigt werden können. Im Zeitverlauf betrachtete Entwicklungen des Reha-Geschehens lassen sich anhand solcher Auswertungen noch besser abbilden. Außerdem hat sich die Anzahl der registrierten und berichtspflichtigen Rehabilitationsträger von 1.258 auf 1.268 erhöht, was erneut verdeutlicht, dass die Gesamtzahl der Träger dynamisch ist.

Dass die trägerübergreifende Statistik mittlerweile allen Akteuren im Reha- und Teilhabesystem bekannt ist, zeigt nicht zuletzt die steigende Zahl an Zitationen aus dem THVB, sei es in Fachpublikationen oder auch in der parlamentarischen Arbeit in Form von Anfragen der Parteifractionen an die Bundesregierung. Auch jene Träger, die für den vorliegenden Bericht keine Datenmeldung vorgenommen haben, sind sich ihrer Berichtspflicht bewusst und zeigen sich engagiert, diese zu erfüllen. Darauf lassen die Ergebnisse einer Befragung schließen, die von der BAR-Geschäftsstelle in diesem Jahr erstmalig durchgeführt wurde und im vorliegenden Bericht in einem eigenen Kapitel beschrieben ist (siehe Kapitel 3.2).

Auch das Jahr 2022 war in Teilen von den Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie geprägt. Gerade in der ersten Jahreshälfte galt weiterhin das Gesetz über den Einsatz der Einrichtungen und sozialen Dienste zur Bekämpfung der Coronavirus SARS-CoV-2 Krise in Verbindung mit einem Sicherstellungsauftrag (Sozialdienstleister-Einsatzgesetz - SodEG). Der Sicherstellungsauftrag wurde bis längstens 30. Juni 2022 verlängert. Einer der Gründe für das SodEG war das stark rückläufige Antrags- und Leistungsgeschehen während der Pandemie. Im aktuell vorliegenden THVB wird aufgezeigt, dass das Antragsaufkommen in einigen Trägerbereichen weiterhin unterhalb des Aufkommens vor der Pandemie liegt – in anderen Trägerbereichen sich dagegen „erholt“ hat. Während das Aufkommen in der Eingliederungshilfe (plus 9,9 Prozent), Jugendhilfe (plus 11,3 Prozent), Unfallversicherung (plus 15,1 Prozent) oder dem Sozialen Entschädigungsrecht (plus 4,4 Prozent) deutlich steigt, bleibt das Aufkommen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (plus 0,5 Prozent) nahezu konstant oder sinkt bei der Bundesagentur für Arbeit (minus 1,7 Prozent) oder der Rentenversicherung (minus 1,4 Prozent) noch weiter.

Der nächste THVB wird aufzeigen, wie sich das Antragsaufkommen nicht nur in diesen Trägerbereichen entwickelt. Gleichzeitig wird zum Beispiel ablesbar sein, ob sich das Leistungsgeschehen aufgrund der neuen Reha-Verordnungen für die medizinische Rehabilitation

verändert. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 16. Dezember 2021 einige Neuerungen beschlossen, die seit 1. Juli 2022 insbesondere die geriatrische Rehabilitation sowie die Anschlussrehabilitation nach der Akutbehandlung betreffen. In beiden Fällen könnte der erleichterte Zugang zu einer Veränderung des Antrags- und Leistungsgeschehens führen. Der Teilhabeverfahrensbericht 2023 wird dazu sicherlich Erkenntnisse liefern können.

Der THVB etabliert sich als wertvolle Informationsgrundlage für die Betrachtung von Entwicklung im System der Rehabilitation und Teilhabe. Das Herstellen der Transparenz ermöglicht allen handelnden Akteuren, notwendige Weiterentwicklungen anzustoßen und das Ergebnis der Veränderungsprozesse im Zeitverlauf zu betrachten. Die kontinuierliche Erfassung der Daten für den THVB eröffnet die Möglichkeit, Veränderungsprozesse anhand vergleichbarer Struktur- und Prozesskennzahlen im Jahresvergleich zu analysieren, um Entwicklungen darzustellen. Koordiniert durch die BAR-Geschäftsstelle, wird das Berichtswesen THVB auch weiterhin gemeinsam mit den Rehabilitationsträgern und deren Vertreterinnen und Vertretern aus den Spitzenverbänden und obersten Landesbehörden weiterentwickelt, um diese Ziele zu erfüllen.

6. Literaturverzeichnis

1. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR). Bundesteilhabegesetz Kompakt: Die wichtigsten Änderungen im SGB IX. 4. Auflage. Frankfurt am Main; August 2018.
2. Tabbara A. Fortschritt für mehr Teilhabe und Inklusion. Die berufliche Rehabilitation. 2021:24–39.
3. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR). 2. Teilhabeverfahrensbericht: 2020. Frankfurt am Main; Dezember 2020. Verfügbar unter: www.bar-frankfurt.de > Themen > Teilhabeverfahrensbericht.
4. Deutscher Bundestag. Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG); 05.09.2016 (BT-Drucksache 18/9522).
5. Beyer C. § 41 Teilhabeverfahrensbericht. In: Dau DH, Düwell FJ, Joussem J, Asmalsky T, editors. Sozialgesetzbuch IX: Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen : SGB IX, BTHG, SchwbVWO, BGG : Lehr- und Praxiskommentar. 5. Auflage. Baden-Baden: Nomos; 2019; 211–215.
6. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR). 1. Teilhabeverfahrensbericht: 2019. Frankfurt am Main; Dezember 2019. Verfügbar unter: www.bar-frankfurt.de > Themen > Teilhabeverfahrensbericht.
7. Ulrich L. Der Teilhabeverfahrensbericht - Aufzeigen von Entwicklung in Rehabilitation und Teilhabe. br. 2022;61:161–164.
8. Schaumberg T. Das gegliederte System des Rehabilitationsrechts; Beitrag A9-2020 unter www.reha-recht.de; 14.05.2020.
9. Stähler TP, Schian M. Rechtliche Grundlagen der Rehabilitation. In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (Hrsg.). Rehabilitation: Vom Antrag bis zur Nachsorge - für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe. Berlin: Springer; 2018; 375–408.
10. BMFSFJ. Kinder und Jugendliche in schwierigen Lebenslagen stärken: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Stand: 07.05.2021). Im Internet: www.bmfsfj.de > Aktuelles > Alle Meldungen > Kinder und Jugendliche in schwierigen Lebenslagen stärken; letzter Zugriff am: 30.12.2022.
11. Tabbara A. Neues Sozialgesetzbuch XIV- Die Reform des Sozialen Entschädigungsrechts. NZS. 2020;29:210–217.
12. BMVg. Bundestag verabschiedet neues Soldatenentschädigungsgesetz (Stand: 21.05.2021). Im Internet: www.bmvg.de > Aktuelles > Bundestag verabschiedet neues Soldatenentschädigungsgesetz; letzter Zugriff am: 30.12.2022.
13. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR). Rehabilitation und Teilhabe - Ein Wegweiser. Frankfurt am Main; Juni 2022. Verfügbar unter: www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen

14. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. Recht der Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen: SGB IX mit anderen Gesetzen und Verordnungen. 3. Auflage [Freiburg im Breisgau], Berlin: Lambertus; Verlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.; 2020.
15. Boettcher A von. Inklusion und Rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit in der Kinder- und Jugendhilfe nach dem KJSG. RP Reha. 2022;9:5–13.
16. Bundesagentur für Arbeit. Kennzahlen nach § 48a SGB II: Übergreifende methodische Hinweise. Version 4.0. Nürnberg; 10.05.2019.
17. Diekmann A. Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 12. Auflage Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2018.
18. March S, Rauch A, Bender S, Ihle P. Datenschutzrechtliche Aspekte bei der Nutzung von Routinedaten. In: Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D (Hrsg.). Routinedaten im Gesundheitswesen: Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. 2. Auflage Bern: Huber; 2014; 291–303.
19. Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (ARGE IK). Gemeinsames Rundschreiben Institutionskennzeichen (IK); Stand: 01.06.2020. Im Internet: www.gkv-datenaustausch.de > [Leistungserbringer](#); letzter Zugriff am: 30.12.2022
20. Swart E, Bitzer EM, Gothe H, Harling M, Hoffmann F, Horenkamp-Sonntag D, et al. A Consensus German Reporting Standard for Secondary Data Analyses, Version 2 (STROSA-STandardisierte BerichtsROutine für SekundärdatenAnalysen). Gesundheitswesen. 2016;78:e145-e160.
21. Horenkamp-Sonntag D, Linder R, Wenzel F, Gerste B, Ihle P. Prüfung der Datenqualität und Validität von GKV-Routinedaten. In: Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D (Hrsg.). Routinedaten im Gesundheitswesen: Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. 2. Auflage Bern: Huber; 2014; 314–330.
22. eurostat. Datenvalidierung. 2020. Im Internet: www.ec.europa.eu > [Eurostat](#) > [Daten](#) > [Datenvalidierung](#). Letzter Zugriff am: 30.12.2022.
23. Deutsche Forschungsgemeinschaft. Vorschläge zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis: Denkschrift ; Empfehlungen der Kommission "Selbstkontrolle in der Wissenschaft" = Proposals for safeguarding good scientific practice, memorandum ; recommendations of the Commission on Professional Self Regulation in Science. Weinheim: Wiley-VCH; 2013.
24. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR). 3. Teilhabeverfahrensbericht: 2021. Frankfurt am Main; Dezember 2021. Verfügbar unter: www.bar-frankfurt.de > [Themen](#) > [Teilhabeverfahrensbericht](#).
25. Joussem J. Einführung: VI. Das Bundesteilhabegesetz und die Reform des SGB IX. In: Dau DH, Düwell FJ, Joussem J, Asmalsky T, editors. Sozialgesetzbuch IX: Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen : SGB IX, BTHG, SchwbVVO, BGG : Lehr- und Praxiskommentar. 5. Auflage. Baden-Baden: Nomos; 2019; 43–60.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Schematischer Ablauf der Datenübermittlung durch die Träger bis zur Annahme des Meldedatensatzes (Stufe 1 des Plausibilitäts- und Validitätsverfahrens).....	35
Abbildung 2. Datengrundlage für den Teilhabeverfahrensbericht 2022	45
Abbildung 3. Anzahl der genannten Gründe für eine fehlende Datenmeldung	49
Abbildung 4. Beispiel einer fiktiven Tabelle mit den Spalten „Träger“ und „Träger mit Wert null“	54
Abbildung 5. Anzahl der Gesamtanträge nach Trägerbereich.....	61
Abbildung 6. Prozentuale Verteilung der beantragten Leistungsgruppen nach Trägerbereich.....	64
Abbildung 7. Anzahl der Gesamtanträge nach Trägerbereich und Berichtsjahr.....	66
Abbildung 8. Prozentuale Verteilung der beantragten Leistungsgruppen nach Trägerbereich und Berichtsjahr.....	67
Abbildung 9. Prozentualer Anteil der Weiterleitungen an allen Gesamtanträgen nach Trägerbereich.....	73
Abbildung 10. Prozentualer Anteil der Weiterleitungen an allen Gesamtanträgen nach Trägerbereich und Berichtsjahr	75
Abbildung 11. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung (Frist 3a) nach Trägerbereich	82
Abbildung 12. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung (Frist 3a) nach Trägerbereich und Berichtsjahr	83
Abbildung 13. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen zu Gesamtanträgen ohne und mit Gutachten nach Trägerbereich	88
Abbildung 14. Prozentuale Verteilung der Entscheidungen zu Gesamtanträgen ohne und mit Gutachten nach Trägerbereich.....	90
Abbildung 15. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen zu Gesamtanträgen ohne Gutachten (Frist 3b) nach Trägerbereich und Berichtsjahr	91
Abbildung 16. Durchschnittliche Dauer der Erstellung eines Gutachtens nach Trägerbereich (in Tagen)	97
Abbildung 17. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei Bewilligung und Erledigung nach Trägerbereich (in Tagen)	105
Abbildung 18. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer insgesamt nach Trägerbereich (in Tagen)	107
Abbildung 19. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei Bewilligung nach Trägerbereich und Berichtsjahr (in Tagen)	108
Abbildung 20. Prozentuale Verteilung der Entscheidungsarten des Gesamtantrags nach Trägerbereich.....	115
Abbildung 21. Anzahl der Entscheidungen zu Gesamtanträgen nach Trägerbereich und Berichtsjahr.....	116

Abbildung 22. Prozentuale Verteilung der Entscheidungsarten des Gesamtantrags nach Trägerbereich und Berichtsjahr	117
Abbildung 23. Durchschnittliche positive und negative Antrittslaufzeit nach Trägerbereich (in Tagen)	123
Abbildung 24. Positive und negative Antrittslaufzeit mit und ohne THP nach Trägerbereich (in Tagen)	128
Abbildung 25. Prozentuale Verteilung der Leistungsantritte vor und nach dem Bewilligungsbescheid nach Trägerbereich	131
Abbildung 26. Durchschnittliche negative Antrittslaufzeit nach Trägerbereich und Berichtsjahr (in Tagen)	132
Abbildung 27. Durchschnittliche positive Antrittslaufzeit nach Trägerbereich und Berichtsjahr (in Tagen)	133
Abbildung 28. Prozentualer Anteil der Anträge mit einer trägerübergreifenden THP bzw. THPK an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich	141
Abbildung 29. Anzahl der Anträge mit einer trägerübergreifenden Teilhabeplanung (THP) nach Trägerbereich und Berichtsjahr	143
Abbildung 30. Anzahl der Anträge mit einer Teilhabeplankonferenz (THPK) nach Trägerbereich und Berichtsjahr	145
Abbildung 31. Durchschnittliche Geltungsdauer von Teilhabeplänen (TP) nach Trägerbereich (in Tagen)	152
Abbildung 32. Anzahl der TP-Anpassungen insgesamt nach Trägerbereich und Berichtsjahr.....	153
Abbildung 33. Anzahl der Erstattungsverfahren zwischen Trägern nach Trägerbereich und Berichtsjahr.....	161
Abbildung 34. Prozentualer Anteil beantragter bzw. bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets (PB) an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich	168
Abbildung 35. Prozentualer Anteil beantragter trägerspezifischer Persönlicher Budgets (PB) an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich und Berichtsjahr	170
Abbildung 36. Prozentualer Anteil bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets (PB) an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich und Berichtsjahr	172
Abbildung 37. Anzahl beantragter trägerübergreifender Persönlicher Budgets (PB) nach Trägerbereich und Berichtsjahr	180
Abbildung 38. Anzahl bewilligter trägerübergreifender Persönlicher Budgets (PB) nach Trägerbereich und Berichtsjahr	181
Abbildung 39. Prozentualer Anteil der Anträge mit mindestens einer Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich.....	189
Abbildung 40. Anzahl der Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer nach Trägerbereich und Berichtsjahr.....	190
Abbildung 41. Prozentuale Verteilung der bewilligten bzw. abgelehnten Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen insgesamt	197
Abbildung 42. Anzahl entschiedener Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach Trägerbereich und Berichtsjahr	198

Abbildung 43. Prozentuale Verteilung erfolgreicher und nicht erfolgreicher Widersprüche nach Trägerbereich	203
Abbildung 44. Prozentuale Verteilung erfolgreicher und nicht erfolgreicher Widersprüche insgesamt.....	204
Abbildung 45. Prozentualer Anteil erfolgreicher Widersprüche pro Träger	205
Abbildung 46. Anzahl entschiedener Widersprüche nach Trägerbereich und Berichtsjahr ..	206
Abbildung 47. Prozentuale Verteilung erfolgreicher und nicht erfolgreicher Klagen nach Trägerbereich	209
Abbildung 48. Prozentuale Verteilung erfolgreicher und nicht erfolgreicher Klagen insgesamt.....	210
Abbildung 49. Prozentualer Anteil erfolgreicher Klagen pro Träger	211
Abbildung 50. Anzahl entschiedener Klagen nach Trägerbereich und Berichtsjahr	212
Abbildung 51. Anzahl sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungen 6 Monate nach Ende einer LTA-Maßnahme bei der BA.....	215
Abbildung 52. Anzahl der Beschäftigungen 6 Monate nach Ende einer LTA-Maßnahme bei der RV	216
Abbildung 53. Anzahl der Beschäftigungen 6 Monate nach Ende einer LTA-Maßnahme bei der UV	217
Abbildung 54. Ausgaben zur Förderung der Selbsthilfe nach Kassenarten in 2021	221
Abbildung 55. Ausgaben zur Förderung der Selbsthilfe bei der DRV in 2021	222

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Teilhabeleistungen der Rehabilitationsträger nach Leistungsgruppen (§ 5 SGB IX).....	20
Tabelle 2. Beispiel zur Aggregation von Primär- zu Meldevariablen.....	25
Tabelle 3. Registrierte berichtspflichtige Rehabilitationsträger der steuerfinanzierten Trägerbereiche (ohne Bundeswehr) nach Bundesländern	30
Tabelle 4. Anzahl der Datenmeldungen nach Trägerbereich.....	45
Tabelle 5. Anzahl der Nicht-Meldungen nach Trägerbereich und Bundesland.....	47
Tabelle 6. Anzahl der Gesamtanträge nach Trägerbereich	60
Tabelle 7. Durchschnittliche Anzahl der Gesamtanträge nach Trägerbereich	62
Tabelle 8. Anzahl der Anträge differenziert nach Leistungsgruppe und Trägerbereich	63
Tabelle 9. Durchschnittliche Anzahl der Anträge innerhalb der Leistungsgruppen nach Trägerbereich.....	65
Tabelle 10. Anzahl der Weiterleitungen nach Trägerbereich.....	71
Tabelle 11. Prozentualer Anteil der Weiterleitungen an allen Gesamtanträgen nach Trägerbereich	72
Tabelle 12. Anzahl der Weiterleitungen nach Trägerbereich und Berichtsjahr.....	74
Tabelle 13. Anzahl der Zuständigkeitsfeststellungen nach Trägerbereich	80
Tabelle 14. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung (Frist 3a) nach Trägerbereich	81
Tabelle 15. Anzahl der Entscheidungen zu Gesamtanträgen ohne Gutachten nach Trägerbereich.....	84
Tabelle 16. Anzahl der Entscheidungen zu Gesamtanträgen mit Gutachten nach Trägerbereich.....	85
Tabelle 17. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen zu Gesamtanträgen ohne Gutachten (Frist 3b) nach Trägerbereich.....	86
Tabelle 18. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen zu Gesamtanträgen mit Gutachten (Frist 3c) nach Trägerbereich	87
Tabelle 19. Anzahl der Entscheidungen zu Gesamtanträgen ohne und mit Gutachten bei Angaben zu Entscheidungen ohne und mit Gutachten nach Trägerbereich.....	89
Tabelle 20. Anzahl der Gutachten nach Trägerbereich.....	95
Tabelle 21. Durchschnittliche Dauer der Erstellung eines Gutachtens nach Trägerbereich (in Tagen)	96
Tabelle 22. Anzahl der Bewilligungen des Gesamtantrags nach Trägerbereich	101
Tabelle 23. Anzahl der Erledigungen des Gesamtantrags nach Trägerbereich.....	102
Tabelle 24. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei Bewilligung und Erledigung des Gesamtantrags nach Trägerbereich (in Tagen)	103
Tabelle 25. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer des Gesamtantrags insgesamt nach Trägerbereich (in Tagen)	106
Tabelle 26. Anzahl der Entscheidungsarten des Gesamtantrags nach Trägerbereich	112

Tabellenverzeichnis

Tabelle 27. Anzahl der Träger mit Angaben zu Entscheidungsarten des Gesamtantrags nach Trägerbereich	112
Tabelle 28. Anzahl der Träger mit Nullwerten bei Entscheidungsarten des Gesamtantrags nach Trägerbereich	113
Tabelle 29. Anzahl der Entscheidungsarten des Gesamtantrags bei Angaben zu allen Entscheidungsarten nach Trägerbereich	114
Tabelle 30. Durchschnittliche negative Antrittslaufzeit (in Tagen) und Anzahl der Leistungsantritte vor Bewilligungsbescheid nach Trägerbereich	121
Tabelle 31. Durchschnittliche positive Antrittslaufzeit (in Tagen) und Anzahl der Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid nach Trägerbereich	122
Tabelle 32. Durchschnittliche negative Antrittslaufzeit (in Tagen) und Anzahl der Leistungsantritte vor Bewilligungsbescheid ohne THP nach Trägerbereich	124
Tabelle 33. Durchschnittliche positive Antrittslaufzeit (in Tagen) und Anzahl der Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid ohne THP nach Trägerbereich	125
Tabelle 34. Durchschnittliche negative Antrittslaufzeit (in Tagen) und Anzahl der Leistungsantritte vor Bewilligungsbescheid mit THP nach Trägerbereich	126
Tabelle 35. Durchschnittliche positive Antrittslaufzeit (in Tagen) und Anzahl der Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid mit THP nach Trägerbereich	127
Tabelle 36. Anzahl der Leistungsantritte vor und nach Bewilligungsbescheid nach Trägerbereich	130
Tabelle 37. Anzahl der Anträge mit einer trägerübergreifenden Teilhabeplanung (THP) nach Trägerbereich	137
Tabelle 38. Anzahl der Anträge mit einer Teilhabeplankonferenz (THPK) nach Trägerbereich	138
Tabelle 39. Prozentualer Anteil von Anträgen mit einer trägerübergreifenden Teilhabeplanung (THP) an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich	139
Tabelle 40. Prozentualer Anteil der Anträge mit einer Teilhabeplankonferenz (THPK) an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich	140
Tabelle 41. Anzahl der TP-Anpassungen insgesamt nach Trägerbereich	149
Tabelle 42. Anzahl der Teilhabepläne (TP) mit mindestens einer Anpassung nach Trägerbereich	150
Tabelle 43. Durchschnittliche Geltungsdauer von Teilhabeplänen (TP) nach Trägerbereich (in Tagen)	151
Tabelle 44. Anzahl der Erstattungsverfahren zwischen Trägern nach Trägerbereich	157
Tabelle 45. Anzahl der Anträge mit mindestens einem Erstattungsverfahren nach Trägerbereich	158
Tabelle 46. Anzahl der Erstattungsverfahren pro Antrag mit mindestens einem Erstattungsverfahren zwischen Trägern nach Trägerbereich	159
Tabelle 47. Anzahl beantragter trägerspezifischer Persönlicher Budgets (PB) nach Trägerbereich	164
Tabelle 48. Anzahl bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets (PB) nach Trägerbereich	165

Tabelle 49. Prozentualer Anteil beantragter trägerspezifischer Persönlicher Budgets (PB) an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich.....	166
Tabelle 50. Prozentualer Anteil bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets (PB) an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich.....	167
Tabelle 51. Anzahl beantragter trägerspezifischer Persönlicher Budgets (PB) nach Trägerbereich und Berichtsjahr	169
Tabelle 52. Anzahl bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets (PB) nach Trägerbereich und Berichtsjahr	171
Tabelle 53. Anzahl beantragter trägerübergreifender Persönlicher Budgets (PB) nach Trägerbereich.....	176
Tabelle 54. Anzahl bewilligter trägerübergreifender Persönlicher Budgets (PB) nach Trägerbereich.....	177
Tabelle 55. Prozentualer Anteil beantragter trägerübergreifender Persönlicher Budgets (PB) an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich	178
Tabelle 56. Prozentualer Anteil bewilligter trägerübergreifender Persönlicher Budgets (PB) an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich	179
Tabelle 57. Anzahl der Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer nach Trägerbereich....	184
Tabelle 58. Anzahl der Anträge mit mindestens einer Mitteilung nach Trägerbereich	185
Tabelle 59. Anzahl der Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer und Anzahl der Mitteilungen pro Antrag mit mindestens einer Mitteilung nach Trägerbereich.....	186
Tabelle 60. Prozentualer Anteil der Anträge mit mindestens einer Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich	188
Tabelle 61. Anzahl entschiedener Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach Trägerbereich.....	193
Tabelle 62. Anzahl entschiedener Anträge mit mindestens einem Antrag auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach Trägerbereich.....	194
Tabelle 63. Anzahl entschiedener Erstattungsanträge pro Antrag mit mindestens einem Antrag auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach Trägerbereich	195
Tabelle 64. Anzahl bewilligter und abgelehnter Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach Trägerbereich.....	196
Tabelle 65. Anzahl entschiedener Widersprüche nach Trägerbereich.....	201
Tabelle 66. Anzahl erfolgreicher und nicht erfolgreicher Widersprüche nach Trägerbereich	202
Tabelle 67. Anzahl entschiedener Klagen nach Trägerbereich	207
Tabelle 68. Anzahl erfolgreicher und nicht erfolgreicher Klagen nach Trägerbereich	208
Tabelle 69. Anzahl der Entscheidungen ohne Gutachten innerhalb der Leistungsgruppen nach Trägerbereich.....	241
Tabelle 70. Anzahl der Entscheidungen mit Gutachten innerhalb der Leistungsgruppen nach Trägerbereich.....	241
Tabelle 71. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen ohne Gutachten innerhalb der Leistungsgruppen (Frist 3b) nach Trägerbereich.....	242
Tabelle 72. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen mit Gutachten innerhalb der Leistungsgruppen (Frist 3c) nach Trägerbereich.....	243

Tabellenverzeichnis

Tabelle 73. Anzahl der Bewilligungen innerhalb der Leistungsgruppen nach Trägerbereich	244
Tabelle 74. Anzahl der Erledigungen innerhalb der Leistungsgruppen nach Trägerbereich.	244
Tabelle 75. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei Bewilligung und Erledigung innerhalb der Leistungsgruppen nach Trägerbereich (in Tagen).....	245
Tabelle 76. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer insgesamt innerhalb der Leistungsgruppen nach Trägerbereich (in Tagen)	246
Tabelle 77. Anzahl der Entscheidungsarten innerhalb der Leistungsgruppen nach Trägerbereich	247
Tabelle 78. Anzahl der Träger mit Angaben zu Entscheidungsarten innerhalb der Leistungsgruppen nach Trägerbereich	247
Tabelle 79. Anzahl der Träger mit Nullwerten Entscheidungen innerhalb der Leistungsgruppen nach Trägerbereich	248
Tabelle 80. Anzahl der Entscheidungsarten innerhalb der Leistungsgruppen bei Angaben zu allen Entscheidungsarten nach Trägerbereich	248
Tabelle 81. Anzahl der Zuständigkeitsfeststellungen nach Trägerbereich und Berichtsjahr	249
Tabelle 82. Anzahl der Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung (Frist 3a) nach Trägerbereich und Berichtsjahr	250
Tabelle 83. Anzahl der Entscheidungen zu Gesamtanträgen ohne Gutachten nach Trägerbereich und Berichtsjahr	251
Tabelle 84. Anzahl der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen ohne Gutachten (Frist 3b) nach Trägerbereich und Berichtsjahr	252
Tabelle 85. Durchschnittliche negative Antrittslaufzeit nach Trägerbereich und Berichtsjahr (in Tagen)	253
Tabelle 86. Durchschnittliche positive Antrittslaufzeit nach Trägerbereich und Berichtsjahr (in Tagen).....	254
Tabelle 87. Anzahl der TP-Anpassungen insgesamt nach Trägerbereich und Berichtsjahr.	255
Tabelle 88. Anzahl der Erstattungsverfahren zwischen Trägern nach Trägerbereich und Berichtsjahr.....	256
Tabelle 89. Anzahl beantragter trägerübergreifender Persönlicher Budgets (PB) nach Trägerbereich und Berichtsjahr	257
Tabelle 90. Anzahl bewilligter trägerübergreifender Persönlicher Budgets (PB) nach Trägerbereich und Berichtsjahr	258
Tabelle 91. Anzahl der Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer nach Trägerbereich und Berichtsjahr.....	259
Tabelle 92. Anzahl der Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach Trägerbereich und Berichtsjahr	260
Tabelle 93. Anzahl entschiedener Widersprüche nach Trägerbereich und Berichtsjahr.....	261
Tabelle 94. Anzahl entschiedener Klagen nach Trägerbereich und Berichtsjahr	261

Anhang

1. Ergebnisse auf der Grundlage der Leistungsgruppen-Anträge

Ein einziger Antrag reicht aus, um benötigte Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe erhalten zu können – auch dann, wenn diese Leistungen durch verschiedene Rehabilitationsträger erbracht werden. Dieser Antrag umfasst also alle benötigten Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe und wird im THVB als Gesamtantrag bezeichnet.

Vor diesem Hintergrund gilt für die Berichterstattung im Rahmen des THVB:

- Ein Antrag auf Reha- und Teilhabeleistungen wird immer als Gesamtantrag erfasst.
- Zusätzlich werden Anträge auch auf Ebene der Leistungsgruppen LMR, LTA, LTB und LST erfasst (mit Ausnahme unterhaltssichernder und anderer ergänzender Leistungen). Diese Anträge werden im Folgenden als Leistungsgruppenanträge (LG-Anträge) bezeichnet.

Ein Gesamtantrag muss also immer auch einen oder mehrere LG-Anträge beinhalten und wird dementsprechend im THVB abgebildet. Für einen Gesamtantrag beispielsweise, der LMR- und LTA-Leistungen beinhaltet, sind für den THVB ein Gesamtantrag und gleichzeitig zwei LG-Anträge abgebildet. Auch wenn ein Gesamtantrag nur eine Leistungsgruppe beinhaltet, wird für den THVB zusätzlich zum Gesamtantrag auch ein LG-Antrag erfasst. Wenn mehr als eine Leistung aus einer Leistungsgruppe beantragt wird, wird der entsprechende LG-Antrag für den THVB nur einmal gezählt.

Die Erfassung und Zählung von Gesamtanträgen und LG-Anträgen erfolgt getrennt, sodass separate Auswertungen möglich sind.

Bei Sachverhalt 3 (Fristen), Sachverhalt 5 (Bearbeitungsdauern) und Sachverhalt 6 (Entscheidungsarten) erfolgt eine getrennte Erfassung für Gesamt- und LG-Anträge über separate Meldevariablen. Diese enthalten das Suffix „_lg“ für Leistungsgruppe in ihrem Variablennamen (siehe Anhang 3). Die Datendarstellungen in Kapitel 3.3 beruhen mit Ausnahme von Sachverhalt 1 auf Auswertungen in Bezug auf Gesamtanträge.

In den nachfolgenden Abschnitten werden die Datenauswertungen auf der Datengrundlage der LG-Anträge dargestellt.

Sachverhalt 3: Fristen nach § 14 SGB IX

Tabelle 69. Anzahl der Entscheidungen ohne Gutachten innerhalb der Leistungsgruppen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Entscheidungen ohne Gutachten	Träger	Träger mit Wert null
BA	51.052	1 (100%)	0 (0%)
EGH	148.725	214 (74,6%)	5 (1,7%)
GKV	630.096	101 (99,0%)	0 (0%)
JH	16.744	345 (80,0%)	23 (5,3%)
RV	1.514.282	17 (100%)	0 (0%)
SER	5.324	204 (98,6%)	146 (70,5%)
UV	56.421	33 (97,1%)	0 (0%)
Gesamt	2.422.644	915 (84,8%)	174 (16,1%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2021.

Tabelle 70. Anzahl der Entscheidungen mit Gutachten innerhalb der Leistungsgruppen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Entscheidungen mit Gutachten	Träger	Träger mit Wert null
BA	8.075	1 (100%)	0 (0%)
EGH	7.707	221 (77,0%)	107 (37,3%)
GKV	193.454	99 (97,1%)	4 (3,9%)
JH	2.304	331 (76,8%)	205 (47,6%)
RV	15.040	17 (100%)	2 (11,8%)
SER	141	201 (97,1%)	191 (92,3%)
UV	k. A.	0 (0%)	k. A.
Gesamt	226.721	870 (80,6%)	509 (47,2%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2021.

Tabelle 71. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen ohne Gutachten innerhalb der Leistungsgruppen (Frist 3b) nach Trägerbereich

Trägerbereich	Minimum Frist 3b	Durchschnitt Frist 3b	Maximum Frist 3b	Entscheidungen ohne Gutachten	Träger
BA	- **	7,6	- **	51.052	1 (100%)
EGH	0	70,1	100	146.891	198 (69,0%)
GKV	0	8,0	75,0	628.976	99 (97,1%)
JH	0	79,5	100	15.221	297 (68,9%)
RV	0,3	19,3	27,1	1.514.282	17 (100%)
SER	0	37,4	100	5.324	58 (28,0%)
UV	0	6,2	21,4	56.421	33 (97,1%)
Gesamt	0	19,3	100	2.418.167	703 (65,2%)

Frist 3b: Dreiwochenfrist ohne Gutachten nach § 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX.

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einer Entscheidung ohne Gutachten innerhalb der Leistungsgruppen, von denen auch Angaben zu den entsprechenden Fristüberschreitungen vorliegen. Die Anzahl der Entscheidungen ohne Gutachten innerhalb der Leistungsgruppen wurde entsprechend angepasst.

** Daten werden aggregiert dargestellt, da die BA nicht als Trägerbereich strukturiert ist, sondern eine solitäre Rehabilitationsträgerin ist. Die Werte für Minimum, Maximum und Durchschnitt sind jeweils gleich.

Tabelle 72. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen mit Gutachten innerhalb der Leistungsgruppen (Frist 3c) nach Trägerbereich

Trägerbereich	Minimum Frist 3c	Durchschnitt Frist 3c	Maximum Frist 3c	Entscheidungen mit Gutachten	Träger
BA	- **	9,6	- **	8.075	1 (100%)
EGH	0	56,4	100	2.642	54 (18,8%)
GKV	0	16,1	69,7	193.337	93 (91,2%)
JH	0	66,1	100	1.783	103 (23,9%)
RV	4,3	24,2	43,8	15.040	15 (88,2%)
SER	0	40,4	80,0	141	10 (4,8%)
UV	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	0 (0%)
Gesamt	0	17,3	100	221.018	276 (25,6%)

Frist 3c: Zweiwochenfrist nach Vorliegen des Gutachtens nach § 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX.

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einer Entscheidung mit Gutachten innerhalb der Leistungsgruppen, von denen auch Angaben zu den entsprechenden Fristüberschreitungen vorliegen. Die Anzahl der Entscheidungen mit Gutachten innerhalb der Leistungsgruppen wurde entsprechend angepasst.

** Daten werden aggregiert dargestellt, da die BA nicht als Trägerbereich strukturiert ist, sondern eine solitäre Rehabilitationsträgerin ist. Die Werte für Minimum, Maximum und Durchschnitt sind jeweils gleich.

Sachverhalt 5: Bearbeitungsdauern

Tabelle 73. Anzahl der Bewilligungen innerhalb der Leistungsgruppen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Bewilligungen	Träger	Träger mit Wert null
BA	54.180	1 (100%)	0 (0%)
EGH	146.324	179 (62,4%)	2 (0,7%)
GKV	684.475	101 (99,0%)	0 (0%)
JH	18.843	346 (80,3%)	15 (3,5%)
RV	1.226.624	17 (100%)	0 (0%)
SER	5.177	202 (97,6%)	144 (69,6%)
UV	73.714	34 (100%)	0 (0%)
Gesamt	2.209.337	880 (81,6%)	161 (14,9%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2021.

Tabelle 74. Anzahl der Erledigungen innerhalb der Leistungsgruppen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Erledigungen	Träger	Träger mit Wert null
BA	4.949	1 (100%)	0 (0%)
EGH	10.003	160 (55,7%)	9 (3,1%)
GKV	139.248	97 (95,1%)	3 (2,9%)
JH	1.842	343 (79,6%)	139 (32,3%)
RV	302.698	17 (100%)	0 (0%)
SER	290	204 (98,6%)	177 (85,5%)
UV	2.287	33 (97,1%)	19 (55,9%)
Gesamt	461.317	855 (79,2%)	347 (32,2%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2021.

Tabelle 75. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei Bewilligung und Erledigung innerhalb der Leistungsgruppen nach Trägerbereich (in Tagen)

Trägerbereich	Dauer Bewilligungen	Anzahl Bewilligungen	Träger	Dauer Erledigungen	Anzahl Erledigungen	Träger
BA	9,8	54.180	1 (100%)	42,6	4.949	1 (100%)
EGH	84,4	138.577	168 (58,5%)	120,9	9.072	150 (52,3%)
GKV	10,6	684.475	101 (99,0%)	26,6	139.071	92 (90,2%)
JH	112,4	17.433	319 (74,0%)	140,8	1.689	186 (43,2%)
RV	15,2	1.226.624	17 (100%)	30,3	302.698	17 (100%)
SER	38,6	5.176	57 (27,5%)	52,8	290	27 (13,0%)
UV	12,5	54.134	33 (97,1%)	1,4	2.286	13 (38,2%)
Gesamt	18,8	2.180.599	696 (64,5%)	31,4	460.055	486 (45,0%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einem bewilligten bzw. erledigten Antrag innerhalb der Leistungsgruppen, von denen auch Angaben zur entsprechenden aufsummierten Bearbeitungsdauer vorliegen. Die jeweilige Anzahl der Bewilligungen und der Erledigungen wurde entsprechend angepasst.

Tabelle 76. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer insgesamt innerhalb der Leistungsgruppen nach Trägerbereich (in Tagen)

Trägerbereich	Minimum	Durchschnitt	Maximum	Entscheidungen insgesamt	Träger
BA	- **	12,5	- **	59.129	1 (100%)
EGH	6,7	84,3	183,4	117.886	96 (33,4%)
GKV	6,8	13,3	64,6	822.159	95 (93,1%)
JH	1,0	112,5	336,8	15.718	277 (64,3%)
RV	9,1	18,2	22,8	1.529.322	17 (100%)
SER	1,0	39,4	151,8	5.466	58 (28,0%)
UV	0,0	11,1	39,3	55.956	32 (94,1%)
Gesamt	0,0	20,0	336,8	2.605.636	576 (53,4%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einem bewilligten und / oder mindestens einem erledigten Antrag innerhalb der Leistungsgruppen, von denen ggf. auch Angaben zur jeweiligen aufsummierten Bearbeitungsdauer vorliegen. Die Anzahl der Entscheidungen insgesamt wurde entsprechend angepasst. Sie ergibt sich aus der Summe der Anzahl der bewilligten Anträge innerhalb der Leistungsgruppen und der Anzahl der erledigten Anträge innerhalb der Leistungsgruppen.

** Daten werden aggregiert dargestellt, da die BA nicht als Trägerbereich strukturiert ist, sondern eine solitäre Rehabilitationsträgerin ist. Die Werte für Minimum, Maximum und Durchschnitt sind jeweils gleich.

Sachverhalt 6: Entscheidungsarten

Tabelle 77. Anzahl der Entscheidungsarten innerhalb der Leistungsgruppen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Vollständige Bewilligungen	Teilweise Bewilligungen	Vollständige Ablehnungen	Sonstige Erledigungen	Entscheidungen insgesamt ¹
BA	54.180	0	4.886	63	59.129
EGH	142.815	4310	5.497	4.517	157.139
GKV	670.201	13.122	106.559	32.769	822.651
JH	16.812	377	1.389	574	19.152
RV	1.039.118	187.506	250.608	52.090	1.529.322
SER	4.973	69	172	122	5.336
UV	53.912	222	2.287	0	56.421
Gesamt	1.982.011	205.606	371.398	90.135	2.649.150

Datengrundlage: Berichtsjahr 2021.

¹ Die Entscheidungen insgesamt ergeben sich aus der Summe der Anzahl vollständiger Bewilligungen, teilweiser Bewilligungen, vollständiger Ablehnungen und sonstiger Erledigungen.

Tabelle 78. Anzahl der Träger mit Angaben zu Entscheidungsarten innerhalb der Leistungsgruppen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Vollständige Bewilligung	Teilweise Bewilligung	Vollständige Ablehnung	Sonstige Erledigung
BA	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)
EGH	174 (60,6%)	280 (97,6%)	172 (59,9%)	150 (52,3%)
GKV	100 (98,0%)	101 (99,0%)	102 (100%)	97 (95,1%)
JH	305 (70,8%)	383 (88,9%)	356 (82,6%)	318 (73,8%)
RV	17 (100%)	17 (100%)	17 (100%)	17 (100%)
SER	199 (96,1%)	204 (98,6%)	203 (98,1%)	202 (97,6%)
UV	33 (97,1%)	33 (97,1%)	33 (97,1%)	33 (97,1%)
Gesamt	829 (76,8%)	1.019 (94,4%)	884 (81,9%)	818 (75,8%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2021.

Tabelle 79. Anzahl der Träger mit Nullwerten Entscheidungen innerhalb der Leistungsgruppen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Vollständige Bewilligung	Teilweise Bewilligung	Vollständige Ablehnung	Sonstige Erledigung
BA	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
EGH	2 (0,7%)	74 (25,8%)	17 (5,9%)	43 (15,0%)
GKV	0 (0%)	81 (79,4%)	3 (2,9%)	4 (3,9%)
JH	12 (2,8%)	264 (61,3%)	149 (34,6%)	218 (50,6%)
RV	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
SER	143 (69,1%)	192 (92,8%)	182 (87,9%)	183 (88,4%)
UV	0 (0%)	24 (70,6%)	19 (55,9%)	33 (97,1%)
Gesamt	157 (14,6%)	636 (58,9%)	370 (34,3%)	481 (44,6%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2021.

Tabelle 80. Anzahl der Entscheidungsarten innerhalb der Leistungsgruppen bei Angaben zu allen Entscheidungsarten nach Trägerbereich

Trägerbereich	Vollständige Bewilligungen	Teilweise Bewilligungen	Vollständige Ablehnungen	Sonstige Erledigungen	Entscheidungen insgesamt	Träger
BA	54.180	0	4.886	63	59.129	1 (100%)
EGH	109.533	1.721	3.913	3.479	118.646	91 (31,7%)
GKV	669.696	13.122	106.313	32.709	821.840	96 (94,1%)
JH	13.101	254	1.083	515	14.953	252 (58,5%)
RV	1.039.118	187.506	250.608	52.090	1.529.322	17 (100%)
SER	4.973	69	168	122	5.332	57 (27,5%)
UV	53.912	222	2.287	0	56.421	33 (97,1%)
Gesamt	1.944.513	202.894	369.258	88.978	2.605.643	547 (50,7%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2021 mit mindestens einer Entscheidung innerhalb der Leistungsgruppen, von denen zu allen vier Entscheidungsarten eine Angabe zur Anzahl vorliegt bzw. berechnet werden kann. Die Anzahl der Entscheidungen innerhalb der Leistungsgruppen insgesamt wurde entsprechend angepasst. Sie ergibt sich aus der Summe der Anzahl vollständiger Bewilligungen, teilweiser Bewilligungen, vollständiger Ablehnungen und sonstiger Erledigungen.

2. Weitere Ergebnisse zum Jahresvergleich

Sachverhalt 3: Fristen nach § 14 SGB IX

Tabelle 81. Anzahl der Zuständigkeitsfeststellungen nach Trägerbereich und Berichtsjahr

Trägerbereich	Zuständigkeitsfeststellungen 2020	Zuständigkeitsfeststellungen 2021	Veränderung 2021 zu 2020	Träger
BA	59.439	59.255	-184 (-0,3%)	1
EGH	177.653	207.126	+29.473 (+16,6%)	259
GKV	781.749	799.836	+18.087 (+2,3%)	102
JH	24.960	27.544	+2.584 (+10,4%)	390
RV	1.299.827	1.227.929	-71.898 (-5,5%)	17
SER	4.961	5.521	+560 (+11,3%)	177
UV	k. A.	k. A.	k. A.	0
Gesamt	2.348.589	2.327.211	-21.378 (-0,9%)	946

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der Zuständigkeitsfeststellungen sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen. Neben der Anzahl der Zuständigkeitsfeststellungen im jeweiligen Berichtsjahr ist für jeden Trägerbereich angegeben, wie sich die Anzahl der Zuständigkeitsfeststellungen im Berichtsjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Tabelle 82. Anzahl der Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung (Frist 3a) nach Trägerbereich und Berichtsjahr

Trägerbereich	Überschreitung Frist 3a 2020	Überschreitung Frist 3a 2021	Veränderung 2021 zu 2020	Träger
BA	806	715	-91 (-11,3%)	1
EGH	49.020	61.964	+12.944 (+26,4%)	258
GKV	84.703	60.500	-24.203 (-28,6%)	102
JH	5.050	5.301	+251 (+5,0%)	360
RV	190.440	178.346	-12.094 (-6,4%)	17
SER	208	126	-82 (-39,4%)	47
UV	k. A.	k. A.	k. A.	0
Gesamt	330.227	306.952	-23.275 (-7,0%)	785

Frist 3a: Zweiwochenfrist der Zuständigkeitsfeststellung nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX.

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen. Neben der Anzahl der Fristüberschreitungen im jeweiligen Berichtsjahr ist für jeden Trägerbereich angegeben, wie sich die Anzahl der Fristüberschreitungen im Berichtsjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Tabelle 83. Anzahl der Entscheidungen zu Gesamtanträgen ohne Gutachten nach Trägerbereich und Berichtsjahr

Trägerbereich	Entscheidungen ohne Gutachten 2020	Entscheidungen ohne Gutachten 2021	Veränderung 2021 zu 2020	Träger
BA	51.247	51.052	-195 (-0,4%)	1
EGH	131.875	169.277	+37.402 (+28,4%)	257
GKV	671.893	628.565	-43.328 (-6,4%)	102
JH	17.229	19.296	+2.067 (+12,0%)	374
RV	1.460.042	1.403.307	-56.735 (-3,9%)	17
SER	4.243	5.095	+852 (+20,1%)	177
UV	k. A.	k. A.	k. A.	0
Gesamt	2.336.529	2.276.592	-59.937 (-2,6%)	928

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der Entscheidungen ohne Gutachten sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen. Neben der Anzahl der Entscheidungen ohne Gutachten im jeweiligen Berichtsjahr ist für jeden Trägerbereich angegeben, wie sich die Anzahl der Entscheidungen ohne Gutachten im Berichtsjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Tabelle 84. Anzahl der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen ohne Gutachten (Frist 3b) nach Trägerbereich und Berichtsjahr

Trägerbereich	Überschreitung Frist 3b 2020	Überschreitung Frist 3b 2021	Veränderung 2021 zu 2020	Träger
BA	3.828	3.894	+66 (+1,7%)	1
EGH	93.253	122.129	+28.876 (+31,0%)	250
GKV	56.992	49.439	-7.553 (-13,3%)	102
JH	13.472	14.875	+1.403 (+10,4%)	331
RV	303.521	280.609	-22.912 (-7,5%)	17
SER	738	700	-38 (-5,1%)	39
UV	k. A.	k. A.	k. A.	0
Gesamt	471.804	471.646	-158 (-0,03%)	740

Frist 3b: Dreiwochenfrist ohne Gutachten nach § 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX.

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen ohne Gutachten sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen. Neben der Anzahl der Fristüberschreitungen im jeweiligen Berichtsjahr ist für jeden Trägerbereich angegeben, wie sich die Anzahl der Fristüberschreitungen im Berichtsjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Sachverhalt 7: Antrittslaufzeiten

Tabelle 85. Durchschnittliche negative Antrittslaufzeit nach Trägerbereich und Berichtsjahr (in Tagen)

Trägerbereich	Antrittslaufzeiten 2020	Antrittslaufzeiten 2021	Veränderung 2021 zu 2020	Träger
BA	..**	..**	..**	..**
EGH	-74,28	-79,72	-5,45 (+7,3%)	181
GKV	-56,06	-60,37	-4,31 (+7,7%)	99
JH	-34,20	-34,55	-0,35 (+1,0%)	288
RV	..**	..**	..**	..**
SER	-102,98	-124,92	-21,93 (+21,3%)	11
UV	k. A.	k. A.	k. A.	0
Gesamt	-64,40	-71,85	-7,45 (+11,6%)	579

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Antrittslaufzeit sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen. Neben den Antrittslaufzeiten im jeweiligen Berichtsjahr ist für jeden Trägerbereich angegeben, wie sich die Antrittslaufzeit im Berichtsjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

** Bei der BA kommen negative Antrittslaufzeiten nicht vor, da eine Maßnahmezueweisung nur nach einer Bewilligung erfolgt.

** Bei der DRV kommen negative Antrittslaufzeiten nicht vor, da ein Maßnahmeantritt nur nach einer Bewilligung erfolgt.

Tabelle 86. Durchschnittliche positive Antrittslaufzeit nach Trägerbereich und Berichtsjahr (in Tagen)

Trägerbereich	Antrittslaufzeiten 2020	Antrittslaufzeiten 2021	Veränderung 2021 zu 2020	Träger
BA	103,42	104,36	+0,94 (+0,9%)	1
EGH	30,63	26,02	-4,61 (-15,1%)	189
GKV	22,32	22,78	+0,46 (+2,1%)	99
JH	28,22	23,87	-4,35 (-15,4%)	322
RV	73,01	77,80	+4,78 (+6,6%)	17
SER	9,96	24,86	+14,89 (+149,5%)	25
UV	k. A.	k. A.	k. A.	0
Gesamt	52,06	54,71	+2,65 (+5,1%)	653

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Antrittslaufzeit sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen. Neben den Antrittslaufzeiten im jeweiligen Berichtsjahr ist für jeden Trägerbereich angegeben, wie sich die Antrittslaufzeit im Berichtsjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Sachverhalt 9: Anpassungen von Teilhabeplänen und deren Geltungsdauer

Tabelle 87. Anzahl der TP-Anpassungen insgesamt nach Trägerbereich und Berichtsjahr

Trägerbereich	TP-Anpassungen 2020	TP-Anpassungen 2021	Veränderung 2021 zu 2020	Träger
BA	1.587	1.592	+5 (+0,3%)	1
EGH	46.041	32.177	-13.864 (-30,1%)	253
GKV	.*	.*	.*	102
JH	699	695	-4 (-0,6%)	314
RV	0	0	0 (0%)	1
SER	.*	.*	.*	173
UV	102	164	+62 (+60,8%)	34
Gesamt	48.429	34.628	-13.801 (-28,5%)	878

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der TP-Anpassungen sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen. Neben der Anzahl der TP-Anpassung im jeweiligen Berichtsjahr ist für jeden Trägerbereich angegeben, wie sich die Anzahl der TP-Anpassungen im Berichtsjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

* Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes nicht dargestellt.

Sachverhalt 10: Erstattungsverfahren zwischen den Trägern

Tabelle 88. Anzahl der Erstattungsverfahren zwischen Trägern nach Trägerbereich und Berichtsjahr

Trägerbereich	Erstattungs- verfahren 2020	Erstattungs- verfahren 2021	Veränderung 2021 zu 2020	Träger
BA	78	88	+10 (+12,8%)	1
EGH	148	185	+37 (+25,0%)	208
GKV	65	0	-65 (-100%)	102
JH	47	32	-15 (-31,9%)	357
RV	1.756	1.965	+209 (+11,9%)	16
SER	11	7	-4 (-36,4%)	175
UV	45	51	+6 (+13,3%)	29
Gesamt	2.150	2.328	+178 (+8,3%)	888

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der Erstattungsverfahren sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen. Neben der Anzahl der Erstattungsverfahren im jeweiligen Berichtsjahr ist für jeden Trägerbereich angegeben, wie sich die Anzahl der Erstattungsverfahren im Berichtsjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Sachverhalt 12: Trägerübergreifende Persönliche Budgets

Tabelle 89. Anzahl beantragter trägerübergreifender Persönlicher Budgets (PB) nach Trägerbereich und Berichtsjahr

Trägerbereich	Beantragte PB 2020	Beantragte PB 2021	Veränderung 2021 zu 2020	Träger
BA	13	11	-2 (-15,4%)	1
EGH	825	295	-530 (-64,2%)	226
GKV	.*	.*	.*	102
JH	20	38	+18 (+90,0%)	373
RV	.*	0	.*	17
SER	.*	.*	.*	176
UV	.*	.*	.*	33
Gesamt	858	344	-514 (-59,1%)	928

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl beantragter trägerübergreifender Persönlicher Budgets sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen. Neben der Anzahl der beantragten trägerübergreifenden Persönlichen Budgets im jeweiligen Berichtsjahr ist für jeden Trägerbereich angegeben, wie sich die Anzahl beantragter trägerübergreifender Persönlicher Budgets im Berichtsjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

* Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes nicht dargestellt.

Tabelle 90. Anzahl bewilligter trägerübergreifender Persönlicher Budgets (PB) nach Trägerbereich und Berichtsjahr

Trägerbereich	Bewilligte PB 2020	Bewilligte PB 2021	Veränderung 2021 zu 2020	Träger
BA	13	11	-2 (-15,4%)	1
EGH	776	237	-539 (-69,5%)	227
GKV	14	0	-14 (-100%)	102
JH	26	53	+27 (+103,8%)	374
RV	-*	-*	-*	17
SER	-*	-*	-*	176
UV	-*	-*	-*	33
Gesamt	829	301	-528 (-63,7%)	930

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl bewilligter trägerübergreifender Persönlicher Budgets sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen. Neben der Anzahl der bewilligten trägerübergreifenden Persönlichen Budgets im jeweiligen Berichtsjahr ist für jeden Trägerbereich angegeben, wie sich die Anzahl bewilligter trägerübergreifender Persönlicher Budgets im Berichtsjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

* Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes nicht dargestellt.

Sachverhalt 13: Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer

Tabelle 91. Anzahl der Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer nach Trägerbereich und Berichtsjahr

Trägerbereich	Mitteilungen 2020	Mitteilungen 2021	Veränderung 2021 zu 2020	Träger
BA	342	736	+394 (+115,2%)	1
EGH	623	587	-36 (-5,8%)	212
GKV	33	26	-7 (-21,2%)	102
JH	250	687	+437 (+174,8%)	317
RV	653	501	-152 (-23,3%)	17
SER	0	0	0 (0%)	171
UV	k. A.	k. A.	k. A.	0
Gesamt	1.901	2.537	+636 (+33,5%)	820

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der Mitteilungen sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen. Neben der Anzahl der Mitteilungen im jeweiligen Berichtsjahr ist für jeden Trägerbereich angegeben, wie sich die Anzahl der Mitteilungen im Berichtsjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Sachverhalt 14: Erstattungsverfahren nach § 18 SGB IX

Tabelle 92. Anzahl der Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach Trägerbereich und Berichtsjahr

Trägerbereich	Erstattungsanträge 2020	Erstattungsanträge 2021	Veränderung 2021 zu 2020	Träger
BA	0	0	0 (0%)	1
EGH	32	34	+2 (+6,3%)	228
GKV	0	0	0 (0%)	101
JH	40	42	+2 (+5,0%)	364
RV	85	81	-4 (-4,7%)	16
SER	0	0	0 (0%)	175
UV	k. A.	k. A.	k. A.	0
Gesamt	157	157	0 (0%)	885

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen. Neben der Anzahl der Erstattungsanträge im jeweiligen Berichtsjahr ist für jeden Trägerbereich angegeben, wie sich die Anzahl der Erstattungsanträge im Berichtsjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Sachverhalt 15: Rechtsbehelfe: Widersprüche und Klagen

Tabelle 93. Anzahl entschiedener Widersprüche nach Trägerbereich und Berichtsjahr

Trägerbereich	Entschiedene Widersprüche 2020	Entschiedene Widersprüche 2021	Veränderung 2021 zu 2020	Träger
BA	3.290	3.254	-36 (-1,1%)	1
EGH	2.340	2.567	+227 (+9,7%)	215
GKV	39.362	24.468	-14.894 (-37,8%)	102
JH	257	209	-48 (-18,7%)	365
RV	125.258	84.784	-40.474 (-32,3%)	17
SER	46	31	-15 (-32,6%)	171
UV	k. A.	k. A.	k. A.	0
Gesamt	170.553	115.313	-55.240 (-32,4%)	871

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl entschiedener Widersprüche sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen. Neben der Anzahl der entschiedenen Widersprüche im jeweiligen Berichtsjahr ist für jeden Trägerbereich angegeben, wie sich die Anzahl entschiedener Widersprüche im Berichtsjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Tabelle 94. Anzahl entschiedener Klagen nach Trägerbereich und Berichtsjahr

Trägerbereich	Entschiedene Klagen 2020	Entschiedene Klagen 2021	Veränderung 2021 zu 2020	Träger
BA	377	394	+17 (+4,5%)	1
EGH	398	461	+63 (+15,8%)	212
GKV	356	335	-21 (-5,9%)	102
JH	29	24	-5 (-17,2%)	364
RV	5.613	2.472	-3.141 (-56,0%)	17
SER	-*	-*	-*	172
UV	k. A.	k. A.	k. A.	0
Gesamt	6.773	3.686	-3.087 (-45,6%)	868

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl entschiedener Klagen sowohl für das Berichtsjahr 2020 als auch für das Berichtsjahr 2021 vorliegen. Neben der Anzahl der entschiedenen Klagen im jeweiligen Berichtsjahr ist für jeden Trägerbereich angegeben, wie sich die Anzahl entschiedener Klagen im Berichtsjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

* Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes nicht dargestellt.

3. Übersicht Primär- und Meldevariablen

Die folgenden Übersichten geben den Stand der Primär- und Meldevariablen für das Berichtsjahr 2021 wieder.

Primärvariablen

Variablenname	Kurzbeschreibung	Ausprägung
V01	Antrag gestellt	0 = Nein 1 = Ja
V01a	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (LMR)	0 = Nein 1 = Ja
V01b	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)	0 = Nein 1 = Ja
V01c	Leistungen zur Teilhabe an Bildung (LTB)	0 = Nein 1 = Ja
V01d	Leistungen zur sozialen Teilhabe (LST)	0 = Nein 1 = Ja
V03	Antragsdatum	DD.MM.JJJJ
V04	Zuständigkeitsfeststellungsdatum	DD.MM.JJJJ
V05	Entscheidungsdatum des Gesamtantrages	DD.MM.JJJJ
V05a	Entscheidungsdatum des Antrages innerhalb LMR	DD.MM.JJJJ
V05b	Entscheidungsdatum des Antrages innerhalb LTA	DD.MM.JJJJ
V05c	Entscheidungsdatum des Antrages innerhalb LTB	DD.MM.JJJJ
V05d	Entscheidungsdatum des Antrages innerhalb LST	DD.MM.JJJJ
V05z	Datum des ersten Bewilligungsbescheides	DD.MM.JJJJ
V06	Gutachten	0 = Nein 1 = Ja
V06a	Gutachten innerhalb LMR	0 = Nein 1 = Ja
V06b	Gutachten innerhalb LTA	0 = Nein 1 = Ja
V06c	Gutachten innerhalb LTB	0 = Nein 1 = Ja
V06d	Gutachten innerhalb LST	0 = Nein 1 = Ja

Anhang

Variablen-name	Kurzbeschreibung	Ausprägung
V07	Datum Vorliegen des Gutachtens	DD.MM.JJJJ
V07_1	Datum Vorliegen des Gutachtens 1	DD.MM.JJJJ
V07_2	Datum Vorliegen des Gutachtens 2	DD.MM.JJJJ
V07_3	Datum Vorliegen des Gutachtens 3	DD.MM.JJJJ
V07_4	Datum Vorliegen des Gutachtens 4	DD.MM.JJJJ
V07_5	Datum Vorliegen des Gutachtens 5	DD.MM.JJJJ
V07a	Datum letztes vorliegendes Gutachten innerhalb LMR	DD.MM.JJJJ
V07b	Datum letztes vorliegendes Gutachten innerhalb LTA	DD.MM.JJJJ
V07c	Datum letztes vorliegendes Gutachten innerhalb LTB	DD.MM.JJJJ
V07d	Datum letztes vorliegendes Gutachten innerhalb LST	DD.MM.JJJJ
V08	Datum Auftrag des Gutachtens	DD.MM.JJJJ
V08_1	Datum Auftrag des Gutachtens 1	DD.MM.JJJJ
V08_2	Datum Auftrag des Gutachtens 2	DD.MM.JJJJ
V08_3	Datum Auftrag des Gutachtens 3	DD.MM.JJJJ
V08_4	Datum Auftrag des Gutachtens 4	DD.MM.JJJJ
V08_5	Datum Auftrag des Gutachtens 5	DD.MM.JJJJ
V09	Entscheidungsart	0 = vollständige Ablehnung 1 = nicht vollständige Bewilligung (teilweise Bewilligungen und Bewilligungen mit anderer als der beantragten Leistung) 2 = vollständige Bewilligung 3 = Weiterleitung nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX 4 = sonstige (z. B. Tod des Antragstellers, Antragsrücknahmen etc.)
V09a	Entscheidungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb LMR	0 = vollständige Ablehnung
V09b	Entscheidungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb LTA	1 = nicht vollständige Bewilligung (teilweise Bewilligungen und Bewilligungen mit anderer als der beantragten Leistung)
V09c	Entscheidungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb LTB	2 = vollständige Bewilligung
V09d	Entscheidungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb LST	4 = sonstige (z. B. Tod des Antragstellers, Antragsrücknahmen etc.)
V09e	Entscheidungsart Weiterleitung nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX	0 = Nein 1 = Ja
V10	Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung	DD.MM.JJJJ
V11	Teilhabeplanung	0 = Nein 1 = Ja, nicht trägerübergreifend 2 = Ja, trägerübergreifend ohne Konferenz 3 = Ja, trägerübergreifend mit Konferenz
V12	Zahl der Anpassungen des Teilhabeplans (Änderung oder Fortschreibung)*	0 = keine Anpassung 1 = eine Anpassung 2 = zwei Anpassungen usw.

Variablenname	Kurzbeschreibung	Ausprägung
V13	Erstellungsdatum des Teilhabeplans	DD.MM.JJJJ
V14_1	Erstes Anpassungsdatum des Teilhabeplans	DD.MM.JJJJ
V14_2	Zweites Anpassungsdatum des Teilhabeplans	DD.MM.JJJJ
V14_X	Anpassungsdatum X des Teilhabeplans	DD.MM.JJJJ
V15	Faktisches Ende des Planungszeitraums / Enddatum des Teilhabeplans	DD.MM.JJJJ
V16	Erstattungen nach § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB IX*	Anzugeben ist die Zahl der Erstattungsverfahren pro Leistungsfall 0 = kein Erstattungsverfahren 1 = ein Erstattungsverfahren 2 = zwei Erstattungsverfahren usw.
V17a	Persönliches Budget beantragt	0 = nein 1 = ja, trägerspezifisch 2 = ja, trägerübergreifend
V17b	Persönliches Budget bewilligt	0 = nein 1 = ja, trägerspezifisch 2 = ja, trägerübergreifend
V18	Mitteilungsversand nach § 18 Abs. 1 SGB IX	Anzugeben ist die Zahl der Mitteilungen pro Leistungsfall 0 = keine Mitteilung 1 = eine Mitteilung 2 = zwei Mitteilungen usw.
V19	Erstattungsantrag bei selbstbeschafften Leistungen	0 = kein Erstattungsantrag
V19_1	Erstattungsantrag 1*	1 = Bewilligung (vollständig und teilweise) = Erstattungen in voller und nicht voller Höhe 2 = Ablehnung (=keine Erstattung)
V19_2	Erstattungsantrag 2*	
V19_X	Erstattungsantrag X*	
V20_1	Widerspruch 1*	0 = kein Widerspruch
V20_2	Widerspruch 2*	1 = Erfolgreich (inkl. Vergleiche, Teilerkenntnisse, Teilabhilfe) aus Sicht des Leistungsberechtigten 2 = Nicht erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten
V20_X	Widerspruch X*	
V21_1	Klage 1*	0 = keine Klage
V21_2	Klage 2*	1 = Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten (inkl. Vergleiche, Teilerkenntnisse, Teilabhilfe) 2 = Nicht erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten
V21_X	Klage X*	
V22	Beitragszeit aufgrund sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung 6 Monate nach Leistungsende einer LTA	0 = Nein 1 = Ja

* Bei diesen Primärvariablen muss eine Zuordnung des Ereignisses zum Berichtsjahr des Ereigniszeitpunktes gewährleistet sein, so dass bei Datenexporten die Zuordnung zu einem bestimmten Jahr möglich ist (z. B. Erstattungsverfahren 1 eines Antrages wird dem Jahr 2018 und das Erstattungsverfahren 2 wird dem Jahr 2019 zugeordnet).

Meldevariablen

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m1	Gesamtanträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ohne unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen	Anzahl gestellter Anträge (V01 == 1) mit V03 im Berichtsjahr UND (V01a == 1 ODER V01b == 1 ODER V01c == 1 ODER V01d == 1)	Antragsdatum (V03)
m1a	Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (LMR)	Anzahl gestellter Anträge (V01 == 1) (vgl. m1) mit V03 im Berichtsjahr UND V01a == 1	Antragsdatum (V03)
m1b	Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)	Anzahl gestellter Anträge (V01 == 1) (vgl. m1) mit V03 im Berichtsjahr UND V01b == 1	Antragsdatum (V03)
m1c	Anträge auf Leistungen zur Teilhabe an Bildung (LTB)	Anzahl gestellter Anträge (V01 == 1) (vgl. m1) mit V03 im Berichtsjahr UND V01c == 1	Antragsdatum (V03)
m1d	Anträge auf Leistungen zur sozialen Teilhabe (LST)	Anzahl gestellter Anträge (V01 == 1) (vgl. m1) mit V03 im Berichtsjahr UND V01d == 1	Antragsdatum (V03)
m2	Weiterleitungen bei vollständiger Unzuständigkeit	Anzahl entschiedener Gesamtanträge mit V05 im Berichtsjahr UND V09 == 3	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m3a	Fristüberschreitungen Klärung Zuständigkeit (§ 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX)	Anzahl aller Gesamtanträge mit V04 im Berichtsjahr UND (V04 – V03) > (14 Kalendertage) ¹	Zuständigkeitsfeststellungsdatum (V04)
m3a_n	Gesamtanträge mit geklärteter Zuständigkeit (Nenner zu m3a)	Anzahl aller Gesamtanträge mit V04 im Berichtsjahr	Zuständigkeitsfeststellungsdatum (V04)

¹ In Anlehnung an die GE „Reha-Prozess“ (bspw. § 19) werden zur Berechnung der Fristen nach § 14 SGB IX die gesetzlichen Vorgaben nach § 26 SGB X i. V. m. §§ 187 – 193 BGB zugrunde gelegt. Daraus folgt u. a., dass der letzte Tag der Frist ein Werktag ist (vgl. § 26 Abs. 3 SGB X).

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m3b	Fristüberschreitungen Bedarfsfeststellung ohne Gutachten (§ 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX)	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND (V05 – V03) > (21 Kalendertage) ¹ UND V06 == 0	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m3b_n	Gesamtanträge ohne Gutachten (Nenner zu m3b)	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND V06 == 0	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m3c	Fristüberschreitungen Bedarfsfeststellung mit Gutachten (§ 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX)	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND V06 == 1 UND (V05 – (Maximum aus V07_1 bis V07_5) ²) > (14 Kalendertage) ¹	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m3c_n	Gesamtanträge mit Gutachten	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND V06 == 1	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

² Datum des zuletzt vorliegenden Gutachtens

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m3b_lg	<p>Fristüberschreitungen Bedarfsfeststellung ohne Gutachten innerhalb der Leistungsgruppen</p> <p>(§ 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX)</p>	<p>Anzahl entschiedener LG-Anträge (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND (V05a - V03) > (21 Kalendertage)¹ UND V06a == 0</p> <p>PLUS</p> <p>Anzahl entschiedener LG-Anträge (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND (V05b - V03) > (21 Kalendertage)¹ UND V06b == 0</p> <p>PLUS</p> <p>Anzahl entschiedener LG-Anträge (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND (V05c - V03) > (21 Kalendertage)¹ UND V06c == 0</p> <p>PLUS</p> <p>Anzahl entschiedener LG-Anträge (m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND (V05d - V03) > (21 Kalendertage)¹ UND V06d == 0</p>	<p>Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)</p>

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m3b_n_lg	Anträge ohne Gutachten innerhalb der Leistungsgruppen	<p>Anzahl entschiedener LG-Anträge (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND V06a == 0</p> <p>PLUS</p> <p>Anzahl entschiedener LG-Anträge (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND V06b == 0</p> <p>PLUS</p> <p>Anzahl entschiedener LG-Anträge (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND V06c == 0</p> <p>PLUS</p> <p>Anzahl entschiedener LG-Anträge (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND V06d == 0</p>	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m3c_lg	Fristüberschreitungen Bedarfsfeststellung mit Gutachten innerhalb der Leistungs- gruppen (§ 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX)	Anzahl entschiedener LG-Anträge (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND V06a == 1 UND (V05a - V07a) > (14 Kalendertage) ¹ PLUS Anzahl entschiedener LG-Anträge (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND V06b == 1 UND (V05b - V07b) > (14 Kalendertage) ¹ PLUS Anzahl entschiedener LG-Anträge (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND V06c == 1 UND (V05c - V07c) > (14 Kalendertage) ¹ PLUS Anzahl entschiedener LG-Anträge (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND V06d == 1 UND (V05d - V07d) > (14 Kalendertage) ¹	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m3c_n_lg	Anträge mit Gutachten innerhalb der Leistungsgruppen	<p>Anzahl entschiedener LG-Anträge (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND V06a == 1</p> <p>PLUS</p> <p>Anzahl entschiedener LG-Anträge (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND V06b == 1</p> <p>PLUS</p> <p>Anzahl entschiedener LG-Anträge (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND V06c == 1</p> <p>PLUS</p> <p>Anzahl entschiedener LG-Anträge (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND V06d == 1</p>	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m4a	Durchschnittliche Dauer einer Gutachtenerstellung	m4a_z / m4a_n (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m4a_z	Summe der Dauern aller Gutachtenerstellungen (Zähler zu m4a)	<p>Summe von $((V07_1 - V08_1) - 3^3)$ bei allen entschiedenen Gesamtanträgen (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND $(V09 == 0 \text{ ODER } V09 == 1 \text{ ODER } V09 == 2 \text{ ODER } V09 == 4)$</p> <p>PLUS</p> <p>Summe von $((V07_2 - V08_2) - 3^3)$ bei allen entschiedenen Gesamtanträgen (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND $(V09 == 0 \text{ ODER } V09 == 1 \text{ ODER } V09 == 2 \text{ ODER } V09 == 4)$</p> <p>PLUS</p> <p>Summe von $((V07_3 - V08_3) - 3^3)$ bei allen entschiedenen Gesamtanträgen (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND $(V09 == 0 \text{ ODER } V09 == 1 \text{ ODER } V09 == 2 \text{ ODER } V09 == 4)$</p> <p>PLUS</p> <p>Summe von $((V07_4 - V08_4) - 3^3)$ bei allen entschiedenen Gesamtanträgen (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND $(V09 == 0 \text{ ODER } V09 == 1 \text{ ODER } V09 == 2 \text{ ODER } V09 == 4)$</p> <p>PLUS</p> <p>Summe von $((V07_5 - V08_5) - 3^3)$ bei allen entschiedenen Gesamtanträgen (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND $(V09 == 0 \text{ ODER } V09 == 1 \text{ ODER } V09 == 2 \text{ ODER } V09 == 4)$</p> <p>(in Kalendertagen)</p>	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

³ Unter Berücksichtigung der Postlaufzeit gilt der Gutachtenauftrag am dritten Tag nach Aufgabe als zugestellt. Daher werden von jeder Dauer pauschal drei Kalendertage abgezogen. Führt der Abzug zu einer negativen Gutachtendauer, wird die Gutachtendauer auf 0 Tage gesetzt.

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m4a_n	Gutachtenerstellungen (Nenner zu m4a)	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND einem Wert in V07_1 PLUS Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND einem Wert in V07_2 PLUS Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND einem Wert in V07_3 PLUS Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND einem Wert in V07_4 PLUS Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND einem Wert in V07_5	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m5a	Durchschnittliche Dauer bis zur Bewilligung des Gesamtantrags (vollst. / nicht vollst.)	m5a_z / m5a_n (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m5a_z	Summe der Dauern aller Entscheidungen zu Gesamtanträgen, die vollständig oder nicht vollständig bewilligt wurden	Summe von (V05 – V03) bei allen entschiedenen Gesamtanträgen (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 1 ODER V09 == 2) (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m5a_n	Gesamtanträge, die vollständig oder nicht vollständig bewilligt wurden	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 1 ODER V09 == 2)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m5b	Durchschnittliche Dauer bis zur Erledigung des Gesamtantrags (Abl. / Sonst.)	m5b_z / m5b_n (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m5b_z	Summe der Dauern aller Entscheidungen zu Gesamtanträgen, die abgelehnt wurden oder in der Entscheidungsart „sonstige“ erfasst sind	Summe von (V05 – V03), bei allen entschiedenen Gesamtanträgen (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 4): (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m5b_n	Gesamtanträge, die abgelehnt wurden oder in der Entscheidungsart „sonstige“ erfasst sind	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 4)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m5a_lg	Durchschnittliche Dauer bis zur Bewilligung innerhalb der Leistungsgruppen (vollst. / nicht vollst.)	m5a_z_lg / m5a_n_lg (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m5a_z_lg	Summe der Dauern aller Entscheidungen zu Anträgen innerhalb der Leistungsgruppen, die vollständig oder nicht vollständig bewilligt wurden	Summe der Entscheidungsdauern für LMR (V05a – V03) bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09a == 1 ODER V09a == 2) PLUS Summe der Entscheidungsdauern für LTA (V05b – V03) bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09b == 1 ODER V09b == 2) PLUS Summe der Entscheidungsdauern für LTB (V05c – V03) bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09c == 1 ODER V09c == 2) PLUS Summe der Entscheidungsdauern für LST (V05d – V03) bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09d == 1 ODER V09d == 2) (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m5a_n_lg	Anträge innerhalb der Leistungsgruppen, die vollständig oder nicht vollständig bewilligt wurden	Anzahl entschiedener LG-Anträge (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09a == 1 ODER V09a == 2) PLUS Anzahl entschiedener LG-Anträge (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09b == 1 ODER V09b == 2) PLUS Anzahl entschiedener LG-Anträge (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09c == 1 ODER V09c == 2) PLUS Anzahl entschiedener LG-Anträge (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09d == 1 ODER V09d == 2)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m5b_lg	Durchschnittliche Dauer bis zur Erledigung innerhalb der Leistungsgruppen (Abl. / Sonst.)	m5b_z_lg / m5b_n_lg (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m5b_z_lg	Summe der Dauern aller Entscheidungen zu Anträgen innerhalb der Leistungsgruppen, die abgelehnt wurden oder in der Entscheidungsart „sonstige“ erfasst sind	Summe der Entscheidungsdauern für LMR (V05a – V03) bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09a == 0 ODER V09a == 4) PLUS Summe der Entscheidungsdauern für LTA (V05b – V03) bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09b == 0 ODER V09b == 4) PLUS Summe der Entscheidungsdauern für LTB (V05c – V03) bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09c == 0 ODER V09c == 4) PLUS Summe der Entscheidungsdauern für LST (V05d – V03) bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09d == 0 ODER V09d == 4) (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m5b_n_lg	Anträge innerhalb der Leistungsgruppen, die abgelehnt wurden oder in der Entscheidungsart „sonstige“ erfasst sind	Anzahl entschiedener LG-Anträge (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09a == 0 ODER V09a == 4) PLUS Anzahl entschiedener LG-Anträge (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09b == 0 ODER V09b == 4) PLUS Anzahl entschiedener LG-Anträge (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09c == 0 ODER V09c == 4) PLUS Anzahl entschiedener LG-Anträge (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09d == 0 ODER V09d == 4)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m6a	Vollständig abgelehnte Gesamtanträge	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND V09 == 0	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m6b	Nicht vollständig bewilligte Gesamtanträge	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr V09 == 1	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m6	Entschiedene Gesamtanträge	Anzahl entschiedener Gesamtanträge mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m6a_lg	Vollständig abgelehnte Anträge innerhalb der Leistungsgruppen	Anzahl entschiedener LG-Anträge (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND V09a == 0 PLUS Anzahl entschiedener LG-Anträge (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND V09b == 0 PLUS Anzahl entschiedener LG-Anträge (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND V09c == 0 PLUS Anzahl entschiedener LG-Anträge (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND V09d == 0	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m6b_lg	Nicht vollständig bewilligte Anträge innerhalb der Leistungsgruppen	Anzahl entschiedener LG-Anträge (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND V09a == 1 PLUS Anzahl entschiedener LG-Anträge (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND V09b == 1 PLUS Anzahl entschiedener LG-Anträge (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND V09c == 1 PLUS Anzahl entschiedener LG-Anträge (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND V09d == 1	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m6_lg	Entschiedene Anträge innerhalb der Leistungsgruppen	Anzahl entschiedener LG-Anträge mit V05 im Berichtsjahr UND (V09a == 0 ODER V09a == 1 ODER V09a == 2 ODER V09a == 4) PLUS Anzahl entschiedener LG-Anträge mit V05 im Berichtsjahr UND (V09b == 0 ODER V09b == 1 ODER V09b == 2 ODER V09b == 4) PLUS Anzahl entschiedener LG-Anträge mit V05 im Berichtsjahr UND (V09c == 0 ODER V09c == 1 ODER V09c == 2 ODER V09c == 4) PLUS Anzahl entschiedener LG-Anträge mit V05 im Berichtsjahr UND (V09d == 0 ODER V09d == 1 ODER V09d == 2 ODER V09d == 4)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m7a	Durchschnittliche negative Antrittslaufzeit bei Leistungsantritt vor dem Bewilligungsbescheid	m7a_z / m7a_n (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m7a_z	Summe aller negativen Antrittslaufzeiten	Summe von (V10 – V05z) bei allen entschiedenen Gesamtanträgen (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND einem Wert in V05z UND einem Wert in V10 UND V05z > V10 (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m7a_n	Anträge mit Leistungsantritt vor dem Bewilligungsbescheid	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND einem Wert in V05z UND einem Wert in V10 UND V05z > V10	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m7a1	Durchschnittliche negative Antrittslaufzeit bei Leistungsantritt vor dem Bewilligungsbescheid ohne THP	m7a1_z / m7a1_n (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m7a1_z	Summe aller negativen Antrittslaufzeiten ohne THP	Summe von (V10 – V05z) bei allen entschiedenen Gesamtanträgen (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND einem Wert in V05z UND einem Wert in V10 UND V05z > V10 UND V11 == 0 (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m7a1_n	Anträge mit Leistungsantritt vor dem Bewilligungsbescheid ohne THP	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND einem Wert in V05z UND einem Wert in V10 UND V05z > V10 UND V11 == 0	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m7a2	Durchschnittliche negative Antrittslaufzeit bei Leistungsantritt vor dem Bewilligungsbescheid mit THP	m7a1_z / m7a1_n (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m7a2_z	Summe aller negativen Antrittslaufzeiten mit THP	Summe von (V10 – V05z) bei allen entschiedenen Gesamtanträgen (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND einem Wert in V05z UND einem Wert in V10 UND V05z > V10 UND (V11 == 1 ODER V11 == 2 ODER V11 == 3) (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m7a2_n	Anträge mit Leistungsantritt vor dem Bewilligungsbescheid mit THP	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND einem Wert in V05z UND einem Wert in V10 UND V05z > V10 UND (V11 == 1 ODER V11 == 2 ODER V11 == 3)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m7b	Durchschnittliche positive Antrittslaufzeit bei Leistungsantritt nach dem Bewilligungsbescheid oder am gleichen Tag	m7b_z / m7b_n (in Kalendertagen)	Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung (V10)
m7b_z	Summe aller positiven Antrittslaufzeiten	Summe von (V10 – V05z) bei allen entschiedenen Anträgen mit V10 im Berichtsjahr UND einem Wert in V05z UND V05z <= V10 (in Kalendertagen)	Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung (V10)
m7b_n	Anträge mit Leistungsantritt nach dem Bewilligungsbescheid oder am gleichen Tag	Anzahl entschiedener Anträge mit V10 im Berichtsjahr UND einem Wert in V05z UND V05z <= V10	Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung (V10)
m7b1	Durchschnittliche positive Antrittslaufzeit bei Anträgen mit Leistungsantritt nach dem Bewilligungsbescheid oder am gleichen Tag ohne THP	m7b1_z / m7b1_n (in Kalendertagen)	Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung (V10)

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m7b1_z	Summe aller positiven Antrittslaufzeiten ohne THP	Summe von (V10 – V05z) bei allen entschiedenen Anträgen mit V10 im Berichtsjahr UND einem Wert in V05z UND V05z <= V10 UND V11 == 0 (in Kalendertagen)	Datum des Leistungsbeginns der ersten ange-tretenen Leistung (V10)
m7b1_n	Anträge mit Leistungsantritt nach dem Bewilligungsbescheid oder am gleichen Tag ohne THP	Anzahl entschiedener Anträge mit V10 im Berichtsjahr UND einem Wert in V05z UND V05z <= V10 UND V11 == 0	Datum des Leistungsbeginns der ersten ange-tretenen Leistung (V10)
m7b2	Durchschnittliche positive Antrittslaufzeit bei Anträgen mit Leistungsantritt nach dem Bewilligungsbescheid oder am gleichen Tag mit THP	m7b2_z / m7b2_n (in Kalendertagen)	Datum des Leistungsbeginns der ersten ange-tretenen Leistung (V10)
m7b2_z	Summe aller positiven Antrittslaufzeiten mit THP	Summe von (V10 – V05z) bei allen entschiedenen Anträgen mit V10 im Berichtsjahr UND einem Wert in V05z UND V05z <= V10 UND (V11 == 1 ODER V11 == 2 ODER V11 == 3) (in Kalendertagen)	Datum des Leistungsbeginns der ersten ange-tretenen Leistung (V10)
m7b2_n	Anträge mit Leistungsantritt nach dem Bewilligungsbescheid oder am gleichen Tag mit THP	Anzahl entschiedener Anträge mit V10 im Berichtsjahr UND einem Wert in V05z UND V05z <= V10 UND (V11 == 1 ODER V11 == 2 ODER V11 == 3)	Datum des Leistungsbeginns der ersten ange-tretenen Leistung (V10)
m8a_f	Gesamtanträge mit trägerübergreifender THP (als leistender Träger)	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND (V11 == 2 ODER V11 == 3)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m8b_f	Gesamtanträge mit trägerübergreifender THPK (als leistender Träger)	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND V11 == 3	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m9a_f	TP mit mind. einer Anpassung	Anzahl der TP mit mindestens einem Anpassungsdatum (V14_X) im Berichtsjahr ⁴	Anpassungsdaten des TP (V14_1 / V14_2 / ... / V14_X)
m9a	TP-Anpassungen (Fortschreibungen & Änderungen)	Anzahl aller TP-Anpassungsdaten (V14_X) im Berichtsjahr ⁴	Anpassungsdaten des TP (V14_1 / V14_2 / V14_X)
m9b	Durchschnittliche TP-Geltungsdauer	m9b_z / m9b_n (in Kalendertagen)	Anpassungsdaten des TP (V14_1 / V14_2 / V14_X) und / oder Enddatum des TP (V15)

⁴ Da ein Teilhabeplan (TP) mit mehreren Anträgen verknüpft sein kann, wird keine Berechnung auf Grundlage von Daten über Anträge angegeben. Die Berechnung der Variablen zu Sachverhalt 9 sollte nur dann auf Antragsdaten basieren, wenn sichergestellt ist, dass keine Doppelzählungen stattfinden.

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m9b_z	Summe aller TP-Geltungsdauern, die im Berichtsjahr enden	<p>TP-Geltungsdauern sind:</p> <p>Dauer zwischen Erstelldatum und Enddatum (wenn keine Anpassungen stattgefunden haben): (V15 – V13), wenn V15 im Berichtsjahr</p> <p>Dauer zwischen Erstelldatum und erster Anpassung: (V14_1 – V13), wenn V14_1 im Berichtsjahr</p> <p>Dauer zwischen zwei Anpassungen: (V14_2 – V14_1), wenn V14_2 im Berichtsjahr, (V14_3 – V14_2), wenn V14_3 im Berichtsjahr, usw.</p> <p>Dauer zwischen letzter Anpassung und Enddatum: (V15 – V14_X), wenn V15 im Berichtsjahr</p> <p>(in Kalendertagen)</p>	Anpassungsdaten des TP (V14_1 / V14_2 / V14_X) und / oder Enddatum des TP (V15)
m9b_n	TP-Geltungsdauern, die im Berichtsjahr enden	Anzahl aller TP-Anpassungen im Berichtsjahr (V14_1 / V14_2 / ... / V14_X im Berichtsjahr) PLUS Anzahl beendeter TP im Berichtsjahr (V15 im Berichtsjahr)	Anpassungsdaten des TP (V14_1 / V14_2 / V14_X) und / oder Enddatum des TP (V15)
m10_f	Anträge mit mind. einem Erstattungsverfahren gegen andere Träger	Anzahl der Anträge mit V16 > 0 [d.h. mind. ein Erstattungsverfahren gegen andere Träger im Berichtsjahr] ⁵	Datum der Anstrengung des Verfahrens (PV fehlt)
m10	Erstattungsverfahren gegen andere Träger	Summe von V16 von allen Anträgen [V16 darf nur die Erstattungsverfahren gegen andere Träger im Berichtsjahr zählen] ⁵	Datum der Anstrengung des Verfahrens (PV fehlt)

⁵ Entsprechende weitere Felder in der Eingabemaske, die die Primärvariablen um Datumsfelder ergänzen, werden benötigt.

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m11a	Anträge auf Persönliches Budget (trägerspezifisch)	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND V17a == 1	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m11b	Bewilligungen Persönlicher Budgets (trägerspezifisch)	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND V17b == 1	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m12a	Anträge auf Persönliches Budget (trägerübergreifend)	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND V17a == 2	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m12b	Bewilligungen Persönlicher Budgets (trägerübergreifend)	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND V17b == 2	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m13_f	Anträge mit mind. einer Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND V18 > 0 ⁶	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m13	Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer	Summe von V18 ⁶ bei allen entschiedenen Gesamtanträgen (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m14_f	Anträge mit mind. einem Antrag auf Erstattung selbstbeschaffter Leistung	Anzahl der Anträge mit (V19_1 == 1 ODER V19_1 == 2) ⁷	Entscheidungsdaten der Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen (PV fehlt)

⁶ Im Unterschied zu Sachverhalt 10 werden hier auch Mitteilungen aus vergangenen Jahren gezählt.

⁷ Entsprechende weitere Felder in der Eingabemaske, die die Primärvariable um Datumsfelder ergänzen, werden benötigt.

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m14	Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistung	Anzahl der Anträge mit (V19_1 == 1 ODER V19_1 == 2) ⁷ PLUS Anzahl der Anträge mit (V19_2 == 1 ODER V19_2 == 2) ⁷ PLUS [...] PLUS Anzahl der Anträge mit (V19_X == 1 ODER V19_X == 2) ⁷	Entscheidungsdaten der Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen (PV fehlt)
m14a	Bewilligte Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistung	Anzahl der Anträge mit V19_1 == 1 ⁷ PLUS Anzahl der Anträge mit V19_2 == 1 ⁷ PLUS [...] PLUS Anzahl der Anträge mit V19_X == 1 ⁷	Entscheidungsdaten der Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen (PV fehlt)
m14b	Abgelehnte Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistung	Anzahl der Anträge mit V19_1 == 2 ⁷ PLUS Anzahl der Anträge mit V19_2 == 2 ⁷ PLUS [...] PLUS Anzahl der Anträge mit V19_X == 2 ⁷	Entscheidungsdaten der Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen (PV fehlt)
m15a	Entschiedene Widersprüche	Anzahl der Gesamtanträge mit (V20_1 == 1 ODER V20_1 == 2) ⁷ PLUS Anzahl der Gesamtanträge mit (V20_2 == 1 ODER V20_2 == 2) ⁷ PLUS [...] PLUS Anzahl der Gesamtanträge mit (V20_X == 1 ODER V20_X == 2) ⁷	Entscheidungsdaten der Widersprüche (PV fehlt)

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m15a1	Erfolgreiche Widersprüche	Anzahl der Gesamtanträge mit V20_1 == 1 ⁷ PLUS Anzahl der Gesamtanträge mit V20_2 == 1 ⁷ PLUS [...] PLUS Anzahl der Gesamtanträge mit V20_X == 1 ⁷	Entscheidungsdaten der Widersprüche (PV fehlt)
m15b	Entschiedene Klagen	Anzahl der Gesamtanträge mit (V21_1 == 1 ODER V21_1 == 2) ⁷ PLUS Anzahl der Gesamtanträge mit (V21_2 == 1 ODER V21_2 == 2) ⁷ PLUS [...] PLUS Anzahl der Gesamtanträge mit (V21_X == 1 ODER V21_X == 2) ⁷	Entscheidungsdaten der Klagen (PV fehlt)
m15b1	Erfolgreiche Klagen	Anzahl der Gesamtanträge mit V21_1 == 1 ⁷ PLUS Anzahl der Gesamtanträge mit V21_2 == 1 ⁷ PLUS [...] PLUS Anzahl der Gesamtanträge mit V21_X == 1 ⁷	Entscheidungsdaten der Klagen (PV fehlt)
m16_z	Leistungsfälle mit sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung 6 Monate nach LTA-Ende im Berichtsjahr	Anzahl der Anträge mit V22 == 1 UND LTA-Ende + 6 Monate im Berichtsjahr ⁷	LTA-Ende (PV fehlt) + 6 Monate
m16_n	Leistungsfälle mit einer beendeten LTA-Maßnahme im gleichen Berichtsjahr	Anzahl der Anträge mit LTA-Ende + 6 Monate im Berichtsjahr ⁷	LTA-Ende (PV fehlt) + 6 Monate

4. Übersicht Plausibilisierungsregeln

Die nachfolgenden Tabellen zeigen ergänzend zu Kapitel 2.2 weitere Regeln auf, die für die interne Validitätsprüfung (Stufe 2) angewendet wurden.

Prüfung der Meldevariablen, die Teilmengen anderer Meldevariablen darstellen¹

Regel	Ausschluss bei Regelbruch	Referenzvariable ²
$m1 \leq m1a + m1b + m1c + m1d^3$	m1a, m1b, m1c, m1d	m1
$m1 \geq m1a$	m1a	m1
$m1 \geq m1b$	m1b	m1
$m1 \geq m1c$	m1c	m1
$m1 \geq m1d$	m1d	m1
$m3a \leq m3a_n$	m3a, m3a_n	m3a_n
wenn $m3a_n = 0$, dann $m3a =$ fehlend	m3a	---
wenn $m3a_n =$ fehlend, dann $m3a =$ fehlend	m3a	---
$m3b \leq m3b_n$	m3b, m3b_n	m3b_n
wenn $m3b_n = 0$, dann $m3b =$ fehlend	m3b	---
wenn $m3b_n =$ fehlend, dann $m3b =$ fehlend	m3b	---
$m3c \leq m3c_n$	m3c, m3c_n	m3c_n
wenn $m3c_n = 0$, dann $m3c =$ fehlend	m3c	---
wenn $m3c_n =$ fehlend, dann $m3c =$ fehlend	m3c	---
$m3b_n \leq m6$	m3b_n, m3b	m6
$m3c_n \leq m6$	m3c_n, m3c	m6
$m6 \geq m3b_n + m3c_n$	m3b_n, m3b, m3c_n, m3c	m6
$m3b_{lg} \leq m3b_n_{lg}$	m3b_{lg}, m3b_n_{lg}	m3b_n_{lg}
wenn $m3b_n_{lg} = 0$, dann $m3b_{lg} =$ fehlend	m3b_{lg}	---
wenn $m3b_n_{lg} =$ fehlend, dann $m3b_{lg} =$ fehlend	m3b_{lg}	---
$m3c_{lg} \leq m3c_n_{lg}$	m3c_{lg}, m3c_n_{lg}	m3c_n_{lg}

¹ Weitere Regeln zur Prüfung der internen Konsistenz von Mengen sind in der nachfolgenden Übersicht „Prüfung der Meldevariablen zu Anträgen innerhalb der Leistungsgruppen und Gesamtanträgen“ enthalten.

² Bei einem Regelbruch wurde für die in der zweiten Spalte angegebene Meldevariable eine Abweichung kleiner als 2 Prozent des Wertes der jeweiligen Referenzvariablen zugelassen.

³ Diese Regel wurde nicht auf die Daten der UV angewendet. In diesem Trägerbereich konnte die Anzahl der Weiterleitungen (m2) nur bezogen auf Gesamtanträge erfasst werden. Die Anzahl der Gesamtanträge (m1) beinhaltet also Weiterleitungen, die Anzahl der Anträge innerhalb der einzelnen Leistungsgruppen (m1a, m1b, m1c, m1d) jedoch nicht. Es gab fünf Regelbrüche bezüglich $m1 \leq m1a + m1b + m1c + m1d$ im Bereich der UV. Diese sind vermutlich auf die oben beschriebene ungleiche Erfassung der Meldevariablen zurückzuführen.

Regel	Ausschluss bei Regelbruch	Referenzvariable ²
wenn $m3c_n_lg = 0$, dann $m3c_lg = \text{fehlend}$	$m3c_lg$	---
wenn $m3c_n_lg = \text{fehlend}$, dann $m3c_lg = \text{fehlend}$	$m3c_lg$	---
$m3b_n_lg \leq m6_lg$	$m3b_n_lg, m3b_lg$	$m6_lg$
$m3c_n_lg \leq m6_lg$	$m3c_n_lg, m3c_lg$	$m6_lg$
$m6_lg \geq m3b_n_lg + m3c_n_lg$	$m3b_n_lg, m3b_lg, m3c_n_lg, m3c_lg$	$m6_lg$
$m4a_n \geq m3c_n$, wobei $m3c_n > 0$	$m4a_n, m4a_z$	$m3c_n$
wenn $m3c_n = 0$, dann $m4a_n = 0$	$m3c_n, m3c, m4a_n, m4a_z$	---
$m5a_n \leq m6$	$m5a_n, m5a_z$	$m6$
$m5b_n \leq m6$	$m5b_n, m5b_z$	$m6$
$m6 = m5a_n + m5b_n$	$m5a_n, m5a_z, m5b_n, m5b_z$	$m6$
$m5a_n_lg \leq m6_lg$	$m5a_n_lg, m5a_z_lg$	$m6_lg$
$m5b_n_lg \leq m6_lg$	$m5b_n_lg, m5b_z_lg$	$m6_lg$
$m6_lg = m5a_n_lg + m5b_n_lg$	$m5a_n_lg, m5a_z_lg, m5b_n_lg, m5b_z_lg$	$m6_lg$
$m6 \geq m6a$	$m6, m6a$	$m6$
$m6 \geq m6b$	$m6, m6b$	$m6$
$m6 \geq m6a + m6b$	$m6, m6a, m6b$	$m6$
$m6a \leq m5b_n$	$m5b_n, m5b_z$	$m6a$
$m6b \leq m5a_n$	$m5a_n, m5a_z$	$m6b$
$m6_lg \geq m6a_lg$	$m6_lg, m6a_lg$	$m6_lg$
$m6_lg \geq m6b_lg$	$m6_lg, m6b_lg$	$m6_lg$
$m6_lg \geq m6a_lg + m6b_lg$	$m6_lg, m6a_lg, m6b_lg$	$m6_lg$
$m6a_lg \leq m5b_n_lg$	$m5b_n_lg, m5b_z_lg$	$m6a_lg$
$m6b_lg \leq m5a_n_lg$	$m5a_n_lg, m5a_z_lg$	$m6b_lg$
$m7a_n = m7a1_n + m7a2_n$	$m7a1_n, m7a1_z, m7a2_n, m7a2_z$	$m7a_n$
$m7a1_n \leq m7a_n$	$m7a1_n, m7a1_z$	$m7a_n$
$m7a2_n \leq m7a_n$	$m7a2_n, m7a2_z$	$m7a_n$
$m7b_n = m7b1_n + m7b2_n$	$m7b1_n, m7b1_z, m7b2_n, m7b2_z$	$m7b_n$
$m7b1_n \leq m7b_n$	$m7b1_n, m7b1_z$	$m7b_n$
$m7b2_n \leq m7b_n$	$m7b2_n, m7b2_z$	$m7b_n$
$m8b_f \leq m8a_f$	$m8a_f, m8b_f$	$m8b_f$
$m8a_f \leq m6$	$m8a_f$	$m6$

Anhang

Regel	Ausschluss bei Regelbruch	Referenzvariable ²
$m9a \geq m9a_f$, wobei $m9a_f > 0$	m9a, m9a_f	m9a_f
wenn $9a_f = 0$, dann $m9a = 0$	m9a_f	---
$m10 \geq m10_f$, wobei $m10_f > 0$	m10, m10_f	m10_f
wenn $m10_f = 0$, dann $m10 = 0$	m10_f	---
$m11a \leq m6$	m11a	m6
$m11b \leq m6$	m11b	m6
$m12a \leq m6$	m12a	m6
$m12b \leq m6$	m12b	m6
$m13 \geq m13_f$, wobei $m13_f > 0$	m13, m13_f	m13_f
wenn $13_f = 0$, dann $m13 = 0$	m13_f	---
$m13_f \leq m6$	m13_f	m6
$m14 \geq m14_f$, wobei $m14_f > 0$	m14, m14_f, m14a, m14b	m14_f
wenn $14_f = 0$, dann $m14 = 0$	m14_f	---
$m14a \leq m14$	m14, m14a, m14b	m14
wenn $m14 = 0$, dann $m14a = \text{fehlend}$	m14a	---
wenn $m14 = \text{fehlend}$, dann $m14a = \text{fehlend}$	m14a	---
$m14b \leq m14$	m14, m14a, m14b	m14
wenn $m14 = 0$, dann $m14b = \text{fehlend}$	m14b	---
wenn $m14 = \text{fehlend}$, dann $m14b = \text{fehlend}$	m14b	---
$m14 = m14a + m14b$	m14, m14a, m14b	m14
$m15a1 \leq m15a$	m15a, m15a1	m15a
wenn $m15a = 0$, dann $m15a1 = \text{fehlend}$	m15a1	---
wenn $m15a = \text{fehlend}$, dann $m15a1 = \text{fehlend}$	m15a1	---
$m15b1 \leq m15b$	m15b, m15b1	m15b
wenn $m15b = 0$, dann $m15b1 = \text{fehlend}$	m15b1	---
wenn $m15b = \text{fehlend}$, dann $m15b1 = \text{fehlend}$	m15b1	---
$m16_z \leq m16_n$	m16_z, m16_n	m16_n

Prüfung der Meldevariablen zu Anträgen innerhalb der Leistungsgruppen versus Gesamtanträge⁴

Regel	Ausschluss bei Regelbruch	Referenzvariable ⁵
$m3b_lg \geq m3b$	m3b_lg	m3b
$m3b_n_lg \geq m3b_n$	m3b_n_lg, m3b_lg	m3b_n
$m3c_lg \geq m3c$	m3c_lg	m3c
$m3c_n_lg \geq m3c_n$, wobei $m3c_n_lg > 0$	m3c_n_lg, m3c_lg	m3c_n
wenn $m3c_n = 0$, dann $m3c_n_lg = 0$	m3c_n, m3c_n_lg, m3c, m3c_lg	---
$m5a_n_lg \geq m5a_n$, wobei $m5a_n > 0$	m5a_n_lg, m5a_z_lg	m5a_n
wenn $m5a_n = 0$, dann $m5a_n_lg = 0$	m5a_n, m5a_n_lg, m5a_z, m5a_z_lg	---
wenn $m5a_z = 0$, dann $m5a_z_lg = 0$	m5a_z, m5a_z_lg	---
$m5b_n_lg \geq m5b_n$	m5b_n_lg, m5b_z_lg	m5b_n
$m6_lg \geq m6$, wobei $m6 > 0$	m6_lg	m6
wenn $m6 = 0$, dann $m6_lg = 0$	m6, m6_lg	---
$m6a_lg \geq m6a$	m6a_lg	m6a
wenn $m6b = 0$, dann $m6b_lg = 0$	m6b, m6b_lg	---

⁴ Diese Übersicht enthält ebenfalls Regeln zur Prüfung der internen Konsistenz von Mengen.

⁵ Bei einem Regelbruch wurde für die in der zweiten Spalte angegebene Meldevariable eine Abweichung kleiner als 2 Prozent des Wertes der jeweiligen Referenzvariablen zugelassen.

5. Glossar

Analyseszenario Ein Analyseszenario stellt eine Zusammenfassung aller Meldedatensätze dar, die zu einem Zeitpunkt vorliegen. Es können beliebig viele Meldedatensätze zu einem Szenario zusammengefasst werden. Ein Szenario kann beispielsweise alle Meldedatensätze eines Berichtsjahres oder nur Meldedatensätze von bestimmten Trägern bzw. Trägerbereichen enthalten. Die Kombinationsmöglichkeiten sind beliebig. Alle Analyseszenarien werden in der zentralen Datenbank versioniert und entsprechend gespeichert. Die Kennzeichnung eines Analyseszenarios setzt sich aus der der Abkürzung AS, der Angabe des Berichtsjahres, aus dem die Daten stammen, und einer fortlaufenden Nummerierung zusammen. Die Kennzeichnung dient ausschließlich internen Zwecken.

Berichtsjahr Ein Berichtsjahr bezieht sich auf das Erfassungsjahr, aus dem die Daten für den THVB stammen. Für jedes Berichtsjahr ist von den Trägern ein Meldedatensatz zu übermitteln. Ein Berichtsjahr umfasst ein Kalenderjahr.

Datenmeldewege Für die Übermittlung des Meldedatensatzes an die BAR gibt es zwei mögliche Meldewege:

Meldeweg 1: Der jeweilige Spitzenverband / die jeweils zuständige oberste Landesbehörde leitet die von den Rehabilitationsträgern erfassten Daten als Meldedatensatz an die BAR weiter.

Meldeweg 2: Die einzelnen Rehabilitationsträger übermitteln ihren jeweiligen Meldedatensatz direkt an die BAR (Direktmeldung).

Im Vorfeld hat sich jeder Träger / Trägerbereich für einen der beiden Meldewege entschieden.

Datenübermittlung Der erzeugte Meldedatensatz wird im XML-Format elektronisch über eine Web-Schnittstelle vom Träger / Trägerbereich verschlüsselt an die BAR übermittelt. Es stehen für die Datenübermittlung zwei Möglichkeiten zur Verfügung:

Möglichkeit 1: Es wird eine manuelle Datenübermittlung über ein passwortgeschütztes Web-Portal auf der Website der BAR vorgenommen.

Möglichkeit 2: Die Datenübermittlung an die Web-Schnittstelle erfolgt automatisiert über ein WebDAV (Web-based Distributed Authoring and Versioning)-Protokoll, direkt aus dem jeweiligen Fachverfahren heraus.

Die Entscheidung für entweder Möglichkeit 1 oder Möglichkeit 2 obliegt dem datenliefernden Träger / Trägerbereich.

Fehlanzeige Eine Fehlanzeige (synonym „Leer-/Nullmeldung“) ist der BAR durch den Träger mitzuteilen, wenn ihm in einem Berichtsjahr keine Angaben vorliegen, die in einer Erfassung von mindestens einem der 16 Sachverhalte für den THVB hätten berücksichtigt werden müssen.

Gesamtantrag Ein einziger Antrag reicht aus, damit Menschen mit Behinderung oder jene, die von Behinderung bedroht sind, alle benötigten Reha- und Teilhabeleistungen erhalten können – auch dann, wenn diese Leistungen durch verschiedene Rehabilitationsträger erbracht werden. Menschen mit Behinderungen sollen somit alle Leistungen wie „aus einer Hand“ erhalten. Dieser Antrag umfasst also alle benötigten Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe und wird im THVB als Gesamtantrag bezeichnet.

Ein Antrag auf Reha- und Teilhabeleistungen wird im Rahmen des THVB immer als ein Gesamtantrag erfasst. Gleichzeitig muss ein Gesamtantrag immer auch einen oder mehrere Leistungsgruppen-Anträge beinhalten (siehe auch Leistungsgruppen-Antrag).

Leistungsgruppen-Antrag Ein Gesamtantrag umfasst immer mindestens eine Teilhabeleistung, die sich einer der Leistungsgruppen zuordnen lässt. Diese Anträge werden als Leistungsgruppen-Anträge (LG-Anträge) bezeichnet.

Für einen Gesamtantrag, der LMR- und LTA-Leistungen beinhaltet, sind für den THVB ein Gesamtantrag und gleichzeitig zwei LG-Anträge zu erfassen. Auch wenn ein Gesamtantrag nur eine Leistungsgruppe beinhaltet, wird für den THVB zusätzlich zum Gesamtantrag auch ein LG-Antrag erfasst. Wenn mehrere Leistungen aus einer Leistungsgruppe beantragt werden, wird der entsprechende LG-Antrag für den THVB nur einmal gezählt.

Leistungsgruppen Reha- und Teilhabeleistungen können sein (§ 5 SGB IX):

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
3. unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen,
4. Leistungen zur Teilhabe an Bildung und
5. Leistungen zur sozialen Teilhabe.

Melddatensatz Ein Melddatensatz enthält die Daten eines Trägers / Trägerbereichs, die für ein jeweiliges Berichtsjahr an die BAR zu übermitteln sind. Der Melddatensatz muss einem standardisierten Format entsprechen, dem XML-Format (eXtensible Markup Language). Die formalen Vorgaben werden bei der Übermittlung an die Web-Schnittstelle der BAR nach syntaktischen und semantischen Kriterien geprüft.

Meldevariablen Die zu erhebenden Variablen lassen sich in Primär- und Meldevariablen unterscheiden. Sie orientieren sich entlang der in § 41 SGB IX formulierten 16 Sachverhalte. Die Primärvariablen werden auf Basis von Einzelfalldaten von den Trägern erfasst. Die Meldevariablen werden aus den erfassten Primärvariablen anhand von Berechnungsroutinen am Ende eines Berichtsjahres erzeugt. Im Unterschied zu Primärvariablen sind Meldevariablen mittels Rechenoperationen zusammengefasste (aggregierte) Daten. Das heißt, Variablenwerte werden aufsummiert oder es werden Durchschnittswerte gebildet. Anhand der Meldevariablen wird am Ende eines Berichtszeitraumes ein Melddatensatz im technisch vorgegebenen XML-Format erstellt und an die BAR übermittelt.

Meldung Eine Meldung für den THVB ist erfolgt, sobald der BAR ein zur Weiterverarbeitung übermittelter finaler Meldedatensatz oder eine Fehlanzeige vorliegt. Der finale Meldedatensatz muss die Kennzeichnung „200“ für finale Lieferung oder „300“ für revidierte Lieferung enthalten.

Nicht-Meldung Übermittelt ein Träger, der sich für eine Datenübermittlung durch die Beantragung einer Träger-ID registriert hat, für ein Berichtsjahr weder einen finalen Meldedatensatz noch eine Fehlanzeige, liegt eine Nicht-Meldung vor.

Plausibilitäts- und Validitätsprüfung Wichtiger Bestandteil jeder Datenanalyse ist die Prüfung der Werte auf Plausibilität und Validität. Für die Daten des THVB ist das Verfahren zweistufig:

Stufe 1: Die von den Trägern übermittelten Meldedatensätze gehen über eine Web-Schnittstelle pseudonymisiert bei der BAR ein. Es erfolgt zunächst eine Strukturprüfung des Meldedatensatzes. Ist diese erfolgreich, folgt eine Plausibilitätsprüfung. Die Werte für die Meldevariablen werden inhaltlich, anhand logischer Regeln überprüft. Bei unplausiblen Werten im Meldedatensatz, öffnet sich der Validierungsdialo und die Abweichungen werden dem Träger angezeigt.

Stufe 2: Die interne Validitätsprüfung erfolgt nach Annahme des Meldedatensatzes bei der BAR. Innerhalb eines Sachverhalts werden Werte für einzelne Meldevariablen bzw. Beziehungen zwischen Meldevariablen anhand verschiedener Plausibilisierungsregeln geprüft. Diese Regeln ergeben sich logisch aus den Inhalten der 16 Sachverhalte und sind in verschiedene Kategorien eingeteilt. Um die Validität der Daten zu gewährleisten, werden unplausible Werte von der Datenauswertung ausgeschlossen.

Pseudonymisierung Durch eine Pseudonymisierung werden bestimmte Namens- oder Personenidentifikatoren durch neutrale Schlüsselidentifikatoren, wie beispielsweise Zahlen- oder Buchstabenkombinationen, ersetzt. Dabei wird eine Referenzliste bei einer Pseudonymisierungsstelle verwahrt und gepflegt. Diese erlaubt es, dem Pseudonym die Schlüsselidentifikatoren zuzuordnen und damit bei Bedarf eine De-Pseudonymisierung herbeizuführen. Da es sich bei den zu erfassenden Daten für den THVB um sensible Sozialleistungsdaten handelt, haben sich die Rehabilitationsträger darauf verständigt, dass die Übermittlung des Meldedatensatzes für den THVB pseudonymisiert erfolgen soll. Für den THVB wurde als Pseudonym die Träger-ID generiert.

PUB-ID Eine erste Pseudonymisierung erfolgte durch die Vergabe einer Träger-ID. Beim Einlesen des Meldedatensatzes in die zentrale Datenbank wird er anhand der Public-ID (PUB-ID) nochmals pseudonymisiert (doppelte Pseudonymisierung). Die PUB-ID setzt sich aus einer Abkürzung für den jeweiligen Trägerbereich und einer fortlaufenden Nummerierung zusammen. Sie lässt somit lediglich Rückschlüsse auf den Trägerbereich zu. Die Datenauswertung und Datendarstellung im THVB erfolgen anhand der PUB-ID.

Reha- und Teilhabeleistungen Im vorliegenden Bericht werden Reha- und Teilhabeleistungen synonym für Leistungen zur Teilhabe verwendet oder auch als Leistungen zur Rehabilitation

und Teilhabe bezeichnet. Nach der Zielsetzung des § 4 Abs. 1 SGB IX werden darunter die notwendigen Sozialleistungen verstanden, um

1. eine Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern;
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern;
3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder
4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

Leistungen zur Teilhabe können den in § 5 SGB IX genannten Leistungsgruppen zugeordnet werden.

Rehabilitationsträger aus dem Bereich der Sozialversicherung sind vom Staat getrennt und nach dem Prinzip der Selbstverwaltung durch die Sozialpartner (Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften) organisiert. Ihre Finanzierung erfolgt im Wesentlichen über Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Zum Sozialversicherungsbereich zählen die BA, die GKV, die RV und die UV.

Rehabilitationsträger aus dem steuerfinanzierten Bereich sind staatlich verantwortet und werden aus Steuermitteln finanziert. Zu diesem Bereich zählen die Träger der EGH, der JH und des SER. In der Regel sind diese Träger auf Ebene der Bundesländer über die jeweils zuständige oberste Landesbehörde oder in Kommunalverbänden höherer Ordnung als überörtlicher Träger organisiert. In manchen Bundesländern erfolgt eine zusätzliche Aufteilung nach örtlicher Trägerschaft. Ihre Interessen werden über die kommunalen Spitzenverbände vertreten. Näheres regeln die jeweiligen Landesausführungsgesetze.

Teilhabeverfahrensbericht-Erfassungstool (TET) Für Rehabilitationsträger, die über kein bestehendes Fachverfahren verfügen, mit dem die Datenerfassung für den THVB erfolgen kann, stellt die BAR das Erfassungstool „TET“ zur Verfügung. Die Software ermöglicht sowohl die Erfassung der Sachverhalte in der Einzelplatz-Variante, als auch im Multi-User-Betrieb innerhalb eines Netzwerks. Die Installationsdatei zu TET kann über den geschützten Bereich auf der BAR-Website kostenfrei heruntergeladen werden.

Träger-ID Alle Rehabilitationsträger, die Daten für den THVB erfassen und übermitteln, haben auf Antrag bei der BAR eine Träger-ID erhalten. Sie besteht aus einer elfstelligen Ziffernfolge und erfüllt folgende Zwecke:

- Sie dient zur eindeutigen Zuordnung von Datenmeldungen, z. B. um mögliche Doppelsendungen oder fehlende Daten identifizieren zu können.

- Sie dient als Benutzername zur Anmeldung für den geschützten Bereich auf der Website der BAR. Dort kann der Meldedatensatz für den THVB hochgeladen werden (Web-Portal).
- Sie dient zur Pseudonymisierung des Meldedatensatzes.

Validierungsdialog Bei der Übermittlung des Meldedatensatzes für den THVB an die BAR erfolgt eine erste inhaltliche Prüfung der übermittelten Werte. Hinterlegte Plausibilitätsregeln geben vor, dass einige Werte beispielsweise nicht größer sein können als andere oder sich aus der Summe anderer Werte ergeben müssen. Enthält ein Meldedatensatz unplausible Werte, wird der Träger direkt und / oder per E-Mail zum Validierungsdialo

g geleitet. Hier werden Hinweise zu unplausiblen Werten angezeigt. Der Träger wird darauf aufmerksam gemacht, an welcher Stelle in seinem Fachverfahren diese Angaben zu prüfen sind. Werden Angaben durch den Träger geändert oder ergänzt, kann er einen neuen Meldedatensatz übermitteln. Außerdem werden Nachfragen angezeigt, wenn für einige Meldevariablen der Wert null übermittelt wurde. Der Meldedatensatz wird erst dann angenommen, wenn alle Hinweise eingesehen und / oder alle angezeigten Nachfragen im Validierungsdialo

g bearbeitet worden sind. Der Validierungsdialo

g ermöglicht eine interaktive Befassung mit dem Datensatz.