



Teilhabeverfahrens- bericht 2023

Berichtsjahr 2022

Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR)
Solmsstraße 18 | 60486 Frankfurt/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 2023
ISBN 978-3-943714-78-4
Internes Kennzeichen: AS22062 und AS21063

Hinweis zur Zitierweise:

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR).
Teilhabeverfahrensbericht 2023. Broschürenfassung. Frankfurt/Main, Dezember 2023.

Anmerkung:

Wir achten Diversität und verwenden daher eine gendersensible Sprache. 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, Gülcan Miyanyedi.

Unter Mitwirkung von: Stephanie Czedik, Daniel Doll, Dr. Nadine Liebing, Ann-Kathrin Poth, Hans-Peter Weih, Ingo Wermes, Katja Hensel, Daniela Weisbecker.

Die BAR in Frankfurt

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) ist der Zusammenschluss der Reha-Träger. Seit 1969 fördert sie im gegliederten Sozialleistungssystem die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen. Die BAR koordiniert und unterstützt das Zusammenwirken der Reha-Träger, vermittelt Wissen und arbeitet mit an der Weiterentwicklung von Rehabilitation und Teilhabe. Ihre Mitglieder sind die Träger der Gesetzlichen Renten-, Kranken- und Unfallversicherung, die Bundesagentur für Arbeit, die Bundesländer, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie die Sozialpartner.

Teilhabeverfahrens- bericht

2023



Vorwort

Der Teilhabeverfahrensbericht ist die erste trägerübergreifende Statistik zum Leistungsgeschehen im Reha- und Teilhabebereich. Seit seiner ersten Veröffentlichung Ende 2019 gibt er wichtige Hinweise zur Umsetzung des BTHG: von der Anzahl der Weiterleitungen hin zu Bewilligungen für das Persönliche Budget sowie der Durchführung von Teilhabekonferenzen, um einige wenige wichtige Bausteine zu nennen. In den letzten Jahren gewinnt der Bericht immer mehr Aussagekraft. Die stetig wachsende Datengrundlage des Berichts trägt dazu bei und führt zu neuen Auswertungs- und Betrachtungsmöglichkeiten der Angaben von derzeit über 1.200 Rehabilitationsträgern. Es sind vor allem die Einsätze aller an der Berichterstellung beteiligten Akteure, die auch zur Verbesserung der Datengrundlage des Berichts beitragen.

So konnte die Meldequote über die Jahre immer weiter gesteigert werden: Erstmals ist in 2023 die 90-Prozentmarke überschritten mit einer Quote von 91,1 Prozent. Die Quote der Nicht-Meldungen hat sich im Vergleich zum Vorjahr nahezu halbiert (Vorjahr: 14,9 Prozent). Dieses Ergebnis konnte durch eine konzertierte Aktion auf Basis der Beratungen im Beirat Teilhabeverfahrensbericht unter Beteiligung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, der Bundesländer sowie der BAR-Geschäftsstelle erreicht werden. Letztlich also nur durch ein koordiniertes und konsentiertes Vorgehen für ein gemeinsames Ziel, für dessen Erreichen jeder Akteur seinen ihm möglichen Beitrag leistete.

Wozu der Teilhabeverfahrensbericht dient und wie er eingesetzt werden kann, wurde bereits in der Gesetzesbegründung zum Bundesteilhabegesetz eindeutig formuliert. Es ist erfreulich, dass die darin genannte Möglichkeit der Evaluation und Steuerung mithilfe der Kennzahlen aus dem Teilhabeverfahrensbericht immer mehr Akteure für sich nutzen. Die jüngsten Beispiele sind verschiedene Landesministerien, die die BAR-Geschäftsstelle um bundeslandspezifische Auswertungen auf Basis der Daten aus dem Teilhabeverfahrensbericht und um eine gemeinsame Einordnung der Ergebnisse bitten. Schließlich liefern die Daten aus dem Teilhabeverfahrensbericht Antworten auf die Fragen, ob und wie die (gesetzlich) vorgegebenen Koordinierungs- und Verfahrensabläufe in der (Reha-)Praxis Anwendung finden. Die gemeinsame Befassung mit den Ergebnissen, bei der jeder Beteiligte seine Erfahrungen und Perspektiven einbringen kann, trägt zu einem besseren Verständnis der komplexen Thematik sowie zu praktischen Lösungsansätzen bei.

Der lebendige Austausch wird 2024 beim Symposium Teilhabeverfahrensbericht fortgesetzt. Der Vorstand der BAR hat im Rahmen der Schwerpunktplanung 2022 bis 2024 die Durchführung des Symposiums beschlossen. Das Symposium bietet den Akteuren aus Politik und Selbstverwaltung sowie Vertreterinnen und Vertretern der Rehabilitationsträger und Interessenverbände die Möglichkeit, die Bedeutung des Teilhabeverfahrensberichts, seine Weiterentwicklung sowie die Nutzung des Berichts als Steuerungsinstrument gemeinsam herauszustellen. Auch hier wird der Erfolg des Symposiums durch die Zusammenarbeit aller Beteiligten geprägt sein. Wir freuen uns, wenn möglichst viele der angesprochenen Akteure daran aktiv mitwirken und damit zum Gelingen des Symposiums beitragen.

Allen am Teilhabeverfahrensbericht Beteiligten möchten wir unseren herzlichen Dank aussprechen.



Gülcan Miyanyedi
Die Geschäftsführerin der BAR

Frankfurt am Main, im Dezember 2023

Vorwort	4
<hr/>	
Abkürzungsverzeichnis	8
<hr/>	
Zusammenfassung	10
<hr/>	
1 Hintergrund	20
<hr/>	
1.1 Überblick über die beteiligten Rehabilitationsträger in Deutschland	21
1.2 Ablauf der Datenerhebung	25
1.2.1 Merkmalsdefinition	26
1.2.2 Datenerfassung und Erzeugung eines Meldedatensatzes	27
1.2.3 Wege der Datenübermittlung	28
1.2.4 Pseudonymisierung	29
1.2.5 Vergabe der Träger-IDs	30
2 Datenauswertung im aktuellen Teilhabeverfahrensbericht	34
<hr/>	
2.1 Stufe 1: Datenaufbereitung im Vorfeld der Auswertung	35
2.1.1 Annahme des Meldedatensatzes und Datenverarbeitung	37
2.2 Stufe 2: Interne Validitätsprüfung	39
2.3 Beteiligung der Rehabilitationsträger	42
3 Ergebnisse der Datenauswertung	44
<hr/>	
3.1 Datengrundlage für den Teilhabeverfahrensbericht 2023	44
3.2 Hinweise zur Darstellung und Auswertung	48
3.3 Datendarstellung der 16 Sachverhalte nach § 41 Abs. 1 SGB IX	52
3.3.1 Sachverhalt 1: Anzahl der gestellten Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe	52
3.3.2 Sachverhalt 2: Anzahl der Weiterleitungen nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX	62
3.3.3 Sachverhalt 3: Fristen nach § 14 SGB IX	68
3.3.4 Sachverhalt 4: Durchschnittliche Zeitdauer zwischen Erteilung und Vorlage eines Gutachtens	84
3.3.5 Sachverhalt 5: Bearbeitungsdauern	90
3.3.6 Sachverhalt 6: Entscheidungsarten	98
3.3.7 Sachverhalt 7: Antrittslaufzeiten mit und ohne Teilhabeplanung	104
3.3.8 Sachverhalt 8: Anzahl der trägerübergreifenden Teilhabeplanungen und Teilhabeplankonferenzen	118
3.3.9 Sachverhalt 9: Anpassungen von Teilhabeplänen und deren Geltungsdauer	129
3.3.10 Sachverhalt 10: Erstattungsverfahren nach § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB IX (Erstattungsverfahren zwischen den Trägern)	136
3.3.11 Sachverhalt 11: Trägerspezifisches Persönliches Budget	142
3.3.12 Sachverhalt 12: Trägerübergreifendes Persönliches Budget	151
3.3.13 Sachverhalt 13: Mitteilungen nach § 18 Abs. 1 SGB IX (Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer)	159
3.3.14 Sachverhalt 14: Erstattungsverfahren nach § 18 SGB IX (Erstattung selbstbeschaffter Leistungen)	165
3.3.15 Sachverhalt 15: Rechtsbehelfe: Widersprüche und Klagen	172
3.3.16 Sachverhalt 16: Dauerhafte Integration in Arbeit nach einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben	186
3.4 Daten zur Förderung der Selbsthilfe nach § 45 SGB IX	190

4	Aus den Trägerbereichen	193
4.1	Bundesagentur für Arbeit	193
4.2	Eingliederungshilfe	194
4.3	Jugendhilfe	195
4.4	Gesetzliche Unfallversicherung	196
5	Ausblick	197
6	Literatur	199
	Abbildungsverzeichnis	201
	Tabellenverzeichnis	203
	Glossar	205

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	Teilhabepfankonferenz
THVB	Teilhabeverfahrensbericht
TP	Teilhabepfankonferenz
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, Angaben 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.

Der vorliegende Bericht umfasst die Datenmeldungen von 1.162 Trägern für das Berichtsjahr 2022. Das entspricht 91,7 Prozent aller berichtspflichtigen Träger, die bei der BAR für eine Datenübermittlung registriert sind (n = 1.267). Keine Datenmeldungen und somit eine Nicht-Meldung erfolgten von 105 Trägern (8,3 Prozent). Der diesjährige Bericht enthält für alle Sachverhalte, bei denen es inhaltlich und methodisch möglich ist, Auswertungen im Jahresvergleich. Erstmals wird die Entwicklung der Anzahl gestellter Anträge über vier Berichtsjahre hinweg gezeigt. Damit können Entwicklungen des Reha-Geschehens im Zeitverlauf noch besser abgebildet werden. Für den Bereich der Eingliederungshilfe werden auf Trägerebene erstmals einige Merkmale getrennt nach der Zuständigkeit als örtliche oder überörtliche Träger dargestellt. Diese Ergebnisse erhöhen die Transparenz über das Reha-Leistungsgeschehen in diesem Trägerbereich.

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 die 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 2021 und 2022 gegeben.

1

Anzahl der gestellten Anträge

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

3 Mio. Anträge

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 2022 wurden insgesamt knapp 3 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 2022 mit denen aus 2021, ist die Anzahl angestiegen (2021: 2,83 Mio. Anträge; 2022: 2,95 Mio. Anträge).¹

Siehe [Sachverhalt 1 in Kapitel 3.3.1](#), ab Seite 52 und im [Anhang](#).

2

Weiterleitungen

? Wie viel Prozent der eingehenden Anträge werden weitergeleitet?

7,3 % Weiterleitungen

Wird bei einem Rehabilitationsträger ein Antrag auf Reha- und Teilhabeleistungen gestellt, für die er insgesamt nicht zuständig ist, leitet er diesen Antrag an den seiner Auffassung nach zuständigen Rehabilitationsträger weiter. Im Jahr 2022 wurden durchschnittlich 7,3 Prozent der Anträge weitergeleitet.

Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der Weiterleitungen an allen entschiedenen Anträgen beinahe unverändert (2021: 7,64 Prozent; 2022: 7,31 Prozent).²

Siehe [Sachverhalt 2 in Kapitel 3.3.2](#), ab Seite 62.

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

2 Siehe Fußnote 1.

3

Fristen nach § 14 SGB IX

? 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?

16,7 % Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung

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 2022 wurde die zweiwöchige Frist im Durchschnitt bei 16,7 Prozent aller Zuständigkeitsfeststellungen überschritten.

Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung (hier Frist 3a) um 3,8 Prozentpunkte gestiegen (2021: 12,94 Prozent; 2022: 16,72 Prozent).³

Der leistende Rehabilitationsträger muss innerhalb von drei Wochen nach Eingang über einen Antrag entscheiden (hier Frist 3b). Sollten Gutachten zur Bedarfsfeststellung eingeholt werden, beläuft sich die Entscheidungsfrist auf zwei Wochen nach Vorlage des Gutachtens (hier Frist 3c).

Wurde kein Gutachten zur Bedarfsfeststellung beauftragt, wurde die Dreiwochenfrist in 2022 im Durchschnitt bei 25,4 Prozent aller Entscheidungen überschritten. Im Jahresvergleich 2021 zu 2022 hat sich der Anteil der Fristüberschreitungen erhöht (2021: 20,64 Prozent; 2022: 25,35 Prozent).

Bei Entscheidungen mit Beauftragung eines Gutachtens zur Bedarfsfeststellung lag der Anteil der Fristüberschreitungen in 2022 im Durchschnitt bei 26,1 Prozent.

Siehe [Sachverhalt 3 in Kapitel 3.3.3](#), ab Seite 68.

³ Für die Berechnung der Werte im Vergleich zum Vorjahr wurden nur die Daten der Träger berücksichtigt, von denen Angaben zu der / den entsprechenden Meldevariable(n) sowohl für das aktuelle als auch für das vorherige Berichtsjahr vorliegen. Aus diesem Grund können die Werte im Jahresvergleich von den Werten bei Einzelbetrachtung eines Sachverhalts pro Berichtsjahr abweichen.

4

Gutachtendauer

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

12,3 Tage bei 294.456 Gutachten

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 bis zur Vorlage des Gutachtens.

Im Durchschnitt betrug die Dauer zur Erstellung eines Gutachtens 12,3 Tage bei 294.456 Gutachten, die im Jahr 2022 beauftragt und für die Entscheidung über den Bedarf zugrunde gelegt wurden.

Siehe [Sachverhalt 4 in Kapitel 3.3.4](#), ab Seite 84.

5

Bearbeitungsdauern

? Wie lange dauert es, bis ein Antrag abschließend bearbeitet wird?

26,9 Tage Bearbeitungsdauer

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 26,9 Tage.

Im Jahresvergleich hat sich die durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei der Bewilligung eines Antrags um 4 Tage verlängert (2021: 19,7 Tage; 2022: 23,9 Tage).⁴

Siehe [Sachverhalt 5 in Kapitel 3.3.5](#), ab Seite 90.

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

6

Entscheidungsarten

?

Wie werden Anträge entschieden?

83,8 % vollständige oder teilweise Bewilligung

Die Entscheidungsart gibt Aufschluss darüber, mit welchem Ergebnis Anträge abschließend bearbeitet werden. In 83,8 Prozent aller Entscheidungen erfolgte im Jahr 2022 eine vollständige oder teilweise Bewilligung der beantragten Leistung(en).

Siehe [Sachverhalt 6 in Kapitel 3.3.6](#), ab Seite 98.

7

Antrittslaufzeiten

?

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

50,4 Tage Antrittslaufzeit

Die Antrittslaufzeit gibt die durchschnittliche Zeitdauer zwischen dem Datum des Bewilligungsbescheides und dem Beginn der ersten angetretenen Leistung an. Leistungen wurden durchschnittlich 50,4 Tage nach Vorliegen des Bewilligungsbescheides erbracht oder angetreten.

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Antrittslaufzeit nach Vorliegen des Bewilligungsbescheides um 3,6 Tage verkürzt (2021: 54,0 Tage; 2022: 50,4 Tage).⁵

Siehe [Sachverhalt 7 in Kapitel 3.3.7](#), ab Seite 104.

⁵ Für die Berechnung der Werte im Vergleich zum Vorjahr wurden nur die Daten der Träger berücksichtigt, von denen Angaben zu der / den entsprechenden Meldevariable(n) sowohl für das aktuelle als auch für das vorherige Berichtsjahr vorliegen. Aus diesem Grund können die Werte im Jahresvergleich von den Werten bei Einzelbetrachtung eines Sachverhalts pro Berichtsjahr abweichen.

8

Teilhabeplanungen und -plankonferenzen

? Wie häufig finden trägerübergreifende Teilhabeplanungen und Teilhabeplankonferenzen statt?

7.430 THP | 1.269 THPK

Eine trägerübergreifende Teilhabeplanung (THP) oder Teilhabeplankonferenz (THPK) muss u. a. durchgeführt werden, wenn mehrere Träger für die Leistungserbringung zuständig sind (§§ 19, 20 SGB IX). Im Jahr 2022 wurden 7.430 trägerübergreifende THP durchgeführt, was bezogen auf alle entschiedenen Anträge einem Anteil von 0,27 Prozent entspricht.

Außerdem fand bei 1.269 Anträgen eine Teilhabeplankonferenz statt, was bezogen auf alle entschiedenen Anträge einem Anteil von 0,05 Prozent entspricht.

Siehe [Sachverhalt 8 in Kapitel 3.3.8](#), ab Seite 118.

9

Teilhabepläne und deren Geltungsdauern

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

56.383 Teilhabepläne mit mind. einer Anpassung

Zur Erreichung der Ziele einer Teilhabeplanung kann es erforderlich sein, einen Teilhabeplan anzupassen. Im Jahr 2022 gab es 56.383 Teilhabepläne mit mindestens einer Anpassung. Die durchschnittliche Geltungsdauer eines Teilhabeplans belief sich dabei auf 267,0 Tage.

Siehe [Sachverhalt 9 in Kapitel 3.3.9](#), ab Seite 129.

10

Erstattungsverfahren zwischen Trägern

? Wie häufig entscheidet ein leistender Träger kostenwirksam für einen anderen Träger und macht einen Erstattungsanspruch geltend?

2.693 Erstattungsverfahren

Unter bestimmten Voraussetzungen können Erstattungsverfahren zwischen Rehabilitationsträgern eingeleitet werden. Im Jahr 2022 gab es 2.693 Erstattungsverfahren nach § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB IX.

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Anzahl der Erstattungsverfahren um 13,9 Prozent erhöht (2021: 2.349 Erstattungsverfahren; 2022: 2.675 Erstattungsverfahren).⁶

Siehe [Sachverhalt 10 in Kapitel 3.3.10](#), ab Seite 136.

11

Trägerspezifische Persönliche Budgets

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

5.578 beantragte trägerspez. PB

4.714 bewilligte trägerspez. PB

Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe können anstelle von Dienst- oder Sachleistungen in Form eines Persönlichen Budgets erbracht werden. Im Jahr 2022 wurden 5.578 Persönliche Budgets beantragt und 4.714 Persönliche Budgets bewilligt. Bezogen auf alle entschiedenen Anträge entspricht das einem Anteil sowohl bei den beantragten als auch bei den bewilligten Persönlichen Budgets von unter 1 Prozent.

Siehe [Sachverhalt 11 in Kapitel 3.3.11](#), ab Seite 142.

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

12

Trägerübergreifende Persönliche Budgets

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

486 beantragte trägerübergr. PB

321 bewilligte trägerübergr. PB

Werden die Leistungen als Persönliches Budget von mehreren Trägern erbracht, spricht man von einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget. Im Jahr 2022 wurden 486 trägerübergreifende Persönliche Budgets beantragt und 321 bewilligt.

Siehe [Sachverhalt 12 in Kapitel 3.3.12](#), ab Seite 151.

13

Lange Verfahrensdauer

? Wie häufig erfolgen Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer?

2.677 Mitteilungen

Wenn über einen Antrag nicht innerhalb von zwei Monaten ab Antragseingang entschieden werden kann, muss der leistende Träger eine begründete Mitteilung an den Antragsteller verschicken (§ 18 Abs. 1 SGB IX). Im Jahr 2022 wurden 2.677 Mitteilungen verschickt.

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Anzahl der verschickten Mitteilungen leicht reduziert (2021: 2.692 Mitteilungen; 2022: 2.635 Mitteilungen).⁷

Siehe [Sachverhalt 13 in Kapitel 3.3.13](#), ab Seite 159.

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

14

Erstattungsansprüche

? Wie oft werden Erstattungsansprüche auf selbstbeschaffte Leistungen bewilligt?

81,6 % Erstattung

Beschafft sich der Leistungsberechtigte eine als genehmigt geltende Leistung selbst, ist der leistende Rehabilitationsträger zur Erstattung der Leistung verpflichtet. Im Jahr 2022 wurden 81,6 Prozent der gestellten Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen bewilligt.

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Anzahl der Erstattungen nach § 18 SGB IX nur minimal verändert (2021: 160 Erstattungen; 2022: 166 Erstattungen).⁸

Siehe [Sachverhalt 14 in Kapitel 3.3.14](#), ab Seite 165.

15

Widersprüche und Klagen

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

53,0 % Widersprüche erfolgreich

28,5 % Klagen stattgegeben

Ein Antragsteller hat die Möglichkeit, gegen die Leistungsentscheidungen eines Trägers rechtlich vorzugehen. Im Jahr 2022 wurden 53,0 Prozent der Widersprüche und 28,5 Prozent der Klagen zugunsten des Leistungsberechtigten entschieden.

Die Anzahl entschiedener Klagen insgesamt liegt im Vergleich zum Vorjahr um 13,5 Prozent höher (2021: 3.799 entschiedene Klagen; 2022: 4.310 entschiedene Klagen).⁹

Siehe [Sachverhalt 15 in Kapitel 3.3.15](#), ab Seite 172.

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

9 Siehe Fußnote 8.

16

Dauerhafte Integration in Arbeit

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

149.213 Beschäftigungen

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 2022 gab es 149.213 sozialversicherungspflichtige Beschäftigungen sechs Monate nach Ende der LTA-Maßnahme.

Siehe [Sachverhalt 16 in Kapitel 3.3.16](#), ab Seite 186.

1 Hintergrund

Im Dezember 2016 erfolgte mit der Verabschiedung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) die bislang umfangreichste Reform im Recht der Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit Behinderungen. [1] Bestehende Vorschriften im Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) wurden weiterentwickelt oder neu gefasst, so wie § 41 SGB IX und der Teilhabeverfahrensbericht (THVB). Mit dieser Vorgabe zur statistischen Erfassung von Kennzahlen zu Verfahrensabläufen im Reha-Prozess sollen die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger und das Leistungsgeschehen transparenter gemacht werden sowie Möglichkeiten der Evaluation und Steuerung eröffnet werden. Damit sind alle Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 SGB IX gesetzlich verpflichtet, jährlich Angaben zu 16 Sachverhalten und zur Art und Höhe der Selbsthilfeförderung zu erheben. 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 (für weitere Informationen siehe [2]).

Die Datenerfassung für den ersten THVB begann zum 1. Januar 2018 und der Bericht wurde Ende 2019 erstmals veröffentlicht. Seitdem wird die trägerübergreifende Statistik jährlich fortgeführt und weiterentwickelt.

Mit den Ergebnissen des THVB liegen erstmals umfassende und trägerübergreifend vergleichbare Daten zum Leistungsgeschehen vor. Der Bericht 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. [3]



Das Wichtigste im Überblick

Mit dem THVB (§ 41 SGB IX) wurde im Dezember 2016 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.

Der aktuelle THVB 2023 enthält die Auswertungen der Angaben der Rehabilitationsträger für das Berichtsjahr 2022.

1.1 Überblick über die beteiligten Rehabilitationsträger in Deutschland

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)¹⁰,
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)¹¹,
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 1](#).¹²

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

11 Zum 01.01.2024 wird die Bezeichnung in „Träger der Sozialen Entschädigung“ geändert.

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)

Rehabilita- tionsträger	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (LMR)	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)	Unterhalts- sichernde u. a. 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. [4]

Welcher Rehabilitationsträger wann für welche Leistung zuständig ist, richtet sich einerseits nach der individuellen persönlichen Situation des Betroffenen und andererseits nach den (versicherung-)rechtlichen Leistungsvoraussetzungen der Rehabilitationsträger, die in den verschiedenen Leistungsgesetzen geregelt sind.¹⁴ [5]

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

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.

1.1 Überblick über die beteiligten Rehabilitationsträger

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 Jugendhilfe,¹⁶
- SGB IX, Teil 2: Eingliederungshilfe,
- SGB XI: Soziale Pflegeversicherung,
- BVG: Bundesversorgungsgesetz mit Nebengesetzen (z. B. Soldatenentschädigungsgesetz, SEG)¹⁷.

Weiterführende Informationen über das Reha- und Teilhabesystem bietet der Wegweiser Rehabilitation und Teilhabe der BAR. [6]

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 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

15 Anders als die aufgeführten Leistungsgesetze regeln SGB II und SGB XI keine Rehabilitationsleistungen, sie enthalten aber jeweils eng mit der Rehabilitation zusammenhängende Regelungen. ([5], S. 378)

16 Am 3. Juni 2021 trat das Gesetz zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen (Kinder- und Jugendstärkungsgesetz – KJSG) in Kraft. Die Reform des SGB VIII sieht u. a. vor, Leistungen der Eingliederungshilfe für Kinder- und Jugendliche mit Behinderungen in einem Sozialgesetzbuch und unter dem Dach der Kinder- und Jugendhilfe zu bündeln.

17 Am 1. Januar 2024 tritt das neue Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts (SGB XIV) in Kraft. In dem neuen eigenen Sozialgesetzbuch wird das Recht der Sozialen Entschädigung gebündelt und die bisher geltenden Leistungsgesetze (Bundesversorgungsgesetz (BVG) und Opferentschädigungsgesetz (OEG)) abgelöst.

Außerdem tritt zum 1. Januar 2025 das Soldatenentschädigungsgesetz (SEG) in Kraft. Hintergrund für diese Neuregelung ist die Ablösung des BVG durch das SGB XIV zum 1. Januar 2024. 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 Sachmängigkeitserwägungen entschieden, die Beschädigtenversorgung für Soldatinnen und Soldaten in einem eigenen Gesetz zu regeln.

Durch die Ablösung des BVG durch das SGB XIV und die Neuregelungen im SEG ergeben sich Änderungen in der Trägerstruktur. U. a. werden künftig die Bereiche Kriegsoferversorgung (KOF) und Kriegsopferversorgung (KOV) nicht mehr differenziert. Durch die Neustrukturierung der Geldleistungen werden medizinische Versorgungsleistungen und Rehabilitationsmaßnahmen im Zusammenhang mit Wehrdienstbeschädigungen ab 2025 durch die Unfallversicherung Bund und Bahn erbracht.

Regelungen getroffen werden, nach der kommunale oder überörtliche Träger oder die Landesbehörden als Rehabilitationsträger andere Verfahren der Koordinierung, Zuständigkeitsklärung, Beteiligung und Teilhabeplanung 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“ [7] 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. Der Erhebungszeitraum pro Bericht umfasst immer ein Kalenderjahr. Spätestens zum 30. April des Folgejahres werden die Daten durch die Rehabilitationsträger an die BAR geliefert. 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. Deshalb ist nach Ablauf des Erhebungszeitraums eine mindestens zweimonatige Wartezeit vorgesehen (in Anlehnung an [8]). Diese ermöglicht es den Trägern, die für das Kalenderjahr relevanten Daten dennoch zu berücksichtigen, um die Vollständigkeit der Daten bestmöglich zu gewährleisten. Zum Ende eines Jahres werden die Daten aus dem Vorjahr (Berichtsjahr) dann veröffentlicht.

Die Datenerfassung für den ersten THVB begann zum 1. Januar 2018. Im Frühjahr 2019 erfolgte die Datenübermittlung und zum Ende des Jahres wurde der erste THVB veröffentlicht. [9] Ausschließlich für den ersten Bericht konnten die Trägerbereiche ihrer gesetzlichen Berichtspflicht – sofern dies erforderlich war – zunächst mit ausgewählten Pilotträgern nachkommen. Seit 2019 müssen alle Rehabilitationsträger ihre Daten erfassen und übermitteln. Der zweite THVB, der 2020 erschien und die Daten aus 2019 enthält, war somit der erste Bericht, für den die vollumfängliche Berichtspflicht aller Rehabilitationsträger galt. [10]

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 Merkmalsdefinition

Um eine Vergleichbarkeit der erhobenen Sachverhalte sicherzustellen, müssen einheitliche Grundlagen für die Datenerfassung gelten. Dafür wurde sich auf Ebene der BAR mit Vertreterinnen und Vertretern aller Trägerbereiche darauf verständigt, welche Meldetatbestände unter den jeweiligen 16 Sachverhalten nach § 41 Abs. 1 SGB IX zu verstehen sind. Hierzu wurden einheitliche Definitionen und Begrifflichkeiten formuliert und für die praktische Datenerfassung zunächst in Primärvariablen übersetzt. Neben einer inhaltlichen Definition wurden für diese Primärvariablen auch die jeweiligen Messzeitpunkte und Zuordnungen zu einem Berichtsjahr festgelegt.

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). [11]

Das fiktive Beispiel zum Merkmal „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	

Das Ergebnis der trägerübergreifend vereinbarten Merkmals- und Variablendefinitionen für den THVB ist im Dokument „Primärvariablen, Meldevariablen und Definitionen zu den Sachverhalten nach § 41 Abs. 1 SGB IX“¹⁸ festgehalten. Es dient als Grundlage für die Datenerfassung und wird anlassbezogen weiterentwickelt. Alle Träger sind verpflichtet, ihre Daten nach den hiernach definierten Merkmalen zu erfassen.¹⁹ Eine Übersicht der Primär- und Meldevariablen in der Fassung, die für das Berichtsjahr 2022 und somit für den vorliegenden THVB gültig ist, kann dem [Anhang](#) zu diesem Bericht entnommen werden.

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

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.

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 eingesetzten Fachverfahren, mit denen Aufgaben einer öffentlichen Verwaltung elektronisch bearbeitet werden können.²⁰

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.²¹

Zur Unterstützung der praktischen Datenerfassung wurde das Dokument „Erfassungshinweise“²² 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“²³ festgehalten. Dieses Dokument dient insbesondere den Systembetreuern und Software-Anbietern des jeweiligen Trägers als Grundlage zur Erstellung des Meldedatensatzes.

Die Übermittlung des Meldedatensatzes 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)²⁴.

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 Erfassung von mindestens einem der 16 Sachverhalte für den THVB hätten berücksichtigt werden müssen, ist dies der BAR als Fehlanzeige mitzu-

20 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.

21 TET steht im geschützten Bereich auf der Website der BAR unter <https://login.thvb.de> kostenfrei zum Download zur Verfügung. Zur Anmeldung im geschützten Bereich sind die Träger-ID und das dazugehörige Passwort nötig.

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

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

24 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 06.10.2023).

teilen („Leer-/Nullmeldung“). Für die Übermittlung einer Fehlanzeige existiert ein für alle Träger einheitliches Verfahren: Über eine interaktive Entscheidungshilfe im Web-Portal (geschützter Bereich unter <https://login.thvb.de>²⁵) auf der BAR-Website wird nach der Beantwortung weniger Fragen die im individuellen Fall zutreffende Art der Datenmeldung angezeigt. Über eine Schaltfläche kann eine Datenmeldung dort sogleich abgegeben werden.

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.

Von Fehlanzeigen zu unterscheiden sind Nicht-Meldungen: Wenn ein Rehabilitationsträger keine Datenmeldung vornimmt, obwohl bei ihm Angaben zu mindestens einem der Sachverhalte nach § 41 Abs. 1 Nr. 1-16 SGB IX vorliegen, die in einer Erfassung für den THVB hätten berücksichtigt werden müssen, wird für das jeweilige Berichtsjahr eine Nicht-Meldung registriert. In diesem Fall hat es ein Träger versäumt, seiner gesetzlichen Berichtspflicht nachzukommen. Auch die jährliche Anzahl an Nicht-Meldungen wird differenziert nach Trägerbereich und Bundesland im THVB abgebildet.

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 werden²⁶. 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.

²⁵ Zur Anmeldung im geschützten Bereich sind die Träger-ID und das dazugehörige Passwort erforderlich.

²⁶ Ein ausführliches Handbuch zur Datenübermittlung steht unter <https://www.bar-frankfurt.de/themen/teilhabeverfahrensbericht/informationen-fuer-reha-traeger-und-software-anbieter.html> zum Download zur Verfügung. Es enthält eine Beschreibung der Schritte vom Hochladen bis zur finalen Übermittlung des Meldedatensatzes. In diesem Handbuch wird auch auf die Entscheidungshilfe eingegangen und erklärt, was beim Vorliegen einer Fehlanzeige oder Nicht-Meldung zu beachten ist.

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. [12] 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. [12]

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 Institutskezeichnungen der Träger der sozialen Sicherung [13].

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 Verwalten 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-Geschäftsstelle ein definierter Personenkreis zuständig. Der Zugriff auf die Referenzliste ist nur über ein Authentifizierungsverfahren möglich, so dass sie vor unbefugten Zugriffen geschützt ist und eine absolute Vertraulichkeit gegeben ist.

1.2.5 Vergabe der Träger-IDs

Für das Berichtsjahr 2022 sind insgesamt 1.267 Rehabilitationsträger bei der BAR als berichtspflichtig registriert. Hierbei entfallen 149 Träger auf den Bereich der Sozialversicherung und 1.118 auf den steuerfinanzierten Bereich. Die Teilmenge der steuerfinanzierten Träger setzt sich zusammen aus 1.116 Trägern aus den Bereichen EGH, JH und SER sowie zwei Trägern der Bundeswehr. [Tabelle 3](#) zeigt die Anzahl der berichtspflichtigen Träger aus dem steuerfinanzierten Bereich nach Bundesländern gegliedert.

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 hingegen nicht abschließend bekannt. Zur Bestimmung hat die BAR-Geschäftsstelle 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. Aus dem Bereich SER sind bisher etwa 88 Prozent aus der ermittelten Grundgesamtheit für die Datenerfassung registriert.

Tabelle 3. Für das Berichtsjahr 2022 als berichtspflichtig registrierte Rehabilitationsträger der steuerfinanzierten Trägerbereiche nach Bundesländern (ohne Bundeswehr)

Bundesland		EGH	JH	KOF	KOV	Σ
Baden-Württemberg		45	46	43	30	164
Bayern		7	96	87	1	191
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		31	33	1	6	71
Mecklenburg-Vorpommern		8	8	9	1	26
Niedersachsen		49	54	45	1	149
Nordrhein-Westfalen		58	183	2	2	245
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		22	22	1	1	46
Gesamt		309	551	205	51	1.116

Quelle: BAR e. V.



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.

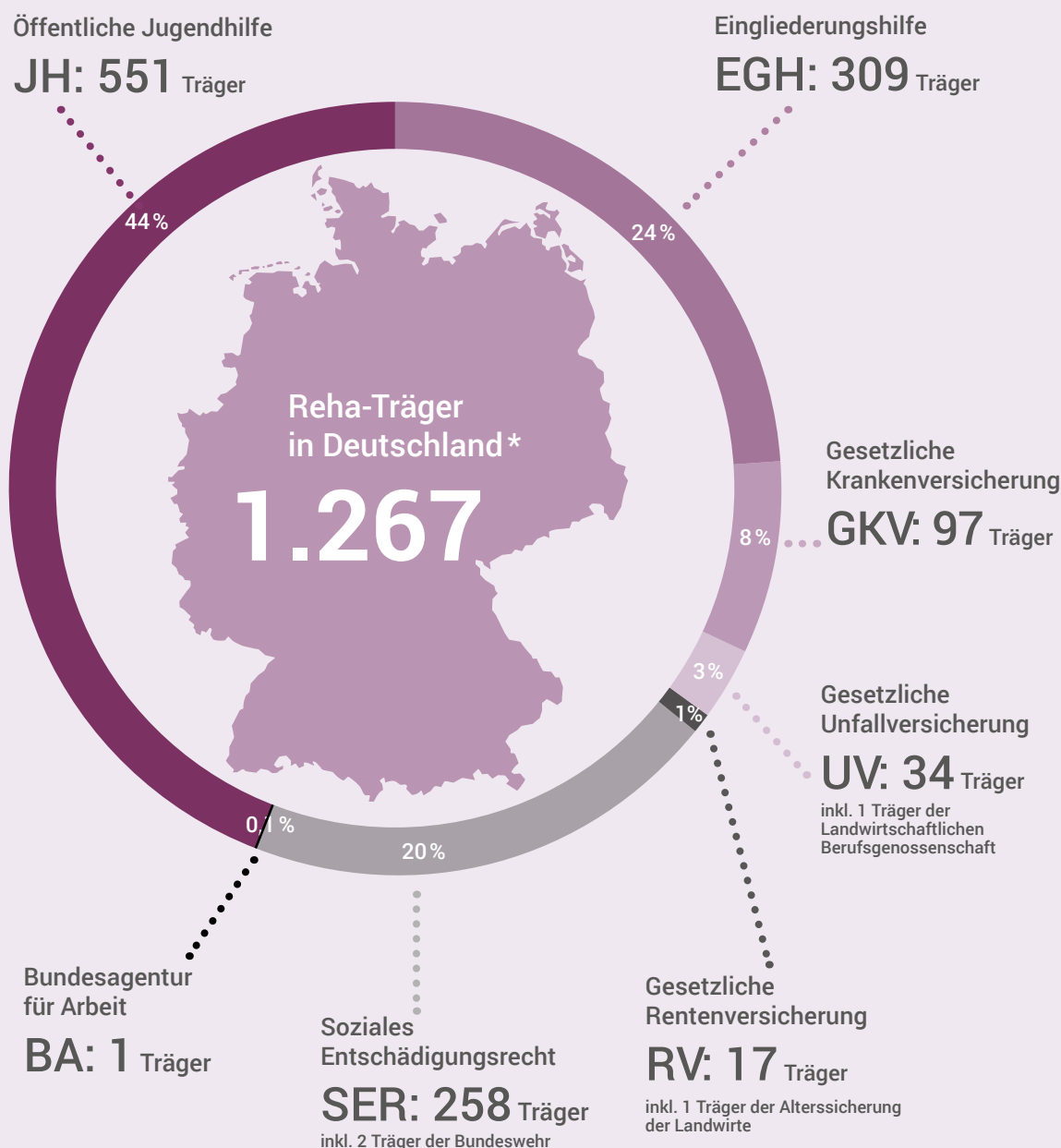
Die auf Ebene von Einzelfalldaten erhobenen / erzeugten Primärvariablen sind in einem aggregierten Format an die BAR zu übermitteln. Durch festgelegte Rechenoperationen, wie das Aufsummieren von Variablenwerten oder durch die Bildung von Durchschnittswerten, werden die Primärvariablen in einem Meldedatensatz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

Bin ich Reha-Träger – und wenn ja: wie viele?



* Quelle: Angaben basieren auf der Anzahl bei der BAR gemeldeter berichtspflichtiger Träger gemäß § 41 SGB IX
(Stand: 01.07.2022)

2 Datenauswertung im aktuellen Teilhabeverfahrensbericht

Die Prüfung von Daten hinsichtlich ihrer Plausibilität und Validität ist ein essentieller Bestandteil jeder Datenanalyse. [14–16] 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 reichen, bei der eine inhaltliche Prüfung der Daten in Abhängigkeit des Untersuchungsgegenstands stattfindet. [15] Über dieses stufenweise Verfahren wird nicht zuletzt ein neutraler und objektiver Umgang mit Daten nach wissenschaftlichen Grundsätzen gewährleistet (exemplarisch [17]).

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](#)). Entsprach der übermittelte Meldedatensatz nicht dem vereinbarten Lieferformat, wurde dem Träger 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.²⁷

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](#)).

Beispielsweise können die Werte für einige Meldevariablen nicht größer sein als die für andere Meldevariablen. Es kann zum Beispiel in einem Berichtsjahr nicht mehr Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsprüfung (Meldevariable m3a) geben als überhaupt Zuständigkeitsprüfungen (Meldevariable m3a_n) durchgeführt worden sind.

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

Die Abläufe im Rahmen der Strukturprüfung und der Plausibilitätsprüfung sind in [Abbildung 1](#) schematisch dargestellt.

²⁷ Auf der Website der BAR ist eine Übersicht mit den häufigsten Fehlermeldungen veröffentlicht, die im Rahmen der Strukturprüfung auftreten können. Darin sind auch Handlungsoptionen aufgeführt, die seitens der Träger unternommen werden können, um den Fehler zu beheben. Siehe www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/THVB/THVB_Uebersetzung_Fehlermeldungen_XSD.pdf (letzter Zugriff am 04.10.2023).

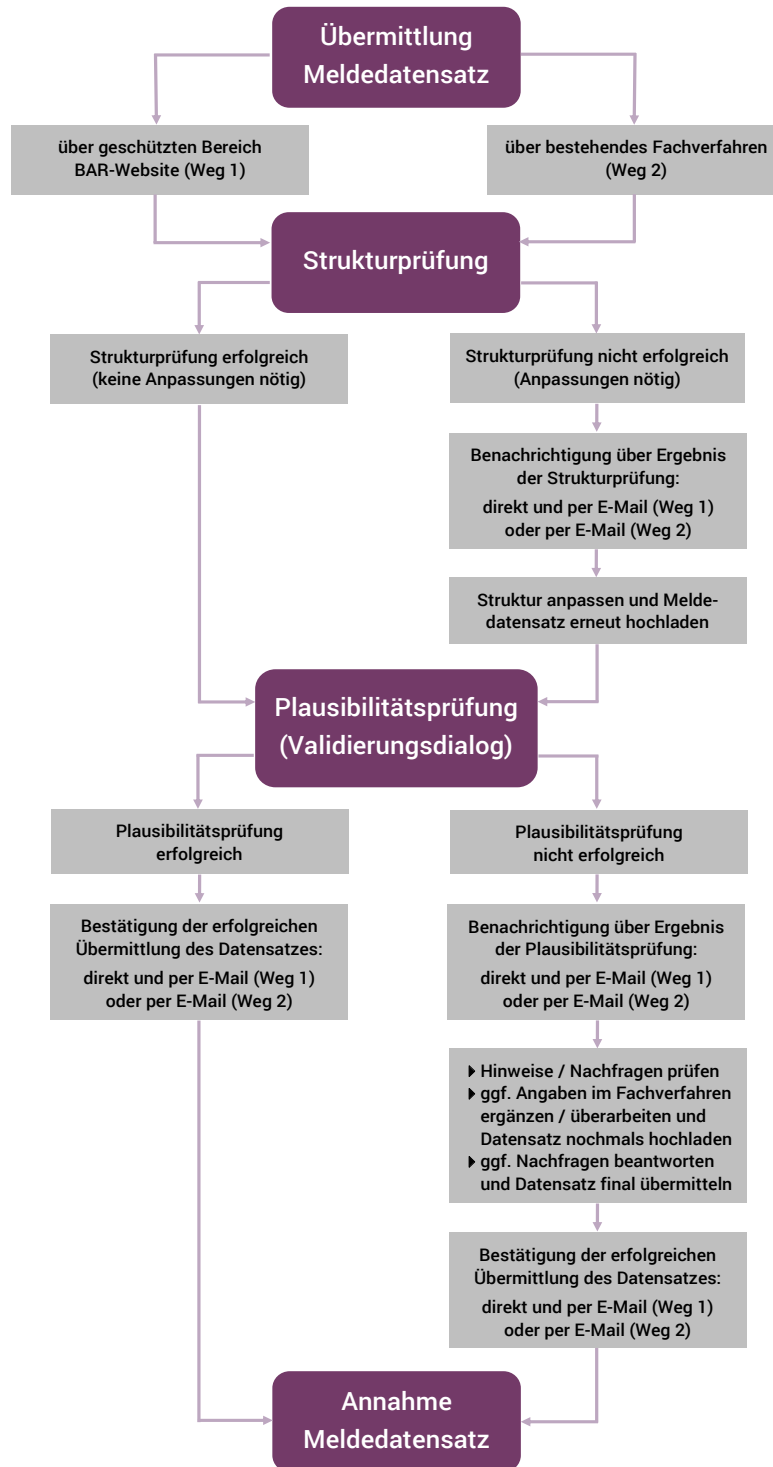


Abbildung 1. Schematischer Ablauf der Datenübermittlung durch die Träger bis zur Annahme des Meldedatensatzes (Stufe 1 des Plausibilitäts- und Validitätsverfahrens)

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) 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. 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.

Seit dem Berichtsjahr 2019 hat jeder Träger eine einmalig vergebene PUB-ID zugewiesen bekommen, die von Bericht zu Bericht gleichbleibt. Seit Veröffentlichung des THVB 2020 können die einzelnen Träger somit in einer pseudonymisierten Form über die entsprechenden Berichtsjahre hinweg nachverfolgt werden, weil sich hinter einer PUB-ID immer derselbe Träger verbirgt. Träger, die in einem vorherigen Berichtsjahr weder einen Meldedatensatz noch eine Fehlanzeige übermittelt hatten (Nicht-Meldung) oder die sich erst nachträglich bei der BAR registrieren, bekommen 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.

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 Kennzeich-

nung 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 wurde sowohl die Analyse- und Statistiksoftware Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, IBM Statistics, Version 25) als auch die Software R genutzt. 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 übermittelten Meldedatensätze statt. Im Rahmen des Validierungsdialogs wurde der Träger auf unplausible Werte hingewiesen. Es wurde außerdem aufgezeigt, an welcher Stelle im 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).

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.

Seit dem Berichtsjahr 2019 hat jeder Träger eine PUB-ID zugewiesen bekommen, die von Bericht zu Bericht gleichbleibt. Trotz unterschiedlicher Berichtsjahre verbirgt sich hinter einer PUB-ID immer derselbe Träger.

2.2 Stufe 2: Interne Validitätsprüfung

Nachdem der Meldedatensatz 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 im Vorjahr wurden Plausibilisierungsregeln sowohl innerhalb eines Sachverhalts als auch sachverhaltsübergreifend 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](#) dargestellt.

Vorzeichen

Die Meldevariablen müssen per Definition größer oder gleich null sein (siehe [Anhang](#)). 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 2022 auf 8,5 Prozent aller aufsummierten negativen Antrittslaufzeiten zu. Zudem wurde in diesem Fall die jeweilige Anzahl der Leistungsantritte vor dem Bewilligungsbescheid (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 2022 auf 4,5 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 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 von ihm beauftragten 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 für Zähler und Nenner 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 2.185.199 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. 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 2022 auf 8,8 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) vorlag. Entsprechend wurde der Zähler von der Auswertung ausgeschlossen. Das traf für das Berichtsjahr 2022 auf 0,9 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.

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 im [Anhang](#) 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 im [Anhang](#) beschrieben.

Abhängigkeit bei Nullwert und fehlendem Wert

Die folgenden Plausibilisierungsregeln beziehen sich auf Meldevariablen der Sachverhalte 3 (Fristen), 14 (Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen) und 15 (Widersprüche und Klagen). Sie berücksichtigen inhaltliche Abhängigkeiten von mindestens zwei Meldevariablen, wenn eine dieser Meldevariablen mit dem Wert null übermittelt wird.

Sind bei Sachverhalt 3 keine Zuständigkeitsprüfungen bzw. Bedarfsermittlungen gemeldet worden (Wert von null oder fehlender Wert), ist eine Aussage zur Anzahl der Fristüberschreitungen irreführend. Ist gleichzeitig ein

Wert größer oder gleich null für die Fristüberschreitungen gemeldet worden, wurde dieser Wert von der Auswertung ausgeschlossen. Analog wird bei den Sachverhalten 14 und 15 verfahren: Sind keine Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen gemeldet worden (Wert von null oder fehlender Wert), ist eine Aussage dazu, wie viele davon bewilligt oder abgelehnt wurden, irreführend. Ist gleichzeitig ein Wert größer oder gleich null für die Bewilligungen oder Ablehnungen dieser Erstattungsanträge gemeldet worden, wurden diese Werte von der Auswertung ausgeschlossen. Werden bei Sachverhalt 15 keine entschiedenen Widersprüche bzw. Klagen gemeldet (Wert von null oder fehlender Wert), ist eine Aussage dazu, wie viele davon bewilligt oder abgelehnt wurden, irreführend. Ist gleichzeitig ein Wert größer oder gleich null für die erfolgreichen Widersprüche bzw. Klagen gemeldet worden, wurde dieser Wert von der Auswertung ausgeschlossen.

Aufgrund einer unvollständigen Erfassung wurden die übermittelten Werte eines JH-Trägers komplett von der Auswertung ausgeschlossen.

Insgesamt wurden im vorliegenden THVB 7,5 Prozent der übermittelten Werte aller Träger von der Auswertung ausgeschlossen, weil sie nicht plausibel waren. Im Vorjahr wurden bei Anwendung derselben Plausibilisierungsregeln 10,2 Prozent der übermittelten Werte ausgeschlossen. Die Datenqualität im aktuellen THVB hat sich folglich verbessert. Der geringere Anteil der bereinigten Werte ist nicht auf die höhere Anzahl an Fehlanzeigen zurückzuführen. Ein deutlicher Rückgang des Anteils der bereinigten Werte zeigt sich auch dann, wenn man nur die übermittelten Meldedatensätze (ohne Fehlanzeigen) berücksichtigt.



Das Wichtigste im Überblick

Nach der Annahme des Meldedatensatzes erfolgte eine interne Validitätsprüfung. Dabei wurden sowohl Werte für einzelne Meldevariablen als auch Beziehungen zwischen Meldevariablen geprüft. Die Prüfung erfolgte für Werte sowohl innerhalb eines Sachverhalts als auch sachverhaltsübergreifend.

Um die Validität der Daten zu gewährleisten, wurden unplausible Werte von der Auswertung ausgeschlossen. Das traf auf 7,5 Prozent der übermittelten Werte aller Träger zu.

2.3 Beteiligung der Rehabilitationsträger

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. In diesem 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 der Veröffentlichung des Berichts einen Einblick in die Datenauswertung sowie eine Vorschau auf die Ergebnisse 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. Diese Eingaben sollen dazu dienen, der Leserschaft eine qualitativ richtige Einordnung der Daten zu ermöglichen und Fehlinterpretationen vorzubeugen.

Die Ergebnisse des Beteiligungsverfahrens für den THVB 2023 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 Beteiligung für den THVB 2023 finden sich in den Infoboxen „Aus den Trägerbereichen“ in [Kapitel 3](#) und in [Kapitel 4](#) wieder.

3 Ergebnisse der Datenauswertung

In diesem Kapitel werden die ausgewerteten Daten der Rehabilitationsträger für das Berichtsjahr 2022 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 2021 und 2022 ([Kapitel 3.3](#)). Die Ergebnisse über die Förderung der Selbsthilfe nach § 45 SGB IX werden in einem eigenen Kapitel gezeigt ([Kapitel 3.4](#)).

Die nachfolgenden Kapitel geben zunächst Hinweise zur Datengrundlage ([Kapitel 3.1](#)) sowie zur Darstellung und Auswertung der Daten ([Kapitel 3.2](#)).

3.1 Datengrundlage für den Teilhabeverfahrensbericht 2023

Für das Berichtsjahr 2022 waren insgesamt 1.267 Träger mit einer Träger-ID für eine Datenübermittlung bei der BAR registriert (berichtspflichtige Träger, siehe [Kapitel 1.2.5](#)). Von diesen Trägern haben 1.162 Träger eine Datenmeldung an die BAR vorgenommen. Das entspricht einer Meldequote von 91,7 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. [Abbildung 2](#) zeigt die Datengrundlage für den vorliegenden Bericht aufgeschlüsselt nach der Art der Datenmeldung.

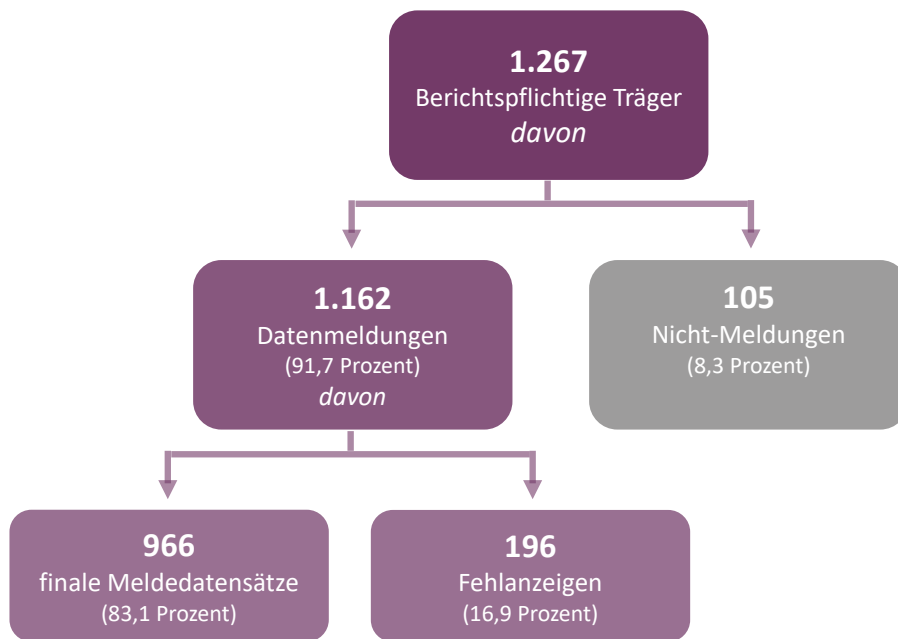


Abbildung 2. Datengrundlage für den Teilhabeverfahrensbericht 2023

Die Daten der 966 Träger mit einem finalen Meldedatensatz wurden im Zuge des zweistufigen Plausibilitäts- und Validitätsverfahrens bereinigt, wie in [Kapitel 2](#) beschrieben. Aufsummiert mit den 196 Fehlanzeigen ergeben sich daraus 1.162 Datenmeldungen, die als Grundlage für die Auswertungen für das Berichtsjahr 2022 dienen (siehe [Kapitel 3.3](#)). Tabelle 4 zeigt die Anzahl der Datenmeldungen aufgeschlüsselt nach Trägerbereich für das Berichtsjahr 2022.

Tabelle 4. Anzahl der Datenmeldungen nach Trägerbereich im Berichtsjahr 2022

Trägerbereich	Anzahl finaler Meldedatensätze	Anzahl Fehlanzeigen	Datenmeldung gesamt
BA	1	0	1
EGH	296	2	298
GKV	97	0	97
JH	457	19	476
RV	17	0	17
SER	64	175	239
UV	34	0	34
Gesamt	966	196	1.162

Datengrundlage: Berichtsjahr 2022.





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. Wie in [Abbildung 2](#) dargestellt, haben von 1.267 Trägern 105 (entspricht 8,3 Prozent) für das Berichtsjahr 2022 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 2022 vorgenommen.

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

- Aus den Bereichen der EGH, der JH sowie dem SER sind 105 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 11 Nicht-Meldungen halbiert (Vorjahr: 22).
 - Die Anzahl der Nicht-Meldungen im Bereich der JH ist zwar ebenfalls gesunken. Trotzdem sind 13,6 Prozent der Träger ihrer Verpflichtung zur Meldung nicht nachgekommen.
 - Im Bereich des SER hat sich die absolute Anzahl mit 19 Nicht-Meldungen wesentlich verringert (Vorjahr: 47). Relativ gesehen hat sich die Quote der Nicht-Meldungen mit 7,4 Prozent mehr als halbiert (Vorjahr: 18,5 Prozent). Die Anzahl der Fehlanzeigen liegt deutlich höher (67,8 Prozent gegenüber 55,1 Prozent im Vorjahr). Da nur vier weitere SER-Träger im Vergleich zum Vorjahr eine Träger-ID erhalten haben, ist der Anstieg der Fehlanzeigen nicht auf Träger zurückzuführen, die sich erstmals für eine Datenmeldung registriert haben.
- Im Vergleich zum Vorjahr haben 123 Träger erstmalig ihre Daten übermittelt. 41 Träger kamen im Vorjahr ihrer Berichtspflicht nach, im aktuellen Jahr jedoch nicht.

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

Bundesland		Anzahl Nicht-Meldungen pro Trägerbereich			Gesamt Nicht-Meldungen
		EGH	JH	SER	Σ
Baden-Württemberg		0	6	3	9
Bayern		0	9	5	14
Berlin		0	0	2	2
Brandenburg		2	2	0	4
Bremen		0	0	0	0
Hamburg		1	1	0	2
Hessen		0	1	0	1
Mecklenburg-Vorpommern		0	2	1	3
Niedersachsen		2	8	6	16
Nordrhein-Westfalen		3	29	0	32
Rheinland-Pfalz		2	6	0	8
Saarland		0	0	0	0
Sachsen		0	1	0	1
Sachsen-Anhalt		0	6	0	6
Schleswig-Holstein		1	2	2	5
Thüringen		0	2	0	2
Gesamt		11	75	19	105

Datengrundlage: Berichtsjahr 2022.

3.2 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 Daten der 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 aufgelistet, die sich aus dem Sachverhalt ableiten lassen.
- Zuletzt erfolgt als Ergebnis die Darstellung der ausgewerteten Daten samt Angabe der jeweiligen Datengrundlage. Zusätzlich zur eigentlichen Datendarstellung werden vereinzelt auch inhaltliche Erläuterungen zu den verschiedenen Sachverhalten gegeben.

Die Daten wurden – in Abhängigkeit ihrer Verfügbarkeit – auf verschiedenen Ebenen ausgewertet:

1. **Auf Systemebene** werden Daten in einer Gesamtschau aller Trägerbereiche dargestellt.
2. **Auf Ebene des jeweiligen Trägerbereichs** werden die Daten der einzelnen Träger des jeweiligen Trägerbereichs aggregiert dargestellt.
 - 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** erfolgt eine trägerspezifische Darstellung. Anhand der PUB-ID sind nur Rückschlüsse auf den Trägerbereich möglich.
4. Im **Bereich EGH** werden auf Trägerebene erstmals einige Merkmale getrennt nach der Zuständigkeit als örtliche oder überörtliche Träger dargestellt (Datenmeldungen von 14 überörtlichen und 284 örtlichen EGH-Trägern). Damit wird aufgezeigt, welche Ergebnisse sich ergeben in Abhängigkeit der Zuständigkeitsstruktur in den Bundesländern. Die Kennzahlen werden im Fließtext unter dem jeweiligen Sachverhalt berichtet. Der [Anhang](#) enthält die jeweilige Datengrundlage sowie weitere Ergebnisse.

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

- Unter jeder **Tabelle und Abbildung** befinden sich in **Fußnoten** erläuternde Hinweise zur Datengrundlage und zu den Werteangaben.

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

- Da es sich bei den von den Rehabilitationsträgern übermittelten Werten 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** (siehe 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**. Die entsprechenden Datengrundlagen werden sowohl in den jeweiligen Tabellen bzw. Abbildungen als auch in den Infoboxen „Zur Einordnung der Daten“ nochmals erläutert.
- Die Information, von wie vielen Trägern Daten ausgewertet werden konnten, wird mit absoluten und relativen Angaben in der jeweiligen **Tabellenspalte „Träger“** ausgewiesen (siehe **Abbildung 3**). Die relativen Angaben errechnen sich aus der Anzahl der für die jeweilige Auswertung verwendbaren Datensätze, die ins Verhältnis zur Gesamtanzahl aller übermittelten Datensätze aus dem jeweiligen Trägerbereich gesetzt wurden (siehe **Tabelle 4**). Hier ist die **Spannweite von Sachverhalt zu Sachverhalt sehr unterschiedlich**. 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“** ebenfalls mit absoluten und relativen Angaben aufgezeigt, wie viele Träger für ein Merkmal den Wert null übermittelt haben (siehe **Abbildung 3**). Darin sind u. a. alle Fehlanzeigen enthalten. Zur Berechnung der relativen Angaben wurde die Anzahl der Datensätze, in denen die jeweilige Meldevariable mit null angegeben ist, ins Verhältnis zur Gesamtanzahl aller übermittelten Datensätze aus dem jeweiligen Trägerbereich gesetzt (siehe **Tabelle 4**). 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 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.
- Meldevariablen, zu denen kein Wert vorliegt, weil keine Werte übermittelt wurden oder Werte im Zuge des Plausibilitäts- und Validitätsverfahrens bereinigt werden mussten (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 **aus Gründen des Datenschutzes** (auch anteilig) nicht ausgewiesen und stattdessen mit einem „*“ dargestellt. Die **Spalten- und Zeilensummen** wurden in solchen Fällen entsprechend **angepasst**.

3. Ergebnisse der Datenauswertung

- **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 3.3** 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.

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

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

- Einige Träger hatten Daten für das Berichtsjahr 2021 gemeldet, nicht aber für 2022. Umgekehrt haben andere Träger für das Berichtsjahr 2022 erstmalig gemeldet, die für 2021 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 2021 als auch für das Berichtsjahr 2022** vorliegen.
- In den Darstellungen zum Jahresvergleich ist neben den Angaben für die Berichtsjahre 2021 und 2022 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 2022 vom entsprechenden Anteil für das Berichtsjahr 2021 abweicht.
- Erstmals wird in diesem Bericht die Entwicklung der Anzahl der Gesamtanträge aus Sachverhalt 1 über vier Berichtsjahre hinweg gezeigt. Um den Entwicklungstrend pro Trägerbereich abzubilden, gibt es in

Tabelle 10 zusätzlich zu den absoluten Werten eine Spalte mit jeweils einem Liniendiagramm (Sparklines). Anhand des Liniendiagramms kann der Entwicklungstrend der Anzahl der Gesamtanträge pro Trägerbereich abgelesen werden. Für die Auswertung wurden nur die Daten der Träger berücksichtigt, von denen die entsprechende Meldevariable für alle vier Berichtsjahre 2019, 2020, 2021 und 2022 vorliegt.

- Im Falle von Trägerfusionen, wie sie im Bereich der GKV vorkamen, wurden für Jahresvergleiche sowohl die jeweils aufgenommenen als auch die aufzunehmenden Träger berücksichtigt. Die Anzahl der Träger in der Datengrundlage bezieht sich auf den Gebietsstand 2022.
- Bei den Jahresvergleichen gibt der Gebietsstand den Zeitpunkt der vorliegenden Trägerstruktur an. Die Angabe des Gebietsstands ist deshalb bedeutsam, weil sich Trägerstrukturen im Zeitverlauf ändern können (z. B. bei Fusionierung von Krankenkassen im Bereich der GKV). Ein Gebietsstand bleibt über die Berichtsjahre konstant. Werden in einer Auswertung die Daten mehrerer Berichtsjahre dargestellt, wird der aktuelle Gebietsstand auf die früheren Berichtsjahre projiziert, d. h. die früheren Berichtsjahre werden nach dem aktuellen Gebietsstand ausgewertet. Dadurch ist man bei Jahresvergleichen unabhängig von Änderungen der Trägerstruktur.

Infoboxen

Bei der Datendarstellung befindet sich zu jedem Sachverhalt mindestens eine farblich abgesetzte Infobox (siehe [Kapitel 3.3](#)). 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 Infobox „Zur Einordnung der Daten“ 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.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

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

3.3.1 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, [18]). 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),
- unterhaltssichernden und anderen ergänzenden 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 Leistungsgruppen-Anträge (LG-Anträge) bezeichnet.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

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 1.159 Trägern vor. Die Datengrundlage für die Anzahl der Anträge in 2022 beläuft sich auf 2.957.061 Gesamtanträge ([Tabelle 6](#), [Tabelle 7](#) und [Abbildung 4](#)).

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 4](#)) entsprechen.

Die durchschnittliche Anzahl der LG-Anträge pro Träger in [Tabelle 9](#) kann nur bei den 960 Trägern berechnet werden, von denen Angaben zu allen vier Leistungsgruppen vorliegen. Sie beläuft sich auf 3.176.002 LG-Anträge.

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 3.176.002 LG-Anträge von 960 Trägern ([Abbildung 5](#)).

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.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Tabelle 6 und **Abbildung 4** 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 2022 keine Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe gestellt. In diesem Wert sind auch die gemeldeten Fehlanzeigen enthalten.

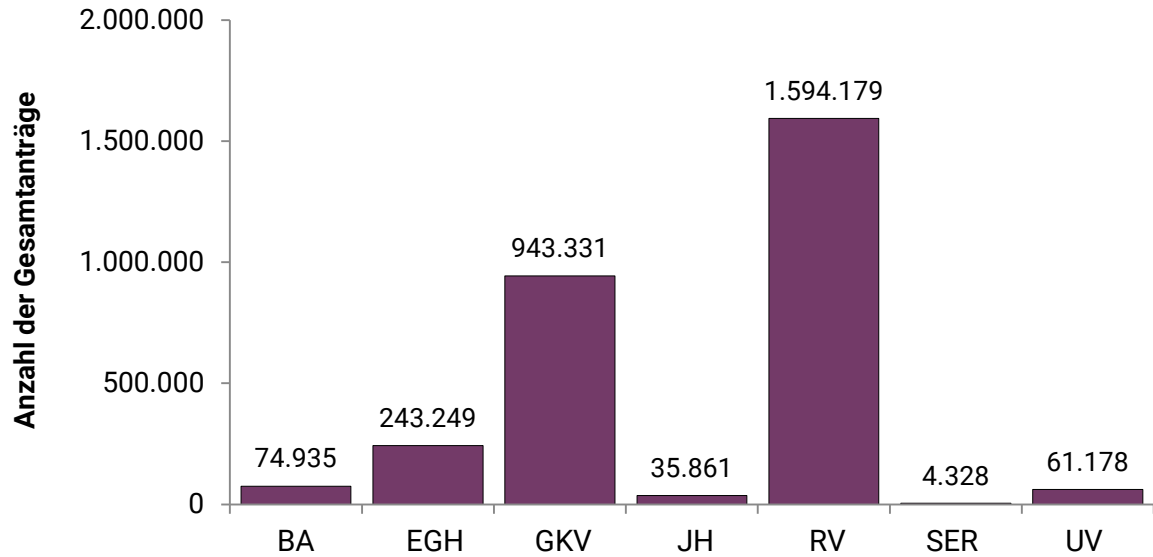
Im Trägerbereich EGH entfällt mehr als die Hälfte aller gestellten Gesamtanträge (57,8 Prozent) auf die 14 überörtlichen Träger. Die übrigen Gesamtanträge (42,2 Prozent) verteilen sich auf 282 örtliche Träger (siehe **Anhang**).

Tabelle 6. Anzahl der Gesamtanträge nach Trägerbereich

Trägerbereich	Gesamtanträge	Träger	Träger mit Wert null
BA	74.935	1 (100%)	0 (0%)
EGH	243.249	298 (100%)	2 (0,7%)
GKV	943.331	97 (100%)	0 (0%)
JH	35.861	473 (99,4%)	20 (4,2%)
RV	1.594.179	17 (100%)	0 (0%)
SER	4.328	239 (100%)	176 (73,6%)
UV	61.178	34 (100%)	0 (0%)
Gesamt	2.957.061	1.159 (99,7%)	198 (17,0%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2022.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



Datengrundlage: 2.957.061 Gesamtanträge von 1.159 Trägern für das Berichtsjahr 2022.

Abbildung 4. Anzahl der Gesamtanträge nach Trägerbereich

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

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 2022 keine Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eingegangen sind, die in einer Erfassung für den THVB hätten berücksichtigt werden müssen. Dies trifft auf zwei EGH-Träger, 20 JH-Träger und 176 SER-Träger zu (siehe **Tabelle 6**).

Tabelle 7. Durchschnittliche Anzahl der Gesamtanträge nach Trägerbereich

Trägerbereich	Minimum	Durchschnitt	Maximum
BA	- **	74.935	- **
EGH	0	816	45.148
GKV	9	9.725	142.630
JH	0	76	1.404
RV	3.441	93.775	660.447
SER	0	18	1.776
UV	-*	1.799	7.946
Gesamt	0	2.551	660.447

Datengrundlage: 2.957.061 Gesamtanträge von 1.159 Trägern für das Berichtsjahr 2022.

* 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.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Tabelle 8 zeigt, aus welchen Leistungsgruppen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe beantragt wurden. Wie sich die einzelnen Leistungsgruppen je Trägerbereich prozentual auf alle LG-Anträge verteilen, wird in **Abbildung 5** 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 bei Angaben zu allen Leistungsgruppen differenziert nach Leistungsgruppe und Trägerbereich

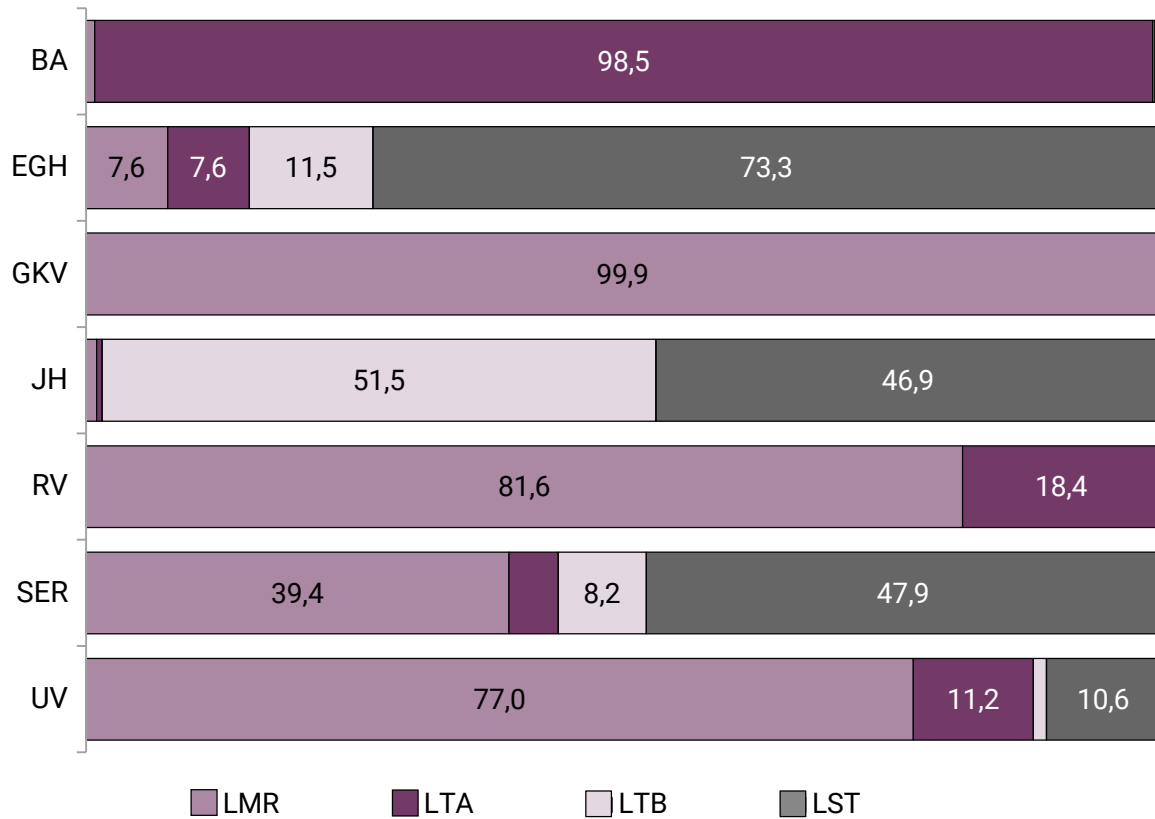
Trägerbereich	LMR	LTA	LTB	LST	LG-Anträge	Träger
BA	569	74.708	133	412	75.822	1 (100%)
EGH	18.904	18.791	28.607	182.046	248.348	295 (99,0%)
GKV	941.979	228	264	880	943.351	97 (100%)
JH	422	195	20.750	18.906	40.273	453 (95,2%)
RV	1.470.301	330.630	0	28	1.800.959	17 (100%)
SER	1.720	201	357	2.091	4.369	63 (26,4%)
UV	48.424	7.039	752	6.665	62.880	34 (100%)
Gesamt	2.482.319	431.792	50.863	211.028	3.176.002	960 (82,6%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022 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: Berichtsjahr 2022.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022 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: 3.176.002 LG-Anträge von 960 Trägern.

Abbildung 5. Prozentuale Verteilung der beantragten Leistungsgruppen nach Trägerbereich

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

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 2022 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	..**	75.822	..**
EGH	0	836	45.872
GKV	9	9.725	142.640
JH	0	85	1.557
RV	3.441	105.939	735.818
SER	0	18	1.810
UV	..*	1.849	8.301
Gesamt	0	2.738	735.818

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022, von denen Angaben zu allen vier Leistungsgruppen vorliegen.

Datengrundlage: 3.176.002 LG-Anträge von 960 Trägern für das Berichtsjahr 2022.

* 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.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

In **Tabelle 10** ist die zeitliche Entwicklung der gestellten Gesamtanträge über vier Berichtsjahre dargestellt. Dabei zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen in den einzelnen Trägerbereichen.

Tabelle 10. Anzahl der Gesamtanträge nach Trägerbereich und Berichtsjahr samt Entwicklungstrend

Trägerbereich	2019	2020	2021	2022	Entwicklung
BA	91.657	81.186	79.803	74.935	
EGH	145.456	138.678	147.468	143.916	
GKV	1.061.878	857.047	859.690	943.331	
JH	22.927	21.493	23.805	25.137	
RV	1.815.915	1.558.775	1.536.354	1.594.179	
SER	1.151	5.089	2.977	3.880	
UV	40.890	64.937	74.759	61.178	
Gesamt	3.179.874	2.727.205	2.724.856	2.846.556	

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für die Berichtsjahre 2019 bis 2022 zu gestellten Gesamtanträgen, von denen Angaben zu allen Berichtsjahren vorliegen.

Datengrundlage: 816 Träger (Gebietsstand 2022).

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



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).

Im Bereich der **GKV** ist der Rückgang der Anzahl der Gesamtanträge im Mehrjahresvergleich in den Jahren 2020 und 2021 wesentlich auf die Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie und den dadurch bedingten Rückgang von Anträgen auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zurückzuführen.

Da die **UV** von Amts wegen handelt, mussten zur Erfüllung der Datenlieferung für den THVB Antrags- und Bewilligungssubstitute gebildet werden, die Umsetzung erfolgte schrittweise. Der Anstieg der Antragszahlen in den Berichtsjahren 2020 und 2021 ist daher teilweise darauf zurückzuführen, dass einzelne Maßnahmen erst neu in die Statistik aufgenommen wurden.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

3.3.2 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 „Turboklärung“ 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



Zur Einordnung der Daten

Angaben zur Anzahl der Weiterleitungen liegen von 1.119 Trägern vor. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 218.961 weitergeleitete Anträge ([Tabelle 11](#)).

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 910 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 3.004.394 Gesamtanträge ([Tabelle 12](#) und [Abbildung 6](#)).

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

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

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.

Tabelle 11 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 11** ist außerdem ersichtlich, bei wie vielen Trägern in 2022 keine Anträge wegen vollständiger Unzuständigkeit weitergeleitet wurden. In diesem Wert sind auch die gemeldeten Fehlanzeigen von den Trägern enthalten, bei denen in 2022 erst gar keine Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eingegangen sind.

Tabelle 11. Anzahl der Weiterleitungen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Weiterleitungen	Träger	Träger mit Wert null
BA	18.026	1 (100%)	0 (0%)
EGH	4.835	281 (94,3%)	49 (16,4%)
GKV	29.319	97 (100%)	13 (13,4%)
JH	400	450 (94,5%)	320 (67,2%)
RV	164.497	17 (100%)	0 (0%)
SER	63	239 (100%)	231 (96,7%)
UV	1.821	34 (100%)	9 (26,5%)
Gesamt	218.961	1.119 (96,3%)	622 (53,5%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2022.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Tabelle 12 und **Abbildung 6** 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 12. Prozentualer Anteil der Weiterleitungen an allen Gesamtanträgen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Weiterleitungen	Anteil Weiterleitungen	Anträge	Träger
BA	18.026	24,2	74.393	1 (100%)
EGH	4.804	2,1	233.958	276 (92,6%)
GKV	29.319	3,1	936.245	97 (100%)
JH	400	1,3	31.238	426 (89,5%)
RV	164.497	9,9	1.663.182	17 (100%)
SER	63	1,5	4.206	59 (24,7%)
UV	1.821	3,0	61.172	34 (100%)
Gesamt	218.930	7,3	3.004.394	910 (78,3%)

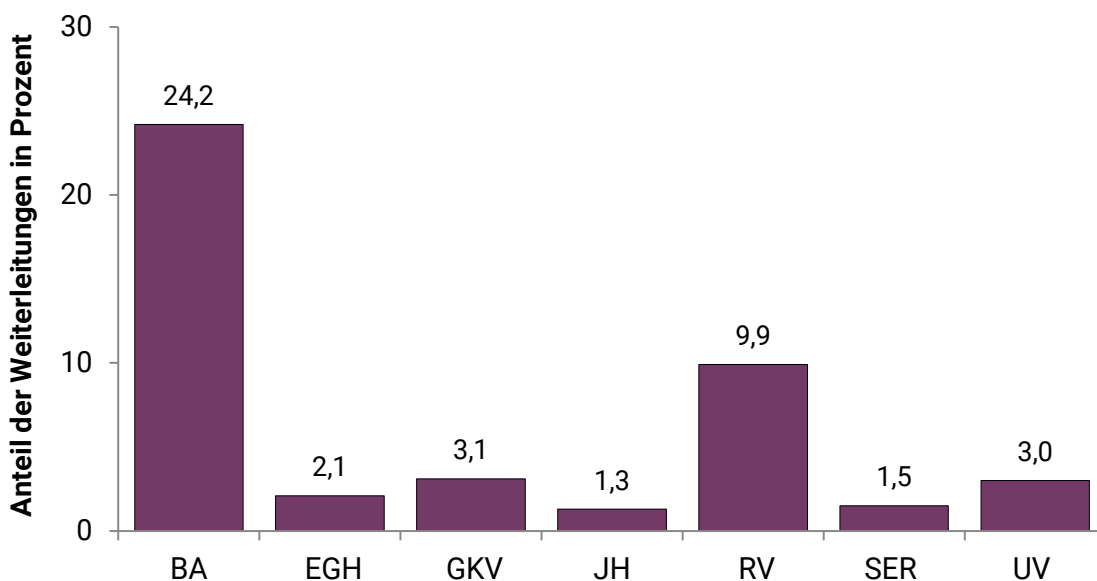
Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der Weiterleitungen als auch zur Anzahl der entschiedenen Gesamtanträge vorliegen und die im Berichtsjahr mindestens einen Antrag weitergeleitet und / oder mindestens einen Gesamtantrag entschieden haben. Die Anzahl der Anträge wurde entsprechend angepasst. Sie ergibt sich aus der Summe der entschiedenen Gesamtanträge und der Weiterleitungen.



Betrachtungsbeispiel zu Tabelle 12

Im Trägerbereich UV wurden 3,0 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).

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022, 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: 3.004.394 Gesamtanträge von 910 Trägern.

Abbildung 6. Prozentualer Anteil der Weiterleitungen an allen Gesamtanträgen nach Trägerbereich

Im Trägerbereich EGH entfallen etwa zwei Drittel aller Weiterleitungen wegen vollständiger Unzuständigkeit (64 Prozent) auf die 14 überörtlichen EGH-Träger (siehe [Anhang](#)). Der prozentuale Anteil der Weiterleitungen an allen Gesamtanträgen unterscheidet sich jedoch nicht wesentlich zwischen örtlichen und überörtlichen Trägern (1,9 Prozent versus 2,1 Prozent).

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

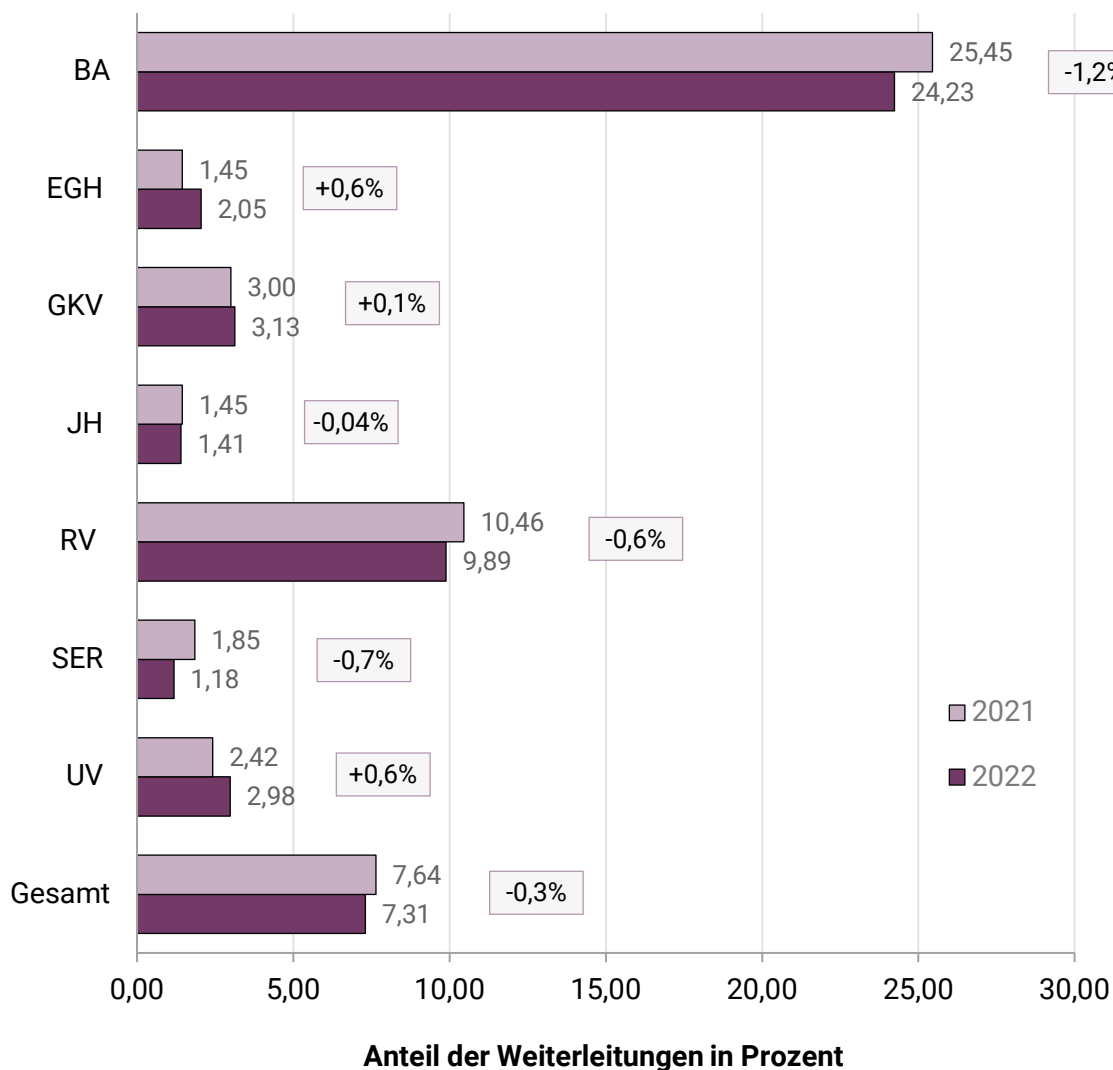
Wie viele Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe die Träger in 2021 und in 2022 weitergeleitet haben, ist aus [Tabelle 13](#) ersichtlich. In [Abbildung 7](#) wird über die Jahre hinweg verglichen, wie viel Prozent der eingegangenen Anträge von den einzelnen Trägerbereichen weitergeleitet wurden.

Tabelle 13. Anzahl der Weiterleitungen nach Trägerbereich und Berichtsjahr

Trägerbereich	Weiterleitungen 2021	Weiterleitungen 2022	Veränderung 2022 zu 2021	Träger (Gebietsstand 2022)
BA	20.185	18.026	-2.159 (-10,7%)	1
EGH	3.272	4.730	+1.458 (+44,6%)	255
GKV	25.385	29.319	+3.934 (+15,5%)	97
JH	354	374	+20 (+5,6%)	380
RV	165.628	164.497	-1.131 (-0,7%)	17
SER	70	62	-8 (-11,4%)	193
UV	1.808	1.821	+13 (+0,7%)	34
Gesamt	216.702	218.829	+2.127 (+1,0%)	977

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der Weiterleitungen sowohl für das Berichtsjahr 2021 als auch für das Berichtsjahr 2022 vorliegen. Neben der Anzahl der Weiterleitungen im jeweiligen Berichtsjahr ist für jeden Trägerbereich angegeben, wie sich die Anzahl der Weiterleitungen im Berichtsjahr 2022 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerüberggr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



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 2021 und für das Berichtsjahr 2022 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 2022 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2021: 2.837.234 Anträge von 801 Trägern (Gebietsstand 2022).

Datengrundlage 2022: 2.992.686 Anträge von 801 Trägern (Gebietsstand 2022).

Abbildung 7. Prozentualer Anteil der Weiterleitungen an allen Gesamtanträgen nach Trägerbereich und Berichtsjahr

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



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.

3.3.3 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)

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



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

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).³¹



Zur Einordnung der Daten

Frist 3a. In 2022 wurden 2.605.663 Zuständigkeitsfeststellungen gemeldet (**Tabelle 14**). Der prozentuale Anteil der Überschreitungen der Zweiwochenfrist nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX an allen Zuständigkeitsfeststellungen konnte für die 939 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 2.602.593 Zuständigkeitsfeststellungen (**Tabelle 15** und **Abbildung 8**).

Frist 3b. In 2022 wurden 2.505.666 Entscheidungen ohne Gutachten gemeldet (**Tabelle 16**). Der prozentuale Anteil der Überschreitungen der Dreiwochenfrist nach § 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX an allen Entscheidungen ohne Gutachten konnte für die 908 Träger berechnet werden, von denen Angaben zu Fristüberschreitungen vorliegen und bei denen im Berichtsjahr mindestens eine Entscheidung ohne Gutachten durchgeführt wurde (**Tabelle 18** und **Abbildung 10**). Die entsprechende Datengrundlage beträgt 2.505.666 Entscheidungen ohne Gutachten (**Tabelle 18** und **Abbildung 10**).

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 „Turboklärung“ soll nach wie vor 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 Turboklärung werden die Entscheidungsfristen nach § 14 Abs. 2 SGB IX also nicht verlängert.

Voraussetzungen für eine Turboklärung sind: Ein Antrag wurde nach § 14 Abs. 2 SGB IX weitergeleitet; der zweitangegangene Rehabilitationsträger ist für alle vom Antrag umfassten Leistungen unzuständig; der voraussichtlich zuständige Rehabilitationsträger als Adressat des Antrags ist mit der Turboklärung einverstanden. Eine Verpflichtung zur Durchführung einer Turboklärung oder Annahme eines Antrags im Rahmen der Turboklärung besteht nicht.

Nach trägerübergreifender Beratung und Entscheidung sollen ab dem 01.01.2024 auch Anträge für den THVB erfasst werden, die durch eine Turboklärung 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.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Frist 3c. In 2022 wurden 243.800 Entscheidungen mit Gutachten gemeldet ([Tabelle 17](#)). Der prozentuale Anteil der Fristüberschreitungen der Zweiwochenfrist nach § 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX an allen Entscheidungen mit Gutachten konnte für die 452 Träger berechnet werden, von denen Angaben zu Fristüberschreitungen vorliegen und bei denen im Berichtsjahr mindestens eine Entscheidung mit Gutachten durchgeführt wurde. Die entsprechende Datengrundlage reduziert sich somit auf 243.790 Entscheidungen mit Gutachten ([Tabelle 19](#) und [Abbildung 10](#)).

Sowohl die Anzahl der Zuständigkeitsfeststellungen ([Tabelle 14](#)) als auch die Anzahl der Antragsentscheidungen ohne und mit Gutachten zur Bedarfsfeststellung ([Tabelle 16](#) und [Tabelle 17](#)) 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 2022 gestellt wurden (z. B. gegen Jahresende), die Zuständigkeit aber erst in 2023 festgestellt wurde (z. B. zu Beginn des Jahres). Andererseits können Ende 2021 gestellte Anträge Anfang 2022 entschieden worden sein.

Die prozentualen Anteile der Entscheidungen ohne und mit Gutachten an allen Entscheidungen konnten jeweils für die 882 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 2.709.631 im Berichtsjahr entschiedene Gesamtanträge ([Tabelle 20](#) und [Abbildung 11](#)).

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.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

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 14**. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ ist außerdem ersichtlich, wie viele Träger im Jahr 2022 keine Zuständigkeitsfeststellungen durchgeführt haben. In diesem Wert sind auch die gemeldeten Fehlanzeigen von den Trägern enthalten, bei denen in 2022 keine Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eingegangen sind.

Tabelle 14. Anzahl der Zuständigkeitsfeststellungen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Zuständigkeitsfeststellungen	Träger	Träger mit Wert null
BA	56.687	1 (100%)	0 (0%)
EGH	223.667	298 (100%)	2 (0,7%)
GKV	912.536	97 (100%)	0 (0%)
JH	35.298	474 (99,6%)	20 (4,2%)
RV	1.314.693	17 (100%)	0 (0%)
SER	4.125	238 (99,6%)	176 (73,6%)
UV	58.657	34 (100%)	0 (0%)
Gesamt	2.605.663	1.159 (99,7%)	198 (17,0%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2022.

Tabelle 15 und **Abbildung 8** 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.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Tabelle 15. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung (Frist 3a) nach Trägerbereich

Trägerbereich	Minimum Frist 3a	Durchschnitt Frist 3a	Maximum Frist 3a	Zuständigkeitsfeststellungen	Träger
BA	..**	1,6	..**	56.687	1 (100%)
EGH	0	27,5	95,3	223.666	295 (99,0%)
GKV	0	8,9	33,7	912.536	97 (100%)
JH	0	20,2	100	34.905	437 (91,8%)
RV	0,8	21,5	37,5	1.314.693	17 (100%)
SER	0	19,7	100	4.125	62 (25,9%)
UV	0	0,1	1,7	55.981	30 (88,2%)
Gesamt	0	16,7	100	2.602.593	939 (80,8%)

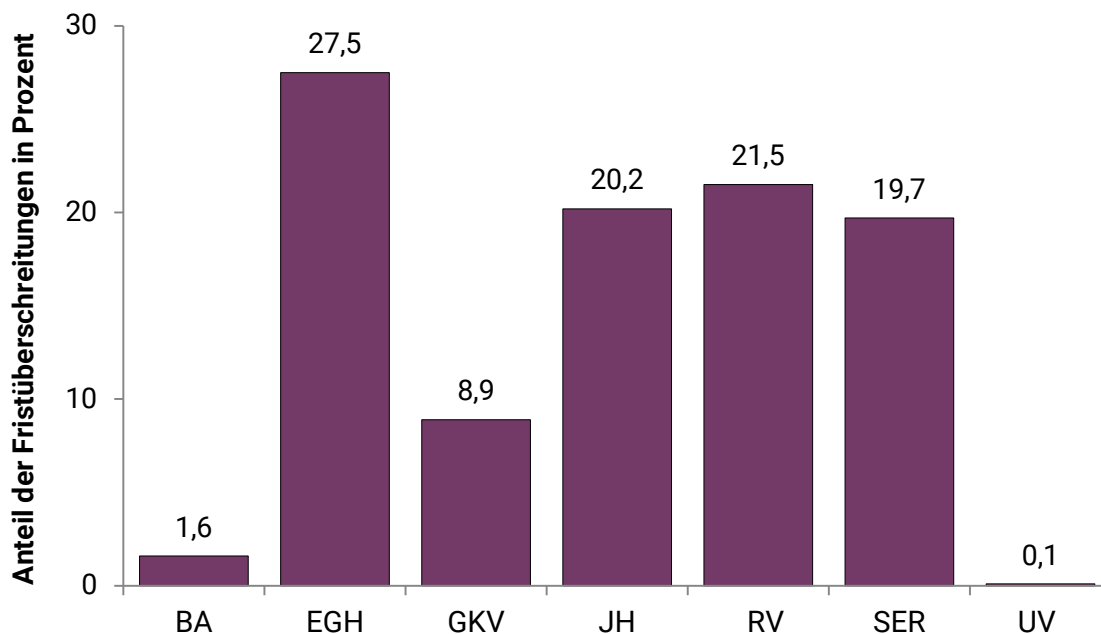
Frist 3a: Zweiwochenfrist der Zuständigkeitsfeststellung nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX.

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022 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 15** 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 2022 bei keinem der eingegangenen Anträge zu Fristüberschreitungen (Frist 3a). Der Wert für das Minimum in **Tabelle 15** 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 (siehe Spalte „Maximum“ in **Tabelle 15**). Hier gilt allerdings zu beachten, dass diese Träger nur eine sehr geringe Anzahl an Zuständigkeitsfeststellungen berichtet haben.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



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

Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022 mit mindestens einer Zuständigkeitsfeststellung, von denen auch Angaben zu den entsprechenden Fristüberschreitungen vorliegen.

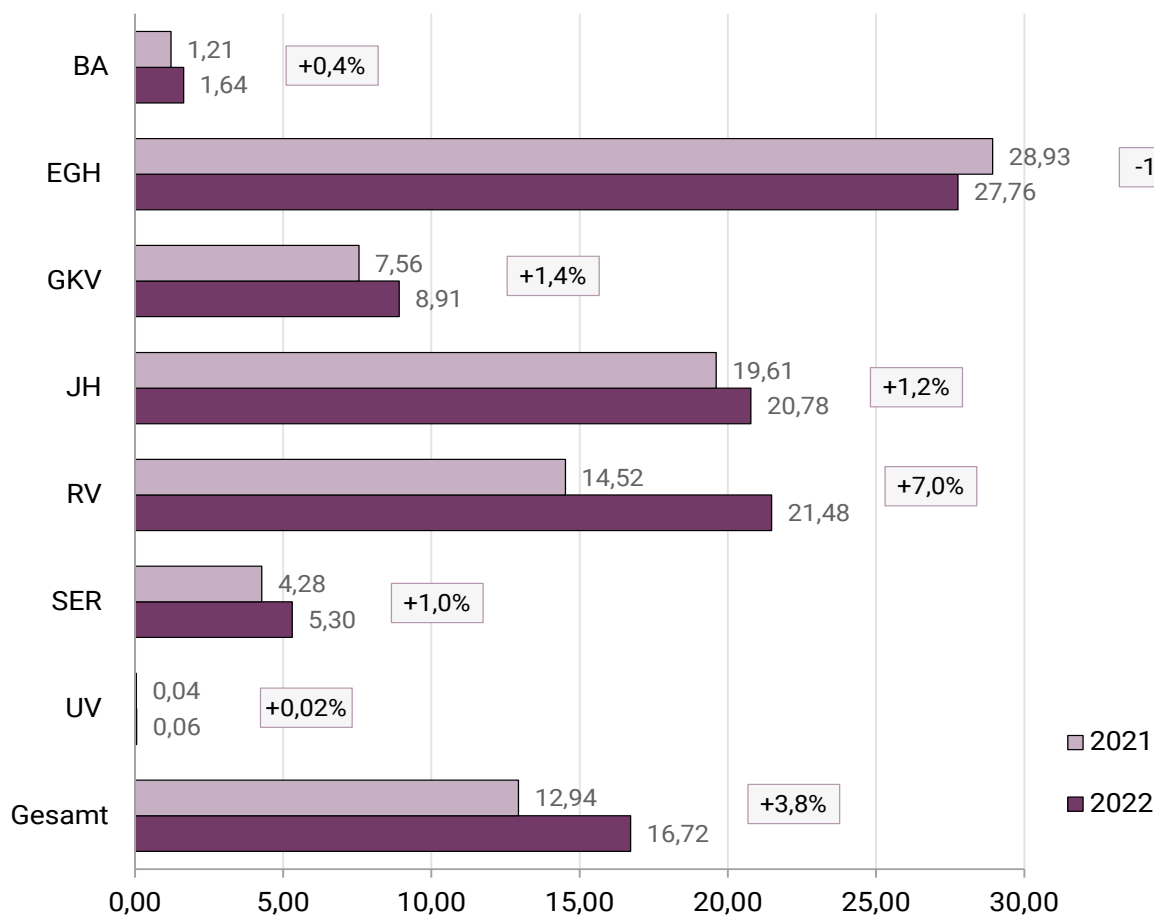
Datengrundlage: 2.602.593 Zuständigkeitsfeststellungen von 939 Trägern.

Abbildung 8. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung (Frist 3a) nach Trägerbereich

Im Trägerbereich EGH entfällt mehr als die Hälfte der Zuständigkeitsfeststellungen (55,2 Prozent) auf die 14 überörtlichen Träger. Die übrigen Zuständigkeitsfeststellungen (44,8 Prozent) verteilen sich auf 282 örtliche Träger. Bei den örtlichen Trägern kam es bei 13,8 Prozent der Zuständigkeitsfeststellungen zu einer Fristüberschreitung. Der Anteil der Fristüberschreitungen bei den überörtlichen Trägern fällt mit 38,7 Prozent deutlich höher aus (siehe [Anhang](#)).

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Bei wie viel Prozent der Zuständigkeitsprüfungen die gesetzliche Zweiwochenfrist in 2021 und in 2022 überschritten wurde (Frist 3a), zeigt **Abbildung 9** im Jahresvergleich für die einzelnen Trägerbereiche.



Anteil der Fristüberschreitungen in Prozent

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

Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für die Berichtsjahre 2021 und 2022 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 2022 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2021: 2.391.407 Zuständigkeitsfeststellungen von 834 Trägern (Gebietsstand 2022).

Datengrundlage 2022: 2.585.686 Zuständigkeitsfeststellungen von 834 Trägern (Gebietsstand 2022).

Abbildung 9. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung (Frist 3a) nach Trägerbereich und Berichtsjahr

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

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).

Wie viele Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ohne Gutachten zur Bedarfsfeststellung entschieden wurden, zeigt **Tabelle 16**. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ ist außerdem ersichtlich, wie viele Träger im Jahr 2022 keine Entscheidungen ohne Gutachten getroffen haben.

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

Trägerbereich	Entscheidungen ohne Gutachten	Träger	Träger mit Wert null
BA	49.537	1 (100%)	0 (0%)
EGH	187.522	293 (98,3%)	13 (4,4%)
GKV	695.158	97 (100%)	0 (0%)
JH	26.178	466 (97,9%)	39 (8,2%)
RV	1.483.996	17 (100%)	0 (0%)
SER	3.924	238 (99,6%)	186 (77,8%)
UV	59.351	34 (100%)	0 (0%)
Gesamt	2.505.666	1.146 (98,6%)	238 (20,5%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2022.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

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).

Wie viele Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe mit Gutachten zur Bedarfsfeststellung entschieden wurden, zeigt **Tabelle 17**. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ ist außerdem ersichtlich, wie viele Träger im Jahr 2022 keine Entscheidungen mit Gutachten getroffen haben.

Tabelle 17. Anzahl der Entscheidungen zu Gesamtanträgen mit Gutachten nach Trägerbereich

Trägerbereich	Entscheidungen mit Gutachten	Träger	Träger mit Wert null
BA	6.830	1 (100%)	0 (0%)
EGH	10.942	275 (92,3%)	123 (41,3%)
GKV	207.389	95 (97,9%)	3 (3,1%)
JH	3.813	445 (93,5%)	265 (55,7%)
RV	14.689	17 (100%)	1 (5,9%)
SER	137	236 (98,7%)	222 (92,9%)
UV	0	34 (100%)	34 (100%)
Gesamt	243.800	1.103 (94,9%)	648 (55,8%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2022.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Tabelle 18 und **Abbildung 10** 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 18. 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	..**	8,9	..**	49.537	1 (100%)
EGH	7,5	69,8	100	187.522	280 (94,0%)
GKV	0	10,6	32,5	695.158	97 (100%)
JH	0	76,2	100	26.178	427 (89,7%)
RV	10,0	27,0	36,1	1.483.996	17 (100%)
SER	0	46,9	100	3.924	52 (21,8%)
UV	0	7,8	33,3	59.351	34 (100%)
Gesamt	0	25,4	100	2.505.666	908 (78,1%)

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

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022 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 18** ist außerdem der jeweils minimale und maximale Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen ohne Gutachten dargestellt. Bei einigen Trägern aus den Bereichen EGH, GKV, JH, SER und UV kam es in 2022 bei keinem der eingegangenen Anträge zu Fristüberschreitungen (Frist 3b). Der Wert für das Minimum in **Tabelle 18** 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 Entscheidungen ohne Gutachten, überschritten (siehe Spalte „Maximum“ in **Tabelle 18**).

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Tabelle 19 und **Abbildung 10** 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 19. 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	..**	9,8	..**	6.830	1 (100%)
EGH	0	41,6	100	10.942	152 (51,0%)
GKV	0	24,9	82,1	207.389	92 (94,8%)
JH	0	65,3	100	3.803	177 (37,2%)
RV	0	29,3	51,9	14.689	16 (94,1%)
SER	0	40,1	100	137	14 (5,9%)
UV	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	0 (0%)
Gesamt	0	26,1	100	243.790	452 (38,9%)

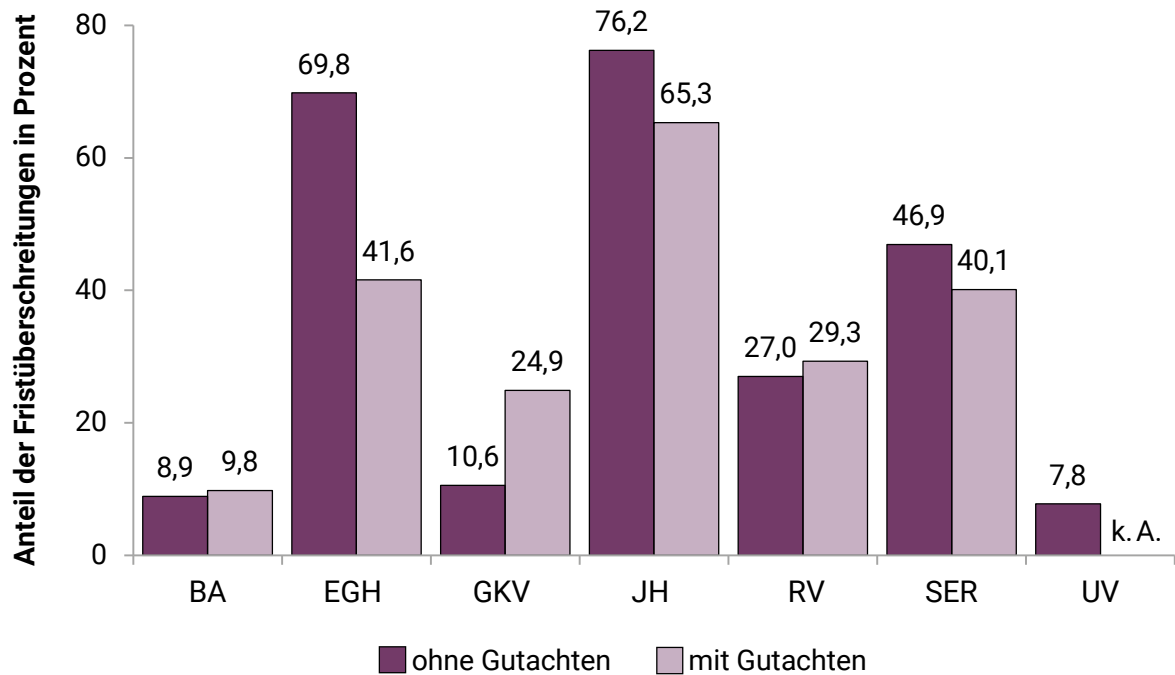
Frist 3c: Zweiwochenfrist nach Vorliegen des Gutachtens nach § 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX.

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022 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 19** ist außerdem der jeweils minimale und maximale Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen mit Gutachten dargestellt. Bei einigen Trägern aus den Bereichen EGH, GKV, JH, RV und SER kam es in 2022 bei keinem der eingegangenen Anträge zu Fristüberschreitungen (Frist 3c). Der Wert für das Minimum in **Tabelle 19** 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 und JH haben diese Frist zu 100 Prozent, also bei allen Entscheidungen mit Gutachten, überschritten (siehe Spalte „Maximum“ in **Tabelle 19**).

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



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 2022 mit mindestens einer Entscheidung ohne bzw. mit Gutachten, von denen auch Angaben zu entsprechenden Fristüberschreitungen vorliegen.

Datengrundlage ohne Gutachten: 2.505.666 Entscheidungen zu Gesamtanträgen von 908 Trägern.

Datengrundlage mit Gutachten: 243.790 Entscheidungen zu Gesamtanträgen von 452 Trägern.

Abbildung 10. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen zu Gesamtanträgen ohne und mit Gutachten nach Trägerbereich

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

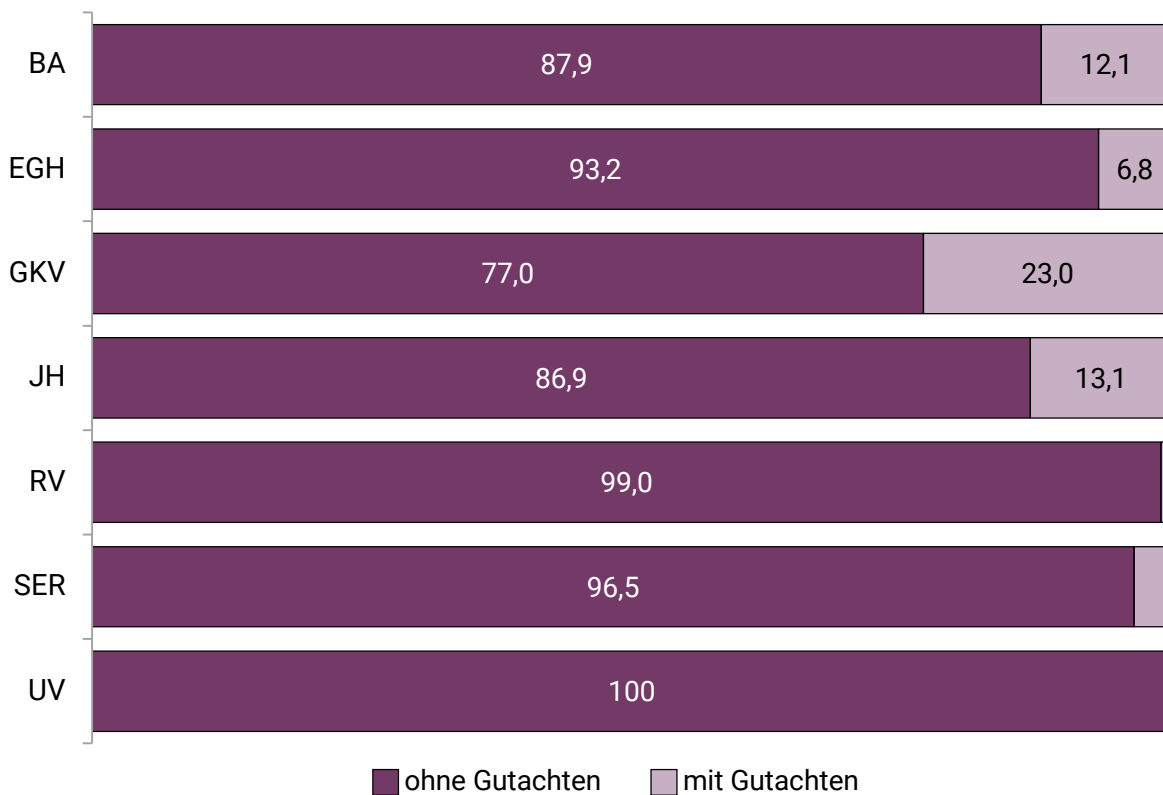
Abbildung 11 zeigt, wie viel Prozent der Gesamtanträge ohne und mit Beauftragung eines Gutachtens entschieden wurden. Um eine Aussage über die Verteilung der Entscheidungen ohne und mit Gutachten treffen zu können, muss mindestens ein Antrag entschieden worden sein und es müssen Angaben zu beiden Merkmalen vorliegen. Auf wie viele Träger das zutrifft, ist in der Spalte „Träger“ in **Tabelle 20** 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 11** auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert.

Tabelle 20. 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	49.537	6.830	56.367	1 (100%)
EGH	148.851	10.882	159.733	265 (88,9%)
GKV	694.998	207.389	902.387	95 (97,9%)
JH	25.376	3.813	29.189	417 (87,6%)
RV	1.483.996	14.689	1.498.685	17 (100%)
SER	3.782	137	3.919	53 (22,2%)
UV	59.351	0	59.351	34 (100%)
Gesamt	2.465.891	243.740	2.709.631	882 (75,9%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022 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.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



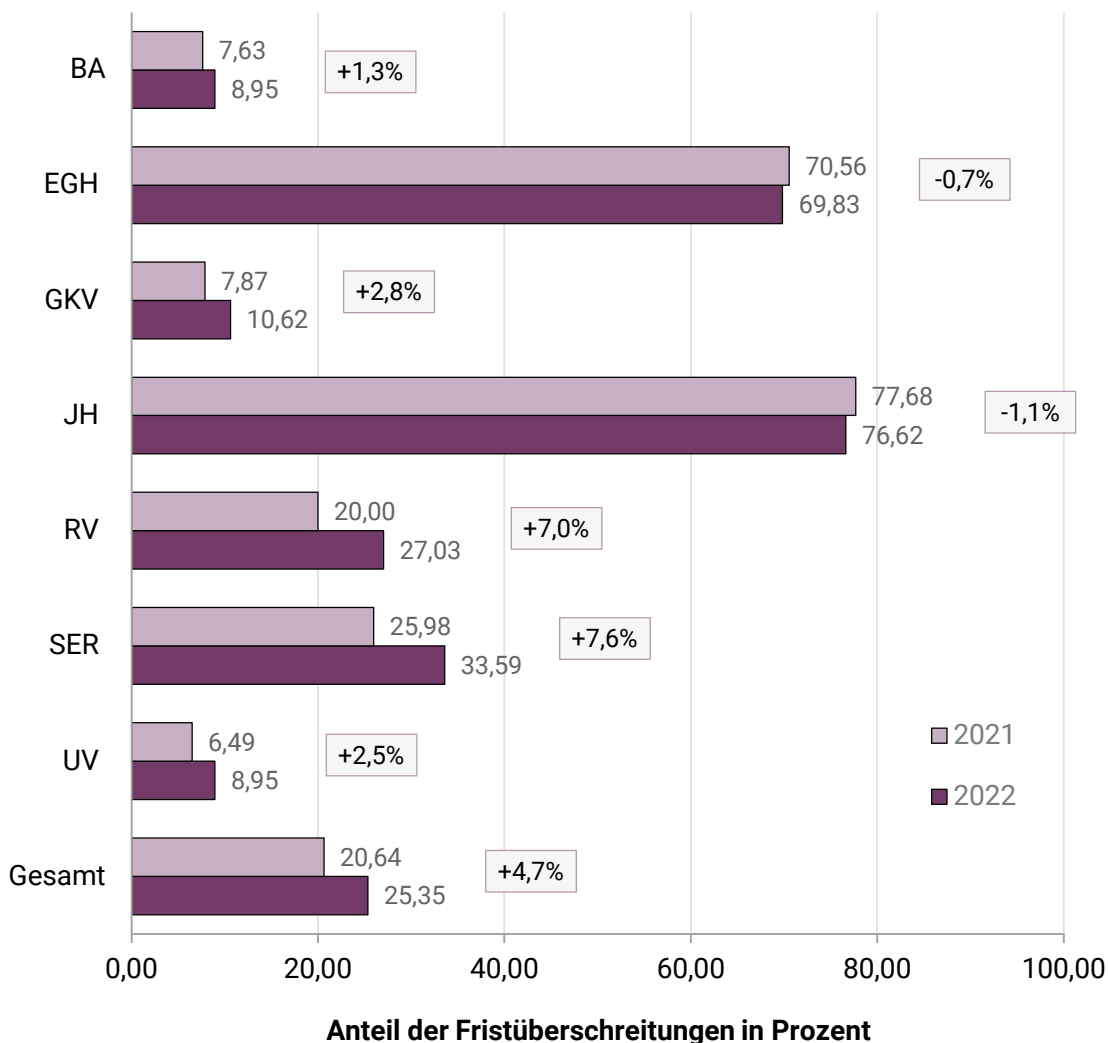
Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022 mit mindestens einer Entscheidung ohne und / oder mindestens einer Entscheidung mit Gutachten, von denen Angaben zu beiden Merkmalen vorliegen.

Datengrundlage: 2.709.631 Entscheidungen zu Gesamtanträgen von 882 Trägern.

Abbildung 11. Prozentuale Verteilung der Entscheidungen zu Gesamtanträgen ohne und mit Gutachten nach Trägerbereich

Bei wie viel Prozent der Entscheidungen ohne Gutachten die gesetzliche Dreiwochenfrist (Frist 3b) in 2021 und in 2022 überschritten wurde, zeigt [Abbildung 12](#) im Jahresvergleich für die einzelnen Trägerbereiche.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



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

Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für die Berichtsjahre 2021 und 2022 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 2022 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2021: 2.343.378 Entscheidungen ohne Gutachten von 798 Trägern (Gebietsstand 2022).

Datengrundlage 2022: 2.489.587 Entscheidungen ohne Gutachten von 798 Trägern (Gebietsstand 2022).

Abbildung 12. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen zu Gesamtanträgen ohne Gutachten (Frist 3b) nach Trägerbereich und Berichtsjahr

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



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.

(Medizinische) Gutachten zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs im Sinne des § 14 Abs. 2 S. 3 SGB IX kommen in der **UV** i. d. R. nicht zum Einsatz, da für die Versicherten meist aufgrund des Vorverfahrens (z. B. Akutbehandlung) bereits entsprechende ärztliche Unterlagen vorliegen. Entsprechend können Kennzahlen zu Frist 3c für die UV nicht ausgewertet werden.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

3.3.4 Sachverhalt 4: Durchschnittliche Zeitdauer zwischen Erteilung und Vorlage eines Gutachtens



Gesetzestext:

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



Fragestellungen:

Wie viele Gutachten zur Bedarfsfeststellung werden beauftragt?
Wie lange dauert es durchschnittlich, bis solch ein Gutachten 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, die zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs benötigt wurden, liegen von 1.073 Trägern vor. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 295.711 Gutachten, die von den Trägern selbst beauftragt wurden ([Tabelle 21](#)).

Wie lange es dauerte, bis ein Gutachten vorlag, konnte für die 397 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 294.456 Gutachten ([Tabelle 22](#) und [Abbildung 13](#)).

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.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Tabelle 21 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 (siehe Spalte „Träger mit Wert null“). Diese Träger haben angegeben, in 2022 keine Gutachten beauftragt zu haben.

Tabelle 21. Anzahl der Gutachten nach Trägerbereich

Trägerbereich	Gutachten	Träger	Träger mit Wert null
BA	7.225	1 (100%)	0 (0%)
EGH	11.585	266 (89,3%)	128 (43,0%)
GKV	258.270	93 (95,9%)	5 (5,2%)
JH	3.802	426 (89,5%)	273 (57,4%)
RV	14.689	17 (100%)	1 (5,9%)
SER	140	236 (98,7%)	222 (92,9%)
UV	0	34 (100%)	34 (100%)
Gesamt	295.711	1.073 (92,3%)	663 (57,1%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2022.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

In **Tabelle 22** und **Abbildung 13** 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 22. Durchschnittliche Dauer der Erstellung eines Gutachtens nach Trägerbereich (in Tagen)

Trägerbereich	Dauer	Gutachten	Träger
BA	22,4	7.225	1 (100%)
EGH	49,2	10.349	129 (43,3%)
GKV	8,4	258.270	88 (90,7%)
JH	58,1	3.783	149 (31,3%)
RV	39,3	14.689	16 (94,1%)
SER	23,5	140	14 (5,9%)
UV	k. A.	k. A.	0 (0%)
Gesamt	12,3	294.456	397 (34,2%)

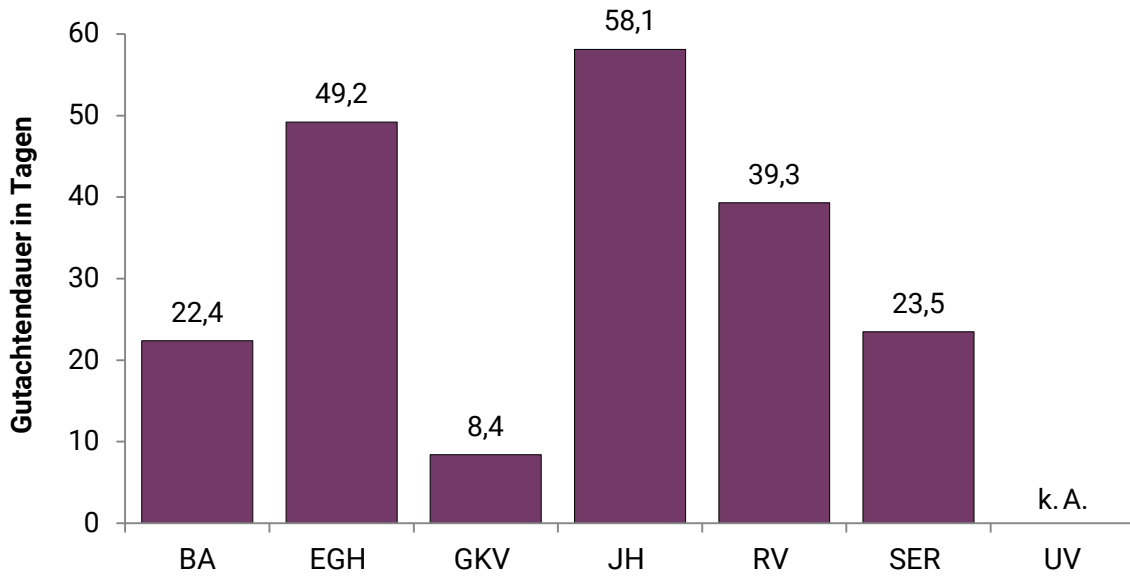
Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022 mit mindestens einem Gutachten, von denen auch Angaben zur aufsummierten Gutachtendauer vorliegen. Die Anzahl der Gutachten wurde entsprechend angepasst.



Betrachtungsbeispiel zu Tabelle 22

Im Trägerbereich GKV vergingen im Durchschnitt 8,4 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 88 Träger zu. Die durchschnittliche Gutachtendauer basiert also auf den Daten von 90,7 Prozent aller Träger der GKV.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022 mit mindestens einem Gutachten, von denen auch Angaben zur aufsummierten Gutachtendauer vorliegen.

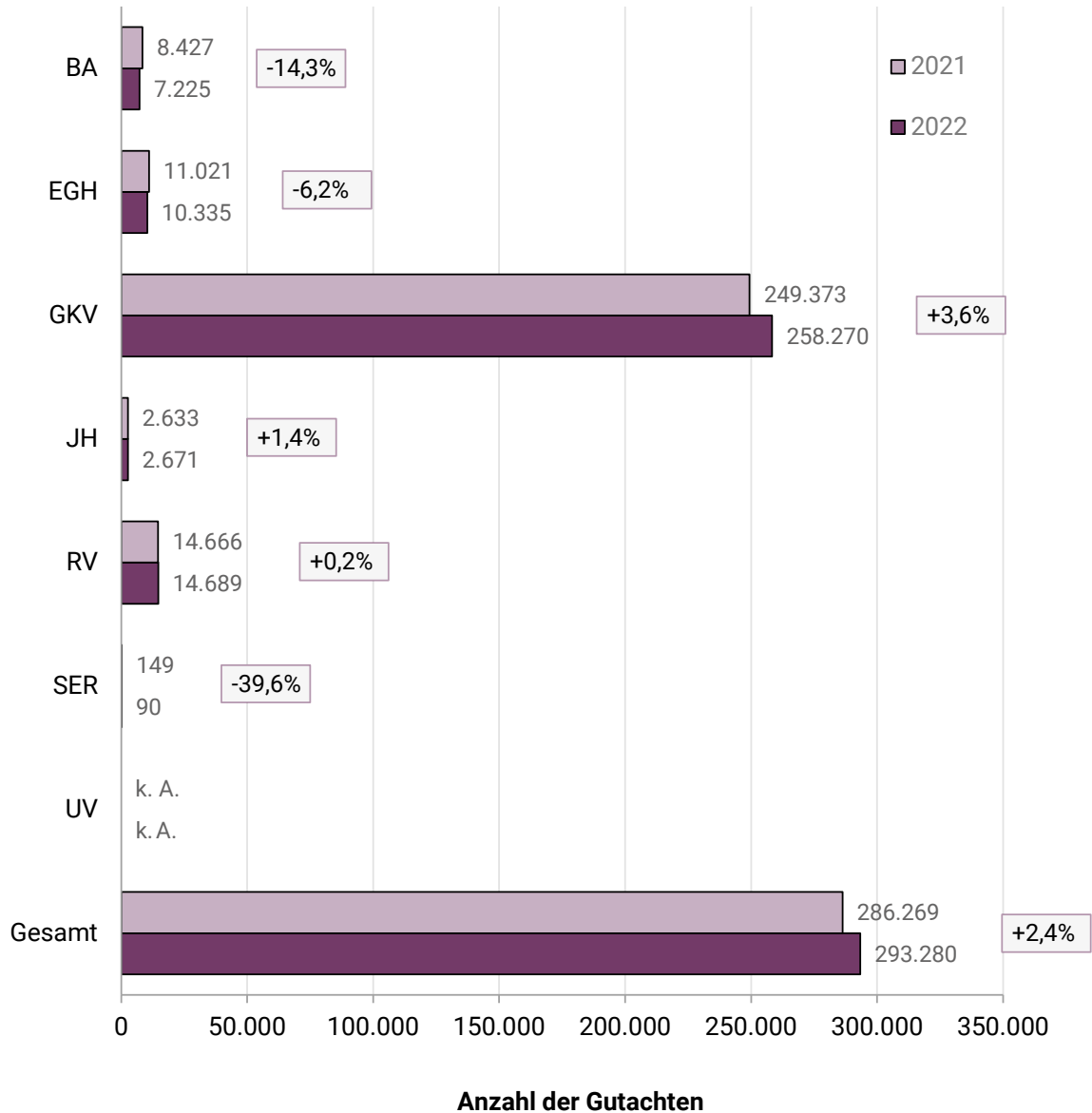
Datengrundlage: 294.456 Gutachten von 397 Trägern.

Abbildung 13. Durchschnittliche Dauer der Erstellung eines Gutachtens nach Trägerbereich (in Tagen)

Bei der EGH wurden 85,9 Prozent der 11.585 im gesamten Trägerbereich gemeldeten Gutachten durch 131 örtliche Träger beauftragt. Die übrigen 14,1 Prozent verteilen sich auf 7 überörtliche Träger. Die durchschnittliche Dauer der Erstellung eines Gutachtens fällt bei örtlichen und überörtlichen EGH-Trägern ähnlich aus: Im Durchschnitt dauerte die Erstellung eines Gutachtens bei den örtlichen Trägern 49,1 Tage und bei den überörtlichen Trägern 50,3 Tage (siehe [Anhang](#)).

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

In **Abbildung 14** wird über die Jahre hinweg verglichen, wie viele Gutachten die Träger in 2021 und in 2022 im Rahmen der Bedarfsfeststellung in Auftrag gegeben haben.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der Gutachten sowohl für das Berichtsjahr 2021 als auch für das Berichtsjahr 2022 vorliegen. Die Anzahl der Gutachten 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 Gutachten im Berichtsjahr 2022 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

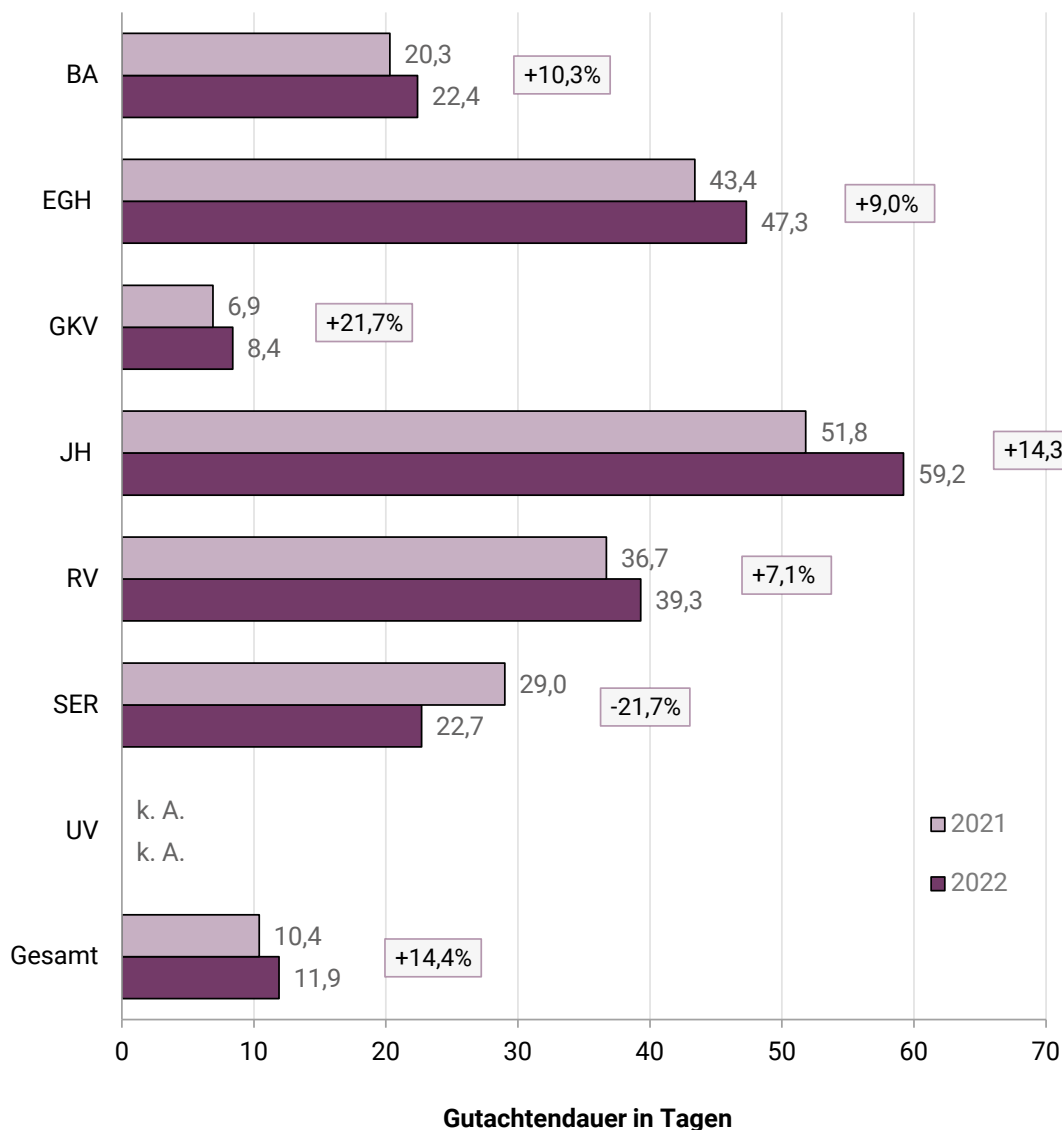
Datengrundlage 2021: 286.269 Gutachten von 819 Trägern (Gebietsstand: 2022).

Datengrundlage 2022: 293.280 Gutachten von 819 Trägern (Gebietsstand: 2022).

Abbildung 14. Anzahl der Gutachten nach Trägerbereich und Berichtsjahr

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Wie lange es im Durchschnitt dauerte, bis ein Gutachten vorlag, wird in **Abbildung 15** über die Jahre hinweg verglichen.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für die Berichtsjahre 2021 und 2022 mit jeweils mindestens einem Gutachten, von denen auch Angaben zur entsprechenden aufsummierten Gutachtendauer für beide Berichtsjahre vorliegen. Die Anzahl der Gutachten 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 Gutachtendauer im Berichtsjahr 2022 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2021: 284.684 Gutachten von 293 Trägern (Gebietsstand: 2022).

Datengrundlage 2022: 289.981 Gutachten von 293 Trägern (Gebietsstand: 2022).

Abbildung 15. Gutachtendauer nach Trägerbereich und Berichtsjahr (in Tagen)

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



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 „[Zur Einordnung der Daten](#)“ zu [Sachverhalt 5](#)). 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 „[Zur Einordnung der Daten](#)“ zu [Sachverhalt 5](#)).

3.3.5 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 Bewilli-

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

gung. 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 (siehe [Sachverhalt 2](#)).



Zur Einordnung der Daten

Angaben zur durchschnittlichen Bearbeitungsdauer von **Bewilligungen** (vollständig oder teilweise) konnte für die 917 Träger berechnet werden, die mindestens einen Antrag bewilligt haben und von denen auch Angaben zur aufsummierten Bearbeitungsdauer vorliegen. Die Datengrundlage beläuft sich auf 2.318.983 bewilligte Gesamtanträge ([Tabelle 23](#) und [Abbildung 16](#)).

Angaben zur durchschnittlichen Bearbeitungsdauer von **Erledigungen** (Ablehnung oder Sonstiges) konnte für die 701 Träger berechnet werden, die mindestens einen Antrag erledigt haben und von denen auch Angaben zur aufsummierten Bearbeitungsdauer vorliegen. Die entsprechende Datengrundlage beläuft sich auf 450.250 erledigte Gesamtanträge ([Tabelle 23](#) und [Abbildung 16](#)).

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 2.764.794 im Berichtsjahr entschiedene Gesamtanträge von 870 Trägern ([Tabelle 24](#) und [Abbildung 17](#)).

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

In **Tabelle 23** und **Abbildung 16** 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 23. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei Bewilligung und Erledigung des Gesamtantrags nach Trägerbereich (in Tagen)

Trägerbereich	Dauer Bewilligungen	Anzahl Bewilligungen	Träger	Dauer Erledigungen	Anzahl Erledigungen	Träger
BA	10,7	52.039	1 (100%)	49,1	4.328	1 (100%)
EGH	91,9	204.301	270 (90,6%)	127,7	15.455	276 (92,6%)
GKV	12,5	761.246	97 (100%)	31,9	145.640	92 (94,8%)
JH	120,9	29.230	444 (93,3%)	170,9	2.803	274 (57,6%)
RV	19,6	1.219.238	17 (100%)	36,8	279.447	17 (100%)
SER	50,9	3.864	55 (23,0%)	77,0	219	26 (10,9%)
UV	15,7	49.065	33 (97,1%)	1,1	2.358	15 (44,1%)
Gesamt	24,7	2.318.983	917 (78,9%)	39,1	450.250	701 (60,3%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022 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.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

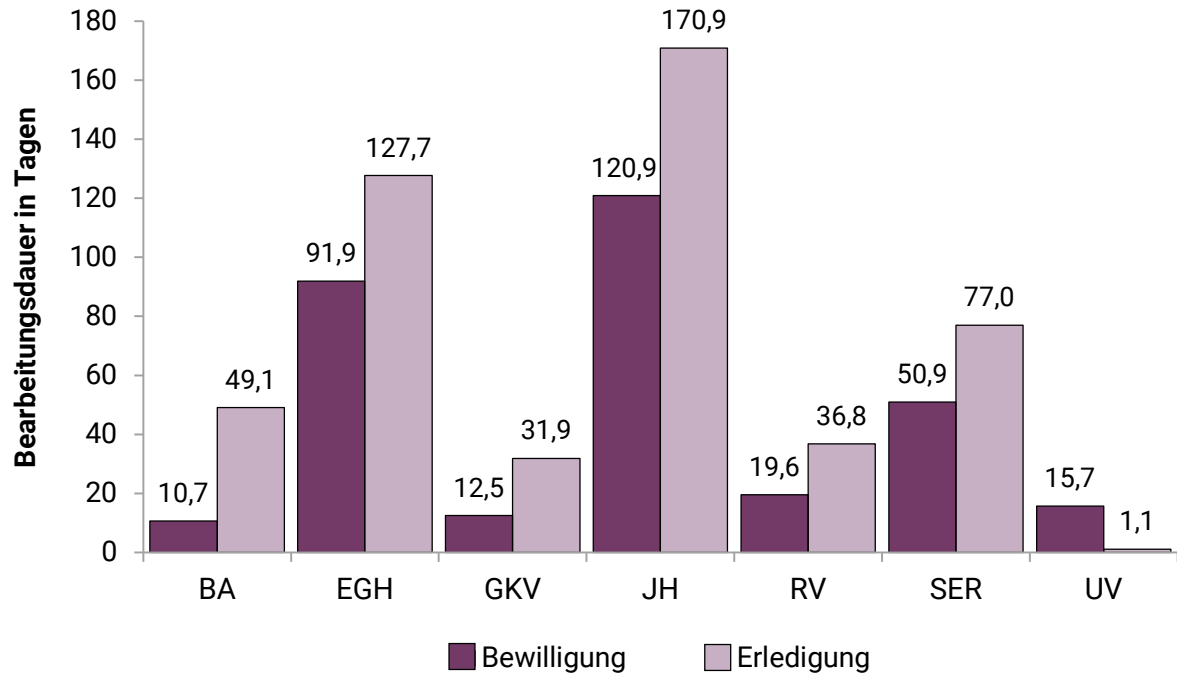


Betrachtungsbeispiel zu Tabelle 23

Im Trägerbereich JH vergingen im Durchschnitt 120,9 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 444 Träger zu. Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer von bewilligten Anträgen basiert also auf den Daten von 93,3 Prozent aller Träger der JH.

Bei einer Ablehnung oder sonstigen Erledigung eines Antrags vergingen durchschnittlich 170,9 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 274 Träger zu. Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer von abgelehnten oder sonstig erledigten Anträgen basiert also auf den Daten von 57,6 Prozent aller Träger der JH.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022 mit mindestens einem bewilligten bzw. erledigten Antrag, von denen auch Angaben zur entsprechenden aufsummierten Bearbeitungsdauer vorliegen.

Datengrundlage Bewilligung: 2.318.983 bewilligte Gesamtanträge von 917 Trägern.

Datengrundlage Erledigung: 450.250 erledigte Gesamtanträge von 701 Trägern.

Abbildung 16. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei Bewilligung und Erledigung nach Trägerbereich (in Tagen)

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Tabelle 24 und **Abbildung 17** zeigen die durchschnittliche Bearbeitungsdauer unabhängig davon, wie über den Antrag entschieden wurde. Außerdem sind in **Tabelle 24** die jeweilige minimale und maximale Bearbeitungsdauer insgesamt dargestellt.

Im Trägerbereich EGH dauerte es bei den örtlichen Trägern durchschnittlich 110,8 Tage, bis über einen Antrag entschieden wurde. Die überörtlichen Träger benötigten im Durchschnitt 85,4 Tage bis zur Entscheidung (siehe **Anhang**).

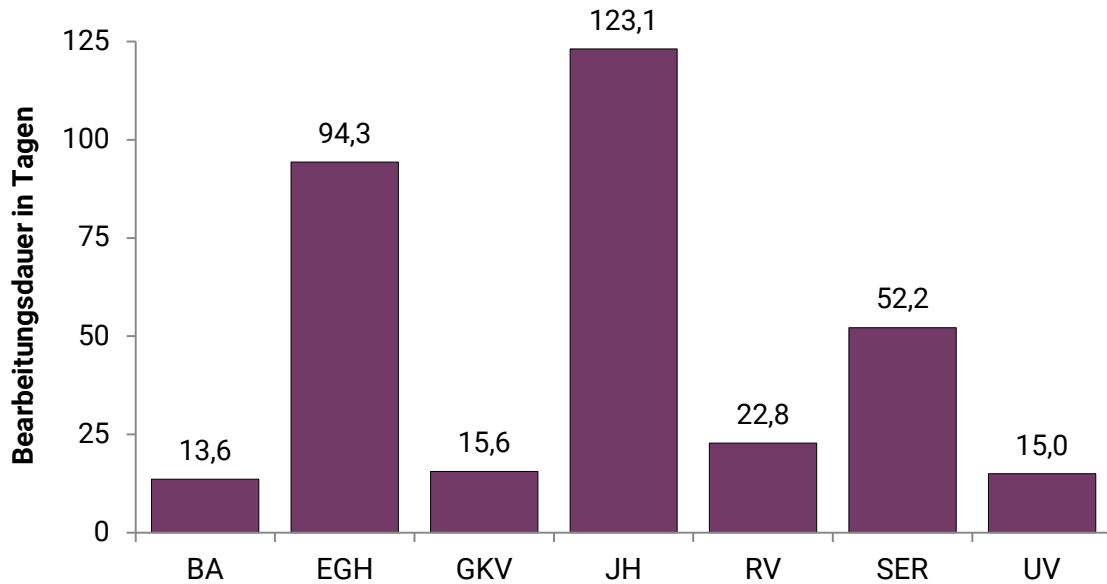
Tabelle 24. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer des Gesamtantrags insgesamt nach Trägerbereich (in Tagen)

Trägerbereich	Minimum	Durchschnitt	Maximum	Entscheidungen insgesamt	Träger
BA	-**	13,6	-**	56.367	1 (100%)
EGH	0	94,3	274,9	218.396	262 (87,9%)
GKV	6,1	15,6	110,0	906.385	94 (96,9%)
JH	1,0	123,1	356,0	29.458	407 (85,5%)
RV	9,3	22,8	29,6	1.498.685	17 (100%)
SER	0	52,2	365,0	4.080	56 (23,4%)
UV	0,03	15,0	59,1	51.423	33 (97,1%)
Gesamt	0	26,9	365,0	2.764.794	870 (74,9%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022 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.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



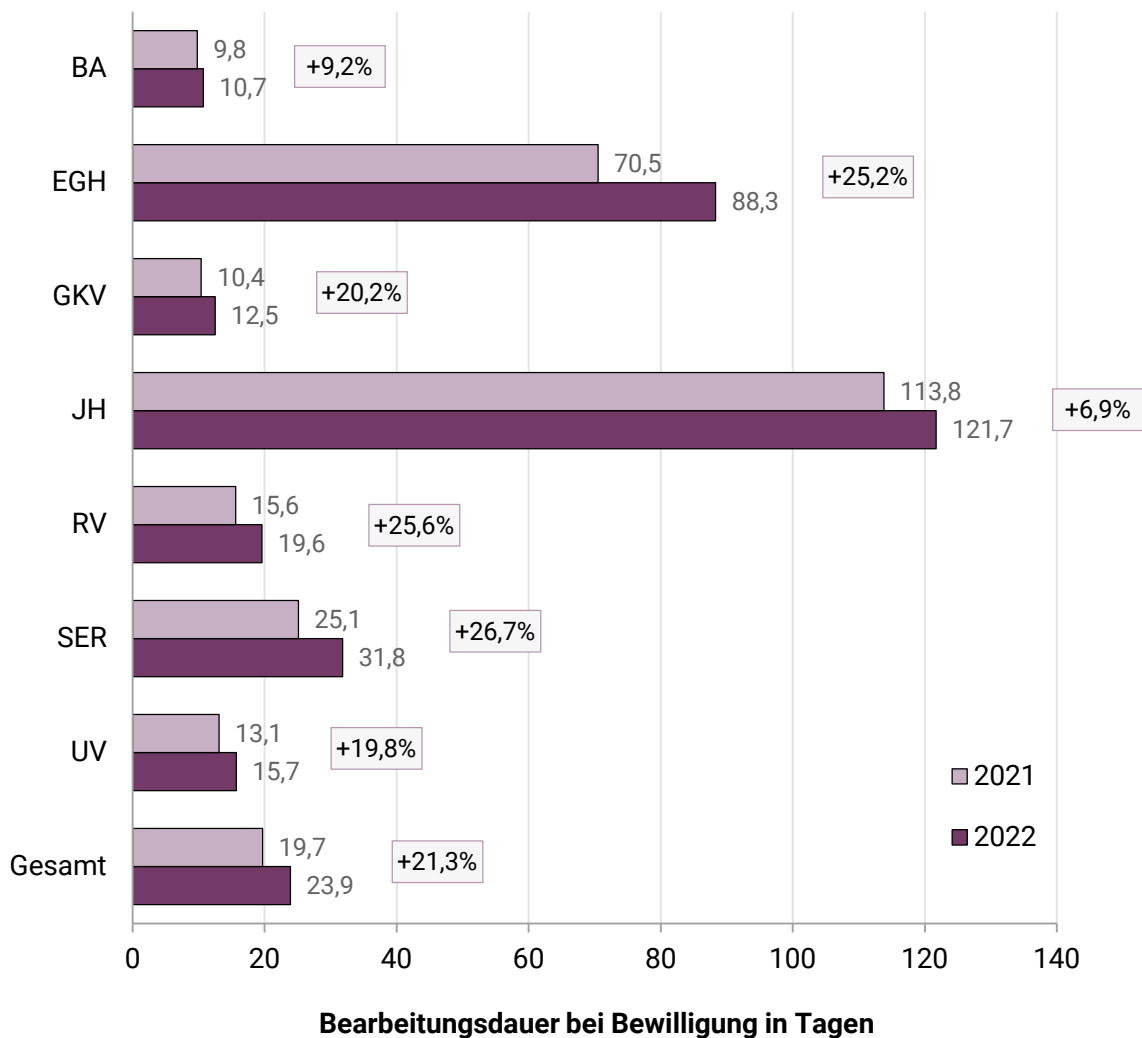
Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022 mit mindestens einem bewilligten und / oder mindestens einem erledigten Antrag, von denen ggf. auch Angaben zur jeweiligen aufsummierten Bearbeitungsdauer vorliegen.

Datengrundlage: 2.764.794 Entscheidungen zu Gesamtanträgen von 870 Trägern, davon 196 Träger mit ausschließlich bewilligten oder ausschließlich erledigten Anträgen.

Abbildung 17. 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 18](#) über die Jahre hinweg verglichen. Dabei zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen in den einzelnen Trägerbereichen.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für die Berichtsjahre 2021 und 2022 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 2022 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2021: 2.144.180 bewilligte Gesamtanträge von 811 Trägern (Gebietsstand 2022).

Datengrundlage 2022: 2.303.790 bewilligte Gesamtanträge von 811 Trägern (Gebietsstand 2022).

Abbildung 18. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei Bewilligung nach Trägerbereich und Berichtsjahr (in Tagen)

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



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**.

3.3.6 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](#)).

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



Zur Einordnung der Daten

Die abschließenden Entscheidungsarten eines Gesamtantrags gliedern sich auf in „vollständige Bewilligung“, „teilweise Bewilligung“, „vollständige Ablehnung“ und „sonstige Erledigung“.

Die Anzahl der Anträge, die **teilweise bewilligt** wurden, geht aus den Meldevariablen zu Sachverhalt 6 hervor.

Auch die Anzahl der Anträge, die **vollständig abgelehnt** wurden, geht aus den Meldevariablen zu Sachverhalt 6 hervor.

Die Anzahl der Anträge, die **vollständig bewilligt** wurden, wird unter Berücksichtigung der Meldevariablen zu **Sachverhalt 5** berechnet. Sie ergibt sich aus der Differenz der Anzahl der bewilligten Anträge (vollständig oder teilweise) aus Sachverhalt 5 minus der Anzahl der nicht vollständig bewilligten Anträge (teilweise bewilligt) aus Sachverhalt 6.

Die Anzahl der Anträge, die **sonstig erledigt** wurden, wird ebenfalls unter Berücksichtigung der Meldevariablen zu **Sachverhalt 5** berechnet. Sie ergibt sich aus der Differenz der Anzahl der abgelehnten oder in der Kategorie „Sonstige Erledigung“ erfassten Anträge aus Sachverhalt 5 minus der Anzahl der vollständig abgelehnten Anträge aus Sachverhalt 6.

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 (**Abbildung 19**). Die entsprechende Datengrundlage für **Abbildung 19** und die zugrunde liegende **Tabelle 25** beläuft sich dementsprechend jeweils auf 2.776.369 im Berichtsjahr entschiedene Gesamtanträge von 880 Trägern.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

In **Tabelle 25** ist angegeben, wie viele Anträge und in welcher Art sie entschieden wurden. Hier sind nur Träger berücksichtigt, bei denen mindestens ein Antrag im Berichtsjahr entschieden wurde und für die Angaben zu allen relevanten Meldevariablen aus Sachverhalt 5 und 6 vorliegen. Von wie vielen Trägern entsprechende Daten vorliegen bzw. errechnet werden konnten (siehe Infobox „Zur Einordnung der Daten“ zu Sachverhalt 6), zeigen die Werte in der Spalte „Träger“. 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 beruht. Basierend auf der jeweiligen Anzahl (**Tabelle 20**) wird in **Abbildung 19** die Verteilung der einzelnen Entscheidungsarten für die einzelnen Trägerbereiche gezeigt.

Tabelle 25. 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	52.039	0	4.275	53	56.367	1 (100%)
EGH	207.894	6.115	9.308	6.024	229.341	271 (90,9%)
GKV	743.627	16.798	106.139	39.443	906.007	93 (95,9%)
JH	26.905	577	2.013	963	30.458	407 (85,5%)
RV	1.096.922	122.316	231.612	47.835	1.498.685	17 (100%)
SER	3.726	142	137	83	4.088	58 (24,3%)
UV	48.855	210	2.358	0	51.423	33 (97,1%)
Gesamt	2.179.968	146.158	355.842	94.401	2.776.369	880 (75,7%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022 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.

Im Trägerbereich EGH entfällt mehr als die Hälfte der 231.635 entschiedenen Gesamtanträge (61,2 Prozent) auf die 14 überörtlichen Träger. Die übrigen Gesamtanträge (35,8 Prozent) verteilen sich auf 283 örtliche Träger (siehe **Anhang**).

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



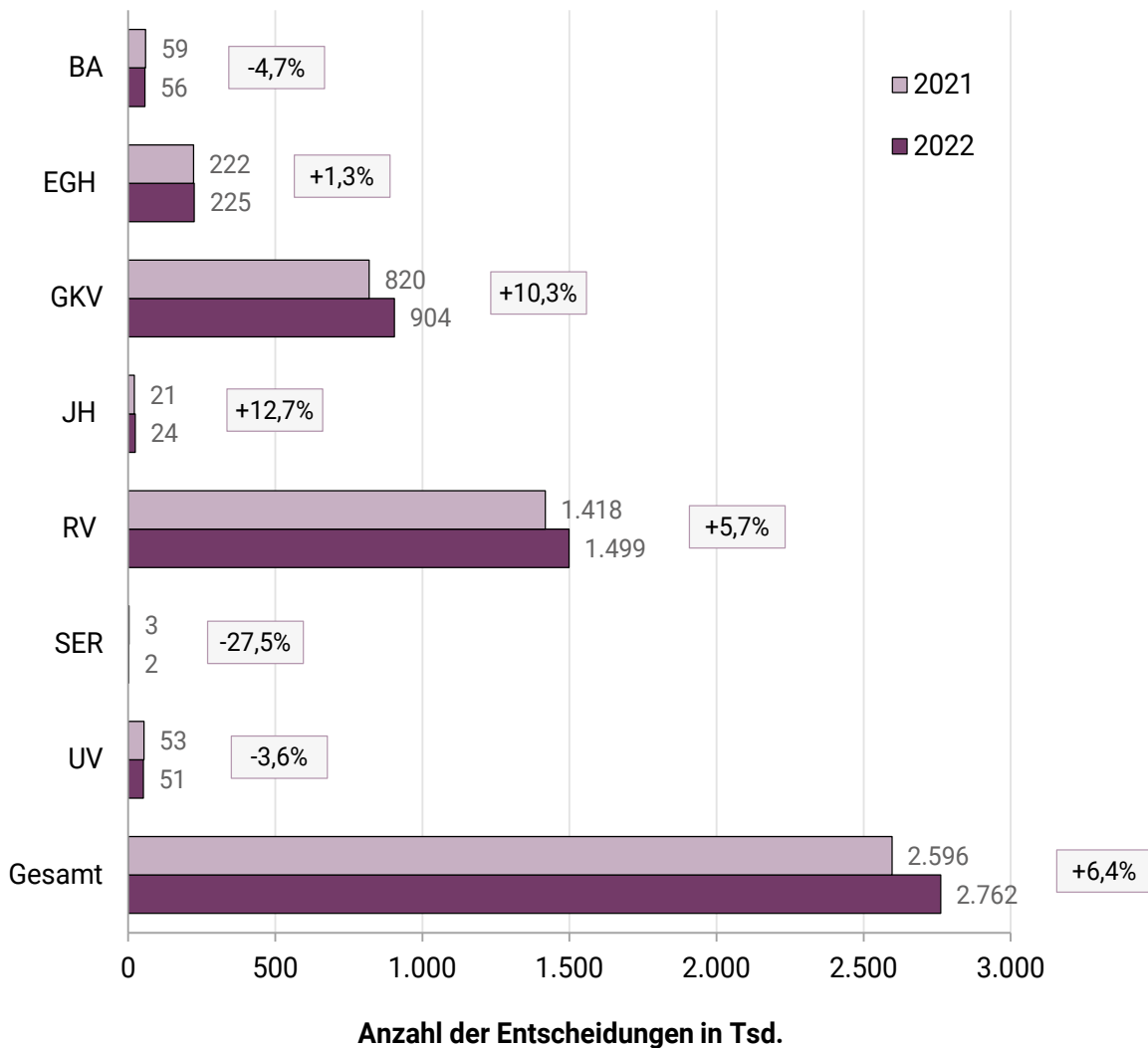
Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022 mit mindestens einer Entscheidung, von denen zu allen vier Entscheidungsarten (vollständige Bewilligung, teilweise Bewilligung, vollständige Ablehnung, sonstige Erledigung) eine Angabe zur Anzahl vorliegt bzw. berechnet werden kann.

Datengrundlage: 2.776.369 Entscheidungen zu Gesamtanträgen von 880 Trägern.

Abbildung 19. Prozentuale Verteilung der Entscheidungsarten des Gesamtantrags nach Trägerbereich

Wie viele Gesamtanträge in 2021 und in 2022 entschieden wurden, ist aus [Abbildung 20](#) ersichtlich. Dabei zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen in den einzelnen Trägerbereichen. In [Abbildung 21](#) ist gegenübergestellt, welchen Anteil die jeweiligen Entscheidungsarten an allen Entscheidungen zu Gesamtanträgen ausmachen.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe
						190



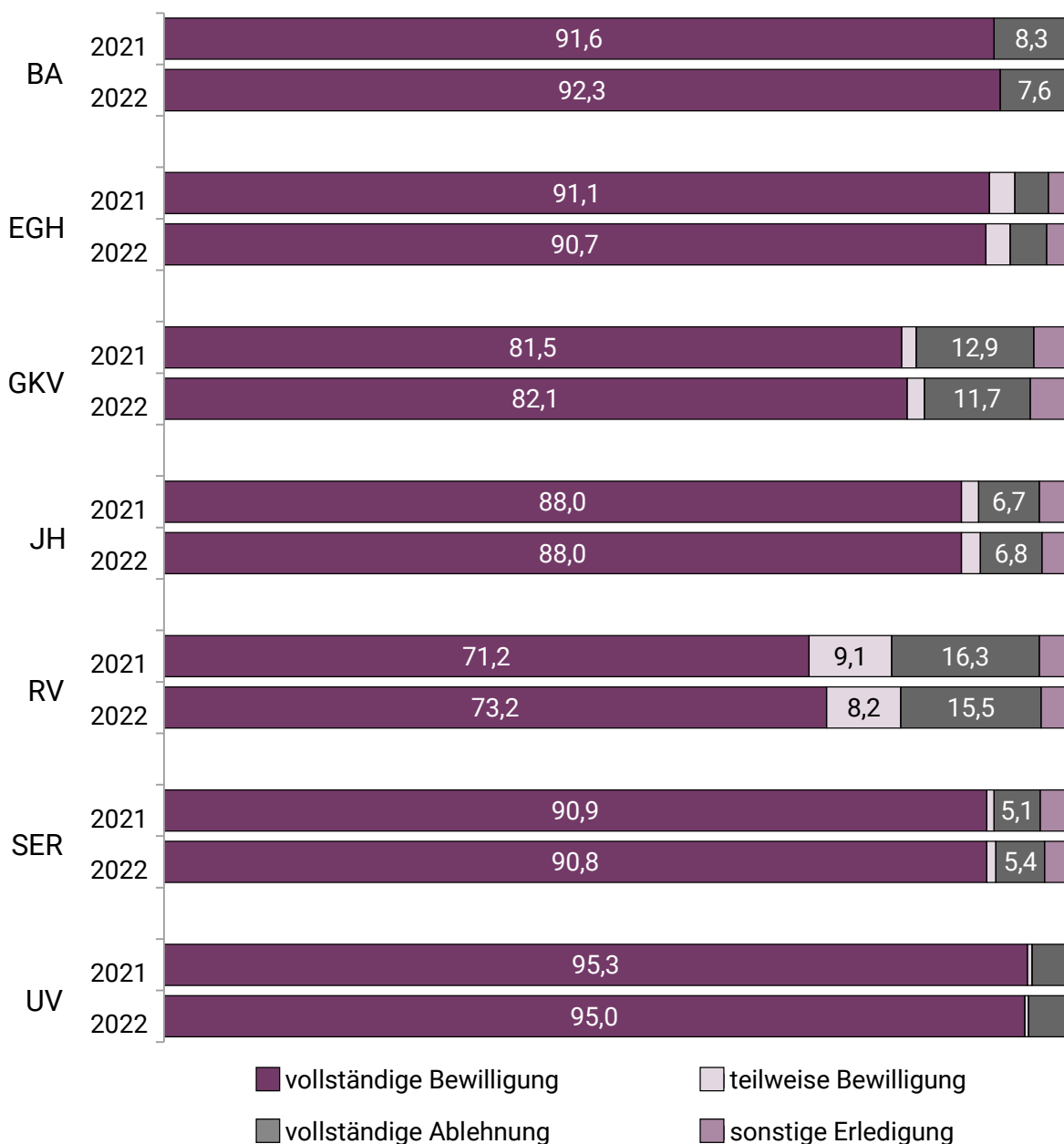
Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für die Berichtsjahre 2021 und 2022 mit jeweils mindestens einer Entscheidung, von denen für beide Berichtsjahre zu allen vier Entscheidungsarten auch eine Angabe zur Anzahl vorliegt bzw. berechnet werden kann. Die Anzahl der Entscheidungen insgesamt 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 2022 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2021: 2.596.207 Entscheidungen von 720 Trägern (Gebietsstand 2022).

Datengrundlage 2022: 2.761.606 Entscheidungen von 720 Trägern (Gebietsstand 2022).

Abbildung 20. Anzahl der Entscheidungen zu Gesamtanträgen nach Trägerbereich und Berichtsjahr

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für die Berichtsjahre 2021 und 2022 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 2021: 2.596.207 Entscheidungen von 720 Trägern (Gebietsstand 2022).

Datengrundlage 2022: 2.761.606 Entscheidungen von 720 Trägern (Gebietsstand 2022).

Abbildung 21. Prozentuale Verteilung der Entscheidungsarten des Gesamtantrags nach Trägerbereich und Berichtsjahr

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



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.

3.3.7 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.



Fragestellungen:

Wie lange dauert es bei einem bewilligten Antrag 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.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

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 787 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 192.402 Leistungsantritte vor dem Bewilligungsbescheid ([Tabelle 26](#) und [Abbildung 22](#)).

Eine **positive Antrittslaufzeit** ergibt sich, wenn eine Leistung am Tag des Bewilligungsbescheides oder danach angetreten wird. Die durchschnittliche positive Antrittslaufzeit konnte für die 853 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 1.586.791 Leistungsantritte nach dem Bewilligungsbescheid ([Tabelle 26](#) und [Abbildung 22](#)).

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 eine Leistung angetreten wurde und von denen auch Angaben zur entsprechenden aufsummierten Antrittslaufzeit vorliegen. Die jeweiligen Datengrundlagen reduzieren sich entsprechend ([Tabelle 27](#) und [Tabelle 28](#) und [Abbildung 23](#)).

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 854 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 1.780.750 Leistungsantritten insgesamt ([Tabelle 29](#) und [Abbildung 24](#)).

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Eine Antrittslaufzeit ist negativ, wenn der Leistungsbeginn der ersten angetretenen Leistung vor dem ersten Bewilligungsbescheid liegt. 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 26 und **Abbildung 22** zeigen, wie viele Tage eine Leistung durchschnittlich vor bzw. nach dem ersten Bewilligungsbescheid angetreten wurde. Die durchschnittliche negative bzw. positive Antrittslaufzeit kann nur dann berechnet werden, wenn auch Leistungen vor bzw. nach dem Bewilligungsbescheid angetreten wurden und Angaben zur entsprechenden aufsummierten Antrittslaufzeit vorliegen. Auf wie viele Träger das zutrifft, ist in der Spalte „Träger“ angegeben.

Im Trägerbereich EGH lagen Leistungsantritte vor dem Bewilligungsbescheid bei den überörtlichen Trägern mit durchschnittlich -84,6 Tagen deutlich früher als bei den örtlichen Trägern mit -44,7 Tagen. Leistungsantritte nach dem Bewilligungsbescheid wurden bei den örtlichen Trägern mit 21,8 Tagen etwas früher angetreten als bei den überörtlichen Trägern mit 29,1 Tagen (siehe **Anhang**).

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Tabelle 26. Durchschnittliche negative sowie positive Antrittslaufzeit nach Trägerbereich (in Tagen)

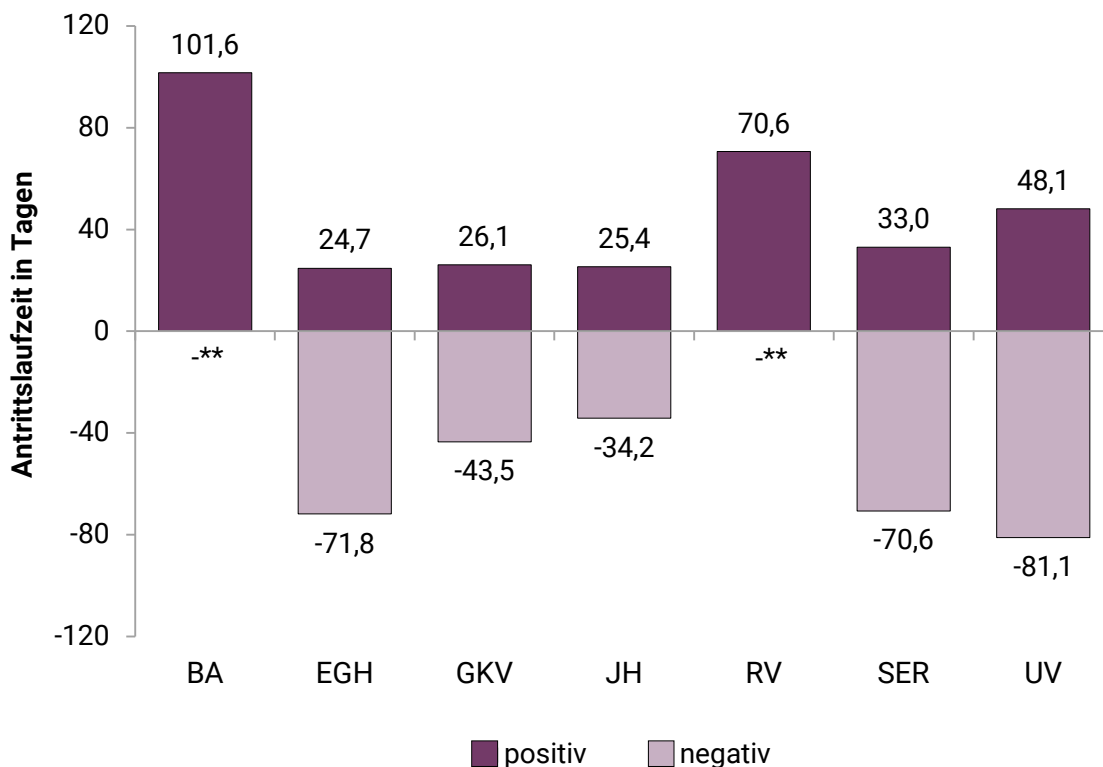
Trägerbereich	Negative Antrittslaufzeit	Leistungsantritte vor Bewilligungsbescheid	Träger	Positive Antrittslaufzeit	Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid	Träger
BA	-**	-**	-**	101,6	47.895	1 (100%)
EGH	-71,8	143.859	256 (85,9%)	24,7	77.033	264 (88,6%)
GKV	-43,5	28.116	97 (100%)	26,1	639.082	97 (100%)
JH	-34,2	14.045	385 (80,9%)	25,4	15.195	401 (84,2%)
RV	-**	-**	-**	70,6	768.042	17 (100%)
SER	-70,6	1.414	21 (8,8%)	33,0	1.323	41 (17,2%)
UV	-81,1	4.968	28 (82,4%)	48,1	38.221	32 (94,1%)
Gesamt	-65,2	192.402	787 (67,7%)	50,4	1.586.791	853 (73,4%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022 mit mindestens einem Leistungsantritt vor bzw. nach dem Bewilligungsbescheid, von denen auch Angaben zur aufsummierten negativen bzw. positiven Antrittslaufzeit vorliegen. Die Anzahl der Leistungsantritte vor bzw. nach 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.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022 mit mindestens einem Leistungsantritt vor bzw. nach dem Bewilligungsbescheid, von denen auch Angaben zur jeweiligen aufsummierten Antrittslaufzeit vorliegen.

Datengrundlage positiv: 1.586.791 Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid von 853 Trägern.

Datengrundlage negativ: 192.402 Leistungsantritte vor Bewilligungsbescheid von 787 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.

Abbildung 22. Durchschnittliche positive und negative Antrittslaufzeit nach Trägerbereich (in Tagen)



Betrachtungsbeispiel zu Abbildung 22

Im Falle eines Leistungsantritts vor dem Bewilligungsbescheid wurde eine Leistung im Trägerbereich GKV durchschnittlich 43,5 Tage vorher angetreten. Bei Leistungen, die nach Bewilligungsbescheid angetreten wurden, vergingen bei der GKV im Durchschnitt 26,1 Tage.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

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 negative Antrittslaufzeit ohne sowie mit THP und die Anzahl der entsprechenden Leistungsantritte vor dem Bewilligungsbescheid sind in [Tabelle 27](#) dargestellt.

Tabelle 27. Durchschnittliche negative Antrittslaufzeit ohne sowie mit THP nach Trägerbereich (in Tagen)

Trägerbereich	Antrittslaufzeit ohne THP	Leistungsantritte ohne THP	Träger	Antrittslaufzeit mit THP	Leistungsantritte mit THP	Träger
BA	..**	..**	..**	..**	..**	..**
EGH	-75,3	115.988	173 (58,1%)	-63,4	11.877	136 (45,6%)
GKV	..***	..***	..***	..***	..***	..***
JH	-38,9	9.024	350 (73,5%)	-38,7	1.491	124 (26,1%)
RV	..**	..**	..**	..**	..**	..**
SER	-62,5	1.320	19 (7,9%)	-185,0	94	3 (1,3%)
UV	-81,2	4.924	28 (82,4%)	-65,1	44	12 (35,3%)
Gesamt	-72,9	131.256	570 (49,1%)	-61,5	13.506	275 (23,7%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022 mit mindestens einem Leistungsantritt ohne sowie mit THP vor dem Bewilligungsbescheid, von denen auch Angaben zur entsprechenden aufsummierten Antrittslaufzeit vorliegen. Die Anzahl der Leistungsantritte vor dem Bewilligungsbescheid ohne sowie mit THP wurde entsprechend angepasst.

** 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.

*** 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.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Die positive Antrittslaufzeit ohne sowie mit THP und die Anzahl der entsprechenden Leistungsantritte nach dem Bewilligungsbescheid werden in [Tabelle 28](#) gezeigt.

Tabelle 28. Durchschnittliche positive Antrittslaufzeit ohne sowie mit THP nach Trägerbereich (in Tagen)

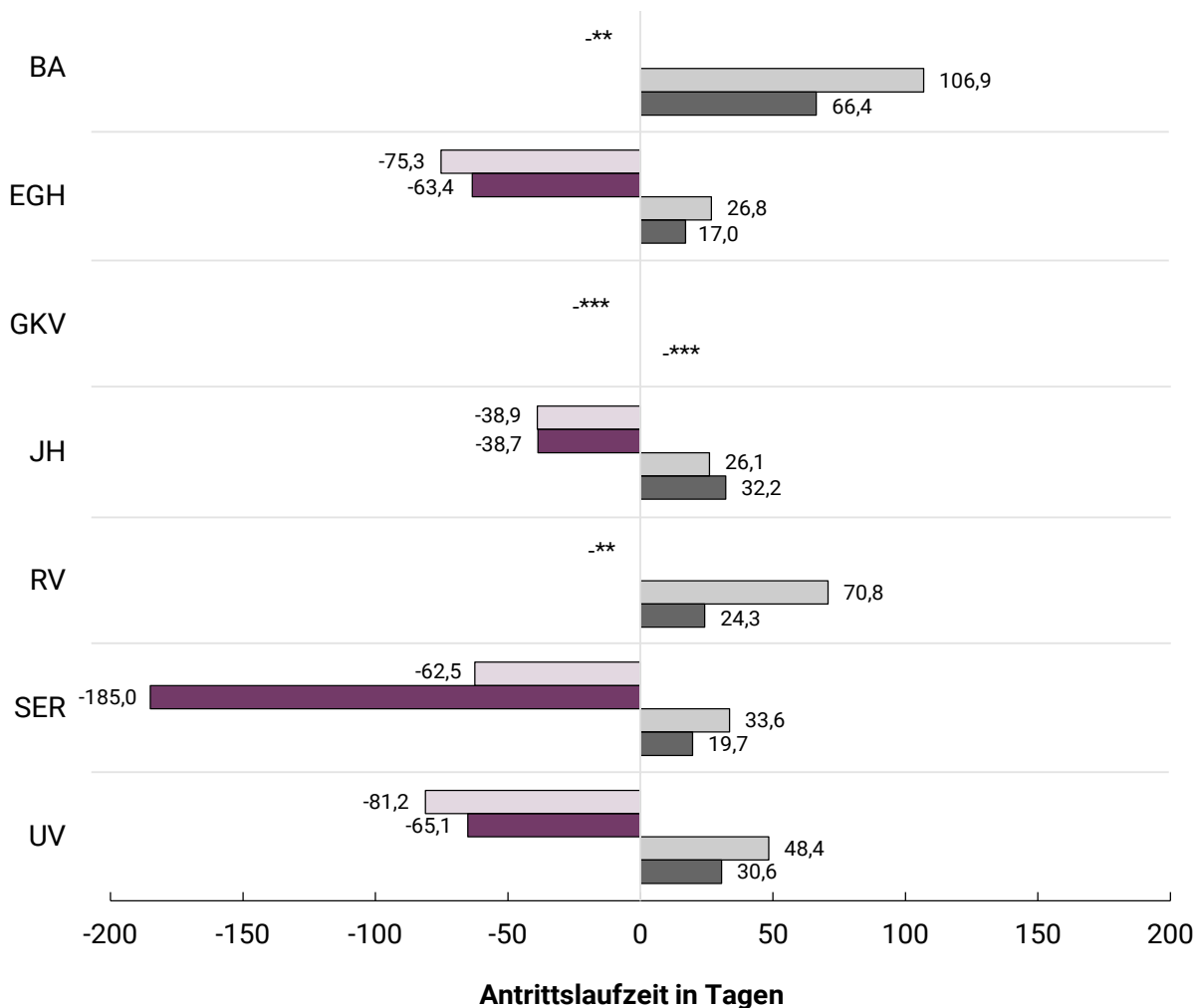
Trägerbereich	Antrittslaufzeit ohne THP	Leistungsantritte ohne THP	Träger	Antrittslaufzeit mit THP	Leistungsantritte mit THP	Träger
BA	106,9	41.601	1 (100%)	66,4	6.294	1 (100%)
EGH	26,8	51.525	173 (58,1%)	17,0	8.960	132 (44,3%)
GKV	***	***	***	***	***	***
JH	26,1	10.058	373 (78,4%)	32,2	1.445	123 (25,8%)
RV	70,8	765.639	17 (100%)	24,3	2.403	16 (94,1%)
SER	33,6	1.282	37 (15,5%)	19,7	30	8 (3,3%)
UV	48,4	37.569	32 (94,1%)	30,6	652	12 (35,3%)
Gesamt	68,5	907.674	633 (54,5%)	35,2	19.784	292 (25,1%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022 mit mindestens einem Leistungsantritt ohne sowie mit THP nach dem Bewilligungsbescheid, von denen auch Angaben zur entsprechenden aufsummierten Antrittslaufzeit vorliegen. Die Anzahl der Leistungsantritte nach dem Bewilligungsbescheid ohne sowie 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.

Eine Übersicht über die negativen und positiven Antrittslaufzeiten sowohl ohne als auch mit THP wird in [Abbildung 23](#) für die einzelnen Trägerbereiche gegeben.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



negativ ohne THP
 negativ mit THP
 positiv ohne THP
 positiv mit THP

Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022 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: 19.784 Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid von 292 Trägern.

Datengrundlage positiv ohne THP: 907.674 Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid von 633 Trägern.

Datengrundlage negativ mit THP: 13.506 Leistungsantritte vor Bewilligungsbescheid von 275 Trägern.

Datengrundlage negativ ohne THP: 131.256 Leistungsantritte vor Bewilligungsbescheid von 570 Trägern.

** Bei der BA kommen negative Antrittslaufzeiten nicht vor, da eine Maßnahmezuzuweisung 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.

Abbildung 23. Positive und negative Antrittslaufzeit ohne sowie mit THP nach Trägerbereich (in Tagen)

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



Betrachtungsbeispiel zu Abbildung 23

Wenn eine Leistung **vor dem Bewilligungsbescheid** angetreten wurde, so geschah dies im Trägerbereich EGH durchschnittlich 63,4 Tage vorher, wenn eine THP erfolgte, und durchschnittlich 75,3 Tage vorher, wenn keine THP erfolgte.

Wenn eine Leistung **nach dem Bewilligungsbescheid** angetreten wurde, so geschah dies im Trägerbereich EGH durchschnittlich 17,0 Tage danach, wenn eine THP erfolgte, und durchschnittlich 26,8 Tage danach, wenn keine THP erfolgte.

Aus [Tabelle 29](#) und [Abbildung 24](#) 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 29](#) 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 24](#) auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert.

Im Bereich EGH erfolgte bei den örtlichen Trägern die Hälfte der Leistungen vor und die Hälfte der Leistungen nach dem Bewilligungsbescheid (jeweils 50,0 Prozent). Bei den überörtlichen Trägern hingegen erfolgten über Dreiviertel der Leistungen (76,1 Prozent) vor dem Bewilligungsbescheid (siehe [Anhang](#)).

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Tabelle 29. Anzahl der Leistungsantritte vor und nach dem Bewilligungsbescheid nach Trägerbereich

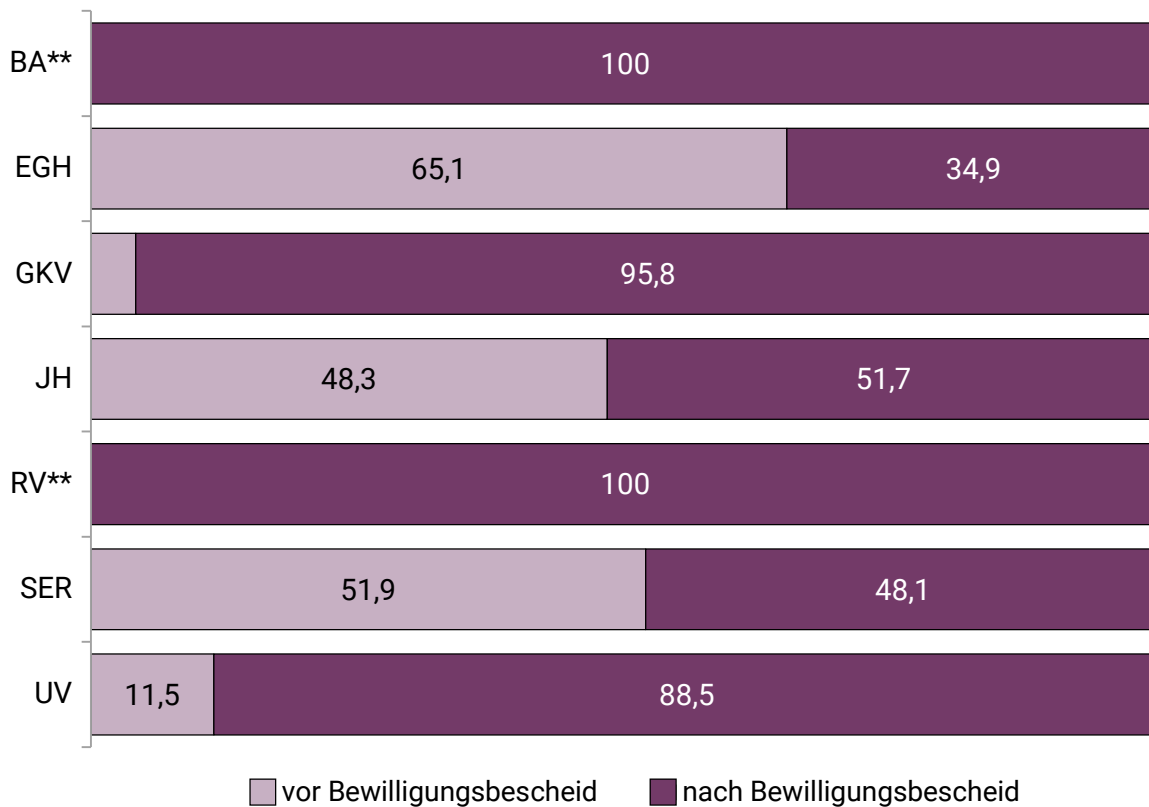
Trägerbereich	Leistungsantritte vor Bewilligungsbescheid	Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid	Leistungsantritte insgesamt	Träger
BA	-**	47.895	47.895	1 (100%)
EGH	145.067	77.716	222.783	266 (89,3%)
GKV	28.116	639.082	667.198	97 (100%)
JH	13.970	14.926	28.896	402 (84,5%)
RV	-**	768.042	768.042	17 (100%)
SER	1.414	1.310	2.724	38 (15,9%)
UV	4.968	38.244	43.212	33 (97,1%)
Gesamt	193.535	1.587.215	1.780.750	854 (73,5%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022 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 Maßnahmezuweisung nur nach einer Bewilligung erfolgt.

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

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022 mit mindestens einem Leistungsantritt, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der Leistungsantritte vor als auch zur Anzahl der Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid vorliegen.

Datengrundlage: 1.780.750 Leistungsantritte von 854 Trägern.

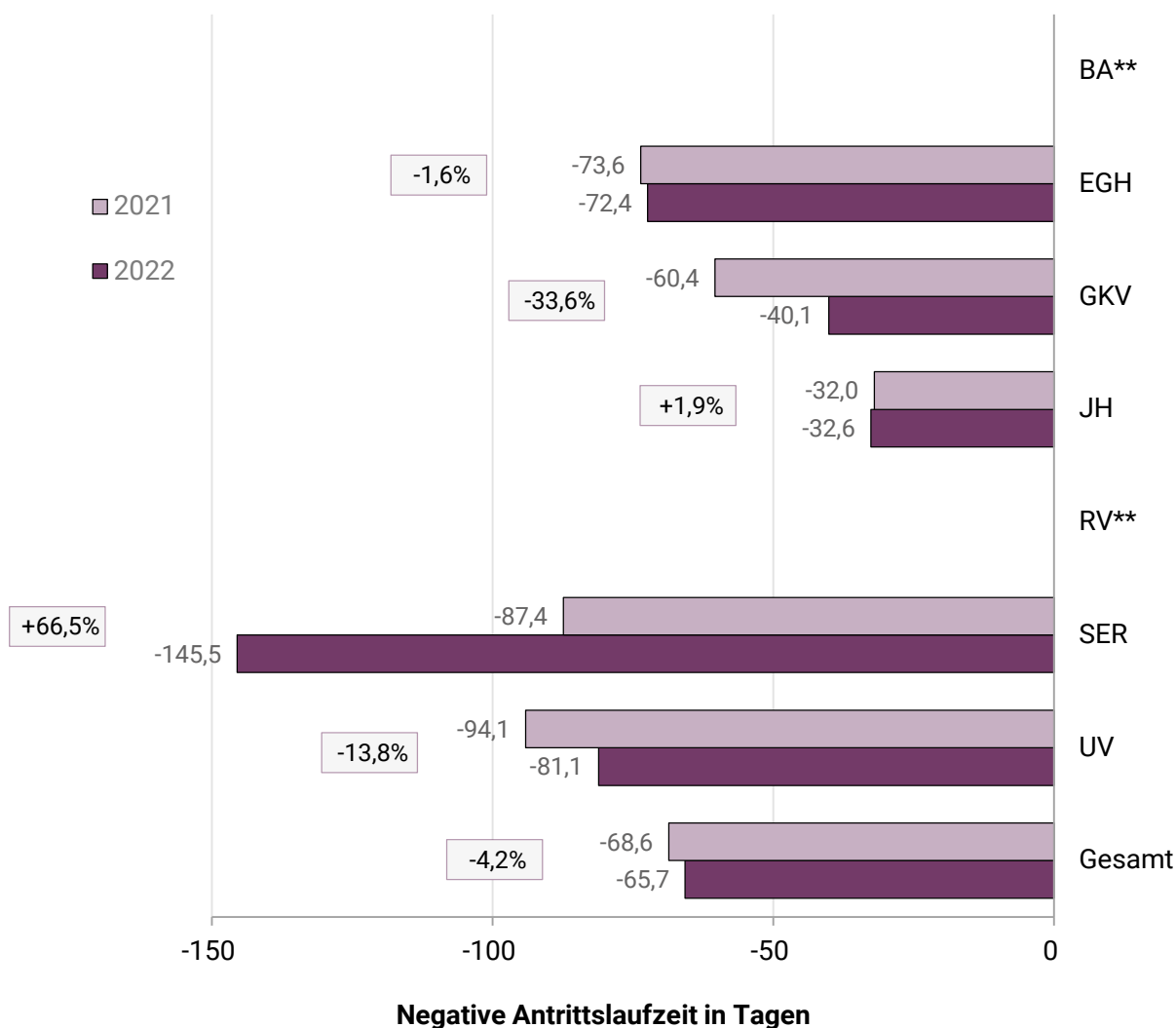
** Bei der BA kommen negative Antrittslaufzeiten nicht vor, da eine Maßnahmezuweisung nur nach einer Bewilligung erfolgt.

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

Abbildung 24. Prozentuale Verteilung der Leistungsantritte vor und nach dem Bewilligungsbescheid nach Trägerbereich

Wie lange es im Durchschnitt dauerte, bis eine Leistung vor bzw. nach dem Bewilligungsbescheid angetreten wurde, wird in [Abbildung 25](#) und [Abbildung 26](#) über die Jahre hinweg verglichen. Dabei zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen in den einzelnen Trägerbereichen.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für die Berichtsjahre 2021 und 2022 mit mindestens einem Leistungsantritt vor 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 2022 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2021: 182.691 Leistungsantritte von 674 Trägern (Gebietsstand 2022).

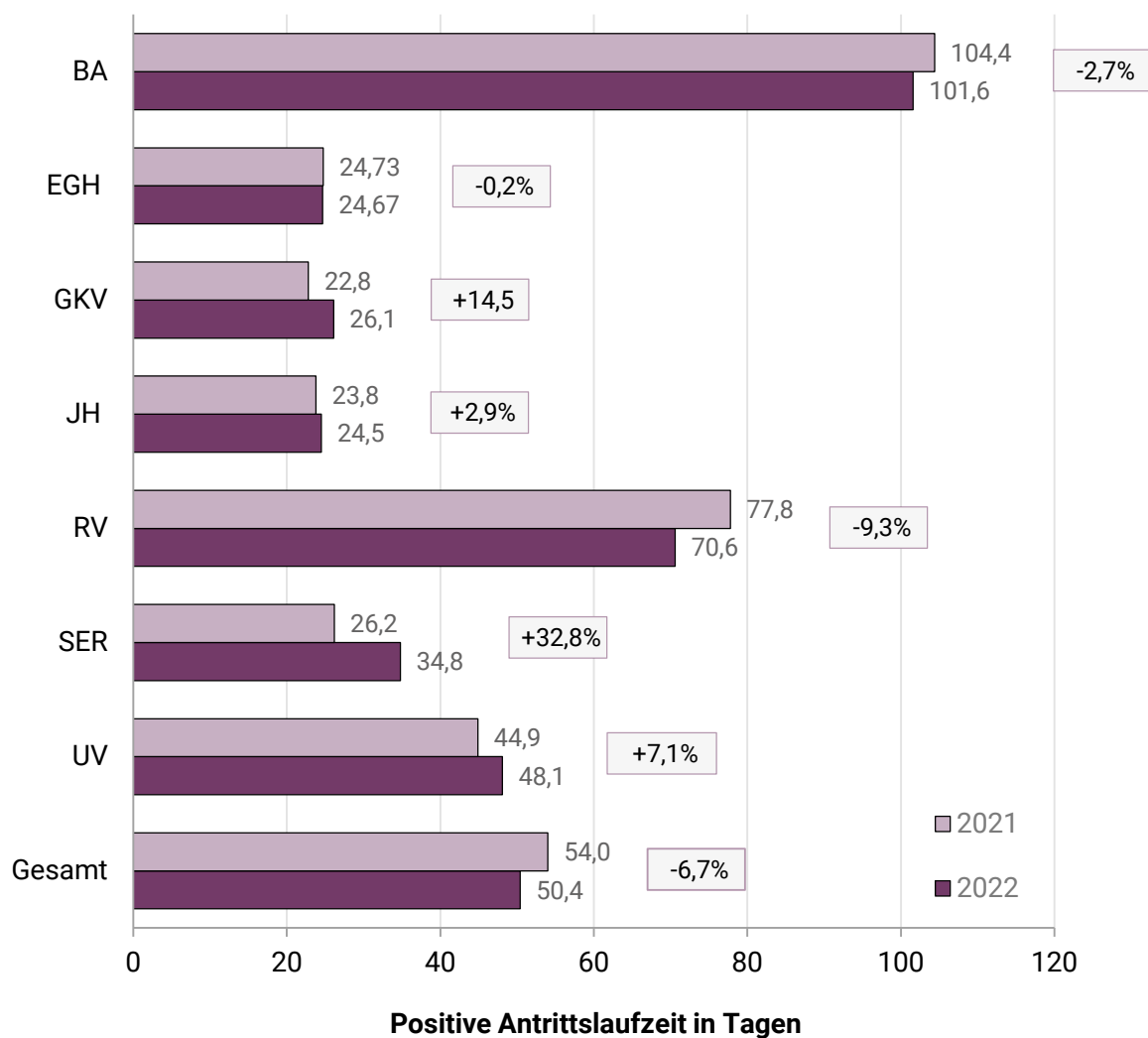
Datengrundlage 2022: 184.088 Leistungsantritte von 674 Trägern (Gebietsstand 2022).

** 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 25. Durchschnittliche negative Antrittslaufzeit nach Trägerbereich und Berichtsjahr (in Tagen)

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für die Berichtsjahre 2021 und 2022 mit mindestens einem Leistungsantritt 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 2022 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2021: 1.505.184 Leistungsantritte von 750 Trägern (Gebietsstand 2022).

Datengrundlage 2022: 1.583.148 Leistungsantritte von 750 Trägern (Gebietsstand 2022).

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

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



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 Maßnahmeintritten 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.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

3.3.8 Sachverhalt 8: Anzahl der trägerübergreifenden Teilhabeplanungen und Teilhabeplankonferenzen



Gesetzestext:

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



Fragestellungen:

Wie häufig finden trägerübergreifende Teilhabeplanungen 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. [19, 20] 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.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



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 1.136 Trägern vor. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 7.433 Anträge mit trägerübergreifender THP ([Tabelle 30](#)).

Der prozentuale Anteil von Anträgen mit einer trägerübergreifenden THP an allen entschiedenen Gesamtanträgen konnte für die 926 Träger berechnet werden, bei denen auch mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Die entsprechende Datengrundlage beläuft sich somit auf 2.779.404 entschiedene Gesamtanträge ([Tabelle 32](#) und [Abbildung 27](#)).

Angaben zu Anträgen mit einer **THPK** liegen von 1.128 Trägern vor. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 1.270 Anträge mit einer THPK ([Tabelle 31](#)).

Der prozentuale Anteil von Anträgen mit einer THPK an allen entschiedenen Gesamtanträgen konnte für die 918 Träger berechnet werden, bei denen mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Die entsprechende Datengrundlage beläuft sich somit auf 2.779.071 entschiedene Gesamtanträge ([Tabelle 33](#) und [Abbildung 29](#)).

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Tabelle 30 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 2022 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 30. Anzahl der Anträge mit einer trägerübergreifenden Teilhabeplanung (THP) nach Trägerbereich

Trägerbereich	THP	Träger	Träger mit Wert null
BA	1.437	1 (100%)	0 (0%)
EGH	2.485	288 (96,6%)	108 (36,2%)
GKV	18	97 (100%)	91 (93,8%)
JH	587	461 (96,8%)	377 (79,2%)
RV	2.894	17 (100%)	1 (5,9%)
SER	-*	239 (100%)	238 (99,6%)
UV	12	33 (97,1%)	28 (82,4%)
Gesamt	7.433	1.136 (97,8%)	843 (72,5%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2022.

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



Betrachtungsbeispiel zu Tabelle 30

Für das Merkmal trägerübergreifende THP liegen aus dem Trägerbereich GKV Angaben von allen 97 Trägern vor. Davon haben 91 Träger den Wert null übermittelt. Demnach hatten 93,8 Prozent der Träger der GKV keine Anträge mit einer trägerübergreifenden THP und die 18 gemeldeten Anträge verteilen sich auf nur sechs Träger.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Tabelle 31 zeigt, bei wie vielen Anträgen eine Teilhabeplankonferenz (THPK) durchgeführt wurde. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ ist außerdem ersichtlich, wie viele Träger im Jahr 2022 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 31. Anzahl der Anträge mit einer Teilhabeplankonferenz (THPK) nach Trägerbereich

Trägerbereich	THPK	Träger	Träger mit Wert null
BA	9	1 (100%)	0 (0%)
EGH	655	287 (96,3%)	156 (52,3%)
GKV	0	97 (100%)	97 (100%)
JH	436	454 (95,4%)	384 (80,7%)
RV	170	17 (100%)	2 (11,8%)
SER	-*	239 (100%)	238 (99,6%)
UV	-*	33 (97,1%)	31 (91,2%)
Gesamt	1.270	1.128 (97,1%)	908 (78,1%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2022.

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

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Tabelle 32 und **Abbildung 27** 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.

Im Trägerbereich EGH wurden mehr als zwei Drittel (68,2 Prozent) aller Anträge mit trägerübergreifender THP von den örtlichen Trägern gemeldet. Der Anteil trägerübergreifender THP an allen entschiedenen Gesamtanträgen liegt bei diesen Trägern bei 1,93 Prozent. Im Vergleich dazu ist der Anteil trägerübergreifender THP bei überörtlichen EGH-Trägern mit 0,56 Prozent niedriger (siehe **Anhang**).

Tabelle 32. Prozentualer Anteil der Anträge mit einer trägerübergreifenden Teilhabeplanung (THP) an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Anträge mit THP	Anteil Anträge mit THP	Entschiedene Gesamtanträge	Träger
BA	1.437	2,55	56.367	1 (100%)
EGH	2.482	1,08	229.308	283 (95,0%)
GKV	18	0,002	906.926	97 (100%)
JH	587	1,90	30.975	436 (91,6%)
RV	2.894	0,19	1.498.685	17 (100%)
SER	-*	-*	4.140	59 (24,7%)
UV	12	0,02	53.003	33 (97,1%)
Gesamt	7.430	0,27	2.779.404	926 (79,7%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022, 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.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Tabelle 33 und **Abbildung 27** 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.

Im Trägerbereich EGH wurden mehr als zwei Drittel (69,3 Prozent) aller Anträge mit THPK von den örtlichen Trägern übermittelt. Der Anteil der THPK an allen entschiedenen Gesamtanträgen liegt bei diesen Trägern bei 0,52 Prozent. Bei den überörtlichen EGH-Trägern liegt dieser Anteil bei 0,14 Prozent (siehe **Anhang**).

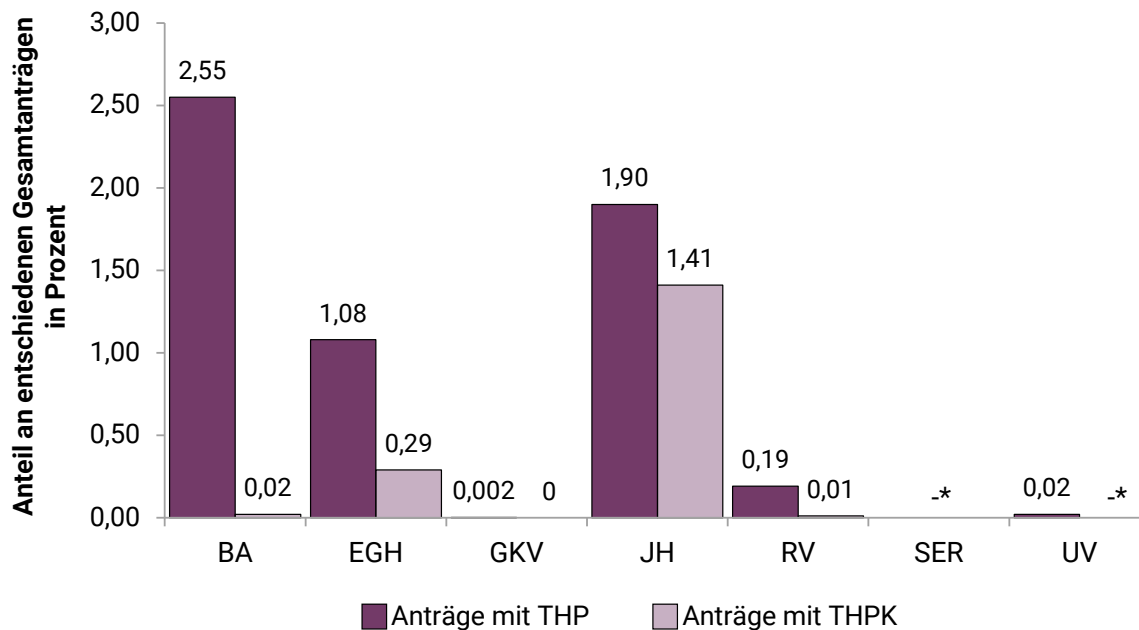
Tabelle 33. Prozentualer Anteil der Anträge mit einer Teilhabeplankonferenz (THPK) an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Anträge mit THPK	Anteil Anträge mit THPK	Entschiedene Gesamtanträge	Träger
BA	9	0,02	56.367	1 (100%)
EGH	654	0,29	228.973	282 (94,6%)
GKV	0	0	906.926	97 (100%)
JH	436	1,41	30.977	429 (90,1%)
RV	170	0,01	1.498.685	17 (100%)
SER	-*	-*	4.142	59 (24,7%)
UV	-*	-*	53.001	33 (97,1%)
Gesamt	1.269	0,05	2.779.071	918 (79,0%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022, von denen Angaben zur Anzahl der Anträge mit einer Teilhabeplankonferenz 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.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022, 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: 2.779.404 entschiedene Gesamtanträge von 926 Trägern.

Datengrundlage mit THPK: 2.779.071 entschiedene Gesamtanträge von 918 Trägern.

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

Abbildung 27. Prozentualer Anteil der Anträge mit einer trägerübergreifenden THP bzw. THPK an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich



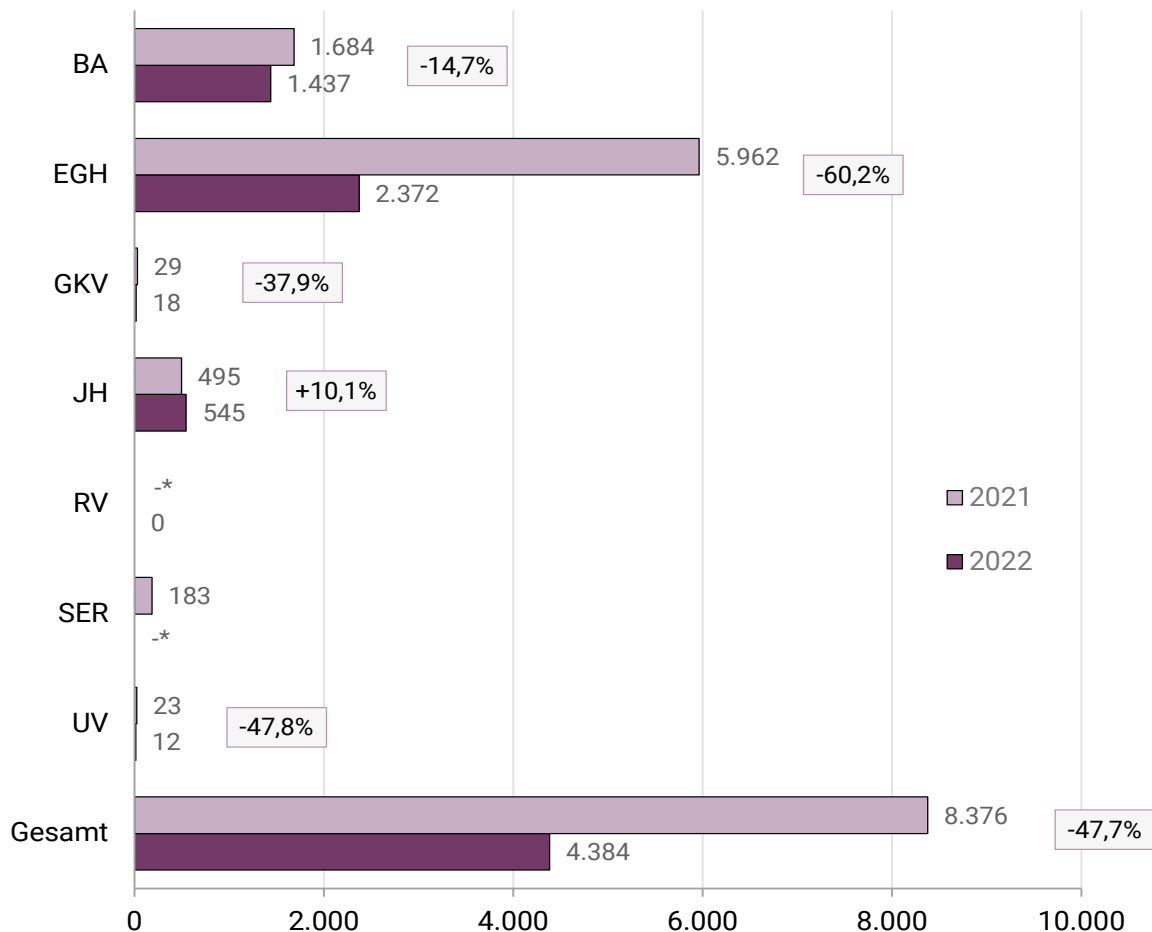
Betrachtungsbeispiel zu Abbildung 27

Im Trägerbereich JH wurde bei 1,90 Prozent aller im Berichtsjahr entschiedenen Gesamtanträge eine trägerübergreifende THP durchgeführt.

Eine THPK wurde im Trägerbereich JH bei 1,41 Prozent aller im Berichtsjahr entschiedenen Gesamtanträge durchgeführt.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Wie viele trägerübergreifende THP in 2021 und in 2022 in den einzelnen Trägerbereichen durchgeführt wurden, ist in **Abbildung 28** dargestellt. Dabei zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen in den einzelnen Trägerbereichen.



Anzahl der Anträge mit trägerübergreifender THP

Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der Anträge mit einer trägerübergreifenden Teilhabeplanung (THP) sowohl für das Berichtsjahr 2021 als auch für das Berichtsjahr 2022 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 2022 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2021: 8.376 THP von 973 Trägern (Gebietsstand 2022).

Datengrundlage 2022: 4.384 THP von 973 Trägern (Gebietsstand 2022).

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

Abbildung 28. Anzahl der Anträge mit einer trägerübergreifenden Teilhabeplanung (THP) nach Trägerbereich und Berichtsjahr

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

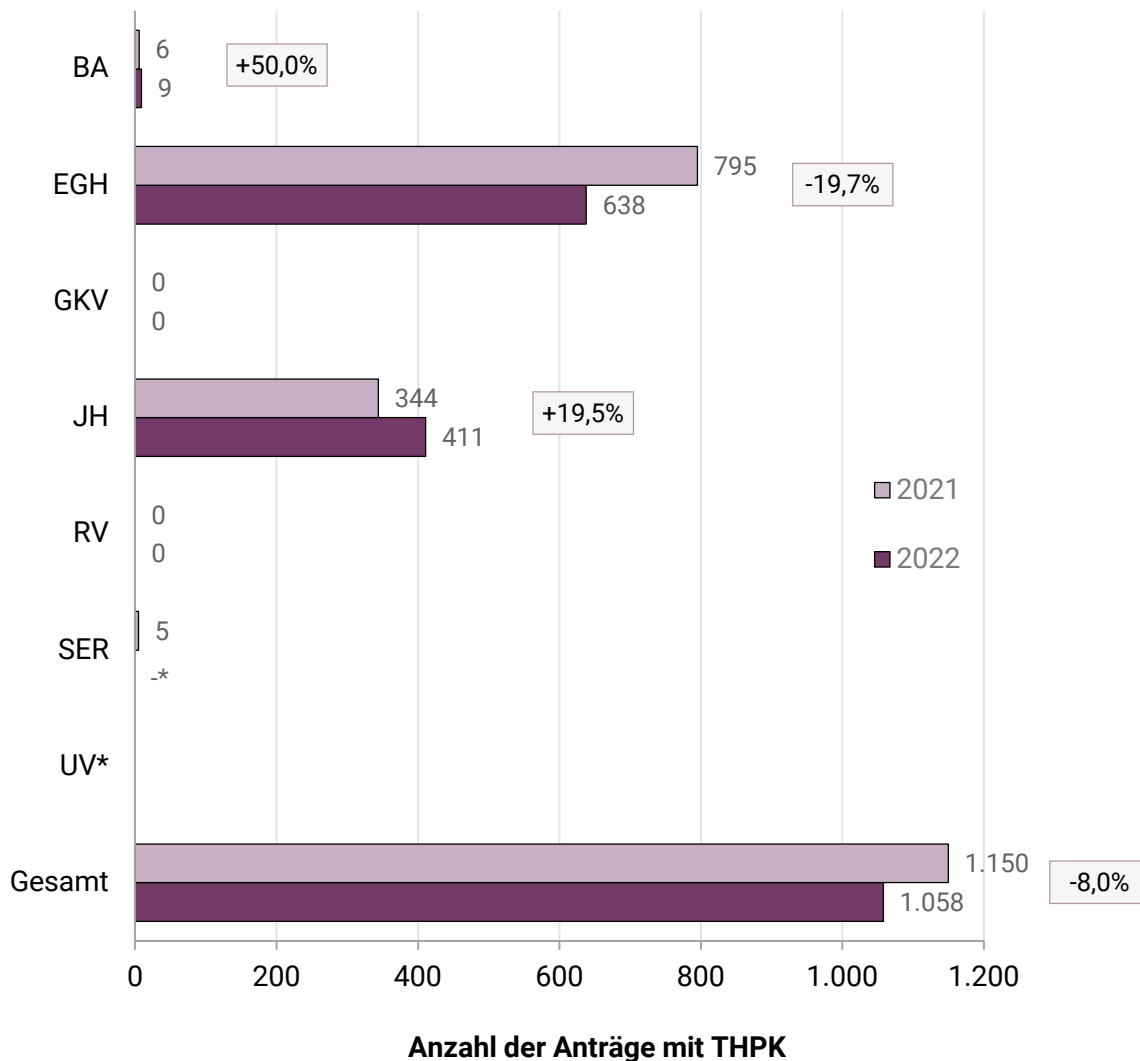


Hinweis zu Abbildung 28

Beim Jahresvergleich der Anzahl der Anträge mit einer trägerübergreifenden THP gilt es zu berücksichtigen, dass in manchen Trägerbereichen nur wenige Träger überhaupt trägerübergreifende THP als leistender Rehabilitationsträger durchgeführt haben (siehe Spalte „Träger mit Wert null“ in [Tabelle 30](#)).

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Aus **Abbildung 29** ist ersichtlich, wie viele THPK in den Berichtsjahren 2021 und 2022 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 Teilhabeplankonferenz (THPK) sowohl für das Berichtsjahr 2021 als auch für das Berichtsjahr 2022 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 2022 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2021: 1.150 THPK von 918 Trägern (Gebietsstand 2022).

Datengrundlage 2022: 1.058 THPK von 918 Trägern (Gebietsstand 2022).

* 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 29. Anzahl der Anträge mit einer Teilhabeplankonferenz (THPK) nach Trägerbereich und Berichtsjahr

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



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.

Bei den Trägern der **DRV** wurde eine programmtechnische Korrektur zur Meldung der Anzahl der Teilhabepläne generell (ohne und mit Teilhabeplankonferenzen) erst ab dem Berichtsjahr 2022 wirksam. Ein Vergleich mit den Angaben aus dem Vorjahr ist daher nicht möglich.

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.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

3.3.9 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 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. [21] 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.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



Zur Einordnung der Daten

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

Angaben zur Anzahl **aller TP-Anpassungen** liegen von 1.117 Trägern vor. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 59.807 Anpassungen ([Tabelle 34](#)). Angaben zu Teilhabeplänen **mit mindestens einer Anpassung** liegen von 1.069 Trägern vor. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 56.383 Teilhabepläne mit mindestens einer Anpassung ([Tabelle 35](#)).

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

Die durchschnittliche **Geltungsdauer** eines Teilhabeplanes konnte für die 248 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 33.750 TP-Geltungsdauern ([Tabelle 36](#) und [Abbildung 30](#)).

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

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

In **Tabelle 34** 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 34** ist außerdem ersichtlich, wie viele Träger im Jahr 2022 keinen Teilhabeplan angepasst haben.

Im Trägerbereich EGH wurden 46.967 (96,9 Prozent) aller TP-Anpassungen von 7 überörtlichen Trägern gemeldet, wobei davon allein 40.778 TP-Anpassungen auf einen einzigen Träger zurückgehen (siehe **Anhang**).

Tabelle 34. Anzahl der TP-Anpassungen insgesamt nach Trägerbereich

Trägerbereich	TP-Anpassungen	Träger	Träger mit Wert null
BA	9.339	1 (100%)	0 (0%)
EGH	48.465	298 (100%)	240 (80,5%)
GKV	6	97 (100%)	94 (96,9%)
JH	1.381	431 (90,5%)	361 (75,8%)
RV	351	17 (100%)	5 (29,4%)
SER	6	239 (100%)	236 (98,7%)
UV	259	34 (100%)	25 (73,5%)
Gesamt	59.807	1.117 (96,1%)	961 (82,7%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2022.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

In **Tabelle 35** wird dargestellt, wie viele Teilhabepläne im Jahr 2022 mindestens einmal angepasst wurden. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ ist außerdem ersichtlich, wie viele Träger im Jahr 2022 keinen Teilhabeplan angepasst haben.

Tabelle 35. Anzahl der Teilhabepläne (TP) mit mindestens einer Anpassung nach Trägerbereich

Trägerbereich	TP mit mind. 1 Anpassung	Träger	Träger mit Wert null
BA	7.626	1 (100%)	0 (0%)
EGH	47.103	266 (89,3%)	208 (69,8%)
GKV	6	97 (100%)	94 (96,9%)
JH	1.094	422 (88,7%)	353 (74,2%)
RV	351	17 (100%)	5 (29,4%)
SER	6	232 (97,1%)	229 (95,8%)
UV	197	34 (100%)	25 (73,5%)
Gesamt	56.383	1.069 (92,0%)	914 (78,7%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2022.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Tabelle 36 und **Abbildung 30** 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 36** angegeben. Außerdem sind die jeweils minimale und maximale Geltungsdauer pro Trägerbereich dargestellt.

Tabelle 36. Durchschnittliche Geltungsdauer von Teilhabeplänen (TP) nach Trägerbereich (in Tagen)

Trägerbereich	Minimum	Durchschnitt	Maximum	Anzahl TP-Geltungsdauern	Träger
BA	-**	22,3	-**	9.339	1 (100%)
EGH	0,5	456,5	703,6	14.350	64 (21,5%)
GKV	0	72,6	194,0	22	7 (7,2%)
JH	0	235,9	730,0	6.055	145 (30,5%)
RV	68,9	239,4	601,1	2.779	14 (82,4%)
SER	233,0	335,6	395,3	11	4 (1,7%)
UV	1,3	128,2	256,7	1.194	13 (38,2%)
Gesamt	0	267,0	730,0	33.750	248 (21,3%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022 mit mindestens einer Geltungsdauer, die im Berichtsjahr endete, von denen auch Angaben zur aufsummierten Geltungsdauer selbst vorliegen. Die Anzahl der TP-Geltungsdauern wurde entsprechend angepasst.

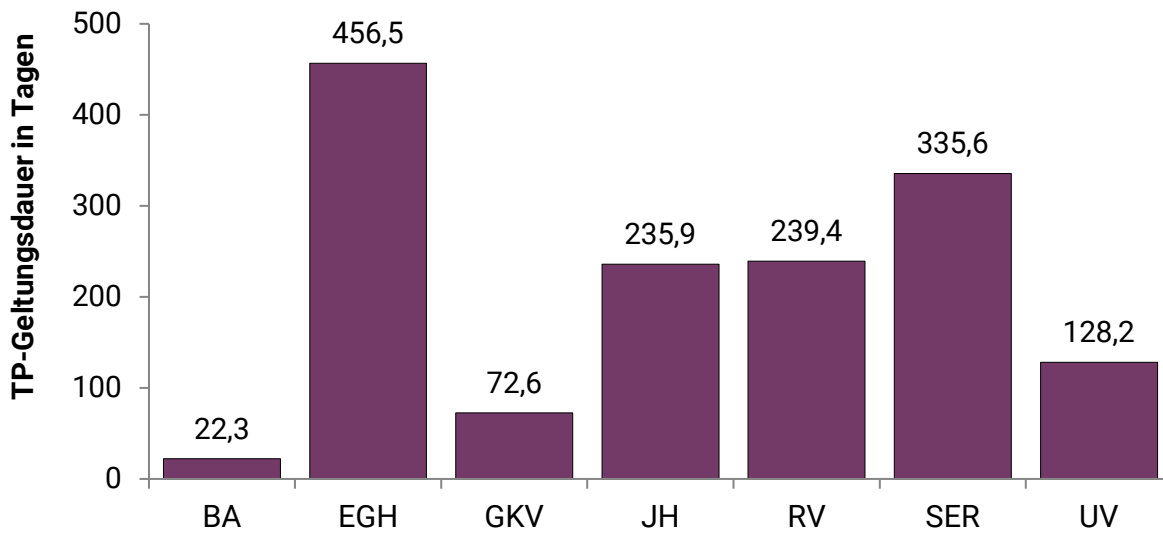
** Daten werden aggregiert dargestellt, da die BA nicht als Trägerbereich strukturiert ist, sondern eine solitäre Rehabilitationsträgerin ist. Die Werte für Minimum, Maximum und Durchschnitt sind jeweils gleich.



Betrachtungsbeispiel zu Tabelle 36

Im Trägerbereich UV galt ein Teilhabeplan durchschnittlich 128,2 Tage, bis eine Änderung vorgenommen wurde oder der Teilhabeplan endete. In diesem Trägerbereich lag die kürzeste durchschnittliche Geltungsdauer bei 1,3 Tagen bis hin zur längsten Geltungsdauer von 256,7 Tagen.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



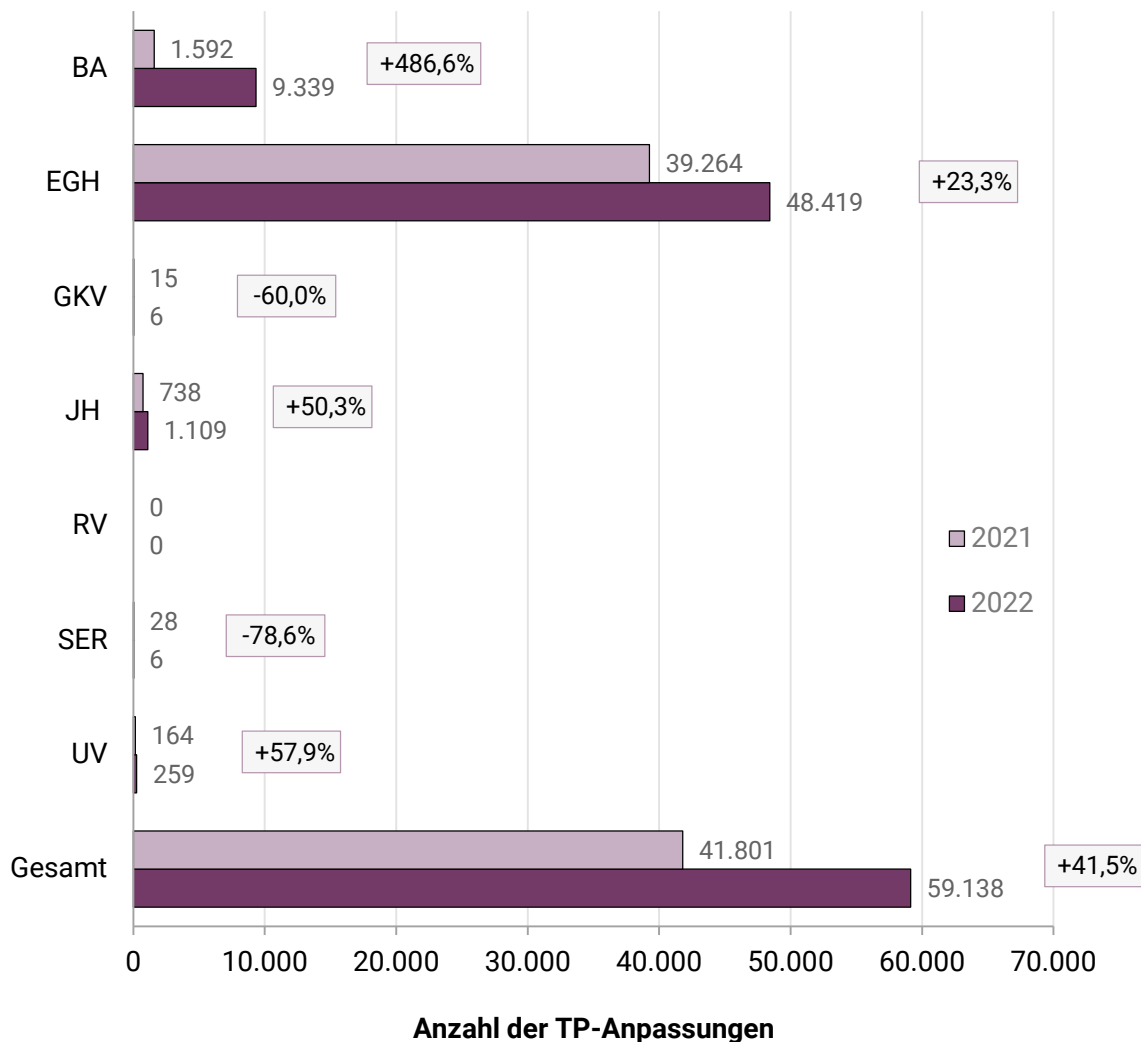
Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022 mit mindestens einer Geltungsdauer, die im Berichtsjahr endete, und von denen auch Angaben zur aufsummierten Geltungsdauer selbst vorliegen.

Datengrundlage: 33.750 TP-Geltungsdauern von 248 Trägern.

Abbildung 30. Durchschnittliche Geltungsdauer von Teilhabeplänen (TP) nach Trägerbereich (in Tagen)

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Wie viele Anpassungen von Teilhabeplänen insgesamt 2021 und 2022 durchgeführt wurden, ist in **Abbildung 31** im Jahresvergleich dargestellt.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der TP-Anpassungen sowohl für das Berichtsjahr 2021 als auch für das Berichtsjahr 2022 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 2022 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2021: 41.801 TP-Anpassungen von 919 Trägern (Gebietsstand 2022).

Datengrundlage 2022: 59.138 TP-Anpassungen von 919 Trägern (Gebietsstand 2022).

Abbildung 31. Anzahl der TP-Anpassungen insgesamt nach Trägerbereich und Berichtsjahr

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



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 34](#)).

Bei den Trägern der **DRV** wurde eine programmtechnische Korrektur zur Meldung der Anzahl der Teilhabepläne generell (ohne und mit Teilhabeplankonferenzen) erst ab dem Berichtsjahr 2022 wirksam. Ein Vergleich mit den Angaben aus dem Vorjahr ist daher nicht möglich.

3.3.10 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.



Fragestellungen:

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

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

(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. [22]

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 2022 eingeleitet wurden, vom koordinierenden leistenden Träger im Sinne des § 14 SGB IX übermittelt.

Angaben zur Anzahl der in 2022 eingeleiteten Erstattungsverfahren liegen von 1.078 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 2.693 eingeleitete Erstattungsverfahren ([Tabelle 37](#)).

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 100 Träger berechnet werden, die im Berichtsjahr mindestens ein Erstattungsverfahren gemeldet haben. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 2.409 Anträge mit mindestens einem Erstattungsverfahren ([Tabelle 38](#)).

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.

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

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Tabelle 37 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 2022 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 37. Anzahl der Erstattungsverfahren zwischen Trägern nach Trägerbereich

Trägerbereich	Erstattungsverfahren	Träger	Träger mit Wert null
BA	69	1 (100%)	0 (0%)
EGH	264	255 (85,6%)	195 (65,4%)
GKV	0	97 (100%)	97 (100%)
JH	27	441 (92,6%)	423 (88,9%)
RV	2.260	16 (94,1%)	0 (0%)
SER	-*	238 (99,6%)	237 (99,2%)
UV	73	30 (88,2%)	21 (61,8%)
Gesamt	2.693	1.078 (92,8%)	973 (83,7%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2022.

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

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Tabelle 38 zeigt, bei wie vielen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe es zu mindestens einem Erstattungsverfahren kam und wie viele Erstattungsverfahren durchschnittlich pro Antrag mit mindestens einem Verfahren stattfanden (siehe dritte Spalte). Dies 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 38. 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	69	1,0	69	1 (100%)
EGH	227	1,2	187	56 (18,8%)
GKV	- **	- **	- **	0 (0%)
JH	27	1,0	27	18 (3,8%)
RV	2.260	1,1	2.058	16 (94,1%)
SER	-*	-*	-*	1 (0,4%)
UV	72	1,1	68	8 (23,5%)
Gesamt	2.655	1,1	2.409	100 (8,6%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022, 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.

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

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

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10:Erstattung zw. Trägern	136	SV 14:Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

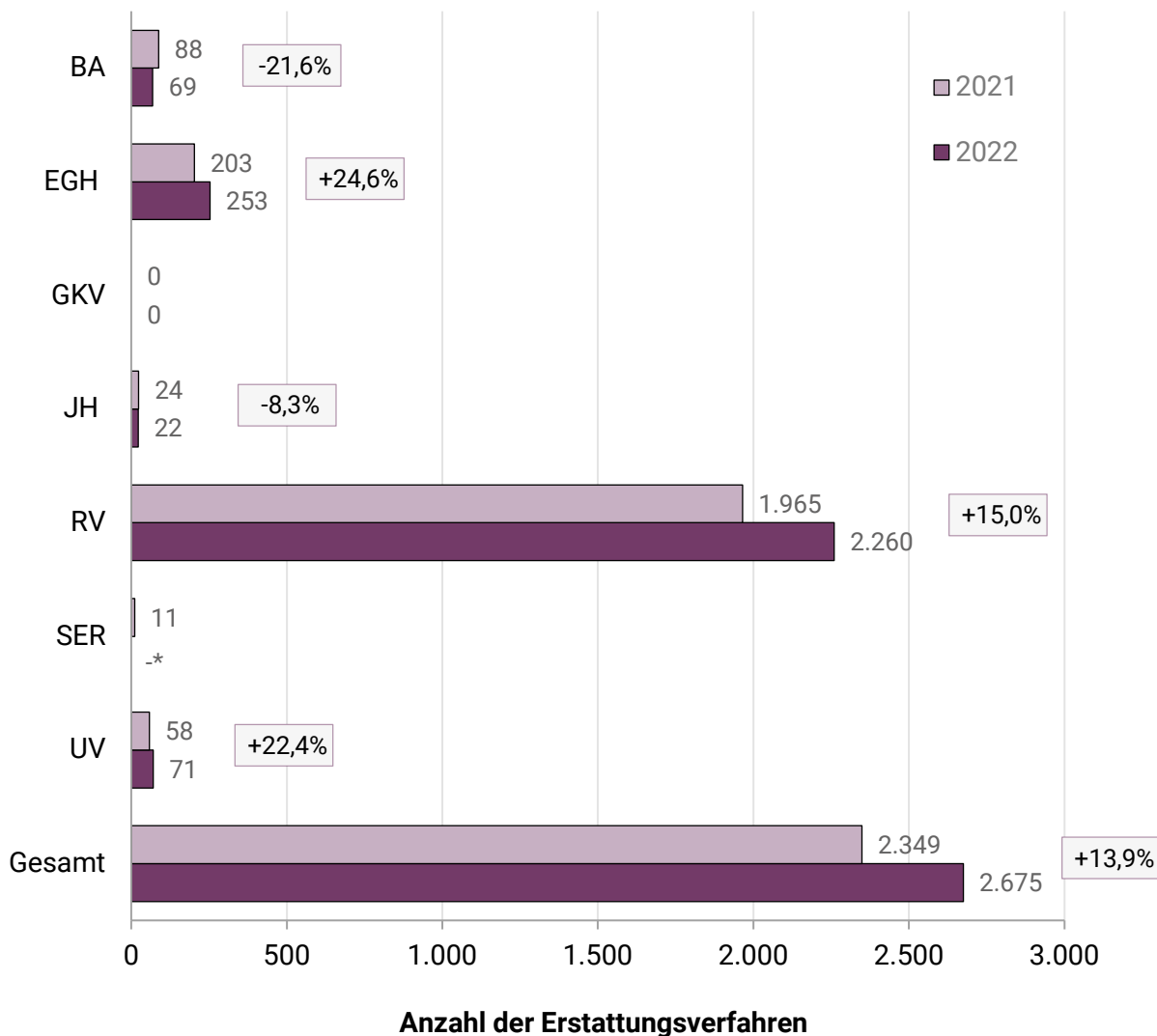


Betrachtungsbeispiel zu Tabelle 38

Im Trägerbereich RV kam es bei 2.058 Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe zu mindestens einem Erstattungsverfahren. Da insgesamt in diesem Trägerbereich mehr, nämlich 2.260 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.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Wie viele Erstattungsverfahren zwischen Trägern 2021 und 2022 in den einzelnen Trägerbereichen eingeleitet wurden, ist in **Abbildung 32** 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 2021 als auch für das Berichtsjahr 2022 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 2022 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2021: 2.349 Erstattungsverfahren von 923 Trägern (Gebietsstand 2022).

Datengrundlage 2022: 2.675 Erstattungsverfahren von 923 Trägern (Gebietsstand 2022).

* Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes nicht dargestellt. Die Anzahl der Erstattungsverfahren in der Datengrundlage wurde für das Berichtsjahr 2022 entsprechend reduziert.

Abbildung 32. Anzahl der Erstattungsverfahren zwischen Trägern nach Trägerbereich und Berichtsjahr

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

3.3.11 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.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



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 1.136 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 5.578 beantragte trägerspezifische Persönliche Budgets ([Tabelle 39](#)).

Angaben zu **bewilligten** trägerspezifischen Persönlichen Budgets liegen von 1.130 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 4.714 bewilligte trägerspezifische Persönliche Budgets ([Tabelle 40](#)).

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 (siehe [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 926 Träger berechnet, bei denen auch mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Daraus ergibt sich eine Datengrundlage von 2.785.272 entschiedenen Gesamtanträgen ([Abbildung 33](#)).

Der Anteil der **bewilligten** trägerspezifischen Persönlichen Budgets wurde für die 920 Träger berechnet, bei denen auch mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Daraus ergibt sich eine Datengrundlage von 2.784.559 entschiedenen Gesamtanträgen ([Abbildung 33](#)).

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Tabelle 39 zeigt, wie viele trägerspezifische Persönliche Budgets **beantragt** wurden. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ ist außerdem ersichtlich, bei wie vielen Trägern im Jahr 2022 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.

Bei der EGH sind 1.775 (61,8 Prozent) der im gesamten Trägerbereich beantragten 2.870 trägerspezifischen Persönlichen Budgets von überörtlichen Trägern gemeldet worden. Die restlichen 1.095 beantragten Persönlichen Budgets (38,2 Prozent) entfallen auf örtliche Träger. Der Anteil der beantragten trägerspezifischen Persönlichen Budgets an allen entschiedenen Gesamtanträgen liegt sowohl bei den örtlichen als auch bei den überörtlichen EGH-Trägern bei jeweils rund 1,3 Prozent (siehe [Anhang](#)).

Tabelle 39. Anzahl beantragter trägerspezifischer Persönlicher Budgets (PB) nach Trägerbereich

Trägerbereich	Beantragte PB	Träger	Träger mit Wert null
BA	763	1 (100%)	0 (0%)
EGH	2.870	284 (9,5%)	92 (3,2%)
GKV	55	97 (100%)	85 (87,6%)
JH	208	464 (97,5%)	403 (84,7%)
RV	44	17 (100%)	10 (58,8%)
SER	14	239 (100%)	233 (97,5%)
UV	1.624	34 (100%)	6 (17,6%)
Gesamt	5.578	1.136 (97,8%)	829 (71,3%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2022.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

In **Tabelle 40** 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 2022 keine Bewilligung von trägerspezifischen Persönlichen Budgets erfolgte.

Bei der EGH sind 1.335 (65,5 Prozent) der im gesamten Trägerbereich bewilligten 2.038 trägerspezifischen Persönlichen Budgets von überörtlichen Trägern gemeldet worden. Die restlichen 703 bewilligten Persönlichen Budgets (34,5 Prozent) entfallen auf örtliche Träger. Der Anteil der bewilligten trägerspezifischen Persönlichen Budgets an allen entschiedenen Gesamtanträgen fällt mit 0,82 Prozent bei den örtlichen und 0,94 Prozent bei den überörtlichen Trägern ähnlich aus (siehe **Anhang**).

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 40** höher sein als die Anzahl der beantragten Persönlichen Budgets in **Tabelle 39**.

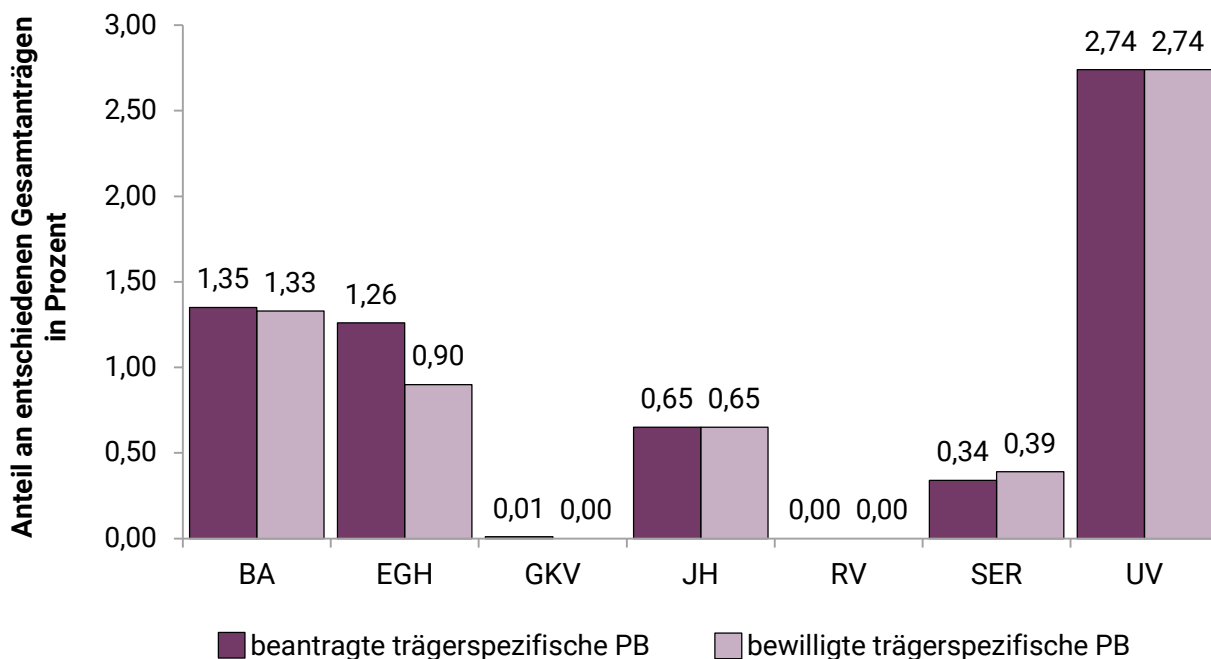
Tabelle 40. Anzahl bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets (PB) nach Trägerbereich

Trägerbereich	Bewilligte PB	Träger	Träger mit Wert null
BA	749	1 (100%)	0 (0%)
EGH	2.038	280 (94,0%)	115 (38,6%)
GKV	32	97 (100%)	94 (96,9%)
JH	206	462 (97,1%)	408 (85,7%)
RV	49	17 (100%)	10 (58,8%)
SER	16	239 (100%)	231 (96,7%)
UV	1.624	34 (100%)	6 (17,6%)
Gesamt	4.714	1.130 (97,2%)	864 (74,4%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2022.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Abbildung 33 zeigt, 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.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022, von denen Angaben zur Anzahl beantragter bzw. bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets vorliegen und bei denen mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde.

Datengrundlage beantragt: 2.785.272 entschiedene Gesamtanträge von 926 Trägern.

Datengrundlage bewilligt: 2.784.559 entschiedene Gesamtanträge von 920 Trägern.

Abbildung 33. Prozentualer Anteil beantragter bzw. bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets (PB) an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

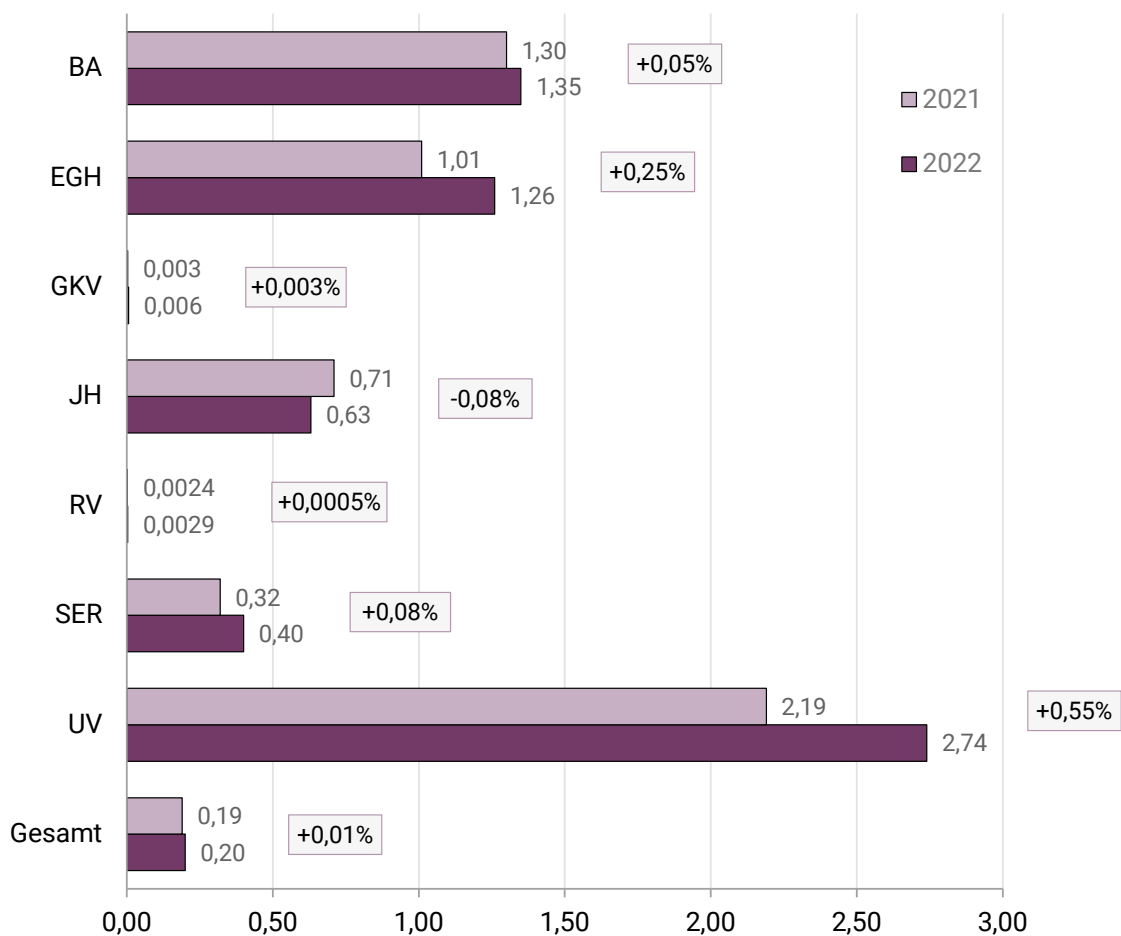
Wie viele trägerspezifische Persönliche Budgets in den einzelnen Trägerbereichen 2021 und 2022 **beantragt** wurden, zeigt **Tabelle 41**. Welchen Anteil sie an den im jeweiligen Berichtsjahr entschiedenen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ausmachen, wird in **Abbildung 34** verglichen.

Tabelle 41. Anzahl beantragter trägerspezifischer Persönlicher Budgets (PB) nach Trägerbereich und Berichtsjahr

Trägerbereich	Beantragte PB 2021	Beantragte PB 2022	Veränderung 2022 zu 2021	Träger (Gebietsstand 2022)
BA	767	763	-4 (-0,5%)	1
EGH	2.262	2.844	+582 (+25,7%)	262
GKV	25	55	+30 (+120,0%)	97
JH	170	166	-4 (-2,4%)	392
RV	34	44	+10 (+29,4%)	17
SER	18	14	-4 (-22,2%)	194
UV	1.599	1.624	+25 (+1,6%)	34
Gesamt	4.875	5.510	+635 (+13,0%)	997

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der beantragten trägerspezifischen Persönlichen Budgets sowohl für das Berichtsjahr 2021 als auch für das Berichtsjahr 2022 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 2022 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



Anteil beantragter trägerspezifischer PB in Prozent

Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl beantragter trägerspezifischer Persönlicher Budgets sowohl für das Berichtsjahr 2021 als auch für das Berichtsjahr 2022 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 2022 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2021: 2.622.001 entschiedene Gesamtanträge von 821 Trägern (Gebietsstand 2022).

Datengrundlage 2022: 2.774.995 entschiedene Gesamtanträge von 821 Trägern (Gebietsstand: 2022)

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

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

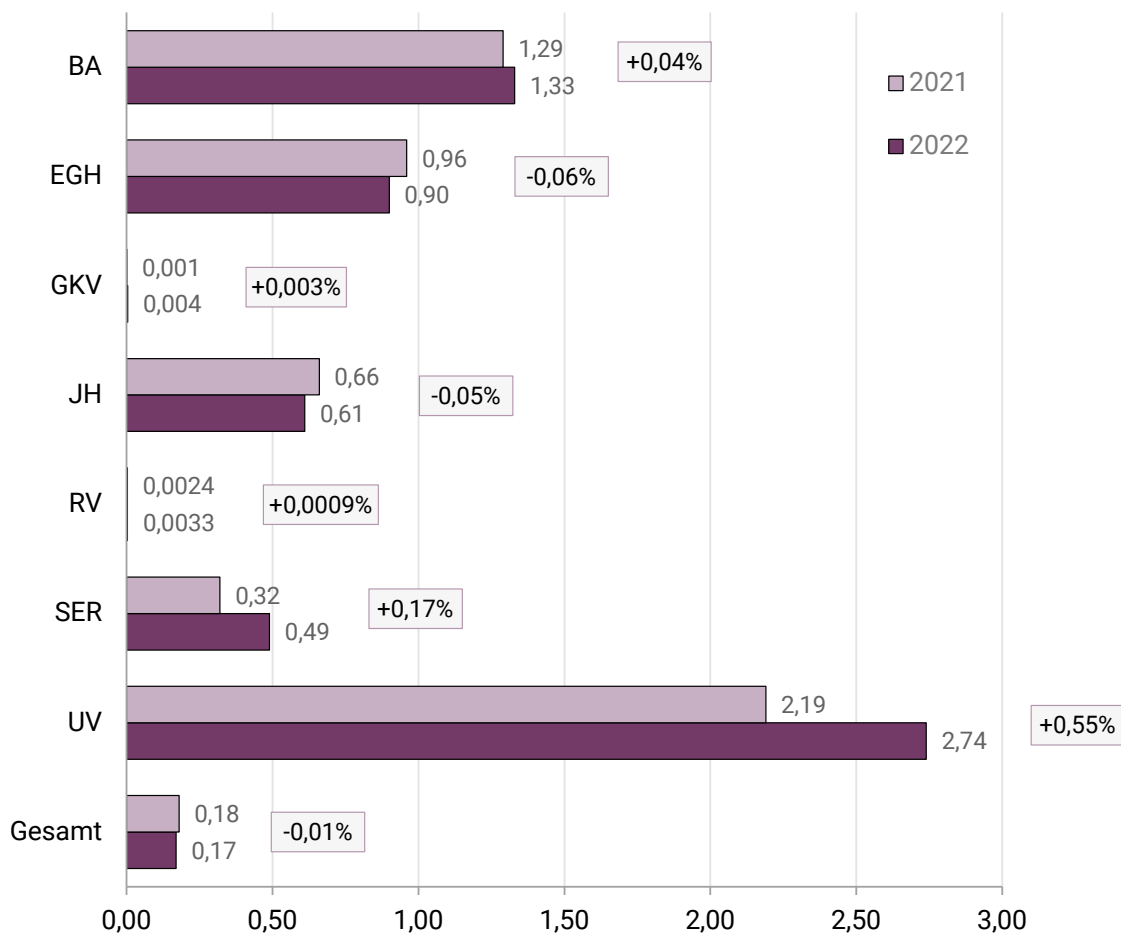
Wie viele trägerspezifische Persönliche Budgets in den einzelnen Trägerbereichen 2021 und 2022 **bewilligt** wurden, zeigt **Tabelle 42**. Welchen Anteil sie an den im jeweiligen Berichtsjahr entschiedenen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ausmachen, wird in **Abbildung 35** verglichen.

Tabelle 42. Anzahl bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets (PB) nach Trägerbereich und Berichtsjahr

Trägerbereich	Bewilligte PB 2021	Bewilligte PB 2022	Veränderung 2022 zu 2021	Träger (Gebietsstand 2022)
BA	761	749	-12 (-1,6%)	1
EGH	2.118	2.014	-104 (-4,9%)	252
GKV	8	32	+24 (+300,0%)	97
JH	162	165	+3 (+1,9%)	394
RV	34	49	+15 (+44,1%)	17
SER	17	16	-1 (-5,9%)	195
UV	1.599	1.624	+25 (+1,6%)	34
Gesamt	4.699	4.649	-50 (-1,1%)	990

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der bewilligten trägerspezifischen Persönlichen Budgets sowohl für das Berichtsjahr 2021 als auch für das Berichtsjahr 2022 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 2022 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



Anteil bewilligter trägerspezifischer PB in Prozent

Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets sowohl für das Berichtsjahr 2021 als auch für das Berichtsjahr 2022 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 2022 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2021: 2.620.936 entschiedene Gesamtanträge von 814 Trägern (Gebietsstand 2022).

Datengrundlage 2022: 2.774.403 entschiedene Gesamtanträge von 814 Trägern (Gebietsstand: 2022)

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

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



Aus den Trägerbereichen

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

3.3.12 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 trägerübergreifendes Persönliches Budget 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.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



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 1.129 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 486 beantragte trägerübergreifende Persönliche Budgets ([Tabelle 43](#)).

Angaben zu **bewilligten** trägerübergreifenden Persönlichen Budgets liegen von 1.127 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich auf 321 bewilligte trägerübergreifende Persönliche Budgets ([Tabelle 44](#)).

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 trägerübergreifenden Persönlichen Budgets jeweils ins Verhältnis zu den im Berichtsjahr entschiedenen Gesamtanträgen gesetzt werden (siehe [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 919 Träger berechnet, bei denen auch mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Daraus ergibt sich eine Datengrundlage von 2.781.610 entschiedenen Gesamtanträgen ([Tabelle 45](#)).

Der Anteil der **bewilligten** trägerübergreifenden Persönlichen Budgets wurde für die 917 Träger berechnet, bei denen auch mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Daraus ergibt sich eine Datengrundlage von 2.779.107 entschiedenen Gesamtanträgen ([Tabelle 46](#)).

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerüberggr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Tabelle 43 zeigt, wie viele trägerübergreifende Persönliche Budgets **beantragt** wurden. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ ist außerdem ersichtlich, bei wie vielen Trägern im Jahr 2022 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.

Von den im gesamten Trägerbereich EGH beantragten 390 trägerübergreifenden Persönlichen Budgets entfällt mehr als die Hälfte (59 Prozent) auf überörtliche Träger. Der Anteil der beantragten trägerübergreifenden Persönlichen Budgets an allen entschiedenen Gesamtanträgen fällt sowohl bei den örtlichen als auch bei den überörtlichen EGH-Trägern mit jeweils rund 0,2 Prozent gering aus (siehe [Anhang](#)).

Tabelle 43. Anzahl beantragter trägerübergreifender Persönlicher Budgets (PB) nach Trägerbereich

Trägerbereich	Beantragte PB	Träger	Träger mit Wert null
BA	14	1 (100%)	0 (0%)
EGH	390	279 (93,6%)	190 (63,8%)
GKV	27	97 (100%)	89 (91,8%)
JH	39	463 (97,3%)	438 (92,0%)
RV	-*	17 (100%)	16 (94,1%)
SER	-*	238 (99,6%)	237 (99,2%)
UV	16	34 (100%)	29 (85,3%)
Gesamt	486	1.129 (97,2%)	999 (86,0%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2022.

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

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

In **Tabelle 44** 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 2022 keine Bewilligung von trägerübergreifenden Persönlichen Budgets erfolgte.

Ähnlich wie bei den beantragten trägerübergreifenden Persönlichen Budgets sind von den 230 im gesamten Trägerbereich EGH bewilligten trägerübergreifenden Persönlichen Budgets mehr als die Hälfte (59,1 Prozent) durch überörtliche EGH-Träger gemeldet worden. Der Anteil der bewilligten trägerübergreifenden Persönlichen Budgets an allen entschiedenen Gesamtanträgen fällt sowohl bei den örtlichen als auch bei den überörtlichen EGH-Trägern mit jeweils rund 0,1 Prozent gering aus (siehe **Anhang**).

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 44** höher sein als die Anzahl der beantragten Persönlichen Budgets in **Tabelle 43**.

Tabelle 44. Anzahl bewilligter trägerübergreifender Persönlicher Budgets (PB) nach Trägerbereich

Trägerbereich	Bewilligte PB	Träger	Träger mit Wert null
BA	14	1 (100%)	0 (0%)
EGH	231	275 (92,3%)	215 (72,1%)
GKV	19	97 (100%)	95 (97,9%)
JH	41	465 (97,7%)	447 (93,9%)
RV	-*	17 (100%)	16 (94,1%)
SER	0	238 (99,6%)	238 (99,6%)
UV	16	34 (100%)	29 (85,3%)
Gesamt	321	1.127 (97,0%)	1.040 (89,5%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2022.

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

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Tabelle 45 und **Tabelle 46** 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 45. Prozentualer Anteil beantragter trägerübergreifender Persönlicher Budgets (PB) an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Beantragte PB	Anteil beantragte PB	Entschiedene Gesamtanträge	Träger
BA	14	0,02	56.367	1 (100%)
EGH	389	0,17	224.501	274 (91,9%)
GKV	27	0,003	906.926	97 (100%)
JH	39	0,12	31.695	438 (92,0%)
RV	-*	-*	1.498.683	17 (100%)
SER	-*	-*	4.087	58 (24,3%)
UV	16	0,03	59.351	34 (100%)
Gesamt	485	0,02	2.781.610	919 (79,1%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022, von denen Angaben zur Anzahl beantragter trägerübergreifender 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 45

Im Trägerbereich EGH wurde bei 0,17 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 274 Träger zu. Der Anteil der beantragten Persönlichen Budgets basiert also auf den Daten von 91,9 Prozent der Träger der EGH.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Tabelle 46. Prozentualer Anteil bewilligter trägerübergreifender Persönlicher Budgets (PB) an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich

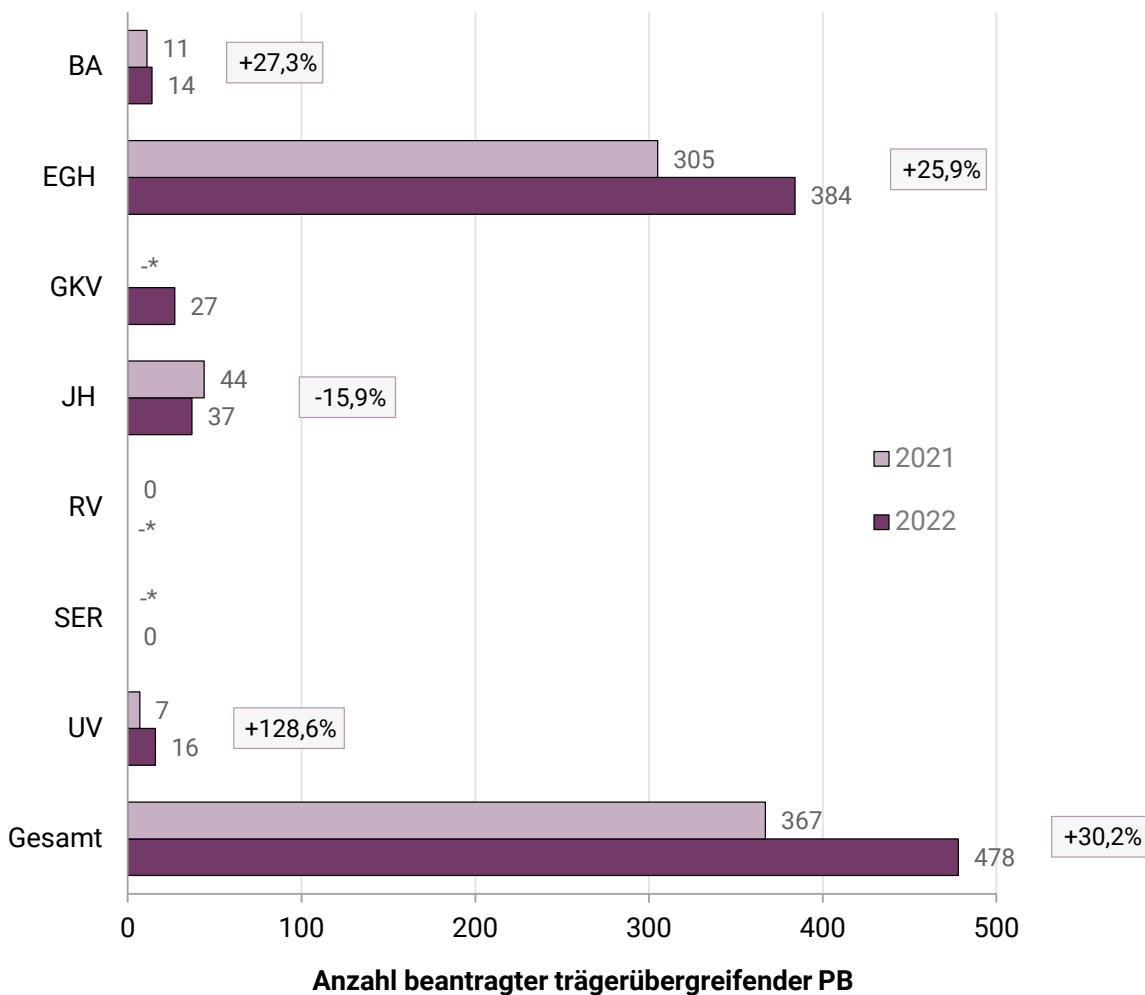
Trägerbereich	Bewilligte PB	Anteil bewilligte PB	Entschiedene Gesamtanträge	Träger
BA	14	0,02	56.367	1 (100%)
EGH	230	0,10	221.941	270 (90,6%)
GKV	19	0,002	906.926	97 (100%)
JH	41	0,13	31.751	440 (92,4%)
RV	-*	-*	1.498.683	17 (100%)
SER	0	0	4.088	58 (24,3%)
UV	16	0,03	59.351	34 (100%)
Gesamt	320	0,01	2.779.107	917 (78,9%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022, von denen Angaben zur Anzahl bewilligter trägerübergreifender 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.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Wie viele trägerübergreifende Persönliche Budgets in den einzelnen Trägerbereichen 2021 und 2022 **beantragt** wurden, ist aus **Abbildung 36** ersichtlich.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl beantragter trägerübergreifender Persönlicher Budgets sowohl für das Berichtsjahr 2021 als auch für das Berichtsjahr 2022 vorliegen. Die Anzahl trägerübergreifender Persönlicher Budgets 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 Persönlicher Budgets im Berichtsjahr 2022 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2021: 367 Persönliche Budgets von 986 Trägern (Gebietsstand 2022).

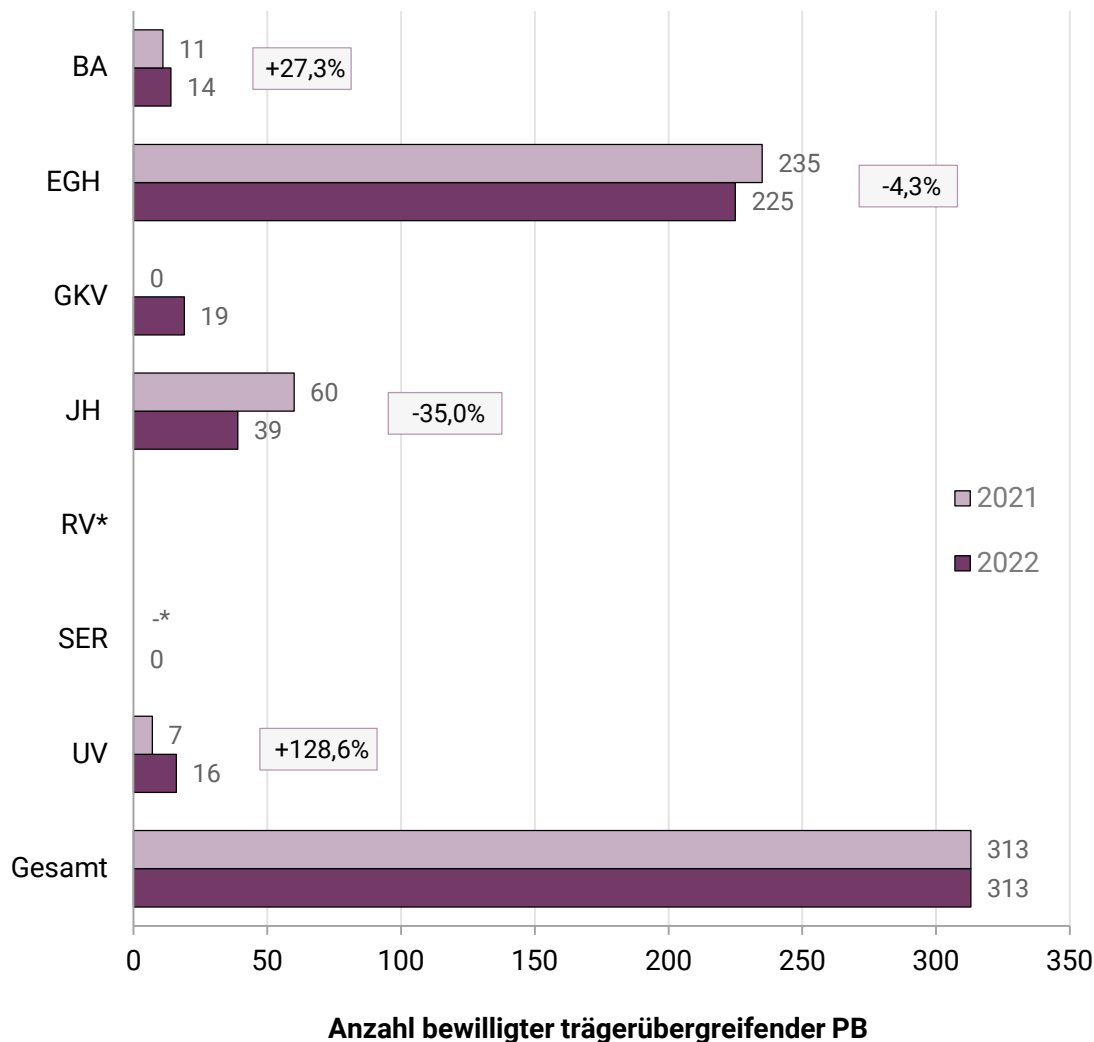
Datengrundlage 2022: 478 Persönliche Budgets von 986 Trägern (Gebietsstand 2022).

* 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 36. Anzahl beantragter trägerübergreifender Persönlicher Budgets (PB) nach Trägerbereich und Berichtsjahr

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerüberggr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Abbildung 37 zeigt, wie viele trägerübergreifende Persönliche Budgets in den einzelnen Trägerbereichen 2021 und 2022 bewilligt wurden.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl bewilligter trägerübergreifender Persönlicher Budgets sowohl für das Berichtsjahr 2021 als auch für das Berichtsjahr 2022 vorliegen. Die Anzahl trägerübergreifender Persönlicher Budgets 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 Persönlicher Budgets im Berichtsjahr 2022 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2021: 313 Persönliche Budgets von 983 Trägern (Gebietsstand 2022).

Datengrundlage 2022: 313 Persönliche Budgets von 983 Trägern (Gebietsstand 2022).

* 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 bewilligter trägerübergreifender Persönlicher Budgets (PB) nach Trägerbereich und Berichtsjahr

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



Aus den Trägerbereichen

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

3.3.13 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).

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



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 2022 versendeten Mitteilungen liegen von 1.019 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 2.677 versendete Mitteilungen ([Tabelle 47](#)).

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 81 Träger berechnet werden, die für das Berichtsjahr mindestens eine Mitteilung versendet haben. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 1.776 Gesamtanträge mit mindestens einer Mitteilung ([Tabelle 48](#)).

Der prozentuale Anteil von Gesamtanträgen mit mindestens einer Mitteilung an allen entschiedenen Gesamtanträgen konnte für die 842 Träger berechnet werden, bei denen auch mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Die entsprechende Datengrundlage beläuft sich somit auf 2.648.998 entschiedene Gesamtanträge ([Tabelle 49](#)).

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.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Tabelle 47 zeigt, wie viele Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer versendet wurden. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ ist außerdem ersichtlich, wie viele Träger im Jahr 2022 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 47. Anzahl der Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer nach Trägerbereich

Trägerbereich	Mitteilungen	Träger	Träger mit Wert null
BA	718	1 (100%)	0 (0%)
EGH	698	270 (90,6%)	244 (81,9%)
GKV	11	97 (100%)	96 (99,0%)
JH	814	453 (95,2%)	406 (85,3%)
RV	416	17 (100%)	12 (70,6%)
SER	0	236 (98,7%)	236 (98,7%)
UV	20	30 (88,2%)	25 (73,5%)
Gesamt	2.677	1.104 (95,0%)	1.019 (87,7%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2022.

Tabelle 48 zeigt, bei wie vielen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe mindestens eine Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer versendet wurde und wie viele Mitteilungen durchschnittlich pro Antrag mit mindestens einer Mitteilung versendet wurden (siehe dritte Spalte). Dies 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.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Tabelle 48. 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	718	1,0	688	1 (100%)
EGH	695	1,5	449	24 (8,1%)
GKV	11	1,1	10	1 (1,0%)
JH	814	2,5	322	47 (9,9%)
RV	416	1,4	294	5 (29,4%)
SER	- **	- **	- **	0 (0%)
UV	17	1,3	13	3 (8,8%)
Gesamt	2.671	1,5	1.776	81 (7,0%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022, 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 48

Im Bereich der EGH kam es bei 449 Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe zu einer oder mehreren Mitteilungen. Da insgesamt in diesem Trägerbereich mehr, nämlich 695 Mitteilungen versendet wurden, kam es im Rahmen einiger Anträge zu mehr als einer Mitteilung. Daraus ergeben sich im Durchschnitt 1,5 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 24 Träger zutrifft. Die Anzahl der Mitteilungen pro Antrag mit mindestens einer Mitteilung basiert also auf den Daten von 8,1 Prozent aller Träger der EGH.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Tabelle 49 zeigt, 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 49. 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	688	1,22	56.367	1 (100%)
EGH	449	0,43	103.427	217 (72,8%)
GKV	10	0,001	906.926	97 (100%)
JH	322	1,05	30.768	431 (90,5%)
RV	294	0,02	1.498.685	17 (100%)
SER	0	0	4.074	51 (21,3%)
UV	13	0,03	48.751	28 (82,4%)
Gesamt	1.776	0,07	2.648.998	842 (72,5%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022, 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.

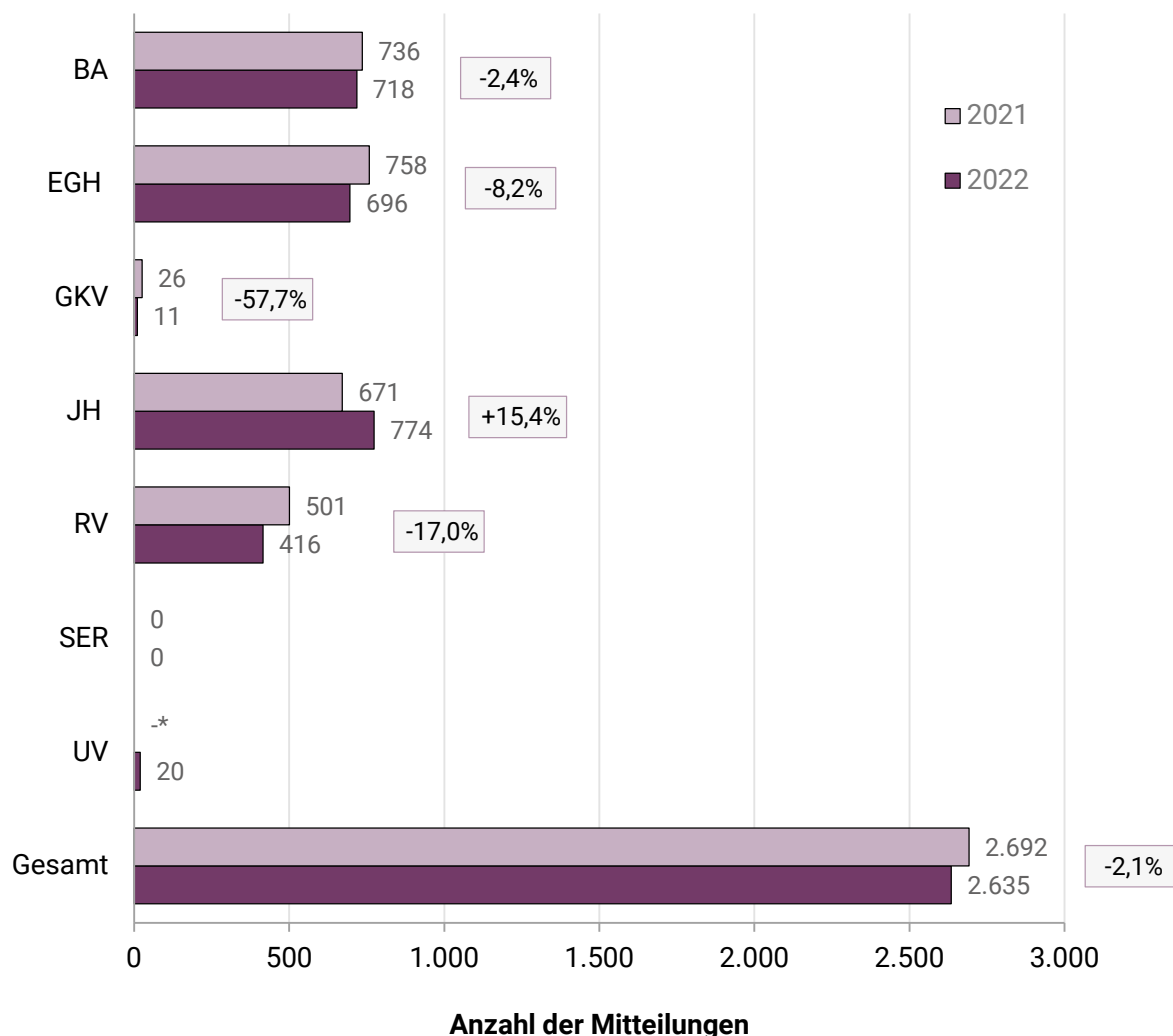


Betrachtungsbeispiel zu Tabelle 49

Bei der BA wurde bei 1,22 Prozent aller im Berichtsjahr entschiedenen Gesamtanträge mindestens eine Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer versendet.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Wie viele Mitteilungen die Träger in 2021 und in 2022 versendet haben, ist im Jahresvergleich in [Abbildung 38](#) 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 2021 als auch für das Berichtsjahr 2022 vorliegen. Die Anzahl der Mitteilungen 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 Mitteilungen im Berichtsjahr 2022 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2021: 2.692 Mitteilungen von 908 Trägern (Gebietsstand 2022).

Datengrundlage 2022: 2.635 Mitteilungen von 908 Trägern (Gebietsstand 2022).

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

Abbildung 38. Anzahl der Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer nach Trägerbereich und Berichtsjahr

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

3.3.14 Sachverhalt 14: Erstattungsverfahren nach § 18 SGB IX (Erstattung selbstbeschaffter Leistungen)



Gesetzestext:

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



Fragestellungen:

Wie viele Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen wurden bei den Rehabilitationsträgern entschieden?

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 wurde. Unter Bewilligung fallen hier sowohl vollständig (Erstattung in voller Höhe) als auch teilweise (Erstattung eines Teils der Aufwendungen) bewilligte Erstattungsanträge.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen 165	
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



Zur Einordnung der Daten

Angaben zur Anzahl der in 2022 entschiedenen Anträge auf Erstattung nach § 18 SGB IX liegen von 1.110 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 173 Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen ([Tabelle 50](#)). Angaben zur Anzahl der Anträge mit mindestens einem in 2022 entschiedenen Antrag auf Erstattung nach § 18 SGB IX liegen von 1.156 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 172 Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen ([Tabelle 51](#)).

Da die Daten zur Anzahl von entschiedenen Anträgen auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen unabhängig von den entschiedenen Gesamtanträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eines Berichtsjahres (siehe [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 prozentualen Anteile der bewilligten und der abgelehnten Erstattungsanträge an allen entschiedenen Erstattungsanträgen konnten für die 49 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 158 entschiedene Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen ([Abbildung 39](#)). Die jeweils zugrundeliegende Anzahl der entschiedenen Erstattungsanträge ist in [Tabelle 52](#) aufgeführt.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbstbeschaffter Leistungen 165		
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142		SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach			Förderung Selbsthilfe	190
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159			

Tabelle 50 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 2022 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, der GKV und im Bereich SER, keine Erstattungsanträge im Berichtsjahr entschieden wurden.

Tabelle 50. Anzahl entschiedener Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Erstattungsanträge	Träger	Träger mit Wert null
BA	0	1 (100%)	1 (100%)
EGH	42	274 (91,9%)	252 (84,6%)
GKV	0	97 (100%)	97 (100%)
JH	43	453 (95,2%)	433 (91,0%)
RV	61	16 (94,1%)	8 (47,1%)
SER	0	239 (100%)	239 (100%)
UV	27	30 (88,2%)	26 (76,5%)
Gesamt	173	1.110 (95,5%)	1.056 (90,9%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2022.



Betrachtungsbeispiel zu Tabelle 50

Im Trägerbereich UV wurden 27 Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen entschieden. Angaben dazu liegen von 30 Trägern vor. Jedoch haben 26 Träger den Wert null übermittelt. Demnach verteilen sich die 27 gemeldeten Erstattungsanträge auf vier Träger.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen 165		
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142		SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach			Förderung Selbsthilfe	190
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159			

In **Tabelle 51** 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 2022 kein solcher Antrag entschieden wurde.

Tabelle 51. 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	40	297 (99,7%)	275 (92,3%)
GKV	0	97 (100%)	97 (100%)
JH	43	475 (99,8%)	455 (95,6%)
RV	62	17 (100%)	8 (47,1%)
SER	0	239 (100%)	239 (100%)
UV	27	30 (88,2%)	26 (76,5%)
Gesamt	172	1.156 (99,5%)	1.101 (94,8%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2022.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Abbildung 39 zeigt, wie viel Prozent der Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen bewilligt und wie viel Prozent insgesamt über alle Trägerbereiche hinweg abgelehnt wurden. **Tabelle 52** 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 52** 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 39** auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert.

Tabelle 52. Anzahl bewilligter und abgelehnter Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach Trägerbereich

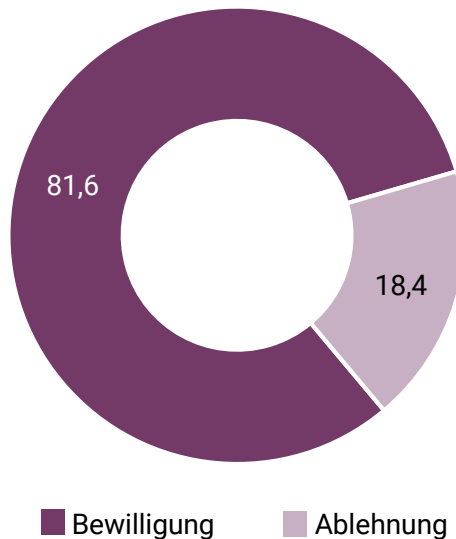
Trägerbereich	Bewilligungen	Ablehnungen	Entschiedene Erstattungsanträge	Träger
BA	- **	- **	- **	0 (0%)
EGH	31	10	41	21 (7,0%)
GKV	- **	- **	- **	0 (0%)
JH	29	-*	29	16 (3,4%)
RV	61	0	61	8 (47,1%)
SER	- **	- **	- **	0 (0%)
UV	8	19	27	4 (11,8%)
Gesamt	129	29	158	49 (4,2%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022, 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.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022, 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.

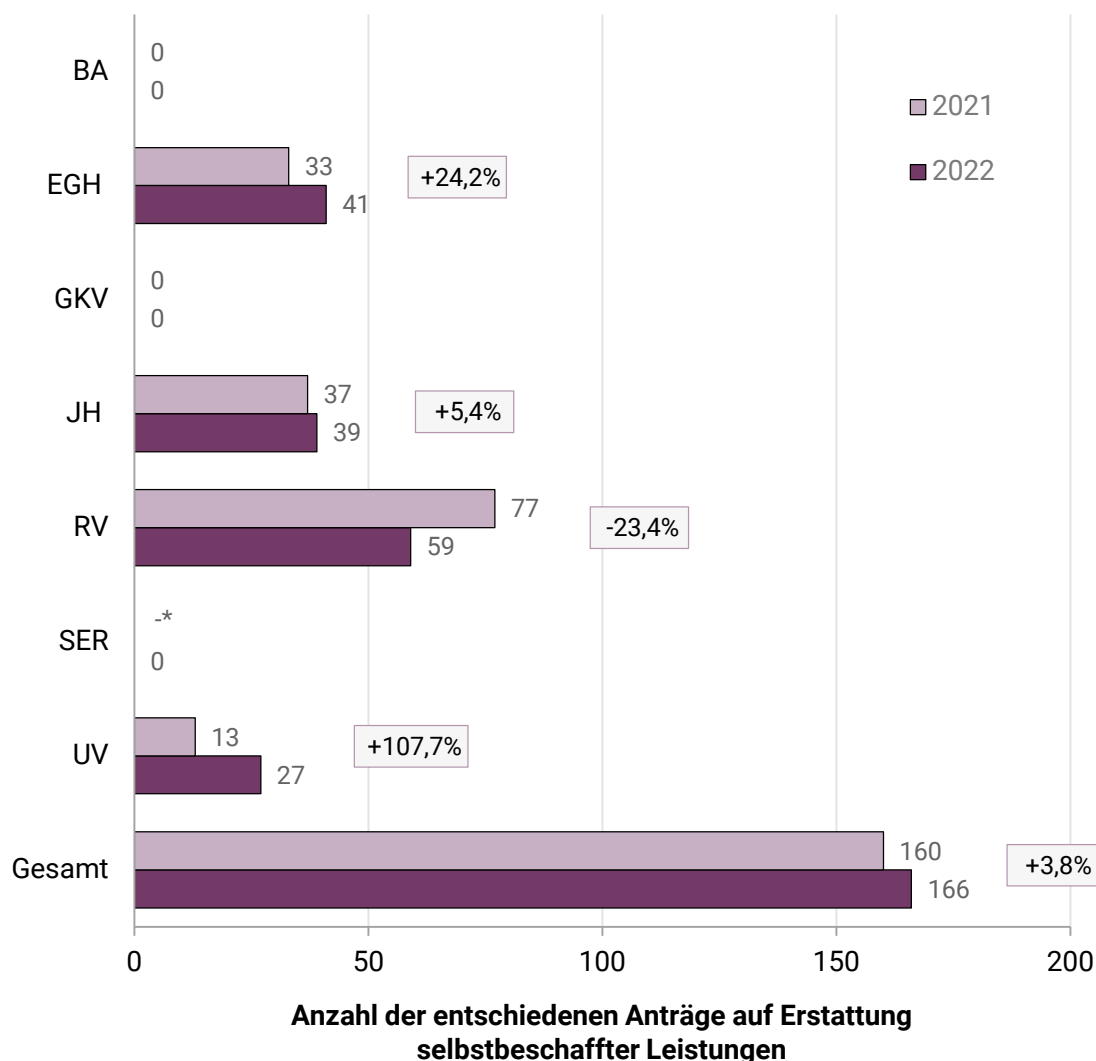
Datengrundlage: 158 entschiedene Erstattungsanträge von 49 Trägern.

Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes in dieser Darstellung nicht berücksichtigt.

Abbildung 39. 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 40** für die Jahre 2021 und 2022 gegenübergestellt.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen sowohl für das Berichtsjahr 2021 als auch für das Berichtsjahr 2022 vorliegen. Die Anzahl der Erstattungsanträge 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 Erstattungsanträge im Berichtsjahr 2022 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2021: 160 Erstattungsanträge von 955 Trägern (Gebietsstand 2022).
 Datengrundlage 2022: 166 Erstattungsanträge von 955 Trägern (Gebietsstand 2022).

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

Abbildung 40. Anzahl entschiedener Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach Trägerbereich und Berichtsjahr

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

3.3.15 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 vorausgegangenem 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 1.085 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 118.507 entschiedene Widersprüche ([Tabelle 53](#)).

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 328 Träger mit mindestens einem entschiedenen Widerspruch berechnet werden, von denen auch Angaben zur Anzahl erfolgreicher Widersprüche vorliegen. Die Datengrundlage reduziert sich somit auf 118.420 entschiedene Widersprüche ([Tabelle 54](#), [Abbildung 41](#) und [Abbildung 42](#)).

In der trägerspezifischen Darstellung des prozentualen Anteils erfolgreicher Widersprüche werden nur Träger mit mindestens 25 Widersprüchen abgebildet. Die Datengrundlage reduziert sich somit auf 117.413 entschiedene Widersprüche von 78 Trägern ([Abbildung 43](#)).

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Angaben zur Anzahl der im Berichtsjahr entschiedenen **Klagen** liegen von 1.092 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 4.326 entschiedene Klagen ([Tabelle 55](#)).

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 110 Träger mit mindestens einer entschiedenen Klage berechnet werden, von denen auch Angaben zur Anzahl erfolgreicher Klagen vorliegen. Die Datengrundlage reduziert sich somit auf 4.289 entschiedene Klagen ([Tabelle 56](#), [Abbildung 45](#) und [Abbildung 46](#)).

In der trägerspezifischen Darstellung des prozentualen Anteils erfolgreicher Klagen werden nur Träger mit mindestens 25 Klagen abgebildet. Die Datengrundlage reduziert sich somit auf 4.036 entschiedene Klagen von 21 Trägern ([Abbildung 47](#)).

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 2022 erhoben und erst im Folgejahr 2023 rechtskräftig entschieden, wird ihr Ausgang nicht im Berichtsjahr 2022, sondern im (folgenden) Berichtsjahr 2023 abgebildet. Die Anzahl der entschiedenen Widersprüche bzw. Klagen kann sich folglich auch auf Anträge aus den Vorjahren beziehen.

Die Angaben zum Anteil erfolgreicher Widersprüche ([Tabelle 54](#), [Abbildung 41](#), [Abbildung 42](#) und [Abbildung 43](#)) und erfolgreicher Klagen ([Tabelle 56](#), [Abbildung 45](#), [Abbildung 46](#) und [Abbildung 47](#)) 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.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Tabelle 53 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 2022 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.

Im Trägerbereich EGH geht mehr als Dreiviertel aller entschiedenen Widersprüche (78,9 Prozent) auf 12 überörtliche Träger zurück. Die übrigen entschiedenen Widersprüche (21,1 Prozent) in diesem Trägerbereich entfallen auf 118 örtliche Träger (siehe [Anhang](#)).

Tabelle 53. Anzahl entschiedener Widersprüche nach Trägerbereich

Trägerbereich	Entschiedene Widersprüche	Träger	Träger mit Wert null
BA	2.730	1 (100%)	0 (0%)
EGH	2.436	257 (86,2%)	127 (42,6%)
GKV	26.467	97 (100%)	16 (16,5%)
JH	231	446 (93,7%)	348 (73,1%)
RV	86.343	17 (100%)	0 (0%)
SER	8	237 (99,2%)	231 (96,7%)
UV	292	30 (88,2%)	17 (50,0%)
Gesamt	118.507	1.085 (93,4%)	739 (63,6%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2022.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Wie viele Widersprüche aus Sicht des Leistungsberechtigten erfolgreich bzw. nicht erfolgreich entschieden wurden, wird in **Tabelle 54** gegenübergestellt. Dabei können nur Träger berücksichtigt werden, die mindestens einen Widerspruch entschieden haben und von denen auch Angaben zur Anzahl erfolgreicher Widersprüche 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 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 41** dargestellt.

Tabelle 54. Anzahl erfolgreicher und nicht erfolgreicher Widersprüche nach Trägerbereich

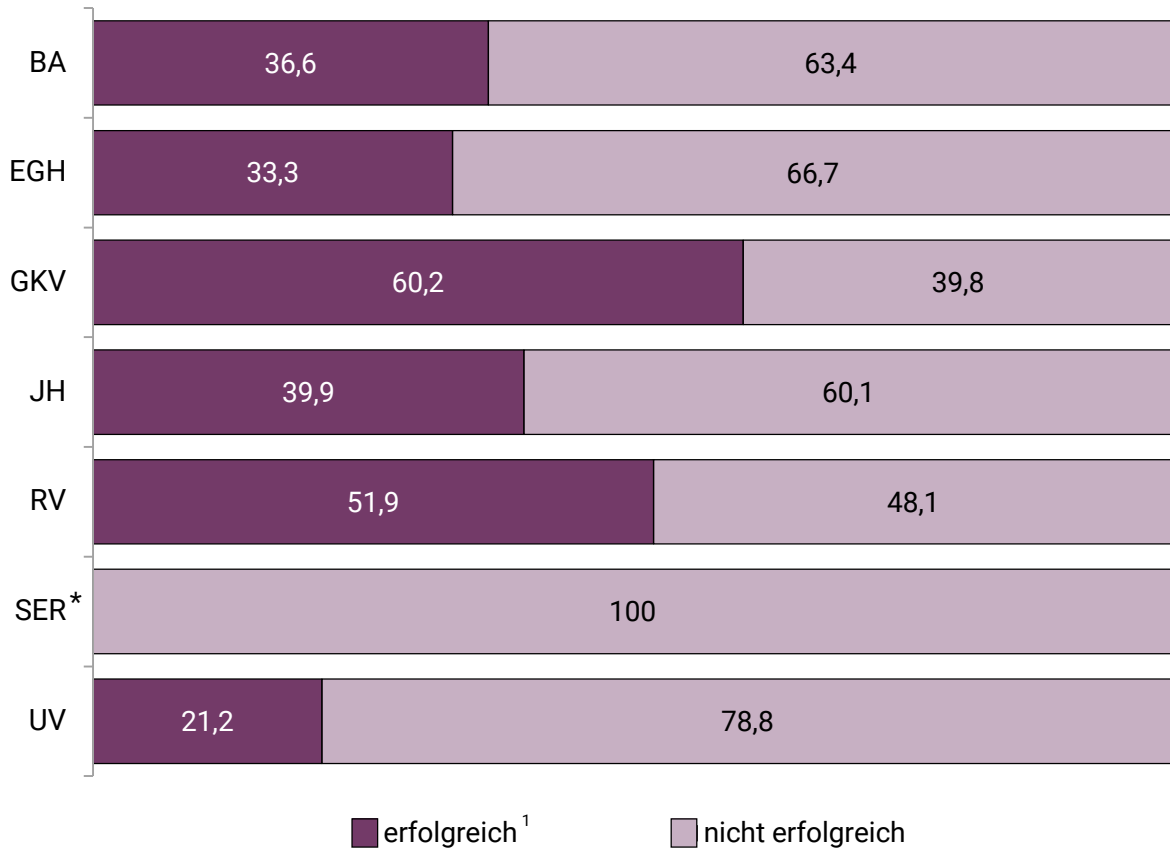
Trägerbereich	Erfolgreich ¹	Nicht erfolgreich	Entschiedene Widersprüche	Träger
BA	999	1.731	2.730	1 (100%)
EGH	793	1.587	2.380	125 (41,9%)
GKV	15.925	10.542	26.467	81 (83,5%)
JH	81	122	203	85 (17,9%)
RV	44.846	41.497	86.343	17 (100%)
SER	.*	5	5	6 (2,5%)
UV	62	230	292	13 (38,2%)
62.706	62.706	55.714	118.420	328 (28,2%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022 mit mindestens einem entschiedenen Widerspruch, von denen auch Angaben zur Anzahl der erfolgreichen¹ Widersprüche vorliegen. Die Anzahl der entschiedenen Widersprüche 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. Auch die Anzahl der entschiedenen Widersprüche wurde für die Darstellung entsprechend reduziert.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022 mit mindestens einem entschiedenen Widerspruch, von denen auch Angaben zur Anzahl der erfolgreichen¹ Widersprüche vorliegen.

Datengrundlage: 118.420 entschiedene Widersprüche von 328 Trägern.

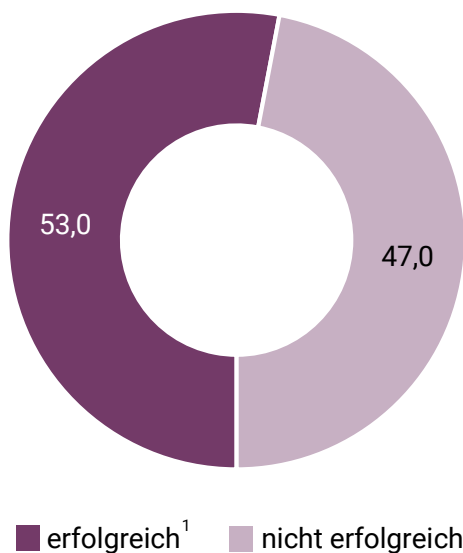
¹ Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten.

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

Abbildung 41. Prozentuale Verteilung erfolgreicher und nicht erfolgreicher Widersprüche nach Trägerbereich

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Die Verteilung der erfolgreich und der nicht erfolgreich entschiedenen Widersprüche insgesamt, also über alle Trägerbereiche hinweg, wird in **Abbildung 42** gezeigt.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022 mit mindestens einem entschiedenen Widerspruch, von denen auch Angaben zur Anzahl der erfolgreichen¹ Widersprüche vorliegen.

Datengrundlage: 118.420 entschiedene Widersprüche von 328 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 42. Prozentuale Verteilung erfolgreicher und nicht erfolgreicher Widersprüche insgesamt

Abbildung 43 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.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerüberg.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

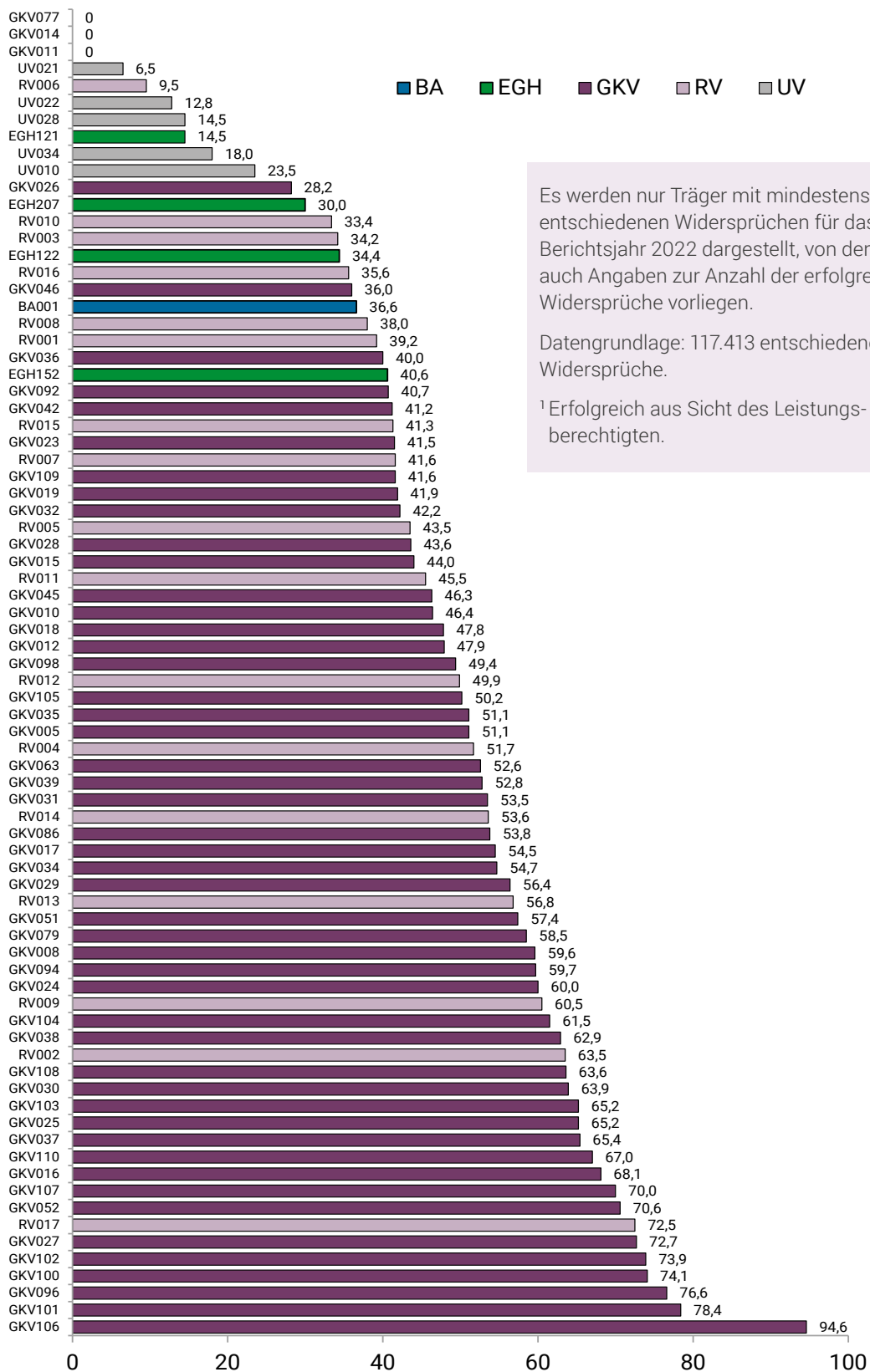
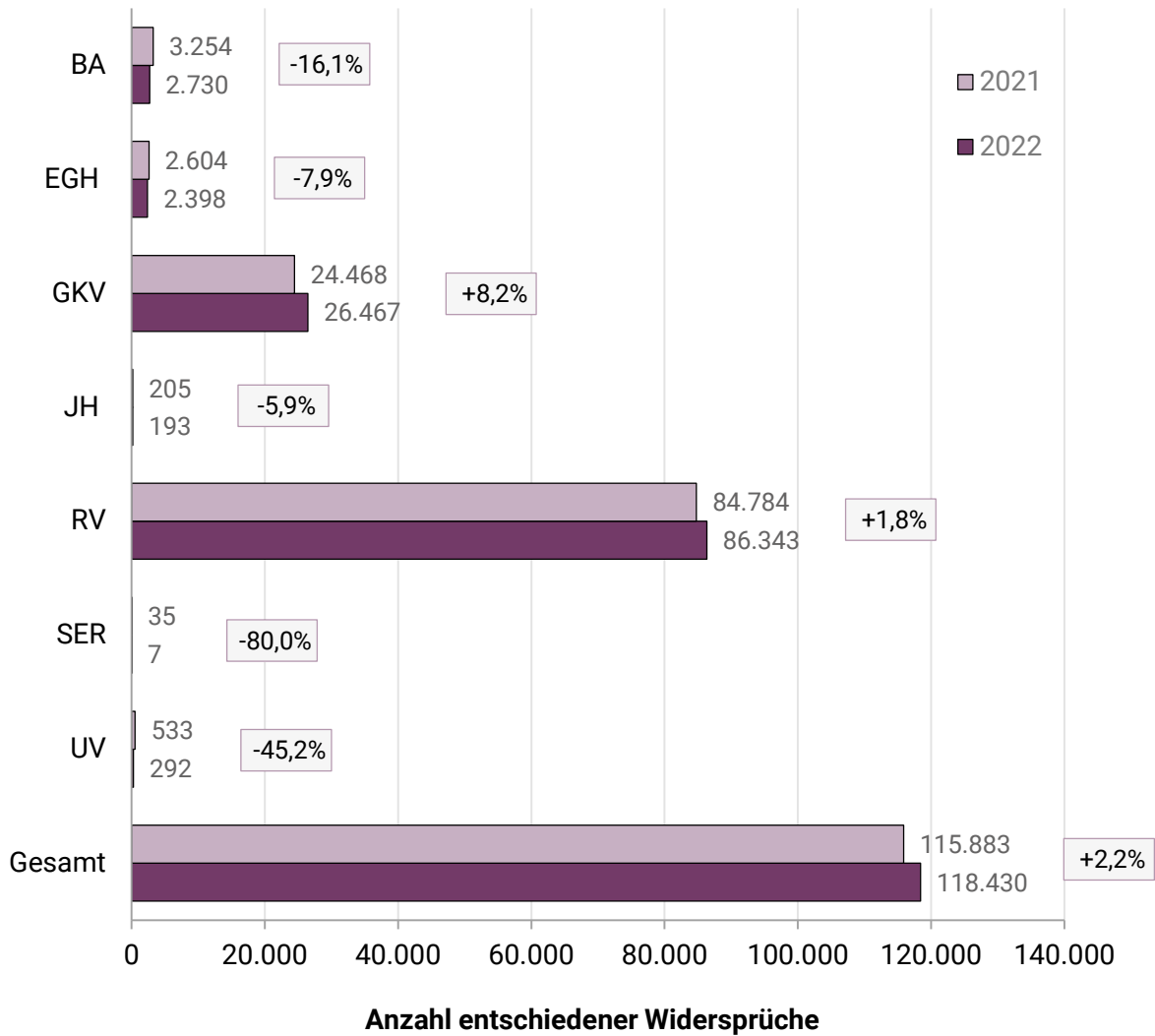


Abbildung 43. Prozentualer Anteil erfolgreicher Widersprüche pro Träger

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Abbildung 44 zeigt, wie viele Widersprüche jeweils in den Jahren 2021 und 2022 entschieden wurden.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der entschiedenen Widersprüche sowohl für das Berichtsjahr 2021 als auch für das Berichtsjahr 2022 vorliegen. Die Anzahl der entschiedenen Widersprüche 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 entschiedener Widersprüche im Berichtsjahr 2022 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2021: 115.883 entschiedene Widersprüche von 929 Trägern (Gebietsstand 2022).

Datengrundlage 2022: 118.430 entschiedene Widersprüche von 929 Trägern (Gebietsstand 2022).

Abbildung 44. Anzahl entschiedener Widersprüche nach Trägerbereich und Berichtsjahr

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Tabelle 55 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 2022 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.

Ähnlich wie bei den entschiedenen Widersprüchen gehen im Trägerbereich EGH auch bei den entschiedenen Klagen etwa Dreiviertel (75,2 Prozent) allein auf 6 überörtliche Träger zurück (siehe [Anhang](#)).

Tabelle 55. Anzahl entschiedener Klagen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Entschiedene Klagen	Träger	Träger mit Wert null
BA	352	1 (100%)	0 (0%)
EGH	440	255 (85,6%)	212 (71,1%)
GKV	228	97 (100%)	82 (84,5%)
JH	46	455 (95,6%)	424 (89,1%)
RV	3.201	17 (100%)	0 (0%)
SER	5	238 (99,6%)	237 (99,2%)
UV	54	29 (85,3%)	20 (58,8%)
Gesamt	4.326	1.092 (94,0%)	975 (83,9%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2022.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Wie viele Klagen aus Sicht des Leistungsberechtigten erfolgreich bzw. nicht erfolgreich entschieden wurden, wird in **Tabelle 56** 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. Beispielsweise beruhen die fünf entschiedenen Klagen im Trägerbereich SER auf den Angaben eines Trägers. Die jeweiligen Anteile, also wie viel Prozent der Klagen aus Sicht des Leistungsberechtigten erfolgreich bzw. nicht erfolgreich entschieden wurden, sind in **Abbildung 45** dargestellt.

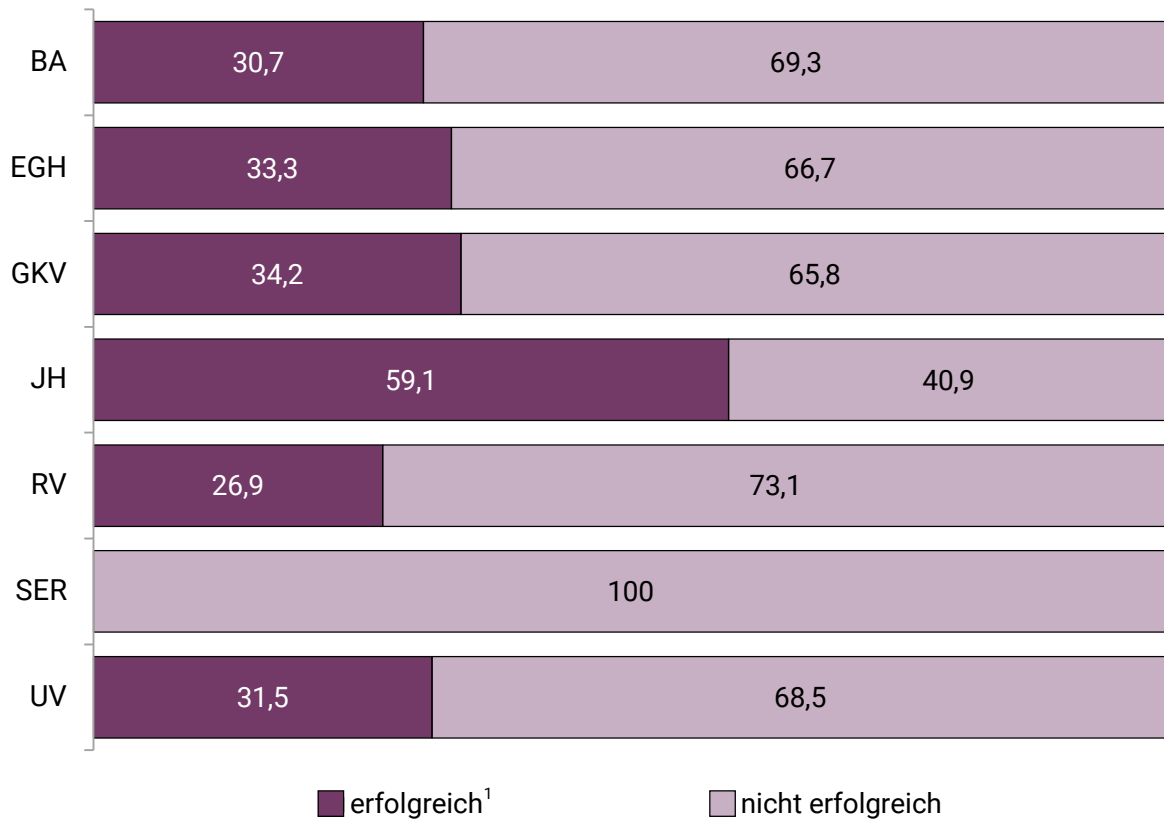
Tabelle 56. Anzahl erfolgreicher und nicht erfolgreicher Klagen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Erfolgreich ¹	Nicht erfolgreich	Entschiedene Klagen	Träger
BA	108	244	352	1 (100%)
EGH	135	270	405	38 (12,8%)
GKV	78	150	228	15 (15,5%)
JH	26	18	44	29 (6,1%)
RV	860	2.341	3.201	17 (100%)
SER	0	5	5	1 (0,4%)
UV	17	37	54	9 (26,5%)
Gesamt	1.224	3.065	4.289	110 (9,5%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022 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.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022 mit mindestens einer entschiedenen Klage, von denen auch Angaben zur Anzahl der erfolgreichen¹ Klagen vorliegen.

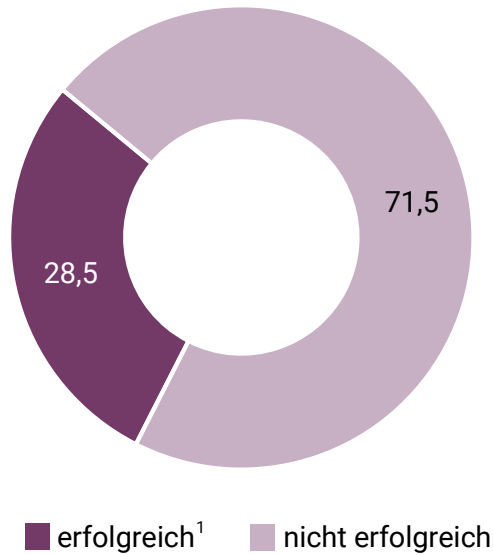
Datengrundlage: 4.289 entschiedene Klagen von 110 Trägern.

¹ Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten.

Abbildung 45. Prozentuale Verteilung erfolgreicher und nicht erfolgreicher Klagen nach Trägerbereich

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Die Verteilung der erfolgreich und der nicht erfolgreich entschiedenen Klagen insgesamt, also über alle Trägerbereiche hinweg, wird in **Abbildung 46** gezeigt.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2022 mit mindestens einer entschiedenen Klage, von denen auch Angaben zur Anzahl der erfolgreichen¹ Klagen vorliegen.

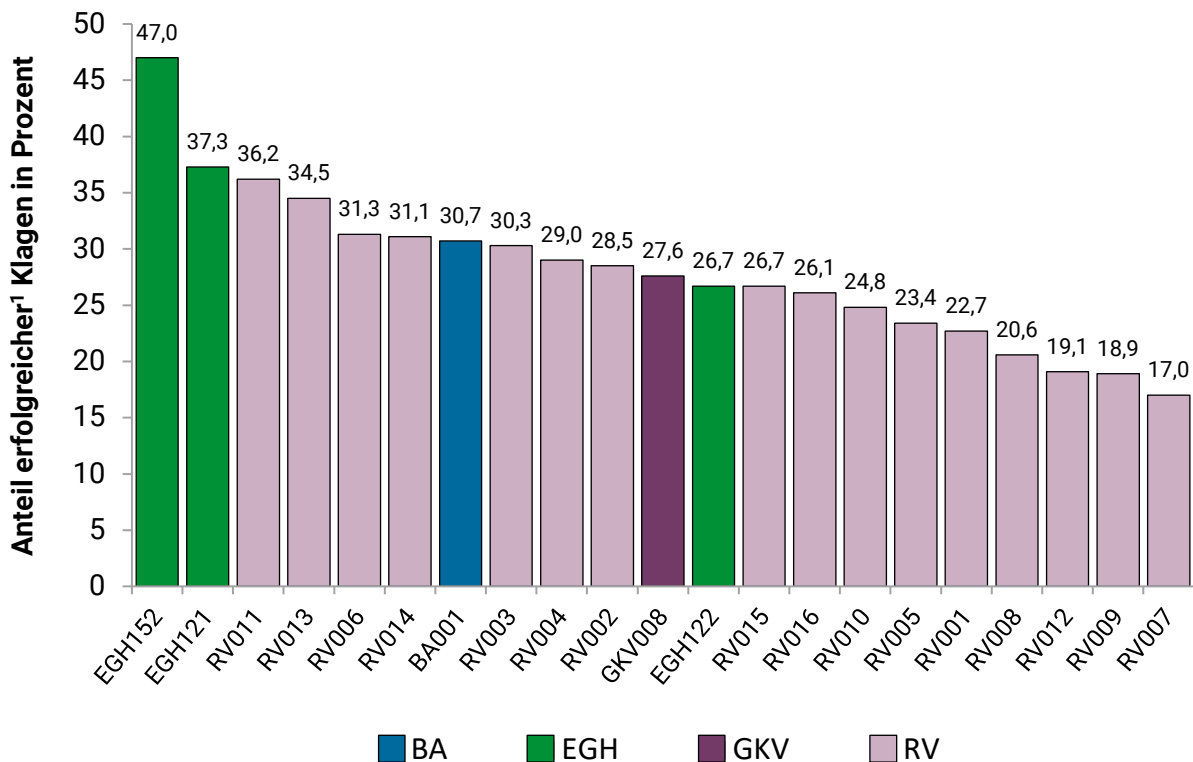
Datengrundlage: 4.289 entschiedene Klagen von 110 Trägern.

¹ Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten.

Abbildung 46. Prozentuale Verteilung erfolgreicher und nicht erfolgreicher Klagen insgesamt

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Abbildung 47 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 2022 dargestellt, von denen auch Angaben zur Anzahl der erfolgreichen¹ Klagen vorliegen.

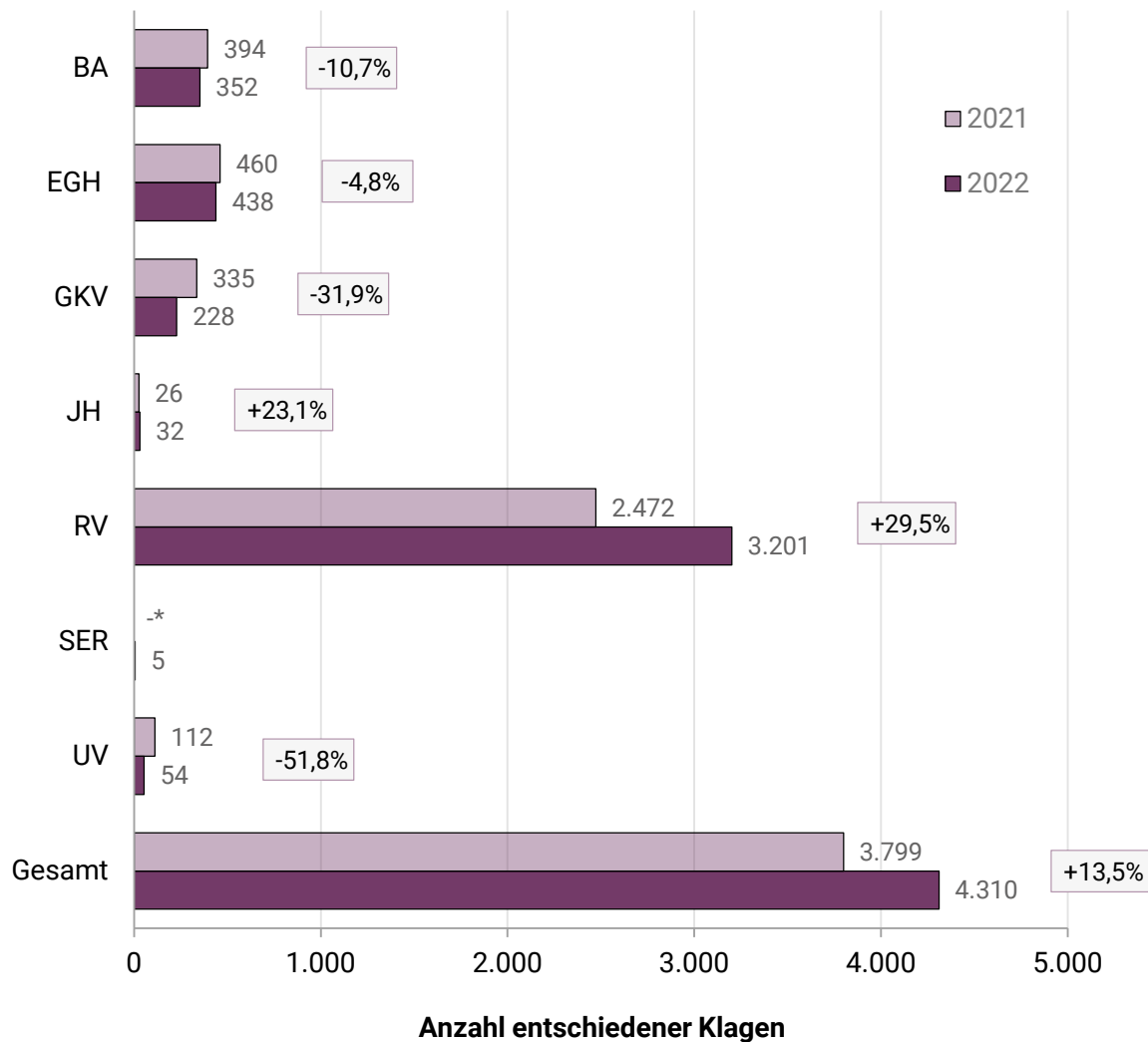
Datengrundlage: 4.036 entschiedene Klagen.

¹ Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten.

Abbildung 47. Prozentualer Anteil erfolgreicher Klagen pro Träger

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbeihilfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Abbildung 48 zeigt im Vergleich, wie viele Klagen jeweils in den Jahren 2021 und 2022 entschieden wurden.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl entschiedener Klagen sowohl für das Berichtsjahr 2021 als auch für das Berichtsjahr 2022 vorliegen. Die Anzahl der entschiedenen Klagen 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 entschiedener Klagen im Berichtsjahr 2022 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2021: 3.799 entschiedene Klagen von 939 Trägern (Gebietsstand 2022).
 Datengrundlage 2022: 4.310 entschiedene Klagen von 939 Trägern (Gebietsstand 2022).

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

Abbildung 48. Anzahl entschiedener Klagen nach Trägerbereich und Berichtsjahr

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



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.

3.3.16 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.



Fragestellungen:

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.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



Zur Einordnung der Daten

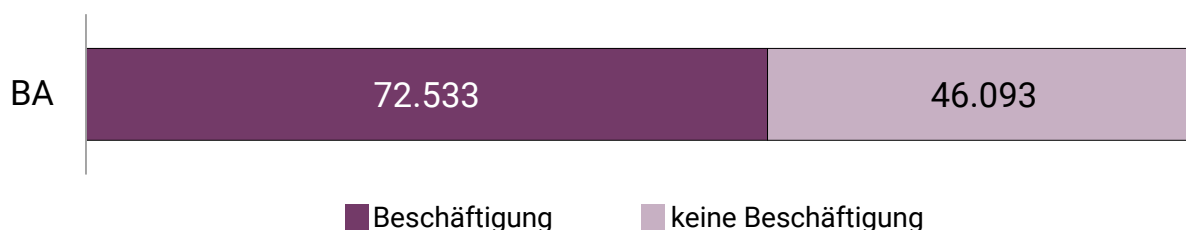
Da dieser Sachverhalt nicht für alle Trägerbereiche einschlägig ist, können nicht alle Träger entsprechende Daten erfassen und übermitteln. Bei den Trägerbereichen BA, EGH, JH, RV, SER und UV gehören LTA zum Leistungsspektrum. Nur die BA, die RV und die UV erfassen auch systematisch den weiteren beruflichen 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.

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 118.626 Leistungsfälle, die im Zeitraum vom 01.07.2021 bis zum 30.06.2022 eine LTA-Maßnahme beendet haben. Innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten nach Ende der LTA-Maßnahme haben davon 72.533 Leistungsfälle im Berichtsjahr eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen. Hingegen haben 46.093 Leistungsfälle im selben Zeitraum keine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen (vgl. [Abbildung 49](#)).



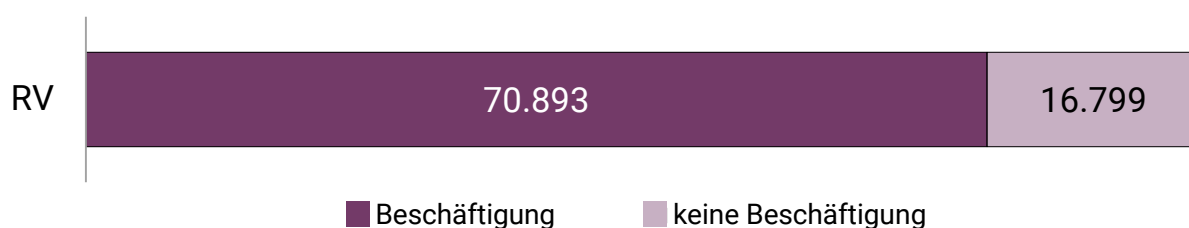
Datengrundlage: 118.626 beendete LTA-Maßnahmen für das Berichtsjahr 2022.

Abbildung 49. Anzahl sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungen 6 Monate nach Ende einer LTA-Maßnahme bei der BA

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

Dauerhafte Integration in Arbeit im Trägerbereich RV

Die Träger der **RV** berichten 87.692 Leistungsfälle, bei denen das Datum des Leistungsendes plus sechs Monate im Vorjahr des Berichtsjahres liegt (Für den aktuellen THVB gilt entsprechend das Leistungsende zwischen 01.07.2020 bis 30.06.2021.). Im 6. Kalendermonat nach dem Endmonat jeder LTA-Leistung wird geprüft, ob eine Beschäftigung vorliegt. Dies trifft auf 70.893 Leistungsberechtigte zu; bei 16.799 Leistungsberechtigten liegt demnach keine Beschäftigung vor (siehe [Abbildung 50](#)). Eine auslösende LTA-Leistung sind hier alle Leistungen nach den §§ 49 und 50 SGB IX, außer Berufsvorbereitungen.

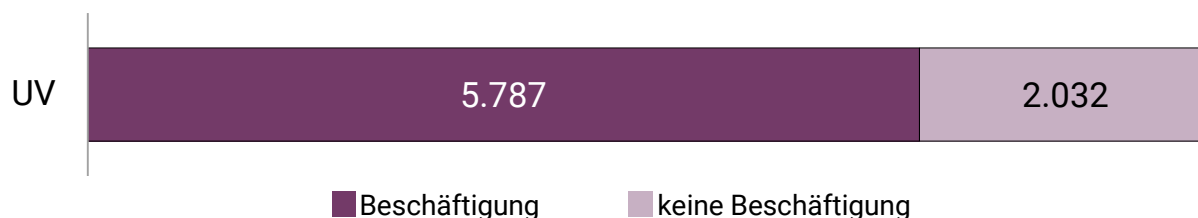


Datengrundlage: 87.692 beendete LTA-Maßnahmen von 16 Trägern für das Berichtsjahr 2022.

Abbildung 50. Anzahl der Beschäftigungen 6 Monate nach Ende einer LTA-Maßnahme bei der RV

Dauerhafte Integration in Arbeit im Trägerbereich UV

Die Träger der **UV** berichten 7.819 Leistungsfälle mit einer beendeten LTA-Maßnahme. Innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten nach Ende der LTA-Maßnahme haben davon 5.787 Leistungsfälle im Berichtsjahr eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen. Hingegen haben 2.032 Leistungsfälle im selben Zeitraum keine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen (siehe [Abbildung 51](#)).



Datengrundlage: 7.819 beendete LTA-Maßnahmen von 28 Trägern für das Berichtsjahr 2022.

Abbildung 51. Anzahl der Beschäftigungen 6 Monate nach Ende einer LTA-Maßnahme bei der UV

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190



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 darstellt. Versichert sind neben Beschäftigten und Auszubildenden auch geringfügig Beschäftigte, Hilfeleistende, ehrenamtlich Tätige und Landwirte und Landwirtinnen (über die SVLFG). In einigen Branchen sind auch Unternehmerinnen und Unternehmer, Selbständige, Freiberuflerinnen und Freiberufler kraft Gesetzes oder Satzung des Unfallversicherungsträgers versichert. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit einer freiwilligen Unternehmensversicherung.

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.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

3.4 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 Förderung kann durch ideelle, infrastrukturelle und / oder finanzielle Hilfen erfolgen. Wie die Hilfe genau aussieht, ist in den jeweiligen Leistungsgesetzen der Rehabilitationsträger geregelt. Finanzielle Hilfen leisten die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 20h SGB V) sowie die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 31 SGB VI).

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.



Fragestellungen:

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. Weitere Angaben zur Selbsthilfeförderung liegen für den THVB von diesem Träger nicht vor.

Für die Träger der **EGH** ist in Teil 2 SGB IX keine explizite Vorschrift zur Förderung der Selbsthilfe enthalten. Angaben zur Selbsthilfeförderung liegen für den 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

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

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 2022.

Über den gesamten Trägerbereich GKV gesehen betrug die Förderung der Selbsthilfe in 2022 insgesamt rund 86,8 Mio. Euro. In [Abbildung 52](#) sind die Ausgaben für die Selbsthilfeförderung der GKV differenziert nach Kassenarten dargestellt.

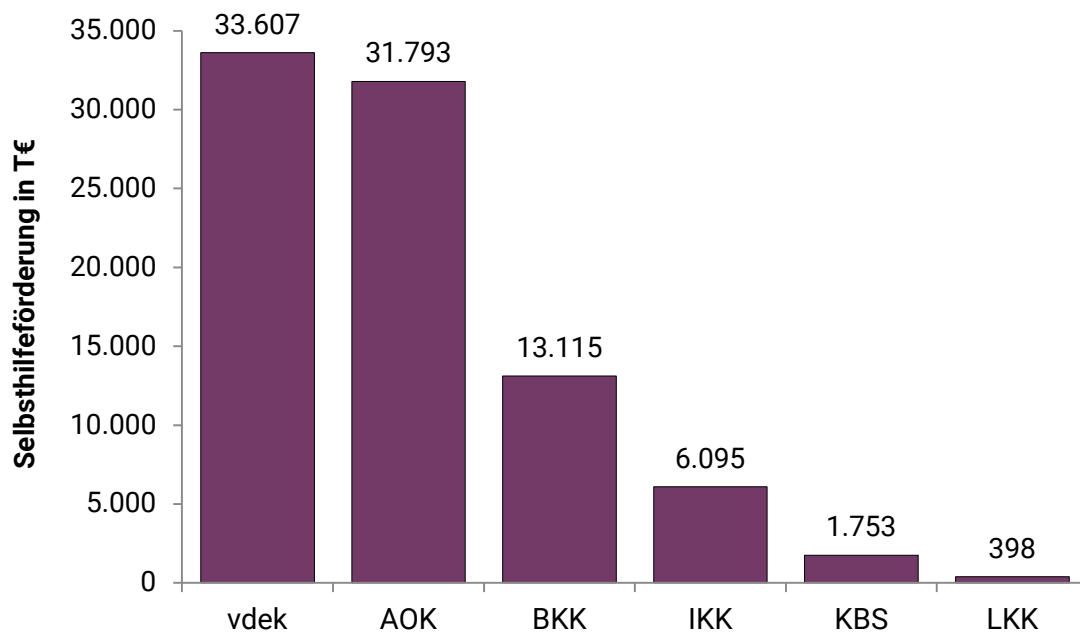


Abbildung 52. Ausgaben zur Förderung der Selbsthilfe nach Kassenarten in 2022

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. Weitere Angaben zur Selbsthilfeförderung liegen für den THVB aus diesem Trägerbereich nicht vor.

SV 1: Gestellte Anträge	52	SV 6: Entscheidungsarten	98	SV 10: Erstattung zw. Trägern	136	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	62	SV 7: Antrittslaufzeiten	104	SV 11: PB (trägerspez.)	142	beschaffter Leistungen	165
SV 3: Fristen	68	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	151	SV 15: Rechtsbehelfe	172
SV 4: Gutachten	84	& -konferenzen	118	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	186
SV 5: Bearbeitungsdauer	90	SV 9: Teilhabepläne	129	§ 18 Abs. 1	159	Förderung Selbsthilfe	190

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 2022 beliefen sich diese Ausgaben über alle Träger der Rentenversicherung gesehen auf knapp 7,8 Mio. Euro. In **Abbildung 53** sind die Ausgaben für die Selbsthilfeförderung der RV aus dem Jahr 2022 nach den Trägern der Rentenversicherung gegliedert dargestellt.

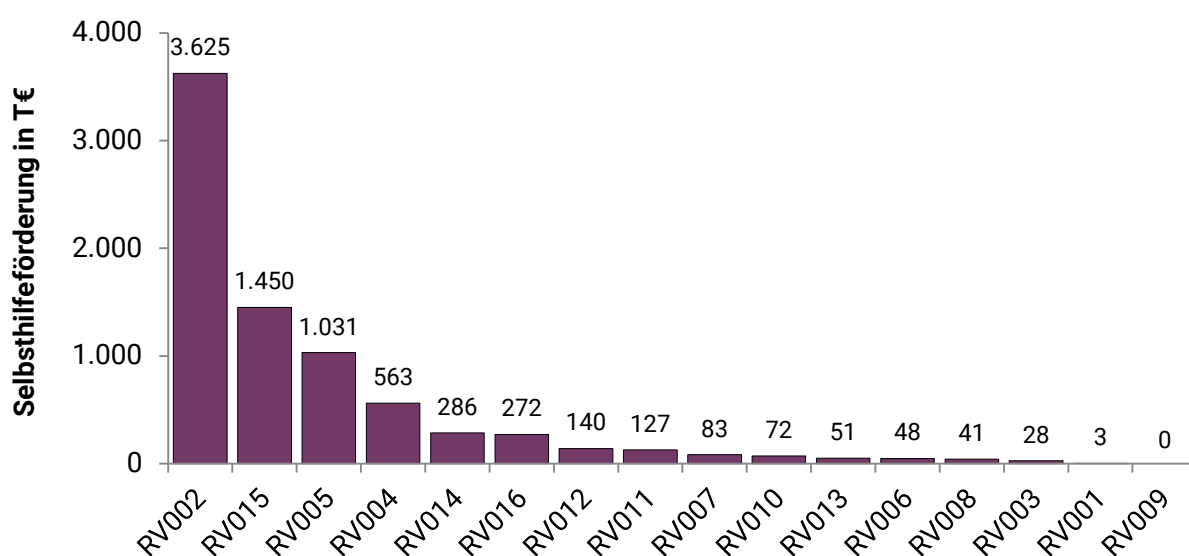


Abbildung 53. Ausgaben zur Förderung der Selbsthilfe bei der DRV in 2022

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. Weitere Angaben zur Selbsthilfeförderung liegen für den THVB aus diesem Trägerbereich nicht vor.

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 (siehe **Abbildung 52**).

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. Weitere Angaben zur Selbsthilfeförderung liegen für den 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 150 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 unterhaltsichernde 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 zwei Drittel der Anträge auf LTA bei der BA betreffen die berufliche Ersteingliederung 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 Maßeintritte häufig an festen Beginnsterminen (z. B. am Ausbildungsbeginn) orientieren, resultieren daraus mitunter höhere Antrittslaufzeiten.

³² Es erfolgten – wo notwendig – lediglich redaktionelle Anpassungen der Texte an den Aufbau, Schriftform und Sprachgebrauch des vorliegenden Berichts.

Einige Variablen und Auswertungen entfallen für die BA aufgrund ihrer Organisation als solitärer Rehabilitationsträger.

Die BA begrüßt die durch den Teilhabeverfahrensbericht geschaffene Transparenz im gegliederten System der Rehabilitation.

4.2 Eingliederungshilfe

Die Eingliederungshilfe ist mit Leistungen im Umfang von 23 Milliarden Euro netto jährlich an ca. 980.000 Personen der größte Reha-Träger. 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 nur 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 auch im Jahr 2022 vor besonderen Herausforderungen. Durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) wurde die Eingliederungshilfe mit Wirkung zum 1.1.2020 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 und steht im Vordergrund, die Leistungsgewährung für die betroffenen Menschen nach dem Bundesteilhabegesetz sicherzustellen. Dies ist überall sehr gut gelungen. Die Umsetzung der personenzentrierten Leistungs- und Finanzierungssystematik

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. Dies ist nach wie vor noch nicht überall gelungen.

Eine Herausforderung mit Auswirkungen auf die Prozesse in der Eingliederungshilfe stellte die Corona-Pandemie auch noch in 2022 dar. 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 § 35 a SGB VIII gehören dazu. Für die letztgenannten Leistungen sind die Jugendhilfeträger zugleich Rehabilitationsträger.

Die Eingliederungshilfe nach § 35 a SGB VIII ist keine erzieherische Hilfe aus dem Leistungskatalog der Kinder- und Jugendhilfe, kann aber mit dieser kombiniert werden. Sie hat einen offenen Leistungskatalog für zielgenaue Hilfen und kann sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden. Die Leistungen umfassen Beratungs- und Therapieangebote, aber auch Schulbegleitungen und Integrationsassistenz. 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 § 35 a SGB VIII. Derzeit gewähren die Träger der Kinder- und Jugendhilfe ca. 120.000 Eingliederungshilfen für Kinder und Jugendliche mit einer seelischen Behinderung; vor zehn Jahren waren es noch rund 45.000.

Die mit dem Bundesteilhabegesetz 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 § 35 a 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 2022 noch Auswirkungen. So bestanden Unterstützungsbedarfe bei speziellen Zielgruppen. 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 Teilhabeplans unter partnerschaftlicher Einbindung aller am Verfahren Beteiligter „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 oder 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

Der Teilhabeverfahrensbericht liefert bereits das fünfte Jahr in Folge wichtige Kennzahlen, mit denen sich Verfahrensabläufe und Entwicklungen im Leistungssystem der Rehabilitation und Teilhabe aufzeigen lassen. Mit jedem zusätzlich veröffentlichten Bericht werden die Einblicke ins Reha-Geschehen erweitert und mehr Transparenz hergestellt.

Konkret zeigen lässt sich das am Thema SARS-CoV-2-Pandemie, das wie bei den vorherigen auch im aktuellen Bericht noch eine Rolle spielt. Hier zeigt die erstmalige Betrachtung über mehr als zwei Berichtsjahre hinweg interessante Erkenntnisse über die Entwicklung des Antragsaufkommens:

Bereits in den Ergebnissen des Berichtsjahres 2020 kamen die Folgen der weitreichenden Infektionsschutzmaßnahmen im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe zum Vorschein. Beispielsweise sank die Anzahl beantragter Reha- und Teilhabeleistungen insgesamt und über alle Trägerbereiche deutlich ab – von 3,2 Millionen (2019) auf 2,8 Millionen (2020). Im Berichtsjahr 2021 pendelte sich die Anzahl auf diesem Niveau ein, so dass es hier im Vergleich zum Vorjahr zu keiner Veränderung kam. Im aktuellen Berichtsjahr 2022 sieht man einen allmählichen Wiederanstieg der Antragszahlen auf insgesamt knapp 3 Millionen. Es bleibt spannend zu beobachten, ob sich das Ende der Pandemieauswirkungen dadurch auszeichnet, dass sich die hier genannten Werte auf einem Niveau vergleichbar mit dem vor der Pandemie wieder einpendeln oder davon abweichen werden. An dieser Stelle sei schon mal auf den nächsten Teilhabeverfahrensbericht 2024 hingewiesen, der darüber Aufschluss geben wird.

Im nächsten Jahr entwickelt sich der Teilhabeverfahrensbericht inhaltlich bedeutend weiter, weil ein weiteres Merkmal der Leistungskoordination aus dem SGB IX in die Statistik aufgenommen wird. Ab dem 01.01.2024 erfassen die Rehabilitationsträger auch die Anzahl von Anträgen, die ein Reha-Träger nach § 14 Abs. 3 SGB IX weiterleitet (Turboklärung). Die Merkmalsaufnahme geht auf eine trägerübergreifend getroffene Vereinbarung auf Ebene der BAR zurück. Ein konkretes Zahlenergebnis wird erstmals der Teilhabeverfahrensbericht 2025 zeigen, denn dieser bildet die Angaben aus dem Berichtsjahr 2024 ab.

Auch gesetzgeberische Prozesse beeinflussen die Erhebung zum Teilhabeverfahrensbericht. So kommen im Berichtsjahr 2024 zwei sozialgesetzgeberische Reformen zum Tragen, die sich auf die Erhebungsprozesse sowie die Ergebnisse des Teilhabeverfahrensberichts auswirken werden.

Zum einen wird mit Inkrafttreten des SGB XIV die bisherige Trennung zwischen den Trägern der Kriegsopferversorgung (KOV) und der Kriegsopferversorgung (KOF) zugunsten eines einheitlichen Trägers der Sozialen Entschädigung (SER) aufgehoben. Dadurch ändert sich die Struktur innerhalb dieses Trägerbereichs, was Auswirkungen auf die Anzahl der berichtspflichtigen Träger haben wird. Außerdem werden künftig im Zusammenhang mit u. a. einer Neustrukturierung der Erbringung medizinischer Versorgungsleistungen und Rehabilitationsmaßnahmen auch Träger aus anderen Sozialleistungsbereichen in die Antragsbearbeitung von SER-Leistungen involviert sein, was sich letztlich auf die Wege der Datenmeldung für den Teilhabeverfahrensbericht auswirken kann. Der Kreis derjenigen, die Leistungen des SER beziehen können, wird durch das SGB XIV erweitert. Basierend auf den Daten des Teilhabeverfahrensberichts lässt sich nachvollziehen, ob diese Erweiterung möglicherweise Auswirkungen auf die Anzahl beantragter Reha- und Teilhabeleistungen im SER-Bereich haben wird.

Zum anderen wird auch in 2024 der mehrstufige Reformprozess im Bereich der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe fortgeführt, der mit dem Mitte 2021 in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen (Kinder- und Jugendstärkungsgesetz, KJSG) gestartet ist. Die Reform sieht u. a. vor, dass Rehabilitations- und Teilhabeleistungen für Kinder und Jugendliche bis 2028 ausschließlich unter dem Dach der Träger der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe (inklusiv) erbracht werden. Die Ursache der Behinderung hat dann keine Auswirkungen mehr auf eine Differenzierung in der Zuständigkeit zwischen Trägern der Jugendhilfe und Trägern der Eingliederungshilfe. Es bleibt zwar abzuwarten, wie schnell diese Reform hin zu einer inklusiven Lösung in den Verwaltungsstrukturen der Landkreise und Kommunen umgesetzt werden kann. Absehbar ist aber schon jetzt, dass es auch hier zu Änderungen in der bestehenden Trägerstruktur kommen kann, die letztlich Auswirkung auf die jeweilige Anzahl der berichtspflichtigen Träger in den Trägerbereichen hat. Sicherlich werden auch Ergebnisse aus dem Teilhabeverfahrensbericht Erkenntnisse dazu liefern können, wie sich Verfahrensabläufe bei Reha- und Teilhabeleistungen durch den Reformprozess in den beiden Trägerbereichen im Zeitverlauf verändert haben.

Diese Beispiele zeigen einmal mehr, dass der Teilhabeverfahrensbericht eine wertvolle Informationsquelle ist, wenn es um die Betrachtung von Entwicklung im System der Rehabilitation und Teilhabe geht.

6 Literatur

- [1] Tabbara A. Fortschritt für mehr Teilhabe und Inklusion. Die berufliche Rehabilitation. 2021;24–39.
- [2] Schüring S, Ulrich L. Der Teilhabeverfahrensbericht nach § 41 SGB IX: Instrument zur Darstellung von Rehabilitation in Kennzahlen. Sozialrecht und Praxis. 2021;31:426–34.
- [3] 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.
- [4] Schaumberg T. Das gegliederte System des Rehabilitationsrechts; Beitrag A9-2020 unter www.reha-recht.de; 14.05.2020.
- [5] 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.
- [6] Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR). Rehabilitation und Teilhabe - Ein Wegweiser. Frankfurt am Main; Juni 2022. Verfügbar unter: www.bar-frankfurt.de > [Service](#) > [Publikationen](#).
- [7] Boettcher A von. Inklusion und Rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit in der Kinder- und Jugendhilfe nach dem KJSG. RP Reha. 2022;9:5–13.
- [8] Bundesagentur für Arbeit. Kennzahlen nach § 48a SGB II: Übergreifende methodische Hinweise. Version 4.0. Nürnberg; 10.05.2019.
- [9] Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR). 1. Teilhabeverfahrensbericht: 2019. Frankfurt am Main; Dezember 2019. Verfügbar unter: www.bar-frankfurt.de > [Themen](#) > [Teilhabeverfahrensbericht](#).
- [10] Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR). 2. Teilhabeverfahrensbericht: 2020. Frankfurt am Main; Dezember 2020. Verfügbar unter: www.bar-frankfurt.de > [Themen](#) > [Teilhabeverfahrensbericht](#).
- [11] Diekmann A. Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 12. Auflage Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2018.
- [12] 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.
- [13] 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.

- [14] 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 (STRO-SA-STandardisierte BerichtsROutine für SekundärdatenAnalysen). *Gesundheitswesen*. 2016;78:e145-e160.
- [15] 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.
- [16] eurostat. Datenvalidierung. 2020. Im Internet: www.ec.europa.eu > Eurostat > Daten > Datenvalidierung. Letzter Zugriff am: 23.11.2023.
- [17] Swart E, Gothe H, Geyer S, Jaunzeme J, Maier B, Grobe TG, Ihle P. Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS): Leitlinien und Empfehlungen. [Good Practice of Secondary Data Analysis (GPS): guidelines and recommendations]. *Gesundheitswesen*. 2015;77:120–6.
- [18] 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, SchwbVWO, BGG : Lehr- und Praxiskommentar*. 5. Auflage. Baden-Baden: Nomos; 2019; 43–60.
- [19] Schaumberg T. Leistungskoordination gemäß § 15 SGB IX bei Trägermehrheit; Beitrag A12-2020 unter www.reha-recht.de; 29.05.2020.
- [20] Stähler T. Teilhabeplan und Teilhabeplanung; Beitrag A42-2021 unter www.reha-recht.de; 02.12.2021.
- [21] Giraud B, Schian M. Gut beraten, gut geplant und gut gemacht: Individuelle Teilhabeplanung im Betrieb. *ASU*. 2019;771–4.
- [22] 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).

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Schematischer Ablauf der Datenübermittlung durch die Träger bis zur Annahme des Meldedatensatzes (Stufe 1 des Plausibilitäts- und Validitätsverfahrens)	36
Abbildung 2. Datengrundlage für den Teilhabeverfahrensbericht 2023	45
Abbildung 3. Beispiel einer fiktiven Tabelle mit den Spalten „Träger“ und „Träger mit Wert null“	50
Abbildung 4. Anzahl der Gesamtanträge nach Trägerbereich	55
Abbildung 5. Prozentuale Verteilung der beantragten Leistungsgruppen nach Trägerbereich	58
Abbildung 6. Prozentualer Anteil der Weiterleitungen an allen Gesamtanträgen nach Trägerbereich	65
Abbildung 7. Prozentualer Anteil der Weiterleitungen an allen Gesamtanträgen nach Trägerbereich und Berichtsjahr	67
Abbildung 8. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung (Frist 3a) nach Trägerbereich	73
Abbildung 9. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung (Frist 3a) nach Trägerbereich und Berichtsjahr	74
Abbildung 10. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen zu Gesamtanträgen ohne und mit Gutachten nach Trägerbereich	79
Abbildung 11. Prozentuale Verteilung der Entscheidungen zu Gesamtanträgen ohne und mit Gutachten nach Trägerbereich	81
Abbildung 12. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen zu Gesamtanträgen ohne Gutachten (Frist 3b) nach Trägerbereich und Berichtsjahr	82
Abbildung 13. Durchschnittliche Dauer der Erstellung eines Gutachtens nach Trägerbereich (in Tagen)	87
Abbildung 14. Anzahl der Gutachten nach Trägerbereich und Berichtsjahr	88
Abbildung 15. Gutachtendauer nach Trägerbereich und Berichtsjahr (in Tagen)	89
Abbildung 16. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei Bewilligung und Erledigung nach Trägerbereich (in Tagen)	94
Abbildung 17. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer insgesamt nach Trägerbereich (in Tagen)	96
Abbildung 18. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei Bewilligung nach Trägerbereich und Berichtsjahr (in Tagen)	97
Abbildung 19. Prozentuale Verteilung der Entscheidungsarten des Gesamtantrags nach Trägerbereich	101
Abbildung 20. Anzahl der Entscheidungen zu Gesamtanträgen nach Trägerbereich und Berichtsjahr	102
Abbildung 21. Prozentuale Verteilung der Entscheidungsarten des Gesamtantrags nach Trägerbereich und Berichtsjahr	103
Abbildung 22. Durchschnittliche positive und negative Antrittslaufzeit nach Trägerbereich (in Tagen)	108
Abbildung 23. Positive und negative Antrittslaufzeit ohne sowie mit THP nach Trägerbereich (in Tagen)	111
Abbildung 24. Prozentuale Verteilung der Leistungsantritte vor und nach dem Bewilligungsbescheid nach Trägerbereich	114
Abbildung 25. Durchschnittliche negative Antrittslaufzeit nach Trägerbereich und Berichtsjahr (in Tagen)	115
Abbildung 26. Durchschnittliche positive Antrittslaufzeit nach Trägerbereich und Berichtsjahr (in Tagen)	116
Abbildung 27. Prozentualer Anteil der Anträge mit einer trägerübergreifenden THP bzw. THPK an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich	124
Abbildung 28. Anzahl der Anträge mit einer trägerübergreifenden Teilhabeplanung (THP) nach Trägerbereich und Berichtsjahr	125
Abbildung 29. Anzahl der Anträge mit einer Teilhabeplankonferenz (THPK) nach Trägerbereich und Berichtsjahr	127
Abbildung 30. Durchschnittliche Geltungsdauer von Teilhabeplänen (TP) nach Trägerbereich (in Tagen)	134

Abbildung 31. Anzahl der TP-Anpassungen insgesamt nach Trägerbereich und Berichtsjahr	135
Abbildung 32. Anzahl der Erstattungsverfahren zwischen Trägern nach Trägerbereich und Berichtsjahr	141
Abbildung 33. Prozentualer Anteil beantragter bzw. bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets (PB) an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich	146
Abbildung 34. Prozentualer Anteil beantragter trägerspezifischer Persönlicher Budgets (PB) an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich und Berichtsjahr	148
Abbildung 35. Prozentualer Anteil bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets (PB) an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich und Berichtsjahr	150
Abbildung 36. Anzahl beantragter trägerübergreifender Persönlicher Budgets (PB) nach Trägerbereich und Berichtsjahr	157
Abbildung 37. Anzahl bewilligter trägerübergreifender Persönlicher Budgets (PB) nach Trägerbereich und Berichtsjahr	158
Abbildung 38. Anzahl der Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer nach Trägerbereich und Berichtsjahr	164
Abbildung 39. Prozentuale Verteilung der bewilligten bzw. abgelehnten Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen insgesamt	170
Abbildung 40. Anzahl entschiedener Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach Trägerbereich und Berichtsjahr	171
Abbildung 41. Prozentuale Verteilung erfolgreicher und nicht erfolgreicher Widersprüche nach Trägerbereich	176
Abbildung 42. Prozentuale Verteilung erfolgreicher und nicht erfolgreicher Widersprüche insgesamt	177
Abbildung 43. Prozentualer Anteil erfolgreicher Widersprüche pro Träger	178
Abbildung 44. Anzahl entschiedener Widersprüche nach Trägerbereich und Berichtsjahr	179
Abbildung 45. Prozentuale Verteilung erfolgreicher und nicht erfolgreicher Klagen nach Trägerbereich	182
Abbildung 46. Prozentuale Verteilung erfolgreicher und nicht erfolgreicher Klagen insgesamt	183
Abbildung 47. Prozentualer Anteil erfolgreicher Klagen pro Träger	184
Abbildung 48. Anzahl entschiedener Klagen nach Trägerbereich und Berichtsjahr	185
Abbildung 49. Anzahl sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungen 6 Monate nach Ende einer LTA-Maßnahme bei der BA	187
Abbildung 50. Anzahl der Beschäftigungen 6 Monate nach Ende einer LTA-Maßnahme bei der RV	188
Abbildung 51. Anzahl der Beschäftigungen 6 Monate nach Ende einer LTA-Maßnahme bei der UV	188
Abbildung 52. Ausgaben zur Förderung der Selbsthilfe nach Kassenarten in 2022	191
Abbildung 53. Ausgaben zur Förderung der Selbsthilfe bei der DRV in 2022	192

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.	Teilhabeleistungen der Rehabilitationsträger nach Leistungsgruppen (§ 5 SGB IX)	22
Tabelle 2.	Beispiel zur Aggregation von Primär- zu Meldevariablen	26
Tabelle 3.	Für das Berichtsjahr 2022 als berichtspflichtig registrierte Rehabilitationsträger der steuerfinanzierten Trägerbereiche (ohne Bundeswehr) nach Bundesländern	31
Tabelle 4.	Anzahl der Datenmeldungen nach Trägerbereich im Berichtsjahr 2022	45
Tabelle 5.	Anzahl der Nicht-Meldungen nach Trägerbereich und Bundesland	47
Tabelle 6.	Anzahl der Gesamtanträge nach Trägerbereich	54
Tabelle 7.	Durchschnittliche Anzahl der Gesamtanträge nach Trägerbereich	56
Tabelle 8.	Anzahl der Anträge bei Angaben zu allen Leistungsgruppen differenziert nach Leistungsgruppe und Trägerbereich	57
Tabelle 9.	Durchschnittliche Anzahl der Anträge innerhalb der Leistungsgruppen nach Trägerbereich	59
Tabelle 10.	Anzahl der Gesamtanträge nach Trägerbereich und Berichtsjahr samt Entwicklungstrend	60
Tabelle 11.	Anzahl der Weiterleitungen nach Trägerbereich	63
Tabelle 12.	Prozentualer Anteil der Weiterleitungen an allen Gesamtanträgen nach Trägerbereich	64
Tabelle 13.	Anzahl der Weiterleitungen nach Trägerbereich und Berichtsjahr	66
Tabelle 14.	Anzahl der Zuständigkeitsfeststellungen nach Trägerbereich	71
Tabelle 15.	Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung (Frist 3a) nach Trägerbereich	72
Tabelle 16.	Anzahl der Entscheidungen zu Gesamtanträgen ohne Gutachten nach Trägerbereich	75
Tabelle 17.	Anzahl der Entscheidungen zu Gesamtanträgen mit Gutachten nach Trägerbereich	76
Tabelle 18.	Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen zu Gesamtanträgen ohne Gutachten (Frist 3b) nach Trägerbereich	77
Tabelle 19.	Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen zu Gesamtanträgen mit Gutachten (Frist 3c) nach Trägerbereich	78
Tabelle 20.	Anzahl der Entscheidungen zu Gesamtanträgen ohne und mit Gutachten bei Angaben zu Entscheidungen ohne und mit Gutachten nach Trägerbereich	80
Tabelle 21.	Anzahl der Gutachten nach Trägerbereich	85
Tabelle 22.	Durchschnittliche Dauer der Erstellung eines Gutachtens nach Trägerbereich (in Tagen)	86
Tabelle 23.	Durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei Bewilligung und Erledigung des Gesamtantrags nach Trägerbereich (in Tagen)	92
Tabelle 24.	Durchschnittliche Bearbeitungsdauer des Gesamtantrags insgesamt nach Trägerbereich (in Tagen)	95
Tabelle 25.	Anzahl der Entscheidungsarten des Gesamtantrags bei Angaben zu allen Entscheidungsarten nach Trägerbereich	100
Tabelle 26.	Durchschnittliche negative sowie positive Antrittslaufzeit nach Trägerbereich (in Tagen)	107
Tabelle 27.	Durchschnittliche negative Antrittslaufzeit ohne sowie mit THP nach Trägerbereich (in Tagen)	109
Tabelle 28.	Durchschnittliche positive Antrittslaufzeit ohne sowie mit THP nach Trägerbereich (in Tagen)	110
Tabelle 29.	Anzahl der Leistungsantritte vor und nach dem Bewilligungsbescheid nach Trägerbereich	113
Tabelle 30.	Anzahl der Anträge mit einer trägerübergreifenden Teilhabeplanung (THP) nach Trägerbereich	120
Tabelle 31.	Anzahl der Anträge mit einer Teilhabeplankonferenz (THPK) nach Trägerbereich	121
Tabelle 32.	Prozentualer Anteil der Anträge mit einer trägerübergreifenden Teilhabeplanung (THP) an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich	122

Tabelle 33. Prozentualer Anteil der Anträge mit einer Teilhabekonferenz (THPK) an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich	123
Tabelle 34. Anzahl der TP-Anpassungen insgesamt nach Trägerbereich	131
Tabelle 35. Anzahl der Teilhabepäne (TP) mit mindestens einer Anpassung nach Trägerbereich	132
Tabelle 36. Durchschnittliche Geltungsdauer von Teilhabepänen (TP) nach Trägerbereich (in Tagen)	133
Tabelle 37. Anzahl der Erstattungsverfahren zwischen Trägern nach Trägerbereich	138
Tabelle 38. Anzahl der Erstattungsverfahren pro Antrag mit mindestens einem Erstattungsverfahren zwischen Trägern nach Trägerbereich	139
Tabelle 39. Anzahl beantragter trägerspezifischer Persönlicher Budgets (PB) nach Trägerbereich	144
Tabelle 40. Anzahl bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets (PB) nach Trägerbereich	145
Tabelle 41. Anzahl beantragter trägerspezifischer Persönlicher Budgets (PB) nach Trägerbereich und Berichtsjahr	147
Tabelle 42. Anzahl bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets (PB) nach Trägerbereich und Berichtsjahr	149
Tabelle 43. Anzahl beantragter trägerübergreifender Persönlicher Budgets (PB) nach Trägerbereich	153
Tabelle 44. Anzahl bewilligter trägerübergreifender Persönlicher Budgets (PB) nach Trägerbereich	154
Tabelle 45. Prozentualer Anteil beantragter trägerübergreifender Persönlicher Budgets (PB) an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich	155
Tabelle 46. Prozentualer Anteil bewilligter trägerübergreifender Persönlicher Budgets (PB) an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich	156
Tabelle 47. Anzahl der Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer nach Trägerbereich	161
Tabelle 48. Anzahl der Mitteilungen pro Antrag mit mindestens einer Mitteilung nach Trägerbereich	162
Tabelle 49. Prozentualer Anteil der Anträge mit mindestens einer Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich	163
Tabelle 50. Anzahl entschiedener Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach Trägerbereich	167
Tabelle 51. Anzahl entschiedener Anträge mit mindestens einem Antrag auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach Trägerbereich	168
Tabelle 52. Anzahl bewilligter und abgelehnter Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach Trägerbereich	169
Tabelle 53. Anzahl entschiedener Widersprüche nach Trägerbereich	174
Tabelle 54. Anzahl erfolgreicher und nicht erfolgreicher Widersprüche nach Trägerbereich	175
Tabelle 55. Anzahl entschiedener Klagen nach Trägerbereich	180
Tabelle 56. Anzahl erfolgreicher und nicht erfolgreicher Klagen nach Trägerbereich	181

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 Melddatensatz oder eine Fehlanzeige vorliegt. Der finale Melddatensatz 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 Melddatensatz 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 Validierungsdialog 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. 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.

Validierungsdiallog 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 Validierungsdiallog 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 Validierungsdiallog bearbeitet worden sind. Der Validierungsdiallog ermöglicht eine interaktive Befassung mit dem Datensatz.



Blick ins Reha-Leistungsgeschehen

Im Zuge des Bundesteilhabegesetzes wurde mit dem Teilhabeverfahrensbericht eine gesetzliche Grundlage zur Erhebung statistischer Daten bei mehr als 1.200 Rehabilitationsträgern des gegliederten Sozialleistungssystems gelegt. Die BAR ist vom Gesetzgeber beauftragt, auf Basis der an sie übermittelten Daten jährlich einen Teilhabeverfahrensbericht zu veröffentlichen.

Der Teilhabeverfahrensbericht erhöht die Transparenz im Reha-Leistungsgeschehen, insbesondere bei der Umsetzung der Verfahrensvorschriften und der Zusammenarbeit der Träger, und eröffnet Möglichkeiten der Evaluation und Steuerung. Außerdem sollen Divergenzen im Rehabilitationsrecht künftig besser zu erkennen sein. Mit dem Teilhabeverfahrensbericht werden insbesondere Angaben zur Anzahl der Anträge, zu Weiterleitungen, Verfahrensdauern, Ablehnungen sowie Rechtsbehelfen nach einheitlichen Standards erhoben und veröffentlicht. Grundlage bilden Daten zu den Verwaltungsprozessen der Rehabilitationsträger aus den verschiedenen Trägerbereichen.



Informationen zum Teilhabeverfahrensbericht

verfügbar unter

www.bar-frankfurt.de > [Teilhabeverfahrensbericht](#)

Der vorliegende Bericht kann als Printversion bestellt und als PDF heruntergeladen werden:

www.bar-frankfurt.de > [Service](#) > [Publikationen](#) > [Reha-Entwicklungen](#)



Teilhabeverfahrensbericht 2023