



Teilhabeverfahrens- bericht

Primärvariablen, Meldevariablen und
Definitionen zu den Sachverhalten
nach § 41 Abs. 1 SGB IX



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

Teilhabeverfahrensbericht nach § 41 SGB IX: Primärvariablen, Meldevariablen und Definitionen zu den Sachverhalten nach § 41 Abs. 1 SGB IX. (Kurzname: „Variablenbeschreibung“)

Verantwortlich bei der BAR

Dr. Stefan Schüring

Dr. Lisa Ulrich

Stephanie Czedik

Daniel Doll

Dr. Nadine Liebing

Ann-Kathrin Poth

Hans-Peter Weih

Ingo Wermes

Katja Hensel

Daniela Weisbecker

Anmerkung: Wir schätzen Diversität sehr und verwenden daher eine gendersensible Sprache. Nur in Einzelfällen ist uns das aus Gründen der besseren Lesbarkeit nicht möglich. Wir meinen im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich alle Geschlechter. Eine verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

Dokumenteninformation

Version	Datum	Kommentar
4.0	14.05.2018	Trägerübergreifend abgestimmt
4.1	14.02.2019	Bearbeitung Layout
4.2	12.07.2019	Bearbeitung Layout
4.3	01.09.2020	Trägerübergreifend abgestimmte Fortschreibung, redaktionelle Überarbeitung
4.4	02.09.2021	Redaktionelle Überarbeitung und Angleichung an weitere Hauptdokumente aufgrund trägerübergreifend abgestimmter Fortschreibung
4.5	01.03.2023	Anpassung an trägerübergreifende Abstimmung: <ul style="list-style-type: none">• Ergänzung eines neuen Merkmals unter Sachverhalt 2 (neue Meldevariable m2a und neue Ausprägung für die Primärvariable V09)• Konkretisierung der Kombinationen der Entscheidungsarten• redaktionelle Änderungen
4.6	01.01.2024	<ul style="list-style-type: none">• Ergänzungen zur neuen Meldevariable m2a und zur Primärvariable V09• Aktualisierung der Meldetatbestände für SER-Träger i. V. m. dem Inkrafttreten des SGB XIV (betrifft die zu erfassenden Teilhabeleistungen, das trägerübergreifende PB und die Teilhabeplanung)• redaktionelle Änderungen

VERBINDLICHER STAND

Herausgegeben von: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR),
Team Teilhabeverfahrensbericht, E-Mail: teilhabeverfahrensbericht@bar-frankfurt.de

Inhalt

1	Anzahl der gestellten Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe	6
2	Anzahl der Weiterleitungen nach § 14 SGB IX.....	11
3	Fristen nach § 14 SGB IX	15
4	Durchschnittliche Zeitdauer zwischen Erteilung und Vorlage eines Gutachtens.....	27
5	Bearbeitungsdauer	33
6	Entscheidungsarten.....	42
7	Antrittslaufzeiten mit und ohne Teilhabeplanung	50
8	Anzahl der trägerübergreifenden Teilhabeplanungen und Teilhabeplankonferenzen.....	58
9	Anpassungen von Teilhabeplänen und deren Geltungsdauer	61
10	Erstattungsverfahren nach § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB IX (Erstattungsverfahren zwischen den Trägern)	66
11	Trägerspezifisches Persönliches Budget.....	69
12	Trägerübergreifendes Persönliches Budget.....	72
13	Mitteilungen nach § 18 Abs. 1 SGB IX (Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer)	75
14	Erstattungsanträge nach § 18 SGB IX (Erstattung selbstbeschaffter Leistungen)	78
15	Rechtsbehelfe: Widersprüche und Klagen	82
16	Dauerhafte Integration in Arbeit nach einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben.....	86
	Anhang 1: Mögliche Entscheidungsarten eines Antrags	89
	Anhang 2: Übersicht der Primärvariablen	90
	Anhang 3: Variablenübersicht zum Meldedatensatz	93
	Anhang 4: Übersicht aller Begleitdokumente zum Teilhabeverfahrensbericht.....	122

Abkürzungsverzeichnis

BA	Bundesagentur für Arbeit
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V.
EGH	Trägerbereich Eingliederungshilfe
GE	Gemeinsame Empfehlung
GKV	Trägerbereich gesetzliche Krankenversicherung
JH	Trägerbereich öffentliche Jugendhilfe
LAK	Landwirtschaftliche Alterskasse
LG-Antrag	Leistungsgruppen-Antrag
LMR	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
LST	Leistungen zur sozialen Teilhabe
LTA	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
LTB	Leistungen zur Teilhabe an Bildung
RV	Trägerbereich gesetzliche Rentenversicherung
SER	Trägerbereich Soziales Entschädigungsrecht
SGB	Sozialgesetzbuch
THP	Teilhabeplanung
THPK	Teilhabeplankonferenz
THVB	Teilhabeverfahrensbericht
TP	Teilhabeplan
UV	Trägerbereich gesetzliche Unfallversicherung
PV	Primärvariable

Hinweise zum vorliegenden Dokument

Die Dokumente „Variablenbeschreibung“, „Erfassungshinweise“ sowie „Technische Meldedatensatzbeschreibung“ zum Teilhabeverfahrensbericht (THVB) enthalten die Grundlagen für die definitorische, organisatorische und technische Umsetzung der Datenerhebung und -übermittlung für den THVB nach § 41 SGB IX. Sie sind das Ergebnis der auf Ebene der BAR durchgeführten trägerübergreifenden Abstimmungen mit Vertreter:innen der Spitzenverbände bzw. obersten Landesbehörden der Reha-Träger.

Eine eindeutige Auslegung der 16 Sachverhalte des § 41 SGB IX ist erforderlich, um über alle Träger und Trägerbereiche eine einheitliche Datenerfassung zu ermöglichen und damit eine Vergleichbarkeit der erhobenen Daten sicherzustellen.

Diese und weitere Begleitdokumente zum THVB stehen unter www.teilhabeverfahrensbericht.de zum Download zur Verfügung (siehe Anhang 4).

Das vorliegende Dokument „Variablenbeschreibung“ enthält die trägerübergreifend festgelegten Auslegungen und einheitlichen Definitionen – in Variablen ausgedrückt – der für den THVB relevanten Daten entlang der im Gesetz aufgeführten 16 Sachverhalte (vgl. § 41 Abs. 1 Nr. 1 bis 16 SGB IX). Für den THVB wird zwischen Primärvariablen und Meldevariablen unterschieden.

Primärvariablen ...	Meldevariablen ...
<ul style="list-style-type: none"> ■ ... dienen dem Erfassen von Daten. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ... dienen der Auswertung von Daten.
<ul style="list-style-type: none"> ■ ... basieren auf Einzelfalldaten, die sich bei der Erfassung von Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ergeben. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ... enthalten zusammengefasste (aggregierte) Daten.
<ul style="list-style-type: none"> ■ ... sind bei den Reha-Trägern nicht zwingend eigenständig manuell zu erfassen. Sie müssen jedoch grundsätzlich aus den Daten der Reha-Träger erzeugbar sein (siehe hierzu Anhang 2 sowie ausführlich das Dokument „Erfassungshinweise“). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ... werden am Ende eines Berichtsjahres mit Hilfe von Berechnungsroutinen aus den erfassten Primärvariablen erzeugt (siehe Anhang 3).
<ul style="list-style-type: none"> ■ ... sind orientiert nach Themenbereichen benannt. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ... sind orientiert nach den 16 Sachverhalten des § 41 SGB IX benannt („m1“ ergibt sich bspw. aus Nr.1 des § 41 Abs. 1 SGB IX).
<ul style="list-style-type: none"> ■ ... und ihre Darstellung in diesem Dokument spiegeln einen idealisierten Musterdatensatz wider, der eine am Antragsfall angehängte Erfassung der Primärvariablen unterstellt. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ... und ihre entsprechende Datenerzeugung werden in diesem Dokument ausgehend von einem idealisierten Musterdatensatz gezeigt.

Der Schwerpunkt dieses Dokuments liegt auf den ausführlichen Definitionen zu den Meldevariablen. Aufgezeigt werden jedoch auch die erforderlichen Berechnungswege, um aus den zu erfassenden Primärvariablen Meldevariablen zu generieren. Es finden sich zudem Erläuterungen zur Auswertung der Meldevariablen und dazu, in welchem Bezug Meldevariablen ggf. zu anderen Meldevariablen stehen.

Die nachfolgenden Beschreibungen und die dahinterstehenden Konzeptionen gehen, entsprechend des Ergebnisses der trägerübergreifenden Sitzung vom 23. Februar 2018 und analog zur rechtlichen Vorgabe des SGB IX Teil 1, von einem Gesamtantrag auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe aus.

Die Erläuterungen in diesem Dokument gelten für die Erfassung und Berechnung der Daten für den THVB. Die Abläufe in der Reha-Praxis können abweichen. Ableitungen zu generellen Abläufen im Reha-Prozess aus den Erläuterungen dieses Dokuments heraus sind nicht zulässig.

Zum besseren Verständnis wird bei einigen Sachverhalten an den entsprechenden Stellen auf die gesetzlichen Vorschriften des SGB IX sowie deren ergänzende Konkretisierungen im Rahmen der Gemeinsamen Empfehlung (GE) Reha-Prozess¹ verwiesen. Die GE Reha-Prozess steht unter www.bar-frankfurt.de kostenfrei zur Verfügung.

Das vorliegende Dokument wird kontinuierlich fortgeschrieben und redaktionell durch die BAR-Geschäftsstelle überarbeitet.

¹ Aktuell wird die GE Reha-Prozess trägerübergreifend auf Ebene der BAR überarbeitet. Das Ergebnis der Überarbeitung zieht eventuell auch inhaltliche Änderungen in der Variablenbeschreibung für den THVB nach sich.

1 Anzahl der gestellten Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe

1.1 Gesetzeswortlaut / Fragestellungen



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.

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,
2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
3. Leistungen zur Teilhabe an Bildung und
4. Leistungen zur sozialen Teilhabe?



Die Reha-Träger berichten unter § 41 Abs. 1 Nr. 1 die Anzahl der Gesamtanträge und die Anzahl der Anträge nach Leistungsgruppen.

1.2 Mögliches Datenbeispiel eines fiktiven Trägers „X“ mit Erläuterungen

Auszug aus dem Meldedatensatz:

	m1	m1a	m1b	m1c	m1d
Träger X	100	62	49	12	18

- Für das Berichtsjahr Y meldet ein Reha-Träger X, dass insgesamt 100 Gesamtanträge bei ihm gestellt wurden bzw. eingegangen sind (m1).
- Ein Gesamtantrag im THVB kann eine oder mehrere beantragte Leistungen innerhalb der Leistungsgruppen gemäß § 5 Nr. 1, 2, 4 und 5 SGB IX beinhalten.
- Für das Berichtsjahr Y meldet der Reha-Träger X, dass die 100 gestellten Gesamtanträge 141 Anträge innerhalb der Leistungsgruppen (LG-Anträge) beinhalten [m1a + m1b + m1c + m1d].

- Von diesen 141 LG-Anträgen entfallen 62 auf die Leistungsgruppe LMR (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation), was 44,0 % aller LG-Anträge entspricht
[$m1a / (m1a + m1b + m1c + m1d) * 100$].
- Weitere 49 LG-Anträge entfallen auf die Leistungsgruppe LTA (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben), was 34,8 % aller LG-Anträge entspricht
[$m1b / (m1a + m1b + m1c + m1d) * 100$].
- Zwölf LG-Anträge entfallen auf die Leistungsgruppe LTB (Leistungen zur Teilhabe an Bildung), was 8,5 % aller LG-Anträge entspricht
[$m1c / (m1a + m1b + m1c + m1d) * 100$].
- Außerdem entfallen 18 LG-Anträge auf die Leistungsgruppe LST (Leistungen zur sozialen Teilhabe), was 12,8 % aller LG-Anträge entspricht
[$m1d / (m1a + m1b + m1c + m1d) * 100$].

1.3 Meldevariablen und Primärvariablen

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m1	Gesamtanträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ohne unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen	Anzahl gestellter Anträge (V01 == 1) mit V03 im Berichtsjahr UND (V01a == 1 ODER V01b == 1 ODER V01c == 1 ODER V01d == 1)	Antragsdatum (V03)
m1a	Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (LMR)	Anzahl gestellter Anträge (V01 == 1) (vgl. m1) mit V03 im Berichtsjahr UND V01a == 1	Antragsdatum (V03)
m1b	Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)	Anzahl gestellter Anträge (V01 == 1) (vgl. m1) mit V03 im Berichtsjahr UND V01b == 1	Antragsdatum (V03)
m1c	Anträge auf Leistungen zur Teilhabe an Bildung (LTB)	Anzahl gestellter Anträge (V01 == 1) (vgl. m1) mit V03 im Berichtsjahr UND V01c == 1	Antragsdatum (V03)
m1d	Anträge auf Leistungen zur sozialen Teilhabe (LST)	Anzahl gestellter Anträge (V01 == 1) (vgl. m1) mit V03 im Berichtsjahr UND V01d == 1	Antragsdatum (V03)

Primärvariablen		
Variablenname	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V01	Antrag gestellt	0 = nein 1 = ja
V01a	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (LMR)	0 = nein 1 = ja
V01b	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)	0 = nein 1 = ja
V01c	Leistungen zur Teilhabe an Bildung (LTB)	0 = nein 1 = ja
V01d	Leistungen zur sozialen Teilhabe (LST)	0 = nein 1 = ja

1.4 Definitionen

- Gegenstand der Berichtspflicht für den THVB sind **alle Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe** nach § 5 Nr. 1, 2, 4 und 5 SGB IX (Leistungsgruppen: LMR, LTA, LTB und LST). Anträge auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen (§ 5 Nr. 3 SGB IX) werden für den THVB nicht erfasst.
- Ein fristauslösender Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe liegt vor, wenn ein Rehabilitations- und / oder Teilhabebedarf erkennbar ist und ggf. entsprechende Unterlagen vorliegen. „Hierzu gehört insbesondere, dass die Identität sowie ein konkretisierbares Leistungsbegehren der Antragstellerin / des Antragstellers erkennbar sind und sich dieses konkretisierbare Leistungsbegehren unabhängig von den verwendeten Begriffen auf Leistungen zur Teilhabe i. S. v. § 4 SGB IX bezieht.“ (§ 19 Abs. 2 GE Reha-Prozess)
- Bei **Handeln von Amts wegen** (JH, UV) liegt ein Antrag vor, wenn Kenntnis über einen voraussichtlichen Rehabilitationsbedarf bei Zustimmung des Leistungsberechtigten besteht.
- **Trägerbereich JH:** Zu erfassen sind Anträge auf Leistungen nach § 35a SGB VIII (Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche) sowie Fälle nach § 41 SGB VIII (Hilfe für junge Volljährige, Nachbetreuung) i. V. m. § 35a SGB VIII.
- Für die **Träger im Bereich des Sozialen Entschädigungsrechts (SER)** sind für den THVB grundsätzlich die Leistungen zu erfassen, die gemäß Kapitel 6 SGB XIV erbracht werden (mit Ausnahme unterhaltssichernder und anderer ergänzender Leistungen). Im Einzelnen sind das:
 - Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 63 SGB XIV),
 - Leistungen zur Teilhabe an Bildung (§ 65 SGB XIV),
 - Leistungen zur Sozialen Teilhabe (§ 66 SGB XIV) und
 - Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (i. V. m. Kapitel 5 gemäß §§ 41 bis 53 SGB XIV).

Die Vorschriften zu Besitzständen gemäß Kapitel 23 SGB XIV sind für die Erfassung und Meldung zum THVB ebenfalls zu berücksichtigen.

- Für die Datenerfassung im Rahmen des THVB wird ein Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe immer als ein Gesamtantrag erfasst. Ein Gesamtantrag beinhaltet eine oder mehrere beantragte Leistungen nach den Leistungsgruppen gemäß § 5 Nr. 1, 2, 4 und 5 SGB IX.
- Ein Gesamtantrag kann Leistungen aus mehreren Leistungsgruppen beinhalten. Diese sind entsprechend anzugeben (V01a bis V01d).
- Werden mehrere Leistungen aus einer Leistungsgruppe beantragt, so ist die Leistungsgruppe nur einmal anzugeben und z. B. als „Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ zu zählen.
- **Besonderheit „ergänzende Antragstellung“:** Mehrere Anträge, die innerhalb von 14 Tagen von ein und demselben Antragsteller eingehen, sind für den THVB als ein Gesamtantrag zu erfassen. Dies betrifft alle Anträge, die in diesem Zeitraum eingehen, unabhängig davon, auf wessen


Initiative die ergänzende Antragstellung zurückgeht (des Reha-Trägers oder des Antragstellers selbst).

Hiervon abzugrenzen sind weitere Antragstellungen nach Ablauf der zwei Wochen nach Antragseingang (§ 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Bei diesen handelt es sich um ein eigenständiges, separates Verwaltungsverfahren mit eigenständigem Antragsdatum (vgl. § 25 GE Reha-Prozess). Diese Anträge sind für den THVB separat zu erfassen.


- **Weiterbewilligungen im Sinne von Weiterleistungen** sind nur dann als eigene Anträge zu erfassen, wenn im Rahmen der Weiterbewilligung über zusätzliche Leistungsgruppen nach § 5 SGB IX entschieden wird.
- Die Daten werden ermittelt auf Basis der Gesamtheit aller gestellten Gesamtanträge in einem Kalenderjahr (01.01. bis 31.12.), unabhängig von deren weiteren Bearbeitungsverläufen. Das bedeutet, es sind alle Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe zu erfassen, auch dann, wenn ein Antrag später weitergeleitet wird. Damit erfasst ein Reha-Träger auch Anträge in Leistungsgruppen, für die er womöglich nicht zuständig ist oder sein kann.
- Für die genaue Bestimmung des Sachverhaltes des Vorliegens eines Antrags und damit auch der Bestimmung des Tages des Antragseingangs gelten die einschlägigen gesetzlichen Vorschriften des SGB IX sowie deren ergänzende Konkretisierungen im Rahmen der GE Reha-Prozess, insbesondere in § 19. Die unmittelbare Möglichkeit der Beurteilung der Zuständigkeit durch einen Reha-Träger ist keine Voraussetzung für das Vorliegen eines Antrags selbst. Vielmehr eröffnet die Phase der Zuständigkeitsklärung auch die Möglichkeit, in diesem zeitlichen Rahmen entscheidungsrelevante Tatsachen zu erheben und entsprechende Unterlagen abzuwarten.


2 Anzahl der Weiterleitungen nach § 14 SGB IX

2.1 Gesetzeswortlaut / Fragestellungen

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

Bei wie vielen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe stellt ein Reha-Träger fest, dass er für einen Antrag insgesamt nicht zuständig ist und leitet diesen an den nach seiner Auffassung zuständigen Träger weiter?

 Bei wie vielen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe stellt ein zweitangegangener Reha-Träger fest, dass er insgesamt nicht zuständig ist und leitet den Antrag im Einvernehmen mit dem nach seiner Auffassung zuständigen Reha-Träger im Rahmen einer Turboklärung gemäß § 14 Abs. 3 SGB IX an diesen weiter?

 Maßgeblich sind die entschiedenen Gesamtanträge, die nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX wegen vollständiger Unzuständigkeit in einem Berichtsjahr weitergeleitet wurden.

Außerdem wird gezeigt, wie viele entschiedene Gesamtanträge in einem Berichtsjahr durch eine Turboklärung nach § 14 Abs. 3 SGB IX weitergeleitet wurden.

2.2 Mögliches Datenbeispiel eines fiktiven Trägers „X“ mit Erläuterungen

Auszug aus dem Meldedatensatz:

	m2	m2a	m6
Träger X	11	5	95

- Im Berichtsjahr Y hat ein Reha-Träger X elf Gesamtanträge wegen vollständiger Unzuständigkeit weitergeleitet (m2).
- Der prozentuale Anteil der wegen vollständiger Unzuständigkeit weitergeleiteten Anträge an allen entschiedenen Gesamtanträgen beträgt bei diesem Reha-Träger 10,4 % $[(m2 / (m2 + m6)) * 100]$.
- Im Berichtsjahr Y hat ein Reha-Träger X fünf Gesamtanträge im Sinne einer Turboklärung an einen anderen Reha-Träger weitergeleitet (m2a).

- Der prozentuale Anteil der Anträge, die durch eine Turboklärung weitergeleitet wurden, an allen entschiedenen Gesamtanträgen beträgt bei diesem Reha-Träger 5,0 % $[(m2a / (m2a + m6)) * 100]$.

2.3 Meldevariablen und Primärvariablen

Meldevariablen			
Variablen-name	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m2	Weiterleitungen bei vollständiger Unzuständigkeit	Anzahl entschiedener Gesamtanträge mit V05 im Berichtsjahr UND V09 == 3	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m2a	Weiterleitungen bei Turboklärung	Anzahl entschiedener Gesamtanträge mit V05 im Berichtsjahr UND V09 == 5	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Primärvariablen		
Variablen-name	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V09	Entscheidungsart des Gesamtantrags	0 = vollständige Ablehnung 1 = nicht vollständige Bewilligung (teilweise Bewilligungen und Bewilligungen mit anderer als der beantragten Leistung) 2 = vollständige Bewilligung 3 = Weiterleitung nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX 4 = sonstige Erledigung (Versterben des Antragstellers, Rücknahme des Antrags) 5 = Weiterleitung nach § 14 Abs. 3 SGB IX (Turboklärung)

2.4 Definitionen

Weiterleitung nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX (vollständige Unzuständigkeit)

- Zu erfassen sind nur Weiterleitungen von Anträgen auf Leistungen, für die der Reha-Träger gemäß § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX insgesamt nicht zuständig ist (vollständige Unzuständigkeit).²
- Darunter fallen auch Weiterleitungen nach § 14 Abs. 1 Satz 3 SGB IX. Muss zur Feststellung der Zuständigkeit die Ursache der Behinderung geklärt werden, und ist diese Klärung in der Frist nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX nicht möglich, soll der Antrag unverzüglich dem Reha-Träger weitergeleitet werden, der die Leistung ohne Rücksicht auf die Ursache der Behinderung erbringt.
- Als Weiterleitungen nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX sind auch solche zwischen selbstständigen Reha-Trägern innerhalb der gleichen Trägergruppe zu zählen (vgl. § 22 Abs. 2 GE Reha-Prozess).
- Eine Weiterleitung nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX liegt **nicht** vor,
 - wenn ein Reha-Träger einen Antrag erkennbar für einen anderen Reha-Träger aufnimmt (z. B. auf dessen Antragsvordrucken). Der Reha-Träger, für den der Antrag aufgenommen wurde, ist erstangegangener Reha-Träger mit der Folge, dass er den Antrag weiterleiten kann, wenn er bei Prüfung eines Antrags feststellt, dass er nicht zuständig ist (vgl. § 22 Abs. 1 GE Reha-Prozess) und
 - bei Aufforderungen zur Antragstellung (§ 51 SGB V, § 145 SGB III).

Weiterleitung nach § 14 Abs. 3 SGB IX (Turboklärung)

- Zu erfassen sind Weiterleitungen von Anträgen auf Leistungen, für die ein zweitangegangener Reha-Träger insgesamt nicht zuständig ist und die er gemäß § 14 Abs. 3 SGB IX an den nach seiner Auffassung zuständigen (drittangegangenen) Reha-Träger im Einvernehmen mit diesem weiterleitet.

² Auf der Website der BAR stehen unterschiedliche, trägerübergreifend entwickelte und abgestimmte Mustervordrucke zu zentralen Phasen des Reha-Prozesses zur Verfügung. Auch für Weiterleitungen wegen insgesamt Unzuständigkeit (§ 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX) steht ein Formularsatz kostenlos unter www.bar-frankfurt.de > Themen > Reha-Prozess > [Musterformulare](#) zur Verfügung.

Gilt für Weiterleitungen nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX und nach § 14 Abs. 3 SGB IX

- Es sind **alle Weiterleitungen** nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX bzw. § 14 Abs. 3 SGB IX vom weiterleitenden Träger zu erfassen, so dass diese in die Berichterstattung eingehen.
- Eine Weiterleitung ist der **Endpunkt der Bearbeitung** eines Antrags bei einem Reha-Träger.
- **Mit der Weiterleitung endet die Datenerfassung** für einen Antrag beim weiterleitenden Reha-Träger. Damit ist die Weiterleitung eine **mögliche Entscheidungsart über den Gesamtantrag (V09)**.
- Bei Antragsverfahren i. V. m. § 15 SGB IX („Antragssplitting“ bzw. „Beteiligung nach Abs. 2“) handelt es sich um keine Weiterleitungen i. S. v. § 14 Abs. 1 Satz 2 bzw. Abs. 3 SGB IX.

3 Fristen nach § 14 SGB IX

3.1 Gesetzeswortlaut / Fragestellungen

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



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

a) Wie häufig stellt der Reha-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 Reha-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 Reha-Träger nicht innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens über den Antrag? (hier Frist 3c)



Maßgeblich ist die Anzahl der Gesamtanträge,

- Nr. 3a) bei denen die Feststellung der Zuständigkeit in einem Berichtsjahr erfolgte und die eine Fristüberschreitung nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX aufweisen.
- Nr. 3b) welche in einem Berichtsjahr entschieden wurden und die eine Fristüberschreitung nach § 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX aufweisen.
- Nr. 3c) welche in einem Berichtsjahr entschieden wurden und die eine Fristüberschreitung nach § 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX aufweisen.³

Daneben wird für 3b) und 3c) diese Anzahl der Anträge unter Zugrundelegung einer nach Leistungsgruppen differenzierten Messung berichtet.

³ Unter www.reha-fristenrechner.de stellt die BAR kostenlos einen Online-Fristenrechner zum Reha-Prozess zur Verfügung. Das Tool ermöglicht die Berechnung relevanter Fristen im Reha-Prozess. Neben der Möglichkeit zur Eingabe konkreter (Antrags-)Daten enthält der Fristenrechner auch Hinweise auf einschlägige Regelungen im Gesetz und in der GE Reha-Prozess.

3.2 Mögliches Datenbeispiel eines fiktiven Trägers „X“ mit Erläuterungen

Nr. 3a: Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung

Auszug aus dem Meldedatensatz:

	m3a	m3a_n
Träger X	7	95

- Im Berichtsjahr Y hat ein Reha-Träger X bei 95 Gesamtanträgen die Zuständigkeit geklärt (m3a_n).
- Bei sieben dieser 95 Anträge wurde die Frist zur Klärung der Zuständigkeit überschritten (m3a).
- Der prozentuale Anteil der Fristüberschreitungen an allen Zuständigkeitsfeststellungen beträgt 7,4 % $[(m3a / m3a_n) * 100]$.

Nr. 3b und Nr. 3c: Fristüberschreitungen bei der Entscheidung über den Antrag (ohne und mit Gutachten)

Auszug aus dem Meldedatensatz:

	m3b	m3b_n	m3c	m3c_n	m6
Träger X	4	70	12	25	95

- Im Berichtsjahr Y hat ein Reha-Träger X 70 Gesamtanträge ohne Gutachten zur Bedarfsermittlung entschieden (m3b_n).
- Bei vier dieser entschiedenen Gesamtanträge ohne Gutachten wurde die dreiwöchige Entscheidungsfrist nach § 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX überschritten (m3b).
- Der prozentuale Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen ohne Gutachten an allen Entscheidungen ohne Gutachten beträgt 5,7 % $[(m3b / m3b_n) * 100]$.
- Im Berichtsjahr Y hat ein Reha-Träger X 25 Gesamtanträge mit Gutachten zur Bedarfsermittlung entschieden (m3c_n).
- Bei zwölf dieser entschiedenen Gesamtanträge mit Gutachten wurde die zweiwöchige Entscheidungsfrist nach § 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX überschritten (m3c).
- Der prozentuale Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen mit Gutachten an allen Entscheidungen mit Gutachten beträgt 48,0 % $[(m3c / m3c_n) * 100]$.

3.3 Meldevariablen und Primärvariablen

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m3a	Fristüberschreitungen Klärung Zuständigkeit (§ 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX)	Anzahl aller Gesamtanträge mit V04 im Berichtsjahr UND $(V04 - V03) > (14 \text{ Kalendertage})^4$	Zuständigkeitsfeststellungsdatum (V04)
m3a_n	Gesamtanträge mit geklärter Zuständigkeit	Anzahl aller Gesamtanträge mit V04 im Berichtsjahr	Zuständigkeitsfeststellungsdatum (V04)
m3b	Fristüberschreitungen Bedarfsfeststellung ohne Gutachten (§ 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX)	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND $(V09 == 0 \text{ ODER } V09 == 1 \text{ ODER } V09 == 2 \text{ ODER } V09 == 4) \text{ UND } V06 == 0 \text{ UND } (V05 - V03) > (21 \text{ Kalendertage})^4$	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m3b_n	Gesamtanträge ohne Gutachten	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND $(V09 == 0 \text{ ODER } V09 == 1 \text{ ODER } V09 == 2 \text{ ODER } V09 == 4) \text{ UND } V06 == 0$	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m3c	Fristüberschreitungen Bedarfsfeststellung mit Gutachten (§ 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX)	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND $(V09 == 0 \text{ ODER } V09 == 1 \text{ ODER } V09 == 2 \text{ ODER } V09 == 4) \text{ UND } V06 == 1 \text{ UND } (V05 - (\text{Maximum aus } V07_1 \text{ bis } V07_5)^5) > (14 \text{ Kalendertage})^3$	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m3c_n	Gesamtanträge mit Gutachten	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND $(V09 == 0 \text{ ODER } V09 == 1 \text{ ODER } V09 == 2 \text{ ODER } V09 == 4) \text{ UND } V06 == 1$	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

⁴In Anlehnung an die GE Reha-Prozess (bspw. § 19) werden zur Berechnung der Fristen nach § 14 SGB IX die gesetzlichen Vorgaben nach § 26 SGB X i. V. m. §§ 187-193 BGB zugrunde gelegt. Daraus folgt u. a., dass der letzte Tag der Frist ein Werktag ist (vgl. § 26 Abs. 3 SGB X).

⁵Datum des zuletzt vorliegenden Gutachtens.

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m3b_lg	Fristüberschreitungen Bedarfsfeststellung ohne Gutachten innerhalb der Leistungsgruppen (§ 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX)	<p>Anzahl der Anträge auf LMR bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit</p> <p>V05 im Berichtsjahr UND</p> <p>(V09a == 0 ODER V09a == 1 ODER V09a == 2 ODER V09a == 4) UND</p> <p>V06a == 0 UND</p> <p>$(V05a - V03) > (21 \text{ Kalendertage})^6$</p> <p>PLUS</p> <p>Anzahl der Anträge auf LTA bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit</p> <p>V05 im Berichtsjahr UND</p> <p>(V09b == 0 ODER V09b == 1 ODER V09b == 2 ODER V09b == 4) UND</p> <p>V06b == 0 UND</p> <p>$(V05b - V03) > (21 \text{ Kalendertage})^6$</p> <p>PLUS</p> <p>Anzahl der Anträge auf LTB bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit</p> <p>V05 im Berichtsjahr UND</p> <p>(V09c == 0 ODER V09c == 1 ODER V09c == 2 ODER V09c == 4) UND</p> <p>V06c == 0 UND</p> <p>$(V05c - V03) > (21 \text{ Kalendertage})^5$</p> <p>PLUS</p> <p>Anzahl der Anträge auf LST bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit</p> <p>V05 im Berichtsjahr UND</p> <p>(V09d == 0 ODER V09d == 1 ODER V09d == 2 ODER V09d == 4) UND</p> <p>V06d == 0 UND</p> <p>$(V05d - V03) > (21 \text{ Kalendertage})^6$</p>	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

⁶In Anlehnung an die GE Reha-Prozess (bspw. § 19) werden zur Berechnung der Fristen nach § 14 SGB IX die gesetzlichen Vorgaben nach § 26 SGB X i. V. m. §§ 187-193 BGB zugrunde gelegt. Daraus folgt u. a., dass der letzte Tag der Frist ein Werktag ist (vgl. § 26 Abs. 3 SGB X).

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m3b_n_lg	Anträge ohne Gutachten innerhalb der Leistungsgruppen	<p>Anzahl der Anträge auf LMR bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09a == 0 ODER V09a == 1 ODER V09a == 2 ODER V09a == 4) UND V06a == 0</p> <p>PLUS</p> <p>Anzahl der Anträge auf LTA bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09b == 0 ODER V09b == 1 ODER V09b == 2 ODER V09b == 4) UND V06b == 0</p> <p>PLUS</p> <p>Anzahl der Anträge auf LTB bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09c == 0 ODER V09c == 1 ODER V09c == 2 ODER V09c == 4) UND V06c == 0</p> <p>PLUS</p> <p>Anzahl der Anträge auf LST bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09d == 0 ODER V09d == 1 ODER V09d == 2 ODER V09d == 4) UND V06d == 0</p>	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m3c_lg	Fristüberschreitungen Bedarfsfeststellung mit Gutachten innerhalb der Leistungsgruppen (§ 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX)	<p>Anzahl der Anträge auf LMR bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit</p> <p>V05 im Berichtsjahr UND</p> <p>(V09a == 0 ODER V09a == 1 ODER V09a == 2 ODER V09a == 4) UND</p> <p>V06a == 1 UND</p> <p>(V05a – V07a) > (14 Kalendertage)⁷</p> <p>PLUS</p> <p>Anzahl der Anträge auf LTA bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit</p> <p>V05 im Berichtsjahr UND</p> <p>(V09b == 0 ODER V09b == 1 ODER V09b == 2 ODER V09b == 4) UND</p> <p>V06b == 1 UND</p> <p>(V05b – V07b) > (14 Kalendertage)⁷</p> <p>PLUS</p> <p>Anzahl der Anträge auf LTB bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit</p> <p>V05 im Berichtsjahr UND</p> <p>(V09c == 0 ODER V09c == 1 ODER V09c == 2 ODER V09c == 4) UND</p> <p>V06c == 1 UND</p> <p>(V05c – V07c) > (14 Kalendertage)⁷</p> <p>PLUS</p> <p>Anzahl der Anträge auf LST bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit</p> <p>V05 im Berichtsjahr UND</p> <p>(V09d == 0 ODER V09d == 1 ODER V09d == 2 ODER V09d == 4) UND</p> <p>V06d == 1 UND</p> <p>(V05d – V07d) > (14 Kalendertage)⁷</p>	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

⁷In Anlehnung an die GE Reha-Prozess (bspw. § 19) werden zur Berechnung der Fristen nach § 14 SGB IX die gesetzlichen Vorgaben nach § 26 SGB X i. V. m. §§ 187-193 BGB zugrunde gelegt. Daraus folgt u. a., dass der letzte Tag der Frist ein Werktag ist (vgl. § 26 Abs. 3 SGB X).

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m3c_n_lg	Anträge mit Gutachten innerhalb der Leistungsgruppen	<p>Anzahl der Anträge auf LMR bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09a == 0 ODER V09a == 1 ODER V09a == 2 ODER V09a == 4) UND V06a == 1</p> <p>PLUS</p> <p>Anzahl der Anträge auf LTA bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09b == 0 ODER V09b == 1 ODER V09b == 2 ODER V09b == 4) UND V06b == 1</p> <p>PLUS</p> <p>Anzahl der Anträge auf LTB bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09c == 0 ODER V09c == 1 ODER V09c == 2 ODER V09c == 4) UND V06c == 1</p> <p>PLUS</p> <p>Anzahl der Anträge auf LST bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09d == 0 ODER V09d == 1 ODER V09d == 2 ODER V09d == 4) UND V06d == 1</p>	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Primärvariablen		
Variablenname	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V03	Antragsdatum	DD.MM.JJJJ
V04	Zuständigkeitsfeststellungsdatum	DD.MM.JJJJ
V05	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags	DD.MM.JJJJ
V06	Gutachtauftrag	0 = nein 1 = ja
V05a	Entscheidungsdatum des Antrags innerhalb LMR	DD.MM.JJJJ
V05b	Entscheidungsdatum des Antrags innerhalb LTA	DD.MM.JJJJ
V05c	Entscheidungsdatum des Antrags innerhalb LTB	DD.MM.JJJJ
V05d	Entscheidungsdatum des Antrags innerhalb LST	DD.MM.JJJJ
V06a	Gutachtauftrag innerhalb LMR	0 = nein 1 = ja
V06b	Gutachtauftrag innerhalb LTA	0 = nein 1 = ja
V06c	Gutachtauftrag innerhalb LTB	0 = nein 1 = ja
V06d	Gutachtauftrag innerhalb LST	0 = nein 1 = ja
V07_1	Datum Vorliegen des Gutachtens 1	DD.MM.JJJJ
V07_2	Datum Vorliegen des Gutachtens 2	DD.MM.JJJJ
V07_3	Datum Vorliegen des Gutachtens 3	DD.MM.JJJJ
V07_4	Datum Vorliegen des Gutachtens 4	DD.MM.JJJJ
V07_5	Datum Vorliegen des Gutachtens 5	DD.MM.JJJJ
V07a	Datum letztes vorliegendes Gutachten innerhalb LMR	DD.MM.JJJJ
V07b	Datum letztes vorliegendes Gutachten innerhalb LTA	DD.MM.JJJJ
V07c	Datum letztes vorliegendes Gutachten innerhalb LTB	DD.MM.JJJJ
V07d	Datum letztes vorliegendes Gutachten innerhalb LST	DD.MM.JJJJ

Primärvariablen		
Variablenname	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V09	Entscheidungsart des Gesamtantrags	0 = vollständige Ablehnung 1 = nicht vollständige Bewilligung (teilweise Bewilligungen und Bewilligungen mit anderer als der beantragten Leistung) 2 = vollständige Bewilligung 4 = sonstige Erledigung (Versterben des Antragstellers, Rücknahme des Antrags)
V09a	Entscheidungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb LMR	0 = vollständige Ablehnung 1 = nicht vollständige Bewilligung (teilweise Bewilligungen und Bewilligungen mit anderer als der beantragten Leistung) 2 = vollständige Bewilligung 4 = sonstige Erledigung (Versterben des Antragstellers, Rücknahme des Antrags)
V09b	Entscheidungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb LTA	
V09c	Entscheidungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb LTB	
V09d	Entscheidungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb LST	

3.4 Definitionen

Antragsdatum (V03)

- Für das **Antragsdatum** ist der exakte Tag des Eingangs eines fristauslösenden Antrags oder der Aufnahme eines fristauslösenden Antrags (DD.MM.JJJJ).
- Für weitere Hinweise siehe Abschnitt 1.4.

Zuständigkeitsfeststellungsdatum (V04)

- Beim **Zuständigkeitsfeststellungsdatum (V04)** ist das Datum anzugeben, an dem neben dem Antrag auch die zur Feststellung der **Zuständigkeit bzw. Unzuständigkeit** erforderlichen Unterlagen vorliegen und die **Zuständigkeitsprüfung erfolgt** ist.
- Das Datum der Feststellung der **Zuständigkeit bzw. Unzuständigkeit** ist bei der Datenerfassung für den THVB immer **anzugeben** – auch dann, wenn ein Antrag gemäß § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX weitergeleitet wird. Weiterleitungen nach § 14 Abs. 1 SGB IX dienen der Festlegung des leistenden Reha-Trägers und damit der Zuständigkeitsklärung (vgl. [FAQ GE Reha-Prozess, Frage 6](#)).
- Im Hinblick auf die Feststellung der Zuständigkeit sind folgende gesetzliche Regelungen und Nachschlagehinweise der GE Reha-Prozess relevant:
 - § 14 SGB IX,
 - ggf. trägerspezifische Anforderungen, die sich aus den jeweiligen Leistungsgesetzen ergeben,
 - die Regelungen zur Zuständigkeitsklärung in den Ausführungen der [GE Reha-Prozess](#), hier insbesondere die §§ 19, 20, 21.

Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05) und

Entscheidungsdatum des Antrags innerhalb der Leistungsgruppen (V05a bis V05d)

- Das **Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)** bemisst sich nach der Entscheidung über den Gesamtantrag. Eine solche liegt vor, wenn zu allen vom Antrag umfassten Leistungsbegehren eine erste Entscheidung, ggf. auch dem Grunde nach, erfolgt ist.
- Das **Entscheidungsdatum eines Antrags innerhalb der Leistungsgruppen (V05a bis V05d)** ist jeweils der Tag der Entscheidung über einen Antrag innerhalb der Leistungsgruppe. Werden mehrere Leistungen einer Leistungsgruppe beantragt, ist immer das Entscheidungsdatum zu erfassen, an dem über alle innerhalb der Leistungsgruppe beantragten Leistungen eine Entscheidung vorliegt, ggf. auch dem Grunde nach.
- **Wichtig:** Es sind immer das Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05) und das Entscheidungsdatum eines Antrags innerhalb der Leistungsgruppe (V05a bis V05d) zu erfassen. Wenn ein Gesamtantrag nur eine Leistungsgruppe enthält, können die Angaben für V05 und die zutreffende Variable V05a bis V05d identisch sein. Zu beachten ist, dass das Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05) nicht vor dem Entscheidungsdatum innerhalb der Leistungsgruppe (V05a bis V05d) liegen kann.

- Für die Zweiwochenfrist (Frist 3a und 3c) bzw. Dreiwochenfrist (Frist 3b) nach § 14 SGB IX sind 14 bzw. 21 Kalendertage maßgeblich. In Anlehnung an die GE Reha-Prozess werden zur Berechnung der Fristen nach § 14 SGB IX die gesetzlichen Vorgaben nach § 26 SGB X i. V. m. §§ 187-193 BGB zugrunde gelegt. Daraus folgt u. a., dass der letzte Tag der Frist ein Werktag ist (vgl. § 26 Abs. 3 SGB X).
- Bei Antragsverfahren i. V. m. § 15 SGB IX gelten die Fristen nach § 15 Abs. 4 SGB IX und nicht die nach § 14 Abs. 2 Satz 2 (Frist 3b) und 3 (Frist 3c) SGB IX.

Gutachtenauftrag (V06) und Gutachtenauftrag innerhalb der Leistungsgruppen (V06a bis V06d)

- Für den THVB sind Gutachten in Fällen des § 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX bzw. § 17 SGB IX zur umfassenden Feststellung des Rehabilitationsbedarfs zu erfassen.⁸
- **Nicht für den THVB erfasst** werden Gutachten,
 - die nicht den Qualitätsanforderungen an ein Gutachten im Sinne des § 17 SGB IX entsprechen.
 - die nach einer Entscheidung über einen Antrag beauftragt werden (z. B. im Widerspruchsverfahren) und damit keine Fälle nach § 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX sind.
 - die nicht im Prozess der klassischen Antragsbearbeitung erstellt werden (z. B. nach einem Leistungsbescheid im Rahmen von Widerspruchsverfahren oder bei Verlängerungen von Leistungen).
 - die nicht vom Reha-Träger selbst beauftragt wurden.
- Gemäß § 14 Abs. 2 SGB IX können Gutachten für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs beauftragt werden. Gutachten können somit die Grundlage für Leistungsentscheidungen bilden. Ist für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten erforderlich, wird die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen.
- Für den THVB sind Gutachten gemäß § 17 SGB IX i. V. m. § 13 SGB IX zu erfassen. Ein Gutachten liegt vor, wenn § 17 SGB IX – auch sinngemäß – Anwendung findet (u. a. sind der antragsstellenden Person grundsätzlich mindestens drei verschiedene Sachverständige zu benennen, soweit nicht gesetzlich die Begutachtung durch einen sozialmedizinischen Dienst vorgesehen ist). Ein Gutachten ist ein spezifisches Ergebnisformat einer Sachverständigenäußerung, welches Qualitätsanforderungen erfüllt, wie sie bspw. in der GE Begutachtung zwischen den Reha-Trägern vereinbart worden sind.
- Es ist möglich, dass im Rahmen der Bedarfsfeststellung Sachverständigenäußerungen z. B. in Form von fachärztlichen Stellungnahmen, Befundberichten, (Reha-)Verordnungen sowie medizinischen / psychiatrischen / psychologischen Unterlagen eingeholt werden. Ob diese Formate den formalen und inhaltlichen Anforderungen eines Gutachtens gemäß § 17 SGB IX genügen,

⁸Die überarbeitete Fassung der GE Begutachtung nach § 26 Abs. 1 i. V. m. § 25 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX ist zum 01.11.2023 in Kraft getreten. Die Publikation steht im BAR-Webshop unter www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen > Reha-Verbindungen als kostenfreier Download zur Verfügung.

ist im Einzelfall zu klären (weitere Hinweise hierzu sind auch in der GE Begutachtung enthalten, die unter www.bar-frankfurt.de kostenfrei zur Verfügung steht).

- Die Grenzen zwischen z. B. fachärztlichen Stellungnahmen und Gutachten i. S. d. § 17 SGB IX können im Einzelfall fließend sein. Für die in den **Bereichen der EGH und JH** verbreiteten fachärztlichen, sozialpädagogischen oder sozialpädiatrischen Stellungnahmen bedeutet dies: Bei einer fachärztlichen Stellungnahme handelt es sich – in Abgrenzung von Gutachten nach § 17 SGB IX – eher um ein ärztliches Attest, welches von einem behandelnden Arzt auf Wunsch eines Patienten für eine Institution ausgestellt wird. Diese enthalten zwar gutachterliche Bewertungen (z. B. zu Einschränkungen der Körperfunktionen und -strukturen aufgrund eines gesundheitlichen Problems), jedoch wird neben bestehenden wesentlichen inhaltlichen Unterschieden auch nicht die Anforderung an ein Gutachten hinsichtlich der erforderlichen Unabhängigkeit des Gutachters gewährleistet. Insgesamt sind damit solche Stellungnahmen nicht als Gutachten zu zählen.⁹
- Bei den in den **Bereichen der EGH und JH** verbreiteten Stellungnahmen zur Feststellung der Ursache der Behinderung handelt es sich nicht um ein Gutachten nach § 17 SGB IX, da diese Stellungnahmen im Rahmen der Zuständigkeitsklärung nach § 14 Abs. 1 Satz 3 SGB IX erstellt werden und damit kein Instrument der Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX sind.
- Bezogen auf V06a bis V06d liegen Gutachten nach vorstehender Definition vor, wenn das Gutachten für Entscheidungen über Leistungen innerhalb der jeweiligen Leistungsgruppe beauftragt wurde.

Datum Vorliegen des Gutachtens (V07_1 bis V07_5) und

Datum letztes vorliegendes Gutachten innerhalb der Leistungsgruppen (V07a bis V07d)

- **V07_1 bis V07_5:** Anzugeben ist der Tag des Posteingangs des Gutachtens (Posteingangsstempel) (DD.MM.JJJJ) beim Reha-Träger. Bei elektronischen Gutachten kann dies der Zeitpunkt sein, zu dem ein Gutachten bspw. im Fachverfahren zur Weiterverarbeitung vorliegt. Dies gilt auch für intern beauftragte Gutachten, die zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs herangezogen werden.
- Für **V07a bis V07d** (Datum des letzten vorliegenden Gutachtens innerhalb der Leistungsgruppen) gilt entsprechend: Anzugeben ist der Tag des Posteingangs des Gutachtens beim Reha-Träger (DD.MM.JJJJ). Bei elektronischen Gutachten kann dies der Zeitpunkt sein, zu dem ein Gutachten bspw. im Fachverfahren zur Weiterverarbeitung vorliegt.
- Werden bei einem Antrag mehr als fünf Gutachten angefertigt, muss bei der Datenerfassung immer auch das zuletzt vorliegende Gutachten miterfasst sein.

⁹Es ist nicht grundsätzlich auszuschließen, dass in einzelnen Trägerbereichen anders bezeichnete Produkte die Qualitätsanforderungen an ein Gutachten i. S. d. § 17 SGB IX erfüllen.

4 Durchschnittliche Zeitdauer zwischen Erteilung und Vorlage eines Gutachtens

4.1 Gesetzeswortlaut / Fragestellungen



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



Wie viele Gutachten wurden beauftragt?

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



Maßgeblich ist die durchschnittliche Dauer aus allen einzelnen Gutachtenerstellungen in Fällen des § 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX, die in einem Berichtsjahr abgeschlossen wurden.

4.2 Mögliches Datenbeispiel eines fiktiven Trägers „X“ mit Erläuterungen

Auszug aus dem Meldedatensatz:

	m4a	m4a_z	m4a_n
Träger X	17,98	1978	110

- Für das Berichtsjahr Y hat ein Reha-Träger X 110 Gutachten in Auftrag gegeben (m4a_n), die im Durchschnitt nach 17,98 Tagen vorlagen (m4a).
- Zur Berechnung der durchschnittlichen Dauer einer Gutachtenerstellung eines Reha-Trägers wird die jeweilige Dauer eines jeden beauftragten Gutachtens aufsummiert (m4a_z) und durch die Anzahl aller beauftragten Gutachten (m4a_n) geteilt [m4a = m4a_z / m4a_n].

4.3 Meldevariablen und Primärvariablen

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m4a	Durchschnittliche Dauer einer Gutachtenerstellung	m4a_z / m4a_n (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m4a_z	Summe der Dauern aller Gutachtenerstellungen (Zähler zu m4a)	<p>Summe von ((V07_1 – V08_1) – 3¹⁰) bei allen entschiedenen Gesamtanträgen (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4)</p> <p>PLUS</p> <p>Summe von ((V07_2 – V08_2) – 3¹⁰) bei allen entschiedenen Gesamtanträgen (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4)</p> <p>PLUS</p> <p>Summe von ((V07_3 – V08_3) – 3¹⁰) bei allen entschiedenen Gesamtanträgen (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4)</p> <p>PLUS</p> <p>Summe von ((V07_4 – V08_4) – 3¹⁰) bei allen entschiedenen Gesamtanträgen (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4)</p> <p>PLUS</p> <p>Summe von ((V07_5 – V08_5) – 3¹⁰) bei allen entschiedenen Gesamtanträgen (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4)</p> <p>(in Kalendertagen)</p>	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

¹⁰ Unter Berücksichtigung der Postlaufzeit gilt der Gutachtenauftrag am dritten Tag nach Aufgabe als zugestellt. Daher werden von jeder Dauer pauschal drei Kalendertage abgezogen. Führt der Abzug zu einer negativen Gutachtendauer, wird die Gutachtendauer auf 0 Tage gesetzt.

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m4a_n	Gutachtenerstellungen (Nenner zu m4a)	<p>Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND einem Wert in V07_1</p> <p>PLUS</p> <p>Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND einem Wert in V07_2</p> <p>PLUS</p> <p>Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND einem Wert in V07_3</p> <p>PLUS</p> <p>Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND einem Wert in V07_4</p> <p>PLUS</p> <p>Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND einem Wert in V07_5</p>	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Primärvariablen		
Variablenname	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V07_1	Datum Vorliegen des Gutachtens 1	DD.MM.JJJJ
V07_2	Datum Vorliegen des Gutachtens 2	DD.MM.JJJJ
V07_3	Datum Vorliegen des Gutachtens 3	DD.MM.JJJJ
V07_4	Datum Vorliegen des Gutachtens 4	DD.MM.JJJJ
V07_5	Datum Vorliegen des Gutachtens 5	DD.MM.JJJJ
V08_1	Datum Auftrag des Gutachtens 1	DD.MM.JJJJ
V08_2	Datum Auftrag des Gutachtens 2	DD.MM.JJJJ
V08_3	Datum Auftrag des Gutachtens 3	DD.MM.JJJJ
V08_4	Datum Auftrag des Gutachtens 4	DD.MM.JJJJ
V08_5	Datum Auftrag des Gutachtens 5	DD.MM.JJJJ
V09	Entscheidungsart des Gesamtantrags	0 = vollständige Ablehnung 1 = nicht vollständige Bewilligung (teilweise Bewilligungen und Bewilligungen mit anderer als der beantragten Leistung) 2 = vollständige Bewilligung 4 = sonstige Erledigung (Versterben des Antragstellers, Rücknahme des Antrags)

4.4 Definitionen

- Die Messung der Gutachtendauer erfolgt in Kalendertagen.
- Für die Berechnung singulärer Gutachtendauern: Bei mehreren Gutachten im Einzelfall ist jeweils die Zeitdifferenz zwischen dem jeweiligen Auftrag und Vorliegen zu bilden.
- Gutachten, die nicht im Prozess der klassischen Antragsbearbeitung erstellt werden (z. B. nach einem Leistungsbescheid im Rahmen von Widerspruchsverfahren oder bei Verlängerungen von Leistungen), bleiben bei der Berechnung der Gesamtdauer des Begutachtungsprozesses für den THVB unberücksichtigt.
- Für weitere Hinweise siehe Abschnitt 3.4.

Datum Auftrag des Gutachtens (V08_1 bis V08_5)

- Anzugeben ist das genaue Datum der Beauftragung des Gutachtens (ohne Postlaufzeit) (DD.MM.JJJJ).
- Unter Berücksichtigung der Postlaufzeit gilt der Gutachtauftrag am dritten Tag nach Aufgabe als zugestellt und damit als Zeitpunkt der Erteilung des Gutachtauftrages. D. h.: Erteilung (V08) = Auftragsdatum plus drei Kalendertage Übermittlungszeit.¹¹

Datum Vorliegen des Gutachtens (V07_1 bis V07_5)

- Anzugeben ist der Tag des Posteingangs des Gutachtens (Posteingangsstempel) (DD.MM.JJJJ) beim Reha-Träger. Bei elektronischen Gutachten kann dies der Zeitpunkt sein, zu dem ein Gutachten bspw. im Fachverfahren zur Weiterverarbeitung vorliegt. Dies gilt auch für intern beauftragte Gutachten, die zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs herangezogen werden.
- Werden bei einem Antrag mehr als fünf Gutachten angefertigt, muss bei der Datenerfassung immer auch das zuletzt vorliegende Gutachten miterfasst sein. Je nach Fachverfahren kann ggf. nur eine begrenzte Anzahl an Gutachten eingetragen werden (siehe hierzu auch Abschnitt 3.4 zu § 41 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX).

¹¹ Die Postlaufzeit (drei Kalendertage) wird später bei der Auswertung verrechnet. Sie ist daher bei der Eingabe des Datums der Beauftragung eines Gutachtens nicht zu berücksichtigen.

Vorschlag einer Umsetzungshilfe für die Erfassung beauftragter Gutachten

- Zur Abbildung der durchschnittlichen Dauer der Gutachtenerstellung kann nachfolgender Weg durch Nutzung von Hilfsvariablen (V07a_h bis V07d_h) eine schlanke Datenerhebung ermöglichen, aus welchen sich dann die Primärvariablen V07a bis V07d ableiten lassen.

	Datum Auftrag des Gutachtens (V08)	Datum Vorliegen des Gutachtens (V07)	Leistungsgruppe (V07#_h)	
Gutachten 1	DD.MM.JJJJ (V08_1)	DD.MM.JJJJ (V07_1)	V07a_h	1 = Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2 = Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 3 = Leistungen zur sozialen Teilhabe 4 = Leistungen zur Teilhabe an Bildung (Mehrfachantworten möglich)
Gutachten 2	DD.MM.JJJJ (V08_2)	DD.MM.JJJJ (V07_2)	V07b_h	
Gutachten 3	DD.MM.JJJJ (V08_3)	DD.MM.JJJJ (V07_3)	V07c_h	
Gutachten 4	DD.MM.JJJJ (V08_4)	DD.MM.JJJJ (V07_4)	V07d_h	
Gutachten 5	DD.MM.JJJJ (V08_5)	DD.MM.JJJJ (V07_5)	V07e_h	

5 Bearbeitungsdauer

5.1 Gesetzeswortlaut / Fragestellungen



Die Rehabilitationsträger [...] erfassen die durchschnittliche Zeitdauer zwischen Antrags-
eingang beim leistenden Rehabilitationsträger und der Entscheidung nach den Merkma-
len der Erledigung und der Bewilligung.



Wie lange dauert es durchschnittlich, bis der leistende Reha-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?



Die Bearbeitungsdauer ergibt sich aus der Zeit vom Antragseingang beim leistenden
Reha-Träger bis zur Entscheidung über den Gesamtantrag. Bei der Art der Entscheidung
wird bei Sachverhalt 5 zwischen den Entscheidungsmerkmalen „Bewilligung“ und „Erledi-
gung“ unterschieden:

- Das Merkmal „Bewilligung“ umfasst eine „vollständiger Bewilligung“ sowie eine
„nicht vollständige / teilweise Bewilligung“ eines Antrags.
- Das Merkmal „Erledigung“ umfasst eine „vollständige Ablehnung“ sowie eine „sonstige
Erledigung“ eines Antrags.

Ein Gesamtantrag kann auch durch eine Weiterleitung entschieden werden, jedoch wird
dieses Entscheidungsmerkmal bei Sachverhalt 5 nicht berücksichtigt.

Daneben wird die Bearbeitungsdauer bewilligter und erledigter Anträge unter Zugrunde-
legung einer nach Leistungsgruppen differenzierten Messung berichtet.

5.2 Mögliches Datenbeispiel eines fiktiven Trägers „X“ mit Erläuterungen

Auszug aus dem Meldedatensatz:

	m5a	m5a_z	m5a_n	m5b	m5b_z	m5b_n
Träger X	39,07	2774	71	35,20	704	20

Bewilligung:

- Im Berichtsjahr Y hat ein Reha-Träger X 71 Gesamtanträge entweder vollständig oder nicht voll-
ständig (also teilweise oder mit anderer als der beantragten Leistung) bewilligt (m5a_n).
- Die durchschnittliche Dauer bis zur Bewilligung des Gesamtantrags beträgt 39,07 Tage (m5a).
- Zur Berechnung der durchschnittlichen Bearbeitungsdauer bis zur Bewilligung des Gesamtan-
trags bei einem Reha-Träger wird die jeweilige Dauer bis zur Bewilligung aufsummiert (m5a_z)

und durch die Anzahl aller bewilligten Gesamtanträge (m5a_n) geteilt [$m5a = m5a_z / m5a_n$].

Erledigung:

- Im Berichtsjahr Y hat ein Reha-Träger X 20 Gesamtanträge erledigt, also abgelehnt oder mit der Entscheidungsart „sonstige Erledigung“ erfasst (m5b_n).
- Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer bis zur Erledigung des Gesamtantrags beträgt 35,20 Tage (m5b).
- Zur Berechnung der durchschnittlichen Dauer bis zur Erledigung des Gesamtantrags bei einem Reha-Träger wird die jeweilige Dauer bis zur Erledigung (m5b_z) durch die Anzahl aller erledigten Gesamtanträge (m5b_n) geteilt [$m5b = m5b_z / m5b_n$].

5.3 Meldevariablen und Primärvariablen

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m5a	Durchschnittliche Dauer bis zur Bewilligung des Gesamtantrags (vollst. / nicht vollst.)	$m5a_z / m5a_n$ (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m5a_z	Summe der Dauern aller Entscheidungen zu Gesamtanträgen, die vollständig oder nicht vollständig bewilligt wurden (Zähler zu m5a)	Summe von (V05 – V03) bei allen entschiedenen Gesamtanträgen (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 1 ODER V09 == 2) (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m5a_n	Gesamtanträge, die vollständig oder nicht vollständig bewilligt wurden (Nenner zu m5a)	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 1 ODER V09 == 2)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m5b	Durchschnittliche Dauer bis zur Erledigung des Gesamtantrags (Abl. / Sonst.)	$m5b_z / m5b_n$ (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m5b_z	Summe der Dauern aller Entscheidungen zu Gesamtanträgen, die abgelehnt wurden oder in der Entscheidungsart „sonstige Erledigung“ erfasst sind (Zähler zu m5b)	Summe von (V05 – V03) bei allen entschiedenen Gesamtanträgen (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 4) (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m5b_n	Gesamtanträge, die abgelehnt wurden oder in der Entscheidungsart „sonstige Erledigung“ erfasst sind (Nenner zu m5b)	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 4)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m5a_lg	Durchschnittliche Dauer bis zur Bewilligung innerhalb der Leistungsgruppen (vollst. / nicht vollst.)	m5a_z_lg / m5a_n_lg (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m5a_z_lg	Summe der Dauern aller Entscheidungen zu Anträgen innerhalb der Leistungsgruppen, die vollständig oder nicht vollständig bewilligt wurden (Zähler zu m5a_lg)	Summe der Entscheidungsdauern für LMR (V05a – V03) bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09a == 1 ODER V09a == 2) PLUS Summe der Entscheidungsdauern für LTA (V05b – V03) bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09b == 1 ODER V09b == 2) PLUS Summe der Entscheidungsdauern für LTB (V05c – V03) bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09c == 1 ODER V09c == 2) PLUS Summe der Entscheidungsdauern für LST (V05d – V03) bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09d == 1 ODER V09d == 2) (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m5a_n_lg	Anträge innerhalb der Leistungsgruppen, die vollständig oder nicht vollständig bewilligt wurden (Nenner zu m5a_lg)	Anzahl der Anträge auf LMR bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09a == 1 ODER V09a == 2) PLUS Anzahl der Anträge auf LTA bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09b == 1 ODER V09b == 2) PLUS Anzahl der Anträge auf LTB bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09c == 1 ODER V09c == 2) PLUS Anzahl der Anträge auf LST bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09d == 1 ODER V09d == 2)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m5b_lg	Durchschnittliche Dauer bis zur Erledigung innerhalb der Leistungsgruppen (Abl. / Sonst.)	m5b_z_lg / m5b_n_lg (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m5b_z_lg	Summe der Dauern aller Entscheidungen zu Anträgen innerhalb der Leistungsgruppen, die abgelehnt wurden oder in der Entscheidungsart „sonstige Erledigung“ erfasst sind (Zähler zu m5b_lg)	Summe der Entscheidungsdauern für LMR (V05a – V03) bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09a == 0 ODER V09a == 4) PLUS Summe der Entscheidungsdauern für LTA (V05b – V03) bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09b == 0 ODER V09b == 4) PLUS Summe der Entscheidungsdauern für LTB (V05c – V03) bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09c == 0 ODER V09c == 4) PLUS Summe der Entscheidungsdauern für LST (V05d – V03) bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09d == 0 ODER V09d == 4) (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m5b_n_lg	Anträge innerhalb der Leistungsgruppen, die abgelehnt wurden oder in der Entscheidungsart „sonstige Erledigung“ erfasst sind (Nenner zu m5b_lg)	Anzahl der Anträge auf LMR bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09a == 0 ODER V09a == 4) PLUS Anzahl der Anträge auf LTA bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09b == 0 ODER V09b == 4) PLUS Anzahl der Anträge auf LTB bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09c == 0 ODER V09c == 4) PLUS Anzahl der Anträge auf LST bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09d == 0 ODER V09d == 4)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Primärvariablen		
Variablenname	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V03	Antragsdatum	DD.MM.JJJJ
V05	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags	DD.MM.JJJJ
V05a	Entscheidungsdatum des Antrags innerhalb LMR	DD.MM.JJJJ
V05b	Entscheidungsdatum des Antrags innerhalb LTA	DD.MM.JJJJ
V05c	Entscheidungsdatum des Antrags innerhalb LTB	DD.MM.JJJJ
V05d	Entscheidungsdatum des Antrags innerhalb LST	DD.MM.JJJJ
V09	Entscheidungsart des Gesamtantrags	0 = vollständige Ablehnung 1 = nicht vollständige Bewilligung (teilweise Bewilligungen und Bewilligungen mit anderer als der beantragten Leistung) 2 = vollständige Bewilligung 4 = sonstige Erledigung (Versterben des Antragstellers, Rücknahme des Antrags)
V09a	Entscheidungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb LMR	0 = vollständige Ablehnung 1 = nicht vollständige Bewilligung (teilweise Bewilligungen und Bewilligungen mit anderer als der beantragten Leistung) 2 = vollständige Bewilligung 4 = sonstige Erledigung (Versterben des Antragstellers, Rücknahme des Antrags)
V09b	Entscheidungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb LTA	
V09c	Entscheidungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb LTB	
V09d	Entscheidungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb LST	

5.4 Definitionen

Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05) und

Entscheidungsdatum des Antrags innerhalb der Leistungsgruppen (V05a bis V05d)

- Das Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05) bemisst sich nach der Entscheidung über den Gesamtantrag. Eine solche liegt vor, wenn zu allen vom Antrag umfassten Leistungsbegehren eine erste Entscheidung, ggf. auch dem Grunde nach, erfolgt ist.
- Das Entscheidungsdatum eines Antrags innerhalb der Leistungsgruppen (V05a bis V05d) ist jeweils der Tag der Entscheidung über einen Antrag innerhalb der Leistungsgruppe. Werden mehrere Leistungen einer Leistungsgruppe beantragt, ist immer das Entscheidungsdatum zu erfassen, an dem über alle innerhalb der Leistungsgruppe beantragten Leistungen eine Entscheidung vorliegt, ggf. auch dem Grunde nach.
- **Wichtig:** Es sind immer das Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05) und das Entscheidungsdatum eines Antrags innerhalb der Leistungsgruppe (V05a bis V05d) zu erfassen. Wenn ein Gesamtantrag nur eine Leistungsgruppe enthält, können die Angaben für V05 und die zutreffende Variable V05a bis V05d identisch sein. Zu beachten ist, dass das Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05) nicht vor dem Entscheidungsdatum innerhalb der Leistungsgruppe (V05a bis V05d) liegen kann.

Entscheidungsart des Gesamtantrags (V09) und

Entscheidungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb der Leistungsgruppen (V09a bis V09d)

- Bei der Entscheidungsart des Gesamtantrags (V09) wird unterschieden zwischen
 - „vollständiger Ablehnung“
 - „nicht vollständiger / teilweiser Bewilligung“
 - „vollständiger Bewilligung“ und
 - „sonstiger Erledigung“.
- Wenn ein Gesamtantrag Leistungen mehrerer Leistungsgruppen umfasst, ergibt sich die Entscheidungsart des Gesamtantrags aus der Kombination der verschiedenen Leistungsgruppen (vgl. hierzu auch Abschnitt 6.4 „Kombination der Entscheidungsarten“).

- Weitere Entscheidungsarten des Gesamtantrags (V09) sind die
 - Weiterleitung nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX (vollständige Unzuständigkeit)¹² und
 - Weiterleitung nach § 14 Abs. 3 SGB IX (Turboklärung).
- Bei der Entscheidungsart von Anträgen in eigener Zuständigkeit innerhalb der Leistungsgruppen (V09a bis V09d) wird unterschieden zwischen
 - „vollständiger Ablehnung“,
 - „nicht vollständiger / teilweiser Bewilligung“,
 - „vollständiger Bewilligung“ und
 - „sonstiger Erledigung“.
- Wenn innerhalb einer Leistungsgruppe mehrere beantragte Leistungen vorliegen, ergibt sich die Entscheidungsart des Leistungsgruppenantrags (LG-Antrag) aus allen innerhalb der Leistungsgruppe entschiedenen Leistungen. Die Entscheidungsart eines LG-Antrags kann erst dann bestimmt werden, wenn über alle beantragten Leistungen aus der entsprechenden Leistungsgruppe entschieden wurde (vgl. hierzu auch Abschnitt 6.4 „Kombination der Entscheidungsarten“).
- Für ausführliche Definitionen und Hinweise siehe Abschnitt 6.4.

Leistungsverantwortung bei Mehrheit von Reha-Trägern (§ 15 SGB IX)

- Bei Antragsverfahren i. V. m. § 15 SGB IX („Antragssplitting“ bzw. „Beteiligung nach Abs. 2“) berichten die Reha-Träger getrennt. D. h., der leistende und die beteiligten Reha-Träger melden jeweils die Dauer, differenziert nach der o. g. Entscheidungsart, im Rahmen ihrer Zuständigkeit und lassen hierbei die Verfahrensläufe der anderen Träger unberücksichtigt. Sind bei einem Träger Leistungen aus mehreren Leistungsgruppen vom Antrag umfasst, sind diese im Rahmen der Betrachtung des Gesamtantrags entsprechend zusammengefasst zu messen und abzubilden.

¹²Für den THVB sind darunter auch Weiterleitungen nach § 14 Abs. 1 Satz 3 SGB IX zu erfassen.

6 Entscheidungsarten

6.1 Gesetzeswortlaut / Fragestellungen



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



Wie viele der gestellten Anträge werden nicht oder nicht vollständig bewilligt?
Mit welcher Entscheidung werden Anträge abschließend bearbeitet?



Die Entscheidungsart gibt Aufschluss darüber, wie Anträge abschließend bearbeitet werden.

Die Daten zu Sachverhalt 6 spiegeln wider, wie oft Anträge in einem Berichtsjahr vollständig abgelehnt oder teilweise bewilligt werden.

Unter Zuhilfenahme der Daten aus Sachverhalt 5 kann hier auch abgebildet werden, wie oft Anträge in einem Berichtsjahr vollständig bewilligt oder sonstig erledigt werden.

Ein Antrag kann auch durch eine Weiterleitung entschieden werden, jedoch wird dieses Entscheidungsmerkmal hier nicht berücksichtigt.

Daneben wird die Anzahl der entschiedenen Anträge unter Zugrundelegung einer nach Leistungsgruppen differenzierten Messung berichtet.

6.2 Mögliches Datenbeispiel eines fiktiven Trägers „X“ mit Erläuterungen

Auszug aus dem Meldedatensatz:

	m6a	m6b	m6
Träger X	9	30	95

- Im Berichtsjahr Y hat ein Reha-Träger X 95 Gesamtanträge entschieden (m6).
- Neun Gesamtanträge wurden von diesem Reha-Träger vollständig abgelehnt (m6a).
- Außerdem wurden 30 Gesamtanträge nicht vollständig (also teilweise oder mit anderer als der beantragten Leistung) bewilligt (m6b).
- Es wurden 56 Gesamtanträge auf andere Weise entschieden $[m6 - (m6a + m6b)]$. Zu diesen Entscheidungen zählen vollständig bewilligte Gesamtanträge und sonstige Erledigungen (Tod des Antragstellers, Antragsrücknahmen etc.).

- Die Anzahl der vollständig bewilligten Gesamtanträge kann unter Zuhilfenahme der Meldevariablen aus Sachverhalt 5 berechnet werden. Sie ergibt sich aus der Anzahl der vollständig oder nicht vollständig bewilligten Gesamtanträge (m5a_n) minus der Anzahl der nicht vollständig bewilligten Gesamtanträge (m6b). Im Berichtsjahr Y hat der Reha-Träger X 41 Gesamtanträge vollständig bewilligt [m5a_n - m6b].
- Die Anzahl der sonstig entschiedenen Gesamtanträge kann unter Zuhilfenahme der Meldevariablen aus Sachverhalt 5 berechnet werden. Sie ergibt sich aus der Anzahl der vollständig abgelehnten oder sonstig erledigten Gesamtanträge (m5b_n) minus der Anzahl der vollständig abgelehnten Gesamtanträge (m6a). Im Berichtsjahr Y wurden 11 Gesamtanträge sonstig erledigt [m5b_n - m6a].

6.3 Meldevariablen und Primärvariablen

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m6a	Vollständig abgelehnte Gesamtanträge	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND V09 == 0	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m6b	Nicht vollständig bewilligte Gesamtanträge	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr V09 == 1	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m6	Entschiedene Gesamtanträge	Anzahl entschiedener Gesamtanträge mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m6a_lg	Vollständig abgelehnte Anträge innerhalb der Leistungsgruppen	Anzahl der Anträge auf LMR bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND V09a ==0 PLUS Anzahl der Anträge auf LTA bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND V09b ==0 PLUS Anzahl der Anträge auf LTB bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND V09c ==0 PLUS Anzahl der Anträge auf LST bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND V09d ==0	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m6b_lg	Nicht vollständig bewilligte Anträge innerhalb der Leistungsgruppen	Anzahl der Anträge auf LMR bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND V09a == 1 PLUS Anzahl der Anträge auf LTA bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND V09b == 1 PLUS Anzahl der Anträge auf LTB bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND V09c == 1 PLUS Anzahl der Anträge auf LST bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND V09d == 1	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m6_lg	Entschiedene Anträge innerhalb der Leistungsgruppen	<p>Anzahl der Anträge auf LMR bei allen entschiedenen LG-Anträgen mit V05 im Berichtsjahr UND (V09a ==0 ODER V09a == 1 ODER V09a == 2 ODER V09a == 4)</p> <p>PLUS</p> <p>Anzahl der Anträge auf LTA bei allen entschiedenen LG-Anträgen mit V05 im Berichtsjahr UND (V09b ==0 ODER V09b == 1 ODER V09b == 2 ODER V09b == 4)</p> <p>PLUS</p> <p>Anzahl der Anträge auf LTB bei allen entschiedenen LG-Anträgen mit V05 im Berichtsjahr UND (V09c ==0 ODER V09c == 1 ODER V09c == 2 ODER V09c == 4)</p> <p>PLUS</p> <p>Anzahl der Anträge auf LST bei allen entschiedenen LG-Anträgen mit V05 im Berichtsjahr UND (V09d ==0 ODER V09d == 1 ODER V09d == 2 ODER V09d == 4)</p>	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Primärvariablen		
Variablenname	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V09	Entscheidungsart des Gesamtantrags	0 = vollständige Ablehnung 1 = nicht vollständige Bewilligung (teilweise Bewilligungen und Bewilligungen mit anderer als der beantragten Leistung) 2 = vollständige Bewilligung 4 = sonstige Erledigung (Versterben des Antragstellers, Rücknahme des Antrags)
V09a	Entscheidungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb LMR	0 = vollständige Ablehnung 1 = nicht vollständige Bewilligung (teilweise Bewilligungen und Bewilligungen mit anderer als der beantragten Leistung) 2 = vollständige Bewilligung 4 = sonstige Erledigung (Versterben des Antragstellers, Rücknahme des Antrags)
V09b	Entscheidungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb LTA	
V09c	Entscheidungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb LTB	
V09d	Entscheidungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb LST	

6.4 Definitionen

- Für ausführliche Definitionen und Hinweise zum Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05) und zum Entscheidungsdatum des Antrags innerhalb der Leistungsgruppen (V05a bis V05d) siehe Abschnitt 5.4 .
- Bei der Entscheidungsart des Gesamtantrags (V09) wird zwischen
 - „vollständiger Ablehnung“,
 - „nicht vollständiger / teilweiser Bewilligung“,
 - „vollständiger Bewilligung“ und
 - „sonstiger Erledigung“ unterschieden.
- Wenn ein Gesamtantrag Leistungen mehrerer Leistungsgruppen umfasst, ergibt sich die Entscheidungsart des Gesamtantrags V09 aus der Kombination der verschiedenen entschiedenen Leistungsgruppen (V09a bis V09d). Die verschiedenen Kombinationsmöglichkeiten zeigt die Übersicht „Kombination der Entscheidungsarten“ in diesem Abschnitt.

- Weitere Entscheidungsarten des Gesamtantrags (V09) sind die
 - „Weiterleitung nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX“ (vollständige Unzuständigkeit)¹³ und die
 - „Weiterleitung nach § 14 Abs. 3 SGB IX“ (Turboklärung).
- Bei der Entscheidungsart von Anträgen in eigener Zuständigkeit innerhalb der Leistungsgruppen (V09a bis V09d) wird unterschieden zwischen
 - „vollständiger Ablehnung“,
 - „nicht vollständiger / teilweiser Bewilligung“,
 - „vollständiger Bewilligung“ und
 - „sonstiger Erledigung“.
- Wenn innerhalb einer Leistungsgruppe mehrere beantragte Leistungen vorliegen, ergibt sich die Entscheidungsart des Leistungsgruppenantrags (LG-Antrag) aus allen innerhalb der Leistungsgruppe entschiedenen Leistungen. Die Entscheidungsart eines LG-Antrags kann erst dann bestimmt werden, wenn über alle beantragten Leistungen aus der entsprechenden Leistungsgruppe entschieden wurde (vgl. hierzu auch „Kombination der Entscheidungsarten“).

Entscheidungsart „vollständige Ablehnung“

- Bei einer vollständigen Ablehnung sind alle vom Antrag umfassten Leistungen vollständig abgelehnt worden. Was es hierbei in Kombination mit der Entscheidungsart „sonstige Erledigung“ zu beachten gilt, steht im Abschnitt „Entscheidungsart ‚sonstige Erledigung‘“.

Entscheidungsart „nicht vollständige / teilweise Bewilligung“

- Bei einer nicht vollständigen Bewilligung sind mehrere vom Antrag umfasste Leistungen teilweise oder mit anderer als der beantragten Leistung bewilligt worden. Eine nicht vollständige Bewilligung liegt auch vor, wenn eine Leistung zwar bewilligt wird, aber in Art und Umfang von der (ursprünglich) beantragten Leistung abweicht. Was es hierbei in Kombination mit der Entscheidungsart „sonstige Erledigung“ zu beachten gilt, steht im Abschnitt „Entscheidungsart ‚sonstige Erledigung‘“.

¹³ Für den THVB sind darunter auch Weiterleitungen nach § 14 Abs. 1 Satz 3 SGB IX zu erfassen.

Entscheidungsart „vollständige Bewilligung“

- Bei einer vollständigen Bewilligung sind alle vom Antrag umfassten Leistungen identisch bewilligt, wie sie in Art und Umfang beantragt worden sind. Was es hierbei in Kombination mit der Entscheidungsart „sonstige Erledigung“ zu beachten gilt, steht im Abschnitt „Entscheidungsart ‚sonstige Erledigung‘“.

Entscheidungsart „sonstige Erledigung“

- Die Entscheidungsart „sonstige Erledigung“ wird bspw. im Falle des Versterbens des Antragstellers gewählt oder wenn ein Antrag zurückgenommen wird:
 - Bei der **Rücknahme eines Antrags** ist zu beachten, dass in solchen Fällen Leistungsbegehren vorlagen, die zunächst für den THVB zu erfassen sind (unabhängig vom Zeitpunkt der Antragsrücknahme).
 - Die Entscheidungsart „sonstige Erledigung“ (bspw. Leistungsgruppe 1 bzw. Leistung 1) in Verbindung mit der „vollständigen Bewilligung“ (Leistungsgruppe 2 bzw. Leistung 2) ergibt die Entscheidungsart „vollständige Bewilligung“.
 - Die Entscheidungsart „sonstige Erledigung“ (Leistungsgruppe 1 bzw. Leistung 1) in Verbindung mit der „vollständigen Ablehnung“ (Leistungsgruppe 2 bzw. Leistung 2) ergibt die Entscheidungsart „vollständige Ablehnung“.
 - Die Entscheidungsart „sonstige Erledigung“ (Leistungsgruppe 1 bzw. Leistung 1) in Verbindung mit der „nicht vollständigen / teilweisen Bewilligung“ (Leistungsgruppe 2 bzw. Leistung 2) ergibt die Entscheidungsart „nicht vollständige / teilweise Bewilligung“.

Leistungsverantwortung bei Mehrheit von Reha-Trägern (§ 15 SGB IX)

- Bei Antragsverfahren i. V. m. § 15 SGB IX („Antragssplitting“ bzw. „Beteiligung nach Abs. 2“) berichten die Reha-Träger getrennt, d. h. bei der Entscheidungsart auf Leistungsgruppenebene sind nur eigene Leistungsentscheidungen des Trägers zu berücksichtigen. Sind bei einem Reha-Träger Leistungen aus mehreren Leistungsgruppen vom Antrag umfasst, sind diese im Rahmen der Betrachtung des Gesamtantrags entsprechend zusammengefasst zu messen und abzubilden.

Kombination der Entscheidungsarten

Die in der nachfolgenden Tabelle dargestellten Kombinationsmöglichkeiten der Entscheidungsarten können sowohl für mehrere Leistungen innerhalb einer Leistungsgruppe als auch für mehrere Leistungen aus verschiedenen Leistungsgruppen verwendet werden.

		Entscheidungsart A			
		vollständige Ablehnung	nicht vollständige Bewilligung	vollständige Bewilligung	sonstige Erledigung
Entscheidungsart B	vollständige Ablehnung	vollständige Ablehnung	nicht vollständige Bewilligung	nicht vollständige Bewilligung	vollständige Ablehnung
	nicht vollständige Bewilligung	nicht vollständige Bewilligung	nicht vollständige Bewilligung	nicht vollständige Bewilligung	nicht vollständige Bewilligung
	vollständige Bewilligung	nicht vollständige Bewilligung	nicht vollständige Bewilligung	vollständige Bewilligung	vollständige Bewilligung
	sonstige Erledigung	vollständige Ablehnung	nicht vollständige Bewilligung	vollständige Bewilligung	sonstige Erledigung

7 Antrittslaufzeiten mit und ohne Teilhabeplanung

7.1 Gesetzeswortlaut / Fragestellung



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 Absatz 1 Nummer 1 erbracht wurde, das Merkmal „mit und ohne Teilhabeplanung nach § 19“ nicht zu erfassen ist.



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

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

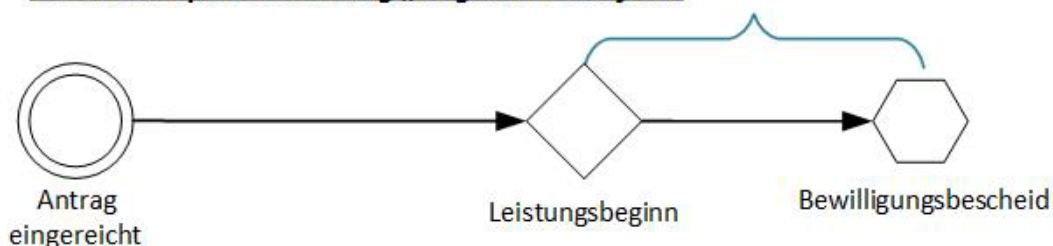


Die Antrittslaufzeit bezieht sich auf die durchschnittliche Zeitdauer zwischen dem Datum des Bewilligungsbescheides und dem Beginn der ersten angetretenen Leistung. Wird eine Leistung bspw. am Tag des Bescheides oder danach angetreten, spricht man von einer positiven Antrittslaufzeit. Eine Leistung,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

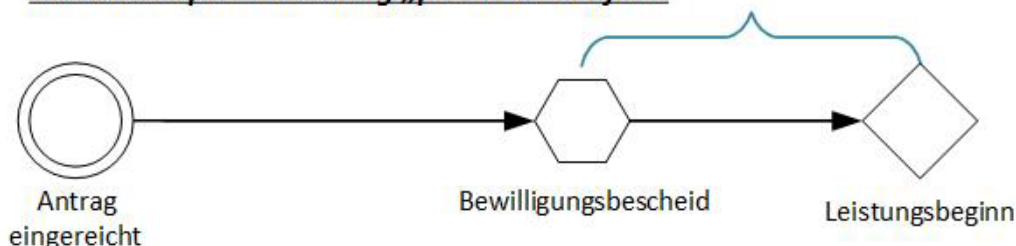
Die Bezeichnungen „negativ“ und „positiv“ beziehen sich ausschließlich auf das Vorzeichen der Antrittslaufzeit und geben Auskunft darüber, ob eine Leistung vor (negatives Vorzeichen) oder nach (positives Vorzeichen) dem Bewilligungsbescheid angetreten wurde.

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

Messkonzept A: Messung „negative“ Laufzeit



Messkonzept B: Messung „positive“ Laufzeit



7.2 Mögliches Datenbeispiel eines fiktiven Trägers „X“ mit Erläuterungen

Auszug aus dem Meldedatensatz: **negative** Antrittslaufzeiten:

	m7a	m7a_z	m7a_n	m7a1	m7a1_z	m7a1_n	m7a2	m7a2_z	m7a2_n
Träger X	-7,86	-173	22	-8,00	-136	17	-7,40	-37	5

- Für das Berichtsjahr Y meldet ein Reha-Träger X, dass bei 22 Anträgen die Leistung **vor** dem Datum des ersten Bewilligungsbescheides angetreten wurde (m7a_n). Im Durchschnitt wurde die Leistung in diesem Fall 7,86 Tage **vorher** angetreten. Die durchschnittliche Antrittslaufzeit ist also negativ und beträgt -7,86 Tage (m7a).
- Zur Berechnung der durchschnittlichen negativen Antrittslaufzeit wird die jeweilige Antrittslaufzeit aller entsprechenden Anträge aufsummiert (m7a_z) und durch die Anzahl aller Leistungsantritte vor dem Bewilligungsbescheid (m7a_n) geteilt [$m7a = m7a_z / m7a_n$].
- Von den 22 Anträgen mit Leistungsantritt **vor** dem Datum des ersten Bewilligungsbescheides wurde bei 17 Anträgen keine Teilhabeplanung nach § 19 SGB IX durchgeführt (m7a1_n). In diesem Fall wurde eine Leistung durchschnittlich 8,00 Tage **vor** dem Datum des ersten Bewilligungsbescheides angetreten. Die durchschnittliche Antrittslaufzeit bei Anträgen ohne Teilhabeplanung nach § 19 SGB IX ist also negativ und beträgt -8,00 Tage (m7a1).
- Zur Berechnung der durchschnittlichen negativen Antrittslaufzeit bei Anträgen ohne Teilhabeplanung nach § 19 SGB IX wird die jeweilige Antrittslaufzeit aller entsprechenden Anträge aufsummiert (m7a1_z) und durch die Anzahl aller Leistungsantritte vor dem Datum des ersten Bewilligungsbescheides (m7a1_n) geteilt [$m7a1 = m7a1_z / m7a1_n$].
- Von den 22 Anträgen mit Leistungsantritt **vor** dem Datum des ersten Bewilligungsbescheides

wurde bei fünf Anträgen eine Teilhabeplanung nach § 19 SGB IX durchgeführt (m7a2_n). In diesem Fall wurde die Leistung durchschnittlich 7,40 Tage vor dem Datum des ersten Bewilligungsbescheides angetreten. Die durchschnittliche Antrittslaufzeit ist also negativ und beträgt -7,40 Tage (m7a2).

- Zur Berechnung der durchschnittlichen negativen Antrittslaufzeit bei Anträgen mit Teilhabeplanung nach § 19 SGB IX wird die jeweilige Antrittslaufzeit aller entsprechenden Anträge aufsummiert (m7a2_z) und durch die Anzahl aller Leistungsantritte vor dem Datum des ersten Bewilligungsbescheides (m7a2_n) geteilt [$m7a2 = m7a2_z / m7a2_n$].

Auszug aus dem Meldedatensatz: positive Antrittslaufzeiten:

	m7b	m7b_z	m7b_n	m7b1	m7b1_z	m7b1_n	m7b2	m7b2_z	m7b2_n
Träger X	18,24	1240	68	19,18	1055	55	14,23	185	13

- Für das Berichtsjahr Y meldet ein Reha-Träger X, dass bei 68 Anträgen die Leistung nach dem Vorliegen des Bewilligungsbescheides angetreten wurde (m7b_n). Im Durchschnitt wurde die Leistung in diesem Fall 18,24 Tage nach dem Datum des Bewilligungsbescheides angetreten. Die durchschnittliche Antrittslaufzeit ist also positiv und beträgt 18,24 Tage (m7b).
- Zur Berechnung der durchschnittlichen positiven Antrittslaufzeit wird die jeweilige Antrittslaufzeit aller entsprechenden Anträge aufsummiert (m7b_z) und durch die Anzahl aller Leistungsantritte nach dem Bewilligungsbescheid (m7b_n) geteilt [$m7b = m7b_z / m7b_n$].
- Von den 68 Anträgen mit Leistungsantritt nach dem Vorliegen des Bewilligungsbescheides wurde bei 55 Anträgen keine Teilhabeplanung nach § 19 SGB IX durchgeführt (m7a1_n). In diesem Fall wurde die Leistung durchschnittlich 19,18 Tage nach dem Vorliegen des Bewilligungsbescheides angetreten. Die durchschnittliche Antrittslaufzeit ist also positiv und beträgt 19,18 Tage (m7a1).
- Zur Berechnung der durchschnittlichen positiven Antrittslaufzeit bei Anträgen ohne Teilhabeplanung nach § 19 SGB IX wird die jeweilige Antrittslaufzeit aller entsprechenden Anträge aufsummiert (m7b1_z) und durch die Anzahl aller Leistungsantritte nach dem Bewilligungsbescheid (m7b1_n) geteilt [$m7b1 = m7b1_z / m7b1_n$].
- Von den 68 Anträgen mit Leistungsantritt nach dem Vorliegen des Bewilligungsbescheides wurde bei 13 Anträgen eine Teilhabeplanung nach § 19 SGB IX durchgeführt (m7b2_n). In diesem Fall wurde die Leistung durchschnittlich 14,23 Tage nach dem Vorliegen des Bewilligungsbescheides angetreten. Die durchschnittliche Antrittslaufzeit ist also positiv und beträgt 14,23 Tage (m7b2).
- Zur Berechnung der durchschnittlichen positiven Antrittslaufzeit bei Anträgen mit Teilhabeplanung nach § 19 SGB IX wird die jeweilige Antrittslaufzeit aller entsprechenden Anträge aufsummiert (m7b2_z) und durch die Anzahl aller Leistungsantritte nach dem Bewilligungsbescheid (m7b2_n) geteilt [$m7b2 = m7b2_z / m7b2_n$].

7.3 Meldevariablen und Primärvariablen

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m7a	Durchschnittliche negative Antrittslaufzeit bei Leistungsantritt vor dem Bewilligungsbescheid	m7a_z / m7a_n (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m7a_z	Summe aller negativen Antrittslaufzeiten (Zähler zu m7a)	Summe von (V10 – V05z) bei allen entschiedenen Gesamtanträgen (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND einem Wert in V05z UND einem Wert in V10 UND V05z > V10 (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m7a_n	Anträge mit Leistungsantritt vor dem Bewilligungsbescheid (Nenner zu m7a)	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND einem Wert in V05z UND einem Wert in V10 UND V05z > V10	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m7a1	Durchschnittliche negative Antrittslaufzeit bei Leistungsantritt vor dem Bewilligungsbescheid ohne THP	m7a1_z / m7a1_n (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m7a1_z	Summe aller negativen Antrittslaufzeiten ohne THP (Zähler zu m7a1)	Summe von (V10 – V05z) bei allen entschiedenen Gesamtanträgen (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND einem Wert in V05z UND einem Wert in V10 UND V05z > V10 UND V11 == 0 (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m7a1_n	Anträge mit Leistungsantritt vor dem Bewilligungsbescheid ohne THP (Nenner zu m7a1)	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND einem Wert in V05z UND einem Wert in V10 UND V05z > V10 UND V11 == 0	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m7a2	Durchschnittliche negative Antrittslaufzeit bei Leistungsantritt vor dem Bewilligungsbescheid mit THP	m7a1_z / m7a1_n (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m7a2_z	Summe aller negativen Antrittslaufzeiten mit THP (Zähler zu m7a2)	Summe von (V10 – V05z) bei allen entschiedenen Gesamtanträgen (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND einem Wert in V05z UND einem Wert in V10 UND V05z > V10 UND (V11 == 1 ODER V11 == 2 ODER V11 == 3) (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m7a2_n	Anträge mit Leistungsantritt vor dem Bewilligungsbescheid mit THP (Nenner zu m7a2)	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND einem Wert in V05z UND einem Wert in V10 UND V05z > V10 UND (V11 == 1 ODER V11 == 2 ODER V11 == 3)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m7b	Durchschnittliche positive Antrittslaufzeit bei Leistungsantritt nach dem Bewilligungsbescheid oder am gleichen Tag	m7b_z / m7b_n (in Kalendertagen)	Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung (V10)

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m7b_z	Summe aller positiven Antrittslaufzeiten (Zähler zu m7b)	Summe von (V10 – V05z) bei allen entschiedenen Anträgen mit V10 im Berichtsjahr UND einem Wert in V05z UND V05z <= V10 (in Kalendertagen)	Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung (V10)
m7b_n	Anträge mit Leistungsantritt nach dem Bewilligungsbescheid oder am gleichen Tag (Nenner zu m7b)	Anzahl entschiedener Anträge mit V10 im Berichtsjahr UND einem Wert in V05z UND V05z <= V10	Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung (V10)
m7b1	Durchschnittliche positive Antrittslaufzeit bei Anträgen mit Leistungsantritt nach dem Bewilligungsbescheid oder am gleichen Tag ohne THP	m7b1_z / m7b1_n (in Kalendertagen)	Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung (V10)
m7b1_z	Summe aller positiven Antrittslaufzeiten ohne THP (Zähler zu m7b1)	Summe von (V10 – V05z) bei allen entschiedenen Anträgen mit V10 im Berichtsjahr UND einem Wert in V05z UND V05z <= V10 UND V11 == 0 (in Kalendertagen)	Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung (V10)
m7b1_n	Anträge mit Leistungsantritt nach dem Bewilligungsbescheid oder am gleichen Tag ohne THP (Nenner zu m7b1)	Anzahl entschiedener Anträge mit V10 im Berichtsjahr UND einem Wert in V05z UND V05z <= V10 UND V11 == 0	Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung (V10)
m7b2	Durchschnittliche positive Antrittslaufzeit bei Anträgen mit Leistungsantritt nach dem Bewilligungsbescheid oder am gleichen Tag mit THP	m7b2_z / m7b2_n (in Kalendertagen)	Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung (V10)
m7b2_z	Summe aller positiven Antrittslaufzeiten mit THP (Zähler zu m7b2)	Summe von (V10 – V05z) bei allen entschiedenen Anträgen mit V10 im Berichtsjahr UND einem Wert in V05z UND V05z <= V10 UND (V11 == 1 ODER V11 == 2 ODER V11 == 3) (in Kalendertagen)	Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung (V10)

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m7b2_n	Anträge mit Leistungsantritt nach dem Bewilligungsbescheid oder am gleichen Tag mit THP (Nenner zu m7b2)	Anzahl entschiedener Anträge mit V10 im Berichtsjahr UND einem Wert in V05z UND V05z <= V10 UND (V11 == 1 ODER V11 == 2 ODER V11 == 3)	Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung (V10)

Primärvariablen		
Variablenname	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V05z	Datum des ersten Bewilligungsbescheides	DD.MM.JJJJ
V09	Entscheidungsart des Gesamtantrags	0 = vollständige Ablehnung 1 = nicht vollständige Bewilligung (teilweise Bewilligungen und Bewilligungen mit anderer als der beantragten Leistung) 2 = vollständige Bewilligung 4 = sonstige Erledigung (Versterben des Antragstellers, Rücknahme des Antrags)
V10	Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung	DD.MM.JJJJ
V11	Teilhabeplanung	0 = nein 1 = ja, nicht trägerübergreifend 2 = ja, trägerübergreifend ohne Konferenz 3 = ja, trägerübergreifend mit Konferenz


7.4 Definitionen

- Das Datum des ersten Bewilligungsbescheides (V05z) ist der Tag der ersten positiven Entscheidung („vollständige Bewilligung“ und „nicht vollständige / teilweise Bewilligung“, ggf. auch dem Grunde nach) über eine vom Gesamtantrag umfasste Leistung.
- Als Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung“ (V10) wird das Datum der erstmaligen Inanspruchnahme der ersten angetretenen Leistung definiert. Der Leistungsbeginn ist dabei gleichbedeutend mit dem Antritt einer Leistung.
- Die zu berichtende durchschnittliche Zeitdauer zwischen dem Datum des Bewilligungsbescheides und dem Beginn der Leistungen ist gleichbedeutend mit der Antrittslaufzeit. Die Antrittslaufzeit kann für die Fälle negativ sein, bei denen der Leistungsbeginn zeitlich vor dem Bewilligungsbescheid liegt (z. B. bei Leistungen der EGH¹⁴ / JH).
- Bei einzelnen Leistungen, wie Gutscheinen, ist es möglich, dass ein Zeitpunkt der ersten Inanspruchnahme ggf. nicht (hinreichend) bestimmt werden kann.
- Eine Teilhabeplanung i.S.v. § 19 SGB IX ist erforderlich, wenn Teilhabeleistungen verschiedener Leistungsgruppen eines Trägers („Leistungsgruppenmehrheit“) oder Teilhabeleistungen mehrerer Reha-Träger („Trägermehrheit“) vorliegen oder der Leistungsberechtigte eine Teilhabeplanung wünscht (§ 19 Abs. 1 Satz 1 und 3 SGB IX).
- Gesamt- bzw. Hilfeplanungen mit einer Leistung sowie Leistungen aus einer Leistungsgruppe eines Trägers gelten i. S. d. § 19 SGB IX als „ohne Teilhabeplanung“.
- Ohne unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen.
- Die GKV berichtet über die Zeitdauer unabhängig vom Vorliegen einer Teilhabeplanung (V11).
- Bei Antragsverfahren i. V. m. § 15 SGB IX berichten die Reha-Träger getrennt. D. h. der leistende und die beteiligten Reha-Träger melden jeweils die Antrittsdauer im Rahmen ihrer Zuständigkeit und lassen hierbei die Verfahrensläufe der anderen Träger unberücksichtigt.


¹⁴In bestimmten Fällen kann das Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung (V10) vor dem Datum des Antragseingangs (V03) sowie dem Datum der Zuständigkeitsklärung (V04) liegen. Wenn bestimmte Voraussetzungen bereits vorlagen ist es möglich, dass eine Leistung frühestens ab dem Ersten des Monats der Antragstellung erbracht wird (vgl. § 108 Abs. 1 Satz 2 SGB IX).

8 Anzahl der trägerübergreifenden Teilhabeplanungen und Teilhabeplankonferenzen

8.1 Gesetzeswortlaut / Fragestellung

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

 Wie häufig finden trägerübergreifende Teilhabeplanungen und Teilhabeplankonferenzen statt?

 Maßgeblich ist die Anzahl der in einem Berichtsjahr entschiedenen Gesamtanträge mit einer trägerübergreifenden Teilhabeplanung und wie viele davon mit einer Teilhabeplankonferenz durchgeführt wurden.

8.2 Mögliches Datenbeispiel eines fiktiven Trägers „X“ mit Erläuterungen

Auszug aus dem Meldedatensatz:

	m8a_f	m8b_f	m6
Träger X	24	10	95

- Für das Berichtsjahr Y meldet ein Reha-Träger X, dass er bei 24 entschiedenen Gesamtanträgen eine trägerübergreifende Teilhabeplanung als leistender Reha-Träger durchgeführt hat (m8a_f).
- Der prozentuale Anteil der trägerübergreifenden Teilhabeplanungen an allen entschiedenen Gesamtanträgen beträgt 25,3 % $[(m8a_f / m6) * 100]$.
- Darüber hinaus meldet dieser Reha-Träger X für das Berichtsjahr Y, dass er bei 10 entschiedenen Gesamtanträgen eine Teilhabeplankonferenz als leistender Reha-Träger durchgeführt hat (m8b_f).
- Der prozentuale Anteil der Teilhabeplankonferenzen an allen entschiedenen Gesamtanträgen beträgt 10,5 % $[(m8b_f / m6) * 100]$.

8.3 Meldevariablen und Primärvariablen

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m8a_f	Gesamtanträge mit trägerübergreifender THP (als leistender Träger)	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND (V11 == 2 ODER V11 == 3)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m8b_f	Gesamtanträge mit THPK (als leistender Träger)	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND V11 == 3	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Primärvariablen		
Variablenname	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V09	Entscheidungsart des Gesamtantrags	0 = vollständige Ablehnung 1 = nicht vollständige Bewilligung (teilweise Bewilligungen und Bewilligungen mit anderer als der beantragten Leistung) 2 = vollständige Bewilligung 4 = sonstige Erledigung (Versterben des Antragstellers, Rücknahme des Antrags)
V11	Teilhabeplanung	0 = nein 1 = ja, nicht trägerübergreifend 2 = ja, trägerübergreifend ohne Konferenz 3 = ja, trägerübergreifend mit Konferenz

8.4 Definitionen

- Eine trägerübergreifende Teilhabepanung i. S. v. § 19 SGB IX muss durchgeführt werden, wenn Teilhabeleistungen mehrerer Reha-Träger (aus verschiedenen Trägergruppen) erforderlich sind.
- Teilhabepanungskonferenzen definieren sich entsprechend § 20 SGB IX, wobei mehrere Reha-Träger (aus verschiedenen Trägergruppen) beteiligt sein müssen.
- Die Anzahl der trägerübergreifenden Teilhabepanungen und der Teilhabepanungskonferenzen wird für den THVB jeweils vom koordinierenden leistenden Träger i. S. d. § 14 SGB IX gemeldet.
- Auch wenn möglicherweise im Rahmen der Erstellung des Teilhabepanung und der Leistungsentscheidungen mehrere Sitzungen zur Sachverhaltsaufklärung und / oder zur Feststellung der notwendigen Leistungen erforderlich sind und ein Sachzusammenhang besteht, ist dieser nur einmalig zu erfassen.

9 Anpassungen von Teilhabeplänen und deren Geltungsdauer

9.1 Gesetzeswortlaut / Fragestellung

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

? Wie häufig werden Teilhabepläne angepasst (nachträgliche Änderung oder Fortschreibung)?

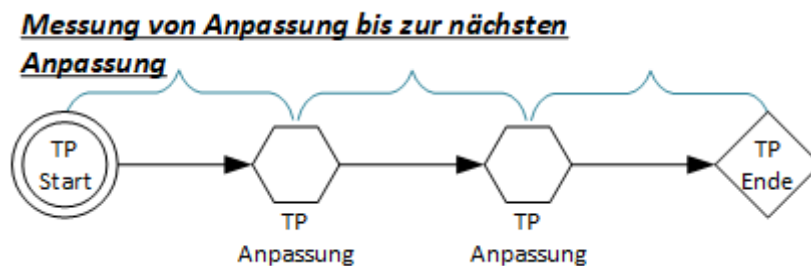
? Wie viele Tage umfasst die durchschnittliche Geltungsdauer zwischen der Erstellung, den Anpassungen und dem Ende des Teilhabeplanes?

➔ Maßgeblich sind die Anzahl der Teilhabepläne mit mindestens einer Anpassung in einem Berichtsjahr sowie die Gesamtanzahl der Teilhabeplananpassungen.

Als Geltungsdauer des Teilhabeplanes wird die durchschnittliche Dauer bestimmter Zeitintervalle berichtet. Diese Zeitintervalle können sein:

- 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 eine Teilhabeplanes.



9.2 Mögliches Datenbeispiel eines fiktiven Trägers „X“ mit Erläuterungen

Auszug aus dem Meldedatensatz:

	m9a_f	m9a	m9b	m9b_z	m9b_n
Träger X	7	14	118,35	2012	17

- Für das Berichtsjahr Y meldet ein Reha-Träger X, dass bei sieben Teilhabeplänen mindestens eine Anpassung vorgenommen wurde (m9a_f).
- Insgesamt berichtet dieser Reha-Träger 14 Anpassungen von Teilhabeplänen (m9a).
- Des Weiteren meldet ein Reha-Träger, dass 17 Geltungsdauern von Teilhabeplänen im Berichtsjahr endeten (m9b_n). Außerdem berichtet er eine durchschnittliche Geltungsdauer von 118,35 Tagen (m9b).
- Zur Berechnung der durchschnittlichen Geltungsdauer von Teilhabeplänen bei einem Reha-Träger werden alle entsprechenden Geltungsdauern aufsummiert (m9b_z) und durch die Anzahl aller Geltungsdauern von Teilhabeplänen, die im Berichtsjahr endeten (m9b_n) geteilt [m9b = m9b_z / m9b_n].

9.3 Meldevariablen und Primärvariablen

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m9a_f	TP mit mind. einer Anpassung	Anzahl der TP mit mindestens einem Anpassungsdatum (V14_X) im Berichtsjahr ¹⁵	Anpassungsdaten des TP (V14_1 / V14_2 / ... / V14_X)
m9a	TP-Anpassungen (Fortschreibungen und Änderungen)	Anzahl aller TP-Anpassungsdaten (V14_X) im Berichtsjahr ¹⁷	Anpassungsdaten des TP (V14_1 / V14_2 / V14_X)
m9b	Durchschnittliche TP-Geltungsdauer	m9b_z / m9b_n (in Kalendertagen)	Anpassungsdaten des TP (V14_1 / V14_2 / V14_X) und / oder Enddatum des TP (V15)

¹⁵ Da ein Teilhabeplan (TP) mit mehreren Anträgen verknüpft sein kann, wird keine Berechnung auf Grundlage von Daten über Anträge angegeben. Die Berechnung der Variablen zu Sachverhalt 9 sollte nur dann auf Antragsdaten basieren, wenn sichergestellt ist, dass keine Doppelzählungen stattfinden.

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m9b_z	Summe aller TP-Geltungsdauern, die im Berichtsjahr enden (Zähler zu m9b)	TP-Geltungsdauern sind: Dauer zwischen Erstelldatum und Enddatum (wenn keine Anpassungen stattgefunden haben): (V15 – V13), wenn V15 im Berichtsjahr Dauer zwischen Erstelldatum und erster Anpassung: (V14_1 – V13), wenn V14_1 im Berichtsjahr Dauer zwischen zwei Anpassungen: (V14_2 – V14_1), wenn V14_2 im Berichtsjahr, (V14_3 – V14_2), wenn V14_3 im Berichtsjahr, usw. Dauer zwischen letzter Anpassung und Enddatum: (V15 – V14_X), wenn V15 im Berichtsjahr (in Kalendertagen)	Anpassungsdaten des TP (V14_1 / V14_2 / V14_X) und / oder Enddatum des TP (V15). Entscheidend für die Zuordnung zum Berichtsjahr ist hierbei das jeweilige Enddatum einer TP-Geltungsdauer bzw. eines Intervalls. Dieses muss im Berichtsjahr liegen. Es können auch mehrere Intervalle bzw. Geltungsdauern (hintereinander) zum selben TP in einem einzigen Berichtsjahr möglich sein.
m9b_n	TP-Geltungsdauern, die im Berichtsjahr enden (Nenner zu m9b)	Anzahl aller TP-Anpassungen im Berichtsjahr (V14_1 / V14_2 / ... / V14_X im Berichtsjahr) PLUS Anzahl beendeter TP im Berichtsjahr (V15 im Berichtsjahr)	Anpassungsdaten des TP (V14_1 / V14_2 / V14_X) und / oder Enddatum des TP (V15) Entscheidend für die Zuordnung zum Berichtsjahr ist hierbei das jeweilige Enddatum einer TP-Geltungsdauer bzw. eines Intervalls. Dieses muss im Berichtsjahr liegen. Es können auch mehrere Intervalle bzw. Geltungsdauern (hintereinander) zum selben TP in einem einzigen Berichtsjahr möglich sein.

Primärvariablen		
Variablenname	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V13	Erstellungsdatum des Teilhabeplanes	DD.MM.JJJJ
V14_1	Erstes Anpassungsdatum des Teilhabeplanes	DD.MM.JJJJ
V14_2	Zweites Anpassungsdatum des Teilhabeplanes	DD.MM.JJJJ
V14_X	Anpassungsdatum X des Teilhabeplanes	DD.MM.JJJJ
V15	Faktisches Ende des Planungszeitraums / Enddatum des Teilhabeplanes	DD.MM.JJJJ

* Bei diesen Primärvariablen muss eine Zuordnung des Ereignisses zum Berichtsjahr des Ereigniszeitpunktes gewährleistet sein, so dass bei Datenexporten die Zuordnung zu einem bestimmten Jahr möglich ist (z. B. Datum der ersten Anpassung eines Teilhabeplanes im Jahr 2022 und Datum des Endes des Teilhabeplanes im Jahr 2023.).

9.4 Definitionen

- Eine Teilhabeplanung i. S. v. § 19 SGB IX muss durchgeführt werden, wenn Teilhabeleistungen verschiedener Leistungsgruppen eines Trägers („Leistungsgruppenmehrheit“) oder Teilhabeleistungen mehrerer Reha-Träger („Trägermehrheit“) vorliegen oder der Leistungsberechtigte eine Teilhabeplanung wünscht (§ 19 Abs. 1 Satz 1 und 3 SGB IX).
- Bestandteil einer Teilhabeplanung ist ein individueller Teilhabeplan, in welchem 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. Ausführliche Erläuterungen zur Erstellung und zu den Inhalten des Teilhabeplanes finden sich in der GE Reha-Prozess (§§ 53-56).
- Der Teilhabeplan beinhaltet eine individuelle Zeitplanung. Eine Änderung eines 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.
- Das Beginn- / Erstellungsdatum eines Teilhabeplanes (V13) bemisst sich – soweit vorliegend bzw. eindeutig bestimmbar – am ersten Geltungstag des Teilhabeplanes (DD.MM.JJJJ). Wenn dieses nicht vorliegt, definiert es sich als eigenständiges Datum (nach Fertigstellung des Teilhabeplanes), das vom koordinierenden leistenden Reha-Träger gemäß § 14 SGB IX als Verantwortlichem für die Teilhabeplanung festgelegt wird.
- Eine Teilhabeplananpassung liegt vor, wenn die Inhalte eines bereits erstellten Teilhabeplanes gemäß § 19 SGB IX an den Verlauf der Rehabilitation angepasst werden.
- Jede Änderung und / oder Fortschreibung eines Teilhabeplanes stellt eine Anpassung dar.

- Das Anpassungsdatum des Teilhabeplanes (V14_1 bis V14_X) bemisst sich am ersten Geltungstag des angepassten Teilhabeplanes (DD.MM.JJJJ). Wenn dieser nicht vorliegt, wird er als eigenständiges Datum (nach Fertigstellung des Teilhabeplanes) vom koordinierenden leistenden Reha-Träger gemäß § 14 SGB IX als Verantwortlichem für die Teilhabeplanung festgelegt wird.
- 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 des Teilhabeplanes.
- Im jeweiligen Berichtsjahr wird über die Zeitdauer derjenigen Intervalle (Geltungsdauer) berichtet, die in diesem Jahr beendet wurden.
- Wird ein Teilhabeplan in einem Berichtsjahr weder angepasst noch beendet, bleibt dieser in der Berichterstattung unberücksichtigt.
- Es können auch mehrere Geltungsdauern bzw. Intervalle (hintereinander) zum selben Teilhabeplan in einem einzigen Berichtsjahr liegen. Entscheidend für die Zuordnung zu einem Berichtsjahr ist das jeweilige Enddatum der Geltungsdauer bzw. eines Intervalls. Dieses Datum muss im Berichtsjahr liegen.
- Für die Zuordnung zu einem Berichtsjahr einer Geltungsdauer bzw. eines Intervalls, die / das in einem Kalenderjahr beginnt und im nächsten Kalenderjahr endet, wird nur das Enddatum der Geltungsdauer bzw. des Intervalls berücksichtigt.
- Für das Enddatum des Teilhabeplanes (V15) ist das faktische Ende der letzten im Teilhabeplan vorgesehenen Leistung maßgeblich (vgl. hierzu auch § 65 GE Reha-Prozess). Wenn dieses nicht vorliegt, wird es als eigenständiges Datum vom koordinierenden leistenden Reha-Träger gemäß § 14 SGB IX als Verantwortlichem für die Teilhabeplanung festgelegt.
- Ausführliche Hinweise finden sich im Gesetz in den §§ 19 bis 23 SGB IX sowie in der GE Reha-Prozess §§ 47 bis 57.
- Für Leistungsfälle mit Langzeitbezug: Erfolgt ein neuer Planungsprozess, der eine grundsätzlich neue Zusammenstellung der nach § 19 SGB IX maßgeblichen Inhalte zum Ziel hat, und handelt es sich nicht um eine Anpassung im vorstehenden Sinne, gilt dies als neue Teilhabeplanung. Die Regelungen der GE Reha-Prozess bleiben unberührt.

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

10.1 Gesetzeswortlaut / Fragestellung



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



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



Maßgeblich ist die Anzahl der Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe, bei denen im Berichtsjahr mindestens ein Erstattungsverfahren eingeleitet wurde. Außerdem wird die Gesamtanzahl aller im Berichtsjahr eingeleiteten Erstattungsverfahren berichtet.

10.2 Mögliches Datenbeispiel eines fiktiven Trägers „X“ mit Erläuterungen

Auszug aus dem Meldedatensatz:

	m10_f	m10
Träger X	4	6

- Für das Jahr Y berichtet ein Reha-Träger X, dass bei vier Anträgen kostenwirksam für einen anderen Reha-Träger entschieden wurde und die entstandenen Kosten im Rahmen eines Erstattungsverfahrens auf Basis von § 16 Abs. 2 Satz 2 i. V. m. § 15 Abs. 2 Satz 3 SGB IX geltend gemacht wurden (m10_f).
- Im Rahmen dieser vier Anträge kam es insgesamt zu sechs Erstattungsverfahren gegenüber anderen Reha-Trägern (m10).
- Pro Antrag mit mindestens einem Erstattungsverfahren wurden im Durchschnitt 1,5 einzelne Erstattungsverfahren angestrengt [m10 / m10_f].

10.3 Meldevariablen und Primärvariablen

Meldevariablen			
Variablen-name	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m10_f	Anträge mit mind. einem Erstattungsverfahren gegen andere Träger	Anzahl der Anträge mit V16 > 0 [d.h. mind. ein Erstattungsverfahren gegen andere Träger im Berichtsjahr]	Datum der Einleitung des Verfahrens (PV fehlt) ¹⁶
m10	Erstattungsverfahren gegen andere Träger	Summe von V16 von allen Anträgen [V16 darf nur die Erstattungsverfahren gegen andere Träger im Berichtsjahr zählen]	Datum der Einleitung des Verfahrens (PV fehlt) ¹⁶

Primärvariablen		
Variablen-name	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V16	Erstattungsverfahren zwischen Trägern nach § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB IX*	Anzugeben ist die Anzahl der eingeleiteten Erstattungsverfahren pro Leistungsfall 0 = kein Erstattungsverfahren 1 = ein Erstattungsverfahren 2 = zwei Erstattungsverfahren usw.

* Bei diesen Primärvariablen muss eine Zuordnung des Ereignisses zum Berichtsjahr des Ereigniszeitpunktes gewährleistet sein, so dass bei Datenexporten die Zuordnung zu einem bestimmten Jahr möglich ist (z. B.: Erstattungsantrag 1 eines Antrags wird dem Jahr 2022 und der Erstattungsantrag 2 wird dem Jahr 2023 zugeordnet).


¹⁶ Entsprechende weitere Felder in der Eingabemaske, die die Primärvariablen um Datumsfelder ergänzen, werden benötigt.


10.4 Definitionen


- Liegt dem leistenden Reha-Träger gemäß § 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 Reha-Trägern unverzüglich eine Feststellung des Rehabilitationsbedarfs an und führt eine Teilhabeplanung durch.
Hat ein beteiligter Reha-Träger die angeforderten Feststellungen nicht oder nicht rechtzeitig beigebracht (für Fristen siehe § 15 Abs. 2 SGB IX), erstattet dieser beteiligte Träger dem leistenden Reha-Träger dessen Aufwendungen nach den Rechtsvorschriften, die der Leistungsbeurteilung zugrunde liegen. Diese Erstattungsansprüche und das Erstattungsverfahren sind in § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB IX geregelt.
- Anzugeben ist die Anzahl der eingeleiteten Erstattungsverfahren gegen andere Reha-Träger nach § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB IX pro Leistungsfall.
- Soll die Gesamtanzahl der Erstattungsverfahren ins Verhältnis gesetzt werden zur Anzahl der Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe, ist zu berücksichtigen, dass sich aus einem Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe auch mehrere Erstattungsverfahren ergeben können.
- Erstattungsverfahren zwischen Reha-Trägern aus anderen Gründen sind für den THVB nicht zu berichten.
- Angaben zum Ausgang der Erstattungsverfahren sowie zu den adressierten Trägern werden nicht erfasst und können daher nicht im THVB abgebildet werden.
- Für den THVB werden die Erstattungsverfahren zum Zeitpunkt ihrer Einleitung während eines Berichtjahres erfasst. Die Meldung erfolgt also unabhängig vom Entscheidungsdatum des zugehörigen Gesamtantrags auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe, 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 (siehe Sachverhalt 6).
- Dieser Sachverhalt trifft in der Regel für BA, GKV und die LAK nicht zu.


11 Trägerspezifisches Persönliches Budget

11.1 Gesetzeswortlaut / Fragestellung

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

 Wie häufig werden Leistungen in Form eines trägerspezifischen Persönlichen Budgets beantragt?

 Wie häufig werden Leistungen in Form eines trägerspezifischen Persönlichen Budgets bewilligt?

 Maßgeblich sind die Anzahl der in einem Berichtsjahr entschiedenen Gesamtanträge mit einem beantragten trägerspezifischen Persönlichen Budget und die Anzahl der Bewilligungen solcher Budgets.

11.2 Mögliches Datenbeispiel eines fiktiven Trägers „X“ mit Erläuterungen

Auszug aus dem Meldedatensatz:

	m11a	m11b	m6
Träger X	3	2	100

- Im Berichtsjahr Y wurden bei einem Reha-Träger X drei Anträge auf ein trägerspezifisches Persönliches Budget gestellt (m11a).
- Der prozentuale Anteil der beantragten trägerspezifischen Persönlichen Budgets an allen entschiedenen Gesamtanträgen beträgt 3,0 % $[(m11a / m6) * 100]$.
- Im Berichtsjahr Y wurden von einem Reha-Träger X zwei trägerspezifische Persönliche Budgets bewilligt (m11b).
- Der prozentuale Anteil der bewilligten trägerspezifischen Persönlichen Budgets an allen entschiedenen Gesamtanträgen beträgt 2,0 % $[(m11b / m6) * 100]$.

11.3 Meldevariablen und Primärvariablen

Meldevariablen			
Variablen-name	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m11a	Anträge auf Persönliches Budget (trägerspezifisch)	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND V17a == 1	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m11b	Bewilligungen Persönlicher Budgets (trägerspezifisch)	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND V17b == 1	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Primärvariablen		
Variablen-name	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V09	Entscheidungsart des Gesamtantrags	0 = vollständige Ablehnung 1 = nicht vollständige Bewilligung (teilweise Bewilligungen und Bewilligungen mit anderer als der beantragten Leistung) 2 = vollständige Bewilligung 4 = sonstige Erledigung (Versterben des Antragstellers, Rücknahme des Antrags)
V17a	Persönliches Budget beantragt	0 = nein 1 = ja, trägerspezifisch
V17b	Persönliches Budget bewilligt	2 = ja, trägerübergreifend

11.4 Definitionen

- Ein Persönliches Budget ist als „trägerspezifisch“ zu erfassen, wenn dieses von einem einzelnen Leistungsträger erbracht wird. Als „trägerspezifisch“ werden ausschließlich Persönliche Budgets berichtet, welche sich auf Leistungen nach SGB IX beziehen.
- Persönliche Budgets sind unabhängig von der Anzahl der berücksichtigten Leistungen anzugeben.
- Teilweise Bewilligungen eines Persönlichen Budgets gelten als „bewilligt“.
- Eine Bewilligung gilt mit dem Bescheid des koordinierenden leistenden Reha-Trägers bzw. des Beauftragten als erteilt.
- Es ist möglich, dass Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets zunächst nicht beantragt (V17a = nein), eine Leistung später aber in Form eines Persönlichen Budgets bewilligt wird (V17b = ja, trägerspezifisch / trägerübergreifend).

12 Trägerübergreifendes Persönliches Budget

12.1 Gesetzeswortlaut / Fragestellung



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



Wie häufig werden Leistungen in Form eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets beantragt?

Wie häufig werden Leistungen in Form eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets bewilligt?



Maßgeblich sind die Anzahl der in einem Berichtsjahr entschiedenen Gesamtanträge mit einem beantragten trägerübergreifenden Persönlichen Budget und die Anzahl der Bewilligungen solcher Budgets.

12.2 Mögliches Datenbeispiel eines fiktiven Trägers „X“ mit Erläuterungen

Auszug aus dem Meldedatensatz:

	m12a	m12b	m6
Träger X	5	4	100

- Im Berichtsjahr Y wurden bei einem Reha-Träger X fünf Anträge auf ein trägerübergreifendes Persönliches Budget gestellt (m12a).
- Der prozentuale Anteil der beantragten trägerübergreifenden Persönlichen Budgets an allen entschiedenen Gesamtanträgen beträgt 5,0 % $[(m12a / m6) * 100]$.
- Im Berichtsjahr Y wurden von einem Reha-Träger X vier trägerübergreifende Persönliche Budgets bewilligt (m12b).
- Der prozentuale Anteil der bewilligten trägerübergreifenden Persönlichen Budgets an allen entschiedenen Gesamtanträgen beträgt 4,0 % $[(m12b / m6) * 100]$.

12.3 Meldevariablen und Primärvariablen

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m12a	Anträge auf Persönliches Budget (trägerübergreifend)	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND V17a == 2	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m12b	Bewilligungen Persönlicher Budgets (trägerübergreifend)	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND V17b == 2	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Primärvariablen		
Variablenname	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V09	Entscheidungsart des Gesamtantrags	0 = vollständige Ablehnung 1 = nicht vollständige Bewilligung (teilweise Bewilligungen und Bewilligungen mit anderer als der beantragten Leistung) 2 = vollständige Bewilligung 4 = sonstige Erledigung (Versterben des Antragstellers, Rücknahme des Antrags)
V17a	Persönliches Budget beantragt	0 = nein 1 = ja, trägerspezifisch
V17b	Persönliches Budget bewilligt	2 = ja, trägerübergreifend

12.4 Definitionen

- Ein Persönliches Budget gilt als „trägerübergreifend“, wenn mehrere Leistungsträger an der Erbringung des Persönlichen Budgets beteiligt sind. Trägerübergreifende Persönliche Budgets müssen mindestens eine Reha-Leistung nach SGB IX beinhalten.
- Persönliche Budgets sind unabhängig von der Anzahl der berücksichtigten Leistungen anzugeben.
- Die Datenerfassung und Meldung trägerübergreifender Persönlicher Budgets ist nur durch den koordinierenden leistenden Reha-Träger vorzunehmen (vgl. § 29 Abs. 2 Satz 1 SGB IX).
- Eine Bewilligung gilt mit dem Bescheid des koordinierenden leistenden Reha-Trägers bzw. des Beauftragten als erteilt.
- Teilweise Bewilligungen eines Persönlichen Budgets gelten als „bewilligt“.
- Um dem Gedanken „Leistungen wie aus einer Hand“ an dieser Stelle gerecht zu werden, können auch Leistungsträger an der Erbringung eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets beteiligt sein, die keine Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 SGB IX sind (z. B. Pflegekassen).
- GKV und SER: Persönliche Budgets, die Leistungen der Krankenkasse oder des SER-Trägers und der Pflegekasse umfassen, gelten als trägerübergreifend, wenn mindestens eine Reha-Leistung Bestandteil ist.
- Es ist möglich, dass Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets zunächst nicht beantragt (V17a = nein), eine Leistung später aber in Form eines Persönlichen Budgets bewilligt wird (V17b = ja, trägerspezifisch / ja trägerübergreifend).

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

13.1 Gesetzeswortlaut / Fragestellung



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



Wie häufig werden begründete Mitteilungen wegen langer Verfahrenslaufzeiten versendet?



Wenn über einen Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe nicht innerhalb von zwei Monaten ab Antragseingang entschieden werden kann, muss der leistende Reha-Träger dem Antragsteller vor Ablauf der zwei Monate die Gründe für die bisher fehlende Entscheidung und das voraussichtliche Datum der Entscheidung schriftlich mitteilen (begründete Mitteilung).

Maßgeblich sind die Anzahl der entschiedenen Gesamtanträge in einem Berichtsjahr mit mindestens einer Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer sowie die Anzahl aller Mitteilungen im Rahmen dieser Gesamtanträge.

13.2 Mögliches Datenbeispiel eines fiktiven Trägers „X“ mit Erläuterungen

Auszug aus dem Meldedatensatz:

	m13_f	m13	m6
Träger X	4	5	100

- Bei vier Gesamtanträgen, die im Berichtsjahr Y entschieden wurden, versendete ein Reha-Träger X mindestens eine Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer (m13_f).
- Im Rahmen dieser vier Gesamtanträge mit langer Verfahrensdauer (m13_f) wurden insgesamt fünf Mitteilungen versendet (m13).
- Pro Gesamtantrag mit mindestens einer Mitteilung wurden im Durchschnitt 1,3 einzelne Mitteilungen versendet [m13 / m13_f].
- Der prozentuale Anteil der Gesamtanträge mit mindestens einer Mitteilung an allen entschiedenen Gesamtanträgen beträgt 4,0 % [(m13_f / m6) * 100].

13.3 Meldevariablen und Primärvariablen

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m13_f	Anträge mit mind. einer Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND V18 > 0 ¹⁷	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m13	Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer	Summe von V18 ¹⁷ bei allen entschiedenen Gesamtanträgen (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Primärvariablen		
Variablenname	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V09	Entscheidungsart des Gesamtantrags	0 = vollständige Ablehnung 1 = nicht vollständige Bewilligung (teilweise Bewilligungen und Bewilligungen mit anderer als der beantragten Leistung) 2 = vollständige Bewilligung 4 = sonstige Erledigung (Versterben des Antragstellers, Rücknahme des Antrags)
V18	Mitteilungsversand nach § 18 Abs. 1 SGB IX	Anzugeben ist die Anzahl der versendeten Mitteilungen pro Leistungsfall 0 = keine Mitteilung 1 = eine Mitteilung 2 = zwei Mitteilungen usw.

¹⁷ Im Unterschied zu Sachverhalt 10 oder Sachverhalt 14 werden hier auch Mitteilungen aus vergangenen Jahren gezählt.

13.4 Definitionen

- Die Trägerbereiche EGH, JH und SER¹⁸ sind gemäß § 18 Abs. 7 SGB IX vom Versand begründeter Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer ausgenommen. Wenn einer der Träger aus diesen Bereichen jedoch der koordinierende leistende Reha-Träger gemäß § 14 SGB IX ist, nimmt dieser die Datenerfassung für den THVB vor. Im Rahmen einer Beteiligung gemäß § 15 Abs. 2 SGB IX ist der leistende Reha-Träger dazu verpflichtet, die versendeten begründeten Mitteilungen der beteiligten Reha-Träger zu erfassen und zu melden.
- In Fällen von Antragssplitting gemäß § 15 Abs. 1 SGB IX erfasst der Splitting-Adressat den Versand begründeter Mitteilungen, die im Zusammenhang mit der Bearbeitung seines gesplitteten Antragsteils stehen, selbst.
- Da mehrere Mitteilungen im Einzelfall möglich sind (§ 18 Abs. 1 i. V. m. Abs. 3 SGB IX), ist die Anzahl der Mitteilungen pro Leistungsfall zu erfassen.

¹⁸ Soweit ein SER-Träger Leistungen zur Teilhabe nach § 62 Satz 1 Nr. 1 - 3 SGB XIV erbringt.

14 Erstattungsanträge nach § 18 SGB IX (Erstattung selbstbeschaffter Leistungen)

14.1 Gesetzeswortlaut / Fragestellung



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



Wie viele entschiedene Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen liegen bei den Reha-Trägern vor?

Wie viele dieser Anträge wurden bewilligt und wie viele abgelehnt?



Maßgeblich sind die Anzahl der Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe mit mindestens einem entschiedenen Antrag auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen in einem Berichtsjahr sowie die Anzahl der bewilligten und abgelehnten Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen.

14.2 Mögliches Datenbeispiel eines fiktiven Trägers „X“ mit Erläuterungen

Auszug aus dem Meldedatensatz:

	m14_f	m14	m14a	m14b
Träger X	6	11	9	2

- Für das Berichtsjahr Y meldet ein Reha-Träger X, dass bei sechs Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe mindestens ein Antrag auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach § 18 SGB IX gestellt wurde (m14_f).
- Insgesamt wurden im Berichtsjahr Y elf Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach § 18 SGB IX gestellt (m14).
- Neun der elf Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen wurden bewilligt (m14a) und zwei wurden abgelehnt (m14b).
- Es wurden 81,8 % der Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach § 18 SGB IX bewilligt $[(m14a / (m14a + m14b) * 100)]$. Entsprechend wurden 18,2 % der Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach § 18 SGB IX abgelehnt $[(m14b / (m14a + m14b) * 100)]$.
- Pro Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe mit mindestens einem Antrag auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach § 18 SGB IX wurden im Durchschnitt 1,8 Erstattungsanträge gestellt $[m14 / m14_f]$.

14.3 Meldevariablen und Primärvariablen

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m14_f	Anträge mit mind. einem Antrag auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen	Anzahl der Anträge mit (V19_1 == 1 ODER V19_1 == 2)	Entscheidungsdaten der Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen (PV fehlt) ¹⁹
m14	Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen	Anzahl der Anträge mit (V19_1 == 1 ODER V19_1 == 2) PLUS Anzahl der Anträge mit (V19_2 == 1 ODER V19_2 == 2) PLUS [...] PLUS Anzahl der Anträge mit (V19_X == 1 ODER V19_X == 2)	Entscheidungsdaten der Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen (PV fehlt) ¹⁹
m14a	Bewilligte Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen	Anzahl der Anträge mit V19_1 == 1 PLUS Anzahl der Anträge mit V19_2 == 1 PLUS [...] PLUS Anzahl der Anträge mit V19_X == 1	Entscheidungsdaten der Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen (PV fehlt) ¹⁹

¹⁹ Entsprechende weitere Felder in der Eingabemaske, die die Primärvariablen um Datumsfelder ergänzen, werden benötigt.

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m14b	Abgelehnte Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen	Anzahl der Anträge mit V19_1 == 2 PLUS Anzahl der Anträge mit V19_2 == 2 PLUS [...] PLUS Anzahl der Anträge mit V19_X == 2	Entscheidungsdaten der Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen (PV fehlt) ²⁰

Primärvariablen		
Variablenname	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V19_1	Erstattungsantrag 1* (bei selbstbeschafften Leistungen nach § 18 SGB IX)	Anzugeben ist die Anzahl der entschiedenen Erstattungsanträge bei selbstbeschafften Leistungen 0 = kein Erstattungsantrag 1 = vollständige und teilweise Bewilligung (= Erstattungen in voller und nicht voller Höhe) 2 = Ablehnung (= keine Erstattung)
V19_2	Erstattungsantrag 2* (bei selbstbeschafften Leistungen nach § 18 SGB IX)	
V19_X	Erstattungsantrag X* (bei selbstbeschafften Leistungen nach § 18 SGB IX)	

* Bei diesen Primärvariablen muss eine Zuordnung des Ereignisses zum Berichtsjahr des Ereigniszeitpunktes gewährleistet sein, so dass bei Datenexporten die Zuordnung zu einem bestimmten Jahr möglich ist (z. B.: Erstattungsantrag 1 eines Antrags wird dem Jahr 2022 und der Erstattungsantrag 2 wird dem Jahr 2023 zugeordnet).

²⁰ Entsprechende weitere Felder in der Eingabemaske, die die Primärvariablen um Datumsfelder ergänzen, werden benötigt.

14.4 Definitionen

- Wenn über einen Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe nicht innerhalb von zwei Monaten nach Antragseingang entschieden werden kann, teilt der leistende Reha-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). 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 Reha-Träger zur Erstattung der selbstbeschafften Leistungen verpflichtet. Dies gilt nicht für die Trägerbereiche EGH, JH und SER²¹ (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 neben der Anzahl der entschiedenen Erstattungsanträge auch erfasst, ob ein solcher Antrag bewilligt oder abgelehnt wurde.
- Anzugeben ist bei V19_1 bis V19_X, ob der jeweilige Erstattungsantrag gemäß § 18 SGB IX bewilligt oder abgelehnt wurde. Unter Bewilligung fallen hier sowohl vollständig (Erstattung in voller Höhe) als auch teilweise bewilligte (Erstattung eines Teils der Aufwendungen) Erstattungsanträge.
- Für den THVB werden Erstattungsanträge zum Zeitpunkt ihrer Entscheidung erfasst.
- Die Erstattungsverfahren sind pro Leistungsfall (mit Antragsbezug) zu erfassen.
- Da die Daten zur Anzahl von entschiedenen Anträgen auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen unabhängig von den entschiedenen Gesamtanträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eines Berichtsjahrs (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.

²¹ Soweit ein SER-Träger Leistungen zur Teilhabe nach § 62 Satz 1 Nr. 1 - 3 SGB XIV erbringt.

15 Rechtsbehelfe: Widersprüche und Klagen

15.1 Gesetzeswortlaut / Fragestellung



Die Rehabilitationsträger [...] erfassen die Anzahl der Rechtsbehelfe sowie der erfolgreichen Rechtsbehelfe aus Sicht der Leistungsberechtigten jeweils nach den Merkmalen „Widerspruch“ und „Klage“.



Wie häufig gehen Leistungsberechtigte (erfolgreich) juristisch gegen Leistungsentscheidungen vor?

Wie häufig geschieht dies durch einen Widerspruch und wie häufig durch eine Klage?



Maßgeblich sind die Anzahl der entschiedenen Widersprüche bzw. Klagen in einem Berichtsjahr sowie die Anzahl der erfolgreichen Widersprüche bzw. Klagen (aus Sicht des Leistungsberechtigten).

15.2 Mögliches Datenbeispiel eines fiktiven Trägers „X“ mit Erläuterungen

Auszug aus dem Meldedatensatz:

	m15a	m15a1	m15b	m15b1
Träger X	20	12	6	3

- Im Berichtsjahr Y wurden bei einem Reha-Träger X 20 Widersprüche entschieden (m15a), von denen zwölf aus Sicht des Leistungsberechtigten erfolgreich waren (m15a1).
- Somit waren 60,0 % der Widersprüche erfolgreich $[(m15a1 / m15a) * 100]$.
- Im Berichtsjahr Y wurden bei einem Reha-Träger X sechs Klagen rechtskräftig entschieden (m15b), von denen drei aus Sicht des Leistungsberechtigten erfolgreich waren (m15b1).
- Somit waren 50,0 % der Klagen erfolgreich $[(m15b1 / m15b) * 100]$.

15.3 Meldevariablen und Primärvariablen

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m15a	Entschiedene Widersprüche	Anzahl der Gesamtanträge mit (V20_1 == 1 ODER V20_1 == 2) PLUS Anzahl der Gesamtanträge mit (V20_2 == 1 ODER V20_2 == 2) PLUS [...] PLUS Anzahl der Gesamtanträge mit (V20_X == 1 ODER V20_X == 2)	Entscheidungsdaten der Widersprüche (PV fehlt) ²²
m15a1	Erfolgreiche Widersprüche	Anzahl der Gesamtanträge mit V20_1 == 1 PLUS Anzahl der Gesamtanträge mit V20_2 == 1 PLUS [...] PLUS Anzahl der Gesamtanträge mit V20_X == 1	Entscheidungsdaten der Widersprüche (PV fehlt) ²²
m15b	Entschiedene Klagen	Anzahl der Gesamtanträge mit (V21_1 == 1 ODER V21_1 == 2) PLUS Anzahl der Gesamtanträge mit (V21_2 == 1 ODER V21_2 == 2) PLUS [...] PLUS Anzahl der Gesamtanträge mit (V21_X == 1 ODER V21_X == 2)	Entscheidungsdaten der Klagen (PV fehlt) ²²

²² Entsprechende weitere Felder in der Eingabemaske, die die Primärvariablen um Datumsfelder ergänzen, werden benötigt.

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m15b1	Erfolgreiche Klagen	Anzahl der Gesamtanträge mit V21_1 == 1 PLUS Anzahl der Gesamtanträge mit V21_2 == 1 PLUS [...] PLUS Anzahl der Gesamtanträge mit V21_X == 1	Entscheidungsdaten der Klagen (PV fehlt) ²³

Primärvariablen		
Variablenname	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V20_1	Widerspruch 1*	0 = kein Widerspruch 1 = erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten inkl. Vergleiche, Teilanerkenntnisse, Teilabhilfe) 2 = nicht erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten
V20_2	Widerspruch 2*	
V20_X	Widerspruch X*	
V21_1	Klage 1*	0 = keine Klage 1 = erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten (inkl. Vergleiche, Teilanerkenntnisse, Teilabhilfe) 2 = nicht erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten
V21_2	Klage 2*	
V21_X	Klage X*	

* Bei diesen Primärvariablen muss eine Zuordnung des Ereignisses zum Berichtsjahr des Ereigniszeitpunktes gewährleistet sein, so dass bei Datenexporten die Zuordnung zu einem bestimmten Jahr möglich ist (z. B. entschiedene Klage 1 eines Antrags wird dem Jahr 2022 und die entschiedene Klage 2 wird dem Jahr 2023 zugeordnet).

²³ Entsprechende weitere Felder in der Eingabemaske, die die Primärvariablen um Datumsfelder ergänzen, werden benötigt.

15.4 Definitionen

- Für den THVB werden Rechtsbehelfe in Form von Widersprüchen und Klagen zum Zeitpunkt ihrer Entscheidung erfasst und im zutreffenden Berichtsjahr übermittelt. Übermittelt werden bei diesem Sachverhalt die Anzahl der entschiedenen Widersprüche und Klagen sowie die Anzahl der erfolgreichen Widersprüche und Klagen aus Sicht des Leistungsberechtigten.
- Es kann vorkommen, dass die Erfassung eines Widerspruchs bzw. einer Klage im Vergleich zur Erfassung des Antrags erst zu einem späteren Zeitpunkt (ggf. auch in einem späteren Berichtsjahr) erfolgt.
- Eine Entscheidung über einen bereits abschließend bearbeiteten Antrag, die sich im Rahmen eines Widerspruchs- bzw. Klageverfahrens geändert hat, wird für den THVB nicht revidiert oder nacherfasst.
- Umfasst sind alle Rechtsbehelfe gegen Leistungsbescheide zu Leistungen nach SGB IX Teil 1 unabhängig vom konkreten Gegenstand des Behelfs.
- Anzugeben sind nur rechtskräftige Urteile und bestandskräftige Entscheidungen (inkl. Vergleiche).
- Aus einem Antrag können sich ggf. mehrere Leistungsbescheide ergeben, zu denen jeweils Rechtsbehelfe möglich sind.
- Klagen ohne Widersprüche sind in bestimmten Fällen möglich.
- Es ist möglich, dass bei einigen Fachverfahren auch das Eingangsdatum eines Widerspruchs und einer Klage erfasst werden kann. Dieses muss jedoch für den THVB nicht übermittelt werden.

16 Dauerhafte Integration in Arbeit nach einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben

16.1 Gesetzeswortlaut / Fragestellung



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 Absatz 1 Nummer 2 bis 7 erbracht wurde.



Wie viele Leistungsberechtigte sind ein halbes Jahr nach Beendigung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben sozialversicherungspflichtig beschäftigt?

Das Ermitteln der Anzahl erfolgt über eine Zeitpunktmessung 182 Tage nach Leistungsende.



Da die reine Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter allein keine hinreichende Aussagekraft hat, ist ergänzend die Anzahl der beendeten LTA-Leistungsfälle erforderlich. Die Anzahl derjenigen, die beschäftigt sind, ist eine Teilmenge davon.

Hier umgesetzt wird ein Vorschlag der Bundesagentur für Arbeit zur Berechnung der Integrationsquote.

16.2 Mögliches Datenbeispiel eines fiktiven Trägers „X“ mit Erläuterungen

Variante A: Erwerbsintegration mit Bezugsgröße

Auszug aus dem Meldedatensatz:

	m16_z	m16_n
Träger X	100	200

- Von 200 LTA-Leistungsfällen eines Trägers im Jahr (m16_n) besteht bei 100 sechs Monate nach Leistungsende eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung (m16_z).

Variante B: Erwerbsintegration ohne Bezugsgröße

Auszug aus dem Meldedatensatz:

	m16_z
Träger X	100

- 100 LTA-Leistungsfälle hatten sechs Monate nach Leistungsende eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung (m16_z).

16.3 Meldevariablen und Primärvariablen

Meldevariablen			
Variablen-name	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m16_z	Leistungsfälle mit sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung 6 Monate nach LTA-Ende im Berichtsjahr	Anzahl der Anträge mit V22 == 1 UND LTA-Ende + 6 Monate im Berichtsjahr	LTA-Ende (PV fehlt) ²⁴ + 6 Monate
m16_n	Leistungsfälle mit einer beendeten LTA-Maßnahme im gleichen Berichtsjahr	Anzahl der Anträge mit LTA-Ende + 6 Monate im Berichtsjahr	LTA-Ende (PV fehlt) ²⁴ + 6 Monate

Primärvariablen		
Variablen-name	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V22	Beitragszeit aufgrund sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung 6 Monate nach Leistungsende einer LTA	0 = nein 1 = ja

²⁴ Entsprechende weitere Felder in der Eingabemaske, die die Primärvariablen um Datumsfelder ergänzen, werden benötigt.

16.4 Definitionen

- Zu ermitteln ist die Anzahl der Leistungsberechtigten, die innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende einer Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen haben.
- Eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung (V22) kann nur dann für den THVB erfasst werden, wenn zuvor eine beantragte LTA-Leistung entweder nicht vollständig (V09b = 1) oder vollständig bewilligt (V09b = 2) worden ist.
- Das Leistungsende ist der letzte Tag der Inanspruchnahme der Leistung (=Beendigungsdatum).
- Die Erfassung gilt nur für Reha-Träger nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 7 SGB IX. Da der Trägerbereich GKV und die LAK keine LTA-Leistungen erbringen, ist dieser Sachverhalt nicht einschlägig und es werden keine Angaben erfasst und gemeldet.
- Als sozialversicherungspflichtige Beschäftigung werden alle vollumfänglichen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungen (mindestens Midi-Job) und sozialversicherungspflichtigen Ausbildungen definiert – unabhängig davon, ob sie gefördert sind. Unberücksichtigt bleiben selbstständige Tätigkeiten.
- Zu berücksichtigen sind alle Leistungen nach den §§ 49 und 50 SGB IX, unabhängig von deren konkreter Zielstellung.
- Trägerbereiche BA / RV: Es liegt zum Zeitpunkt sechs Monate (182 Tage) nach dem Ende jeder LTA-Leistung eine Beitragszeit aufgrund einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung vor.
- Trägerbereiche EGH / JH / SER: zum gesetzlichen Sachverhalt i. e. S. liegen keine Daten vor.
- Die Anzahl der Leistungsberechtigten, die sechs Monate nach dem Ende der Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen haben, liegt erst mit zeitlicher Verzögerung vor. Sie hat i. d. R. eine Wartezeit von sechs Monaten. Erst danach gilt sie als vollständig (nach-)erfasst und kann berichtet werden. In der Konsequenz kann im Jahr Y + 1 noch nicht über das Jahr Y berichtet werden.

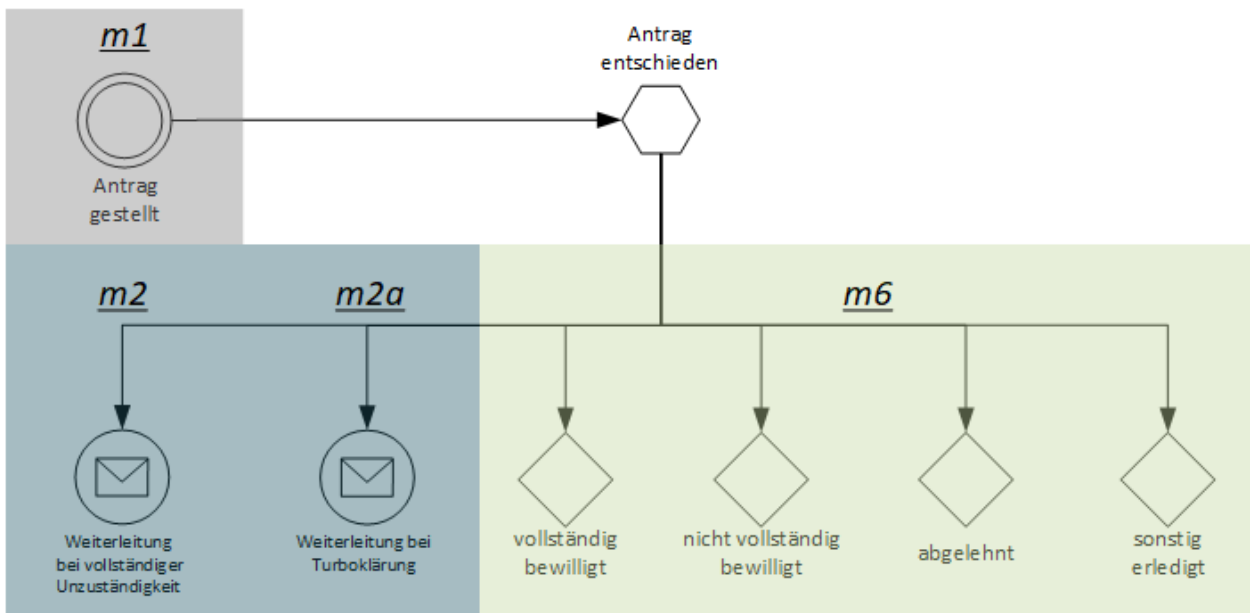
Soweit nicht die Anzahl der Leistungsfälle, sondern der Personen der Auswertung zu Grunde gelegt werden soll, wäre eine Lösung für den Tatbestand zu finden, dass eine Person auch mehrere LTA-Leistungen im Jahr beenden kann.

Anhang 1: Mögliche Entscheidungsarten eines Antrags

Im THVB wird über die Variable m1 die Anzahl der gestellten Anträge auf Reha- und Teilhabeleistungen abgebildet. Analog zu den Vorschriften aus Teil 1 SGB IX kann ein gestellter Antrag auf unterschiedliche Weise entschieden werden, das heißt aus Sicht eines Reha-Trägers abschließend bearbeitet werden. Im THVB werden folgende Entscheidungsarten differenziert:

- Weiterleitung bei vollständiger Unzuständigkeit (Anzahl abgebildet über m2),
- Weiterleitung bei Turboklärung (Anzahl abgebildet über m2a) sowie
- entschiedener Gesamtantrag (Anzahl abgebildet über m6).

Die nachfolgende Abbildung stellt schematisch dar, wie sich die Anzahl entschiedener Anträge differenziert nach der jeweiligen Entscheidungsart berechnen lässt.



Anträge mit der Entscheidungsart „Weiterleitung nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX“ (m2) bzw. mit der Entscheidungsart „Weiterleitung nach § 14 Abs. 3 SGB IX“ (m2a) bleiben bei der Berechnung der Anzahl entschiedener Gesamtanträge unberücksichtigt (m6).

Anhang 2: Übersicht der Primärvariablen

Variablen-name	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V01	Antrag gestellt	0 = nein 1 = ja
V01a	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (LMR)	0 = nein 1 = ja
V01b	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)	0 = nein 1 = ja
V01c	Leistungen zur Teilhabe an Bildung (LTB)	0 = nein 1 = ja
V01d	Leistungen zur sozialen Teilhabe (LST)	0 = nein 1 = ja
V03	Antragsdatum	DD.MM.JJJJ
V04	Zuständigkeitsfeststellungsdatum	DD.MM.JJJJ
V05	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags	DD.MM.JJJJ
V05a	Entscheidungsdatum des Antrags innerhalb LMR	DD.MM.JJJJ
V05b	Entscheidungsdatum des Antrags innerhalb LTA	DD.MM.JJJJ
V05c	Entscheidungsdatum des Antrags innerhalb LTB	DD.MM.JJJJ
V05d	Entscheidungsdatum des Antrags innerhalb LST	DD.MM.JJJJ
V05z	Datum des ersten Bewilligungsbescheides	DD.MM.JJJJ
V06	Gutachtenauftrag	0 = nein 1 = ja
V06a	Gutachtenauftrag innerhalb LMR	0 = nein 1 = ja
V06b	Gutachtenauftrag innerhalb LTA	0 = nein 1 = ja
V06c	Gutachtenauftrag innerhalb LTB	0 = nein 1 = ja
V06d	Gutachtenauftrag innerhalb LST	0 = nein 1 = ja
V07_1	Datum Vorliegen des Gutachtens 1	DD.MM.JJJJ
V07_2	Datum Vorliegen des Gutachtens 2	DD.MM.JJJJ
V07_3	Datum Vorliegen des Gutachtens 3	DD.MM.JJJJ
V07_4	Datum Vorliegen des Gutachtens 4	DD.MM.JJJJ
V07_5	Datum Vorliegen des Gutachtens 5	DD.MM.JJJJ
V07a	Datum letztes vorliegendes Gutachten innerhalb LMR	DD.MM.JJJJ

Variablen-name	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V07b	Datum letztes vorliegendes Gutachten innerhalb LTA	DD.MM.JJJJ
V07c	Datum letztes vorliegendes Gutachten innerhalb LTB	DD.MM.JJJJ
V07d	Datum letztes vorliegendes Gutachten innerhalb LST	DD.MM.JJJJ
V08_1	Datum Auftrag des Gutachtens 1	DD.MM.JJJJ
V08_2	Datum Auftrag des Gutachtens 2	DD.MM.JJJJ
V08_3	Datum Auftrag des Gutachtens 3	DD.MM.JJJJ
V08_4	Datum Auftrag des Gutachtens 4	DD.MM.JJJJ
V08_5	Datum Auftrag des Gutachtens 5	DD.MM.JJJJ
V09	Entscheidungsart des Gesamtantrags	0 = vollständige Ablehnung 1 = nicht vollständige Bewilligung (teilweise Bewilligungen und Bewilligungen mit anderer als der beantragten Leistung) 2 = vollständige Bewilligung 3 = Weiterleitung nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX (vollständige Unzuständigkeit) 4 = sonstige Erledigung (Versterben des Antragstellers, Rücknahme des Antrags) 5 = Weiterleitung nach § 14 Abs. 3 SGB IX (Turboklärung)
V09a	Entscheidungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb LMR	0 = vollständige Ablehnung 1 = nicht vollständige Bewilligung (teilweise Bewilligungen und Bewilligungen mit anderer als der beantragten Leistung) 2 = vollständige Bewilligung 4 = sonstige Erledigung (Versterben des Antragstellers, Rücknahme des Antrags)
V09b	Entscheidungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb LTA	
V09c	Entscheidungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb LTB	
V09d	Entscheidungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb LST	
V10	Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung	DD.MM.JJJJ
V11	Teilhabeplanung	0 = nein 1 = ja, nicht trägerübergreifend 2 = ja, trägerübergreifend ohne Konferenz 3 = ja, trägerübergreifend mit Konferenz
V12	Anzahl der Anpassungen des Teilhabeplanes (Änderung oder Fortschreibung)*	0 = keine Anpassung 1 = eine Anpassung 2 = zwei Anpassungen usw.
V13	Erstellungsdatum des Teilhabeplanes	DD.MM.JJJJ
V14_1	Erstes Anpassungsdatum des Teilhabeplanes	DD.MM.JJJJ

Variablen-name	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V14_2	Zweites Anpassungsdatum des Teilhabeplanes	DD.MM.JJJJ
V14_X	Anpassungsdatum X des Teilhabeplanes	DD.MM.JJJJ
V15	Faktisches Ende des Planungszeitraums / Enddatum des Teilhabeplanes	DD.MM.JJJJ
V16	Erstattungsverfahren zwischen Trägern nach § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB IX*	Anzugeben ist die Anzahl der eingeleiteten Erstattungsverfahren pro Leistungsfall 0 = kein Erstattungsverfahren 1 = ein Erstattungsverfahren 2 = zwei Erstattungsverfahren usw.
V17a	Persönliches Budget beantragt	0 = nein
V17b	Persönliches Budget bewilligt	1 = ja, trägerspezifisch 2 = ja, trägerübergreifend
V18	Mitteilungsversand nach § 18 Abs. 1 SGB IX	Anzugeben ist die Anzahl der versendeten Mitteilungen pro Leistungsfall 0 = keine Mitteilung 1 = eine Mitteilung 2 = zwei Mitteilungen usw.
V19_1	Erstattungsantrag 1* (bei selbstbeschafften Leistungen nach § 18 SGB IX)	Anzugeben ist die Anzahl der entschiedenen Erstattungsanträge bei selbstbeschafften Leistungen
V19_2	Erstattungsantrag 2* (bei selbstbeschafften Leistungen nach § 18 SGB IX)	0 = kein Erstattungsantrag
V19_X	Erstattungsantrag X* (bei selbstbeschafften Leistungen nach § 18 SGB IX)	1 = vollständige und teilweise Bewilligung (= Erstattungen in voller und nicht voller Höhe) 2 = Ablehnung (= keine Erstattung)
V20_1	Widerspruch 1*	0 = kein Widerspruch
V20_2	Widerspruch 2*	1 = erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtig- ten (inkl. Vergleiche, Teilerkenntnisse, Teil- abhilfe)
V20_X	Widerspruch X*	2 = Nicht erfolgreich aus Sicht des Leistungsbe- rechtigten
V21_1	Klage 1*	0 = keine Klage
V21_2	Klage 2*	1 = erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtig- ten (inkl. Vergleiche, Teilerkenntnisse, Teil- abhilfe)
V21_X	Klage X*	2 = nicht erfolgreich aus Sicht des Leistungsbe- rechtigten
V22	Beitragszeit aufgrund sozialversicherungspflichtige Beschäftigung 6 Monate nach Leistungsende einer LTA	0 = nein 1 = ja

* Bei diesen Primärvariablen muss eine Zuordnung des Ereignisses zum Berichtsjahr des Ereigniszeitpunktes gewährleistet sein, so dass bei Datenexporten die Zuordnung zu einem bestimmten Jahr möglich ist (z. B. Erstattungsverfahren 1 eines Antrags wird dem Jahr 2022 und das Erstattungsverfahren 2 wird dem Jahr 2023 zugeordnet).

Anhang 3: Variablenübersicht zum Meldedatensatz

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m1	Gesamtanträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ohne unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen	Anzahl gestellter Anträge (V01 == 1) mit V03 im Berichtsjahr UND (V01a == 1 ODER V01b == 1 ODER V01c == 1 ODER V01d == 1)	Antragsdatum (V03)
m1a	Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (LMR)	Anzahl gestellter Anträge (V01 == 1) (vgl. m1) mit V03 im Berichtsjahr UND V01a == 1	Antragsdatum (V03)
m1b	Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)	Anzahl gestellter Anträge (V01 == 1) (vgl. m1) mit V03 im Berichtsjahr UND V01b == 1	Antragsdatum (V03)
m1c	Anträge auf Leistungen zur Teilhabe an Bildung (LTB)	Anzahl gestellter Anträge (V01 == 1) (vgl. m1) mit V03 im Berichtsjahr UND V01c == 1	Antragsdatum (V03)
m1d	Anträge auf Leistungen zur sozialen Teilhabe (LST)	Anzahl gestellter Anträge (V01 == 1) (vgl. m1) mit V03 im Berichtsjahr UND V01d == 1	Antragsdatum (V03)

Variablenbeschreibung Teilhabeverfahrensbericht nach § 41 SGB IX

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m2	Weiterleitungen bei vollständiger Unzuständigkeit	Anzahl entschiedener Gesamtanträge mit V05 im Berichtsjahr UND V09 == 3	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m2a	Weiterleitungen bei Turboklärung	Anzahl entschiedener Gesamtanträge mit V05 im Berichtsjahr UND V09 == 5	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m3a	Fristüberschreitungen Klärung Zuständigkeit (§ 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX)	Anzahl aller Gesamtanträge mit V04 im Berichtsjahr UND (V04 – V03) > (14 Kalendertage) ¹	Zuständigkeitsfeststellungsdatum (V04)
m3a_n	Gesamtanträge mit geklärter Zuständigkeit	Anzahl aller Gesamtanträge mit V04 im Berichtsjahr	Zuständigkeitsfeststellungsdatum (V04)
m3b	Fristüberschreitungen Bedarfsfeststellung ohne Gutachten (§ 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX)	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND V06 == 0 UND (V05 – V03) > (21 Kalendertage) ¹	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

¹ In Anlehnung an die GE Reha-Prozess (bspw. § 19) werden zur Berechnung der Fristen nach § 14 SGB IX die gesetzlichen Vorgaben nach § 26 SGB X i. V. m. §§ 187 – 193 BGB zugrunde gelegt. Daraus folgt u. a., dass der letzte Tag der Frist ein Werktag ist (vgl. § 26 Abs. 3 SGB X).

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m3b_n	Gesamtanträge ohne Gutachten	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND V06 == 0	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m3c	Fristüberschreitungen Bedarfsfeststellung mit Gutachten (§ 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX)	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND V06 == 1 UND (V05 - (Maximum aus V07_1 bis V07_5) ²) > (14 Kalendertage) ³	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m3c_n	Gesamtanträge mit Gutachten	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND V06 == 1	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

² Datum des zuletzt vorliegenden Gutachtens

³ In Anlehnung an die GE Reha-Prozess (bspw. § 19) werden zur Berechnung der Fristen nach § 14 SGB IX die gesetzlichen Vorgaben nach § 26 SGB X i. V. m. §§ 187 – 193 BGB zugrunde gelegt. Daraus folgt u. a., dass der letzte Tag der Frist ein Werktag ist (vgl. § 26 Abs. 3 SGB X).

Variablenbeschreibung Teilhabeverfahrensbericht nach § 41 SGB IX

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m3b_lg	Fristüberschreitungen Bedarfsfeststellung ohne Gutachten innerhalb der Leistungsgruppen (§ 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX)	Anzahl der Anträge auf LMR bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09a == 0 ODER V09a == 1 ODER V09a == 2 ODER V09a == 4) UND V06a == 0 UND (V05a – V03) > (21 Kalendertage) ⁴ PLUS Anzahl der Anträge auf LTA bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09b == 0 ODER V09b == 1 ODER V09b == 2 ODER V09b == 4) UND V06b == 0 UND (V05b – V03) > (21 Kalendertage) ⁴ PLUS Anzahl der Anträge auf LTB bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09c == 0 ODER V09c == 1 ODER V09c == 2 ODER V09c == 4) UND V06c == 0 UND (V05c – V03) > (21 Kalendertage) ⁴ PLUS	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

⁴ In Anlehnung an die GE Reha-Prozess (bspw. § 19) werden zur Berechnung der Fristen nach § 14 SGB IX die gesetzlichen Vorgaben nach § 26 SGB X i. V. m. §§ 187 – 193 BGB zugrunde gelegt. Daraus folgt u. a., dass der letzte Tag der Frist ein Werktag ist (vgl. § 26 Abs. 3 SGB X).

Variablenbeschreibung Teilhabeverfahrensbericht nach § 41 SGB IX

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
(Fortsetzung) m3b_lg	Fristüberschreitungen Bedarfsfeststellung ohne Gutachten innerhalb der Leistungsgruppen (§ 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX)	PLUS Anzahl der Anträge auf LST bei allen entschiedenen LG-Anträgen (m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09d == 0 ODER V09d == 1 ODER V09d == 2 ODER V09d == 4) UND V06d == 0 UND (V05d – V03) > (21 Kalendertage) ⁵ PLUS Anzahl der Anträge auf LST bei allen entschiedenen LG-Anträgen (m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09d == 0 ODER V09d == 1 ODER V09d == 2 ODER V09d == 4) UND V06d == 0 UND (V05d – V03) > (21 Kalendertage) ⁵	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

⁵ In Anlehnung an die GE Reha-Prozess (bspw. § 19) werden zur Berechnung der Fristen nach § 14 SGB IX die gesetzlichen Vorgaben nach § 26 SGB X i. V. m. §§ 187 – 193 BGB zugrunde gelegt. Daraus folgt u. a., dass der letzte Tag der Frist ein Werktag ist (vgl. § 26 Abs. 3 SGB X).

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m3b_n_lg	Anträge ohne Gutachten innerhalb der Leistungsgruppen	<p>Anzahl der Anträge auf LMR bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09a == 0 ODER V09a == 1 ODER V09a == 2 ODER V09a == 4) UND V06a == 0</p> <p>PLUS</p> <p>Anzahl der Anträge auf LTA bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09b == 0 ODER V09b == 1 ODER V09b == 2 ODER V09b == 4) UND V06b == 0</p> <p>PLUS</p> <p>Anzahl der Anträge auf LTB bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09c == 0 ODER V09c == 1 ODER V09c == 2 ODER V09c == 4) UND V06c == 0</p> <p>PLUS</p> <p>Anzahl der Anträge auf LST bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09d == 0 ODER V09d == 1 ODER V09d == 2 ODER V09d == 4) UND V06d == 0</p>	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Variablenbeschreibung Teilhabeverfahrensbericht nach § 41 SGB IX

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m3c_lg	Fristüberschreitungen Bedarfsfeststellung mit Gutachten innerhalb der Leistungsgruppen (§ 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX)	Anzahl der Anträge auf LMR bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09a == 0 ODER V09a == 1 ODER V09a == 2 ODER V09a == 4) UND V06a == 1 UND (V05a – V07a) > (14 Kalendertage) ⁶ PLUS Anzahl der Anträge auf LTA bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09b == 0 ODER V09b == 1 ODER V09b == 2 ODER V09b == 4) UND V06b == 1 UND (V05b – V07b) > (14 Kalendertage) ⁶ PLUS Anzahl der Anträge auf LTB bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09c == 0 ODER V09c == 1 ODER V09c == 2 ODER V09c == 4) UND V06c == 1 UND (V05c – V07c) > (14 Kalendertage) ⁶ PLUS	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

⁶ In Anlehnung an die GE Reha-Prozess (bspw. § 19) werden zur Berechnung der Fristen nach § 14 SGB IX die gesetzlichen Vorgaben nach § 26 SGB X i. V. m. §§ 187 – 193 BGB zugrunde gelegt. Daraus folgt u. a., dass der letzte Tag der Frist ein Werktag ist (vgl. § 26 Abs. 3 SGB X).

Variablenbeschreibung Teilhabeverfahrensbericht nach § 41 SGB IX

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
(Fortsetzung) m3c_lg		PLUS Anzahl der Anträge auf LST bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09d == 0 ODER V09d == 1 ODER V09d == 2 ODER V09d == 4) UND V06d == 1 UND (V05d - V07d) > (14 Kalendertage) ⁷	

⁷ In Anlehnung an die GE Reha-Prozess (bspw. § 19) werden zur Berechnung der Fristen nach § 14 SGB IX die gesetzlichen Vorgaben nach § 26 SGB X i. V. m. §§ 187 – 193 BGB zugrunde gelegt. Daraus folgt u. a., dass der letzte Tag der Frist ein Werktag ist (vgl. § 26 Abs. 3 SGB X).

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m3c_n_lg	Anträge mit Gutachten innerhalb der Leistungsgruppen	Anzahl der Anträge auf LMR bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09a == 0 ODER V09a == 1 ODER V09a == 2 ODER V09a == 4) UND V06a == 1 PLUS Anzahl der Anträge auf LTA bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09b == 0 ODER V09b == 1 ODER V09b == 2 ODER V09b == 4) UND V06b == 1 PLUS Anzahl der Anträge auf LTB bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09c == 0 ODER V09c == 1 ODER V09c == 2 ODER V09c == 4) UND V06c == 1 PLUS Anzahl der Anträge auf LST bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09d == 0 ODER V09d == 1 ODER V09d == 2 ODER V09d == 4) UND V06d == 1	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m4a	Durchschnittliche Dauer einer Gutachtenerstellung	m4a_z / m4a_n (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Variablenbeschreibung Teilhabeverfahrensbericht nach § 41 SGB IX

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m4a_z	Summe der Dauern aller Gutachtenerstellungen (Zähler zu m4a)	Summe von $((V07_1 - V08_1) - 3^8)$ bei allen entschiedenen Gesamtanträgen (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) PLUS Summe von $((V07_2 - V08_2) - 3^8)$ bei allen entschiedenen Gesamtanträgen (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) PLUS	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
(Fortsetzung) m4a_z	Summe der Dauern aller Gutachtenerstellungen (Zähler zu m4a)	PLUS Summe von $((V07_3 - V08_3) - 3^8)$ bei allen entschiedenen Gesamtanträgen (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) PLUS Summe von $((V07_4 - V08_4) - 3^8)$ bei allen entschiedenen Gesamtanträgen (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) PLUS Summe von $((V07_5 - V08_5) - 3^8)$ bei allen entschiedenen Gesamtanträgen (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

⁸ Unter Berücksichtigung der Postlaufzeit gilt der Gutachtenauftrag am dritten Tag nach Aufgabe als zugestellt. Daher werden von jeder Dauer pauschal drei Kalendertage abgezogen. Führt der Abzug zu einer negativen Gutachtendauer, wird die Gutachtendauer auf 0 Tage gesetzt.

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m4a_n	Gutachtenerstellungen (Nenner zu m4a)	<p>Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND einem Wert in V07_1</p> <p>PLUS</p> <p>Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND einem Wert in V07_2</p> <p>PLUS</p> <p>Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND einem Wert in V07_3</p> <p>PLUS</p> <p>Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND einem Wert in V07_4</p> <p>PLUS</p> <p>Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND einem Wert in V07_5</p>	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m5a	Durchschnittliche Dauer bis zur Bewilligung des Gesamtantrags (vollst. / nicht vollst.)	m5a_z / m5a_n (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m5a_z	Summe der Dauern aller Entscheidungen zu Gesamtanträgen, die vollständig oder nicht vollständig bewilligt wurden (Zähler zu m5a)	Summe von (V05 – V03) bei allen entschiedenen Gesamtanträgen (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 1 ODER V09 == 2) (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m5a_n	Gesamtanträge, die vollständig oder nicht vollständig bewilligt wurden (Nenner zu m5a)	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 1 ODER V09 == 2)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m5b	Durchschnittliche Dauer bis zur Erledigung des Gesamtantrags (Abl. / Sonst.)	m5b_z / m5b_n (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m5b_z	Summe der Dauern aller Entscheidungen zu Gesamtanträgen, die abgelehnt wurden oder in der Entscheidungsart „sonstige Erledigung“ erfasst sind (Zähler zu m5b)	Summe von (V05 – V03), bei allen entschiedenen Gesamtanträgen (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 4): (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m5b_n	Gesamtanträge, die abgelehnt wurden oder in der Entscheidungsart „sonstige Erledigung“ erfasst sind (Nenner zu m5b)	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 4)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m5a_lg	Durchschnittliche Dauer bis zur Bewilligung innerhalb der Leistungsgruppen (vollst. / nicht vollst.)	m5a_z_lg / m5a_n_lg (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m5a_z_lg	Summe der Dauern aller Entscheidungen zu Anträgen innerhalb der Leistungsgruppen, die vollständig oder nicht vollständig bewilligt wurden (Zähler zu m5a_lg)	<p>Summe der Entscheidungsdauern für LMR (V05a – V03) bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09a == 1 ODER V09a == 2)</p> <p>PLUS</p> <p>Summe der Entscheidungsdauern für LTA (V05b – V03) bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09b == 1 ODER V09b == 2)</p> <p>PLUS</p> <p>Summe der Entscheidungsdauern für LTB (V05c – V03) bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09c == 1 ODER V09c == 2)</p> <p>PLUS</p> <p>Summe der Entscheidungsdauern für LST (V05d – V03) bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09d == 1 ODER V09d == 2)</p> <p>(in Kalendertagen)</p>	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m5a_n_lg	Anträge innerhalb der Leistungsgruppen, die vollständig oder nicht vollständig bewilligt wurden (Nenner zu m5a_lg)	Anzahl der Anträge auf LMR bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09a == 1 ODER V09a == 2) PLUS Anzahl der Anträge auf LTA bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09b == 1 ODER V09b == 2) PLUS Anzahl der Anträge auf LTB bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09c == 1 ODER V09c == 2) PLUS Anzahl der Anträge auf LST bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09d == 1 ODER V09d == 2)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m5b_lg	Durchschnittliche Dauer bis zur Erledigung innerhalb der Leistungsgruppen (Abl. / Sonst.)	m5b_z_lg / m5b_n_lg (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m5b_z_lg	Summe der Dauern aller Entscheidungen zu Anträgen innerhalb der Leistungsgruppen, die abgelehnt wurden oder in der Entscheidungsart „sonstige Erledigung“ erfasst sind (Zähler zu m5b_lg)	<p>Summe der Entscheidungsdauern für LMR (V05a – V03) bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09a == 0 ODER V09a == 4)</p> <p>PLUS</p> <p>Summe der Entscheidungsdauern für LTA (V05b – V03) bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09b == 0 ODER V09b == 4)</p> <p>PLUS</p> <p>Summe der Entscheidungsdauern für LTB (V05c – V03) bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09c == 0 ODER V09c == 4)</p> <p>PLUS</p> <p>Summe der Entscheidungsdauern für LST (V05d – V03) bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09d == 0 ODER V09d == 4)</p> <p>(in Kalendertagen)</p>	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m5b_n_lg	Anträge innerhalb der Leistungsgruppen, die abgelehnt wurden oder in der Entscheidungsart „sonstige Erledigung“ erfasst sind (Nenner zu m5b_lg)	Anzahl der Anträge auf LMR bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09a == 0 ODER V09a == 4) PLUS Anzahl der Anträge auf LTA bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09b == 0 ODER V09b == 4) PLUS Anzahl der Anträge auf LTB bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09c == 0 ODER V09c == 4) PLUS Anzahl der Anträge auf LST bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09d == 0 ODER V09d == 4)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m6a	Vollständig abgelehnte Gesamtanträge	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND V09 == 0	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m6b	Nicht vollständig bewilligte Gesamtanträge	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr V09 == 1	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m6	Entschiedene Gesamtanträge	Anzahl entschiedener Gesamtanträge mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m6a_lg	Vollständig abgelehnte Anträge innerhalb der Leistungsgruppen	Anzahl der Anträge auf LMR bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND V09a ==0 PLUS Anzahl der Anträge auf LTA bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND V09b ==0 PLUS Anzahl der Anträge auf LTB bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND V09c ==0 PLUS Anzahl der Anträge auf LST bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND V09d ==0	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m6b_lg	Nicht vollständig bewilligte Anträge innerhalb der Leistungsgruppen	Anzahl der Anträge auf LMR bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND V09a == 1 PLUS Anzahl der Anträge auf LTA bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND V09b == 1 PLUS Anzahl der Anträge auf LTB bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND V09c == 1 PLUS Anzahl der Anträge auf LST bei allen entschiedenen LG-Anträgen (vgl. m6_lg) mit V05 im Berichtsjahr UND V09d == 1	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m6_lg	Entschiedene Anträge innerhalb der Leistungsgruppen	Anzahl der Anträge auf LMR bei allen entschiedenen LG-Anträgen mit V05 im Berichtsjahr UND (V09a ==0 ODER V09a == 1 ODER V09a == 2 ODER V09a == 4) PLUS Anzahl der Anträge auf LTA bei allen entschiedenen LG-Anträgen mit V05 im Berichtsjahr UND (V09b ==0 ODER V09b == 1 ODER V09b == 2 ODER V09b == 4) PLUS Anzahl der Anträge auf LTB bei allen entschiedenen LG-Anträgen mit V05 im Berichtsjahr UND (V09c ==0 ODER V09c == 1 ODER V09c == 2 ODER V09c == 4) PLUS Anzahl der Anträge auf LST bei allen entschiedenen LG-Anträgen mit V05 im Berichtsjahr UND (V09d ==0 ODER V09d == 1 ODER V09d == 2 ODER V09d == 4)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m7a	Durchschnittliche negative Antrittslaufzeit bei Leistungsantritt vor dem Bewilligungsbescheid	m7a_z / m7a_n (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m7a_z	Summe aller negativen Antrittslaufzeiten (Zähler zu m7a)	Summe von (V10 – V05z) bei allen entschiedenen Gesamtanträgen (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND einem Wert in V05z UND einem Wert in V10 UND V05z > V10 (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m7a_n	Anträge mit Leistungsantritt vor dem Bewilligungsbescheid (Nenner zu m7a)	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND einem Wert in V05z UND einem Wert in V10 UND V05z > V10	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m7a1	Durchschnittliche negative Antrittslaufzeit bei Leistungsantritt vor dem Bewilligungsbescheid ohne THP	m7a1_z / m7a1_n (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m7a1_z	Summe aller negativen Antrittslaufzeiten ohne THP (Zähler zu m7a1)	Summe von (V10 – V05z) bei allen entschiedenen Gesamtanträgen (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND einem Wert in V05z UND einem Wert in V10 UND V05z > V10 UND V11 == 0 (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m7a1_n	Anträge mit Leistungsantritt vor dem Bewilligungsbescheid ohne THP (Nenner zu m7a1)	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND einem Wert in V05z UND einem Wert in V10 UND V05z > V10 UND V11 == 0	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m7a2	Durchschnittliche negative Antrittslaufzeit bei Leistungsantritt vor dem Bewilligungsbescheid mit THP	m7a1_z / m7a1_n (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m7a2_z	Summe aller negativen Antrittslaufzeiten mit THP (Zähler zu m7a2)	Summe von (V10 – V05z) bei allen entschiedenen Gesamtanträgen (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND einem Wert in V05z UND einem Wert in V10 UND V05z > V10 UND (V11 == 1 ODER V11 == 2 ODER V11 == 3) (in Kalendertagen)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m7a2_n	Anträge mit Leistungsantritt vor dem Bewilligungsbescheid mit THP (Nenner zu m7a2)	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND einem Wert in V05z UND einem Wert in V10 UND V05z > V10 UND (V11 == 1 ODER V11 == 2 ODER V11 == 3)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m7b	Durchschnittliche positive Antrittslaufzeit bei Leistungsantritt nach dem Bewilligungsbescheid oder am gleichen Tag	m7b_z / m7b_n (in Kalendertagen)	Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung (V10)

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m7b_z	Summe aller positiven Antrittslaufzeiten (Zähler zu m7b)	Summe von (V10 – V05z) bei allen entschiedenen Anträgen mit V10 im Berichtsjahr UND einem Wert in V05z UND V05z <= V10 (in Kalendertagen)	Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung (V10)
m7b_n	Anträge mit Leistungsantritt nach dem Bewilligungsbescheid oder am gleichen Tag (Nenner zu m7b)	Anzahl entschiedener Anträge mit V10 im Berichtsjahr UND einem Wert in V05z UND V05z <= V10	Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung (V10)
m7b1	Durchschnittliche positive Antrittslaufzeit bei Anträgen mit Leistungsantritt nach dem Bewilligungsbescheid oder am gleichen Tag ohne THP	m7b1_z / m7b1_n (in Kalendertagen)	Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung (V10)
m7b1_z	Summe aller positiven Antrittslaufzeiten ohne THP (Zähler zu m7b1)	Summe von (V10 – V05z) bei allen entschiedenen Anträgen mit V10 im Berichtsjahr UND einem Wert in V05z UND V05z <= V10 UND V11 == 0 (in Kalendertagen)	Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung (V10)
m7b1_n	Anträge mit Leistungsantritt nach dem Bewilligungsbescheid oder am gleichen Tag ohne THP (Nenner zu m7b1)	Anzahl entschiedener Anträge mit V10 im Berichtsjahr UND einem Wert in V05z UND V05z <= V10 UND V11 == 0	Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung (V10)

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m7b2	Durchschnittliche positive Antrittslaufzeit bei Anträgen mit Leistungsantritt nach dem Bewilligungsbescheid oder am gleichen Tag mit THP	$m7b2_z / m7b2_n$ (in Kalendertagen)	Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung (V10)
m7b2_z	Summe aller positiven Antrittslaufzeiten mit THP (Zähler zu m7b2)	Summe von (V10 – V05z) bei allen entschiedenen Anträgen mit V10 im Berichtsjahr UND einem Wert in V05z UND V05z <= V10 UND (V11 == 1 ODER V11 == 2 ODER V11 == 3) (in Kalendertagen)	Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung (V10)
m7b2_n	Anträge mit Leistungsantritt nach dem Bewilligungsbescheid oder am gleichen Tag mit THP (Nenner zu m7b2)	Anzahl entschiedener Anträge mit V10 im Berichtsjahr UND einem Wert in V05z UND V05z <= V10 UND (V11 == 1 ODER V11 == 2 ODER V11 == 3)	Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung (V10)
m8a_f	Gesamtanträge mit trägerübergreifender THP (als leistender Träger)	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND (V11 == 2 ODER V11 == 3)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m8b_f	Gesamtanträge mit THPK (als leistender Träger)	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND V11 == 3	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

Variablenbeschreibung Teilhabeverfahrensbericht nach § 41 SGB IX

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m9a_f	TP mit mind. einer Anpassung	Anzahl der TP mit mindestens einem Anpassungsdatum (V14_X) im Berichtsjahr ⁹	Anpassungsdaten des TP (V14_1 / V14_2 / ... / V14_X)
m9a	TP-Anpassungen (Fortschreibungen und Änderungen)	Anzahl aller TP-Anpassungsdaten (V14_X) im Berichtsjahr ⁹	Anpassungsdaten des TP (V14_1 / V14_2 / V14_X)
m9b	Durchschnittliche TP-Geltungsdauer	m9b_z / m9b_n (in Kalendertagen)	Anpassungsdaten des TP (V14_1 / V14_2 / V14_X) und / oder Enddatum des TP (V15)
m9b_z	Summe aller TP-Geltungsdauern, die im Berichtsjahr enden (Zähler zu m9b)	TP-Geltungsdauern sind: Dauer zwischen Erstelldatum und Enddatum (wenn keine Anpassungen stattgefunden haben): (V15 – V13), wenn V15 im Berichtsjahr Dauer zwischen Erstelldatum und erster Anpassung: (V14_1 – V13), wenn V14_1 im Berichtsjahr Dauer zwischen zwei Anpassungen: (V14_2 – V14_1), wenn V14_2 im Berichtsjahr, (V14_3 – V14_2), wenn V14_3 im Berichtsjahr, usw. Dauer zwischen letzter Anpassung und Enddatum: (V15 – V14_X), wenn V15 im Berichtsjahr (in Kalendertagen)	Anpassungsdaten des TP (V14_1 / V14_2 / V14_X) und / oder Enddatum des TP (V15) Entscheidend für die Zuordnung zum Berichtsjahr ist hierbei das jeweilige Enddatum einer TP-Geltungsdauer bzw. eines Intervalls. Dieses muss im Berichtsjahr liegen. Es können auch mehrere Intervalle bzw. Geltungsdauern (hintereinander) zum selben TP in einem einzigen Berichtsjahr möglich sein.

⁹ Da ein Teilhabeplan (TP) mit mehreren Anträgen verknüpft sein kann, wird keine Berechnung auf Grundlage von Daten über Anträge angegeben. Die Berechnung der Variablen zu Sachverhalt 9 sollte nur dann auf Antragsdaten basieren, wenn sichergestellt ist, dass keine Doppelzählungen stattfinden.

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m9b_n	TP-Geltungsdauern, die im Berichtsjahr enden (Nenner zu m9b)	Anzahl aller TP-Anpassungen im Berichtsjahr (V14_1 / V14_2 / ... / V14_X im Berichtsjahr) PLUS Anzahl beendeter TP im Berichtsjahr (V15 im Berichtsjahr)	Anpassungsdaten des TP (V14_1 / V14_2 / V14_X) und / oder Enddatum des TP (V15) Entscheidend für die Zuordnung zum Berichtsjahr ist hierbei das jeweilige Enddatum einer TP-Geltungsdauer bzw. eines Intervalls. Dieses muss im Berichtsjahr liegen. Es können auch mehrere Intervalle bzw. Geltungsdauern (hintereinander) zum selben TP in einem einzigen Berichtsjahr möglich sein.
m10_f	Anträge mit mind. einem Erstattungsverfahren gegen andere Träger	Anzahl der Anträge mit V16 > 0 [d.h. mind. ein Erstattungsverfahren gegen andere Träger im Berichtsjahr]	Datum der Anstrengung des Verfahrens (PV fehlt) ¹⁰
m10	Erstattungsverfahren gegen andere Träger	Summe von V16 von allen Anträgen [V16 darf nur die Erstattungsverfahren gegen andere Träger im Berichtsjahr zählen]	Datum der Anstrengung des Verfahrens (PV fehlt) ¹⁰
m11a	Anträge auf Persönliches Budget (trägerspezifisch)	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND V17a == 1	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)

¹⁰ Entsprechende weitere Felder in der Eingabemaske, die die Primärvariablen um Datumfelder ergänzen, werden benötigt.

Variablenbeschreibung Teilhabeverfahrensbericht nach § 41 SGB IX

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m11b	Bewilligungen Persönlicher Budgets (trägerspezifisch)	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND V17b == 1	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m12a	Anträge auf Persönliches Budget (trägerübergreifend)	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND V17a == 2	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m12b	Bewilligungen Persönlicher Budgets (trägerübergreifend)	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND V17b == 2	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m13_f	Anträge mit mind. einer Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer	Anzahl entschiedener Gesamtanträge (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4) UND V18 > 0 ¹¹	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m13	Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer	Summe von V18 ¹¹ bei allen entschiedenen Gesamtanträgen (vgl. m6) mit V05 im Berichtsjahr UND (V09 == 0 ODER V09 == 1 ODER V09 == 2 ODER V09 == 4)	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)
m14_f	Anträge mit mind. einem Antrag auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen	Anzahl der Anträge mit (V19_1 == 1 ODER V19_1 == 2)	Entscheidungsdaten der Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen (PV fehlt) ¹²

¹¹ Im Unterschied zu Sachverhalt 10 und Sachverhalt 14 werden hier auch Mitteilungen aus vergangenen Jahren gezählt.

¹² Entsprechende weitere Felder in der Eingabemaske, die die Primärvariable um Datumsfelder ergänzen, werden benötigt.

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m14	Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen	Anzahl der Anträge mit (V19_1 == 1 ODER V19_1 == 2) PLUS Anzahl der Anträge mit (V19_2 == 1 ODER V19_2 == 2) PLUS [...] PLUS Anzahl der Anträge mit (V19_X == 1 ODER V19_X == 2)	Entscheidungsdaten der Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen (PV fehlt) ¹³
m14a	Bewilligte Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen	Anzahl der Anträge mit V19_1 == 1 PLUS Anzahl der Anträge mit V19_2 == 1 PLUS [...] PLUS Anzahl der Anträge mit V19_X == 1	Entscheidungsdaten der Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen (PV fehlt) ¹³
m14b	Abgelehnte Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen	Anzahl der Anträge mit V19_1 == 2 PLUS Anzahl der Anträge mit V19_2 == 2 PLUS [...] PLUS Anzahl der Anträge mit V19_X == 2	Entscheidungsdaten der Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen (PV fehlt) ¹³

¹³ Entsprechende weitere Felder in der Eingabemaske, die die Primärvariable um Datumsfelder ergänzen, werden benötigt.

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m15a	Entschiedene Widersprüche	Anzahl der Gesamtanträge mit (V20_1 == 1 ODER V20_1 == 2) PLUS Anzahl der Gesamtanträge mit (V20_2 == 1 ODER V20_2 == 2) PLUS [...] PLUS Anzahl der Gesamtanträge mit (V20_X == 1 ODER V20_X == 2)	Entscheidungsdaten der Widersprüche (PV fehlt) ¹⁴
m15a1	Erfolgreiche Widersprüche	Anzahl der Gesamtanträge mit V20_1 == 1 PLUS Anzahl der Gesamtanträge mit V20_2 == 1 PLUS [...] PLUS Anzahl der Gesamtanträge mit V20_X == 1	Entscheidungsdaten der Widersprüche (PV fehlt) ¹⁴
m15b	Entschiedene Klagen	Anzahl der Gesamtanträge mit (V21_1 == 1 ODER V21_1 == 2) PLUS Anzahl der Gesamtanträge mit (V21_2 == 1 ODER V21_2 == 2) PLUS [...] PLUS Anzahl der Gesamtanträge mit (V21_X == 1 ODER V21_X == 2)	Entscheidungsdaten der Klagen (PV fehlt) ¹⁴

¹⁴ Entsprechende weitere Felder in der Eingabemaske, die die Primärvariable um Datumsfelder ergänzen, werden benötigt.

Variablenbeschreibung Teilhabeverfahrensbericht nach § 41 SGB IX

Meldevariablen			
Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen	Primärvariable für Zuordnung zum Berichtsjahr
m15b1	Erfolgreiche Klagen	Anzahl der Gesamtanträge mit V21_1 == 1 PLUS Anzahl der Gesamtanträge mit V21_2 == 1 PLUS [...] PLUS Anzahl der Gesamtanträge mit V21_X == 1	Entscheidungsdaten der Klagen (PV fehlt) ¹⁵
m16_z	Leistungsfälle mit sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung 6 Monate nach LTA-Ende im Berichtsjahr	Anzahl der Anträge mit V22 == 1 UND LTA-Ende + 6 Monate im Berichtsjahr	LTA-Ende (PV fehlt) + 6 Monate ¹⁵
m16_n	Leistungsfälle mit einer beendeten LTA-Maßnahme im gleichen Berichtsjahr	Anzahl der Anträge mit LTA-Ende + 6 Monate im Berichtsjahr	LTA-Ende (PV fehlt) + 6 Monate ¹⁵

¹⁵ Entsprechende weitere Felder in der Eingabemaske, die die Primärvariable um Datumsfelder ergänzen, werden benötigt.

Anhang 4: Übersicht aller Begleitdokumente zum Teilhabeverfahrensbericht

Nachfolgend sind alle Begleitdokumente zur Umsetzung des Teilhabeverfahrensberichts nach § 41 Abs. 1 SGB IX aufgeführt. Diese sind verfügbar unter www.teilhabeverfahrensbericht.de.

Dokumente vorwiegend für Personen, die sich <u>fachlich-inhaltlich</u> mit den Merkmalen des THVB beschäftigen und die erforderlichen <u>Daten ggf. manuell</u> erfassen		
Nr.	Name	Informationen über
Merkmalsdefinition	1)	Variablenbeschreibung <ul style="list-style-type: none"> ▪ trägerübergreifend festgelegte Auslegungen und einheitliche Definitionen der für den THVB relevanten Merkmale ▪ Berechnungsroutinen für die Erzeugung der Meldevariablen
	1a)	Übersicht Primärvariablen (Auszug aus der Variablenbeschreibung) <ul style="list-style-type: none"> ▪ alle für den THVB zu erfassenden Primärvariablen samt dazugehöriger Ausprägungen
	1b)	Variablenübersicht zum Meldedatensatz (Auszug aus der Variablenbeschreibung) <ul style="list-style-type: none"> ▪ alle für den THVB zu übermittelnden Meldevariablen ▪ Berechnungsroutinen für die Erstellung der Meldevariablen
	2)	Erfassungshinweise <ul style="list-style-type: none"> ▪ trägerübergreifend festgelegte Definitionen samt Hinweisen zur (manuellen) Datenerfassung (Befüllung einzelner Felder in einer Eingabemaske)

Dokumente vorwiegend für Personen, die eine <u>technische Struktur für die Datenerfassung und -meldung</u> zum THVB entwickeln und betreiben		
Nr.	Name	Informationen über
Technische Datenstruktur	3)	Plausibilisierungsroutinen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Regeln und Abhängigkeiten von Merkmalen (Variablen), die bei der Dateneingabe in eine Erfassungsmaske bereits hinterlegt werden können, um Fehleingaben zu vermeiden
	4)	Meldedatensatzbeschreibung <ul style="list-style-type: none"> ▪ trägerübergreifend festgelegte technische Struktur Anforderungen des Meldedatensatzes, insbesondere zum korrekten Aufbau und zu den verwendeten Datentypen ▪ Meldewege für die Datenübermittlung ▪ die Kennzeichnungen eines Meldedatensatzes
	5)	*.xsd-Datei <ul style="list-style-type: none"> ▪ das XML-Schema der Meldedatensatzbeschreibung zur Prüfung der Strukturvorgaben des Meldedatensatzes, insbesondere zum korrekten Aufbau und zu den verwendenden Datentypen
	6)	Plausibilisierungsregeln <ul style="list-style-type: none"> ▪ alle gültigen Plausibilisierungsregeln
	7)	THVB Beispielfälle <ul style="list-style-type: none"> ▪ einen fiktiven Datensatz für Testzwecke
	7a)	Erläuterungen zu den THVB-Beispielfällen <ul style="list-style-type: none"> ▪ den Aufbau der Beispielfälle ▪ Möglichkeiten und Limitationen der Nutzung der Beispielfälle

Dokumente vorwiegend für Personen, die die <u>Daten für den THVB melden</u>			
	Nr.	Name	Informationen über
Datenmeldung	8)	Checkliste zur Datenmeldung	<ul style="list-style-type: none"> alle Schritte, die es bei der jährlichen Datenübermittlung zu beachten gilt
	9)	Handbuch zur Datenübermittlung	<ul style="list-style-type: none"> die Datenübermittlung, insbesondere eine Anleitung zum Validierungsdialog und zur Entscheidungshilfe bei Fehlanzeige oder Nicht-Meldung
	10)	Übersetzung Fehlermeldungen	<ul style="list-style-type: none"> die häufigsten Fehlermeldungen, die beim Hochladen des Meldedatensatzes auftreten können, und ihre Bedeutung Handlungsoptionen zur Behebung der angezeigten Fehler

Dokumente vorwiegend für Personen, die das <u>Teilhabeverfahrensbericht-Erfassungstool (TET) nutzen</u>			
	Nr.	Name	Informationen über
TET	11)	TET-Benutzerhandbuch	<ul style="list-style-type: none"> die Erfassung der Daten mit TET Einstellungen und Systemvoraussetzungen
	12)	TET-Installationsanleitung	<ul style="list-style-type: none"> die Installation und zum Betrieb von TET Antworten auf häufig gestellte Fragen zu TET