

Teilhabeverfahrensbericht 2025

Berichtsjahr 2024



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales



Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR)

Solmsstraße 18 | 60486 Frankfurt/Main

Telefon: +49 69 605018-0

teilhabeverfahrensbericht@bar-frankfurt.de | www.bar-frankfurt.de

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

Frankfurt am Main, Dezember 2025

ISBN 978-3-943714-71-5

Internes Kennzeichen: 2424084, 2424082, 2324034, 2324032, 2224034, 2124034

Hinweis zur Zitierweise:

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR).

Teilhabeverfahrensbericht 2025. Broschürenfassung. Frankfurt/Main, Dezember 2025.

Anmerkung:

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

Verantwortlich bei der BAR:

Dr. Nadine Liebing, Dr. Stefan Schüring, Gülcen Miyanyedi.

Unter Mitwirkung von:

Dr. Stephanie Czedik, Kristin Schultes, Hans-Peter Weih, Ingo Wermes, Katja Hensel, Daniela Weisbecker.

Die BAR in Frankfurt

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

Teilhabeverfahrensbericht

2025

Vorwort

Der Teilhabeverfahrensbericht (THVB) gibt auch für das Jahr 2024 wieder Einblicke in das Leistungsgeschehen bei Rehabilitation und Teilhabe sowie in die Zusammenarbeit der beteiligten Trägerbereiche. Daten liegen von 1.005 Trägern vor. Ein neu konzipiertes Methodenkapitel im THVB beschreibt die Schritte von der Datenübermittlung bis zur Auswertung. Außerdem werden Informationen zur Datengrundlage für das Berichtsjahr 2024 in einem gesonderten Kapitel dargestellt. Der aufmerksamen Leserschaft fällt vielleicht auf, dass sich die Anzahl der Träger, die Daten für den THVB gemeldet haben, im Vergleich zum Vorjahr deutlich reduziert hat, obwohl die Meldequote mit 91,4 Prozent weiterhin auf einem hohen Niveau bleibt.

Ein genauerer Blick zeigt, dass in 2024 weniger Träger im Bereich der Sozialen Entschädigung berichtspflichtig sind. Mit der Einführung des Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch (SGB XIV) am 1. Januar 2024 ist die bisherige Trennung zwischen den Trägern der Kriegsopferfürsorge und der Kriegsopfersorgung zugunsten einer einheitlichen Trägergruppe der Sozialen Entschädigung aufgehoben worden. Dies führte zu Veränderungen in der Trägerstruktur. Nun stellt sich die Frage, wie viele Träger es im Sozialen Entschädigungsrecht seit dem 1. Januar 2024 in Deutschland gibt und wie sich diese auf die Bundesländer verteilen. Zur Beantwortung kann der THVB herangezogen werden. Die Anzahl der berichtspflichtigen Träger in diesem Bereich hat sich mit Inkrafttreten des SGB XIV von 256 auf 94 Träger im Berichtsjahr 2024 erheblich reduziert. Der Teilhabeverfahrensbericht stellt mit seinen Kennzahlen also nicht nur Transparenz bzgl. der Verfahrensabläufe von Rehabilitation und Teilhabe her. Vielmehr beleuchtet er auch die zugrundeliegenden Trägerstrukturen und bildet entsprechende Veränderungen ab.

Veränderungen betreffen nicht nur die meldenden Träger, auch der THVB selbst verändert sich. Im vorliegenden Bericht findet sich neben den Weiterleitungen bei vollständiger Unzuständigkeit nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX eine neue Kennzahl zu Weiterleitungen nach § 14 Abs. 3 SGB IX. Der zweitangegangene Rehabilitationsträger kann, sofern er für keine der beantragten Leistungen zuständig ist, einen bereits weitergeleiteten Antrag ausnahmsweise und im Einvernehmen ein zweites Mal weiterleiten. Dies soll eine schnelle Klärung der Leistungsverantwortung innerhalb der bereits in Gang gesetzten Frist nach § 14 Abs. 2 SGB IX ermöglichen. Das Instrument der sogenannten Turboklärung wird – wenn auch selten – in allen Trägerbereichen genutzt, wie der vorliegende THVB 2025 zeigt.

Des Weiteren ist die Leserschaft eingeladen, die Kennzahlen des THVB insgesamt zu betrachten – beispielsweise Bearbeitungsdauern und Überschreitungen der gesetzlichen Fristen. Neben den Anmerkungen der Träger selbst in den Infoboxen „Aus den Trägerbereichen“ geben die berichteten Fristüberschreitungen Hinweise darauf, an welcher Stelle es im Reha-Prozess zu Verzögerungen kommt. Trägerspezifische Auswertungen zeigen, dass in allen Bereichen viele Träger die Zuständigkeit nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX bei der überwiegenden Mehrheit der Anträge innerhalb von zwei Wochen klären können. Die Fristüberschreitungen nach § 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX und § 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX hingegen liegen in einigen Trägerbereichen deutlich höher. Anträge werden also später als drei Wochen nach Eingang bzw. zwei Wochen nach Vorlage des beauftragten Gutachtens entschieden.

Lohnenswert ist an dieser Stelle auch ein Blick auf die Leistungsantritte im Zusammenhang mit der Bearbeitungsdauer. Wird ein relevanter Teil der Leistungen schon vor dem Bewilligungsbescheid angetreten, müssen Leistungsberechtigte auf ihre Leistungen gar nicht so lange warten, wie es die Bewilligungsdauer vermuten lässt. Das ist insbesondere bei langen Bewilligungsdauern relevant. Die Zeitspanne vom Antragseingang bis

zum Erhalt bzw. Antritt der Leistung ist dann unter Umständen deutlich kürzer als die berichtete Bearbeitungs-dauer des Antrags. All diese Zusammenhänge erschließen sich nicht bei der isolierten Betrachtung von nur einer Kennzahl. Vielmehr sind die Kennzahlen des THVB im Zusammenspiel noch aussagekräftiger und geben Hinweise darauf, wie die Regelungen des Bundesteilhabegesetzes in den einzelnen Trägerbereichen umge-setzt werden.

Die für den THVB übermittelten Daten können in den steuerfinanzierten Trägerbereichen der Eingliederungs-hilfe, der öffentlichen Jugendhilfe und des Sozialen Entschädigungsrechts auch noch tiefgehender analysiert werden – bis hin zu den Landkreisen und kreisfreien Städten. Das Interesse an solchen detaillierteren Analy-sen nimmt weiterhin zu. So haben bereits neun Bundesländer regionale Auswertungen mit unterschiedlichem Umfang und für verschiedene Zwecke bei der BAR angefragt.

Wir sehen, dass der Teilhabeverfahrensbericht sich verändert – sei es in der Datengrundlage, in den Kennzah-len oder der Nutzung der von den Trägern übermittelten Angaben. Unser ausdrücklicher Dank gilt allen, die an der Erstellung des THVB mitwirken und all denen, die weiterdenken. Eine offene Herangehensweise ermöglicht einen Weitblick, um Rehabilitation und Teilhabe langfristig zu stärken.



Gülcen Miyanyedi
Die Geschäftsführerin der BAR

Frankfurt am Main, im Dezember 2025

Inhalt

Vorwort	4
Abkürzungsverzeichnis	8
Zusammenfassung	10
1 Hintergrund	20
1.1 Überblick über die beteiligten Rehabilitationsträger	20
1.2 Neuordnung der Trägerstrukturen in der Sozialen Entschädigung	23
1.3 Nutzen des THVB	25
2 Methoden	26
2.1 Datenübermittlung	27
2.2 Datenaufbereitung	29
2.2.1 Interne Validitätsprüfung	29
2.2.2 Geheimhaltungsverfahren	31
2.2.3 Fusionen bei Änderung der Trägerstrukturen	33
2.3 Auswertung	34
2.3.1 Berechnung der Kennzahlen	35
2.3.2 Darstellung der Ergebnisse	36
2.3.3 Jahresvergleiche und Zeitreihen	38
2.4 Beteiligung der Rehabilitationsträger	39
3 Datengrundlage	40
3.1 Datenmeldungen	43
3.2 Nicht-Meldungen	45
4 Ergebnisse	49
4.1 Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe	50
4.2 Weiterleitungen	58
4.2.1 Weiterleitungen wegen vollständiger Unzuständigkeit	58
4.2.2 Weiterleitungen bei Turboklärung	61
4.3 Fristen	63
4.3.1 Zuständigkeitsfeststellung (§ 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX)	63
4.3.2 Entscheidungen mit und ohne Gutachten	67
4.3.2.1 Dreiwochenfrist ohne Gutachten (§ 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX)	69
4.3.2.2 Zweiwochenfrist nach Vorliegen des Gutachtens (§ 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX)	73
4.4 Gutachtendauer	75

4.5 Bearbeitungsdauer	79
4.5.1 Bearbeitungsdauer bei Bewilligung	80
4.5.2 Bearbeitungsdauer bei Erledigung	83
4.6 Entscheidungsarten	85
4.7 Antrittslaufzeit	89
4.7.1 Positive Antrittslaufzeit nach Bewilligungsbescheid	91
4.7.2 Negative Antrittslaufzeit vor Bewilligungsbescheid	94
4.7.3 Antrittslaufzeit mit und ohne Teilhabeplanung	97
4.8 Trägerübergreifende Teilhabeplanungen und Teilhabeplankonferenzen	99
4.9 Anpassungen von Teilhabeplänen und deren Geltungsdauer	105
4.10 Erstattungsverfahren zwischen Trägern (§ 16 Abs. 2 SGB IX)	108
4.11 Trägerspezifisches Persönliches Budget	112
4.12 Trägerübergreifendes Persönliches Budget	117
4.13 Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer	122
4.14 Erstattung selbstbeschaffter Leistungen (§ 18 SGB IX)	126
4.15 Rechtsbehelfe	130
4.15.1 Widersprüche	131
4.15.2 Klagen	137
4.16 Integration in Arbeit	143
4.17 Förderung der Selbsthilfe	146
5 Aus den Trägerbereichen	149
5.1 Bundesagentur für Arbeit	150
5.2 Eingliederungshilfe	151
5.3 Jugendhilfe	152
5.4 Gesetzliche Unfallversicherung	153
6 Literatur	154
Abbildungsverzeichnis	156
Tabellenverzeichnis	158
Glossar	160

Abkürzungsverzeichnis

AA	Agenturen für Arbeit
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse(n)
ASMK	Arbeits- und Sozialministerkonferenz
BA	Bundesagentur für Arbeit
BAGÜS	Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V.
BKK	Betriebskrankenkasse(n)
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BTHG	Bundesteilhabegesetz
BVG	Bundesversorgungsgesetz
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DVG	Digitale-Versorgung-Gesetz
EGH	Trägerbereich Eingliederungshilfe
GKV	Trägerbereich gesetzliche Krankenversicherung
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IKK	Innungskrankenkasse(n)
JH	Trägerbereich öffentliche Jugendhilfe
KBS	Knappschaft Bahn See
KJSG	Gesetz zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen (Kinder- und Jugendstärkungsgesetz)
KOF	Kriegsopferfürsorge
KOV	Kriegsopfersversorgung
LAK	Landwirtschaftliche Alterskasse
LBG	Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft
LG-Antrag	Leistungsgruppen-Antrag
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkasse
LMR	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
LST	Leistungen zur sozialen Teilhabe

LTA	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
LTB	Leistungen zur Teilhabe an Bildung
OEG	Opferentschädigungsgesetz
PUB-ID	Public-ID
RV	Trägerbereich gesetzliche Rentenversicherung
SEG	Soldatenentschädigungsgesetz
SER	Trägerbereich Soziales Entschädigungsrecht
SGB	Sozialgesetzbuch
SVLFG	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
SVR	Sachverständigenrat
THP	Teilhabeplanung
THVB	Teilhabeverfahrensbericht
UN-BRK	Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen
UV	Trägerbereich gesetzliche Unfallversicherung
vdek	Verband der Ersatzkassen
WfbM	Werkstätten für behinderte Menschen
ZDG	Zivildienstgesetz

Zusammenfassung

Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 SGB IX sind Teil des gegliederten Sozialleistungssystems in Deutschland. Nach § 41 SGB IX sind sie dazu verpflichtet, Angaben zu Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe sowie den dazugehörigen Prozessen zu erfassen und an die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) zu übermitteln. Diese erstellt dazu jährlich den Teilhabeverfahrensbericht, der einen Einblick in das Reha-Leistungsgeschehen und die Zusammenarbeit der Träger gibt und somit Transparenz herstellt. Er eröffnet außerdem Möglichkeiten der Evaluation und Steuerung.

Der vorliegende Bericht umfasst die Datenmeldungen von 1.005 Trägern für das Berichtsjahr 2024. Das entspricht einer Meldequote von 91,4 Prozent. Mit dem Inkrafttreten des SGB XIV zum 1. Januar 2024 hat sich die Anzahl der Träger im Bereich der Sozialen Entschädigung mehr als halbiert. Somit fällt auch die Anzahl der berichtspflichtigen Träger insgesamt für 2024 mit 1.099 erstmals niedriger aus als im Vorjahr.

Neben den Kennzahlen für das Berichtsjahr 2024 werden Entwicklungen im Reha-Geschehen in Jahresvergleichen dargestellt. Zudem wird beschrieben, wie sich die Fristüberschreitungen sowie Dauern bzw. Antrittslaufzeiten der einzelnen Träger verteilen. Erstmals wird im Teilhabeverfahrensbericht auch eine Kennzahl zu Weiterleitungen nach § 14 Abs. 3 SGB IX (Turboklärung) berichtet.

Der nachfolgende Überblick zeigt eine Zusammenfassung der Ergebnisse des vorliegenden Berichts gegliedert nach 16 Bereichen in Anlehnung an § 41 SGB IX.

1

Anzahl gestellter Anträge

3,2 Mio. Anträge

Für den Teilhabeverfahrensbericht werden Neuanträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe erfasst. Weiterbewilligungen i. S. v. Weiterleistungen werden nur dann berücksichtigt, wenn diese Anträge Leistungen aus einer neuen Leistungsgruppe nach § 5 SGB IX beinhalten.

Im Jahr 2024 wurden mit insgesamt 3,2 Mio. Anträgen ähnlich viele Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe gestellt wie im Vorjahr. Die Entwicklung der Antragszahlen verläuft jedoch unterschiedlich in den einzelnen Trägerbereichen.

Über die Hälfte der Anträge gingen bei der gesetzlichen Rentenversicherung ein, gefolgt von der gesetzlichen Krankenversicherung mit knapp einem Drittel aller Anträge.

Insgesamt entfielen mit 79,8 Prozent die meisten Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wobei sich die Verteilung der beantragten Leistungsgruppen zwischen den Trägerbereichen unterscheidet.

Siehe [Kapitel 4.1](#), ab Seite 50.

2

Weiterleitungen

7,4 % Weiterleitungen

Im Jahr 2024 wurden insgesamt 7,4 Prozent aller Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX weitergeleitet, weil der erstangegangene Rehabilitationsträger für keine der beantragten Leistungen zuständig war.

In den einzelnen Trägerbereichen liegt der Anteil der Weiterleitungen jeweils (zum Teil deutlich) unter fünf Prozent – außer bei der gesetzlichen Rentenversicherung mit 10,1 Prozent und der Bundesagentur für Arbeit mit 22,4 Prozent.

Der Anteil der Weiterleitungen wegen vollständiger Unzuständigkeit hat sich im Vergleich zum Vorjahr insgesamt kaum verändert. Ein Blick in die Trägerbereiche zeigt jedoch einen Rückgang von 2023 auf 2024 bei der Bundesagentur für Arbeit.

0,1 % Turboklärungen

Ist auch der zweitangegangene Rehabilitationsträger für einen an ihn weitergeleiteten Antrag insgesamt nicht zuständig, kann er diesen Antrag nach § 14 Abs. 3 SGB IX ausnahmsweise und im Einvernehmen ein zweites Mal weiterleiten. Die Möglichkeit dieser „Turboklärung“ wurde in allen Trägerbereichen – wenn auch mit insgesamt 0,1 Prozent selten – genutzt.

Siehe [Kapitel 4.2](#), ab Seite 58.

3

Fristen

Zuständigkeitsfeststellung: 15,3 % Fristüberschreitungen

Im Jahr 2024 stellten die Rehabilitationsträger insgesamt bei 15,3 Prozent aller Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe nicht innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang die Zuständigkeit fest, wobei die Anteile von 0,0 Prozent bei der gesetzlichen Unfallversicherung bis hin zu 33,1 Prozent bei der Eingliederungshilfe reichen.

Insgesamt ist der Anteil der Überschreitungen der Zwewochenfrist nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX im Vergleich zum Vorjahr um 2,4 Prozentpunkte zurückgegangen. In den einzelnen Trägerbereichen zeigen sich jedoch unterschiedliche Entwicklungen. Während der Anteil der Fristüberschreitungen in der Eingliederungshilfe um 6,1 Prozentpunkte zugenommen hat, ging er bei der gesetzlichen Rentenversicherung um 4,6 Prozentpunkte zurück.

Entscheidungen

Im Jahr 2024 wurden 90,8 Prozent der Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ohne ein vom Rehabilitationsträger in Auftrag gegebenes Gutachten zur Bedarfssfeststellung entschieden. Nur knapp jede zehnte Entscheidung erfolgte also mit einem Gutachten nach den Regelungen des § 17 SGB IX.

Ohne Gutachten: 23,4 % Fristüberschreitungen

Wurde kein Gutachten zur Bedarfssfeststellung beauftragt, ist die Drewochenfrist nach § 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX bei 23,4 Prozent aller Entscheidungen ohne Gutachten überschritten worden. Der Anteil der Fristüberschreitungen reicht in 2024 von 8,1 Prozent bei der Bundesagentur für Arbeit bis hin zu 77,5 Prozent in der öffentlichen Jugendhilfe.

Insgesamt ist der Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen ohne Gutachten im Vergleich zum Vorjahr um 2,3 Prozentpunkte zurückgegangen. In den einzelnen Trägerbereichen zeigen sich jedoch unterschiedliche Entwicklungen. Während die gesetzliche Rentenversicherung einen Rückgang um 4,2 Prozentpunkte verzeichnet, ist der Anteil der Fristüberschreitungen bei der Eingliederungshilfe und im Bereich des Sozialen Entschädigungsrechts um 9,2 bzw. 4,3 Prozentpunkte angestiegen.

Mit Gutachten: 41,7 % Fristüberschreitungen

Bei der Beauftragung eines Gutachtens zur Bedarfssfeststellung liegt der Anteil der Überschreitungen der Zwewochenfrist nach Vorlage des Gutachtens insgesamt bei 41,7 Prozent. Der Anteil der Fristüberschreitungen nach § 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX reicht in 2024 von 9,7 Prozent bei der Bundesagentur für Arbeit bis hin zu 72,9 Prozent in der öffentlichen Jugendhilfe.

Siehe [Kapitel 4.3](#), ab Seite 63.

4

Gutachtendauer

13,2 Tage bis zur Vorlage eines Gutachtens

Wird für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten eines Sachverständigen benötigt, kann der leistende Rehabilitationsträger ein solches nach den Regelungen des § 17 SGB IX beauftragen.

In 2024 betrug die Dauer zur Erstellung eines Gutachtens insgesamt 13,2 Tage. In der Eingliederungshilfe wartete man mit durchschnittlich 57,8 Tagen am längsten auf ein Gutachten.

Während sich in den meisten Trägerbereichen die durchschnittliche Gutachtendauer nicht oder kaum verändert hat, dauerte die Erstellung eines Gutachtens für den Bereich des Sozialen Entschädigungsrechts 13,4 Tage länger als im Vorjahr. Bei der gesetzlichen Rentenversicherung hingegen hat sich die durchschnittliche Gutachtendauer um 11,7 Tage reduziert.

Siehe [Kapitel 4.4](#), ab Seite 75.

5

Bearbeitungsdauern

24,3 Tage Bewilligungsdauer

Im Jahr 2024 betrug die Dauer vom Antragseingang beim leistenden Rehabilitationsträger bis zu dessen vollständiger oder teilweiser Bewilligung durchschnittlich 24,3 Tage. Die Bewilligungsdauer reicht von 10,7 Tagen bei der Bundesagentur für Arbeit bis hin zu 133,4 Tagen in der öffentlichen Jugendhilfe.

Im Jahresvergleich hat sich die durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei der Bewilligung eines Antrags im Gesamtwert kaum verändert. Sie ist aber bei der Eingliederungshilfe, der öffentlichen Jugendhilfe und im Bereich des Sozialen Entschädigungsrechts von 2023 auf 2024 jeweils um mehr als sechs Tage angestiegen.

40,6 Tage Erledigungsdauer

Unter die Erledigung eines Antrags fallen vollständige Ablehnungen und sonstige Erledigungen (z. B. Antrag zurückgezogen, antragstellende Person verstorben).

Im Jahr 2024 betrug die Dauer vom Antragseingang beim leistenden Rehabilitationsträger bis zu dessen Erledigung durchschnittlich 40,6 Tage. Die Erledigungsdauer reicht von 33,5 Tagen bei der gesetzlichen Rentenversicherung bis hin zu 170,8 Tagen in der öffentlichen Jugendhilfe.

In allen Trägerbereichen benötigte die Bewilligung im Durchschnitt mehr Zeit als die Erledigung von Anträgen.

Siehe [Kapitel 4.5](#), ab Seite 79.

6

Entscheidungsarten

83,7 % Bewilligung

In 2024 wurde wie auch im Vorjahr die überwiegende Mehrheit aller Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe vollständig oder teilweise bewilligt.

Vollständige Ablehnungen kamen in allen Trägerbereichen vergleichsweise selten vor – am häufigsten bei der gesetzlichen Rentenversicherung mit 15,8 Prozent sowie der gesetzlichen Krankenversicherung mit 11,1 Prozent.

Siehe [Kapitel 4.6](#), ab Seite 85.

7

Antrittslaufzeit

64,3 Tage nach Bescheid

Insgesamt wurden Leistungen durchschnittlich 64,3 Tage nach Vorliegen des Bewilligungsbescheides erbracht bzw. angetreten. Die Antrittslaufzeiten variieren stark zwischen den Trägerbereichen mit 22,1 Tagen im Bereich des Sozialen Entschädigungsrechts bis hin zu 102,5 Tagen bei der Bundesagentur für Arbeit.

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Antrittslaufzeit nach Vorliegen des Bewilligungsbescheides insgesamt um 8,2 Tage verlängert. Ein deutlicher Rückgang zeigt sich lediglich im Bereich des Sozialen Entschädigungsrechts.

62,2 Tage vor Bescheid

In allen Trägerbereichen außer der Bundesagentur für Arbeit und der gesetzlichen Rentenversicherung wurden Leistungen auch vor dem Bewilligungsbescheid angetreten. In diesem Fall erfolgte ein Leistungsantritt im Durchschnitt 62,2 Tage vor dem Bescheid.

Am häufigsten wurden Leistungen in den Trägerbereichen der Eingliederungshilfe und der öffentlichen Jugendhilfe vor dem Bewilligungsbescheid angetreten – nämlich bei 54,4 Prozent bzw. 44,5 Prozent aller Anträge, bei denen ein Leistungsantritt erfolgte.

Deutlich früher als im Vorjahr wurden Leistungen in 2024 bei Leistungsantritt vor dem Bescheid durch die gesetzliche Unfallversicherung und den Bereich des Sozialen Entschädigungsrechts erbracht.

Siehe [Kapitel 4.7](#), ab Seite 89.

8

Trägerübergreifende Zusammenarbeit

13.146 trägerübergreifende Teilhabeplanungen

Eine trägerübergreifende Teilhabeplanung muss nach § 19 SGB IX durchgeführt werden, wenn mehrere Träger für die Leistungserbringung zuständig sind.

Im Jahr 2024 wurde insgesamt bei 0,4 Prozent aller entschiedenen Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eine trägerübergreifende Teilhabeplanung durchgeführt.

Während die einzelnen Trägerbereiche hier jeweils (zum Teil deutlich) unter zwei Prozent liegen, hat die Bundesagentur für Arbeit bei 7,6 Prozent der entschiedenen Anträge eine trägerübergreifende Teilhabeplanung als leistender Träger durchgeführt. Das entspricht einem Anstieg zum Vorjahr von einem Prozentpunkt. Insgesamt hat sich der Anteil der trägerübergreifenden Teilhabeplanungen jedoch nicht verändert.

1.187 Teilhabeplankonferenzen

In bestimmten Fällen und mit Zustimmung der Leistungsberechtigten kann nach § 20 SGB IX eine Teilhabeplankonferenz durchgeführt werden.

Im Jahr 2024 wurde eine Teilhabeplankonferenz in den einzelnen Trägerbereichen jeweils bei weniger als 0,4 Prozent aller Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe durchgeführt. Lediglich in der öffentlichen Jugendhilfe lag dieser Anteil mit 1,1 Prozent höher. Der Anteil der Teilhabeplankonferenzen hat sich insgesamt im Vergleich zum Vorjahr nicht verändert.

Siehe [Kapitel 4.8](#), ab Seite 99.

9

Teilhabepläne und deren Geltungsdauer

48.294 Teilhabepläne mit Anpassung

Zur Erreichung der Ziele einer Teilhabeplanung kann es erforderlich sein, einen Teilhabeplan anzupassen. Im Jahr 2024 wurde bei 48.294 Teilhabeplänen mindestens eine Anpassung vorgenommen.

Die durchschnittliche Geltungsdauer eines Teilhabeplanes belief sich dabei auf 439,5 Tage.

Siehe [Kapitel 4.9](#), ab Seite 105.

10

Erstattungsverfahren zwischen Trägern

11

Trägerspezifische Persönliche Budgets

2.004 Erstattungsverfahren

Wenn ein leistender Träger kostenwirksam für einen anderen Träger entscheidet, kann er unter bestimmten Voraussetzungen einen Erstattungsanspruch geltend machen.

Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Anzahl aller Erstattungsverfahren nach § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB IX in 2024 um 6,1 Prozent an, wobei die Entwicklung in den einzelnen Trägerbereichen unterschiedlich verläuft.

Siehe [Kapitel 4.10](#), ab Seite 108.

5.238 beantragt

4.583 bewilligt

Werden Leistungen als Persönliches Budget von einem Träger erbracht, handelt es sich um ein trägerspezifisches Persönliches Budget.

Wie auch im Vorjahr wurde in 2024 insgesamt bei 0,2 Prozent aller entschiedenen Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ein trägerspezifisches Persönliches Budget beantragt und bei 0,1 Prozent bewilligt.

Während die einzelnen Trägerbereiche hier jeweils (zum Teil deutlich) unter 1,5 Prozent liegen, wurde in der gesetzlichen Unfallversicherung bei 2,7 Prozent der entschiedenen Anträge ein trägerspezifisches Persönliches Budget beantragt bzw. bewilligt.

Siehe [Kapitel 4.11](#), ab Seite 112.

12

Trägerübergreifende Persönliche Budgets

402 beantragt

294 bewilligt

Werden Leistungen als Persönliches Budget von mehreren Trägern erbracht, handelt es sich um ein trägerübergreifendes Persönliches Budget.

Im Jahr 2024 wurde ein trägerübergreifendes Persönliches Budget in den einzelnen Trägerbereichen jeweils bei nicht mehr als 0,1 Prozent aller Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe beantragt bzw. bewilligt. Dieser Anteil hat sich insgesamt im Vergleich zum Vorjahr nicht verändert.

Siehe [Kapitel 4.12](#), ab Seite 117.

13

Lange Verfahrensdauer

3.059 Mitteilungen

Wenn über einen Antrag nicht innerhalb von zwei Monaten entschieden werden kann, muss der leistende Träger den Leistungsberechtigten nach § 18 Abs. 1 SGB IX die Gründe hierfür schriftlich mitteilen.

Im Jahr 2024 wurde bei 0,1 Prozent aller Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe mindestens eine Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer versendet. Dieser Anteil reicht von 0 bis 1,0 Prozent für die einzelnen Trägerbereiche.

Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Anzahl der Mitteilungen in 2024 um 14,5 Prozent an, wobei die Entwicklung in den einzelnen Trägerbereichen unterschiedlich verläuft.

Siehe [Kapitel 4.13](#), ab Seite 122.

14

Erstattungsansprüche

86,7 % Erstattung

Beschaffen sich Leistungsberechtigte eine als genehmigt geltende Leistung selbst, ist der leistende Rehabilitationsträger nach § 18 SGB IX zur Erstattung der Leistung verpflichtet.

Im Jahr 2024 wurden insgesamt 234 Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen entschieden. Mit 86,7 Prozent wurde die überwiegende Mehrheit bewilligt.

Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der Erstattungsanträge in 2024 insgesamt um 4,1 Prozent angestiegen.

Siehe [Kapitel 4.14](#), ab Seite 126.

15

Widersprüche und Klagen

51,9 % erfolgreiche Widersprüche

Im Jahr 2024 wurden insgesamt 142.539 Widersprüche entschieden. Mit 51,9 Prozent war über die Hälfte erfolgreich für die Leistungsberechtigten, wobei sich dieser Anteil zwischen den einzelnen Trägerbereichen unterscheidet. Er reicht von 16,5 Prozent bei der gesetzlichen Unfallversicherung bis hin zu 60,0 Prozent bei der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Anzahl der entschiedenen Widersprüche ist im Vergleich zum Vorjahr um 13,0 Prozent angestiegen. Der Anteil erfolgreicher Widersprüche für die Leistungsberechtigten ist von 2023 auf 2024 insgesamt um 1,3 Prozentpunkte leicht gesunken, wobei die Entwicklung unterschiedlich in den einzelnen Trägerbereichen verläuft.

25,6 % Klagen stattgegeben

Im Jahr 2024 wurden insgesamt 4.727 Klagen entschieden. Mit 25,6 Prozent war über ein Viertel erfolgreich für die Leistungsberechtigten, wobei sich dieser Anteil zwischen den einzelnen Trägerbereichen unterscheidet. Er reicht von 20,9 Prozent bei der gesetzlichen Krankenversicherung bis hin zu 46,2 Prozent in der öffentlichen Jugendhilfe.

Die Anzahl der entschiedenen Klagen ist im Vergleich zum Vorjahr um 6,6 Prozent angestiegen. Der Anteil erfolgreicher Klagen für die Leistungsberechtigten ist von 2023 auf 2024 insgesamt um 1,4 Prozentpunkte leicht gesunken, wobei auch hier die Entwicklung unterschiedlich in den einzelnen Trägerbereichen verläuft.

Siehe [Kapitel 4.15](#), ab Seite 130.

16

Integration in Arbeit

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) zielen darauf ab, die Erwerbsfähigkeit zu fördern und damit möglichst eine dauerhafte Teilhabe am Arbeitsleben zu erreichen.

Von der Bundesagentur für Arbeit wurden 66.787, von der gesetzlichen Rentenversicherung 69.177 und von der gesetzlichen Unfallversicherung 4.836 sozialversicherungspflichtige Beschäftigungen sechs Monate nach Ende der LTA-Maßnahme gemeldet.

Siehe [Kapitel 4.16](#), ab Seite 143.

1 Hintergrund

Im Dezember 2016 erfolgte mit der Verabschiedung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) die bislang umfangreichste Reform im Recht der Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit Behinderungen (vgl. Tabbara, 2021). Bestehende Vorschriften im Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) wurden weiterentwickelt oder neu gefasst, so wie § 41 SGB IX mit dem Teilhabeverfahrensbericht (THVB).

Alle Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 SGB IX sind gesetzlich verpflichtet, Daten zu Verfahrensabläufen im Reha-Prozess sowie zur Art und Höhe der Selbsthilfeförderung zu erheben.

Dafür wurde im Vorfeld mit allen Rehabilitationsträgern ein einheitliches Datenerhebungsverfahren erarbeitet. Dazu gehört die trägerübergreifende Vereinbarung auf einheitliche Variablendefinitionen sowie eine einheitliche Datenerfassung. Die Daten werden an die BAR übermittelt und dort unter Beteiligung der Rehabilitationsträger ausgewertet.

Der erste Teilhabeverfahrensbericht wurde Ende 2019 veröffentlicht. Er wird seitdem jährlich fortgeführt und weiterentwickelt. Im aktuellen THVB 2025 werden die Daten für das Berichtsjahr 2024 dargestellt.

1.1 Überblick über die beteiligten Rehabilitationsträger

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

1. die gesetzlichen Krankenkassen (GKV)
2. die Bundesagentur für Arbeit (BA)¹
3. die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (UV)
4. die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (RV)
5. die Träger der Sozialen Entschädigung (SER)² und der Träger der Soldatenentschädigung³
6. die Träger der öffentlichen Jugendhilfe (JH)
7. die Träger der Eingliederungshilfe (EGH)

¹ Die BA ist aufgrund ihrer Organisationsstruktur keinem Trägerbereich zugeordnet und agiert als solitäre Rehabilitationsträgerin.

² Mit Inkrafttreten des SGB XIV zum 1. Januar 2024 wurde die bisherige Trennung zwischen den Trägern der Kriegspfversorgung (KOV) und der Kriegsopferfürsorge (KOF) aufgehoben. Stattdessen gibt es einen einheitlichen Träger der Sozialen Entschädigung (SER).

³ Zum 1. Januar 2025 ist das Soldatenentschädigungsgesetz (SEG) in Kraft getreten. Die Rehabilitationsträger in § 6 Abs. 1 Nr. 5 SGB IX werden ergänzt um „[...] de[n] Träger der Soldatenentschädigung [...].“ Somit besteht für die Bundeswehr ab dem Berichtsjahr 2025 im nächsten THVB auch eine gesetzliche Meldepflicht.

1.1 Überblick über die beteiligten Rehabilitationsträger

Gleichwohl ist nicht jeder Rehabilitationsträger für jede Teilhabeleistung originär zuständig (vgl. [Tabelle 1](#)).

Für den THVB werden folgende Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe (nach § 5 SGB IX) erfasst⁴:

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

Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen werden für den THVB nicht berücksichtigt (vgl. § 41 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX).

Welcher Rehabilitationsträger wann für welche Leistung zuständig ist, richtet sich einerseits nach der individuellen persönlichen Situation der Betroffenen und andererseits nach den (versicherungs-)rechtlichen Leistungs voraussetzungen der Rehabilitationsträger, die in den verschiedenen Leistungsgesetzen geregelt sind (vgl. Stähler & Schian, 2018).

Diese Leistungsgesetze sind insbesondere⁵:

- SGB II: Grundsicherung für Arbeitssuchende
- SGB III: Arbeitslosenversicherung und Arbeitsförderung
- SGB V: Gesetzliche Krankenversicherung
- SGB VI: Gesetzliche Rentenversicherung
- SGB VII: Gesetzliche Unfallversicherung
- SGB VIII: Kinder- und Jugendhilfe⁶
- SGB IX, Teil 2: Eingliederungshilfe
- SGB XI: Soziale Pflegeversicherung

4 Die §§ 42 bis 84 SGB IX konkretisieren die Reha- und Teilhabeleistungen für die jeweiligen Leistungsgruppen. Hierbei gilt zu beachten, dass die darin aufgelisteten Leistungsbeschreibungen nicht gänzlich abschließend sind (vgl. Schaumberg, 2020a).

5 Anders als die aufgeführten Leistungsgesetze regeln SGB II und SGB XI keine Rehabilitationsleistungen, sie enthalten aber jeweils eng mit der Rehabilitation zusammenhängende Regelungen (vgl. Stähler & Schian, 2018).

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

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

Rehabilita-tionsträger	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (LMR)	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)	Unterhalts-sichernde u.a. ergänzende Leistungen	Leistungen zur Teilhabe an Bildung (LTB)	Leistungen zur sozialen Teilhabe (LST)
BA		✓	✓		
EGH	✓	✓		✓	✓
GKV	✓		✓		
JH	✓	✓		✓	✓
RV	✓	✓	✓		
SER	✓	✓	✓	✓	✓
SVLFG (LAK)	✓		✓		
UV	✓	✓	✓	✓	✓

Quelle: BAR e. V. 2021

Aus [Tabelle 1](#) wird ersichtlich, dass verschiedene Rehabilitationsträger für dieselben Leistungsgruppen zuständig sein können. Die durchaus komplexen Träger- und Zuständigkeitsstrukturen sollen nicht dazu führen, dass Betroffene lange auf eine Anspruchsklärung warten oder sich selbst erschließen müssen, welcher Rehabilitationsträger für ihr Leistungsbegehr zuständig ist.

Daher hat der Gesetzgeber in Teil 1 Kapitel 4 SGB IX (§§ 14 bis 24 SGB IX) einheitliche Koordinierungs- und Verfahrensabläufe bestimmt. Diese gelten für alle Rehabilitationsträger und sind vorrangig und grundsätzlich abschließend vor den Leistungsgesetzen der Rehabilitationsträger anzuwenden. Von ihnen kann also auch durch Landesrecht nicht abgewichen werden (§ 7 Abs. 2 Satz 2 SGB IX).

Auch die im THVB aufgegriffenen Sachverhalte beziehen sich überwiegend auf die Regelungen in Teil 1 Kapitel 4 SGB IX (§§ 14 bis 24 SGB IX). Die Daten aus dem THVB liefern nicht zuletzt Antworten auf die Fragen, ob und wie die (gesetzlich) vorgegebenen Koordinierungs- und Verfahrensabläufe in der (Reha-)Praxis Anwendung finden.

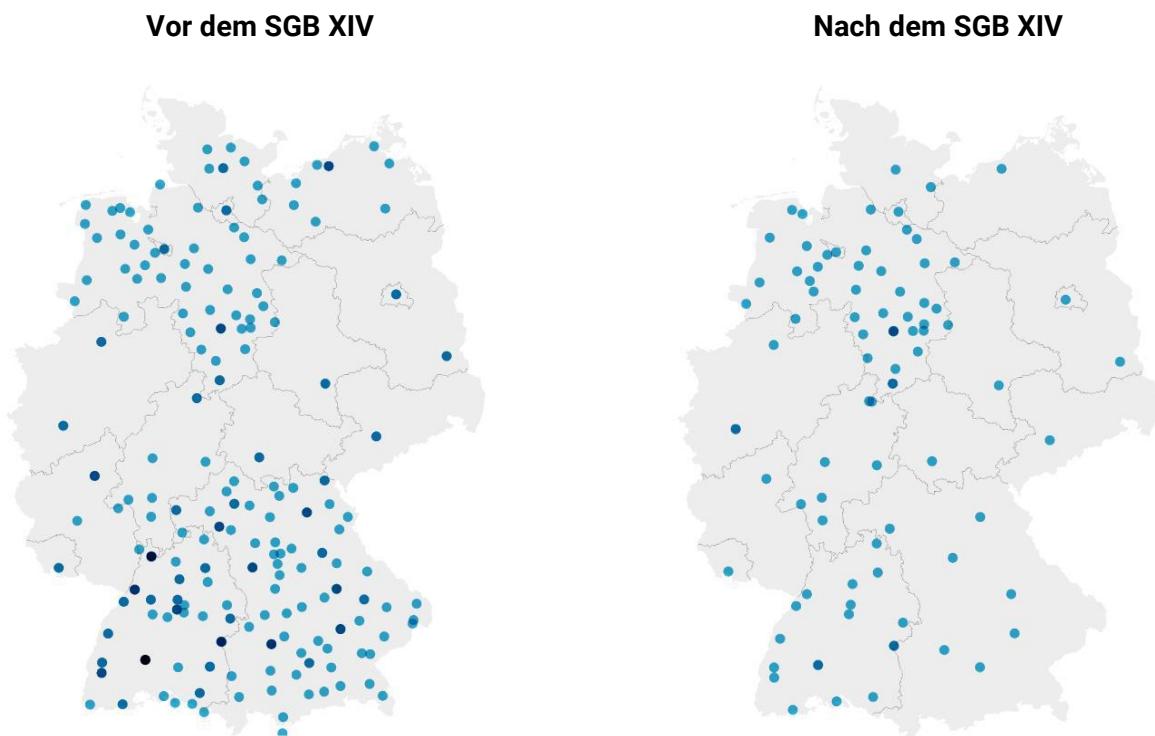
1.2 Neuordnung der Trägerstrukturen in der Sozialen Entschädigung

Zum 1. Januar 2024 ist das neue Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch (SGB XIV) in Kraft getreten und hat das Bundesversorgungsgesetz (BVG) mit seinen Nebengesetzen, wie u. a. dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Zivildienstgesetz (ZDG) und dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), abgelöst (vgl. Tabbara, 2020). Mit dem Inkrafttreten des SGB XIV wurde der Teilhabegedanke deutlich gestärkt, indem Teilhabeleistungen grundsätzlich nicht mehr vom Bezug sonstiger Entschädigungsleistungen abhängig sind und ohne Bedarfsprüfung (Einkommen und Vermögen) erbracht werden. Daraus folgt eine erhebliche Besserstellung gegenüber dem BVG, da Teilhabeleistungen nicht mehr Teil der Fürsorge sind und einkommensunabhängig erbracht werden (vgl. Knickrehm et al., 2021). Die gesetzlichen Neuregelungen durch das SGB XIV haben Auswirkungen auf die Zuständigkeiten der Reha-Träger im Bereich der Sozialen Entschädigung (SER) für Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe.

Das Soziale Entschädigungsrecht basierte bis 31. Dezember 2023 weitestgehend auf dem im Jahr 1950 für die Versorgung der Kriegsgeschädigten beider Weltkriege, ihrer Angehörigen und Hinterbliebenen geschaffenen BVG (vgl. Busse, 2021). Als Rehabilitationsträger waren gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 5 SGB IX die Träger der Kriegsopferfürsorge (KOF) und der Kriegsopfersversorgung (KOV) für die Bearbeitung von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe zuständig. Die bisherige Trennung zwischen den Trägern der KOF und der KOV wurde mit Einführung des SGB XIV zugunsten einer einheitlichen Trägergruppe der Sozialen Entschädigung aufgehoben. Die Unterscheidung zwischen den Fürsorgeleistungen und den Versorgungsleistungen entfällt mit dem neuen sozialen Entschädigungsrecht. Damit fungieren die Träger der Sozialen Entschädigung als Rehabilitationsträger gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 5 SGB IX.

Die Neuregelungen des SGB XIV wirken sich wesentlich auf die Trägerstruktur im Bereich des SER aus. [Abbildung 1](#) zeigt eine Übersicht der für den Teilhabeverfahrensbericht berichtspflichtigen SER-Träger für die Jahre 2023 und 2024 im Vergleich (vor und nach der Einführung des SGB XIV). Mit der Einführung des SGB XIV hat sich die Anzahl der berichtspflichtigen Träger im Sozialen Entschädigungsrecht in den Bundesländern erheblich reduziert: von 256 Trägern vor dem Inkrafttreten des SGB XIV auf 93 Träger im Berichtsjahr 2024.

Abbildung 1. Veränderungen der Trägerstruktur im Bereich des SER



Mit der Einführung des SGB XIV wurden die Zuständigkeiten im Bereich der Sozialen Entschädigung in den Bundesländern neu geordnet. Viele kommunale Fürsorgestellen wurden aufgelöst, wodurch sich die Anzahl der zuständigen Träger stark verringert hat. In den meisten Ländern liegt die Verantwortung nun bei zentralen Landesbehörden, während nur wenige Bundesländer dezentrale Strukturen beibehalten haben. Einen ausführlichen Bericht zu dieser Thematik bietet Czedik et al. (2025).

Zum 1. Januar 2025 ist zudem das neue Soldatenentschädigungsgesetz (SEG) in Kraft getreten, das die Versorgungsleistungen für wehrdienstbeschädigte Soldatinnen und Soldaten neu regelt. Mit dem neuen SEG wird § 6 Abs. 1 Nr. 5 SGB IX ergänzt um „[...] de[n] Träger der Soldatenentschädigung [...]\”. Zu den Trägern der Sozialen Entschädigung gehört seit 1. Januar 2025 also auch die Bundeswehr, für die somit ab dem Berichtsjahr 2025 im nächsten THVB auch eine gesetzliche Meldepflicht besteht. Die Bundeswehr meldet bereits seit mehreren Jahren Daten für den Teilhabeverfahrensbericht auf freiwilliger Basis.

1.3 Nutzen des THVB

Die Ergebnisse des Teilhabeverfahrensberichts liefern umfassende und trägerübergreifend vergleichbare Daten von über 1.000 Rehabilitationsträgern und gewähren wertvolle Einblicke in das Reha-Leistungsgeschehen. Mit dem THVB können die Anwendung der geltenden Verfahrensvorschriften und die Zusammenarbeit der Träger nachvollzogen werden. Dies ermöglicht eine Einschätzung des Fortschritts bei der Umsetzung des BTHG.

Aus Sicht des Gesetzgebers soll mit dem THVB mehr Transparenz im trägerübergreifenden Reha- und Teilhabesystem hergestellt werden. Die Ergebnisse aus dem Bericht sollen außerdem neue Ansätze zur Evaluation und Steuerung schaffen (Deutscher Bundestag, 2016, 226 ff.). Darüber hinaus ermöglicht der THVB, die in der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) geforderte Weiterentwicklung des Leistungsgeschehens auf der Grundlage von aussagekräftigen Daten zu beschreiben und damit auch zu bewerten (Beyer, 2019).

Die Möglichkeit, das Leistungsgeschehen anhand aussagekräftiger Daten zu bewerten, wird durch die Erfassung neuer Kennzahlen weiter ausgebaut. So wurden für das Berichtsjahr 2024 erstmals Weiterleitungen im Rahmen einer Turboklärung nach § 14 Abs. 3 SGB IX erfasst.⁷ Diese Neuerung erlaubt eine differenziertere Betrachtung der Antragsbewegungen zwischen den verschiedenen Trägerbereichen und liefert Erkenntnisse über den Verlauf der Antragsbearbeitung.

Die im Rahmen des THVB erhobenen Daten bieten aufgrund der vielfältigen Auswertungsmöglichkeiten verschiedene Nutzungspotenziale. Die Datenauswertungen auf Bundesebene unterscheiden sich sowohl in ihrer Zielgruppe als auch in der Reichweite ihrer Aussagekraft von den Auswertungen auf Landesebene. In den steuerfinanzierten Trägerbereichen ermöglichen die Daten aus dem THVB spezifische Analysen für die einzelnen Bundesländer, bis hin zu den Landkreisen und kreisfreien Städten. Auf dieser Ebene beispielsweise unterstützen die Kennzahlen des THVB die Rehabilitationsträger dabei, die Verfahrensvorschriften des SGB IX in die Praxis zu übertragen, indem sie Ansätze für eine Steuerung aufzeigen. Bereits heute nutzen oberste Landesbehörden die Kennzahlen aus dem THVB zur Evaluation und im Benchmarking (Schüring, 2023).

Die Kennzahlen des THVB schaffen Transparenz bzgl. der Abläufe im Rehabilitations- und Teilhabesystem und ermöglichen Rückschlüsse auf die praktische Umsetzung gesetzlicher Vorgaben. Mit den Erkenntnissen aus dem THVB können politische Akteure gezielt Handlungsbedarfe identifizieren und die Steuerung des Leistungsgeschehens fundiert und zielgerichtet gestalten (Czedik & Liebing, 2025).⁸ Zusammen mit den Rehabilitationsträgern arbeitet die BAR kontinuierlich an der Weiterentwicklung dieser Kennzahlen, um ihre Aussagekraft in Bezug auf das Leistungsgeschehen stetig zu erweitern.

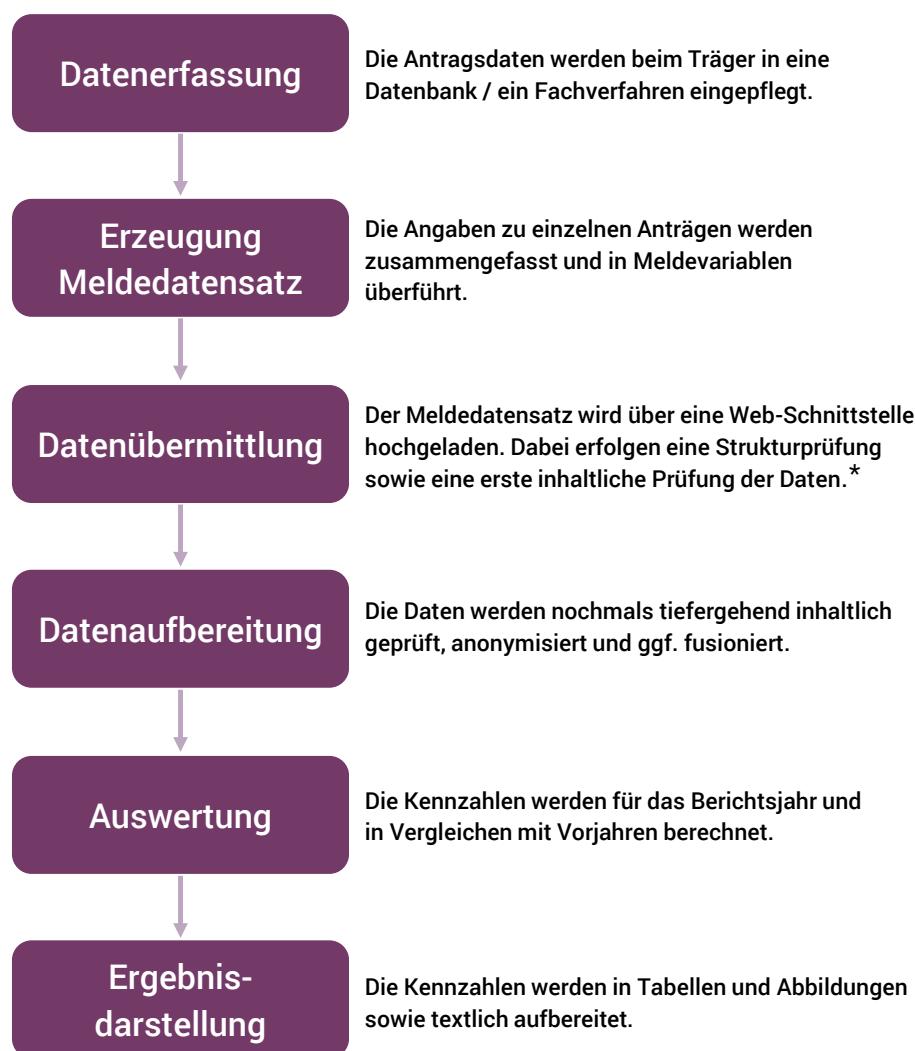
⁷ Ein zweitangegangener Rehabilitationsträger kann, sofern er für keine der vom Antrag umfassten Leistungen zuständig ist, einen bereits an ihn weitergeleiteten Antrag ausnahmsweise und einvernehmlich ein weiteres Mal weiterleiten. Dies soll eine schnelle Klärung der Leistungsverantwortung innerhalb der bereits in Gang gesetzten Frist nach § 14 Abs. 2 SGB IX ermöglichen (vgl. [Erfassungshinweise THVB](#), Version 6.2; [GE Reha-Prozess](#), 2019).

⁸ Landesspezifische Auswertungen sind nicht im THVB enthalten, da die dafür benötigten Daten bis auf die Ebene der einzelnen Träger aufgeschlüsselt werden, während im THVB hauptsächlich Daten aggregiert für die Trägerbereiche dargestellt sind.

2 Methoden

In diesem Kapitel werden die methodischen Grundlagen des Teilhabeverfahrensberichts (THVB) erläutert. Ziel ist es, die Vorgehensweise bei der Übermittlung, Aufbereitung und Auswertung der Daten transparent und nachvollziehbar zu beschreiben. In **Abbildung 2** sind die verschiedenen Schritte von der Erfassung der Daten bis hin zur Aufbereitung der Ergebnisse veranschaulicht.

Abbildung 2. Methodische Schritte im THVB



* Wenn bei einem Rehabilitationsträger im Berichtsjahr keine Leistungen beantragt oder entschieden wurden und auch keine für den THVB relevanten Ereignisse stattgefunden haben, wird kein Datensatz übermittelt, sondern über die Web-Schnittstelle eine Fehlanzeige gemeldet.

2.1 Datenübermittlung

Der **Erfassungszeitraum** für den THVB umfasst stets ein Kalenderjahr von Januar bis Dezember. Damit alle für das Jahr relevanten Daten berücksichtigt werden können, ist nach Ablauf des Erfassungszeitraums eine mindestens zweimonatige Wartezeit vorgesehen.⁹ Im Frühjahr des Folgejahres werden die Daten an die BAR übermittelt.

Der jeweilige Spitzenverband oder die Träger selbst melden ihre Daten über eine Web-Schnittstelle an die BAR. Die Übermittlung erfolgt pseudonymisiert mittels einer **Träger-ID**. Eine solche elfstellige Ziffernfolge wurde an jeden berichtspflichtigen Träger vergeben.

Zur **Sicherstellung einheitlicher und vergleichbarer Daten** wurde mit allen Trägern ein gemeinsames Erhebungs- und Übermittlungsverfahren vereinbart, das standardisierte Variablendefinitionen, einheitliche Datenerfassungsregeln und einen abgestimmten Übermittlungsweg umfasst.

Die Übermittlung erfolgt über eine Web-Schnittstelle, bei der der hochgeladene **Meldedatensatz** automatisch geprüft wird – sowohl hinsichtlich seiner Struktur¹⁰ als auch im Rahmen einer ersten inhaltlichen Plausibilitätsprüfung. Diese basiert auf Regeln, die sich logisch aus den 16 Sachverhalten des THVB ableiten. So darf etwa die Anzahl bewilligter Anträge nicht höher sein als die Anzahl der Entscheidungen insgesamt.

Bei unplausiblen Angaben erhält der Träger im sogenannten **Validierungsdialog** einen konkreten Hinweis darauf, welche Angaben im Fachverfahren zu prüfen oder zu ergänzen sind. Der Träger kann dann entweder einen neuen, korrigierten Meldedatensatz übermitteln oder die Hinweise als gelesen markieren bzw. Rückfragen direkt im Dialog beantworten und den bestehenden Datensatz übermitteln. Nach der Annahme des Datensatzes folgt eine vertiefte inhaltliche Prüfung, in der sowohl einzelne Werte als auch Zusammenhänge zwischen Meldevariablen anhand definierter Plausibilitätsregeln geprüft werden (vgl. [Kapitel 2.2.1](#)).

Wenn bei einem Rehabilitationsträger keine Leistungen beantragt oder entschieden wurden und auch keine für den THVB relevanten Ereignisse stattgefunden haben, die in einer Erfassung von mindestens einem der 16 Sachverhalte für den THVB hätten berücksichtigt werden müssen, ist eine **Fehlanzeige** über die Web-Schnittstelle zu melden.¹¹

9 In Anlehnung an Bundesagentur für Arbeit (2025). Kennzahlen nach § 48a SGB II: Übergreifende methodische Hinweise. Version 4.5. <https://www.sgb2.info/DE/Service/Kennzahlen/Materialien-Downloads/materialien-downloads.html>.

10 Auf der Website der BAR ist eine Übersicht mit den häufigsten Fehlermeldungen im Rahmen der Strukturprüfung veröffentlicht. Darin ist auch aufgeführt, was die Träger unternehmen können, um den Fehler zu beheben. Siehe https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/THVB/THVB_Uebersetzung_Fehlermeldungen_XSD.pdf (letzter Zugriff am 05.12.2025).

11 Bei einer Fehlanzeige gehen die Meldevariablen, die eine Anzahl abbilden, mit dem Wert 0 in die Datenauswertung ein. Eine Ausnahme bilden die Meldevariablen zur Anzahl der Fristüberschreitungen ([Kapitel 4.3](#)), der bewilligten und abgelehnten Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen ([Kapitel 4.14](#)) sowie der erfolgreichen Widersprüche und Klagen ([Kapitel 4.15](#)), die bei Fehlanzeigen als fehlender Wert kodiert werden. Meldevariablen, die eine Dauer oder Antrittslaufzeit abbilden werden bei Fehlanzeigen ebenfalls als fehlender Wert kodiert.

2. Methoden

Hat ein Rehabilitationsträger weder einen Meldedatensatz noch eine Fehlanzeige übermittelt, obwohl bei ihm Angaben zu mindestens einem der Sachverhalte nach § 41 Abs. 1 Nr. 1-16 SGB IX vorliegen, wird für das jeweilige Berichtsjahr eine **Nicht-Meldung** registriert. In diesem Fall hat es ein Träger versäumt, seiner gesetzlichen Berichtspflicht nachzukommen.

Die BAR-Geschäftsstelle hat zum Ende der Meldefrist für das Berichtsjahr 2024 die Träger, die bis dato noch keine Meldung vorgenommen und auch keine Nicht-Meldung angekündigt hatten, kontaktiert und bei Bedarf individuell unterstützt.

2.2 Datenaufbereitung

Nachdem der Meldedatensatz final übermittelt wurde, erfolgt eine weitere Pseudonymisierung anhand der Public-ID (PUB-ID). Diese lässt mit einer Abkürzung für den jeweiligen Trägerbereich und einer fortlaufenden Nummer lediglich Rückschlüsse auf den Trägerbereich zu. Sie ist für die Träger seit dem Berichtsjahr 2019 über alle folgenden Jahre gleichgeblieben. Hinter einer PUB-ID verbirgt sich also immer derselbe Träger, so dass eine Darstellung von Jahresvergleichen und Zeitreihen möglich ist.

Dieses Kapitel beantwortet folgende Fragen:

- Wie wird die Plausibilität der final übermittelten Daten gewährleistet?
- Wie wird der Datenschutz umgesetzt?
- Wie wird mit veränderten Trägerstrukturen umgegangen?

2.2.1 Interne Validitätsprüfung

Nach der Annahme des Meldedatensatzes erfolgt eine zweite, detailliertere inhaltliche Prüfung der übermittelten Daten. Dabei werden anhand von Plausibilisierungsregeln sowohl Werte für einzelne Meldevariablen als auch Beziehungen zwischen Meldevariablen geprüft.

Beispielsweise können nicht mehr Fristen bei der Zuständigkeitsfeststellung überschritten worden sein, als überhaupt Zuständigkeitsfeststellungen durchgeführt worden sind. Die angewendeten Plausibilisierungsregeln ergeben sich logisch aus den Inhalten der 16 Sachverhalte des THVB und lassen sich in vier Kategorien gliedern, die im Folgenden sowie im [Anhang](#) beschrieben werden:

Vorzeichen

Die Meldevariablen müssen per Definition größer oder gleich 0 sein. Im Berichtsjahr 2024 wurden drei Gutachtendauern mit einem negativen Wert übermittelt.

Eine Ausnahme stellen die negativen Antrittslaufzeiten vor dem Bewilligungsbescheid dar, die per Definition kleiner 0 sein müssen ([Kapitel 4.7.2](#)). Diese können daher auch nicht mit dem Wert 0 angegeben werden. Für die negativen Antrittslaufzeiten sind von einigen Trägern außerdem positive Werte übermittelt worden. Hier wurde im Zuge der Validierung ein negatives Vorzeichen ergänzt. Das traf für das Berichtsjahr 2024 auf 6,2 Prozent aller negativen Antrittslaufzeiten zu.

Abhängigkeit bei Nullwert und fehlendem Wert

Einige Meldevariablen sind in ihrer Ausprägung inhaltlich abhängig von anderen Meldevariablen. Sind beispielsweise keine Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen gemeldet worden (Wert von 0 oder fehlender Wert), ist eine Aussage dazu, wie viele davon bewilligt oder abgelehnt wurden (m14a bzw. m14b), irreführend. Gleichermaßen gilt für Zuständigkeitsfeststellungen bzw. Bedarfsermittlungen und die entsprechenden

Fristüberschreitungen (m3a, m3b, m3b_lg, m3c, m3c_lg) sowie für Widersprüche bzw. Klagen und deren Ausgang (m15a1, m15b1).

Ferner können Gutachtendauern (m4a) beispielsweise nicht berechnet werden, wenn keine Gutachten gemeldet worden sind (Wert von 0 oder fehlender Wert). Gleiches gilt für Bearbeitungsdauern (m5a, m5a_lg, m5b, m5b_lg) und Bewilligungen bzw. Erledigungen, Geltungsdauern von Teilhabeplänen (m9b) und Geltungsdauern, die im Berichtsjahr endeten, sowie Antrittslaufzeiten (m7a, m7a1, m7a2, m7b, m7b1, m7b2) und entsprechende Leistungsantritte.

Dauern und Antrittslaufzeiten

Um Unregelmäßigkeiten bei der Erfassung der Meldedaten für Dauern und Antrittslaufzeiten auszuschließen, wurden durchschnittliche Gutachten- und Bearbeitungsdauern größer als 365 Tage sowie Antrittslaufzeiten größer bzw. kleiner als 365 Tage und Geltungsdauern von Teilhabeplänen größer als 750 Tage von der Auswertung ausgeschlossen. Das traf auf 1,3 Prozent aller Dauern und Antrittslaufzeiten zu.

Teilmenge inklusive Summen sowie Leistungsgruppen- versus Gesamtantrag

Weitere Regeln zur Validierung beziehen sich auf das Verhältnis zweier oder mehrerer Meldevariablen zueinander. Einige Meldevariablen stellen Teilmengen anderer Meldevariablen dar, müssen also kleiner oder gleich sein. Existiert eine Meldevariable sowohl bezüglich des Gesamtantrags als auch bezüglich der Leistungsgruppen, können diese beiden Ebenen ins Verhältnis gesetzt werden.

Die entsprechenden Plausibilisierungsregeln sind im [Anhang](#) beschrieben. Hier wurde eine Toleranz von 2 Prozent festgelegt. Das heißt, bei einer Abweichung von kleiner als 2 Prozent werden Werte zugelassen.

Insgesamt wurden im vorliegenden THVB 7,0 Prozent der übermittelten Werte aller Träger von der Auswertung ausgeschlossen, weil sie nicht plausibel waren.

Außerdem wurden aufgrund von Unregelmäßigkeiten bei der Erfassung die übermittelten Werte jeweils zweier Träger der JH und der EGH komplett von der Auswertung ausgeschlossen.

2.2.2 Geheimhaltungsverfahren

Für den THVB werden keine personenbezogenen, sondern anonyme und bereits aggregierte Antragsdaten übermittelt. Dennoch kann es im Einzelfall bei kleinen Fallzahlen dazu kommen, dass grundsätzlich zurückverfolgbar ist, auf wen sich eine einzelne Information bezieht. Um den Schutz der Daten volumnfassend zu gewährleisten, wurde deshalb eine **stochastische Überlagerung** als Geheimhaltungsverfahren umgesetzt.¹²

Unter einer stochastischen Überlagerung versteht man das zufällige Hinzufügen eines positiven oder negativen Wertes zum Originalwert einer Variablen. Der Originalwert wird also durch einen anderen Wert überlagert. In diesem Fall kann der Originalwert durch die Leserschaft nicht rekonstruiert werden. Durch die Unsicherheit, welcher der Werte ein Originalwert und welcher ein überlagerter Wert ist und mit welchem Wert der Originalwert ggf. überlagert wurde, ist er nicht mehr zurückverfolgbar und somit anonymisiert.

Für die Anwendung des Geheimhaltungsverfahrens wurden zunächst Modellannahmen definiert, die in Form einer Übergangsmatrix veranschaulicht werden können (siehe [Abbildung 3](#)). Die Werte in der Übergangsmatrix geben die Wahrscheinlichkeit an, dass ein Originalwert in einen überlagerten Wert „übergeht“. Jedem Originalwert wird also eine Wahrscheinlichkeit zugeordnet, mit der er überlagert wird.

Abbildung 3. Übergangsmatrix für das Berichtsjahr 2024

		Finaler Wert				
		0	1	2	3	4
Originaler Wert	0	1	0	0	0	0
	1	0	0,800	0,180	0,020	0
	2	0	0,351	0,500	0,129	0,020
	3	0	0,020	0,311	0,500	0,169
	4	0	0	0,020	0,180	0,800

Die Werte in den grau markierten Zellen geben die Wahrscheinlichkeit an, dass der Originalwert überlagert wird. Sie addieren sich je Zeile zu 1 bzw. 100 Prozent auf.

→ **Lesebeispiel 1:**

Ein Originalwert von 0 wird mit 100-prozentiger Wahrscheinlichkeit beim Wert 0 bleiben (finaler Wert).

→ **Lesebeispiel 2:**

Ein Originalwert von 2 wird mit 35,1-prozentiger Wahrscheinlichkeit zum finalen Wert 1 überlagert.

12 Für einen Katalog von Entscheidungskriterien für die Auswahl eines Geheimhaltungsverfahrens siehe Statistisches Bundesamt (2018).

Die stochastische Überlagerung wurde angewendet bei

- Originalwerten von 1 bis 4 für 57 Meldevariablen.
Jeder Wert der entsprechenden Meldevariable konnte mit einem Zufallswert von höchstens minus zwei (-2) bis plus zwei (+2) überlagert werden.
Die Überlagerungen über alle Werte aller Variablen gleichen sich aus. Sie ergeben in der Summe 0.

Nicht überlagert wurden

- Werte größer oder gleich 5. Diese können auch nicht das Ergebnis einer Überlagerung sein.
- Originalwerte von 0. Diese können auch nicht das Ergebnis einer Überlagerung sein.
- Werte für Meldevariablen, die eine Dauer oder Antrittslaufzeit abbilden. Aus diesen Informationen kann grundsätzlich kein Bezug zu einer einzelnen Person hergestellt werden. Dies betrifft die Gutachten-, Bearbeitungs- und Geltungsdauern sowie die Antrittslaufzeiten. Sie werden immer mit den Originalwerten angegeben. Somit bleiben 24 Meldevariablen unverändert.
- Werte zur Anzahl der Träger, von denen Angaben vorliegen oder die für eine Meldevariable den Wert 0 übermittelt haben.

Nach Anwendung des Geheimhaltungsverfahrens ist ein Datensatz entstanden, der sich aus unveränderten Originalwerten sowie überlagerten Werten zusammensetzt und Grundlage der statistischen Analysen im THVB ist.

Umgang mit unplausiblen Werten

Falls durch eine stochastische Überlagerung unplausible Werte bei Differenzen oder Anteilen entstehen sollten (z. B. falls der Anteil der Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung für einen einzelnen Träger über 100 Prozent liegen würde), werden die für die Berechnung benötigten Werte dieses Trägers nicht überlagert und somit der Originalwert für die Datenanalyse verwendet.¹³ Im THVB existieren insgesamt 22 Anteile oder Differenzen, die nach der stochastischen Überlagerung unplausibel werden könnten. Diese werden im **Anhang** aufgezeigt.

13 Eine Ausnahme stellt der Anteil m13 / m13_f bei Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer dar (siehe [Anhang](#)).

2.2.3 Fusionen bei Änderung der Trägerstrukturen

Im Rahmen des THVB wird berücksichtigt, dass es zu Fusionen zwischen Trägern eines Trägerbereichs kommen kann. Dies betrifft beispielsweise Fälle, in denen ein Träger in einen anderen übergeht oder sich die örtliche Zuständigkeit ändert. Durch das Inkrafttreten des SGB XIV haben sich im Bereich des Sozialen Entschädigungsrechts (SER) Änderungen der Trägerstrukturen ergeben (siehe [Kapitel 1.2](#)), die bei der Darstellung der Ergebnisse im THVB berücksichtigt sind. Auch in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kommt es regelmäßig zu Fusionen von Krankenkassen.

Im Falle einer Trägerfusion meldete im Berichtsjahr 2024 nur noch der aufnehmende Träger. Für die Vorjahre 2023, 2022 und 2021 liegen Daten vom in 2024 aufnehmenden Träger und von den aufgenommenen Trägern vor. In den Jahresvergleichen und Zeitreihen wurden beide Seiten berücksichtigt, also sowohl die aufgenommenen als auch der aufnehmende Träger, vorausgesetzt von allen beteiligten Trägern liegen Daten zur jeweiligen Meldevariable vor.

Im Berichtsjahr 2024 erfolgten die meisten Fusionen im Bereich der Sozialen Entschädigung. Um die Vollständigkeit der Daten in diesem Trägerbereich bestmöglich sicherzustellen, wurde in Fällen ausbleibender Meldungen im Bereich des SER eine Fehlanzeige angenommen – vorausgesetzt, der betreffende Träger hatte in allen vorangegangenen Berichtsjahren ausschließlich Fehlanzeigen übermittelt.

Außerdem wurde ein überörtlicher Träger im Bereich des SER zum 1. Januar 2024 aufgelöst. Für Anträge, die ab 2024 gestellt wurden, sind die entsprechenden örtlichen Träger zuständig. Für das Berichtsjahr 2024 liegen folglich von diesem ehemaligen überörtlichen Träger keine Daten vor, wohl aber für die Vorjahre. Eine Fusionierung wie oben beschrieben ist in diesem Fall nicht möglich. Abweichend vom im THVB üblichen Verfahren wurde der ehemalige überörtliche Träger in den Analysen zu Jahresvergleichen und Zeitreihen berücksichtigt, um die Vollständigkeit der Daten im Bereich der Sozialen Entschädigung zu gewährleisten.

Bei den Darstellungen zu Jahresvergleichen und Zeitreihen in [Kapitel 4](#) bezieht sich die Anzahl der Träger in der Datengrundlage auf den Gebietsstand 2024. Das heißt, die Anzahl der einbezogenen Träger richtet sich nach der vorliegenden Trägerstruktur im Berichtsjahr 2024.

2.3 Auswertung

Die Daten für den THVB werden von den Rehabilitationsträgern in aggregierter Form gemeldet und durch die BAR ausgewertet.

Dieses Kapitel beantwortet folgende Fragen:

- Welche Arten von Kennzahlen werden verwendet und wie werden sie berechnet?
- Wie werden die Ergebnisse dargestellt?
- Wie werden Entwicklungen über die Zeit abgebildet?

Um sowohl einen Überblick als auch detaillierte Einblicke zu ermöglichen, werden die gemeldeten Daten auf unterschiedlichen Ebenen ausgewertet:

1. **Auf Systemebene** werden Daten in einer Gesamtanschau aller Trägerbereiche dargestellt. Diese Analyse findet sich in den Tabellen und Abbildungen unter „Gesamt“.
2. **Auf Ebene des jeweiligen Trägerbereichs** werden die Daten der einzelnen Träger des jeweiligen Trägerbereichs aggregiert dargestellt.
 - Die Daten der SVLFG sind für die LAK unter dem Trägerbereich RV; für die LBG unter dem Trägerbereich UV und für die LKK unter dem Trägerbereich GKV dargestellt.
 - Die Daten der Bundeswehr sind unter dem Trägerbereich SER dargestellt.
 - Die BA ist aufgrund ihrer Organisationsstruktur keinem Trägerbereich zugeordnet und agiert als solitäre Rehabilitationsträgerin.
3. **Auf Ebene eines einzelnen Trägers** erfolgt eine trägerspezifische Darstellung. Anhand der PUB-ID sind nur Rückschlüsse auf den Trägerbereich möglich.
4. Im **Bereich EGH** werden die Ergebnisse in Abhängigkeit von der Zuständigkeitsstruktur (örtlich, überörtlich) in den Bundesländern ausgewiesen. Die Kennzahlen werden im Fließtext des **Kapitels 4** berichtet. Im **Anhang** werden die Ergebnisse ausführlicher in tabellarischer Form dargestellt.

Zur Auswertung der Daten wurden sowohl die Analyse- und Statistiksoftware Statistical Package for the Social Sciences (IBM Corp, Version 27.0) als auch die Software R (R Core Team, 2020) genutzt.

2.3.1 Berechnung der Kennzahlen

Im THVB werden verschiedene Arten von Kennzahlen unterschieden. Diese dienen dazu, die übermittelten Daten differenziert auszuwerten und aussagekräftige Vergleiche zu ermöglichen. Je nach Datenlage und Auswertungsziel werden unterschiedliche Berechnungsarten angewendet:

Absolute Anzahl

- Es wird gezählt, wie oft ein bestimmtes Ereignis oder Merkmal gemeldet wurde. Anzahlen können pro Träger, aufgeteilt nach Trägerbereichen oder insgesamt dargestellt werden.
- Beispiel: Anzahl der Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe.

Anteile in Prozent

- Hier wird gezeigt, wie groß ein bestimmter Anteil im Vergleich zu einem Gesamtwert ist. Das ist hilfreich, um zu sehen, wie häufig ein Merkmal im Verhältnis zu einer Gesamtmenge vorkommt.¹⁴
- Beispiel: Anteil der Fristüberschreitungen an allen Zuständigkeitsfeststellungen.

Durchschnittliche Dauer bzw. Antrittslaufzeit

- Für bestimmte Verfahrensschritte im Reha-Prozess wird berechnet, wie viele Tage im Durchschnitt zwischen dem Beginn und dem Abschluss eines Vorgangs liegen. Dabei wird die Gesamtdauer aller gemeldeten Fälle aufsummiert und durch die Anzahl der jeweiligen Vorgänge geteilt.
- Beispiel: Wie lange dauerte es im Durchschnitt, bis ein Gutachten vorlag?

Eine detaillierte Übersicht zur Berechnung von Anteilen und Verteilungen findet sich im [Anhang](#).

Wird eine Kennzahl über einen Quotienten berechnet, wie bei Anteilen oder Dauern bzw. Antrittslaufzeiten, ergibt sich die Datengrundlage aus den Trägern, von denen für alle relevanten Meldevariablen jeweils gültige Werte vorliegen und bei denen die Meldevariable im Nenner eine Ausprägung größer 0 hat. Es liegen jedoch nicht von allen Trägern Daten für jede Meldevariable vor. Daher kann die jeweilige Datengrundlage für die absolute Anzahl einer Meldevariable von der Datengrundlage für die mittels eines Quotienten berechnete Kennzahl abweichen.

Bei der Darstellung für die einzelnen Trägerbereiche oder „Gesamt“ werden die jeweilige Anzahl für die Meldevariable im Zähler und die Meldevariable im Nenner separat berechnet, indem die übermittelten Werte für die entsprechende Meldevariable aufsummiert werden. Anschließend wird der jeweilige Quotient für einen Anteil oder eine Dauer bzw. Antrittslaufzeit gebildet. Auf diese Weise gehen die einzelnen Werte der betrachteten Meldevariablen mit demselben Gewicht in den Durchschnitt ein, unabhängig von der Größe des Trägers, der gemeldet hat. In den Anteil der Fristüberschreitungen für einen Trägerbereich bspw. ist jeder Antrag gleich gewichtet eingegangen – egal, ob er bei einem Träger mit 10 oder mit 1.000 Anträgen entschieden wurde.

14 Bei der Darstellung von Verteilungen werden Werte unter 4,0 Prozent nicht beschriftet, um eine Übersichtlichkeit zu gewährleisten.

Entscheidungsarten

Die Kennzahlen zu Entscheidungsarten werden in [Kapitel 4.6](#) sowie im [Anhang](#) berichtet.

- Die Anzahl der vollständig abgelehnten Anträge wird mit der Meldevariable m6a gemeldet.
- Die Anzahl der Anträge, die nicht vollständig, also teilweise bewilligt wurden, geht aus der Meldevariable m6b hervor.
- Die Anzahl der Anträge, die vollständig bewilligt wurden, ergibt sich aus der Differenz von bewilligten Anträgen (vollständig oder teilweise) minus nicht vollständig, also teilweise bewilligten Anträgen. Diese Kennzahl wird also mit m5a_n – m6b berechnet.
- Die Anzahl der Anträge, die sonstig erledigt wurden, ergibt sich aus der Differenz von abgelehnten oder in der Kategorie „Sonstige Erledigung“ erfassten Anträgen minus vollständig abgelehnten Anträgen. Diese Kennzahl wird also mit m5a_n – m6b berechnet.

2.3.2 Darstellung der Ergebnisse

Im THVB werden Kennzahlen in der Regel aggregiert pro Trägerbereich sowie als Gesamtwert über alle meldenden Träger in [Kapitel 4](#) berichtet (zur Berechnung der Kennzahlen siehe [Kapitel 2.3.1](#)).

Bei ausgewählten Sachverhalten werden auch Verteilungen von Kennzahlen dargestellt. Um aufzuzeigen, wie sich die Träger innerhalb eines Trägerbereichs unterscheiden, werden diese zunächst für jeden Träger einzeln berechnet und nach der Ausprägung der jeweiligen Kennzahl aufsteigend sortiert. Auf diese Weise können weitere Lagemaße im Bericht dargestellt werden (vgl. Weiß, 2013).

1. Quartil

- Ein Viertel der Werte ist kleiner oder gleich diesem Wert.
- Beispiel: Das 1. Quartil der durchschnittlichen Gutachtendauer liegt bei 8,1 Tagen. Das bedeutet, dass ein beauftragtes Gutachten bei einem Viertel aller meldenden Träger nach spätestens 8,1 Tagen vorlag.

Median

- Der Median teilt die geordneten Werten in zwei Hälften.
- Beispiel: Der Median der durchschnittlichen Gutachtendauer liegt bei 27,3 Tagen. Das bedeutet, dass ein beauftragtes Gutachten bei der Hälfte aller Träger nach spätestens 27,3 Tagen vorlag. Bei der anderen Hälfte der Träger vergingen 27,3 oder mehr Tage, bis ein beauftragtes Gutachten vorlag.

3. Quartil

- Ein Viertel der Werte ist größer oder gleich diesem Wert.
- Beispiel: Das 3. Quartil der durchschnittlichen Gutachtendauer liegt bei 56,5 Tagen. Das bedeutet, dass ein beauftragtes Gutachten bei einem Viertel aller meldenden Träger nach 56,5 Tagen oder später vorlag.

2.3 Auswertung

Als Maß für die Streuung einer Kennzahl innerhalb eines Trägerbereichs kann der **Interquartilsabstand** herangezogen werden. Dabei handelt es sich um den Abstand zwischen dem 1. und dem 3. Quartil. In diesem Intervall liegen die mittleren 50 Prozent aller Werte einer Kennzahl. Ist in einem Trägerbereich A der Abstand zwischen dem 1. und dem 3. Quartil größer als in einem anderen Trägerbereich B, unterscheiden sich die Träger des Trägerbereichs A mehr untereinander als die Träger des Trägerbereichs B.

Die Fristüberschreitungen in [Kapitel 4.3](#) werden außerdem als **Punktwolke** abgebildet. Dafür wird der Anteil der Fristüberschreitungen für jeden Träger einzeln berechnet. Die Anteile der Fristüberschreitungen werden nach Trägerbereich gruppiert und jeweils in einer gedachten Säule von 0 Prozent bis 100 Prozent mit einem Punkt für jeden Träger dargestellt (vgl. [Abbildung 13](#)). Damit alle Träger abgebildet werden können, werden gleiche Werte nebeneinander dargestellt, sodass die Punktwolke ggf. breiter wird. Bei sehr vielen Trägern mit demselben Wert werden die Punkte zusätzlich überlagert, die Punkte sind dadurch dunkler gefärbt.

Des Weiteren wird in [Kapitel 4.1](#) die niedrigste (**Minimum**) und die höchste (**Maximum**) Anzahl an Anträgen auf Rehabilitation und Teilhabe ausgewiesen.

Ergänzend wird bei der Darstellung der absoluten Anzahl einer Meldevariable in der Regel auch berichtet, wie viele Träger den **Wert 0 für diese Meldevariable** übermittelt haben (siehe Spalte „Träger ohne...“).

- Fiktives Beispiel: Es wurden 13.000 trägerübergreifende Teilhabeplanungen berichtet. Dazu liegen Daten von 1.000 Trägern vor. Davon haben 700 Träger angegeben, dass bei ihnen keine trägerübergreifenden Teilhabeplanungen durchgeführt wurden. Die im Beispiel gemeldeten 13.000 Teilhabeplanungen verteilen sich also auf 300 Träger. Trägerübergreifende Teilhabeplanungen wurden nur bei 30 Prozent (300 von 1.000) der meldenden Träger durchgeführt.

Meldevariablen, zu denen kein Wert vorliegt, weil keine Werte übermittelt wurden oder Werte im Zuge der Validitätsprüfung bereinigt werden mussten (jeweils fehlender Wert), werden mit „keine Angabe“ (k. A.) dargestellt. Diese Darstellung wird auch genutzt, wenn beispielsweise eine Meldevariable aus zwei weiteren Meldevariablen errechnet wird und zu einer dieser Meldevariablen (oder auch zu beiden) kein Wert vorliegt.

2.3.3 Jahresvergleiche und Zeitreihen

In der Regel werden Jahresvergleiche zwischen dem aktuellen und dem Vorjahr angestellt. Eine Ausnahme bildet die Anzahl der Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe in [Kapitel 4.1](#), bei der die Entwicklung über vier Berichtsjahre hinweg gezeigt wird.

Besonderheiten bei der Betrachtung mehrerer Berichtsjahre ergeben sich einerseits durch das Meldeverhalten der Träger, die zum Teil nicht in allen Berichtsjahren Daten für den THVB übermittelt haben. Insbesondere absolute Anzahlen können von einer veränderten Anzahl der meldenden Träger beeinflusst werden. Meldet zum Beispiel ein Träger mit vielen Anträgen im aktuellen Berichtsjahr und hatte dieser Träger es versäumt, im Vorjahr einen Datensatz zu übermittelt, kann durch diesen Umstand die berichtete Anzahl der Anträge steigen, ohne dass es hier eine tatsächliche Veränderung gegeben hat. Andererseits können Anteile oder Dauern nicht für alle Berichtsjahre berechnet werden, weil ein Merkmal in einem Jahr gar nicht vorkam – wenn beispielsweise bei einem Träger in einem Berichtsjahr gar keine Anträge entschieden wurden, im anderen Jahr aber schon.

Für einen Jahresvergleich werden daher nur die Daten der Träger berücksichtigt, von denen Angaben für die betrachtete(n) Meldevariable(n) sowohl für das Berichtsjahr 2023 als auch für das Berichtsjahr 2024 vorliegen bzw. bei denen die entsprechende Kennzahl für beide Berichtsjahre berechnet werden kann. Für die Zeitreihe zur Anzahl der Anträge wurden nur die Daten der Träger berücksichtigt, bei denen dies für alle vier betrachteten Berichtsjahre der Fall ist.

Bei Fusionen zweier oder mehrerer Träger (siehe [Kapitel 2.2.3](#)) werden sowohl die jeweils aufgenommenen als auch die aufnehmenden Träger berücksichtigt, wenn von allen beteiligten Trägern Daten zur jeweiligen Meldevariable vorliegen. Jahresvergleiche und Zeitreihen im vorliegenden THVB werden mit dem Gebietsstand 2024 dargestellt. Das heißt, die Anzahl der Träger in der Datengrundlage bezieht sich auf die im Berichtsjahr 2024 vorliegende Trägerstruktur.

2.4 Beteiligung der Rehabilitationsträger

In § 41 Abs. 2 Satz 2 SGB IX sieht der Gesetzgeber vor, dass die Auswertung der Angaben zum THVB durch die BAR unter Beteiligung der Rehabilitationsträger erfolgt. Dies geschieht seit 2020 über den Beirat Teilhabeverfahrensbericht.

Im Beirat sind alle Rehabilitationsträger, die Daten für den THVB übermitteln, durch benannte Vertreter bzw. Vertreterinnen aus den jeweiligen Spitzenverbänden, Bundesarbeitsgemeinschaften und obersten Landesbehörden repräsentiert. Auch aus dem Kreis der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) wurden Vertreter für den Beirat benannt. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und der Sachverständigenrat Partizipation der BAR (SVR Partizipation) entsenden jeweils einen Vertreter bzw. eine Vertreterin mit Gaststatus in beratender Funktion. Diese sind zwar keine Rehabilitationsträger, gleichwohl nehmen sie eine wichtige Rolle bei der Erstellung des THVB ein: Das BMAS vertritt den Gesetzgeber als Auftraggeber des THVB; der SVR Partizipation vertritt die Sichtweise der Menschen mit Behinderung.

Im Zuge des Beteiligungsverfahrens fasst die BAR die bis dahin noch vorläufigen Ergebnisse zu den 16 Sachverhalten aus § 41 Abs. 1 Nr. 1-16 SGB IX sowie zur Förderung der Selbsthilfe für das jeweilige Berichtsjahr in einem Beteiligungsbericht zusammen. Damit erhalten die Beiratsmitglieder vor der Veröffentlichung des Berichts einen Einblick in die Datenauswertung sowie eine Vorschau auf die Ergebnisse und deren Darstellung.

Auf Basis des Beteiligungsberichts erhalten alle Beiratsmitglieder die Möglichkeit, Hinweise und Erläuterungen zu den übermittelten Daten ihres Trägerbereichs zu geben. Diese sollen dazu dienen, der Leserschaft eine qualitative Einordnung der Ergebnisse zu ermöglichen und Fehlinterpretationen vorzubeugen.

Die Ergebnisse des Beteiligungsverfahrens für den THVB 2025 sind im vorliegenden Bericht eingeflossen in die Infoboxen „Aus den Trägerbereichen“ in [Kapitel 4](#) und in die von einzelnen Trägerbereichen verfassten Beiträge in [Kapitel 5](#).

3 Datengrundlage

Für das Berichtsjahr 2024 sind insgesamt 1.099 Rehabilitationsträger bei der BAR als berichtspflichtig registriert. Hierbei entfallen 147 Träger auf den Bereich der Sozialversicherung und 952 auf den steuerfinanzierten Bereich. Die Teilmenge der steuerfinanzierten Träger setzt sich zusammen aus 950 Trägern der Bereiche EGH, JH und SER sowie 2 Trägern der Bundeswehr.

Tabelle 2 zeigt die Anzahl der berichtspflichtigen Träger aus dem steuerfinanzierten Bereich nach Bundesländern gegliedert.

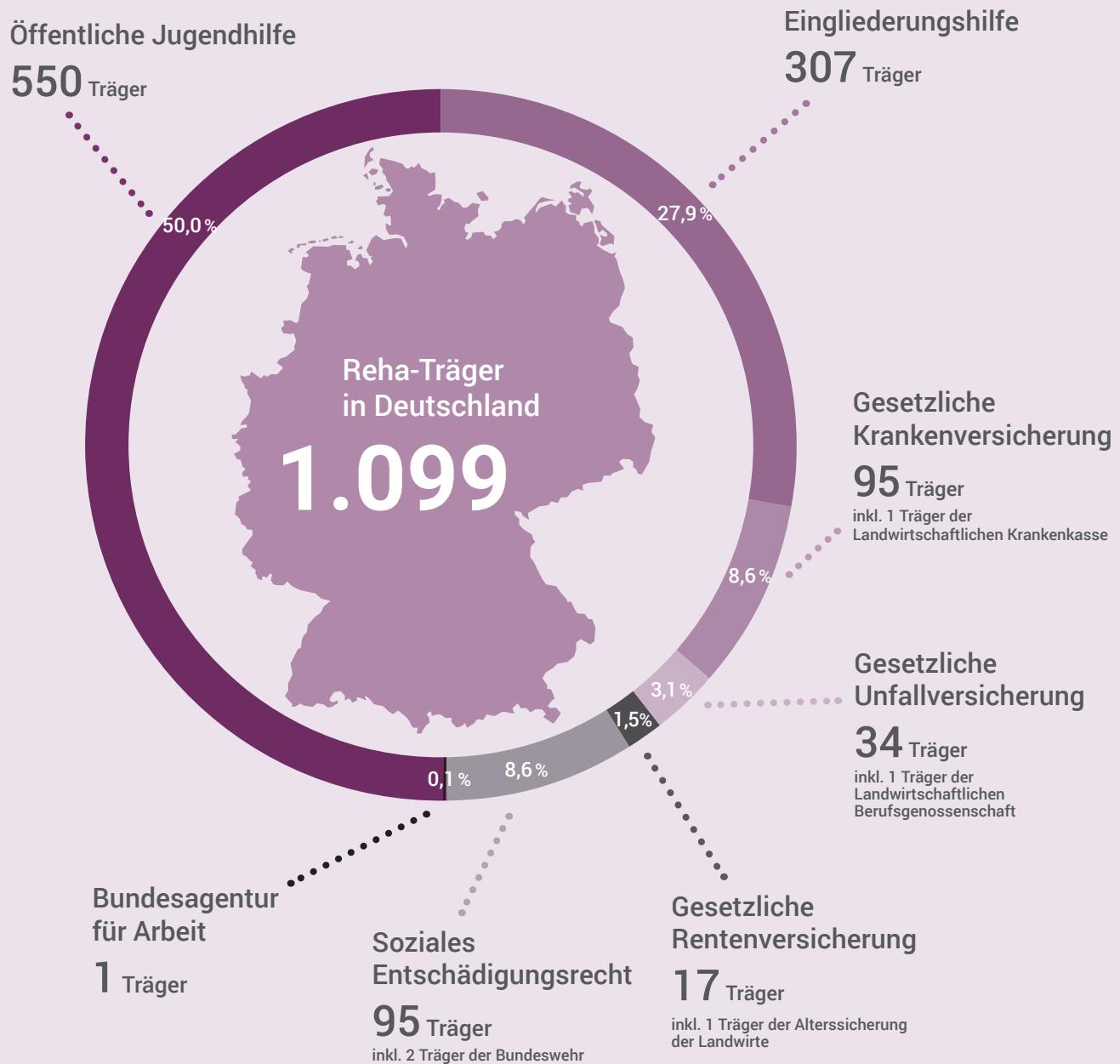
Die Anzahl der berichtspflichtigen Träger hat sich im Jahresvergleich um 168 Träger verringert. Waren für das Berichtsjahr 2023 noch 1.267 Träger als berichtspflichtig registriert, wurde für das Berichtsjahr 2024 nur noch von 1.099 Trägern eine Datenmeldung für den Teilhabeverfahrensbericht (THVB) erwartet. Der Rückgang der Trägeranzahl ist nahezu vollständig auf die neuen Strukturen im Bereich der Sozialen Entschädigung (SER) zurückzuführen (siehe [Kapitel 1.2](#)).

Tabelle 2. Berichtspflichtige Rehabilitationsträger nach Bundesland

Bundesland		EGH	JH	SER	Σ
Baden-Württemberg		45	45	20	110
Bayern		7	96	7	110
Berlin		1	1	1	3
Brandenburg		18	18	1	37
Bremen		2	2	1	5
Hamburg		1	1	1	3
Hessen		29	33	7	69
Mecklenburg-Vorpommern		8	8	1	17
Niedersachsen		49	54	46	149
Nordrhein-Westfalen		58	182	2	242
Rheinland-Pfalz		36	40	1	77
Saarland		1	6	1	8
Sachsen		14	13	1	28
Sachsen-Anhalt		1	13	1	15
Schleswig-Holstein		15	16	1	32
Thüringen		22	22	1	45
Gesamt		307	550	93	950

Datengrundlage: Berichtsjahr 2024

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



Angaben basieren auf der Anzahl der bei der BAR gemeldeten berichtspflichtigen Träger gemäß § 41 SGB IX für das Berichtsjahr 2024.

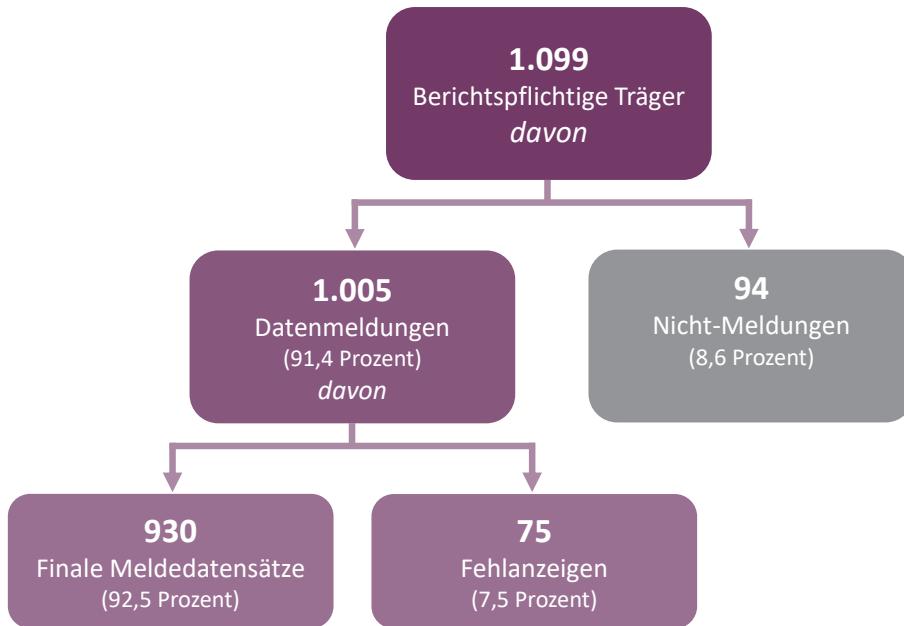
3.1 Datenmeldungen

Von 1.099 im Berichtsjahr 2024 als berichtspflichtig registrierten Trägern haben 1.005 Träger eine Datenmeldung an die BAR vorgenommen. Das entspricht einer Meldequote von 91,4 Prozent (siehe [Abbildung 4](#)).

Einen finalen Meldedatensatz haben 930 Träger übermittelt. Wurden im Vorjahr noch 201 Fehlanzeigen gemeldet, waren es im Berichtsjahr 2024 nur noch 75 Träger, bei denen weder Anträge eingegangen sind, noch bearbeitet wurden, die in der Erfassung für den THVB hätten berücksichtigt werden müssen. Dieser Rückgang ist nahezu vollständig auf die neuen Strukturen im Bereich der Sozialen Entschädigung zurückzuführen (siehe [Kapitel 1.2](#)). Viele der Träger, die bislang regelmäßig Fehlanzeigen gemeldet hatten, sind im Zuge der Veränderungen der Trägerstruktur im Bereich der Sozialen Entschädigung im Berichtsjahr 2024 nicht mehr berichtspflichtig.

Die übermittelten finalen Meldedatensätze ergeben zusammen mit den gemeldeten Fehlanzeigen die Datengrundlage für das Berichtsjahr 2024 mit 1.005 Meldungen.

Abbildung 4. Datengrundlage für das Berichtsjahr 2024



3. Datengrundlage

Aus **Tabelle 3** ist ersichtlich, wie viele Träger eine Datenmeldung für das Berichtsjahr 2024 vorgenommen haben.

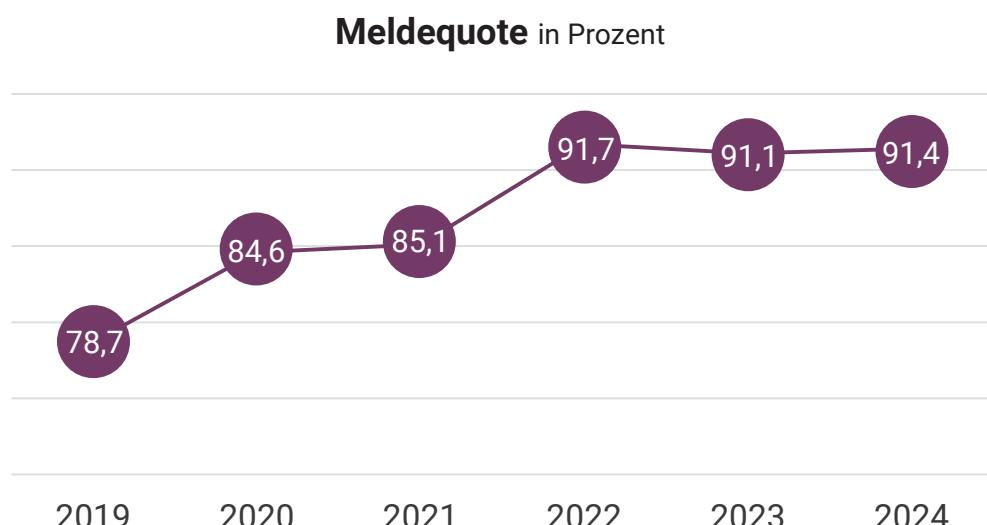
Tabelle 3. Anzahl der Datenmeldungen

Trägerbereich	Datenmeldungen	davon Fehlanzeigen keine Anträge eingegangen oder bearbeitet	Berichtspflichtige Träger
BA	1	0	1
EGH	294	0	307
GKV	95	0	95
JH	478	19	550
RV	17	0	17
SER	87	55	95
UV	33	1	34
Gesamt	1.005	75	1.099

Berichtsjahr 2024.

Abbildung 5 zeigt über die Jahre hinweg, wie viel Prozent aller berichtspflichtigen Träger eine Datenmeldung für den THVB vorgenommen haben. Die Meldequote bleibt mit 91,4 Prozent für das Berichtsjahr 2024 seit nunmehr drei Jahren auf einem hohen Niveau.

Abbildung 5. Entwicklung der Meldequote insgesamt



3.2 Nicht-Meldungen

Eine Nicht-Meldung liegt vor, wenn ein Träger keine Datenmeldung an die BAR vornimmt, obwohl er berichtspflichtig ist – wenn also weder ein finaler Meldedatensatz noch eine Fehlanzeige übermittelt wurde. Das trifft auf 94 Träger zu (entspricht 8,6 Prozent, siehe [Abbildung 4](#)).

Aus dem Bereich der Sozialversicherung ist ein Träger der Unfallversicherung seiner gesetzlichen Berichtspflicht nicht nachgekommen. Grund für die Nicht-Meldung war die Umstellung auf ein neues Fachverfahren.

Aus den Bereichen EGH, JH sowie SER liegt von 93 Trägern keine Datenmeldung vor. Ihrer Berichtspflicht nicht nachgekommen sind:

- 13 Träger aus dem Bereich der EGH (4,2 Prozent aller berichtspflichtigen EGH-Träger im Vergleich zu 3,6 Prozent im Vorjahr)
- 72 Träger aus dem Bereich der JH (13,1 Prozent aller berichtspflichtigen JH-Träger im Vergleich zu 15,2 Prozent im Vorjahr)
- 8 Träger aus dem Bereich des SER (8,4 Prozent aller berichtspflichtigen SER-Träger im Vergleich zu 7,0 Prozent im Vorjahr)

[Tabelle 4](#) zeigt die Anzahl der Nicht-Meldungen pro Bundesland für die drei steuerfinanzierten Trägerbereiche.

3. Datengrundlage

Tabelle 4. Anzahl der Nicht-Meldungen nach Bundesland

Bundesland	Nicht-Meldungen pro Trägerbereich			Nicht-Meldungen gesamt	
	EGH	JH	SER	Summe	Anteil in %
Baden-Württemberg 	0	6	1	7	6,4
Bayern 	0	12	0	12	10,9
Berlin 	0	0	1	1	33,3
Brandenburg 	1	3	0	4	10,8
Bremen 	0	0	0	0	0
Hamburg 	0	0	0	0	0
Hessen 	1	2	0	3	4,3
Mecklenburg-Vorpommern 	0	2	0	2	11,8
Niedersachsen 	2	7	6	15	10,1
Nordrhein-Westfalen 	5	25	0	30	12,4
Rheinland-Pfalz 	2	5	0	7	9,1
Saarland 	0	0	0	0	0
Sachsen 	0	1	0	1	3,6
Sachsen-Anhalt 	0	5	0	5	33,3
Schleswig-Holstein 	1	1	0	2	6,3
Thüringen 	1	3	0	4	8,9
Gesamt	13	72	8	93	9,8

Berichtsjahr 2024.

Befragung zu den Gründen für eine fehlende Datenmeldung

Nach Ende des Übermittlungszeitraums wurden die 93 Nicht-Melder aus den steuerfinanzierten Trägerbereichen gebeten, an einer Online-Umfrage teilzunehmen. Ziel der Befragung war es zu erfahren, warum keine Meldung für den Teilhabeverfahrensbericht vorgenommen wurde. Zudem wurden weitere Unterstützungsmaßnahmen durch die BAR-Geschäftsstelle bei der Datenübermittlung erfragt.

Mittels SoSci-Survey (Leiner, 2024) wurde ein Fragebogen erstellt, der sowohl geschlossene Antwortoptionen als auch Freitextfelder enthielt. Dieser wurde auf www.soscisurvey.de zur Verfügung gestellt und konnte in der Zeit vom 24. Juni bis 9. Juli 2025 ausgefüllt werden. Mit 58 bearbeiteten Fragebögen ergibt sich eine Rücklaufquote von 62,4 Prozent.

Ergebnisse

Wie aus **Abbildung 6** ersichtlich ist, wurde am häufigsten **Personalmangel** als Grund für eine fehlende Datenmeldung genannt. Dies traf mit 31 Trägern auf mehr als die Hälfte der Befragten zu.

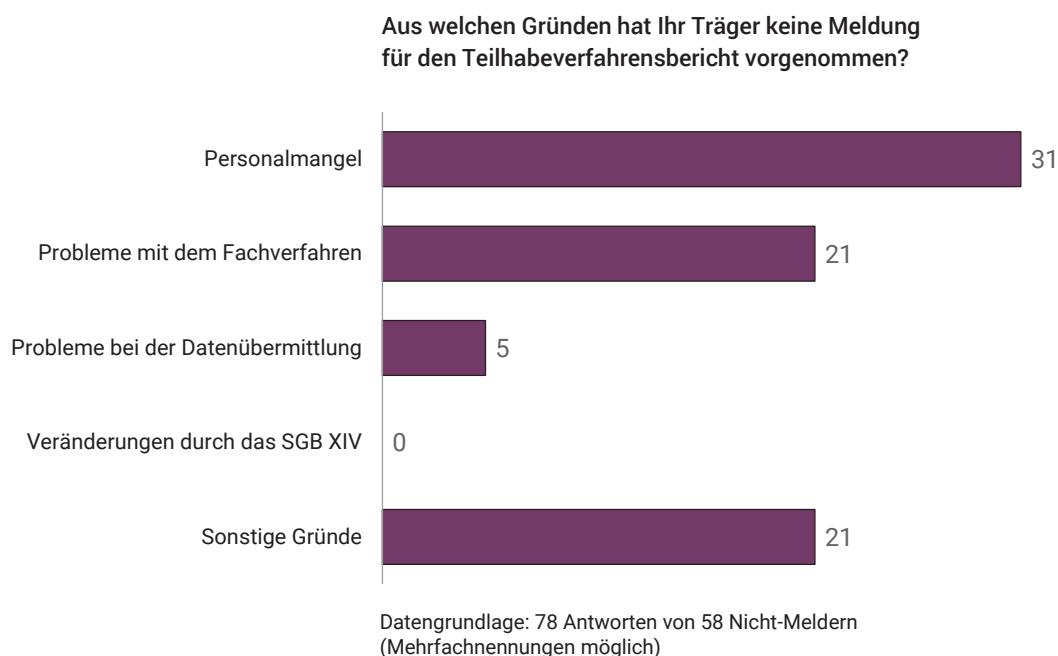
Etwa ein Drittel der Befragten (21 Träger) gaben an, **Probleme mit dem Fachverfahren** gehabt zu haben. Davon konnten sieben Träger keinen Melddatensatz generieren. Acht Träger nannten andere Software-Probleme als Grund – beispielsweise die Umstellung auf ein neues Fachverfahren, fehlende Lizenzen zur Erfassung der Daten für den THVB oder zeitweise keine Datenerfassung wegen eines Cyberangriffs. Insgesamt gaben 17 Träger an, kein funktionierendes Fachverfahren zu haben.

Lediglich fünf Träger nannten **Probleme bei der Datenübermittlung** als Grund für eine fehlende Datenmeldung. Davon konnte ein Träger seinen Melddatensatz nicht hochladen. Zwei weitere Träger gaben an, dass Hinweise und Nachfragen im Validierungsdialog nicht geklärt werden konnten.

Veränderungen durch das SGB XIV hat keiner der befragten SER-Träger als Grund für eine fehlende Datenmeldung angegeben.

Als **sonstige Gründe** gaben die Träger an, dass einige Kennzahlen für den THVB nicht erfasst wurden, dass aufgrund von personellem Wechsel die Daten nicht erfasst bzw. übermittelt wurden oder die Installation der Software zur Erfassung der Daten zu zeitaufwendig und kompliziert sei. Die Erfassung der Daten für den THVB binde bei einigen Trägern vor allem deshalb personelle Ressourcen, weil die Datenerfassung dort nicht automatisiert erfolgt. Außerdem wurde angeführt, dass das Personal nicht geschult für die Erfassung der Daten sei, Daten unplausibel waren oder interne Verfahrensabläufe noch angepasst werden müssen.

Abbildung 6. Gründe für eine fehlende Datenmeldung im Berichtsjahr 2024



Als **Unterstützungsmöglichkeiten** durch die BAR-Geschäftsstelle haben die befragten Nicht-Melder folgende Vorschläge genannt: Fehlermeldungen im Validierungsdialog könnten reduziert bzw. noch eindeutiger beschrieben werden; eine Einweisung in die Erfassung der Daten mit dem jeweiligen Fachverfahren sowie in die Datenübermittlung; TET webbasiert zur Verfügung stellen, um Updates zu vermeiden.

Zur Unterstützung der Träger bei der Datenerfassung und -übermittlung hat die BAR-Geschäftsstelle bereits eine Vielzahl an Angeboten geschaffen, die stetig weiterentwickelt werden: Unter anderem wurde ein vereinfachtes Verfahren zur Übermittlung von Fehlanzeigen eingeführt. Des Weiteren wird in einem Video die Übermittlung des Meldedatensatzes Schritt für Schritt angeleitet. Unter der Rubrik „Ich bin neu hier“ können Mitarbeitende bei Reha-Trägern auf der Website der BAR alle relevanten Unterlagen für einen ersten Einstieg einsehen. Eigens zu diesem Zweck wurde eine Checkliste zur Datenmeldung auf einen Blick erstellt. Die BAR-Geschäftsstelle hat zum Ende des Übermittlungszeitraums für das Berichtsjahr 2024 die Träger, die bis dato noch keine Meldung vorgenommen hatten, kontaktiert und bei Bedarf individuell unterstützt.

Die Rückmeldungen insgesamt sowie die weiterhin hohe Meldequote lassen auf eine große Bereitschaft der Träger schließen, Daten für den THVB zu melden. Der THVB als trägerübergreifende Statistik ist bekannt und es besteht ein Bewusstsein über die gesetzliche Berichtspflicht. Die Rückmeldungen der Träger geben wichtige Hinweise zur Datenerfassung und -meldung für den THVB.

4 Ergebnisse

Die BAR ist zur Neutralität verpflichtet und stellt die Daten für den Teilhabeverfahrensbericht (THVB) entsprechend neutral und objektiv dar. In den folgenden Abschnitten werden die übermittelten Daten der Rehabilitationsträger für das Berichtsjahr 2024 dargestellt. Grundlage sind die Kennzahlen zu den 16 Sachverhalten nach § 41 Abs. 1 SGB IX. Bei ausgewählten Kennzahlen erfolgt zusätzlich ein Vergleich zwischen den Berichtsjahren 2023 und 2024 sowie der letzten vier Jahre 2021 bis 2024.

Ergänzende Auswertungen, unter anderem auf der Ebene der Leistungsgruppen sowie unter Berücksichtigung der (über-)örtlichen Zuständigkeit im Bereich der Eingliederungshilfe, werden im [Anhang](#) berichtet. Ergebnisse zur Förderung der Selbsthilfe nach § 45 SGB IX sind in [Kapitel 4.17](#) aufgeführt. Informationen zur Berechnung der Kennzahlen werden in [Kapitel 2.3.1](#) gegeben.

Ein direkter Vergleich der Angaben im THVB mit Sekundärstatistiken oder amtlichen Statistiken sollte nur unter Berücksichtigung der jeweils in den Statistiken angegebenen Datengrundlage und Erhebungssystematik erfolgen.

Bei der Darstellung der Ergebnisse befindet sich zu jedem Kapitel in der Regel eine farblich abgesetzte Info-box.



Infobox „Aus den Trägerbereichen“

In dieser Infobox wurden Eingaben aus den jeweiligen Trägerbereichen aufgenommen. Jeder Trägerbereich hat über den Beteiligungsbericht und über den Beirat Teilhabeverfahrensbericht die Möglichkeit, sich vor Veröffentlichung des Berichts mit der Darstellung seiner übermittelten Daten auseinanderzusetzen. Die Erläuterungen in dieser Infobox sollen eine qualitative Einordnung der Daten unterstützen und möglichen Fehlinterpretationen vorbeugen.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	& -konferenzen	105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne					

4.1 Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe

Ein einziger Antrag reicht aus, damit Menschen mit Behinderungen oder jene, die von Behinderung bedroht sind, alle benötigten Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe erhalten können – auch dann, wenn diese Leistungen durch verschiedene Rehabilitationsträger erbracht werden. Menschen mit Behinderungen sollen somit alle Leistungen wie „aus einer Hand“ erhalten. Dieser eine Antrag umfasst also alle benötigten Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe und wird im THVB als Gesamtantrag bezeichnet. Er kann Leistungen aus verschiedenen Leistungsgruppen beinhalten.



Fragestellungen:

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

Wie verteilen sich die gestellten Anträge auf die Leistungsgruppen?

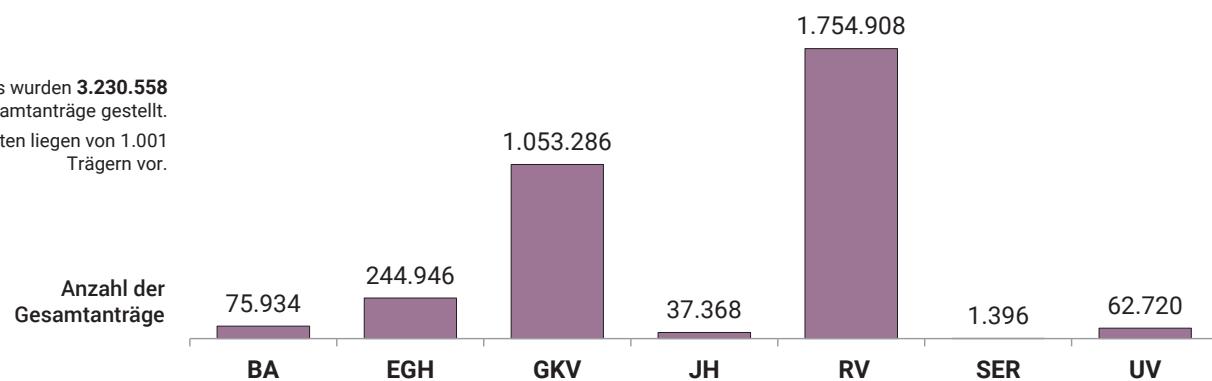
1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (LMR)
2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)
3. Leistungen zur Teilhabe an Bildung (LTB)
4. Leistungen zur sozialen Teilhabe (LST)

Abbildung 7 zeigt, wie viele Gesamtanträge pro Trägerbereich gestellt wurden und welchen Anteil diese an allen Gesamtanträgen ausmachen. Im Jahr 2024 wurden insgesamt 3,2 Mio. Neuanträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe gestellt. Mehr als die Hälfte aller Anträge (54,3 Prozent) ging bei den Trägern der RV ein, gefolgt von der GKV mit knapp einem Drittel (32,6 Prozent). Bei den steuerfinanzierten Trägern wurden insgesamt 8,8 Prozent aller Anträge gestellt, wobei hier die meisten Anträge bei der EGH eingingen. Bei 19 Trägern der JH und bei 55 Trägern des SER wurden in 2024 keine Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe gestellt, die in einer Erfassung für den THVB hätten berücksichtigt werden müssen. Im Bereich des SER sind damit in 2024 bei knapp zwei Dritteln der meldenden Träger (63,2 Prozent) keine Neuanträge gestellt worden.

Die Anzahl der Anträge beinhaltet die Gesamtheit aller bei einem Rehabilitationsträger gestellten Anträge innerhalb eines Berichtsjahres – unabhängig von deren weiteren Bearbeitungsverläufen. In dieser Anzahl können neben den als erstangegangener Träger in eigener Zuständigkeit bearbeiteten Anträge sowohl Anträge enthalten sein, die von diesem Rehabilitationsträger an einen anderen Träger weitergeleitet werden als auch Anträge, die von einem anderen, nicht zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet wurden. In der Anzahl der gestellten Anträge eines Berichtsjahres kann ein Antrag demnach auch mehr als einmal gezählt werden.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112		
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.4: Gutachten	75	& -konferenzen	105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.16: Integration in Arbeit	143
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne				4.17: Förderung Selbsthilfe	146

Abbildung 7. Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe



Anteil an den gestellten Gesamtanträgen	2,4%	7,6%	32,6%	1,2%	54,3%	0,0%	1,9%
Minimum	-*	3	44	0	3.700	0	0
Maximum	-*	48.756	155.878	911	718.645	354	10.178
Träger, bei denen keine Anträge gestellt wurden	0	0	0	19	0	55	1
Datengrundlage Anzahl Träger	1	292	95	476	17	87	33

* Daten werden aggregiert dargestellt, da die BA nicht als Trägerbereich strukturiert ist, sondern eine solitäre Rehabilitationsträgerin ist.
Die Werte für Minimum und Maximum entsprechen jeweils der Anzahl der Gesamtanträge.

Berichtsjahr 2024

Im Trägerbereich EGH entfällt mehr als die Hälfte aller Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe (60,7 Prozent) auf die 14 überörtlichen Träger. Die übrigen Anträge (39,3 Prozent) verteilen sich auf 278 örtliche Träger (siehe [Anhang](#)).



Für den THVB werden Neu anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe erfasst. Weiterbewilligungen i. S. v. Weiterleistungen werden nur dann erfasst, wenn diese Anträge Leistungen aus einer neuen Leistungsgruppe nach § 5 SGB IX beinhalten.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	& -konferenzen	105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne					

In [Abbildung 8](#) wird der zeitliche Verlauf der Antragszahlen dargestellt. Die entsprechenden Werte sind außerdem in Tabelle A-1 im [Anhang](#) nachzulesen. Im Jahr 2024 wurden mit insgesamt 3,2 Mio. Anträgen ähnlich viele Neuanträge gestellt wie in 2023. Zwischen den Trägerbereichen gab es jedoch unterschiedliche Entwicklungen. Während die Anzahl der Neuanträge bei GKV und RV nach deutlichen Anstiegen in den Vorjahren von 2023 zu 2024 jeweils auf ähnlichem Niveau bleibt, ist im Bereich des SER in den letzten vier Jahren ein stetiger Rückgang zu verzeichnen. Die Antragszahlen in der EGH blieben über die vergangenen vier und bei der BA über die letzten zwei Jahre hinweg weitgehend konstant. Im Bereich der JH zeigt sich nach einem stetigen Anstieg in den Vorjahren in 2024 ein leichter Rückgang. Im Trägerbereich der UV sind die Antragszahlen von 2023 auf 2024 angestiegen.



Aus den Trägerbereichen

Im Bereich der **GKV** ist der Anstieg der Anzahl der Gesamtanträge im Mehrjahresvergleich in den Jahren 2021 bis 2023 wesentlich auf einen Nachholeffekt im Nachgang zur SARS-CoV-2-Pandemie zurückzuführen. Bedingt durch die SARS-CoV-2-Pandemie war in 2020 ein deutlicher Rückgang der Gesamtanträge im Vergleich zu den Vorjahren zu verzeichnen.

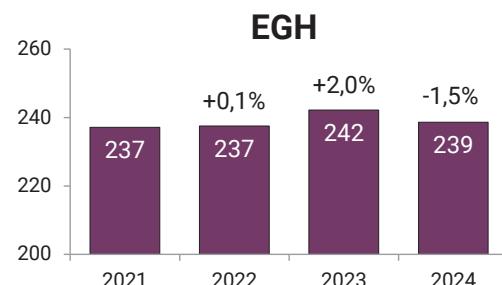
4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	& -konferenzen	105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne					

Abbildung 8. Zeitreihe zu Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe

Anzahl der Gesamtanträge in Tsd.



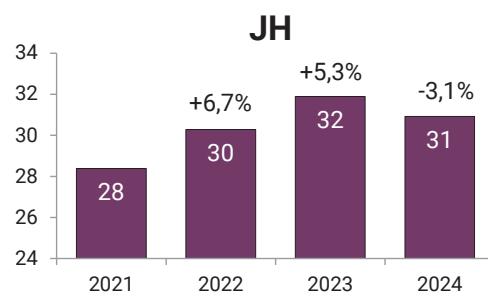
Datengrundlage: 1 Träger.



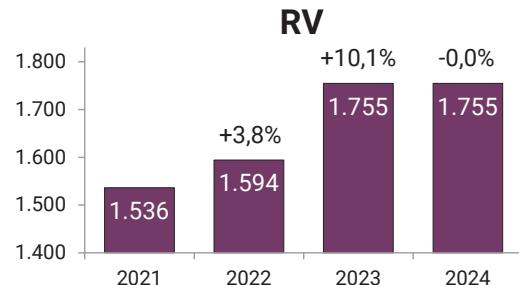
Datengrundlage: 270 Träger.



Datengrundlage: 95 Träger.



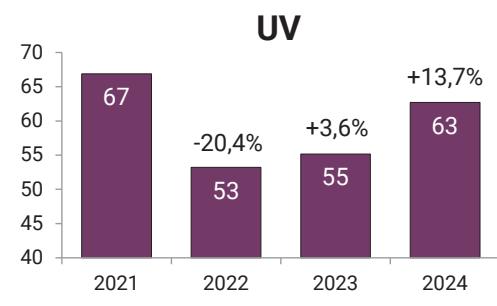
Datengrundlage: 367 Träger.



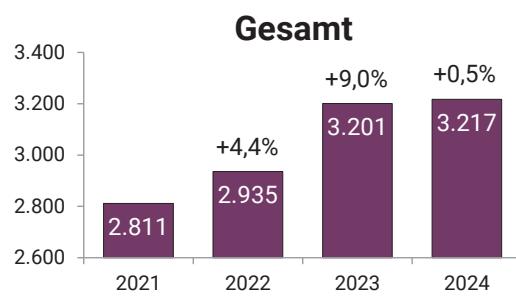
Datengrundlage: 17 Träger.



Datengrundlage: 68 Träger.



Datengrundlage: 33 Träger.



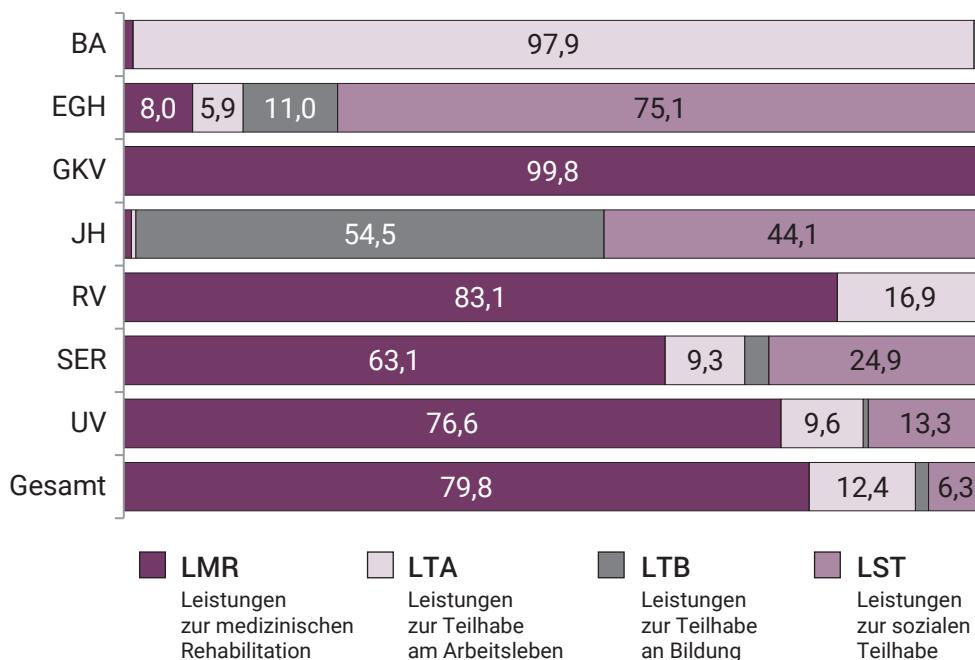
Datengrundlage: 851 Träger.

Diese Abbildungen basieren auf den Daten der Träger, von denen für alle dargestellten Berichtsjahre Daten vorliegen.
Über den Balken ist die prozentuale Veränderung zum jeweiligen Vorjahr angegeben.
Es gilt, die unterschiedlichen Achsenanteilungen zu beachten.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen		4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	& -konferenzen	99	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer		4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105				

Abbildung 9 und **Tabelle 5** zeigen, aus welchen Leistungsgruppen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe beantragt wurden. Bei der BA wurden mit 97,9 Prozent hauptsächlich Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beantragt, während von der GKV mit 99,8 Prozent fast ausschließlich Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemeldet wurden. Auch in den Trägerbereichen RV und UV wurden mit 83,1 und 76,6 Prozent hauptsächlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beantragt. In der EGH beinhaltete mit 75,1 Prozent die überwiegende Mehrheit der Anträge Leistungen zur sozialen Teilhabe. Im Bereich des SER wurden neben Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit 63,1 Prozent unter anderem auch Leistungen zur sozialen Teilhabe beantragt (24,9 Prozent). In der JH verteilen sich die Anträge ungefähr zur Hälfte auf Leistungen zur Teilhabe an Bildung (54,5 Prozent) und Leistungen zur sozialen Teilhabe (44,1 Prozent).

Abbildung 9. Prozentuale Verteilung der beantragten Leistungsgruppen



Datengrundlage: 3.456.157 Anträge innerhalb der Leistungsgruppen von 924 Trägern für das Berichtsjahr 2024.



Ein Antrag innerhalb einer Leistungsgruppe kann mehrere Leistungen aus dieser Gruppe beinhalten. Hier wird somit nicht die Anzahl der einzelnen beantragten Leistungen erfasst, sondern die Zuordnung der im Gesamtantrag enthaltenen Leistungen zu den Leistungsgruppen.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112		
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen		4.12: PB trägerübergreifend	117	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.4: Gutachten	75	& -konferenzen	99	4.13: Mitteilungen lange		4.16: Integration in Arbeit	143
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105	Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146

Tabelle 5. Anzahl der Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe nach Leistungsgruppe

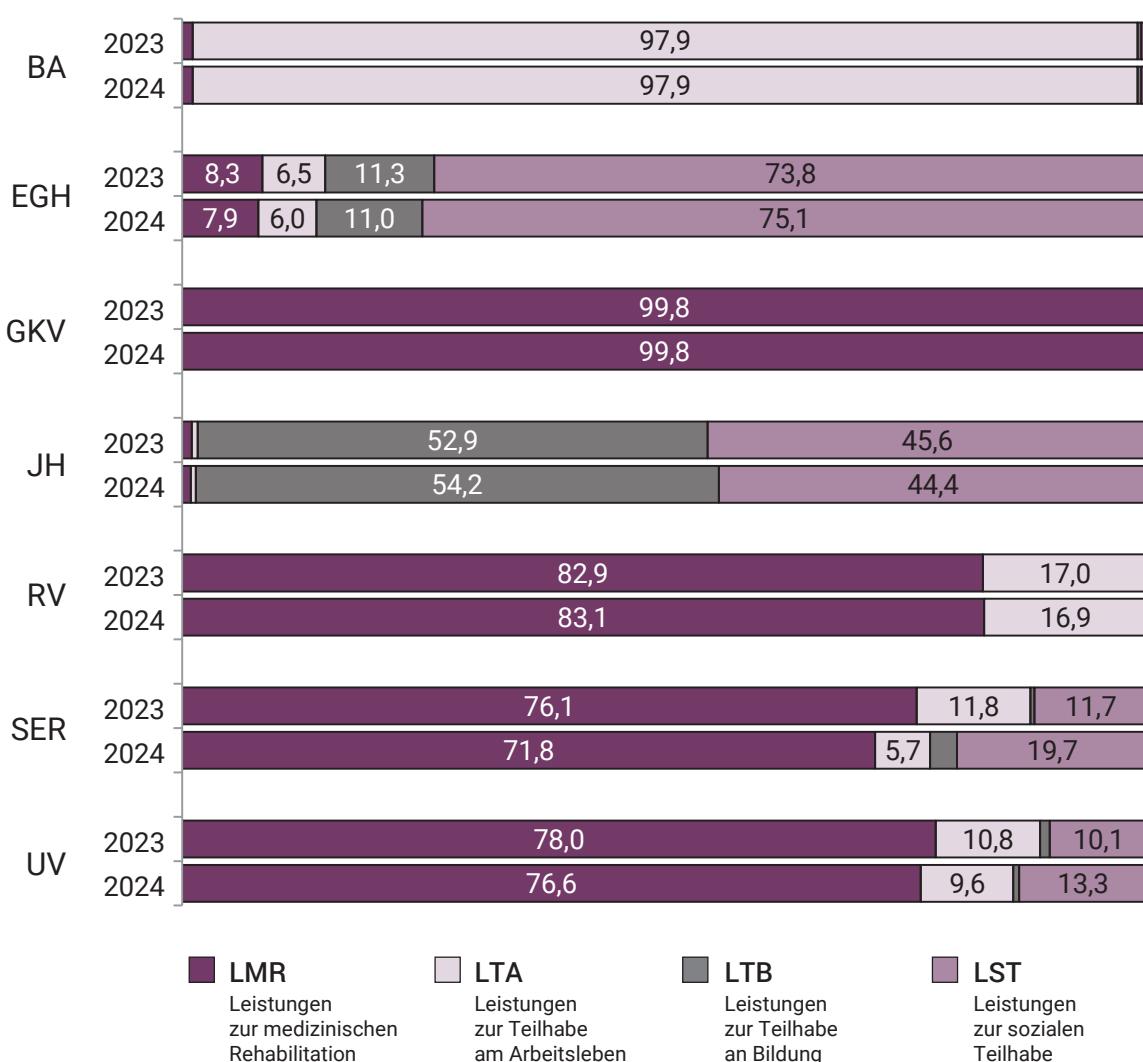
Träger- bereich	LMR	LTA	LTB	LST	Anträge innerhalb der Leistungs- gruppen	Daten- grundlage Anzahl der Träger
BA	835	75.362	322	443	76.962	1
EGH	20.005	14.794	27.326	187.212	249.337	292
GKV	1.051.317	376	354	1.271	1.053.318	95
JH	379	210	23.194	18.768	42.551	455
RV	1.635.698	333.136	4	87	1.968.925	17
SER	903	133	40	356	1.432	32
UV	48.731	6.107	352	8.442	63.632	32
Gesamt	2.757.868	430.118	51.592	216.579	3.456.157	924

Datengrundlage: 3.456.157 Anträge innerhalb der Leistungsgruppen von 924 Trägern für das Berichtsjahr 2024.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	& -konferenzen	105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne					

Aus **Abbildung 10** ist ersichtlich, dass die Anteile der beantragten Leistungsgruppen in allen Trägerbereichen im Vergleich zum Vorjahr nahezu gleichgeblieben sind. Lediglich im Bereich des SER ist ein Rückgang der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie zur Teilhabe am Arbeitsleben zugunsten eines Zuwachses bei Leistungen zur sozialen Teilhabe zu verzeichnen.

Abbildung 10. Prozentuale Verteilung der beantragten Leistungsgruppen im Jahresvergleich



Datengrundlage 2023: 3.418.657 Anträge innerhalb der Leistungsgruppen von 885 Trägern (Gebietsstand 2024).
Datengrundlage 2024: 3.452.321 Anträge innerhalb der Leistungsgruppen von 885 Trägern (Gebietsstand 2024).

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112		
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen		4.12: PB trägerübergreifend	117	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.4: Gutachten	75	& -konferenzen	99	4.13: Mitteilungen lange		4.16: Integration in Arbeit	143
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105	Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146



Aus den Trägerbereichen

Die JH-Träger handeln von Amts wegen. Das Antragsdatum entspricht dann dem Tag der Kenntnis des jeweiligen Rehabilitationsbedarfs (§ 14 Abs. 4 SGB IX).

Die Träger aus dem Bereich **SER** erbringen Leistungen der Sozialen Entschädigung auf Antrag, soweit SGB XIV nichts Abweichendes regelt (§ 10 Abs. 1 SGB XIV). Nach § 10 Abs. 3 SGB XIV können von Amts wegen u. a. Leistungen der Krankenbehandlung (Kapitel 5 SGB XIV) sowie Teilhabeleistungen (§§ 63, 65 und 66 SGB XIV) erbracht werden. Das Antragsdatum entspricht dann dem Tag der Kenntnis des jeweiligen Rehabilitationsbedarfs (§ 14 Abs. 4 SGB IX).

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75			4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105				

4.2 Weiterleitungen

Ist ein Rehabilitationsträger für einen Antrag auf Reha- und Teilhabeleistungen, der bei ihm eingegangen ist, insgesamt nicht zuständig, kann er diesen an einen anderen Träger weiterleiten. Je nachdem, ob der Antrag zuerst bei diesem Träger gestellt wurde oder ob der Antrag vorher schon einmal an diesen Träger weitergeleitet wurde, ergeben sich für die Weiterleitung verschiedene Möglichkeiten. Der erstangegangene Träger kann einen Antrag wegen vollständiger Unzuständigkeit nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX weiterleiten. Der zweitangegangene Träger kann den Antrag unter bestimmten Voraussetzungen im Rahmen einer Turboklärung nach § 14 Abs. 3 SGB IX nochmals weiterleiten.

Weiterleitungen werden nur durch den weiterleitenden Rehabilitationsträger erfasst, um sicherzustellen, dass diese nur einmal gezählt werden.

4.2.1 Weiterleitungen wegen vollständiger Unzuständigkeit

Wird bei einem Rehabilitationsträger ein Antrag auf Reha- und Teilhabeleistungen gestellt, für den er insgesamt nicht zuständig ist, leitet er diesen Antrag nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX innerhalb von zwei Wochen an den seiner Auffassung nach zuständigen Rehabilitationsträger weiter und unterrichtet die antragstellende Person darüber.



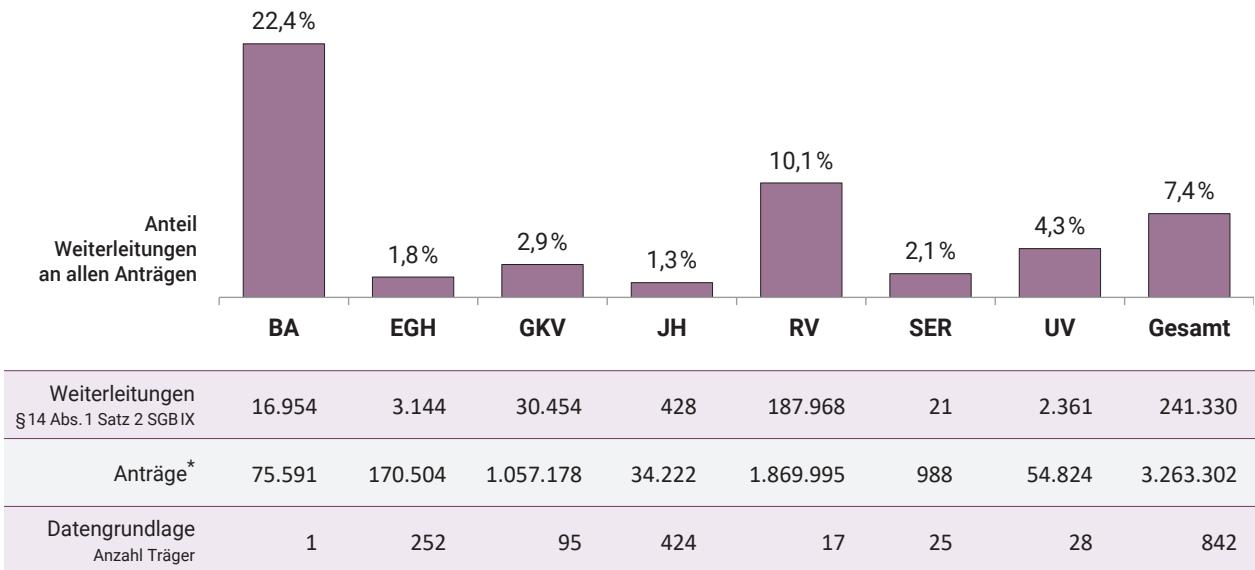
Fragestellung:

Bei wie vielen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe stellt der erstangegangene Rehabilitationsträger fest, dass er für den Antrag insgesamt nicht zuständig ist und leitet den Antrag deshalb weiter?

Abbildung 11 zeigt, wie viel Prozent der Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe in den einzelnen Trägerbereichen wegen vollständiger Unzuständigkeit weitergeleitet wurden. Bei der BA wurden mit 22,4 Prozent anteilig die meisten Anträge weitergeleitet, gefolgt von der RV mit 10,1 Prozent. In den anderen Trägerbereichen liegt der Anteil der Weiterleitungen jeweils unter 5,0 Prozent.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	4.9: Teilhabepläne	105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79						

Abbildung 11. Weiterleitungen wegen vollständiger Unzuständigkeit



* Die Anzahl der Anträge ergibt sich hier aus der Summe der entschiedenen Gesamtanträge und der Weiterleitungen.

Berichtsjahr 2024

Im Trägerbereich EGH wurden von den örtlichen Trägern mit 2,2 Prozent anteilig mehr Anträge weitergeleitet als von den überörtlichen Trägern mit 1,5 Prozent (siehe [Anhang](#)).



Aus den Trägerbereichen

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

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

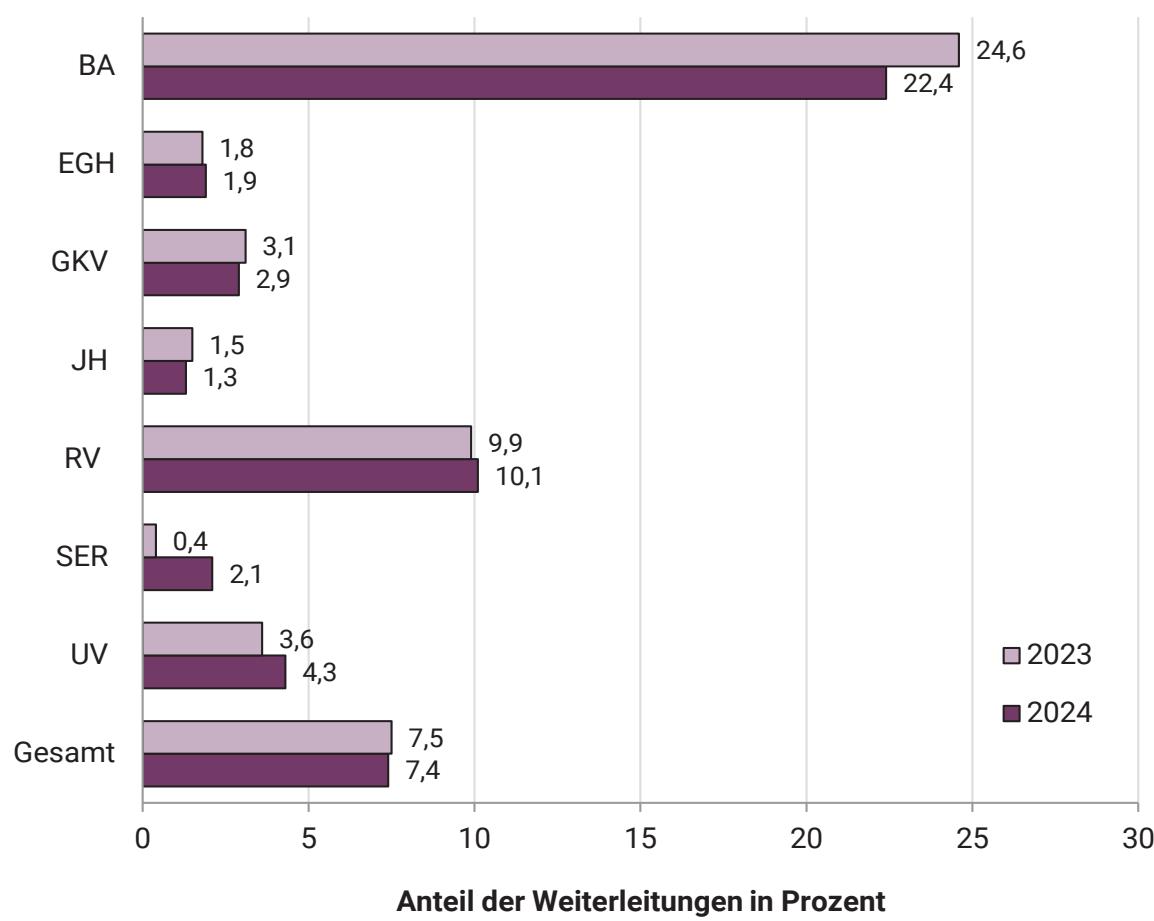
Im Bereich **SER** kommen die meisten Anträge von bereits anerkannten Leistungsbeziehern. Die Zuständigkeit ist somit oftmals bereits geklärt, sodass Weiterleitungen selten nötig sind.

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

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75			4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105				

Der Anteil der Weiterleitungen wegen vollständiger Unzuständigkeit hat sich im Jahresvergleich von 2023 auf 2024 insgesamt und in den einzelnen Trägerbereichen nicht nennenswert verändert. Der Trägerbereich mit der größten Veränderung ist die BA mit einem Rückgang um 2,2 Prozentpunkte (siehe Abbildung 12).

Abbildung 12. Weiterleitungen wegen vollständiger Unzuständigkeit im Jahresvergleich



§ 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX

Datengrundlage 2023: 3.196.553 Anträge von 790 Trägern (Gebietsstand 2024).
Datengrundlage 2024: 3.257.166 Anträge von 790 Trägern (Gebietsstand 2024).

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	4.9: Teilhabepläne	105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79						

4.2.2 Weiterleitungen bei Turboklärung

Ist ein Rehabilitationsträger für einen an ihn nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX weitergeleiteten Antrag auf Reha- und Teilhabeleistungen insgesamt nicht zuständig, besteht nach § 14 Abs. 3 SGB IX die Möglichkeit, den Antrag ausnahmsweise und im Einvernehmen ein zweites Mal weiterzuleiten. Mit dieser „Turboklärung“ soll nach wie vor eine schnelle Klärung der Leistungsverantwortung innerhalb der bereits in Gang gesetzten Frist ermöglicht werden.¹⁵

Nach trägerübergreifender Beratung und Entscheidung werden seit dem 1. Januar 2024 auch Anträge für den THVB erfasst, die im Rahmen einer Turboklärung weitergeleitet wurden. Diese werden erstmals im vorliegenden Teilhabeverfahrensbericht dargestellt.



Fragestellung:

Bei wie vielen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe stellt der weitangegangene Rehabilitationsträger fest, dass er für den Antrag insgesamt nicht zuständig ist und leitet den Antrag im Rahmen einer Turboklärung weiter?

Aus [Tabelle 6](#) geht hervor, dass die Möglichkeit der Weiterleitung nach § 14 Abs. 3 SGB IX in allen Trägerbereichen genutzt wurde, wobei in 2024 wenige Anträge im Rahmen einer solchen Turboklärung weitergeleitet wurden. In den einzelnen Trägerbereichen beträgt der entsprechende Anteil jeweils unter 0,5 Prozent.

¹⁵ Ausschlaggebend für die Fristberechnung ist in diesem Fall das Datum des Antragseingangs beim weitangegangenen Rehabilitationsträger. Durch eine Turboklärung werden die Entscheidungsfristen nach § 14 Abs. 2 SGB IX also nicht verlängert. Eine Verpflichtung zur Durchführung einer Turboklärung oder Annahme eines Antrags im Rahmen der Turboklärung besteht nicht.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75			4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105				

Tabelle 6. Weiterleitungen im Rahmen einer Turboklärung

Trägerbereich	Weiterleitungen § 14 Abs. 3 SGB IX	Anteil an allen Anträgen	Anträge*	Datengrundlage Anzahl Träger
BA	273	0,4 %	75.591	1
EGH	320	0,2 %	170.504	252
GKV	151	0,0 %	1.057.178	95
JH	34	0,1 %	34.222	424
RV	1.018	0,1 %	1.869.995	17
SER	4	0,4 %	988	25
UV	54	0,1 %	54.824	28
Gesamt	1.854	0,1 %	3.263.302	842

Berichtsjahr 2024.

* Die Anzahl der Anträge ergibt sich hier aus der Summe der entschiedenen Gesamtanträge und der Weiterleitungen.

Im Trägerbereich der EGH wurden 0,3 Prozent der Anträge der örtlichen Träger sowie 0,1 Prozent der überörtlichen Träger im Rahmen der Turboklärung weitergeleitet (siehe [Anhang](#)).

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112		
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.4: Gutachten	75	4.9: Teilhabepläne	105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.16: Integration in Arbeit	143
4.5: Bearbeitungsdauer	79					4.17: Förderung Selbsthilfe	146

4.3 Fristen

Nach Antragseingang muss ein Rehabilitationsträger binnen zwei Wochen über die Zuständigkeit entscheiden (§ 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Ist der Träger nach dem für ihn geltenden Leistungsrecht zuständig, wird er zum leistenden Rehabilitationsträger. Ist der Träger nicht zuständig, leitet er den Antrag an den seiner Auffassung nach zuständigen Rehabilitationsträger weiter.

Der leistende Rehabilitationsträger muss gemäß § 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX innerhalb von drei Wochen nach Eingang über einen Antrag entscheiden. Sollten Gutachten eingeholt werden, beläuft sich die Frist gemäß § 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX auf zwei Wochen nach Vorlage des Gutachtens.¹⁶

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



Fristüberschreitungen weisen unter anderem auf eine längere Antragslaufzeit hin. Die entsprechenden Bearbeitungsdauern werden in [Kapitel 4.5](#) berichtet. Die Überschreitung einer Frist nach § 14 SGB IX bedeutet nicht, dass Leistungen nicht erbracht werden. Die Betrachtung der Leistungsantritte in [Kapitel 4.7](#) zeigt außerdem, dass in einigen Trägerbereichen Leistungen zum Teil deutlich vor dem Bewilligungsbescheid angetreten werden.

4.3.1 Zuständigkeitsfeststellung (§ 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX)

Nach Antragseingang muss der (erstangegangene) Rehabilitationsträger innerhalb von zwei Wochen feststellen, ob er zuständig ist. Unabhängig davon, ob er den Antrag in eigener Zuständigkeit bearbeitet oder ihn nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX weiterleitet, werden die Daten zur Anzahl der durchgeführten Zuständigkeitsfeststellungen und zu den entsprechenden Fristüberschreitungen für den THVB erfasst.



Fragestellung:

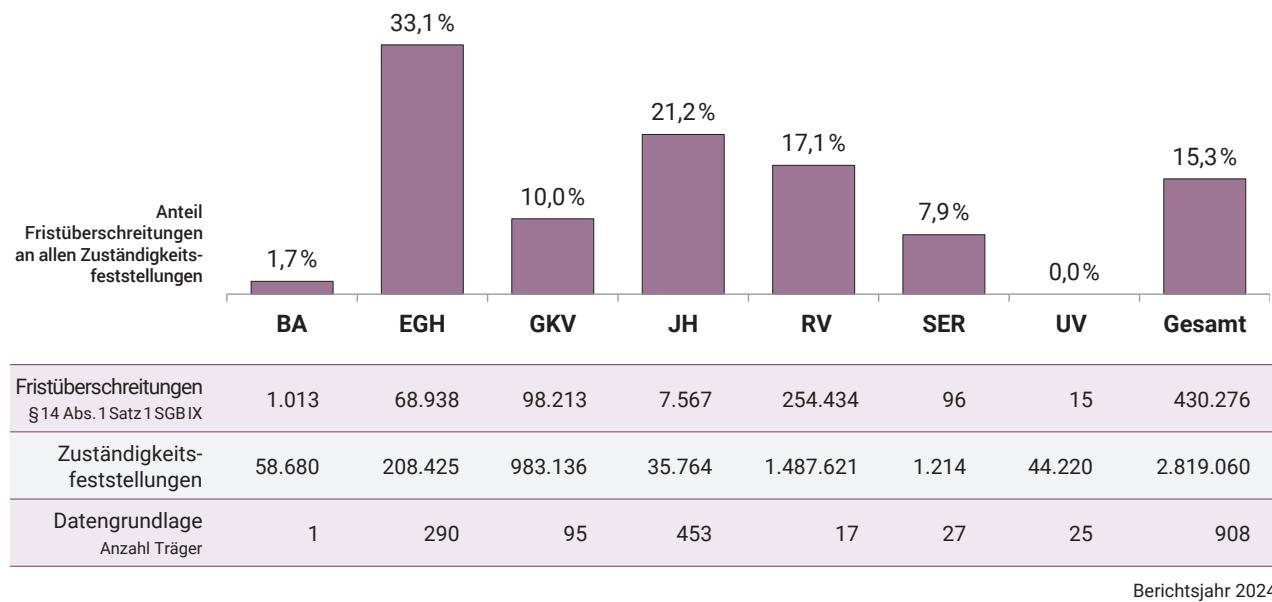
Wie häufig stellt ein Träger, bei dem ein Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eingeht, nicht innerhalb von zwei Wochen fest, ob er zuständig ist?

Abbildung 13 zeigt, bei wie viel Prozent der Zuständigkeitsfeststellungen die Frist nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX überschritten wurde. Bei knapp einem Drittel der Zuständigkeitsfeststellungen im Bereich EGH wurde die Zweiwochenfrist überschritten, in der JH war dies bei 21,2 Prozent und im Bereich der RV bei 17,1 Prozent der Fall. Alle weiteren Trägerbereiche lagen bei einem Anteil von 10,0 Prozent oder weniger.

¹⁶ Mit dem Online-Fristenrechner stellt die BAR ein digitales Tool zur Verfügung, was die Umsetzung der gesetzlichen Regelungen des SGB IX in der Praxis unterstützt. Der Fristenrechner ermöglicht die Berechnung relevanter Fristen im Reha-Prozess. Er ist zu finden unter www.reha-fristenrechner.de.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	4.9: Teilhabepläne	105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79						

Abbildung 13. Überschreitung der Zweiwochenfrist bei der Zuständigkeitsfeststellung



Im Trägerbereich der EGH konnten die örtlichen Träger bei 15,4 Prozent der Zuständigkeitsfeststellungen die Zweiwochenfrist nach SGB IX Abs.1 Satz 1 SGB IX nicht einhalten. Der Anteil der Fristüberschreitungen bei den überörtlichen Trägern fällt mit 47,2 Prozent deutlich höher aus (siehe [Anhang](#)).



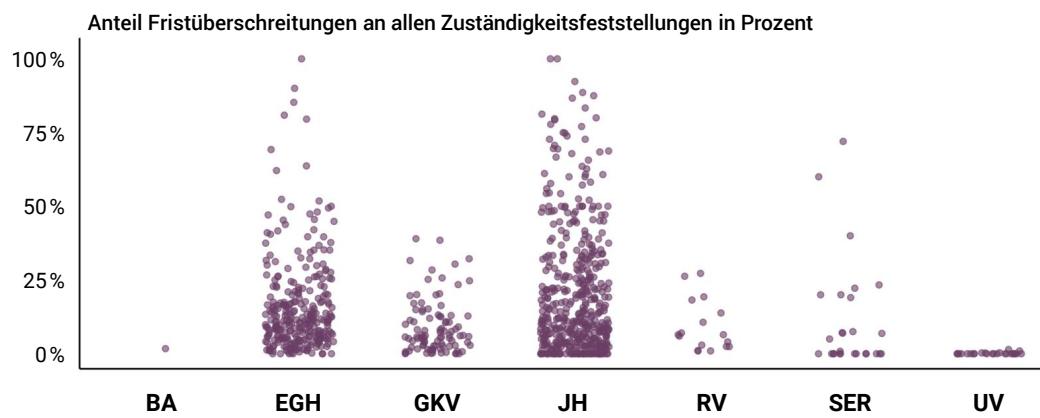
Aus den Trägerbereichen

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

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	4.9: Teilhabepläne	105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79						

Abbildung 14 gibt Auskunft darüber, wie stark die Anteile der Fristüberschreitung bei der Zuständigkeitsfeststellung zwischen den Trägern eines Trägerbereichs variieren. Dafür wurde der Anteil der Fristüberschreitungen für jeden Träger einzeln berechnet und jeweils als Punkt dargestellt.

Abbildung 14. Verteilung der Fristüberschreitungen pro Träger bei der Zuständigkeitsfeststellung



	BA	EGH	GKV	JH	RV	SER	UV
1. Quartil	-*	5,5	2,6	4,0	2,5	0	0
Median	1,7	11,3	5,8	12,5	6,5	0,8	0
3. Quartil	-*	20,3	12,7	30,8	13,8	19,5	0
Datengrundlage Anzahl Träger	1	290	95	453	17	27	25

* Daten werden aggregiert dargestellt, da die BA nicht als Trägerbereich strukturiert ist, sondern eine solitäre Rehabilitationsträgerin ist. Die Werte für das 1. und 3. Quartil entsprechen dem Median.

Berichtsjahr 2024

Ein Wert von 0 Prozent bedeutet, dass die Frist bei keinem Antrag überschritten wurde und alle Zuständigkeitsfeststellungen innerhalb von zwei Wochen erfolgt sind. Ein Wert von 100 Prozent bedeutet, dass die Frist bei allen Anträgen überschritten wurde, was bei zwei Trägern der JH und einem Träger der EGH der Fall war. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass diese drei Träger insgesamt nur eine geringe Anzahl an Zuständigkeitsfeststellungen gemeldet haben.

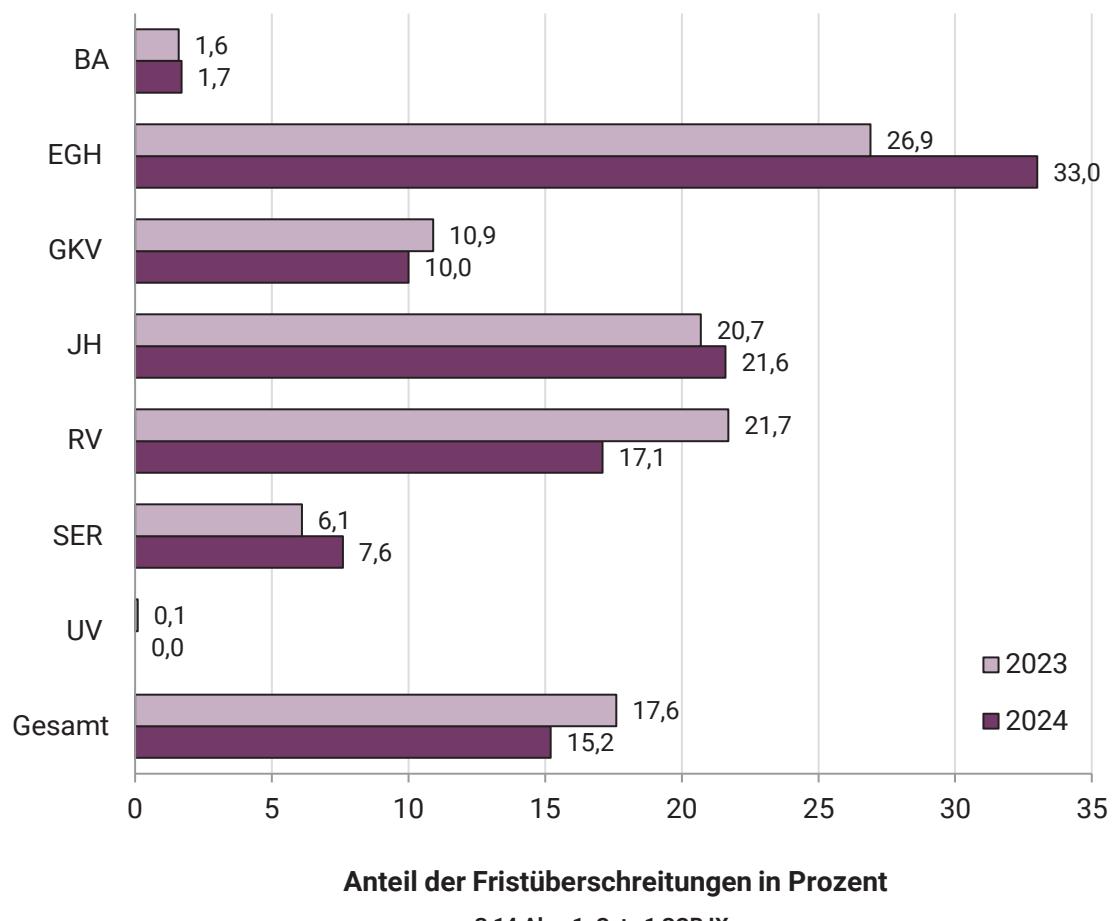
Sortiert man die Anteile der Fristüberschreitungen von den Trägern eines Bereichs der Größe nach, ist der Median der Wert, der diese Reihe in zwei Hälften teilt. Bei der GKV beispielsweise wurde die Zweiwochenfrist von der Hälfte der Träger bei weniger als 5,8 Prozent der Zuständigkeitsfeststellungen überschritten (siehe Spalte „Median“). Die RV bewegt sich mit einem Median von 6,5 Prozent auf einem ähnlichen Niveau.

Die Anteile der Fristüberschreitungen unterscheiden sich besonders innerhalb der Bereiche JH und EGH deutlich. Hier gibt es sowohl Träger, welche die Zuständigkeit beim Großteil der Anträge innerhalb von zwei Wochen festgestellt haben, als auch Träger mit vielen Fristüberschreitungen. In der EGH liegt der Anteil der Fristüberschreitungen bei der Hälfte der Träger unter 11,3 Prozent und in der JH unter 12,5 Prozent (siehe jeweils Spalte „Median“). Umgekehrt bedeutet dies, dass die Hälfte der Träger die Zuständigkeit bei knapp 90 Prozent oder einem noch höheren Anteil der Anträge fristgerecht festgestellt hat.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	4.9: Teilhabepläne	105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79						

Bei wie viel Prozent der Zuständigkeitsfeststellungen die gesetzliche Zweiwochenfrist überschritten wurde, ist in [Abbildung 15](#) für die Berichtsjahre 2023 und 2024 im Vergleich dargestellt. Während bei der EGH der Anteil der Fristüberschreitungen um 6,1 Prozentpunkte deutlich angestiegen ist, hat er sich im Bereich des SER um 1,5 Prozentpunkte leicht erhöht. Der Anteil der Fristüberschreitungen hat sich hingegen bei der RV um 4,6 Prozentpunkte reduziert. In den übrigen Trägerbereichen blieb die Veränderung von 2023 auf 2024 innerhalb eines Prozentpunktes.

Abbildung 15. Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung im Jahresvergleich



Datengrundlage 2023: 2.785.025 Zuständigkeitsfeststellungen von 870 Trägern (Gebietsstand 2024).
Datengrundlage 2024: 2.815.568 Zuständigkeitsfeststellungen von 870 Trägern (Gebietsstand 2024).

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112		
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.4: Gutachten	75	4.9: Teilhabepläne	105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.16: Integration in Arbeit	143
4.5: Bearbeitungsdauer	79					4.17: Förderung Selbsthilfe	146

4.3.2 Entscheidungen mit und ohne Gutachten

Hat ein Träger festgestellt, dass er für einen Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe zuständig ist, stellt er den Rehabilitationsbedarf fest. Gegebenenfalls beauftragt er dafür ein Gutachten. Im THVB wird daher zwischen Entscheidungen mit und ohne Gutachten unterschieden. Ausschlaggebend für die Zuordnung ist, ob der Träger das Gutachten selbst in Auftrag gegeben hat.

Aus einer geringen Anzahl an Entscheidungen mit Gutachten im THVB kann nicht geschlossen werden, dass nur selten Expertenmeinungen berücksichtigt werden. Auch Gutachten, die den Antragsstellern bereits aus anderen Kontexten vorliegen, werden bei der Bedarfsermittlung berücksichtigt. Diese gehen jedoch in die Anzahl der Entscheidungen ohne Gutachten ein, da sie nicht vom Träger beauftragt wurden.

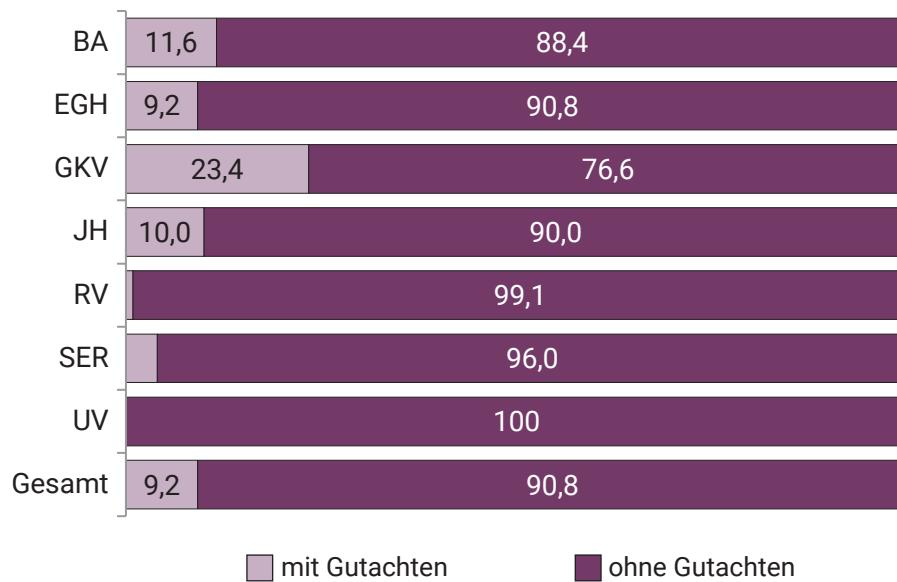


Für den THVB werden Gutachten erfasst, bei denen § 17 SGB IX Anwendung findet (u. a. sind Antragstellenden grundsätzlich mindestens drei verschiedene Sachverständige zu benennen und es sollte eine umfassende sozialmedizinische Begutachtung erstellt werden). Ob die in den Bereichen EGH und JH weit verbreiteten fachärztlichen Stellungnahmen den formalen und inhaltlichen Anforderungen eines solchen Gutachtens genügen, ist im Einzelfall zu klären und nicht immer trennscharf zu bestimmen. Anträge, bei denen Gutachten vom Träger beauftragt wurden, die nicht § 17 SGB IX entsprechen, fallen im THVB unter Entscheidungen ohne Gutachten.

Abbildung 16 und **Tabelle 7** zeigen, wie viele Entscheidungen zu Gesamtanträgen mit und ohne Gutachten erfolgten. Insgesamt wurde die überwiegende Mehrheit der Anträge ohne ein vom Träger beauftragtes Gutachten entschieden. Nur jede zehnte Entscheidung erfolgte mit einem solchen Gutachten (9,2 Prozent). Bei der GKV wurde bei knapp jeder vierten Entscheidung ein Gutachten beauftragt. Damit wurden in diesem Trägerbereich im Vergleich zu allen anderen Trägerbereichen anteilig die meisten Anträge mit Gutachten entschieden. Am geringsten war der Anteil von Entscheidungen mit Gutachten bei der UV mit 0 Prozent, gefolgt von der RV mit 0,9 Prozent.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	4.9: Teilhabepläne	105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79						

Abbildung 16. Prozentuale Verteilung der Entscheidungen mit und ohne Gutachten



Datengrundlage: 2.965.043 Entscheidungen von 870 Trägern für das Berichtsjahr 2024.



Aus den Trägerbereichen

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

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

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112		
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.4: Gutachten	75	4.9: Teilhabepläne	105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.16: Integration in Arbeit	143
4.5: Bearbeitungsdauer	79					4.17: Förderung Selbsthilfe	146

Tabelle 7. Anzahl der Entscheidungen mit und ohne Gutachten

Trägerbereich	Entscheidungen mit Gutachten	Entscheidungen ohne Gutachten	Entscheidungen insgesamt	Datengrundlage Anzahl Träger
BA	6.764	51.600	58.364	1
EGH	11.329	111.577	122.906	270
GKV	235.895	770.314	1.006.209	86
JH	3.546	31.826	35.372	440
RV	14.789	1.666.220	1.681.009	17
SER	40	964	1.004	24
UV	0	60.179	60.179	32
Gesamt	272.363	2.692.680	2.965.043	870

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2024 mit mindestens einer Entscheidung mit und/ oder mindestens einer Entscheidung ohne Gutachten, von denen Angaben zu beiden Merkmalen vorliegen. Die Anzahl der Entscheidungen insgesamt wurde entsprechend angepasst. Sie ergibt sich aus der Summe der Entscheidungen mit und ohne Gutachten.

4.3.2.1 Dreiwochenfrist ohne Gutachten (§ 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX)

Der leistende Rehabilitationsträger hat innerhalb von drei Wochen nach Eingang über einen Antrag zu entscheiden, sofern er zur Bedarfsfeststellung kein Gutachten in Auftrag gibt.



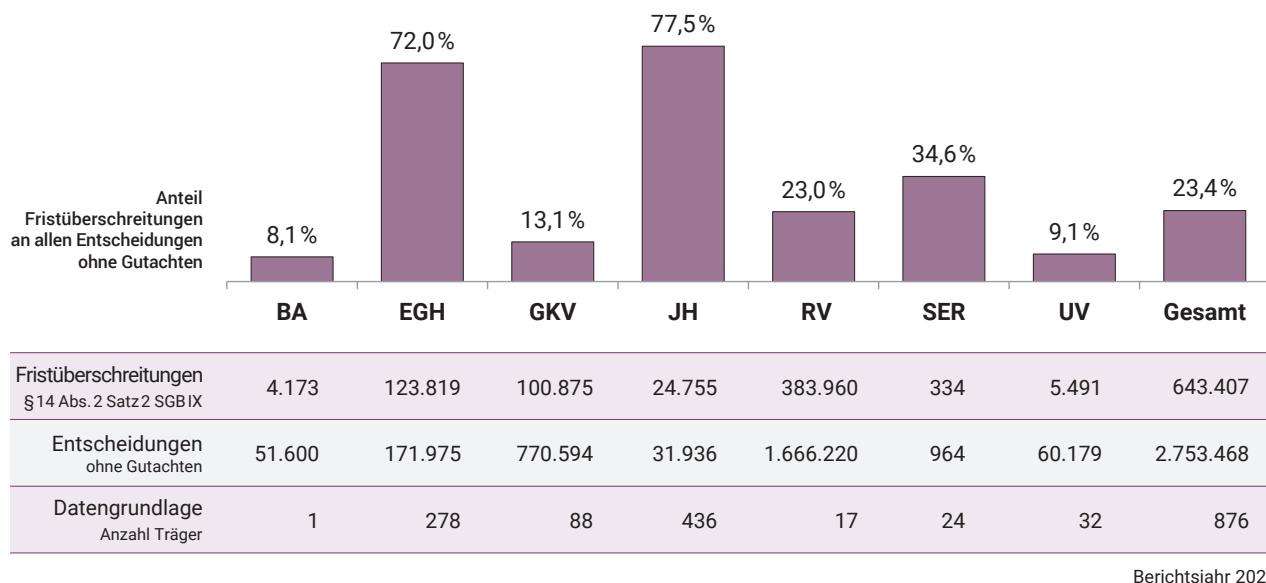
Fragestellung:

Wenn kein Gutachten zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs nötig ist:
Wie oft entscheidet der Träger nicht innerhalb von drei Wochen nach Antrags-
eingang über den Antrag?

Aus [Abbildung 17](#) ist ersichtlich, dass die Dreiwochenfrist nach § 14 Abs. 2 Satz 2 im Trägerbereich der JH bei 77,5 Prozent der Entscheidungen ohne Gutachten überschritten wurde. In der EGH lag dieser Anteil bei 72,0 Prozent. Die BA weist im Berichtsjahr 2024 mit 8,1 Prozent den geringsten Anteil an Fristüberschreitungen auf, gefolgt von der UV mit 9,1 Prozent.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	4.9: Teilhabepläne	105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79						

Abbildung 17. Überschreitung der Dreiwochenfrist bei Entscheidung ohne Gutachten



Im Trägerbereich der EGH gibt es im Berichtsjahr 2024 keine deutlichen Unterschiede zwischen örtlichen und überörtlichen Trägern. Bei den örtlichen Trägern kam es in 75,9 Prozent der Entscheidungen zu einer Überschreitung der Dreiwochenfrist nach § 14 Abs. 2 Satz 2. Bei den überörtlichen Trägern liegt dieser Anteil mit 70,1 Prozent etwas niedriger (siehe [Anhang](#)).



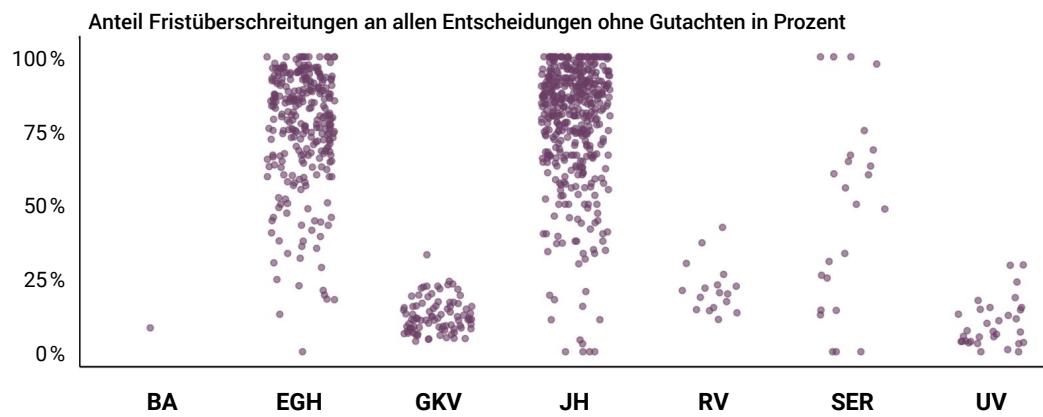
Aus den Trägerbereichen

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

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112		
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.4: Gutachten	75	4.9: Teilhabepläne	105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.16: Integration in Arbeit	143
4.5: Bearbeitungsdauer	79					4.17: Förderung Selbsthilfe	146

Abbildung 18 gibt Auskunft darüber, wie stark die Anteile der Fristüberschreitung bei der Bedarf feststellung ohne Gutachten zwischen den Trägern eines Trägerbereichs variieren. Dafür wurde der Anteil der Fristüberschreitungen für jeden Träger einzeln berechnet und jeweils als Punkt dargestellt.

Abbildung 18. Verteilung der Fristüberschreitungen pro Träger bei Entscheidungen ohne Gutachten



	BA	EGH	GKV	JH	RV	SER	UV
1. Quartil	-*	67,3	8,0	69,6	15,0	22,3	3,5
Median	8,1	80,7	11,1	84,4	20,0	52,8	6,8
3. Quartil	-*	91,6	15,4	92,5	22,7	67,1	14,2
Datengrundlage Anzahl Träger	1	278	88	436	17	24	32

* Daten werden aggregiert dargestellt, da die BA nicht als Trägerbereich strukturiert ist, sondern eine solitäre Rehabilitationsträgerin ist. Die Werte für das 1. und 3. Quartil entsprechen dem Median.

Berichtsjahr 2024

Ein Wert von 0 Prozent bedeutet, dass die Frist bei keinem Antrag überschritten wurde und der Träger alle Anträge innerhalb von drei Wochen entschieden hat, was bei einigen wenigen Trägern der UV, der EGH, der JH und des SER der Fall war. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die hier aufgelisteten steuerfinanzierten Träger, bis auf einen Träger der JH, nur eine geringe Anzahl an entschiedenen Anträgen ohne Gutachten gemeldet haben. Ein Wert von 100 Prozent bedeutet, dass die Frist bei allen Anträgen überschritten wurde.

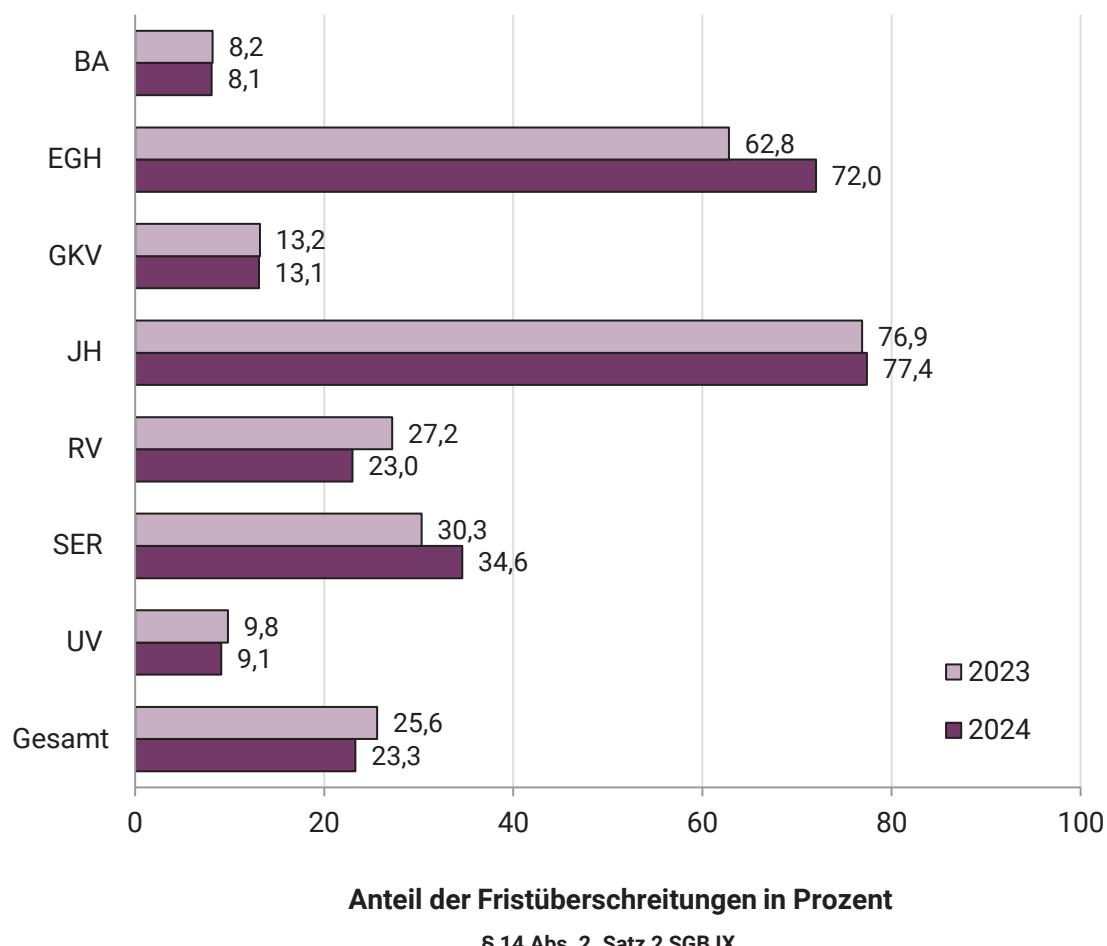
Sortiert man die Anteile der Fristüberschreitungen von den Trägern eines Bereichs der Größe nach, ist der Median der Wert, der diese Reihe in zwei Hälften teilt. Bei der RV beispielsweise wurde die Dreiwochenfrist von der Hälfte der Träger bei weniger als 20,0 Prozent der entschiedenen Anträge überschritten (siehe Spalte „Median“).

Der Anteil der Fristüberschreitungen nach § 14 Abs. 2 Satz 2 unterscheidet sich insbesondere innerhalb der Bereiche EGH, JH und SER deutlich zwischen den Trägern. Bei einigen wenigen Trägern wurden viele Anträge innerhalb der gesetzlichen Frist von drei Wochen entschieden, was mit einem geringen Anteil von Fristüberschreitungen einhergeht. Bei jeweils der Hälfte der Träger der JH und der EGH hingegen wurde die Frist bei mindestens 84,4 Prozent bzw. 80,7 Prozent der Anträge überschritten (siehe jeweils Spalte „Median“).

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	4.9: Teilhabepläne	105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79						

Bei wie viel Prozent der Entscheidungen ohne Gutachten die gesetzliche Dreiwochenfrist nach § 14 Abs. 2 Satz 2 überschritten wurde, zeigt [Abbildung 19](#) für die Berichtsjahre 2023 und 2024 im Vergleich. In den Trägerbereichen EGH und SER sind die Anteile der Fristüberschreitungen um 9,2 bzw. 4,3 Prozentpunkte angestiegen. Bei der RV ist der Anteil um 4,2 Prozentpunkte gesunken. Bei allen anderen Trägern zeigen sich nur minimale Abweichungen zum Vorjahr.

Abbildung 19. Fristüberschreitungen bei Entscheidungen zu Gesamtanträgen ohne Gutachten im Jahresvergleich



Datengrundlage 2023: 2.718.987 Entscheidungen ohne Gutachten von 829 Trägern (Gebietsstand 2024).
Datengrundlage 2024: 2.751.242 Entscheidungen ohne Gutachten von 829 Trägern (Gebietsstand 2024).

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112		
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.4: Gutachten	75	4.9: Teilhabepläne	105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.16: Integration in Arbeit	143
4.5: Bearbeitungsdauer	79					4.17: Förderung Selbsthilfe	146

4.3.2.2 Zweiwochenfrist nach Vorliegen des Gutachtens (§ 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX)

Wenn zur Bedarfsfeststellung ein Gutachten in Auftrag gegeben wird, muss der Träger innerhalb von zwei Wochen nach Vorlage des Gutachtens über den Antrag entscheiden.



Fragestellung:

Wenn ein Gutachten zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs nötig ist:
Wie oft entscheidet der Träger nicht innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens über den Antrag?

Abbildung 20 zeigt, dass in der JH bei fast drei Viertel der Entscheidungen mit Gutachten (72,9 Prozent) die Zweiwochenfrist nach § 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX überschritten wurde, gefolgt vom Trägerbereich der EGH mit 54,7 Prozent. Die BA weist im Berichtsjahr 2024 mit 9,7 Prozent den geringsten Anteil an Fristüberschreitungen auf.

Abbildung 20. Überschreitung der Zweiwochenfrist bei Entscheidung mit Gutachten



	BA	EGH	GKV	JH	RV	SER	UV	Gesamt
Fristüberschreitungen §14 Abs. 2 Satz 3 SGBIX	658	6.198	98.437	2.581	5.564	9	k.A.	113.447
Entscheidungen mit Gutachten	6.764	11.329	235.895	3.539	14.789	40	k.A.	272.356
Datengrundlage Anzahl Träger	1	147	84	167	16	7	0	422

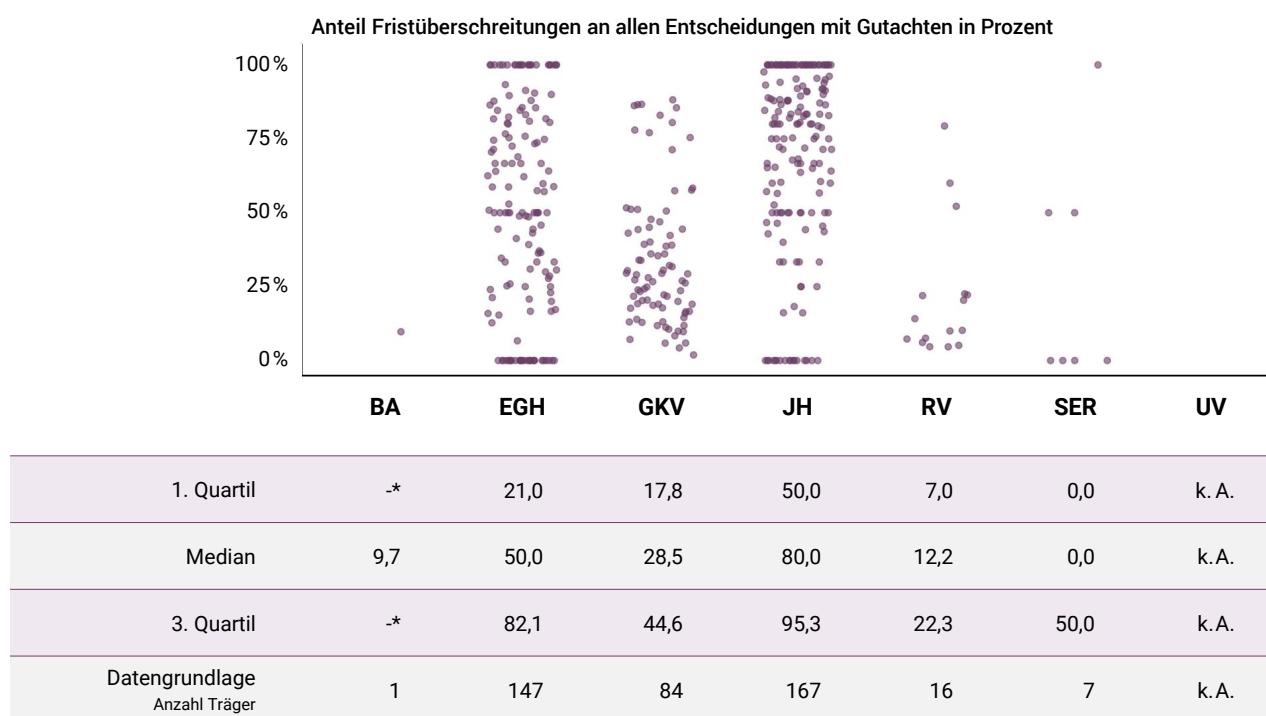
Berichtsjahr 2024

Im Trägerbereich EGH kam es bei den örtlichen Trägern mit 55,8 Prozent häufiger zu einer Überschreitung der Zweiwochenfrist nach Vorlage des Gutachtens als bei den überörtlichen Trägern mit 43,9 Prozent (siehe [Anhang](#)).

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	4.9: Teilhabepläne	105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79						

Abbildung 21 zeigt, wie stark die Anteile der Fristüberschreitung bei der Bedarfsfeststellung mit Gutachten zwischen den Trägern eines Trägerbereichs variieren. Dafür wurde der Anteil der Fristüberschreitungen für jeden Träger einzeln berechnet und jeweils als Punkt dargestellt.

Abbildung 21. Verteilung der Fristüberschreitungen pro Träger bei Entscheidungen mit Gutachten



* Daten werden aggregiert dargestellt, da die BA nicht als Trägerbereich strukturiert ist, sondern eine solitäre Rehabilitationsträgerin ist. Die Werte für das 1. und 3. Quartil entsprechen dem Median.

Berichtsjahr 2024

Ein Wert von 0 Prozent bedeutet, dass die Frist bei keinem Antrag überschritten wurde und der Träger alle Anträge innerhalb von zwei Wochen nach Vorlage des Gutachtens entschieden hat. Ein Wert von 100 Prozent bedeutet, dass die Frist bei allen Anträgen überschritten wurde. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass diese Träger, bis auf einen Träger der EGH mit 0 Prozent und einen Träger der JH mit 100 Prozent, insgesamt nur eine geringe Anzahl an entschiedenen Anträgen mit Gutachten gemeldet haben.

Die Anteile der Fristüberschreitungen nach § 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX unterscheiden sich in nahezu allen Trägerbereichen deutlich. Es gab also sowohl Träger mit vielen als auch Träger mit wenigen Fristüberschreitungen. Sortiert man die Anteile der Fristüberschreitungen von den Trägern eines Bereichs der Größe nach, ist der Median der Wert, der diese Reihe in zwei Hälften teilt. Bei der GKV beispielsweise wurde die Zweiwochenfrist von der Hälfte der Träger bei weniger als 28,5 Prozent der entschiedenen Anträge überschritten. Bei der Hälfte der Träger der EGH wurden mehr als 50,0 Prozent der Anträge nicht innerhalb von zwei Wochen nach Vorlage des Gutachtens entschieden (siehe jeweils Spalte „Median“).

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	& -konferenzen	105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne					

4.4 Gutachtendauer

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



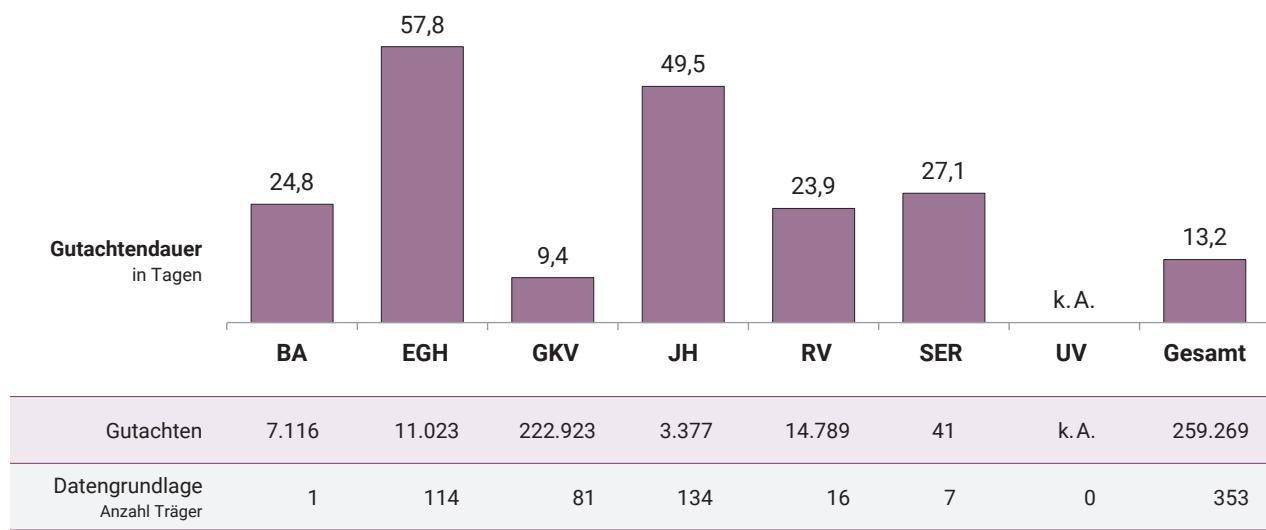
Fragestellungen:

Wie viele Gutachten zur Bedarfsfeststellung werden beauftragt?

Wie lange dauert es durchschnittlich, bis ein solches Gutachten vorliegt?

Aus [Abbildung 22](#) ist ersichtlich, dass die Erstellung eines Gutachtens insgesamt durchschnittlich 13,2 Tage dauerte. Diese Gesamtdauer über alle Träger wird maßgeblich durch den Trägerbereich GKV beeinflusst, der mit 222.923 Gutachten mit dem größten Gewicht eingeht und gleichzeitig mit 9,4 Tagen die geringste durchschnittliche Dauer pro Trägerbereich aufweist. In der EGH hingegen dauerte die Erstellung eines beauftragten Gutachtens im Durchschnitt 57,8 Tage und in der JH 49,5 Tage.

Abbildung 22. Durchschnittliche Dauer der Erstellung eines Gutachtens



4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen		4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	& -konferenzen		4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105				



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

Im Trägerbereich EGH wurden mit 91,0 Prozent die meisten der 12.525 gemeldeten Gutachten durch örtliche Träger beauftragt. Die übrigen 9,0 Prozent verteilen sich auf neun überörtliche Träger. Die Dauer der Erstellung eines Gutachtens fällt bei örtlichen und überörtlichen EGH-Trägern ähnlich aus. Im Durchschnitt dauerte die Erstellung eines Gutachtens bei den örtlichen Trägern 57,4 Tage und bei den überörtlichen Trägern 60,7 Tage (siehe [Anhang](#)).



Aus den Trägerbereichen

In den Bereichen **EGH** und **JH** führen lange Wartezeiten bei Fachärzten und Psychotherapeuten zu langen Dauern für die Erstellung eines Gutachtens (siehe auch Infobox „Aus den Trägerbereichen“ in [Kapitel 4.3](#)). Bei Kindern und Jugendlichen ist zudem die entwicklungsbedingte höhere Komplexität der Gutachtenerstellung zu berücksichtigen.

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

Gutachten zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs im Sinne des § 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX kommen in der **UV** in der Regel nicht zum Einsatz, sodass auch keine Angaben zur Dauer der Erstellung eines Gutachtens gemacht werden können (siehe auch Infobox „Aus den Trägerbereichen“ in [Kapitel 4.3](#)).

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	& -konferenzen		4.13: Mitteilungen lange			
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105	Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146

Tabelle 8 gibt Auskunft darüber, wie stark die Gutachtendauern zwischen den Trägern eines Trägerbereichs variieren. Sortiert man die durchschnittlichen Gutachtendauern der einzelnen Träger eines Bereichs der Größe nach, ist der Median der Wert, der diese Reihe in zwei Hälften teilt. In der GKV beispielsweise lag ein Gutachten bei der Hälfte der Träger nach spätestens 6,6 Tagen vor und bei der RV nach spätestens 30,3 Tagen (siehe jeweils Spalte „Median“).

Tabelle 8. Verteilung der durchschnittlichen Dauer der Erstellung eines Gutachtens pro Träger (in Tagen)

Trägerbereich	1. Quartil	Median	3. Quartil	Datengrundlage Anzahl Träger
BA	-*	24,8	-*	1
EGH	28,3	48,0	65,1	114
GKV	4,4	6,6	8,5	81
JH	17,7	38,7	71,5	134
RV	24,2	30,3	39,9	16
SER	8,5	13,0	49,5	7
UV	k. A.	k. A.	k. A.	0
Gesamt	8,1	27,3	56,5	353

Berichtsjahr 2024

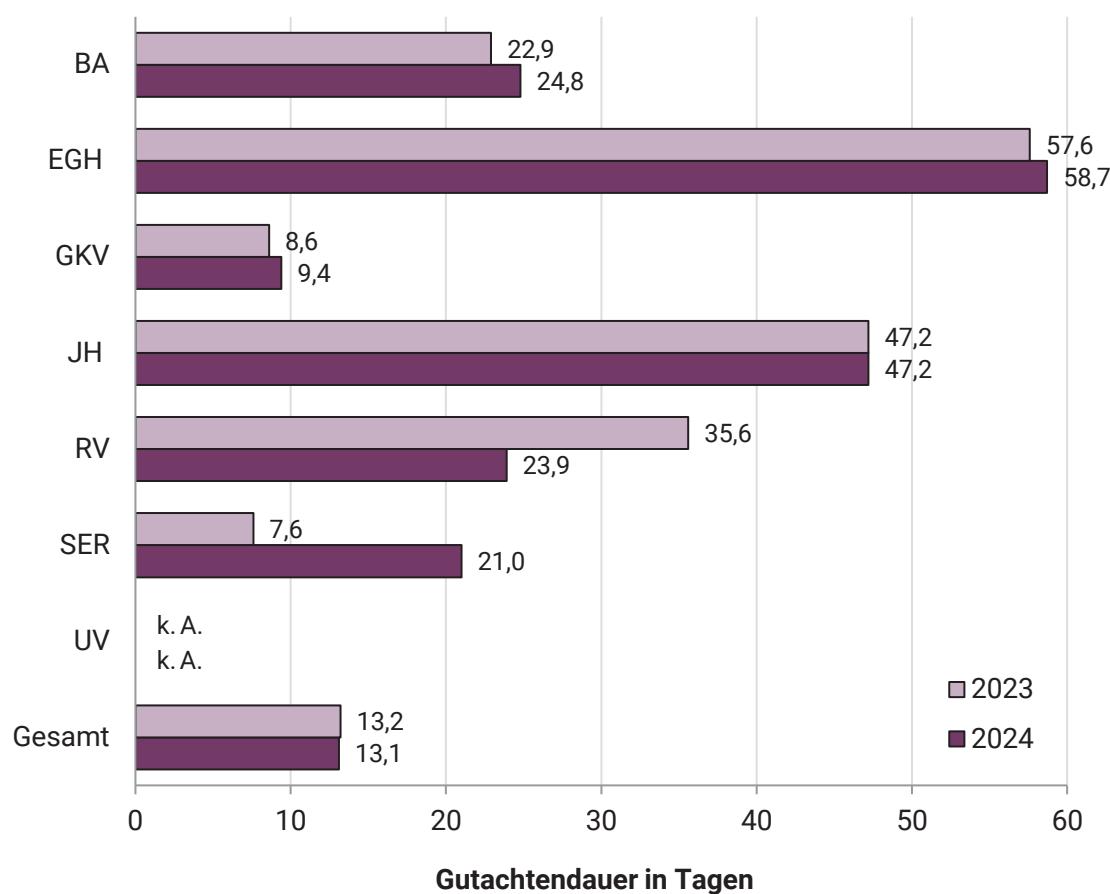
* Daten werden aggregiert dargestellt, da die BA nicht als Trägerbereich strukturiert ist, sondern eine solitäre Rehabilitationsträgerin ist. Die Werte für das 1. und 3. Quartil entsprechen dem Median.

Innerhalb der Bereiche EGH und JH unterscheidet sich die durchschnittliche Dauer zur Erstellung eines Gutachtens deutlich zwischen den jeweiligen Trägern. Betrachtet man die der Größe nach aufsteigend sortierten Gutachtendauern pro Träger, ist das erste Quartil der Wert, bis zu dem ein Viertel der Gutachtendauern liegt. Das dritte Quartil ist der Wert, ab dem sich ein Viertel aller übermittelten Gutachtendauern befindet. In der JH beispielsweise lagen bei einem Viertel der Träger Gutachten nach spätestens 17,7 Tagen vor (siehe Spalte „1. Quartil“), während bei einem weiteren Viertel der JH-Träger mindestens 71,5 Tage vergingen, bis ein Gutachten vorlag (siehe Spalte „3. Quartil“). Der Abstand zwischen dem ersten und dem dritten Quartil beträgt 53,8 Tage. Auch in der EGH ist der Interquartilsabstand mit 36,8 Tagen relativ hoch. In beiden Trägerbereichen liegen bei einigen Trägern Gutachten im Durchschnitt vergleichsweise schnell vor, während man bei anderen Trägern auf Gutachten länger warten muss.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	& -konferenzen		4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer		4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105				

Wie lange es im Durchschnitt dauerte, bis ein Gutachten vorlag, wird in **Abbildung 23** für die Jahre 2023 und 2024 verglichen. Im Bereich des SER stieg die durchschnittliche Gutachtendauer um 13,4 Tage von 7,6 auf 21,0 Tage an, wobei hier Daten von nur 4 Trägern vorliegen. Im Bereich der RV reduzierte sich die Dauer bis zur Vorlage eines beauftragten Gutachtens um 11,7 Tage von 35,6 auf 23,9 Tage. Bei allen anderen Trägern sind die Veränderungen geringfügig.

Abbildung 23. Durchschnittliche Dauer der Erstellung eines Gutachtens im Jahresvergleich



Datengrundlage 2023: 250.436 Gutachten von 289 Trägern (Gebietsstand: 2024).
 Datengrundlage 2024: 258.244 Gutachten von 289 Trägern (Gebietsstand: 2024).

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	& -konferenzen		4.13: Mitteilungen lange			
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105	Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146

4.5 Bearbeitungsdauer

Die Bearbeitungsdauer ergibt sich aus der Zeit vom Antragseingang beim leistenden Rehabilitationsträger bis zur Entscheidung bzw. Erledigung des Antrags. Diese wird eingangs für alle Anträge insgesamt berichtet. In den beiden nachfolgenden Kapiteln wird die Bearbeitungsdauer zunächst für bewilligte und anschließend für erledigte Anträge dargestellt.



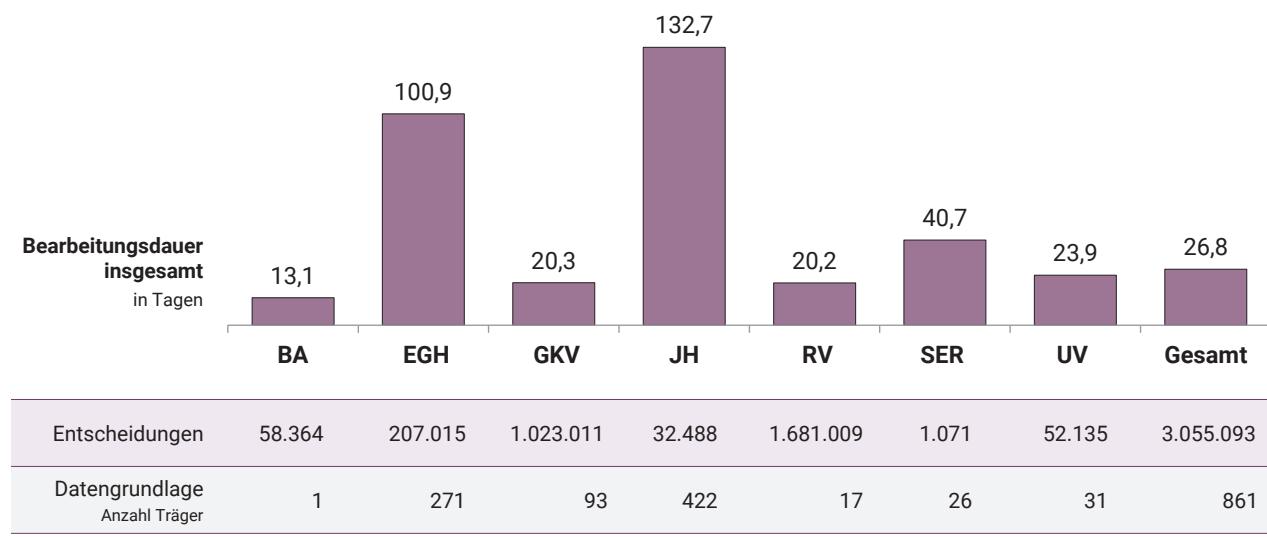
Fragestellungen:

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

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

Abbildung 24 zeigt die durchschnittliche Bearbeitungsdauer pro Trägerbereich unabhängig davon, wie über den Antrag entschieden wurde. In der JH vergingen im Durchschnitt 132,7 Tage bis zur Entscheidung. In der EGH benötigten Träger dafür im Durchschnitt 100,9 Tage. In den übrigen Trägerbereichen fällt die durchschnittliche Bearbeitungsdauer niedriger aus.

Abbildung 24. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei allen Entscheidungen



Im Trägerbereich EGH dauerte es bei den örtlichen Trägern durchschnittlich 117,1 Tage, bis über einen Antrag entschieden wurde. Die überörtlichen Träger benötigten im Durchschnitt 92,1 Tage bis zur Entscheidung (siehe [Anhang](#)).

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75		105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne					



Aus den Trägerbereichen

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

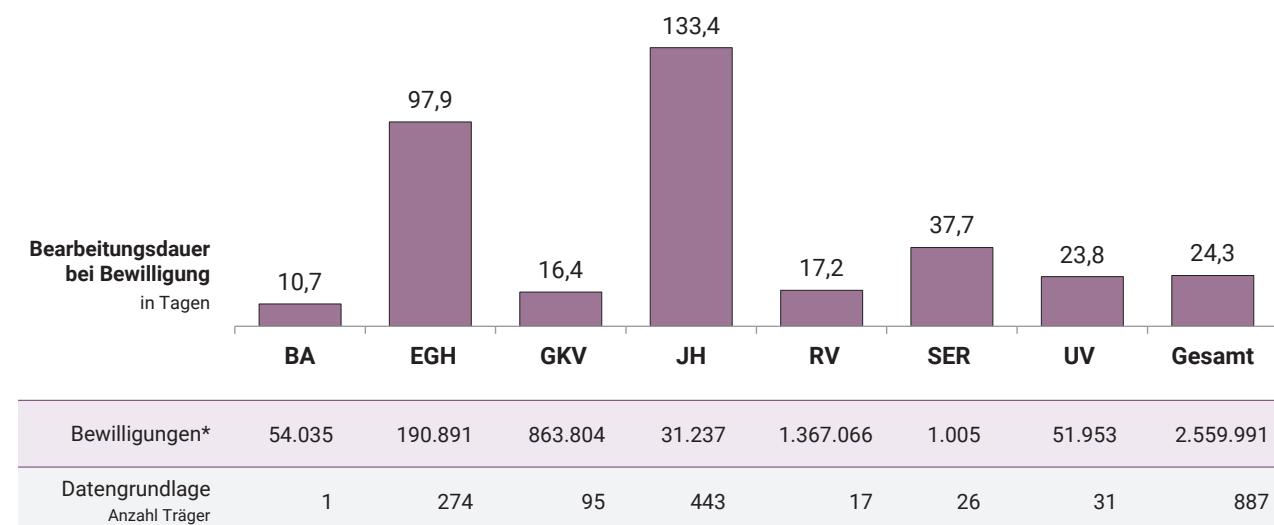
Auch das verspätete Einreichen von Nachweisen durch die Antragsteller selbst (z. B. bereits vorliegende Gutachten oder fachärztliche bzw. psychotherapeutische Stellungnahmen, Nachweise über Einkommen und Vermögen, Zeugnisse) verlängert die Bearbeitungsdauer in den Bereichen **EGH** und **JH**.

4.5.1 Bearbeitungsdauer bei Bewilligung

Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer von Bewilligungen beinhaltet sowohl vollständig als auch teilweise bewilligte Anträge. Bei einer teilweisen Bewilligung wurde mindestens eine vom Antrag umfasste Leistung nicht bewilligt, sofern mehr als eine Leistung beantragt wurde. Eine teilweise Bewilligung liegt auch vor, wenn eine Leistung bewilligt wird, sie aber in Art und Umfang von der (ursprünglich) beantragten Leistung abweicht.

In [Abbildung 25](#) ist dargestellt, wie lange es bis zur Entscheidung über einen Antrag dauerte, wenn dieser bewilligt wurde. In der JH vergingen durchschnittlich mehr als vier Monate (133,4 Tage) bis zur Bewilligung. In der EGH benötigten Träger dafür im Durchschnitt etwas mehr als drei Monate (97,9 Tage). In den übrigen Trägerbereichen fällt die Bewilligungsdauer niedriger aus.

Abbildung 25. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei Bewilligung



* Eine Bewilligung liegt vor, wenn ein Antrag vollständig oder teilweise bewilligt wird.

Berichtsjahr 2024

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75			4.13: Mitteilungen lange			
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105	Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146

Tabelle 9 zeigt, wie stark die Bearbeitungsdauern bei bewilligten Anträgen zwischen den Trägern eines Trägerbereichs variieren. Sortiert man die durchschnittlichen Bewilligungsdauern der einzelnen Träger eines Bereichs der Größe nach, ist der Median der Wert, der diese Reihe in zwei Hälften teilt. In der UV beispielsweise lag bei der Hälfte der Träger eine Bewilligung durchschnittlich nach spätestens 8,8 Tagen vor. Jeweils die Hälfte der Träger der GKV und der RV bewilligten einen Antrag im Durchschnitt nach spätestens 15,2 bzw. 15,4 Tagen (siehe jeweils Spalte „Median“).

Tabelle 9. Verteilung der durchschnittlichen Bearbeitungsdauern bei Bewilligung pro Träger (in Tagen)

Trägerbereich	1. Quartil	Median	3. Quartil	Datengrundlage Anzahl Träger
BA	-*	10,7	-*	1
EGH	75,4	107,0	134,1	274
GKV	11,3	15,2	19,7	95
JH	83,7	124,6	176,7	443
RV	12,1	15,4	18,5	17
SER	20,1	40,8	73,2	26
UV	4,8	8,8	22,1	31
Gesamt	53,0	100,7	148,0	887

Berichtsjahr 2024

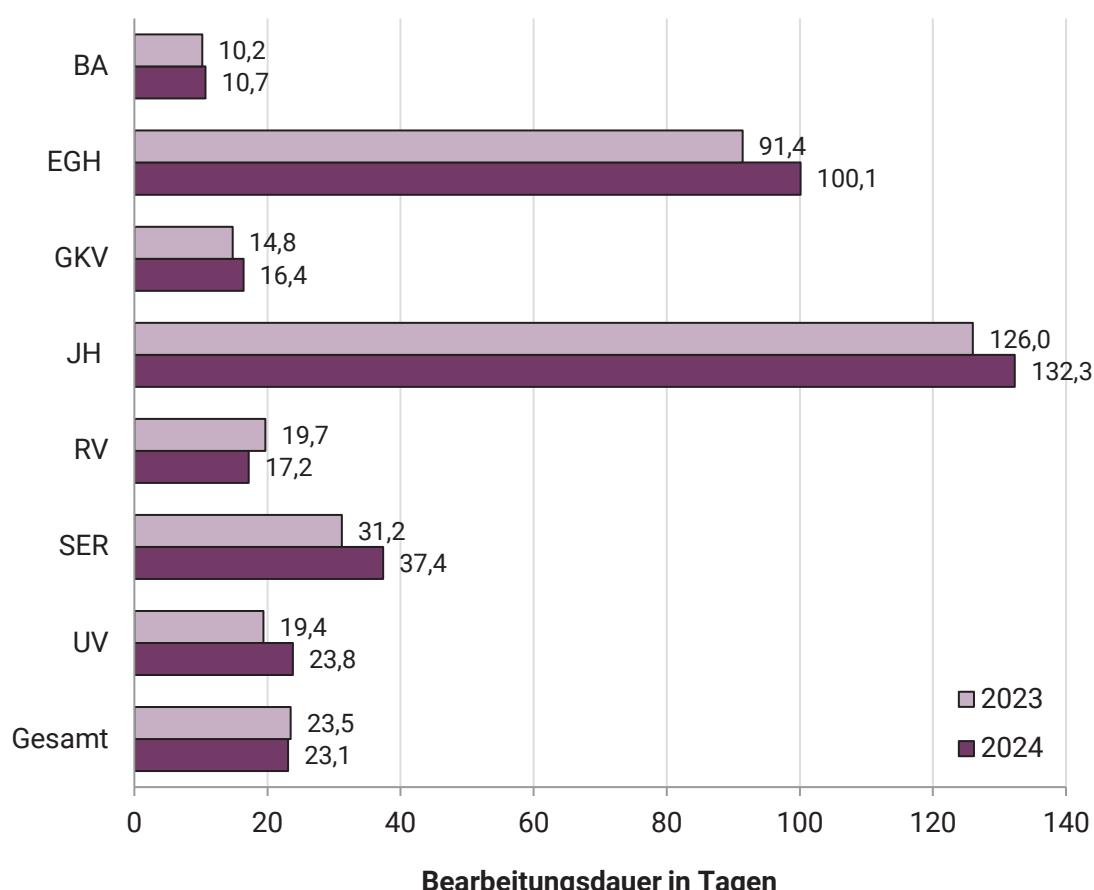
* Daten werden aggregiert dargestellt, da die BA nicht als Trägerbereich strukturiert ist, sondern eine solitäre Rehabilitationsträgerin ist. Die Werte für das 1. und 3. Quartil entsprechen dem Median.

Betrachtet man die der Größe nach aufsteigend sortierten Bewilligungsdauern pro Träger, ist das erste Quartil der Wert, bis zu dem ein Viertel der Bewilligungsdauern liegt. Das dritte Quartil ist der Wert, ab dem sich ein Viertel aller übermittelten Bewilligungsdauern befindet. In der EGH beispielsweise wurden die Anträge bei einem Viertel der Träger nach spätestens 75,4 Tagen bewilligt (siehe Spalte „1. Quartil“), während bei einem weiteren Viertel der EGH-Träger mindestens 134,1 Tage vergingen, bis ein Antrag bewilligt wurde (siehe Spalte „3. Quartil“). Der Abstand zwischen dem ersten und dem dritten Quartil beträgt also 58,7 Tage. Im Bereich der JH ist der Interquartilsabstand mit 93,0 Tagen noch größer. Hier gibt es also jeweils Träger, die Anträge deutlich schneller bearbeiten als andere Träger aus demselben Bereich.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75		105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne					

Wie lange es in den einzelnen Trägerbereichen im Durchschnitt dauerte, bis ein Antrag bewilligt wurde, wird in **Abbildung 26** für die Jahre 2023 und 2024 verglichen. In den Trägerbereichen EGH, JH, SER und UV erhöhte sich die durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei Bewilligungen jeweils um mindestens vier Tage. Bei BA, GKV und RV veränderte sie sich jeweils nur geringfügig.

Abbildung 26. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei Bewilligung im Jahresvergleich



Datengrundlage 2023: 2.481.029 bewilligte Gesamtanträge von 836 Trägern (Gebietsstand 2024).
Datengrundlage 2024: 2.515.351 bewilligte Gesamtanträge von 836 Trägern (Gebietsstand 2024).

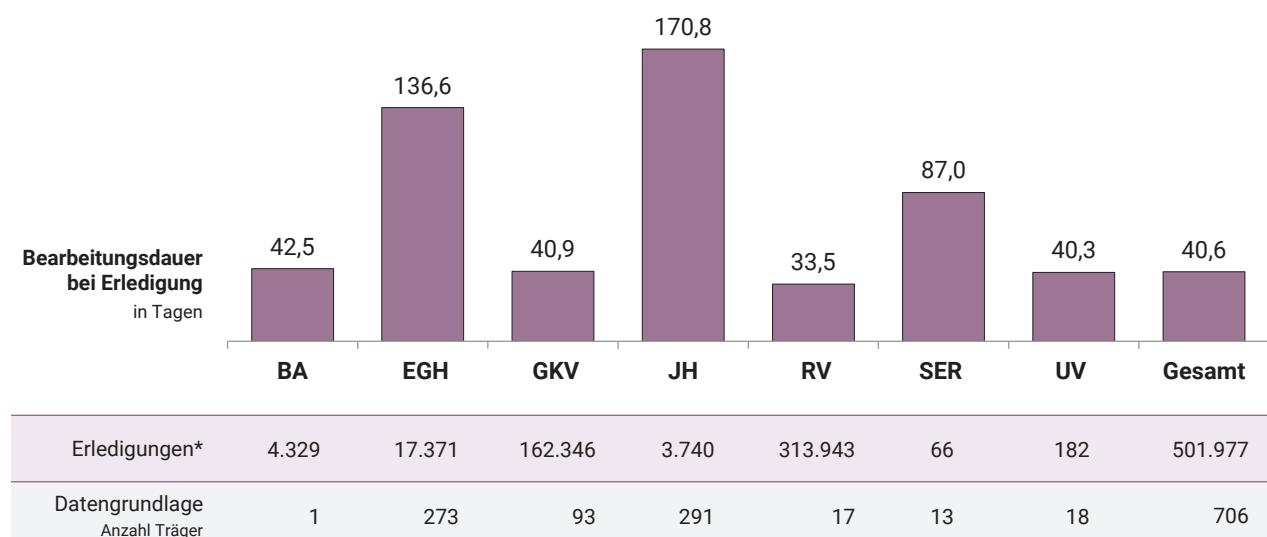
4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	4.9: Teilhabepläne	105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79						

4.5.2 Bearbeitungsdauer bei Erledigung

Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer von Erledigungen beinhaltet vollständig abgelehnte und sonstig erledigte Anträge (z. B. Antrag zurückgezogen, antragstellende Person verstorben).

In [Abbildung 27](#) ist dargestellt, wie lange es bis zur Erledigung eines Antrags dauerte. Im Trägerbereich der JH vergingen durchschnittlich 170,8 Tage bis zur Erledigung eines Antrags, gefolgt von der EGH mit 136,6 Tagen und dem SER mit 87,0 Tagen. Die Sozialversicherungsträger lagen im Durchschnitt bei ca. 1 bis 1,5 Monaten.

Abbildung 27. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei Erledigung



*Unter eine Erledigung fallen vollständige Ablehnungen und sonstige Erledigungen (z.B. Antrag zurückgezogen, antragstellende Person verstorben).

Berichtsjahr 2024

Im Vergleich zu der Bearbeitungsdauer bei Bewilligung ist die Bearbeitungsdauer bei Erledigung in allen Trägerbereichen deutlich höher – bei der BA beispielsweise fällt sie bei Erledigungen etwa einen Monat länger aus (Erledigungen: 42,5 Tage, Bewilligungen: 10,7 Tage). In den Bereichen EGH, JH und SER beträgt die Differenz mehr als einen Monat (siehe [Abbildung 27](#)).

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	& -konferenzen	105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne					

Tabelle 10 gibt Auskunft darüber, wie stark die durchschnittlichen Bearbeitungsdauern zwischen den Trägern eines Trägerbereichs variieren, wenn ein Antrag erledigt wurde. Sortiert man die durchschnittlichen Erledigungsdauren der einzelnen Träger eines Bereichs der Größe nach, ist der Median der Wert, der diese Reihe in zwei Hälften teilt. Bei der GKV beispielsweise erledigte die Hälfte der Träger einen Antrag nach spätestens 36,6 Tagen, während in den Trägerbereichen UV und RV jeweils maximal ein Monat (30,6 und 31,0 Tage) verging, bis ein Antrag erledigt wurde (siehe jeweils Spalte „Median“).

Tabelle 10. Verteilung der durchschnittlichen Bearbeitungsdauern bei Erledigung pro Träger (in Tagen)

Trägerbereich	1. Quartil	Median	3. Quartil	Datengrundlage Anzahl Träger
BA	-*	42,5	-*	1
EGH	95,0	135,0	170,9	273
GKV	28,7	36,6	49,9	93
JH	87,2	141,1	207,0	291
RV	26,2	31,0	36,9	17
SER	58,2	99,0	108,0	13
UV	7,8	30,6	45,6	18
Gesamt	58,8	117,9	171,3	706

Berichtsjahr 2024

* Daten werden aggregiert dargestellt, da die BA nicht als Trägerbereich strukturiert ist, sondern eine solitäre Rehabilitationsträgerin ist. Die Werte für das 1. und 3. Quartil entsprechen dem Median.

Betrachtet man die der Größe nach aufsteigend sortierten Erledigungsdauren pro Träger, ist das erste Quartil der Wert, bis zu dem ein Viertel der Erledigungsdauren liegt. Das dritte Quartil ist der Wert, ab dem sich ein Viertel aller übermittelten Erledigungsdauren befindet. In der EGH beispielsweise wurden die Anträge bei einem Viertel der Träger nach spätestens 95,0 Tagen bewilligt (siehe Spalte „1. Quartil“), während bei einem weiteren Viertel der EGH-Träger mindestens 170,9 Tage vergingen, bis ein Antrag bewilligt wurde (siehe Spalte „3. Quartil“). Der Abstand zwischen dem ersten und dem dritten Quartil beträgt also 75,9 Tage. Im Bereich der JH ist der Interquartilsabstand mit 119,8 Tagen noch größer. Hier gibt es also jeweils Träger, die Anträge deutlich schneller bearbeiten als andere Träger aus demselben Bereich.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75		105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne					

4.6 Entscheidungsarten

Die Entscheidungsart gibt Aufschluss darüber, wie Anträge abschließend bearbeitet werden. Ein Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe kann folgendermaßen entschieden bzw. erledigt werden:

- Bei einer **vollständigen Bewilligung** wurden alle vom Antrag umfassten Leistungen in Art und Umfang so bewilligt, wie sie beantragt worden sind.
- Bei einer **teilweisen Bewilligung** wurde mindestens eine vom Antrag umfasste Leistung nicht bewilligt, sofern mehr als eine Leistung beantragt wurde. Eine teilweise Bewilligung liegt auch vor, wenn eine Leistung bewilligt wird, sie aber in Art und Umfang von der (ursprünglich) beantragten Leistung abweicht.
- Bei einer **vollständigen Ablehnung** wurden alle vom Antrag umfassten Leistungen vollständig abgelehnt.
- Unter einer **sonstige Erledigung** fällt beispielsweise die Rücknahme eines Antrags durch Antragstellende oder das Versterben von Antragstellenden.

Informationen zur Erfassung und Berechnung der Entscheidungsarten finden sich in [Kapitel 2.3.1](#).



Fragestellung:

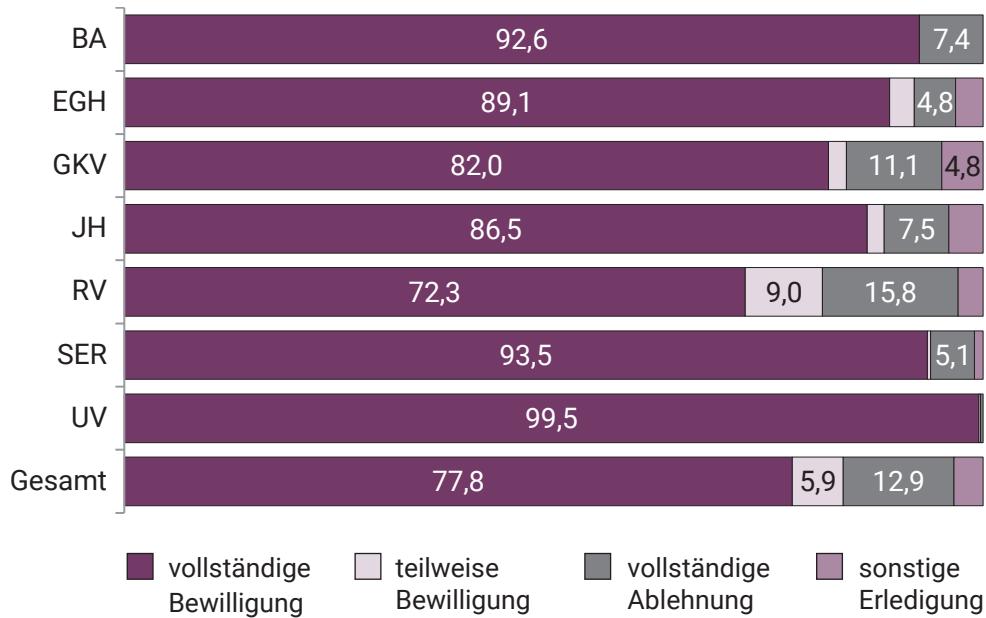
Mit welcher Entscheidung werden Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe abschließend bearbeitet?

In [Abbildung 28](#) und [Tabelle 11](#) wird die Verteilung der einzelnen Entscheidungsarten innerhalb der Trägerbereiche gezeigt. Insgesamt wurden 83,7 Prozent der Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe vollständig oder teilweise bewilligt, mehr als drei Viertel vollständig. Etwa jeder achte Antrag (12,9 Prozent) wurde vollständig abgelehnt.

Ein differenzierteres Bild gibt der Blick auf die einzelnen Trägerbereiche. Bei der UV wurden Anträge mit 99,5 Prozent am häufigsten bewilligt, gefolgt vom SER-Bereich mit 93,5 Prozent und der BA mit 92,6 Prozent. Vollständige Ablehnungen lagen ausschließlich im Bereich der RV (15,8 Prozent) und der GKV (11,1 Prozent) im zweistelligen Bereich. Bei der RV wurden außerdem 9,0 Prozent der Anträge teilweise bewilligt. In den übrigen Trägerbereichen lag dieser Anteil jeweils bei unter 3,0 Prozent. Sonstig erledigt wurden in allen Trägerbereichen jeweils weniger als 5,0 Prozent der Anträge.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75		105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne					

Abbildung 28. Prozentuale Verteilung der Entscheidungsarten des Gesamtantrags



Datengrundlage: 3.075.030 Entscheidungen von 891 Trägern für das Berichtsjahr 2024.

Im Trägerbereich der **EGH** wurde sowohl bei den örtlichen Trägern mit 87,2 Prozent als auch bei den überörtlichen Trägern mit 90,2 Prozent der Großteil der Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe vollständig bewilligt. Die örtlichen Träger lehnten Anträge mit 6,6 Prozent an den entschiedenen Gesamtanträgen etwas häufiger ab als die überörtlichen Träger mit 3,8 Prozent. Die Anteile für teilweise Bewilligungen (örtlich: 3,1 Prozent, überörtlich: 2,7 Prozent) und für sonstige Erledigungen (örtlich: 3,0 Prozent, überörtlich: 3,3 Prozent) unterscheiden sich kaum (siehe [Anhang](#)).



Aus den Trägerbereichen

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

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

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75		105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne					

Tabelle 11. Anzahl der Entscheidungsarten des Gesamtantrags

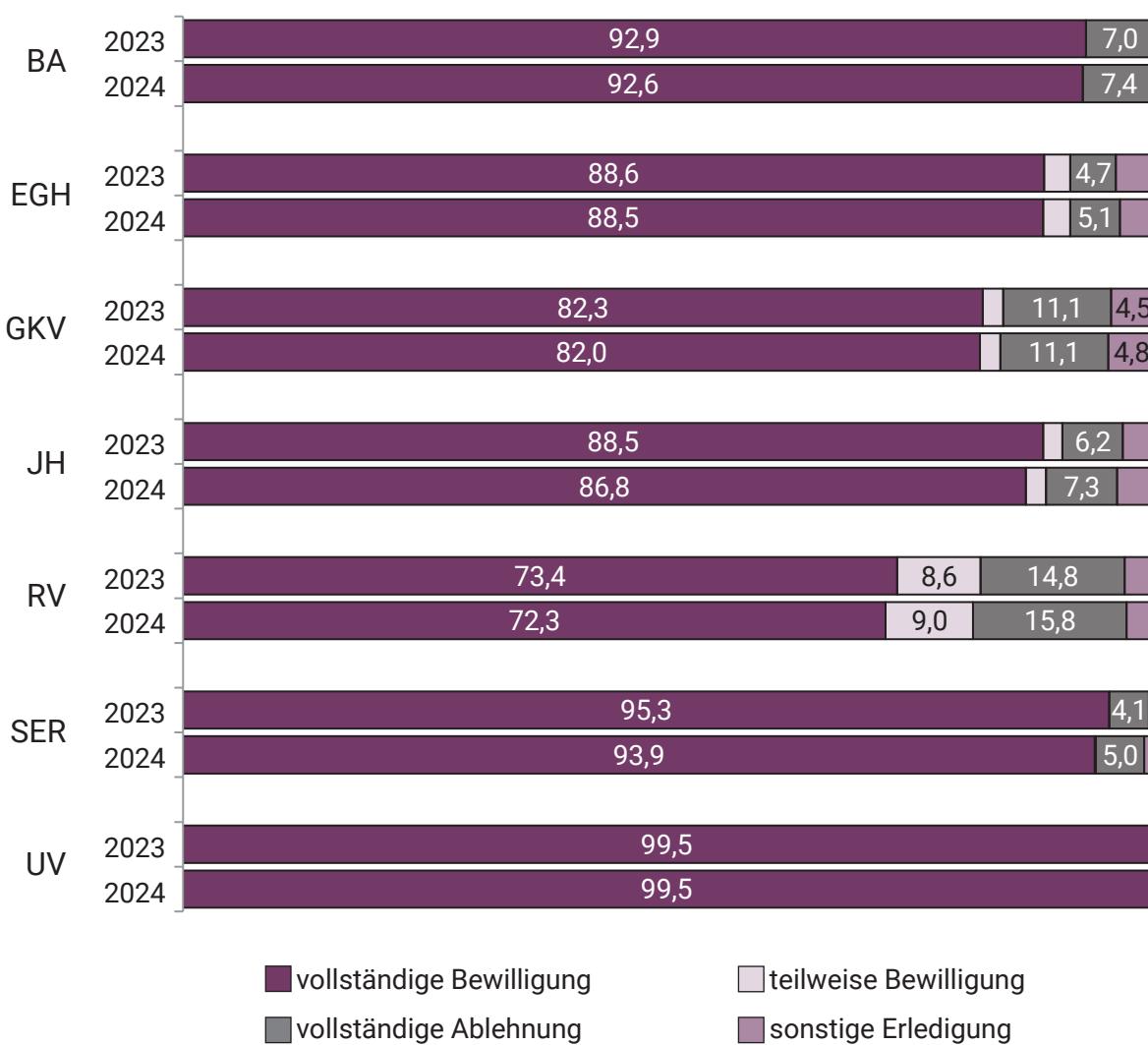
Träger- bereich	Vollständige Bewilli- gungen	Teilweise Bewilli- gungen	Vollständige Ableh- nungen	Sonstige Erledi- gungen	Entschei- dungen insgesamt	Daten- grundlage Anzahl Träger
BA	54.035	0	4.328	1	58.364	1
EGH	191.801	6.142	10.407	6.942	215.292	284
GKV	839.391	21.673	113.304	49.053	1.023.421	94
JH	30.885	702	2.689	1.418	35.694	437
RV	1.215.166	151.900	265.653	48.290	1.681.009	17
SER	1.001	4	55	11	1.071	26
UV	59.862	116	201	0	60.179	32
Gesamt	2.392.141	180.537	396.637	105.715	3.075.030	891

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2024 mit mindestens einer Entscheidung, von denen zu allen vier Entscheidungsarten eine Angabe zur Anzahl vorliegt bzw. berechnet werden kann. Die Anzahl der Entscheidungen insgesamt wurde entsprechend angepasst. Sie ergibt sich aus der Summe der Anzahl vollständiger Bewilligungen, teilweiser Bewilligungen, vollständiger Ablehnungen und sonstiger Erledigungen.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	4.9: Teilhabepläne	105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79						

In [Abbildung 29](#) ist gegenübergestellt, welchen Anteil die jeweiligen Entscheidungsarten an allen Entscheidungen im Jahresvergleich von 2023 mit 2024 ausmachen. Hier sind keine nennenswerten Veränderungen erkennbar.

Abbildung 29. Prozentuale Verteilung der Entscheidungsarten des Gesamtantrags im Jahresvergleich



Datengrundlage 2023: 2.974.940 Entscheidungen von 806 Trägern (Gebietsstand 2024).

Datengrundlage 2024: 3.031.989 Entscheidungen von 806 Trägern (Gebietsstand 2024).

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen		4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	& -konferenzen	99	4.13: Mitteilungen lange			
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105	Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146

4.7 Antrittslaufzeit

Die Antrittslaufzeit bezeichnet die durchschnittliche Zeitdauer zwischen dem Datum des Bewilligungsbescheides und dem Beginn der ersten angetretenen Leistung. Wird eine Leistung am Tag des Bescheides oder danach angetreten, spricht man von einer positiven Antrittslaufzeit (mit positivem Vorzeichen). Eine Leistung, die vor dem Bewilligungsbescheid angetreten wird, hat eine negative Antrittslaufzeit (mit negativem Vorzeichen) zur Folge.



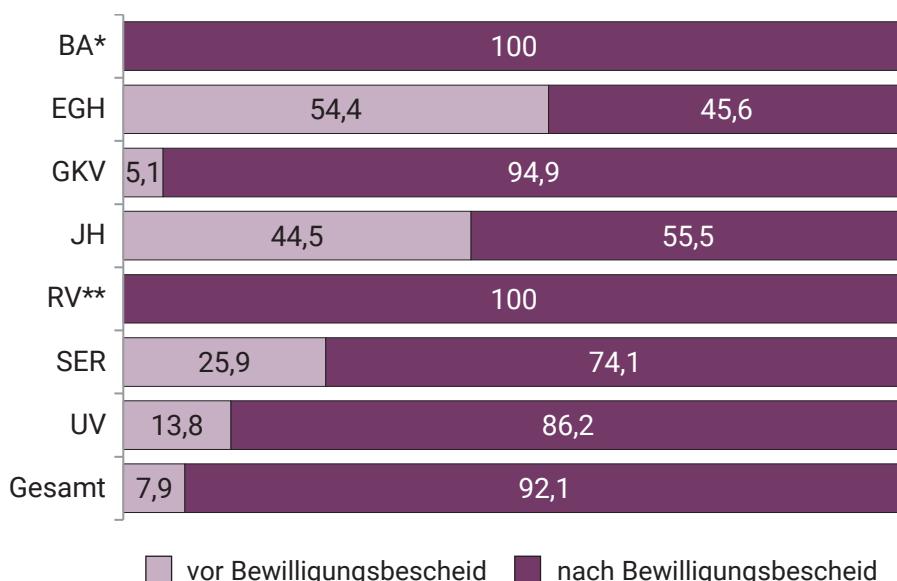
Fragestellungen:

Wie lange dauert es durchschnittlich, bis Leistungen erbracht werden?

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

Abbildung 30 und **Tabelle 12** zeigen auf, bei wie vielen Anträgen Leistungsantritte vor oder nach dem Bewilligungsbescheid erfolgt sind. Im Vergleich zu den anderen Trägerbereichen wurden Leistungen in der EGH und in der JH mit 54,4 Prozent bzw. 44,5 Prozent am häufigsten vor dem Bewilligungsbescheid angetreten. In der GKV kam dies mit 5,1 Prozent selten vor. Bei der BA erfolgt eine Maßnahmezuweisung und bei der DRV ein Maßnahmeantritt nur nach einer Bewilligung, sodass Leistungsantritte vor dem Bewilligungsbescheid in diesen beiden Trägerbereichen grundsätzlich nicht vorkommen.

Abbildung 30. Prozentuale Verteilung der Anträge mit Leistungsantritt vor und nach Bewilligungsbescheid



Datengrundlage: 2.149.171 Anträge mit Leistungsantritt von 865 Trägern für das Berichtsjahr 2024.

* Bei der BA erfolgt eine Maßnahmezuweisung nur nach einer Bewilligung.

** Bei der DRV erfolgt ein Maßnahmeantritt nur nach einer Bewilligung.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen		4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	& -konferenzen	99	4.13: Mitteilungen lange		4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105	Verfahrensdauer	122		

Tabelle 12. Anzahl der Anträge mit Leistungsantritt vor und nach Bewilligungsbescheid

Trägerbereich	Anträge mit Leistungsantritt vor Bescheid	Anträge mit Leistungsantritt nach Bescheid	Anträge mit erfolgtem Leistungsantritt	Datengrundlage Anzahl Träger
BA	-*	48.603	48.603	1
EGH	113.653	95.119	208.772	272
GKV	38.842	721.020	759.862	95
JH	12.038	15.044	27.082	428
RV	-**	1.060.016	1.060.016	17
SER	128	367	495	21
UV	6.131	38.210	44.341	31
Gesamt	170.792	1.978.379	2.149.171	865

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2024 mit mindestens einem Leistungsantritt, von denen Angaben zur Anzahl der Anträge mit Leistungsantritt vor und nach dem Bewilligungsbescheid vorliegen. Die Anzahl der Anträge mit erfolgtem Leistungsantritt wurde entsprechend angepasst. Sie ergibt sich aus der Summe der Anträge mit Leistungsantritt vor und nach dem Bewilligungsbescheid.

* Bei der BA erfolgt eine Maßnahmeverweisung nur nach einer Bewilligung.

** Bei der DRV erfolgt ein Maßnahmeantritt nur nach einer Bewilligung.

Bei den örtlichen Trägern des Trägerbereichs EGH wurden die Leistungen bei jeweils etwa der Hälfte der Anträge vor bzw. nach Erhalt des Bewilligungsbescheides angetreten (49,6 Prozent und 50,4 Prozent). Bei den überörtlichen Trägern lag der Anteil der Anträge mit Leistungsantritt vor Erhalt des Bewilligungsbescheides mit 57,9 Prozent etwas höher als bei den örtlichen Trägern (siehe [Anhang](#)).

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	& -konferenzen	105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne					

4.7.1 Positive Antrittslaufzeit nach Bewilligungsbescheid

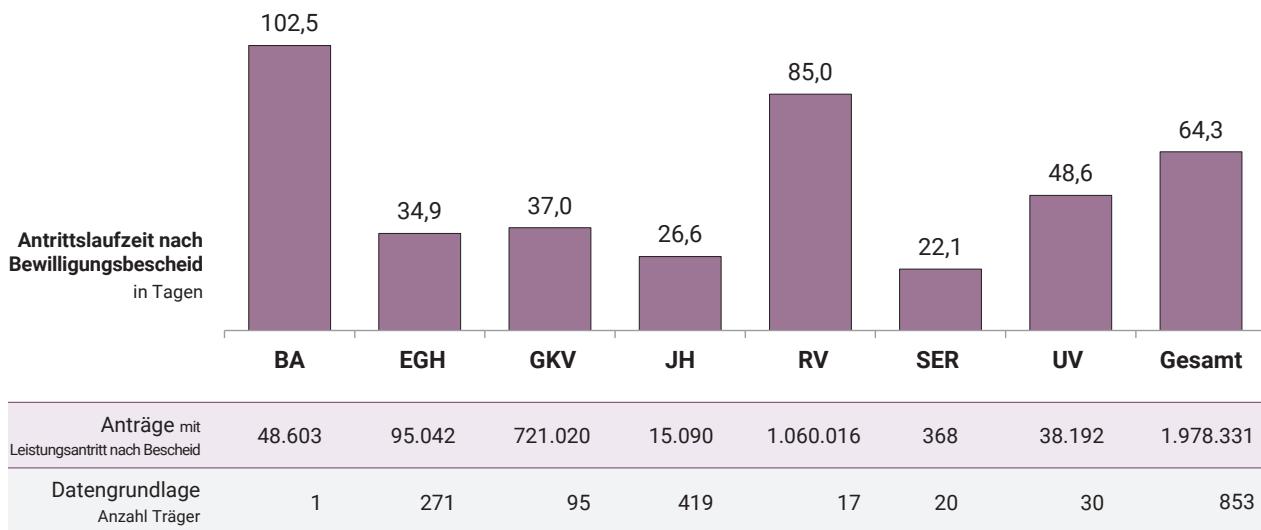
Dieser Abschnitt behandelt die Antrittslaufzeit für solche Anträge, bei denen die erste Leistung am Tag des Bewilligungsbescheides oder danach angetreten wird.

Bei nur einer bewilligten Leistung gibt die positive Antrittslaufzeit an, wie viele Tage nach dem ersten Bewilligungsbescheid eine Leistung angetreten wurde. Werden im Rahmen eines Antrags mehrere Leistungen bewilligt, gibt die positive Antrittslaufzeit Auskunft darüber, wie viele Tage vom ersten Bewilligungsbescheid bis zum Antritt der ersten von mehreren Leistungen vergangen sind.

Gemessen wird die Zeit, bis Leistungsberechtigte nach Erhalt des ersten Bewilligungsbescheides eine Leistung antreten, auch wenn diese nicht die zuerst beschiedene ist. Wird eine Leistung beispielsweise eine Woche nach dem Bescheid begonnen, beträgt die positive Antrittslaufzeit sieben Tage.

Aus [Abbildung 31](#) ist ersichtlich, dass ein Leistungsantritt mit 22,1 bzw. 26,6 Tagen nach dem Bewilligungsbescheid am schnellsten in den Trägerbereichen SER und JH erfolgte. Bei der EGH und GKV verging jeweils etwas über einen Monat bis zum Leistungsantritt. Die längste Antrittslaufzeit verzeichnet die BA mit über drei Monaten, gefolgt von der RV mit knapp drei Monaten.

Abbildung 31. Durchschnittliche positive Antrittslaufzeit



Berichtsjahr 2024

Bei den örtlichen Trägern im Bereich EGH wurden Leistungen nach dem Erhalt des Bewilligungsbescheides mit durchschnittlich 24,9 Tagen früher angetreten als bei den überörtlichen Trägern mit 43,5 Tagen (siehe [Anhang](#)).

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75			4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105				

Tabelle 13 gibt Auskunft darüber, wie stark die Antrittslaufzeiten zwischen den Trägern eines Trägerbereichs variieren, wenn Leistungen nach dem Bewilligungsbescheid angetreten wurden. Sortiert man die durchschnittlichen Antrittslaufzeiten der einzelnen Träger eines Bereichs der Größe nach, ist der Median der Wert, der diese Reihe in zwei Hälften teilt. Im Trägerbereich der RV beispielsweise wurden Leistungen bei der Hälfte der Träger nach mehr als 81,3 Tagen angetreten (siehe Spalte „Median“).

Tabelle 13. Verteilung der durchschnittlichen positiven Antrittslaufzeiten pro Träger (in Tagen)

Trägerbereich	1. Quartil	Median	3. Quartil	Datengrundlage Anzahl Träger
BA	-*	102,5	-*	1
EGH	12,8	23,8	40,7	271
GKV	29,7	34,8	40,4	95
JH	9,4	17,0	34,0	419
RV	77,9	81,3	85,2	17
SER	2,7	17,7	28,2	20
UV	20,7	35,6	48,6	30
Gesamt	11,7	23,8	40,0	853

Berichtsjahr 2024

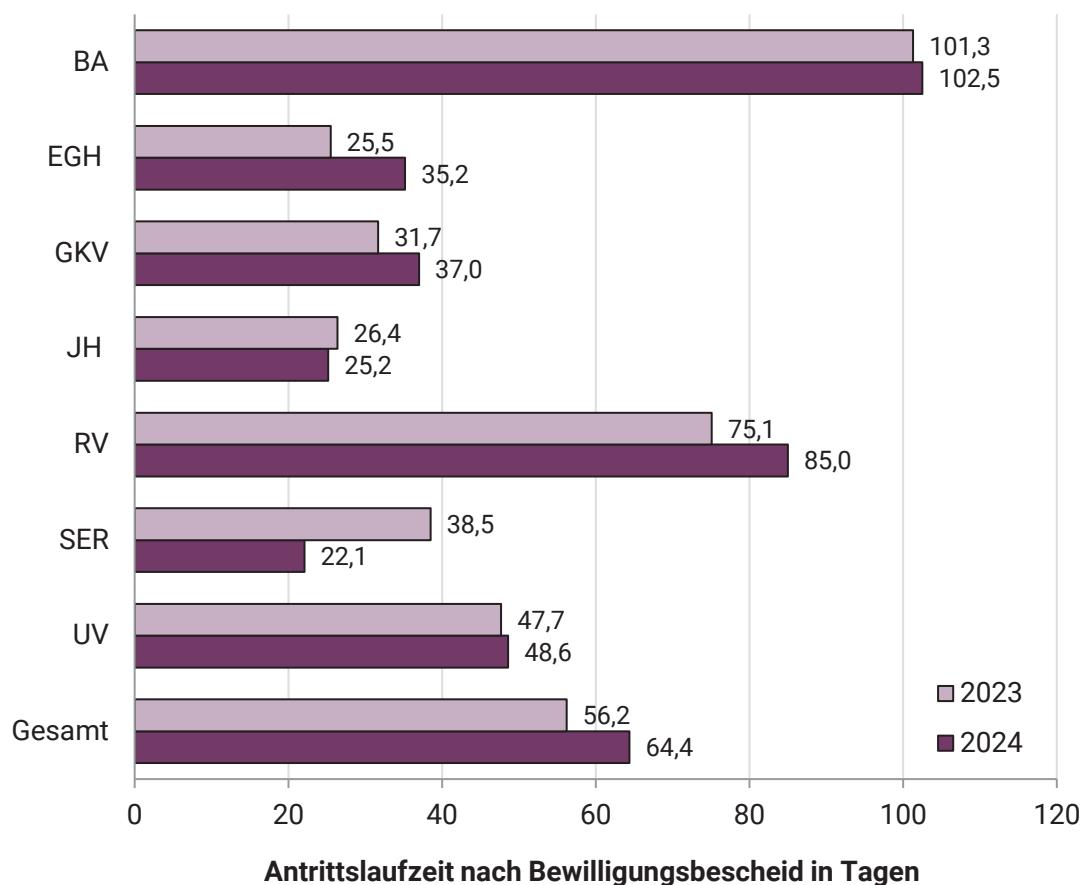
* Daten werden aggregiert dargestellt, da die BA nicht als Trägerbereich strukturiert ist, sondern eine solitäre Rehabilitationsträgerin ist. Die Werte für das 1. und 3. Quartil entsprechen dem Median.

Betrachtet man die der Größe nach aufsteigend sortierten Antrittslaufzeiten pro Träger, ist das erste Quartil der Wert, bis zu dem ein Viertel der Antrittslaufzeiten liegt. Das dritte Quartil ist der Wert, ab dem sich ein Viertel aller übermittelten Antrittslaufzeiten befindet. In der UV beispielsweise wurden die Leistungen bei einem Viertel der Träger bis spätestens 20,7 Tage nach dem Bewilligungsbescheid angetreten (siehe Spalte „1. Quartil“), während bei einem weiteren Viertel der UV-Träger mindestens 48,6 Tage vergingen, bis ein Leistungsantritt erfolgte (siehe Spalte „3. Quartil“). Der Abstand zwischen dem ersten und dem dritten Quartil beträgt also 27,9 Tage. Auch in den Bereichen EGH, JH und SER ist der Interquartilsabstand vergleichsweise groß. Hier gibt es also Träger, bei denen Leistungsberechtigte die Leistungen kurz nach dem Bewilligungsbescheid antreten, während bei anderen Trägern deutlich mehr Zeit bis zum Leistungsantritt vergeht.

Die durchschnittliche positive Antrittslaufzeit entwickelte sich unterschiedlich in den einzelnen Trägerbereichen (siehe **Abbildung 32**). Während sie sich bei EGH, GKV und RV von 2023 auf 2024 jeweils erhöhte, sank sie im Trägerbereich SER deutlich. Die durchschnittliche Antrittslaufzeit nach dem Bewilligungsbescheid blieb bei der BA, der JH und der UV nahezu unverändert.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	& -konferenzen	105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne					

Abbildung 32. Durchschnittliche positive Antrittslaufzeit im Jahresvergleich



Datengrundlage 2023: 1.851.835 Anträge mit Leistungsantritt nach Bescheid von 794 Trägern (Gebietsstand 2024).
 Datengrundlage 2024: 1.974.616 Anträge mit Leistungsantritt nach Bescheid von 794 Trägern (Gebietsstand 2024).



Aus den Trägerbereichen

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

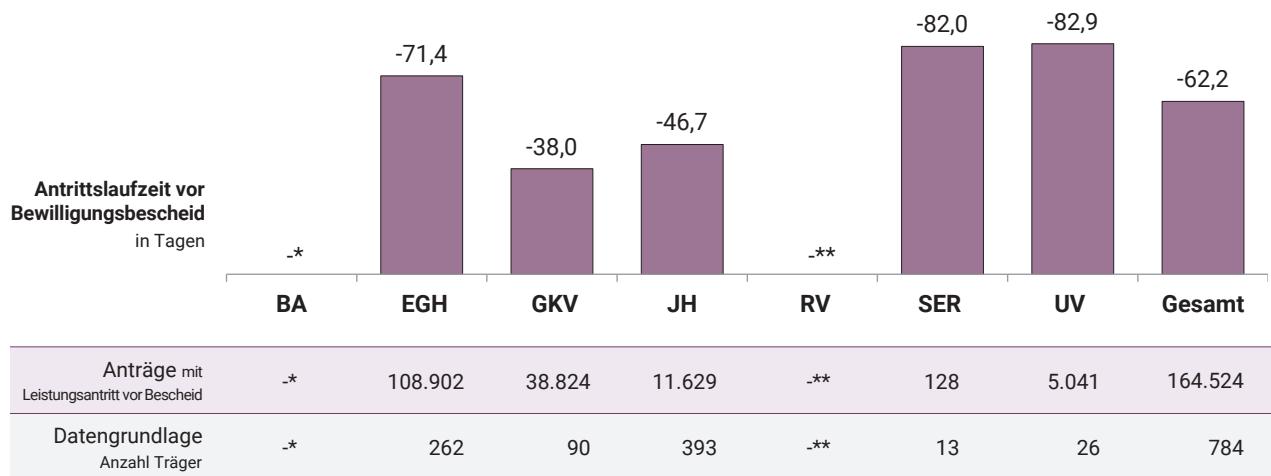
4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen		4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	& -konferenzen		4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105				

4.7.2. Negative Antrittslaufzeit vor Bewilligungsbescheid

Dieser Abschnitt behandelt die Antrittslaufzeit für solche Anträge, bei denen eine Leistung vor dem Bewilligungsbescheid angetreten wird. Die negative Antrittslaufzeit gibt an, wie viele Tage vor dem Bewilligungsbescheid eine Leistung angetreten wurde. Sie wird mit einem negativen Vorzeichen dargestellt. Kommt der Bescheid beispielsweise eine Woche nach Beginn der Leistung, beträgt die negative Antrittslaufzeit minus sieben Tage.

Abbildung 33 zeigt, wie viele Tage eine Leistung durchschnittlich vor dem ersten Bewilligungsbescheid angetreten wurde. In den Trägerbereichen SER und UV wurde die erste Leistung eines Antrags mit 2,7 Monaten vor Erhalt des Bewilligungsbescheides deutlich früher angetreten als in den Trägerbereichen JH und GKV. Auch in der EGH wurden Leistungen mehr als 2 Monate vor dem entsprechenden Bescheid angetreten.

Abbildung 33. Durchschnittliche negative Antrittslaufzeit



* Bei der BA erfolgt eine Maßnahmemezuweisung nur nach einer Bewilligung.

** Bei der DRV erfolgt ein Maßnahmeantritt nur nach einer Bewilligung.

Berichtsjahr 2024

Im Trägerbereich EGH lagen Leistungsantritte vor dem Bewilligungsbescheid bei den überörtlichen Trägern mit durchschnittlich -85,9 Tagen deutlich früher als bei den örtlichen Trägern mit -48,8 Tagen (siehe [Anhang](#)).

Aus [Tabelle 14](#) ist ersichtlich, dass die Antrittslaufzeiten innerhalb der Trägerbereiche ähnlich stark variieren, wenn Leistungen vor dem Bewilligungsbescheid angetreten wurden. Sortiert man die durchschnittlichen Antrittslaufzeiten der einzelnen Träger eines Bereichs der Größe nach, ist der Median der Wert, der diese Reihe in zwei Hälften teilt. Im Trägerbereich der JH wurden Leistungen bei der Hälfte der Träger früher als 33,8 Tage vor Erhalt des Bewilligungsbescheides angetreten, ähnlich wie in der EGH mit einem Median von -36,6 Tagen. Bei jeweils der Hälfte der Träger der UV und der GKV hingegen wurden Leistungen mit -46,3 Tagen bzw. -53,6 Tagen noch früher angetreten (siehe jeweils Spalte „Median“).

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75		105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne					

Tabelle 14. Verteilung der durchschnittlichen negativen Antrittslaufzeiten pro Träger (in Tagen)

Trägerbereich	1. Quartil	Median	3. Quartil	Datengrundlage Anzahl Träger
BA	-*	-*	-*	-*
EGH	-62,9	-36,6	-18,1	262
GKV	-74,9	-53,6	-31,3	90
JH	-59,6	-33,8	-19,5	393
RV	-**	-**	-**	-**
SER	-77,8	-54,5	-25,3	13
UV	-68,1	-46,3	-23,2	26
Gesamt	-63,6	-37,2	-19,9	784

Berichtsjahr 2024.

* Bei der BA erfolgt eine Maßnahmezuweisung nur nach einer Bewilligung.

** Bei der DRV erfolgt ein Maßnahmeantritt nur nach einer Bewilligung.



Aus den Trägerbereichen

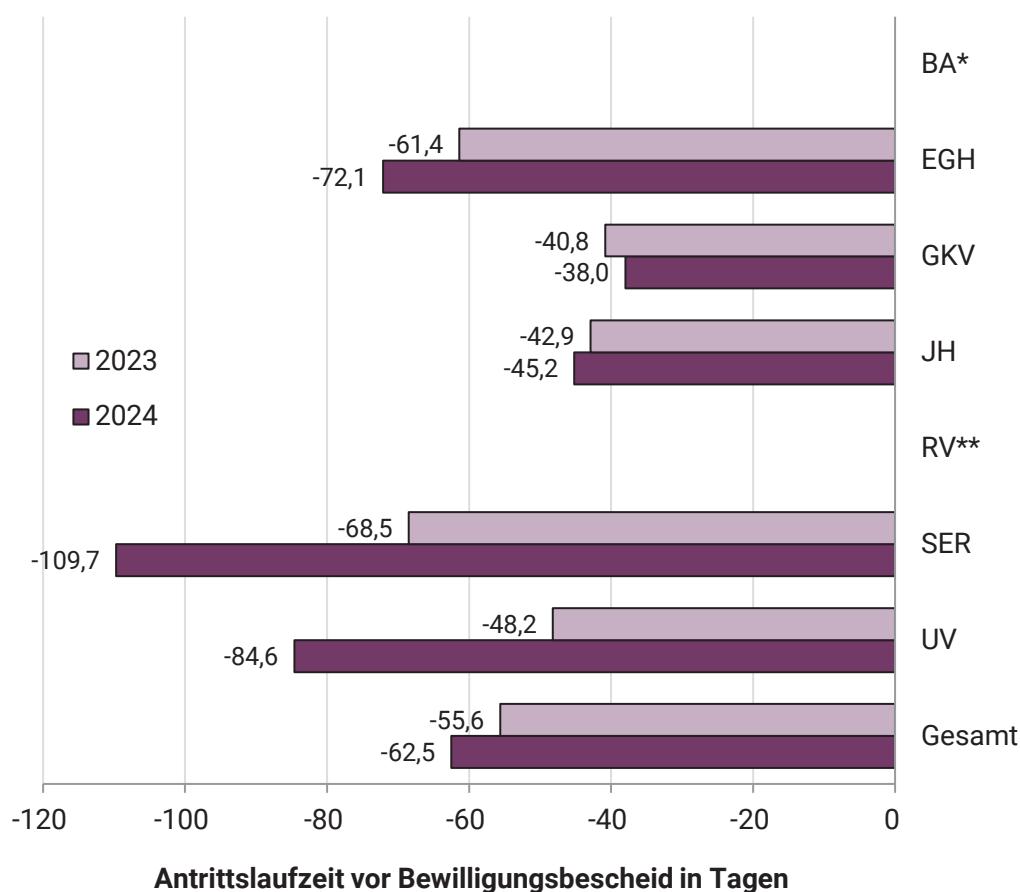
Leistungen, für die die **BA** zuständig ist, beginnen, nachdem der Antrag bewilligt und ein Bescheid erstellt wurde. Bei diesem Träger gibt es keine Leistungsantritte vor dem Bewilligungsbescheid und folglich auch keine negativen Antrittslaufzeiten.

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

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen		4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	& -konferenzen		4.13: Mitteilungen lange		4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105	Verfahrensdauer	122		

Wie viele Tage vor dem Bewilligungsbescheid eine Leistung im Durchschnitt angetreten wurde, wird in **Abbildung 34** für die Jahre 2023 und 2024 verglichen. In nahezu allen Trägerbereichen, in denen Leistungsantritte vor Erhalt des Bewilligungsbescheides vorkommen, wurden die Leistungen in 2024 früher angetreten als in 2023. Die deutlichsten Unterschiede gab es im Trägerbereich SER und UV. Lediglich im Bereich GKV rückte der durchschnittliche Leistungsantritt in 2024 geringfügig näher an den Erhalt des Bewilligungsbescheides.

Abbildung 34. Durchschnittliche negative Antrittslaufzeit im Jahresvergleich



Datengrundlage 2023: 162.640 Anträge mit Leistungsantritt vor Bescheid von 708 Trägern (Gebietsstand 2024).
Datengrundlage 2024: 158.966 Anträge mit Leistungsantritt vor Bescheid von 708 Trägern (Gebietsstand 2024).

* Bei der BA erfolgt eine Maßnahmenzuweisung nur nach einer Bewilligung.

** Bei der DRV erfolgt ein Maßnahmenantritt nur nach einer Bewilligung.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen		4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	& -konferenzen	99	4.13: Mitteilungen lange			
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105	Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146

4.7.3 Antrittslaufzeit mit und ohne Teilhabeplanung

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

Die positive Antrittslaufzeit mit und ohne Teilhabeplanung und die Anzahl der entsprechenden Anträge mit Leistungsantritt nach dem Bewilligungsbescheid werden in **Tabelle 15** gezeigt. In nahezu allen Trägerbereichen wurde die erste Leistung früher angetreten, wenn eine Teilhabeplanung durchgeführt wurde. Bei der RV war dieser Unterschied mit 85,1 Tagen ohne Teilhabeplanung und 29,7 Tagen mit Teilhabeplanung am deutlichsten ausgeprägt. Im Bereich des SER ist die Anzahl der Anträge mit Leistungsantritt nach dem Bescheid, wenn eine Teilhabeplanung durchgeführt wurde, zu gering, um eine gegenläufige Tendenz belegen zu können.

Tabelle 15. Durchschnittliche positive Antrittslaufzeit nach Bewilligungsbescheid mit bzw. ohne Teilhabeplanung

Träger- bereich	Mit Teilhabeplanung			Ohne Teilhabeplanung		
	Positive An- trittslaufzeit in Tagen	Anträge	Daten- grundlage Anzahl Träger	Positive An- trittslaufzeit in Tagen	Anträge	Daten- grundlage Anzahl Träger
BA	79,3	7.927	1	107,0	40.676	1
EGH	22,7	7.085	104	39,3	63.158	149
GKV	-*	-*	-*	-*	-*	-*
JH	21,2	1.687	130	26,8	12.580	398
RV	29,7	3.561	16	85,1	1.056.455	17
SER	43,0	3	3	22,2	363	19
UV	33,6	533	10	48,8	37.659	30
Gesamt	45,6	20.796	264	81,7	1.210.891	614

Berichtsjahr 2024.

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

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen		4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	& -konferenzen	99	4.13: Mitteilungen lange		4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105	Verfahrensdauer	122		



Eine Teilhabeplanung ist immer dann durchzuführen, wenn Reha- und Teilhabeleistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Träger erforderlich sind oder die Leistungsberechtigten eine Teilhabeplanung wünschen. Es werden also sowohl Teilhabeplanungen bei einem Träger als auch trägerübergreifende Teilhabeplanungen berücksichtigt. Die Erfassung und Meldung von trägerübergreifenden Teilhabeplanungen erfolgt durch den jeweils koordinierenden leistenden Rehabilitationsträger.

Die negative Antrittslaufzeit mit und ohne Teilhabeplanung und die Anzahl der entsprechenden Anträge mit Leistungsantritt vor dem Bewilligungsbescheid sind in **Tabelle 16** dargestellt. Eine Tendenz über die Trägerbereiche hinweg ist nicht zu erkennen. Während in den Trägerbereichen EGH und UV der Leistungsantritt näher am Erhalt des Bewilligungsbescheides liegt, wenn eine Teilhabeplanung durchgeführt wurde, ist für die JH das Gegenteil der Fall. Hier erfolgt der Leistungsantritt mit Teilhabeplanung noch früher vor dem Bewilligungsbescheid als ohne Teilhabeplanung. Im Bereich des SER ist die Anzahl der Anträge mit Leistungsantritt vor dem Bescheid, wenn eine Teilhabeplanung durchgeführt wurde, zu gering, um einen Vergleich anstellen zu können.

Tabelle 16. Durchschnittliche negative Antrittslaufzeit vor Bewilligungsbescheid mit bzw. ohne Teilhabeplanung

Träger- bereich	Mit Teilhabeplanung			Ohne Teilhabeplanung		
	Negative An- trittslaufzeit in Tagen	Anträge	Daten- grundlage Anzahl Träger	Negative An- trittslaufzeit in Tagen	Anträge	Daten- grundlage Anzahl Träger
BA	-*	-*	-*	-*	-*	-*
EGH	-52,2	6.453	106	-59,2	53.140	147
GKV	-**	-**	-**	-**	-**	-**
JH	-56,9	1.215	108	-44,5	9.548	365
RV	-***	-***	-***	-***	-***	-***
SER	-130,1	31	2	-66,8	92	10
UV	-63,2	80	9	-83,2	4.963	26
Gesamt	-53,3	7.779	225	-58,9	67.743	548

Berichtsjahr 2024.

* Bei der BA erfolgt eine Maßnahmemezuweisung nur nach einer Bewilligung.

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

*** Bei der DRV erfolgt ein Maßnahmeantritt nur nach einer Bewilligung.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112		
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.4: Gutachten	75			4.13: Mitteilungen lange		4.16: Integration in Arbeit	143
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105	Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146

4.8 Trägerübergreifende Teilhabeplanungen und Teilhabeplankonferenzen

Eine trägerübergreifende Teilhabeplanung muss durchgeführt werden, wenn mehrere Träger für die Leistungserbringung zuständig sind. Um alle erforderlichen Leistungen und ihr Zusammenwirken zu koordinieren, wird ein individueller Teilhabeplan erstellt (vgl. Schaumberg, 2020b; Stähler, 2021).

In bestimmten Fällen und mit Zustimmung der Leistungsberechtigten kann der für die Durchführung des Teilhabeplanverfahrens verantwortliche Träger (in der Regel der nach § 14 SGB IX leistende Rehabilitationsträger) eine Teilhabeplankonferenz durchführen. Sie ist ein zusätzliches Verfahren der Bedarfsfeststellung in Fällen der Trägermehrheit mit dem Ziel, die Partizipation der Leistungsberechtigten zu stärken und in komplexen Leistungsfällen die Zusammenarbeit der beteiligten Rehabilitationsträger zu unterstützen.

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

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



Fragestellung:

Wie häufig finden trägerübergreifende Teilhabeplanungen und Teilhabeplankonferenzen statt?

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75			4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105				

Wie [Tabelle 17](#) zeigt, wurde in 2024 bei 13.146 Anträgen eine trägerübergreifende Teilhabeplanung und bei 1.187 Anträgen eine Teilhabeplankonferenz durchgeführt. Aus dieser Tabelle ist außerdem ersichtlich, dass bei 697 Trägern keine trägerübergreifende Teilhabeplanung als leistender Träger durchgeführt wurde. Das entspricht 71,5 Prozent aller für dieses Merkmal meldenden Träger. Bei den Teilhabeplankonferenzen fällt dieser Trägeranteil mit 79,8 Prozent noch höher aus. In der JH beispielsweise haben 384 Träger keine trägerübergreifenden Teilhabeplanungen gemeldet. In diesem Trägerbereich wurden also 603 trägerübergreifenden Teilhabeplanungen von 81 Trägern durchgeführt.

Tabelle 17. Anzahl der Anträge mit trägerübergreifender Teilhabeplanung bzw. Teilhabeplankonferenz

Träger- bereich	Trägerüber- greifende THP	Träger ohne trägerüber- greifende THP	Daten- grundlage Anzahl Träger	Teilhabeplan- konferenz	Träger ohne Teilhabeplan- konferenz	Daten- grundlage Anzahl Träger
BA	4.437	0	1	96	0	1
EGH	2.646	106	278	534	151	270
GKV	2	93	95	0	95	95
JH	603	384	465	402	399	461
RV	5.444	1	17	154	5	17
SER	0	87	87	0	87	87
UV	14	26	32	1	31	32
Gesamt	13.146	697	975	1.187	768	963

Berichtsjahr 2024.

THP: Teilhabeplanung.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112		
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.4: Gutachten	75			4.13: Mitteilungen lange		4.16: Integration in Arbeit	143
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105	Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146

Aus **Tabelle 18** ist ersichtlich, bei wie viel Prozent der entschiedenen Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eine trägerübergreifende Teilhabeplanung durchgeführt wurde. Bei der BA ist mit 7,6 Prozent der Anteil von trägerübergreifenden Teilhabeplanungen an den entschiedenen Gesamtanträgen am höchsten. In allen anderen Trägerbereichen liegt der Anteil zum Teil bei deutlich unter 2,0 Prozent.

Tabelle 18. Anteil der Anträge mit trägerübergreifender Teilhabeplanung an den entschiedenen Gesamtanträgen

Trägerbereich	Anträge mit trägerübergreifender THP	Anteil an entschiedenen Gesamtanträgen	Entschiedene Gesamtanträge	Datengrundlage Anzahl Träger
BA	4.437	7,6 %	58.364	1
EGH	2.646	1,2 %	214.963	275
GKV	2	0,0 %	1.026.573	95
JH	601	1,7 %	35.219	442
RV	5.444	0,3 %	1.681.009	17
SER	0	0 %	1.074	26
UV	14	0,0 %	59.872	31
Gesamt	13.144	0,4 %	3.077.074	887

Berichtsjahr 2024.

THP: Teilhabeplanung.

Ein Blick in den Bereich der EGH zeigt, dass der Anteil trägerübergreifender Teilhabeplanungen an allen entschiedenen Gesamtanträgen bei den örtlichen Trägern mit 2,0 Prozent höher ist als bei den überörtlichen Trägern mit 0,8 Prozent.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75			4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105				

Aus [Tabelle 19](#) ist ersichtlich, bei wie viel Prozent der entschiedenen Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eine Teilhabeplankonferenz stattfand. Dieser Anteil liegt in allen Trägerbereichen bei oder nahe 0 Prozent. In den Trägerbereichen GKV und SER wurde kein Antrag mit Teilhabeplankonferenz als leistender Träger berichtet. Der höchste Anteil von Teilhabeplankonferenzen an den entschiedenen Anträgen liegt mit 1,1 Prozent in der JH vor.

Tabelle 19. Anteil der Anträge mit Teilhabeplankonferenz an den entschiedenen Gesamtanträgen

Trägerbereich	Anträge mit Teilhabeplankonferenz	Anteil an entschiedenen Gesamtanträgen	Entschiedene Gesamtanträge	Datengrundlage Anzahl Träger
BA	96	0,2 %	58.364	1
EGH	534	0,3 %	208.744	267
GKV	0	0 %	1.026.573	95
JH	400	1,1 %	35.016	438
RV	154	0,0 %	1.681.009	17
SER	0	0 %	1.074	26
UV	1	0,0 %	59.872	31
Gesamt	1.185	0,0 %	3.070.652	875
Berichtsjahr 2024.				

Ein Blick in den Bereich der EGH zeigt, dass der Anteil der Teilhabeplankonferenzen bei den örtlichen Trägern mit 0,4 Prozent geringfügig höher ausfällt als bei den überörtlichen Trägern mit 0,1 Prozent (siehe [Anhang](#)).

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112		
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.4: Gutachten	75			4.13: Mitteilungen lange		4.16: Integration in Arbeit	143
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105	Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146

i

Aus den Trägerbereichen

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

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

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

In [Tabelle 20](#) und [Tabelle 21](#) wird verglichen, bei wie viel Prozent der entschiedenen Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe in 2023 und 2024 eine trägerübergreifende Teilhabeplanung bzw. Teilhabeplankonferenz durchgeführt wurde. Die BA verzeichnet bei den trägerübergreifenden Teilhabeplanungen einen Anstieg um 1,0 Prozentpunkte. In den übrigen Trägerbereichen gab es weder bei den Teilhabeplanungen noch bei den Teilhabeplankonferenzen nennenswerte Veränderungen.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75			4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105				

Tabelle 20. Anteil der Anträge mit trägerübergreifender Teilhabeplanung an den entschiedenen Gesamtanträgen im Jahresvergleich

Trägerbereich	Anteil Anträge mit trägerübergreifender THP 2023 in Prozent	Anteil Anträge mit trägerübergreifender THP 2024 in Prozent	Veränderung 2023 zu 2024 in Prozentpunkten	Datengrundlage Anzahl Träger (Gebietsstand 2024)
BA	6,6	7,6	+1,0	1
EGH	1,2	1,2	0	257
GKV	0,0	0,0	0	95
JH	1,4	1,5	+0,1	403
RV	0,3	0,3	0	17
SER	0,2	0	-0,2	21
UV	0,0	0,0	0	31
Gesamt	0,4	0,4	0	825

THP: Teilhabeplanung.

Tabelle 21. Anteil der Anträge mit Teilhabeplankonferenz an den entschiedenen Gesamtanträgen im Jahresvergleich

Trägerbereich	Anteil Anträge mit Teilhabeplan- konferenz 2023 in Prozent	Anteil Anträge mit Teilhabeplan- konferenz 2024 in Prozent	Veränderung 2023 zu 2024 in Prozentpunkten	Datengrundlage Anzahl Träger (Gebietsstand 2024)
BA	0,2	0,2	0	1
EGH	0,3	0,3	0	246
GKV	0	0	0	95
JH	0,9	1,0	+0,1	399
RV	0,0	0,0	0	17
SER	0,1	0	-0,1	21
UV	0,0	0,0	0	31
Gesamt	0,0	0,0	0	810

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	& -konferenzen		4.13: Mitteilungen lange			
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105	Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146

4.9 Anpassungen von Teilhabeplänen und deren Geltungsdauer

Bestandteil einer Teilhabeplanung ist ein individueller Teilhabeplan (vgl. § 19 Abs. 2 Nr. 1-11 SGB IX). Er dient der Steuerung des Reha-Prozesses und als Grundlage für die Entscheidung über Reha- und Teilhabeleistungen (vgl. Giraud & Schian, 2019). Eine Anpassung liegt vor, wenn Inhalte eines bereits erstellten Teilhabeplanes an den Verlauf der Rehabilitation angepasst werden (jede Änderung innerhalb und jede Fortschreibung außerhalb der ursprünglichen Zeitplanung). Für den THVB werden Daten zur Anpassung von Teilhabeplänen und deren Geltungsdauer vom jeweils koordinierenden leistenden Träger im Sinne des § 14 SGB IX übermittelt.



Fragestellungen:

Wie häufig werden Teilhabepläne angepasst?

Wie viele Tage umfasst die durchschnittliche Geltungsdauer eines Teilhabeplanes?

In **Tabelle 22** wird gezeigt, wie viele Anpassungen von Teilhabeplänen innerhalb eines Trägerbereichs insgesamt vorgenommen und wie viele Teilhabepläne im Berichtsjahr mindestens einmal angepasst wurden.

Tabelle 22. Anzahl der Anpassungen insgesamt und der Teilhabepläne mit mindestens einer Anpassung

Trägerbereich	Anpassungen	Datengrundlage Anzahl Träger	Teilhabepläne mit mind. 1 Anpassung	Datengrundlage Anzahl Träger
BA	10.741	1	8.700	1
EGH	36.796	290	34.799	265
GKV	0	95	0	95
JH	4.900	475	3.750	455
RV	792	17	790	17
SER	121	86	118	84
UV	214	33	137	33
Gesamt	53.564	997	48.294	950
Berichtsjahr 2024.				

Im Trägerbereich EGH meldeten die überörtlichen Träger 33.055 Anpassungen von Teilhabeplänen verteilt auf fünf Träger (89,8 Prozent aller Anpassungen im Bereich der EGH insgesamt), wobei davon allein 29.450 Anpassungen auf einen einzigen Träger zurückgehen (siehe [Anhang](#)).

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75			4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105				



Aus den Trägerbereichen

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

Tabelle 23 zeigt die durchschnittliche Geltungsdauer pro Trägerbereich. Sie erstreckt sich von unter einem Monat bei der BA (22,8 Tage) bis zu fast zwei Jahren im Bereich des SER (681,9 Tage).

Tabelle 23. Durchschnittliche Geltungsdauer von Teilhabeplänen

Trägerbereich	Geltungsdauer in Tagen	Anzahl Geltungsdauern	Datengrundlage Anzahl Träger
BA	22,8	10.741	1
EGH	636,6	35.145	68
GKV	184,0	2	1
JH	284,6	7.471	135
RV	208,0	4.097	15
SER	681,9	85	2
UV	68,0	983	12
Gesamt	439,5	58.524	234

Berichtsjahr 2024.



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

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75			4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105				

Wie viele Anpassungen von Teilhabeplänen insgesamt 2023 und 2024 durchgeführt wurden, ist in [Tabelle 24](#) dargestellt. Der Anstieg im Bereich des SER geht auf einen Träger zurück.

Tabelle 24. Anzahl der Anpassungen von Teilhabeplänen im Jahresvergleich

Trägerbereich	Anpassungen 2023	Anpassungen 2024	Veränderung 2023 zu 2024	Datengrundlage Anzahl Träger (Gebietsstand 2024)
BA	10.428	10.741	+313 (+3,0%)	1
EGH	29.693	36.796	+7.103 (+23,9%)	287
GKV	4	0	-4 (-100%)	95
JH	3.102	3.928	+826 (+26,6%)	434
RV	792	792	0	17
SER	1	121	+120 (+12.000,0%)	81
UV	136	214	+78 (+57,4%)	33
Gesamt	44.156	52.592	+8.436 (+19,1%)	948

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern 108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126	
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75		105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne					

4.10 Erstattungsverfahren zwischen Trägern (§ 16 Abs. 2 SGB IX)

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

Für den THVB werden Daten zu solchen Erstattungsverfahren vom koordinierenden leistenden Träger im Sinne des § 14 SGB IX übermittelt.

Auch hier findet sich das mit dem BTHG verankerte Prinzip Leistungen wie „aus einer Hand“ wieder: Leistungsberechtigte werden von der Last der Zuständigkeitsklärung befreit und der leistende Rehabilitationsträger hat die Koordinierungs- und Leistungsverantwortung inne. Durch die Regelung in § 16 SGB IX soll der leistende Rehabilitationsträger zugleich besonders „geschützt“ werden und keine wesentlichen (Kosten-)Nachteile haben, wenn er nach § 15 SGB IX ein Beteiligungsverfahren einzuleiten hat und aufgrund von (Frist-)Versäumnissen des/der beteiligten Rehabilitationsträger/s Entscheidungen für diese/n trifft (Deutscher Bundestag, 2016, 226 ff.).



Fragestellung:

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

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern 108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	143
4.4: Gutachten	75		105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne				

Aus [Tabelle 25](#) geht hervor, dass im Berichtsjahr 2024 insgesamt 2.004 Erstattungsverfahren nach § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB IX eingeleitet wurden. Daten hierzu liegen von 996 Trägern vor, wovon 899 Träger keine Erstattungsverfahren im Berichtsjahr eingeleitet haben. Die 2.004 gemeldeten Erstattungsverfahren verteilen sich also auf 97 Träger. Von der GKV gingen keine Erstattungsverfahren aus und auch im Bereich des SER kommen sie mit zwei eingeleiteten Erstattungsverfahren sehr selten vor.

Tabelle 25. Anzahl der Erstattungsverfahren zwischen Trägern

Trägerbereich	Erstattungsverfahren	Träger ohne Erstattungsverfahren	Datengrundlage Anzahl Träger
BA	76	0	1
EGH	180	240	291
GKV	0	95	95
JH	39	456	476
RV	1.622	1	17
SER	2	85	87
UV	85	22	29
Gesamt	2.004	899	996

Berichtsjahr 2024.

Im Trägerbereich EGH gehen knapp zwei Drittel der 180 eingeleiteten Erstattungsverfahren (61,7 Prozent) auf 44 örtliche Träger zurück. Weitere 234 örtliche Träger haben keine Erstattungsverfahren eingeleitet. Die übrigen 69 Erstattungsverfahren im Trägerbereich EGH entfallen auf sieben überörtliche Träger. Bei weiteren sechs überörtlichen Trägern wurden keine Erstattungsverfahren eingeleitet (siehe [Anhang](#)).



Die Meldung der in 2024 eingeleiteten Erstattungsverfahren nach § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB IX erfolgt unabhängig vom Entscheidungsdatum des zugehörigen Gesamtantrags, das unter Umständen auch im vorherigen Berichtsjahr liegen kann. Aus diesem Grund kann die Anzahl der eingeleiteten Erstattungsverfahren nicht ins Verhältnis zur Anzahl der im Berichtsjahr entschiedenen Gesamtanträge gesetzt werden.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern 108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126	
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75		105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne					

Tabelle 26 zeigt, wie viele Erstattungsverfahren durchschnittlich pro Antrag mit mindestens einem Erstattungsverfahren stattfanden. Wenn ein Erstattungsverfahren eingeleitet wurde, gab es bei der großen Mehrheit der Anträge ein Erstattungsverfahren und nur in seltenen Fällen mehr als ein Erstattungsverfahren pro Antrag.

Tabelle 26. Anzahl der Erstattungsverfahren zwischen Trägern pro Antrag mit mindestens einem Erstattungsverfahren

Trägerbereich	Erstattungs-verfahren	Erstattungsverfah-ren pro Antrag mit mind 1 Erstattungs-verfahren	Anträge mit mind. 1 Erstattungs-verfahren	Datengrundlage Anzahl Träger
BA	76	1,0	76	1
EGH	169	1,1	153	50
GKV	-*	-*	-*	0
JH	36	1,1	32	19
RV	1.622	1,1	1.433	16
SER	1	1,0	1	1
UV	85	1,2	71	7
Gesamt	1.989	1,1	1.766	94

Berichtsjahr 2024.

* Da keine Erstattungsverfahren eingeleitet wurden, werden hier keine Werte angezeigt.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern 108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	143
4.4: Gutachten	75		105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne				

Wie viele Erstattungsverfahren zwischen Trägern 2023 und 2024 eingeleitet wurden, ist im Jahresvergleich in **Tabelle 27** dargestellt. Dabei zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen in den einzelnen Trägerbereichen. Während es bei BA und RV einen Zuwachs gab, reduzierte sich die Anzahl der eingeleiteten Erstattungsverfahren nach § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB IX bei EGH und UV. In den übrigen Trägerbereichen blieb die Anzahl von 2023 zu 2024 (nahezu) konstant.

Tabelle 27. Anzahl der Erstattungsverfahren zwischen Trägern im Jahresvergleich

Trägerbereich	Erstattungs-verfahren 2023	Erstattungs-verfahren 2024	Veränderung 2023 zu 2024	Datengrundlage Anzahl Träger (Gebietsstand 2024)
BA	67	76	+9 (+13,4 %)	1
EGH	211	145	-66 (-31,3 %)	245
GKV	0	0	0	95
JH	40	38	-2 (-5,0 %)	414
RV	1.429	1.622	+193 (+13,5 %)	17
SER	4	2	-2 (-50,0 %)	82
UV	103	85	-18 (-17,5 %)	28
Gesamt	1.854	1.968	+114 (+6,1 %)	882

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75			4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105				

4.11 Trägerspezifisches Persönliches Budget

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



Fragestellungen:

Wie häufig wird ein Persönliches Budget trägerspezifisch beantragt?

Wie häufig werden trägerspezifische Persönliche Budgets bewilligt?

Wie [Tabelle 28](#) zeigt, wurden in 2024 insgesamt 5.238 trägerspezifische Persönliche Budgets beantragt. Daten hierzu liegen von 976 Trägern vor, wovon bei 671 Trägern keine trägerspezifischen Persönlichen Budgets beantragt wurden. Die 5.238 gemeldeten Persönlichen Budgets verteilen sich also auf ein knappes Drittel der meldenden Träger. Bewilligt wurden insgesamt 4.583 trägerspezifische Persönliche Budgets.

Tabelle 28. Anzahl beantragter und bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets

Trägerbereich	Beantragte trägerspezifische PB	Träger ohne beantragte trägerspezifische PB	Datengrundlage Anzahl Träger	Bewilligte trägerspezifische PB	Träger ohne bewilligte trägerspezifische PB	Datengrundlage Anzahl Träger
BA	777	0	1	771	0	1
EGH	2.553	93	280	1.935	117	269
GKV	69	84	95	36	92	95
JH	172	387	463	169	394	465
RV	37	13	17	44	13	17
SER	8	85	87	8	85	87
UV	1.622	9	33	1.620	9	33
Gesamt	5.238	671	976	4.583	710	967

Berichtsjahr 2024.

PB: Persönliches Budget.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75			4.13: Mitteilungen lange			
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105	Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146



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

Aus **Tabelle 29** ist ersichtlich, dass insgesamt mit 0,2 Prozent nur bei sehr wenigen entschiedenen Gesamtanträgen Leistungen als trägerspezifisches Persönliches Budget beantragt wurden. Wie **Tabelle 30** zeigt, wurden insgesamt bei nur 0,1 Prozent der entschiedenen Gesamtanträge Leistungen als trägerspezifisches Persönliches Budget bewilligt. Bei der UV sind die entsprechenden Anteile mit jeweils 2,7 Prozent am höchsten.

Tabelle 29. Anteil beantragter trägerspezifischer Persönlicher Budgets an den entschiedenen Gesamtanträgen

Trägerbereich	Beantragte trägerspezifische PB	Anteil an entschiedenen Gesamtanträgen	Entschiedene Gesamtanträge	Datengrundlage Anzahl Träger
BA	777	1,3 %	58.364	1
EGH	2.553	1,2 %	214.157	277
GKV	69	0,0 %	1.026.573	95
JH	171	0,5 %	34.907	440
RV	37	0,0 %	1.681.009	17
SER	8	0,7 %	1.074	26
UV	1.622	2,7 %	60.179	32
Gesamt	5.237	0,2 %	3.076.263	888

Berichtsjahr 2024.

PB: Persönliches Budget.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75			4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105				

Tabelle 30. Anteil bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets an den entschiedenen Gesamtanträgen

Trägerbereich	Bewilligte trägerspezifische PB	Anteil an entschiedenen Gesamtanträgen	Entschiedene Gesamtanträge	Datengrundlage Anzahl Träger
BA	771	1,3 %	58.364	1
EGH	1.935	0,9 %	209.409	266
GKV	36	0,0 %	1.026.573	95
JH	168	0,5 %	34.958	442
RV	44	0,0 %	1.681.009	17
SER	8	0,7 %	1.074	26
UV	1.620	2,7 %	60.179	32
Gesamt	4.582	0,1 %	3.071.566	879

Berichtsjahr 2024.

PB: Persönliches Budget.

Im Trägerbereich EGH fällt der Anteil der beantragten trägerspezifischen Persönlichen Budgets an allen entschiedenen Gesamtanträgen mit 1,1 Prozent bei den örtlichen und 1,2 Prozent bei den überörtlichen Trägern ähnlich aus. Der Anteil der bewilligten trägerspezifischen Persönlichen Budgets liegt mit 1,0 Prozent bei den überörtlichen EGH-Trägern leicht höher als bei den örtlichen Trägern mit 0,7 Prozent (siehe [Anhang](#)).



Aus den Trägerbereichen

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

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75			4.13: Mitteilungen lange			
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105	Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146

Tabelle 31 und **Tabelle 32** zeigen den Anteil der beantragten bzw. bewilligten trägerspezifischen Persönlichen Budgets an den entschiedenen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe im Jahresvergleich. In den einzelnen Trägerbereichen sind von 2023 auf 2024 keine oder nur minimale Veränderungen festzustellen.

Tabelle 31. Anteil beantragter trägerspezifischer Persönlicher Budgets an den entschiedenen Gesamtanträgen im Jahresvergleich

Trägerbereich	Anteil beantragter trägerspezifischer PB 2023 in Prozent	Anteil beantragter trägerspezifischer PB 2024 in Prozent	Veränderung 2023 zu 2024 in Prozentpunkten	Datengrundlage Anzahl Träger (Gebietsstand 2024)
BA	1,5	1,3	-0,2	1
EGH	1,3	1,2	-0,1	269
GKV	0,0	0,0	0	95
JH	0,5	0,5	0	403
RV	0,0	0,0	0	17
SER	0,4	1,1	+0,7	20
UV	2,7	2,7	0	32
Gesamt	0,2	0,2	0	837

PB: Persönliches Budget.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75			4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105				

Tabelle 32. Anteil bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets an den entschiedenen Gesamtanträgen im Jahresvergleich

Trägerbereich	Anteil bewilligter trägerspezifischer PB 2023 in Prozent	Anteil bewilligter trägerspezifischer PB 2024 in Prozent	Veränderung 2023 zu 2024 in Prozentpunkten	Datengrundlage Anzahl Träger (Gebietsstand 2024)
BA	1,4	1,3	-0,1	1
EGH	1,0	0,9	-0,1	255
GKV	0,0	0,0	0	95
JH	0,4	0,5	+0,1	405
RV	0,0	0,0	0	17
SER	0,4	0,8	+0,4	21
UV	2,7	2,7	0	32
Gesamt	0,1	0,1	0	826

PB: Persönliches Budget.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	& -konferenzen	105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne					

4.12 Trägerübergreifendes Persönliches Budget

Werden unterschiedliche Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe von mehreren Trägern in einem Budget erbracht (z. B. als Komplexleistungen), spricht man von einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget.

Für den THVB werden Daten zur Anzahl der beantragten und der bewilligten trägerübergreifenden Persönlichen Budgets vom jeweils koordinierenden leistenden Träger im Sinne des § 14 SGB IX übermittelt. Auf diese Weise sollen Doppelzählungen vermieden werden.



Fragestellungen:

Wie häufig wird ein Persönliches Budget trägerübergreifend beantragt?

Wie häufig werden trägerübergreifende Persönliche Budgets bewilligt?

Wie [Tabelle 33](#) zeigt, wurden im Jahr 2024 insgesamt 402 trägerübergreifende Persönliche Budgets beantragt. Daten hierzu liegen von 966 Trägern vor, wovon bei 846 Trägern keine trägerübergreifenden Persönlichen Budgets beantragt wurden. Die 402 gemeldeten Persönlichen Budgets verteilen sich also auf 120 Träger. Bewilligt wurden insgesamt 294 trägerübergreifende Persönliche Budgets.

Tabelle 33. Anzahl beantragter und bewilligter trägerübergreifender Persönlicher Budgets

Träger- bereich	Beantragte trägerüber- greifende PB	Träger ohne beantragte trägerüber- greifende PB	Daten- grundlage Anzahl Träger	Bewilligte trägerüber- greifende PB	Träger ohne bewilligte trägerüber- greifende PB	Daten- grundlage Anzahl Träger
BA	8	0	1	8	0	1
EGH	274	199	269	187	222	265
GKV	23	90	95	18	93	95
JH	53	430	465	37	440	467
RV	1	16	17	2	15	17
SER	0	86	86	0	86	86
UV	43	25	33	42	25	33
Gesamt	402	846	966	294	881	964

Berichtsjahr 2024.

PB: Persönliches Budget.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75		105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer		4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne					



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

Aus **Tabelle 34** und **Tabelle 35** ist ersichtlich, dass der Anteil derträgerübergreifenden Persönlichen Budgets an den entschiedenen Gesamtanträgen in allen Trägerbereichen nicht über 0,1 Prozent liegt. Auch im Trägerbereich EGH fällt der Anteil der beantragten bzw. bewilligtenträgerübergreifenden Persönlichen Budgets an den entschiedenen Gesamtanträgen sowohl bei den örtlichen als auch bei den überörtlichen Trägern mit jeweils 0,1 Prozent gering aus (siehe [Anhang](#)).

Tabelle 34. Anteil beantragterträgerübergreifender Persönlicher Budgets an den entschiedenen Gesamtanträgen

Trägerbereich	Beantragte trägerübergreifende PB	Anteil an entschiedenen Gesamtanträgen	Entschiedene Gesamtanträge	Datengrundlage Anzahl Träger
BA	8	0,0 %	58.364	1
EGH	274	0,1 %	209.113	266
GKV	23	0,0 %	1.026.573	95
JH	52	0,1 %	35.738	442
RV	1	0,0 %	1.681.009	17
SER	0	0,0 %	1.027	25
UV	43	0,1 %	60.179	32
Gesamt	401	0,0 %	3.072.003	878

Berichtsjahr 2024.

PB: Persönliches Budget.



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

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	4.9: Teilhabepläne	105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsduer	79						

Tabelle 35. Anteil bewilligter trägerübergreifender Persönlicher Budgets an den entschiedenen Gesamtanträgen

Trägerbereich	Bewilligte trägerübergreifende PB	Anteil an entschiedenen Gesamtanträgen	Entschiedene Gesamtanträge	Datengrundlage Anzahl Träger
BA	8	0,0 %	58.364	1
EGH	187	0,1 %	205.383	262
GKV	18	0,0 %	1.026.573	95
JH	35	0,1 %	35.883	444
RV	2	0,0 %	1.681.009	17
SER	0	0,0 %	1.027	25
UV	42	0,1 %	60.179	32
Gesamt	292	0,0 %	3.068.418	876

Berichtsjahr 2024.

PB: Persönliches Budget.



Aus den Trägerbereichen

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

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75		105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne					

Welchen Anteil die beantragten bzw. bewilligten trägerübergreifenden Persönlichen Budgets an den entschiedenen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ausmachen, wird in [Tabelle 36](#) und [Tabelle 37](#) im Jahresvergleich dargestellt. In den einzelnen Trägerbereichen sind von 2023 auf 2024 keine oder nur minimale Veränderungen festzustellen.

Tabelle 36. Anteil beantragter trägerübergreifender Persönlicher Budgets an den entschiedenen Gesamtanträgen im Jahresvergleich

Trägerbereich	Anteil beantragter trägerübergreifender PB 2023 in Prozent	Anteil beantragter trägerübergreifender PB 2024 in Prozent	Veränderung 2023 zu 2024 in Prozentpunkten	Datengrundlage Anzahl Träger (Gebietsstand 2024)
BA	0,0	0,0	0	1
EGH	0,1	0,1	0	251
GKV	0,0	0,0	0	95
JH	0,1	0,1	0	406
RV	0,0	0,0	0	17
SER	0	0	0	20
UV	0,1	0,1	0	32
Gesamt	0,0	0,0	0	822

PB: Persönliches Budget.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	4.9: Teilhabepläne	105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79						

Tabelle 37. Anteil bewilligter trägerübergreifender Persönlicher Budgets an den entschiedenen Gesamtanträgen im Jahresvergleich

Trägerbereich	Anteil bewilligter trägerübergreifender PB 2023 in Prozent	Anteil bewilligter trägerübergreifender PB 2024 in Prozent	Veränderung 2023 zu 2024 in Prozentpunkten	Datengrundlage Anzahl Träger (Gebietsstand 2024)
BA	0,0	0,0	0	1
EGH	0,1	0,1	0	241
GKV	0,0	0,0	0	95
JH	0,1	0,1	0	409
RV	0,0	0,0	0	17
SER	0,0	0,0	0	19
UV	0,0	0,1	+0,1	32
Gesamt	0,0	0,0	0	814

PB: Persönliches Budget.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	& -konferenzen	105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne					

4.13 Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer

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

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



Fragestellung:

Wie häufig werden begründete Mitteilungen wegen langer Verfahrenslaufzeiten versendet?

Aus [Tabelle 38](#) ist ersichtlich, dass in 2024 insgesamt 3.059 Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer versendet wurden. Daten hierzu liegen von 990 Trägern vor, wovon 907 Träger keine Mitteilungen versendet haben. Die 3.059 gemeldeten Mitteilungen verteilen sich also auf 83 Träger. Von den Trägern aus den Bereichen GKV und SER wurden keine Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer versendet.

Tabelle 38. Anzahl der Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer

Trägerbereich	Mitteilungen	Träger ohne Mitteilungen	Datengrundlage Anzahl Träger
BA	645	0	1
EGH	679	264	289
GKV	0	95	95
JH	1.316	430	476
RV	393	10	17
SER	0	85	85
UV	26	23	27
Gesamt	3.059	907	990
Berichtsjahr 2024.			

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75			4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122		
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105			4.17: Förderung Selbsthilfe	146

Tabelle 39 zeigt, wie viele Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer durchschnittlich pro Antrag mit mindestens einer Mitteilung versendet wurden. Im Bereich der UV wurde bei jedem betroffenen Antrag genau eine Mitteilung versendet. Auch bei der BA wurde beim Großteil der betroffenen Anträge lediglich eine Mitteilung versendet und selten mehr als eine Mitteilung. Der Trägerbereich mit den meisten Mitteilungen pro Antrag mit langer Verfahrensdauer ist die JH. Hier wurden durchschnittlich 4,3 Mitteilungen versendet, wenn es zu einer langen Verfahrensdauer kam.

Tabelle 39. Anzahl der Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer pro Antrag mit mindestens einer Mitteilung

Trägerbereich	Mitteilungen	Mitteilungen pro Antrag mit mind. 1 Mitteilung	Anträge mit mind. 1 Mitteilung	Datengrundlage Anzahl Träger
BA	645	1,1	600	1
EGH	679	1,7	391	25
GKV	-*	-*	-*	0
JH	1.316	4,3	309	46
RV	392	1,4	271	6
SER	-*	-*	-*	0
UV	26	1,0	26	4
Gesamt	3.058	1,9	1.597	82

Berichtsjahr 2024.

* Da keine Mitteilungen versendet wurden, werden hier keine Werte angezeigt.



Nach § 18 Abs. 7 SGB IX sind die Trägerbereiche EGH, JH und SER – soweit Leistungen zur Teilhabe nach § 62 Satz 1 Nr. 1 bis 3 SGB XIV erbracht werden – vom Versand begründeter Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer ausgenommen. Sind Träger aus diesen drei Bereichen jedoch koordinierende leistende Träger im Rahmen einer Beteiligung anderer Träger, müssen sie die Mitteilungen der beteiligten Träger für den THVB melden.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75			4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105				

Tabelle 40 zeigt, bei wie viel Prozent der im Berichtsjahr entschiedenen Gesamtanträge mindestens eine Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer versendet wurde. Der Anteil liegt in allen Trägerbereichen bei 1,0 Prozent oder niedriger.

Tabelle 40. Anteil der Anträge mit mindestens einer Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer an den entschiedenen Gesamtanträgen

Trägerbereich	Anträge mit mind.1 Mitteilung	Anteil an entschiedenen Gesamtanträgen	Entschiedene Gesamtanträge	Datengrundlage Anzahl Träger
BA	600	1,0 %	58.364	1
EGH	391	0,4 %	102.757	212
GKV	0	0 %	1.026.573	95
JH	309	0,9 %	33.645	430
RV	271	0,0 %	1.566.049	16
SER	0	0 %	1.009	23
UV	26	0,1 %	45.819	26
Gesamt	1.597	0,1 %	2.834.216	803

Berichtsjahr 2024.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75			4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122		
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105			4.17: Förderung Selbsthilfe	146

Wie viele Mitteilungen in 2023 und 2024 versendet wurden, ist in **Tabelle 41** dargestellt. Dabei zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen in den einzelnen Trägerbereichen. Während es bei EGH und JH einen Zuwachs gab, reduzierte sich die Anzahl der versendeten Mitteilungen bei BA, GKV und RV.

Tabelle 41. Anzahl der Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer im Jahresvergleich

Trägerbereich	Mitteilungen 2023	Mitteilungen 2024	Veränderung 2023 zu 2024	Datengrundlage Anzahl Träger (Gebietsstand 2024)
BA	755	645	-110 (-14,6 %)	1
EGH	567	679	+112 (+19,8 %)	263
GKV	6	0	-6 (-100%)	95
JH	685	1.296	+611 (+89,2 %)	423
RV	617	393	-224 (-36,3 %)	17
SER	0	0	0	79
UV	25	26	+1 (+4,0 %)	26
Gesamt	2.655	3.039	+384 (+14,5 %)	904

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbstbeschaffter Leistungen 126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe 130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit 143
4.4: Gutachten	75			4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe 146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105			

4.14 Erstattung selbstbeschaffter Leistungen (§ 18 SGB IX)

Wenn über einen Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe nicht innerhalb von zwei Monaten ab Antragseingang entschieden werden kann, teilt der leistende Träger dem bzw. der Antragstellenden vor Ablauf der zwei Monate die Gründe hierfür und das voraussichtliche Datum der Entscheidung schriftlich mit (begründete Mitteilung nach § 18 Abs. 1 SGB IX, siehe [Kapitel 4.13](#)). Erfolgt keine begründete Mitteilung oder ist der in einer begründeten Mitteilung genannte Zeitraum abgelaufen, gilt die beantragte Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (Genehmigungsfiktion, vgl. § 18 Abs. 3 SGB IX).

Beschaffen sich Leistungsberechtigte eine als genehmigt geltende Leistung dann selbst, ist der leistende Rehabilitationsträger zur Erstattung der selbstbeschafften Leistungen verpflichtet. Dies gilt nicht für die Trägerbereiche EGH, JH und SER¹⁷ (vgl. § 18 Abs. 7 SGB IX). Eine Verpflichtung zur Erstattung nach § 18 Abs. 6 SGB IX bei Unaufschiebbarkeit oder der unberechtigten Ablehnung einer beantragten Leistung gilt hingegen für alle Trägerbereiche.



Fragestellungen:

Wie viele Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen werden entschieden?

Wie viele dieser Anträge werden bewilligt und wie viele abgelehnt?

Tabelle 42. Anzahl entschiedener Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen

Trägerbereich	Erstattungsanträge	Träger ohne Erstattungsanträge	Datengrundlage Anzahl Träger
BA	0	1	1
EGH	14	282	292
GKV	0	95	95
JH	52	456	475
RV	117	5	16
SER	1	85	86
UV	50	23	27
Gesamt	234	947	992

Berichtsjahr 2024.

¹⁷ Soweit ein SER-Träger Leistungen zur Teilhabe nach § 62 Satz 1 Nr. 1 bis 3 SGB XIV erbringt.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbstbeschaffter Leistungen 126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.15: Rechtsbehelfe 130
4.4: Gutachten	75	& -konferenzen	105	4.13: Mitteilungen lange	122	4.16: Integration in Arbeit 143
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne		Verfahrensdauer		4.17: Förderung Selbsthilfe 146

Aus **Tabelle 42** geht hervor, dass in 2024 insgesamt 234 Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen entschieden wurden. Daten hierzu liegen von 992 Trägern vor, wovon 947 Träger keine Erstattungsanträge entschieden haben. Die 234 gemeldeten Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen verteilen sich also auf 45 Träger. Von den Trägern der BA und der GKV wurden keine Erstattungsanträge entschieden. Im Trägerbereich des SER wurde lediglich ein Erstattungsantrag gemeldet.



Die Daten zur Anzahl von entschiedenen Anträgen auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen werden unabhängig von den entschiedenen Gesamtanträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eines Berichtsjahres erfasst. Aus diesem Grund kann nicht berechnet werden, bei welchem Anteil der Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe auch ein Antrag auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen entschieden wurde.

Tabelle 43 zeigt, wie viele Erstattungsanträge bei selbstbeschafften Leistungen durchschnittlich pro Antrag mit mindestens einem solchen Erstattungsantrag nach § 18 SGB IX entschieden wurden. In den Trägerbereichen RV und UV wurde im Falle von Anträgen auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen genau ein Erstattungsantrag entschieden. Im gesamten Bereich des SER wurde nur ein Erstattungsantrag gemeldet. Bei EGH und JH wurde nur selten mehr als ein Erstattungsantrag pro Antrag mit mindestens einem Erstattungsantrag entschieden.

Tabelle 43. Anzahl entschiedener Erstattungsanträge pro Antrag mit mindestens einem Antrag auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen

Trägerbereich	Erstattungsanträge	Erstattungsanträge pro Antrag mit mind. 1 Erstattungsantrag	Anträge mit mind. 1 Erstattungsantrag	Datengrundlage Anzahl Träger
BA	-*	-*	-*	0
EGH	14	1,3	11	10
GKV	-*	-*	-*	0
JH	52	1,1	49	19
RV	116	1,0	112	10
SER	1	1,0	1	1
UV	6	1,0	6	2
Gesamt	189	1,1	179	42

Berichtsjahr 2024

* Da keine Erstattungsanträge entschieden wurden, werden hier keine Werte gezeigt.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbstbeschaffter Leistungen 126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe 130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit 143
4.4: Gutachten	75			4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe 146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105			

Tabelle 44 zeigt, wie viele Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen bewilligt bzw. abgelehnt wurden. Insgesamt wurden mit 195 Erstattungsanträgen 86,7 Prozent aller Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen bewilligt, lediglich 30 Anträge wurden abgelehnt.

Tabelle 44. Anzahl bewilligter und abgelehnter Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen

Trägerbereich	Bewilligungen	Ablehnungen	Entschiedene Erstattungsanträge	Datengrundlage Anzahl Träger
BA	-*	-*	-*	0
EGH	11	2	13	9
GKV	-*	-*	-*	0
JH	39	3	42	16
RV	116	2	118	11
SER	3	0	3	1
UV	26	23	49	4
Gesamt	195	30	225	41

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2024, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der bewilligten als auch zur Anzahl der abgelehnten Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen vorliegen und die mindestens einen solchen Erstattungsantrag bewilligt oder abgelehnt haben. Die Anzahl der entschiedenen Erstattungsanträge wurde entsprechend angepasst. Sie ergibt sich aus der Summe der Bewilligungen und der Ablehnungen.

* Da keine Erstattungsanträge entschieden wurden, können weder Bewilligungen noch Ablehnungen dargestellt werden.



Unter einen bewilligten Erstattungsantrag fallen im THVB sowohl vollständig (Erstattung in voller Höhe) als auch teilweise (Erstattung eines Teils der Aufwendungen) bewilligte Erstattungsanträge.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbstbeschaffter Leistungen 126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.15: Rechtsbehelfe 130
4.4: Gutachten	75		105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.16: Integration in Arbeit 143
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne				4.17: Förderung Selbsthilfe 146

Wie viele Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach § 18 SGB IX in den einzelnen Trägerbereichen für die Jahre 2023 und 2024 entschieden wurden, ist in [Tabelle 45](#) gegenübergestellt. In den Bereichen RV und UV wurden mehr Erstattungsanträge entschieden, während die EGH in 2024 weniger Erstattungsanträge verzeichnetet als im Vorjahr. Auf Grund der sehr geringen Fallzahlen in allen Trägerbereichen ist es nicht auszuschließen, dass die Veränderungen insgesamt durch jahresbedingte Schwankungen zu erklären sind.

Tabelle 45. Anzahl der Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen im Jahresvergleich

Trägerbereich	Erstattungsanträge 2023	Erstattungsanträge 2024	Veränderung 2023 zu 2024	Datengrundlage Anzahl Träger (Gebietsstand 2024)
BA	0	0	0	1
EGH	32	12	-20 (-62,5 %)	266
GKV	0	0	0	95
JH	49	51	+2 (+4,1 %)	424
RV	101	117	+16 (+15,8 %)	16
SER	1	1	0	81
UV	36	47	+11 (+30,6 %)	25
Gesamt	219	228	+9 (+4,1 %)	908

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75		105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne					

4.15 Rechtsbehelfe

Antragstellende haben die Möglichkeit, gegen die Leistungsentscheidungen eines Trägers rechtlich vorzugehen. Für den THVB werden Rechtsbehelfe in Form von Widersprüchen und Klagen erfasst. Der Erfolg eines Widerspruchs oder einer Klage wird hier aus Sicht der Leistungsberechtigten formuliert. Ein Rechtsbehelf gilt im THVB also als erfolgreich, wenn ihm stattgegeben wurde.

Im THVB werden Rechtsbehelfe in dem Berichtsjahr erfasst, in dem sie entschieden wurden. Die Meldung erfolgt unabhängig vom Entscheidungsdatum des zugehörigen Gesamtantrags. Wird beispielsweise über einen Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe in 2023 entschieden, eine entsprechende Klage Ende 2023 erhoben und erst im Folgejahr 2024 rechtskräftig entschieden, wird ihr Ausgang nicht im Berichtsjahr 2023, sondern im (folgenden) Berichtsjahr 2024 abgebildet. Die Anzahl der entschiedenen Widersprüche bzw. Klagen kann sich folglich auch auf Anträge aus den Vorjahren beziehen. Aus diesem Grund kann die Anzahl der entschiedenen Widersprüche bzw. Klagen nicht ins Verhältnis zur Anzahl der im Berichtsjahr entschiedenen Gesamtanträge gesetzt werden.



Fragestellungen:

- Wie häufig gehen Leistungsberechtigte (erfolgreich) juristisch gegen Leistungsentscheidungen vor?
- Wie häufig geschieht dies durch einen Widerspruch und wie häufig durch eine Klage?

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112		
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.4: Gutachten	75		105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.16: Integration in Arbeit	143
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne				4.17: Förderung Selbsthilfe	146

4.15.1 Widersprüche

Wurde ein Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe entschieden, können Antragstellende gegen die Leistungsentscheidung eines Trägers rechtlich vorgehen, indem sie einen Widerspruch einlegen.

Aus [Tabelle 46](#) geht hervor, dass im Berichtsjahr 142.539 Widersprüche entschieden wurden (unabhängig von deren Ausgang). Bei 557 Trägern wurden in 2024 keine Widersprüche entschieden. Das entspricht 59,7 Prozent aller 933 Träger, von denen entsprechende Daten zu Widersprüchen vorliegen.

Tabelle 46. Anzahl entschiedener Widersprüche

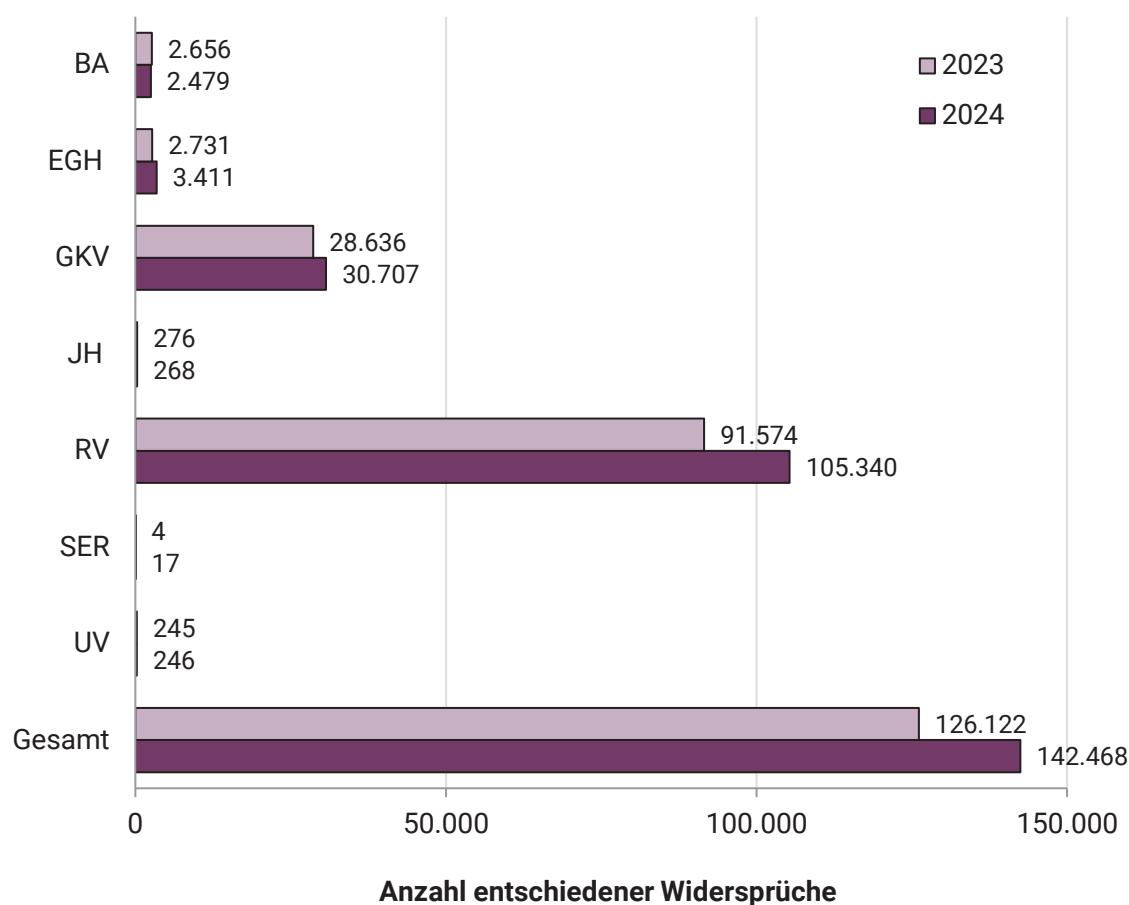
Trägerbereich	Entschiedene Widersprüche	Träger ohne entschiedene Widersprüche	Datengrundlage Anzahl Träger
BA	2.479	0	1
EGH	3.449	97	258
GKV	30.707	14	95
JH	287	352	451
RV	105.340	0	17
SER	17	82	86
UV	260	12	25
Gesamt	142.539	557	933

Berichtsjahr 2024.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	4.9: Teilhabepläne	105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79						

Abbildung 35 zeigt, dass die Anzahl der entschiedenen Widersprüche insgesamt von 2023 auf 2024 um 13,0 Prozent angestiegen ist. In der EGH wurden in 2024 ein Viertel (24,9 Prozent) mehr Widersprüche entschieden als im Vorjahr. Bei der RV erhöhte sich deren Anzahl um 15,0 und bei der GKV um 7,2 Prozent, während die BA 6,7 Prozent weniger Widersprüche als im Vorjahr gemeldet hat. In den übrigen Trägerbereichen ist die Anzahl der entschiedenen Widersprüche nahezu gleichgeblieben oder wie im Bereich des SER auf einem sehr niedrigen Niveau.

Abbildung 35. Entschiedene Widersprüche im Jahresvergleich

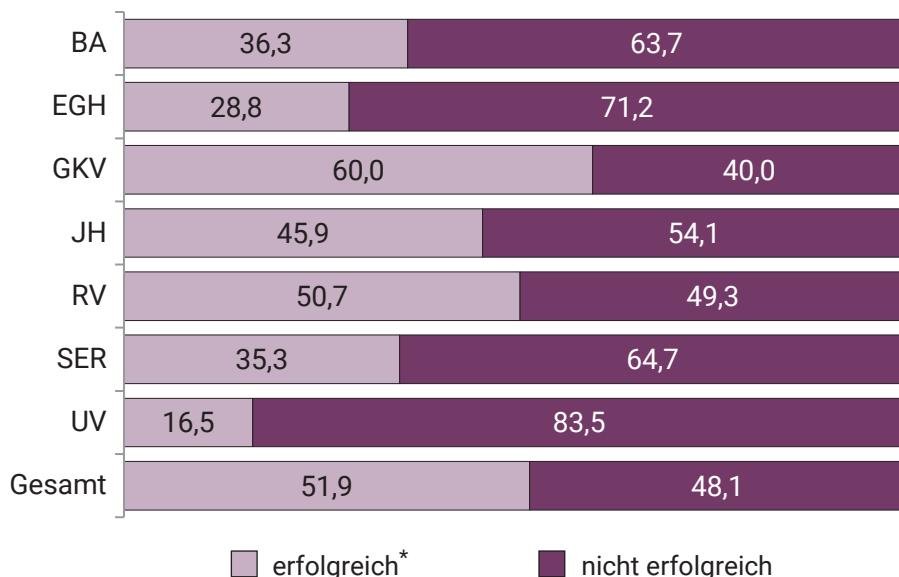


Datengrundlage 2023: 126.122 entschiedene Widersprüche von 860 Trägern (Gebietsstand 2024).
Datengrundlage 2024: 142.468 entschiedene Widersprüche von 860 Trägern (Gebietsstand 2024).

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112		
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.4: Gutachten	75			4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.16: Integration in Arbeit	143
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105			4.17: Förderung Selbsthilfe	146

Wie hoch der Anteil der für die Leistungsberechtigten erfolgreichen Widersprüche an allen entschiedenen Widersprüchen ist, wird in **Abbildung 36** dargestellt. Insgesamt war mit 51,9 Prozent etwa die Hälfte aller entschiedenen Widersprüche erfolgreich. Der Gesamtanteil erfolgreicher Widersprüche wird vorrangig durch den Trägerbereich der RV mit 105.340 von insgesamt 142.478 entschiedenen Widersprüchen bestimmt (siehe **Tabelle 47**). Bei der GKV wurden 60,0 Prozent der Widersprüche erfolgreich für die Leistungsberechtigten entschieden. In den Trägerbereichen EGH, JH, SER und UV überwiegen die nicht erfolgreichen Widersprüche. Am seltensten sind Widersprüche im Bereich der UV erfolgreich, nur jeder sechste Widerspruch (16,5 Prozent) wird zugunsten der Leistungsberechtigten entschieden.

Abbildung 36. Prozentuale Verteilung erfolgreicher und nicht erfolgreicher Widersprüche



Datengrundlage: 142.478 entschiedene Widersprüche von 360 Trägern für das Berichtsjahr 2024.

*Für die Leistungsberechtigten.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75			4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105				

Tabelle 47. Anzahl erfolgreicher und nicht erfolgreicher Widersprüche

Trägerbereich	Erfolgreich*	Nicht erfolgreich	Entschiedene Widersprüche	Datengrundlage Anzahl Träger
BA	899	1.580	2.479	1
EGH	990	2.443	3.433	160
GKV	18.420	12.287	30.707	81
JH	111	131	242	84
RV	53.430	51.910	105.340	17
SER	6	11	17	4
UV	43	217	260	13
Gesamt	73.899	68.579	142.478	360

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2024 mit mindestens einem entschiedenen Widerspruch, von denen auch Angaben zur Anzahl erfolgreicher Widersprüche vorliegen. Die Anzahl der entschiedenen Widersprüche wurde entsprechend angepasst.

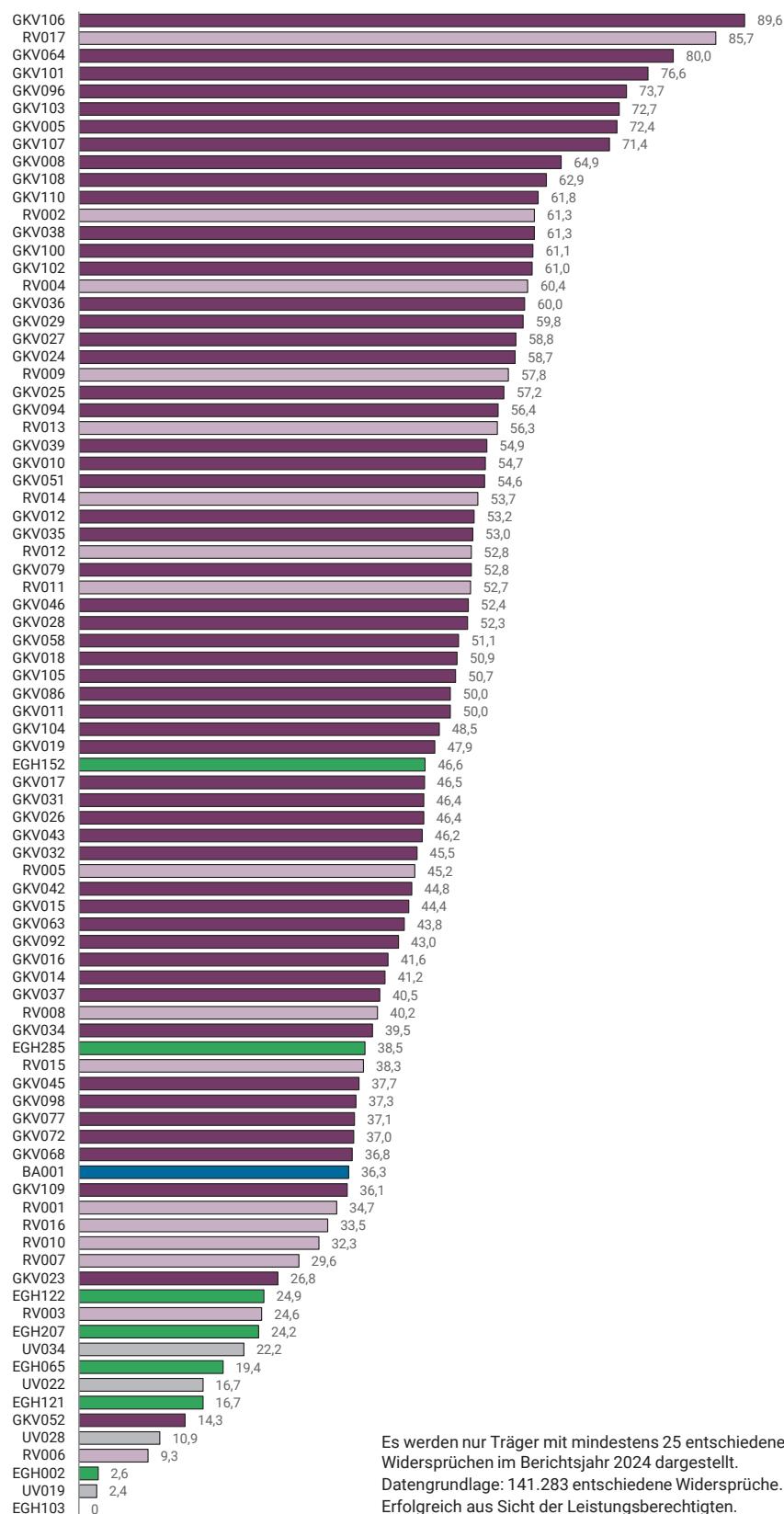
* Für die Leistungsberechtigten.

Im Trägerbereich EGH gehen drei Viertel der 3.449 entschiedenen Widersprüche (77,9 Prozent) auf 12 überörtliche Träger zurück. Die übrigen entschiedenen Widersprüche in diesem Trägerbereich entfallen auf 149 örtliche Träger. Bei weiteren 95 örtlichen Trägern und 2 überörtlichen Trägern wurden keine Widersprüche entschieden. Der Anteil der für die Leistungsberechtigten erfolgreichen Widersprüche unterscheidet sich mit 29,7 Prozent bei den örtlichen und 28,6 Prozent bei den überörtlichen Trägern nicht wesentlich (siehe [Anhang](#)).

In [Abbildung 37](#) wird der Anteil erfolgreich entschiedener Widersprüche pro Träger dargestellt. Für alle Träger, die mindestens 25 Widersprüche entschieden haben, wird gezeigt, wie viel Prozent für die Leistungsberechtigten erfolgreich entschieden wurden.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112		
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.4: Gutachten	75	4.9: Teilhabepläne	105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.16: Integration in Arbeit	143
4.5: Bearbeitungsdauer	79					4.17: Förderung Selbsthilfe	146

Abbildung 37. Prozentualer Anteil erfolgreicher Widersprüche pro Träger



4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75			4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105				

In **Tabelle 48** ist der Anteil erfolgreicher Widersprüche an allen entschiedenen Widersprüchen für die Berichtsjahre 2023 und 2024 dargestellt. Dieser fällt bei der JH höher aus als im Vorjahr. Im Bereich des SER konnte der Jahresvergleich mit den Daten von nur einem Träger durchgeführt werden. In den übrigen Trägerbereichen geht der Anteil der für die Leistungsberechtigten erfolgreichen Widersprüche jeweils leicht zurück.

Tabelle 48. Anteil erfolgreicher Widersprüche an allen entschiedenen Widersprüchen im Jahresvergleich

Trägerbereich	Anteil erfolgreicher Widersprüche* 2023 in Prozent	Anteil erfolgreicher Widersprüche* 2024 in Prozent	Veränderung 2023 zu 2024 in Prozentpunkten	Datengrundlage Anzahl Träger (Gebietsstand 2024)
BA	38,8	36,3	-2,5	1
EGH	31,1	28,5	-2,6	119
GKV	61,1	60,0	-1,1	79
JH	30,0	49,4	+19,4	43
RV	52,0	50,7	-1,3	17
SER	0,0	45,5	+45,5	1
UV	18,4	16,4	-2,0	10
Gesamt	53,2	51,9	-1,3	270

* Erfolgreich für die Leistungsberechtigten.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112		
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.4: Gutachten	75		105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.16: Integration in Arbeit	143
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne				4.17: Förderung Selbsthilfe	146

4.15.2 Klagen

Wurde ein Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe entschieden, können Antragstellende gegen die Leistungsentscheidungen eines Trägers rechtlich vorgehen, indem sie eine Klage einreichen. In bestimmten Fällen ist eine Klage ohne vorausgegangenen Widerspruch möglich. Für den Klageausgang werden ausschließlich rechtskräftige Urteile und bestandskräftige Entscheidungen (inklusive Vergleiche) herangezogen.

Tabelle 49 zeigt, dass im Berichtsjahr 4.727 Klagen entschieden wurden (unabhängig von deren Ausgang). In 2024 meldeten 819 Träger, dass keine Klagen entschieden wurden. Das entspricht 87,9 Prozent aller 932 Träger, von denen entsprechende Daten zu Klagen vorliegen. Im gesamten Bereich des SER wurden keine Klagen entschieden.

Tabelle 49. Anzahl entschiedener Klagen

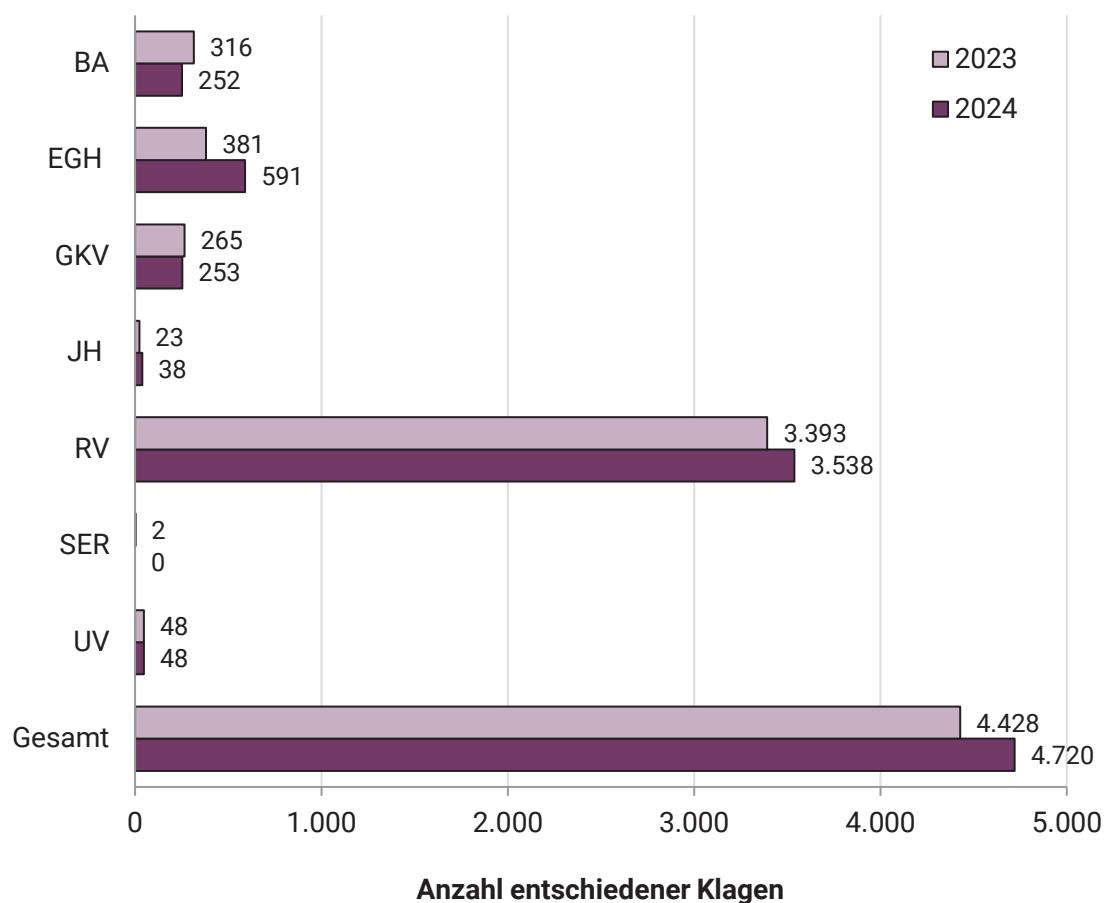
Trägerbereich	Entschiedene Klagen	Träger ohne entschiedene Klagen	Datengrundlage Anzahl Träger
BA	252	0	1
EGH	595	204	252
GKV	253	78	95
JH	40	434	457
RV	3.538	1	17
SER	0	85	85
UV	49	17	25
Gesamt	4.727	819	932

Berichtsjahr 2024.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	4.9: Teilhabepläne	105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79						

Aus **Abbildung 38** ist ersichtlich, dass in 2024 insgesamt 6,6 Prozent mehr entschiedene Klagen vorlagen als in 2023. Bei EGH und JH ist die Anzahl jeweils um mehr als die Hälfte (55,1 Prozent bzw. 65,2 Prozent) angestiegen, wenn auch die absolute Anzahl der Klagen bei der JH gering ist. Im Trägerbereich der RV ist ein leichter Anstieg um 4,3 Prozent zu verzeichnen. Die BA meldete 20,3 Prozent weniger entschiedene Klagen als im Vorjahr. In den übrigen Trägerbereichen sind keine oder nur geringfügige Veränderungen zu beobachten.

Abbildung 38. Entschiedene Klagen im Jahresvergleich

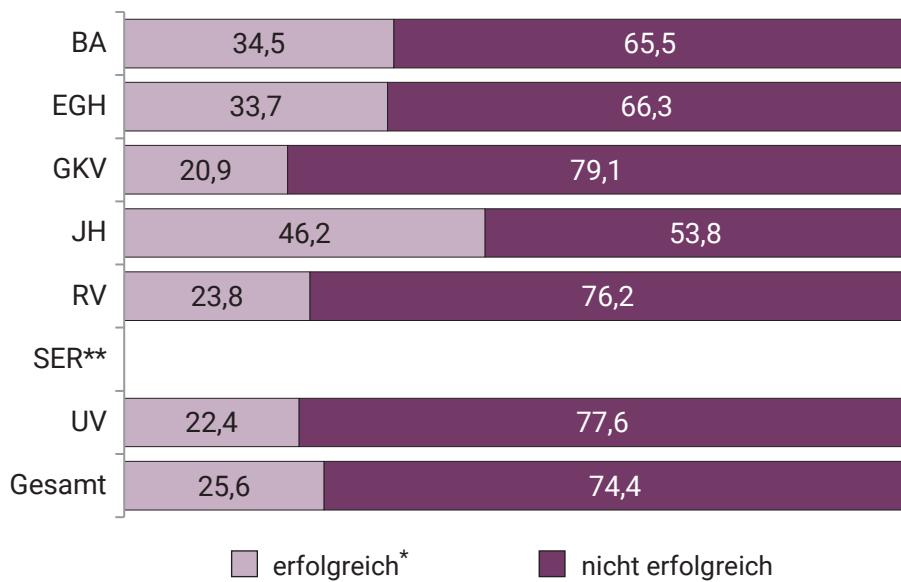


Datengrundlage 2023: 4.428 entschiedene Klagen von 860 Trägern (Gebietsstand 2024).
Datengrundlage 2024: 4.720 entschiedene Klagen von 860 Trägern (Gebietsstand 2024).

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112		
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.4: Gutachten	75			4.13: Mitteilungen lange		4.16: Integration in Arbeit	143
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105	Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146

Wie viele Klagen für die Leistungsberechtigten erfolgreich entschieden wurden, wird in [Abbildung 39](#) und [Tabelle 50](#) dargestellt. Insgesamt war mit 25,6 Prozent etwa ein Viertel aller entschiedenen Klagen erfolgreich für die Leistungsberechtigten. Der Anteil der erfolgreichen Klagen ist mit 46,2 Prozent bei der JH am höchsten, wenn auch nur 26 Klagen betrachtet wurden. Den geringsten Anteil erfolgreicher Klagen meldete die GKV mit 20,9 Prozent.

Abbildung 39. Prozentuale Verteilung erfolgreicher und nicht erfolgreicher Klagen



Datengrundlage: 4.705 entschiedene Klagen von 107 Trägern für das Berichtsjahr 2024.

* Für die Leistungsberechtigten.

** Es wurden keine Klagen entschieden.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75			4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne	105				

Tabelle 50. Anzahl erfolgreicher und nicht erfolgreicher Klagen

Trägerbereich	Erfolgreich*	Nicht erfolgreich	Entschiedene Klagen	Datengrundlage Anzahl Träger
BA	87	165	252	1
EGH	198	389	587	46
GKV	53	200	253	17
JH	12	14	26	19
RV	843	2.695	3.538	16
SER	-**	-**	-**	0
UV	11	38	49	8
Gesamt	1.204	3.501	4.705	107

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2024 mit mindestens einer entschiedenen Klage, von denen auch Angaben zur Anzahl erfolgreicher Klagen vorliegen. Die Anzahl der entschiedenen Klagen wurde entsprechend angepasst.

* Für die Leistungsberechtigten.

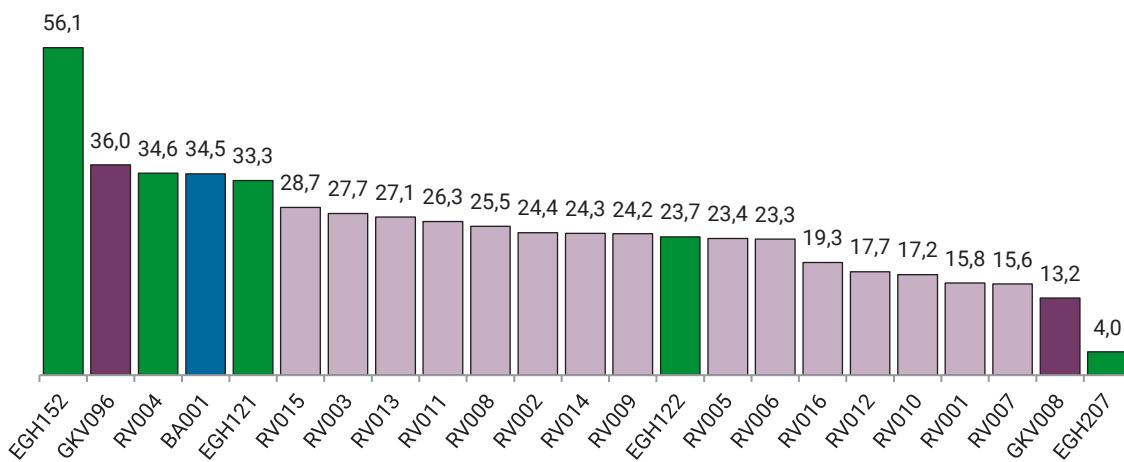
** Da keine Klagen entschieden wurden, können weder erfolgreiche noch nicht erfolgreiche Klagen dargestellt werden.

Im Trägerbereich EGH gehen drei Viertel der 595 entschiedenen Klagen (77,6 Prozent) allein auf 7 überörtliche Träger zurück. Die übrigen 133 Klagen entfallen auf 41 örtliche Träger. Bei weiteren 200 örtlichen und 4 überörtlichen Trägern wurden keine Klagen entschieden. Der Anteil der für die Leistungsberechtigten erfolgreichen Klagen fällt mit 34,6 Prozent bei den überörtlichen Trägern etwas höher aus als bei den örtlichen Trägern mit 30,4 Prozent (siehe [Anhang](#)).

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112		
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.4: Gutachten	75	4.9: Teilhabepläne	105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.16: Integration in Arbeit	143
4.5: Bearbeitungsdauer	79					4.17: Förderung Selbsthilfe	146

In **Abbildung 40** wird der Anteil erfolgreich entschiedener Klagen pro Träger dargestellt. Für alle Träger, bei denen mindestens 25 Klagen entschieden wurden, wird gezeigt, wie viel Prozent für die Leistungsberechtigten erfolgreich waren.

Abbildung 40. Prozentualer Anteil erfolgreicher Klagen pro Träger



Es werden nur Träger mit mindestens 25 entschiedenen Klagen im Berichtsjahr 2024 dargestellt.

Datengrundlage: 4.462 entschiedene Klagen.

Erfolgreich aus Sicht der Leistungsberechtigten.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75		105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne					

Tabelle 51 vergleicht den Anteil erfolgreicher Klagen an allen entschiedenen Klagen für die Jahre 2023 und 2024. Zu beachten ist, dass aufgrund der vergleichsweise geringen Anzahl der Klagen insgesamt die Daten von nur wenigen Trägern in diesen Jahresvergleich eingehen. Insgesamt ist ein geringfügiger Rückgang der für die Leistungsberechtigten erfolgreichen Klagen zu verzeichnen. Innerhalb der Trägerbereiche gibt es unterschiedliche Entwicklungen. Während sich der Anteil erfolgreicher Klagen beispielweise in den Trägerbereichen GKV um 9,8 und UV um 3,6 Prozentpunkte reduziert hat, verzeichnet die BA einen Zuwachs von 5,1 Prozentpunkten.

Tabelle 51. Anteil erfolgreicher Klagen an allen entschiedenen Klagen im Jahresvergleich

Trägerbereich	Anteil erfolgreicher Klagen* 2023 in Prozent	Anteil erfolgreicher Klagen* 2024 in Prozent	Veränderung 2023 zu 2024 in Prozentpunkten	Datengrundlage Anzahl Träger (Gebietsstand 2024)
BA	29,4	34,5	+5,1	1
EGH	32,3	32,3	0	20
GKV	30,4	20,6	-9,8	12
JH	58,3	60,0	+1,7	4
RV	25,4	23,8	-1,6	16
SER	-**	-**	-**	0
UV	25,0	21,4	-3,6	5
Gesamt	26,6	25,2	-1,4	58

* Erfolgreich für die Leistungsberechtigten.

** Da in 2024 keine Klagen entschieden wurden, kann kein Jahresvergleich dargestellt werden.



Aus den Trägerbereichen

Bei der BA handelt es sich bei den Rechtsbehelfen um Widersprüche und Klagen mit Bezug zu Rehabilitation, unabhängig vom Zeitraum der Bescheidung. Relevant für die zeitliche Zuordnung ist das Datum der Widerspruchs- bzw. Klageentscheidung.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PBträgerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen	99	4.12: PBträgerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	& -konferenzen	105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne					

4.16 Integration in Arbeit

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) zielen darauf ab, die Erwerbsfähigkeit zu fördern und damit möglichst eine dauerhafte Teilhabe am Arbeitsleben zu erreichen. In welchem Ausmaß die mit den Leistungen angestrebten Ziele erreicht werden, leitet sich vorrangig ab aus den jeweiligen gesetzlichen Aufgabenschwerpunkten des zuständigen Rehabilitationsträgers i. V. m. § 4 SGB IX.

Der Teilhabeverfahrensbericht bildet nach § 41 Abs. 1 Nr. 16 die Anzahl der Leistungsberechtigten ab, die sechs Monate nach dem Ende der Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen haben, soweit die Maßnahme von einem Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 - 7 erbracht wurde.

Da diese Kennzahl nicht für alle Trägerbereiche einschlägig ist, können nicht alle Träger entsprechende Daten erfassen. Bei den Trägerbereichen BA, EGH, JH, RV, SER und UV gehören LTA zum Leistungsspektrum. Der Trägerbereich GKV und die LAK erbringen keine LTA-Leistungen. Nur die BA, die RV und die UV erfassen systematisch den weiteren beruflichen Verlauf der Leistungsberechtigten nach LTA.



Fragestellung:

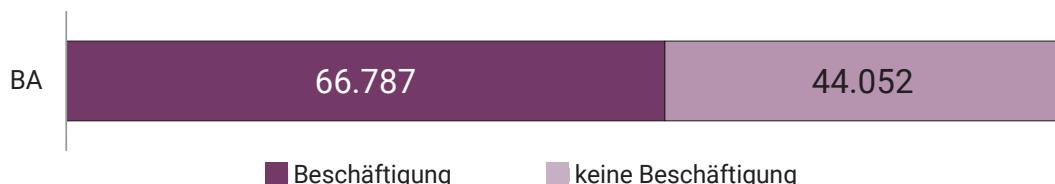
Wie viele Leistungsberechtigte sind ein halbes Jahr nach Beendigung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben sozialversicherungspflichtig beschäftigt?

Nachfolgend werden die Daten für die BA, den Trägerbereich RV und den Trägerbereich UV dargestellt. Aufgrund der Unterschiede in der Struktur der Leistungsberechtigten dieser drei Trägerbereiche können ihre Daten hier nur eingeschränkt miteinander verglichen werden.

Dauerhafte Integration in Arbeit bei der BA

Die BA berichtet 110.839 Leistungsfälle, die im Zeitraum vom 01.07.2023 bis zum 30.06.2024 eine LTA-Maßnahme beendet haben. Innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten nach Ende der LTA-Maßnahme haben davon 66.787 Leistungsfälle im Berichtsjahr eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen. Hingegen haben 40.052 Leistungsfälle im selben Zeitraum keine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen (siehe Abbildung 41).

Abbildung 41. Sozialversicherungspflichtige Beschäftigungen 6 Monate nach Ende einer LTA-Maßnahme bei der BA



Datengrundlage: 110.839 beendete LTA-Maßnahmen für das Berichtsjahr 2024.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	& -konferenzen	105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne					

Dauerhafte Integration in Arbeit im Trägerbereich RV

Die Träger der **RV** berichten 84.983 Leistungsfälle, bei denen das Datum des Leistungsendes plus sechs Monate im Vorjahr des Berichtsjahres liegt. Für den aktuellen THVB gilt entsprechend das Leistungsende zwischen 01.07.2022 bis 30.06.2023. Im 6. Kalendermonat nach dem Endmonat jeder LTA-Leistung wird geprüft, ob eine Beschäftigung vorliegt. Dies trifft auf 69.177 Leistungsberechtigte zu; bei 15.806 Leistungsberechtigten liegt demnach keine Beschäftigung vor (siehe [Abbildung 42](#)). Eine auslösende LTA-Leistung sind hier alle Leistungen nach den §§ 49 und 50 SGB IX, außer Berufsvorbereitungen.

Abbildung 42. Beschäftigungen 6 Monate nach Ende einer LTA-Maßnahme bei der RV

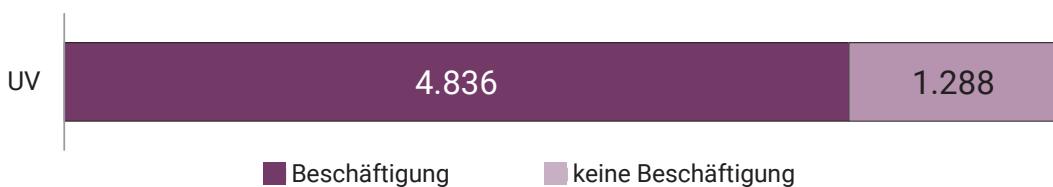


Datengrundlage: 84.983 beendete LTA-Maßnahmen von 16 Trägern für das Berichtsjahr 2024.

Dauerhafte Integration in Arbeit im Trägerbereich UV

Die Träger der **UV** berichten 6.124 Leistungsfälle mit einer beendeten LTA-Maßnahme. Innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten nach Ende der LTA-Maßnahme haben davon 4.836 Leistungsfälle im Berichtsjahr eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen. Hingegen haben 1.288 Leistungsfälle im selben Zeitraum keine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen (siehe [Abbildung 43](#)).

Abbildung 43. Beschäftigungen 6 Monate nach Ende einer LTA-Maßnahme bei der UV



Datengrundlage: 6.124 beendete LTA-Maßnahmen von 33 Trägern für das Berichtsjahr 2024.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112		
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.4: Gutachten	75		105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.16: Integration in Arbeit	143
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne				4.17: Förderung Selbsthilfe	146

i

Aus den Trägerbereichen

Die **BA** erbringt LTA, sofern nicht ein anderer Rehabilitationsträger im Sinne des SGB IX zuständig ist. Ziel ist es, die nachhaltige und dauerhafte Integration in den Ausbildungs- oder Arbeitsmarkt für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen zu sichern.

75 Prozent aller Anträge auf LTA bei der **BA** betreffen die berufliche Eingliederung junger Menschen an der ersten Schwelle beim Übergang von der Schule in den Beruf. Bei erwachsenen Rehabilitanden handelt es sich im Wesentlichen um Erwerbslose, bei denen die Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt unterstützt wird. Die Dauer der Erwerbslosigkeit stellt einen wichtigen Faktor für die Integrationswahrscheinlichkeit dar. Daher unterscheidet sich die Struktur der Leistungsberechtigten der BA in der beruflichen Rehabilitation von der anderer Rehabilitationsträger deutlich. Gemessen wird die dauerhafte Integration in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt (nicht Ausbildungsaufnahme, nicht Einmündung in WfbM).

Die **DRV** erbringt LTA, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind und kein Ausschlussgrund vorliegt.

Durch die berufliche Rehabilitation der **DRV** soll für Berufstätige ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben aufgrund einer Erkrankung oder Behinderung verhindert und eine möglichst dauerhafte Erwerbsfähigkeit gesichert werden.

Die **UV** erbringt Leistungen (zur Teilhabe am Arbeitsleben), auch wenn das Ziel nicht eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung darstellt. Versichert sind neben Beschäftigten und Auszubildenden auch geringfügig Beschäftigte, Hilfeleistende, ehrenamtlich Tätige und Landwirte und Landwirtinnen (über die SVLFG). In einigen Branchen sind auch Unternehmerinnen und Unternehmer, Selbständige, Freiberuflerinnen und Freiberuflerkraft Gesetzes oder Satzung des Unfallversicherungsträgers versichert. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit einer freiwilligen Unternehmersicherung.

Des Weiteren erbringt die **UV** Leistungen im Eingangs-, Berufsbildungs- und Arbeitsbereich einer WfbM. Die Leistungen in der WfbM, insbesondere im Arbeitsbereich, werden nicht nur für einen bestimmten Bedarf vorübergehend, sondern in der Regel bis zum Eintritt in die Altersrente erbracht.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen & -konferenzen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75		105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne					

4.17 Förderung der Selbsthilfe

Nach § 45 SGB IX sollen die Rehabilitationsträger Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Prävention, Rehabilitation, Früherkennung, Beratung, Behandlung und Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen zum Ziel gesetzt haben, nach einheitlichen Grundsätzen fördern. Hierzu wurde auf Ebene der BAR die Gemeinsame Empfehlung „Förderung der Selbsthilfe“ erarbeitet¹⁸. Darüber hinaus gilt für alle Rehabilitationsträger die UN-BRK, insbesondere Art. 26 Abs. 1 Satz 1 UN-BRK, in dem sich die Vertragsstaaten unter anderem zur Förderung der Selbsthilfe verpflichten. Die Rechtsgrundlagen der verschiedenen Rehabilitationsträger zur Aufgabe „Förderung der Selbsthilfe“ unterscheiden sich.

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

Die Daten der Rehabilitationsträger über Art und Höhe der Förderung der Selbsthilfe fließen laut § 45 Satz 2 SGB IX in den THVB mit ein und werden im Folgenden nach den einzelnen Trägerbereichen gegliedert dargestellt.



Fragestellung:

Wie hoch sind die Ausgaben zur Förderung der Selbsthilfe bei den Rehabilitationsträgern?

Für die **BA** ist im SGB III keine explizite Vorschrift zur Förderung der Selbsthilfe enthalten. Als Rehabilitationsträgerin unterstützt die BA die Selbsthilfe ideell. Weitere Angaben zur Selbsthilfeförderung für den THVB liegen von diesem Träger nicht vor.

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

Die Selbsthilfeförderung der **GKV** nach § 20h SGB V sieht eine Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktestellen auf regionaler, Landes- und Bundesebene vor. Die Förderung erfolgt als Pauschal- oder Projektfinanzierung. Mindestens 70 Prozent der insgesamt nach § 20h SGB V aufzubringenden Fördermittel werden für die kassenartenübergreifende Pauschalförderung zur Verfügung gestellt. Die übrigen maximal 30 Prozent der Fördermittel können die einzelnen Krankenkassen für krankenkassenindividuelle Projektförderungen verwenden. Durch eine Gesetzesänderung im Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) sollen die Krankenkassen im Rahmen ihrer Selbsthilfeförderung nun sowohl die Nutzung von analogen Angeboten als auch die Nutzung von digitalen Angeboten und Anwendungen gleichberechtigt unterstützen. Digitale Anwendungen müssen dabei den hohen Anforderungen an den Datenschutz und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik genügen.

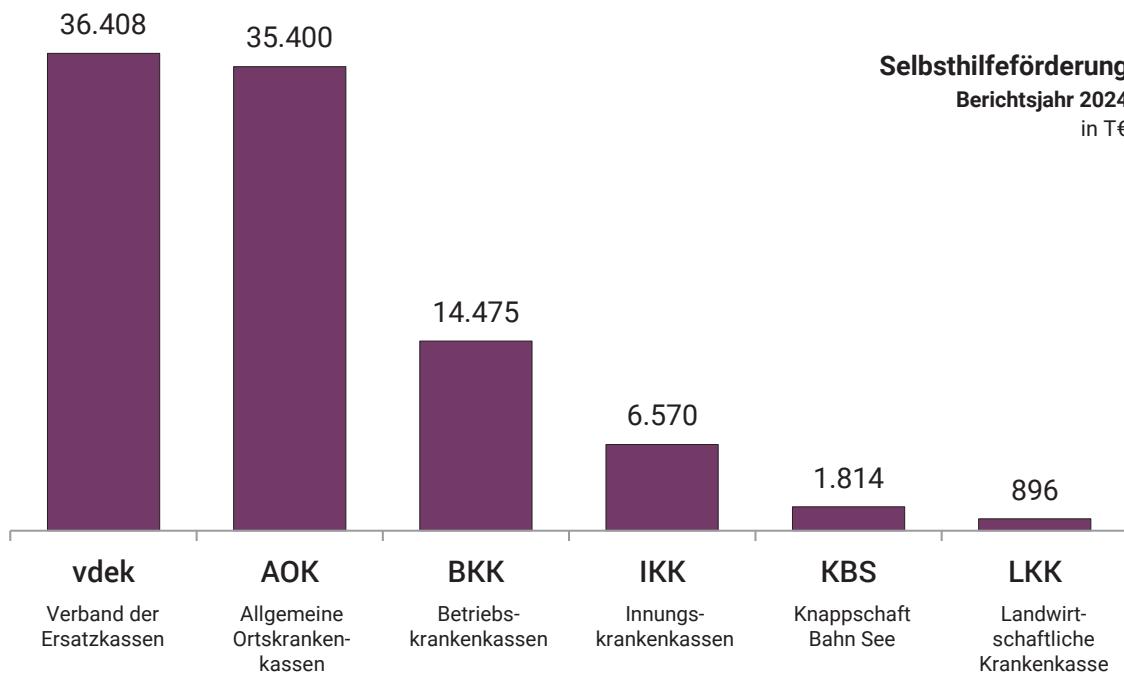
18 Vgl. [GE zur Förderung der Selbsthilfe](#), 2019.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	& -konferenzen	105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne					

Grundlage der für den THVB verwendeten Daten bilden die Kontenarten 5130 (Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen – nur Zuschuss) und 5140 (Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktestellen – ohne Zuschuss) der KJ 1-Statistik aus dem Jahr 2024.

Über den gesamten Trägerbereich GKV gesehen betrug die Förderung der Selbsthilfe in 2024 insgesamt rund 95,6 Mio. Euro. In [Abbildung 44](#) sind die Ausgaben für die Selbsthilfeförderung der GKV differenziert nach Kassenarten dargestellt.

Abbildung 44. Ausgaben zur Förderung der Selbsthilfe nach Kassenarten

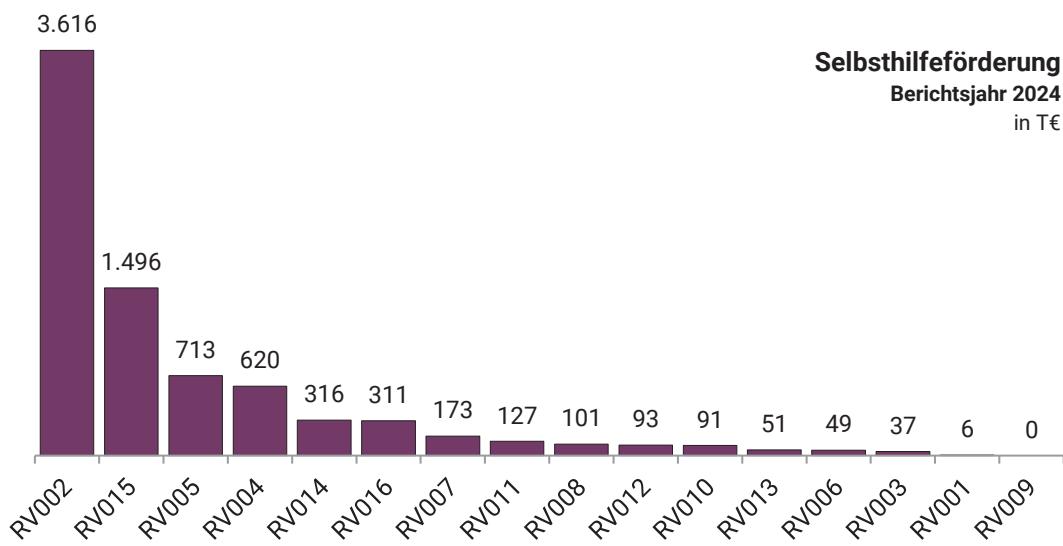


Der § 4 Abs. 3 SGB VIII sieht vor, dass die öffentliche JH die freie JH nach Maßgabe des SGB VIII fördern und dabei die verschiedenen Formen der Selbsthilfe stärken soll. In der Praxis kommt diese Bestimmung vor allem bei der Unterstützung selbstorganisierter Formen der Tagesbetreuung und der Jugendarbeit für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche zum Tragen. In diesem Zusammenhang werden Leistungsangebote finanziell gefördert, nicht aber die Institution, das heißt die Jugendeinrichtung als solche. Weitere Angaben zur Selbsthilfeförderung für den THVB liegen aus diesem Trägerbereich nicht vor.

4.1: Anträge	50	4.6: Entscheidungsarten	85	4.10: Erstattung zw. Trägern	108	4.14: Erstattung selbst- beschaffter Leistungen	126
4.2: Weiterleitungen	58	4.7: Antrittslaufzeit	89	4.11: PB trägerspezifisch	112	4.15: Rechtsbehelfe	130
4.3: Fristen	63	4.8: Teilhabeplanungen	99	4.12: PB trägerübergreifend	117	4.16: Integration in Arbeit	143
4.4: Gutachten	75	& -konferenzen	105	4.13: Mitteilungen lange Verfahrensdauer	122	4.17: Förderung Selbsthilfe	146
4.5: Bearbeitungsdauer	79	4.9: Teilhabepläne					

Die Regelung des § 45 SGB IX wird für die RV spezialgesetzlich durch § 31 SGB VI ausgestaltet. Gemeldet für den THVB werden daher Förderbeträge, die die Träger der RV an entsprechende Institutionen zugewandt haben. Diese beinhalten Beträge zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB VI in Verbindung mit den Richtlinien über Zuwendungen durch die Träger der gesetzlichen RV an Einrichtungen, die auf dem Gebiet der Rehabilitation forschen oder die Rehabilitation fördern. In 2024 beliefen sich diese Ausgaben über alle Träger der Rentenversicherung gesehen auf ca. 7,8 Mio. Euro. In **Abbildung 45** sind die Ausgaben für die Selbsthilfeförderung der RV aus dem Jahr 2024 nach den Trägern der Rentenversicherung gegliedert dargestellt.

Abbildung 45. Ausgaben zur Förderung der Selbsthilfe bei der DRV



Für die Träger des SER ist im SGB XIV keine explizite Vorschrift zur Förderung der Selbsthilfe enthalten. Weitere Angaben zur Selbsthilfeförderung für den THVB liegen aus diesem Trägerbereich nicht vor.

Die Vorschriften der UV (SGB VII) enthalten keine expliziten Hinweise zur Förderung der Selbsthilfe. Im Rahmen von § 39 Abs. 1 SGB VII können einzelne Versicherte aber bei Bedarf zur Teilnahme an Angeboten der Selbsthilfe unterstützt werden. Weitere Angaben zur Selbsthilfeförderung für den THVB liegen aus diesem Trägerbereich nicht vor.

5 Aus den Trägerbereichen

Im Rahmen des Beteiligungsverfahrens für den Teilhabeverfahrensbericht haben die einzelnen Trägerbereiche jedes Jahr die Möglichkeit, trägerspezifische Hinweise und Erläuterungen zu den übermittelten Daten zu geben. Dies kann sowohl in den Infoboxen „Aus den Trägerbereichen“ in [Kapitel 4](#) als auch über einen eigenständigen Beitrag im vorliegenden Kapitel 5 erfolgen. Die ergänzenden Beiträge aus den Trägerbereichen gehen über die Eingaben in den Infoboxen in Kapitel 4 hinaus.

Beiträge liegen von der Bundesagentur für Arbeit sowie aus dem Trägerbereich der Eingliederungshilfe, der öffentlichen Jugendhilfe und der gesetzlichen Unfallversicherung vor. Die nachfolgenden Abschnitte geben die Beiträge aus den Trägerbereichen im Wortlaut wieder.¹⁹ Sie sollen der Leserschaft eine qualitative Einordnung der Ergebnisse des Teilhabeverfahrensberichts ermöglichen.

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

5.1 Bundesagentur für Arbeit

Die Bundesagentur für Arbeit (BA) ist eine rechtsfähige bundesunmittelbare Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Sie gliedert sich in eine Zentrale auf der oberen Verwaltungsebene und zehn Regionaldirektionen auf der mittleren Verwaltungsebene. Sie ist mit 150 Agenturen für Arbeit (AA) und etwa 600 Geschäftsstellen vor Ort präsent. Außerdem sind die AA gemeinsam mit Landkreisen oder kreisfreien Städten für 301 Jobcenter in gemeinsamer Einrichtung (gE) verantwortlich. Dementsprechend ist die BA nahezu überall in ganz Deutschland gut erreichbar und hat einen überdurchschnittlich hohen Bekanntheitsgrad.

Die BA ist auch Rehabilitationsträger für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sowie unterhalts-sichernde und andere ergänzende Leistungen. Im Vergleich zu den weiteren Rehabilitationsträgern ist die BA aufgrund ihrer Organisationsstruktur keinem Trägerbereich zugeordnet, sie agiert als solitärer Rehabilitations-träger. Ziel ist es, die nachhaltige und dauerhafte Integration in den Ausbildungs- oder Arbeitsmarkt für Men-schen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohten Menschen zu sichern. Die BA erbringt Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, sofern nicht ein anderer Rehabilitationsträger im Sinne des SGB IX zuständig ist.

Daher werden Anträge anderer Leistungsgruppen immer an die dafür zuständigen Träger weitergeleitet. Des Weiteren ist die BA im Verhältnis zu anderen Trägern, die ebenfalls LTA erbringen können, nachrangig zustän-dig. Daher werden entsprechend den gesetzlichen Regelungen auch Anträge auf LTA an jeweils vorrangige Träger weitergeleitet.

Die proaktive Identifizierung möglicher Rehabilitationsbedarfe ist Aufgabe aller Beratungs- und Vermittlungs-fachkräfte in den operativen Bereichen der Agenturen für Arbeit sowie gemeinsamen Einrichtungen (Job-center). Vor allem die berufliche Orientierung und Beratung von Schülerinnen und Schülern setzt sehr früh-zeitig ein. Rund zwei Drittel der Anträge auf LTA bei der BA betreffen die berufliche Ersteingliederung junger Menschen an der ersten Schwelle beim Übergang von der Schule in den Beruf. Daher unterscheidet sich die Struktur der Leistungsberechtigten der BA in der beruflichen Rehabilitation von der anderer Rehabilitations-träger deutlich. Da die Rehabilitationsbedarfe junger Menschen in der Regel vor Ende der Schulzeit festgestellt werden, Bewilligungsbescheide im Interesse der Leistungsberechtigten zeitnah erfolgen und sich Maßnahme-eintritte häufig an festen Beginnterminen (z. B. am Ausbildungsbeginn) orientieren, resultieren daraus mitunter höhere Antrittslaufzeiten.

Einige Variablen und Auswertungen entfallen für die BA aufgrund ihrer Organisation als solitärer Rehabilita-tionsträger.

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

5.2 Eingliederungshilfe

Die Eingliederungshilfe ist mit Leistungen im Umfang von 28,7 Milliarden Euro netto jährlich an ca. 1.029.000 Personen der größte Reha-Träger (Quelle: Stat. Bundesamt für 2024). Sie gewährt eine der wichtigsten Sozialleistungen zur Sicherung des Rechts auf Teilhabe für Menschen mit Behinderungen in Deutschland. Das Leistungsspektrum reicht von der vorschulischen und schulischen Unterstützung, Betreuung und (Früh-)Förderung für Kinder mit (drohender) Behinderung über die Unterstützung erwachsener Menschen mit Behinderung bei der Teilhabe am Arbeitsleben in Werkstätten für behinderte Menschen und im Budget für Arbeit bis hin zu verschiedenen Maßnahmen der sozialen Teilhabe einschließlich der Assistenz beim Wohnen in der eigenen Wohnung oder in besonderen Wohnformen.

Die Eingliederungshilfe ist keine Versicherungsleistung, sondern eine steuerfinanzierte Leistung der öffentlichen Fürsorge, welche mit Wirkung zum 01.01.2020 durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) in das Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) überführt und in weiten Teilen neu geregelt wurde. Anders als bei den meisten anderen Rehabilitationsträgern, werden die Leistungen nicht nur punktuell für einen bestimmten Bedarf und nur vorübergehend, sondern vollumfänglich für alle Lebensbereiche der betroffenen Menschen und bei regelmäßiger Bedarfsprüfung dauerhaft gewährt. Auf die sehr unterschiedlichen trägerspezifischen Abläufe und Strukturen in der Jugend- und Eingliederungshilfe gegenüber anderen Reha-Trägern wird deutlich hingewiesen (vgl. Infoboxen „Aus den Trägerbereichen“ in [Kapitel 4](#)).

Die Bestimmung der für die Leistungen zuständigen Träger der Eingliederungshilfe erfolgt durch die Bundesländer. Dies erklärt, warum in den Ländern unterschiedliche Behörden für die Eingliederungshilfe zuständig sind. In den Flächenländern liegt die Zuständigkeit entweder bei den Landkreisen und kreisfreien Städten (so in Baden-Württemberg, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein und Thüringen) oder beim Land bzw. einem höheren Kommunalverband (so in Bayern, Saarland und Sachsen-Anhalt) oder die Zuständigkeit wurde zwischen örtlicher und überörtlicher Ebene geteilt (so in Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Sachsen). Die Zahl der Träger der Eingliederungshilfe ist dementsprechend hoch.

Die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen steht auch mehr als fünf Jahre nach Inkrafttreten des BTHG weiterhin vor besonderen Herausforderungen. Sowohl das umfangreiche neue Gesamtplanverfahren als auch die Umstellung der Vereinbarungen mit den Leistungserbringern waren und sind sehr komplex und damit zeit- und personalaufwändig. Fast alle Träger der Eingliederungshilfe mussten neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einstellen, viele ihr Personal sogar verdoppeln. Auch bei den technischen Anpassungen der Verfahren und Prozesse stand und steht im Vordergrund, die Leistungsgewährung für die betroffenen Menschen auch während der Umstellungsprozesse des Bundesteilhabegesetz sicherzustellen. Dies ist überall sehr gut gelungen.

Die Umsetzung des Gesamtplanverfahrens sowie der personenzentrierten Leistungs- und Finanzierungssystematik war und ist eine weitere Herausforderung für die Arbeitsprozesse und IT-Verfahren der Leistungsträger, die eine wesentliche Grundlage für die valide Datenermittlung für den THVB bilden. Zum anderen sind Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen in Umsetzung der Landesrahmenverträge mit den Leistungserbringern zu verhandeln und abzuschließen. Dies ist nach wie vor noch nicht überall gelungen. Gleichwohl gelang es, den Rechten und Ansprüchen der leistungsberechtigten Menschen vollumfänglich Rechnung zu tragen.

5.3 Jugendhilfe

Die kreisfreien Städte, Landkreise und zum Teil auch kreisangehörigen Gemeinden sind als örtliche Träger der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe zuständig für umfangreiche Leistungen der Jugendhilfe, insbesondere der Kindertagesbetreuung, der Hilfe zur Erziehung, der Hilfe für junge Volljährige und der Jugendarbeit. Auch die Leistungen der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit einer (drohenden) seelischen Behinderung nach § 35a SGB VIII gehören dazu. Für die letztgenannten Leistungen sind die Jugendhilfeträger zugleich Rehabilitationsträger.

Die Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII ist keine erzieherische Hilfe aus dem Leistungskatalog der Kinder- und Jugendhilfe, kann aber mit dieser kombiniert werden. Sie hat einen offenen Leistungskatalog für zielgenaue Hilfen und kann sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden. Die Leistungen umfassen Beratungs- und Therapieangebote, aber auch Schulbegleitungen und Integrationsassistenz. Die letztgenannten haben im Schulalltag erheblich an Bedeutung gewonnen. Als Gründe für die Leistungsgewährung werden häufig seelische Probleme oder Entwicklungsauffälligkeiten (41 Prozent) und schulische oder berufliche Probleme (30 Prozent) genannt. Auffälligkeiten im Sozialverhalten wie Drogenkonsum oder aggressives Verhalten waren nur in 16 Prozent der Fälle ausschlaggebend.

Die Kommunen verzeichnen seit Jahren stark steigende Fallzahlen in der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII. Die Träger der Kinder- und Jugendhilfe gewährten im Jahr 2023 insgesamt fast 159.000 Eingliederungshilfen für Kinder und Jugendliche mit einer seelischen Behinderung. Damit wächst dieser Bereich der Kinder- und Jugendhilfe überproportional und übernimmt immer öfter eine unterstützende Funktion bei der Realisierung der Inklusion in der Schule.

Die allgemeinen Regelungen des ersten Teils SGB IX werden auch von der Eingliederungshilfe nach dem SGB VIII umgesetzt. Das Jugendamt prüft, ob der Teilhabebedarf des Kindes oder Jugendlichen vollständig aus dem SGB VIII gedeckt werden kann. Wenn neben den Leistungen nach § 35a SGB VIII auch Teilhabebedarfe aus anderen Leistungsgruppen (§ 5 SGB IX) bei anderen Rehabilitationsträgern bestehen können, für die das Jugendamt nicht Rehabilitationsträger sein kann, wird das Teilhabeplanverfahren eingeleitet. Damit hat die Fachkraft im Jugendamt für den kleinen Bereich der Leistungen nach § 35a SGB VIII eine sehr komplexe Aufgabe, die umfassende Kenntnisse des Rehabilitationsrechts aller Leistungsträger erfordert.

Hinzu kommt die Umsetzung des Kinder- und Jugendstärkungsgesetzes, mit dem die Vorbereitung der sogenannten inklusiven Lösung im SGB VIII verankert wurde. Zum 1.1.2024 wurden in allen Jugendämtern Verfahrenslotzen eingeführt, viele Kommunen haben diese bereits in den Jahren zuvor etabliert. Die Zusammenarbeit der Träger der Jugendhilfe und der Träger der Eingliederungshilfe wurde ausgebaut und damit die Leistungsgewährung inklusiver gestaltet.

5.4 Gesetzliche Unfallversicherung

In der gesetzlichen Unfallversicherung werden Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe im Allgemeinen von Amts wegen erbracht (§ 19 Satz 2 SGB IV), es bedarf keines Antrags der Versicherten oder ihrer Angehörigen. In das Verfahren sind die Versicherten von Anfang an aktiv eingebunden. Dabei hat die gesetzliche Unfallversicherung einen umfassenden Leistungsauftrag – von der Akutbehandlung bis hin zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur sozialen Teilhabe. Durch das Reha-Management werden die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur sozialen Teilhabe auf Grundlage eines individuellen Reha- und Teilhabeprofils unter partnerschaftlicher Einbindung aller am Verfahren Beteigter „aus einer Hand“ koordiniert.

Das fehlende Antragsverfahren führt bei der Umsetzung der Anforderungen des Teilhabeverfahrensberichts nach § 41 SGB IX zu Besonderheiten bei der Datenlieferung durch die gesetzliche Unfallversicherung. Nach § 14 Abs. 4 SGB IX tritt an die Stelle des Tages der Antragstellung der „Tag der Kenntnis des voraussichtlichen Rehabilitationsbedarfs“. Da die UV-Träger im Rahmen eines Reha-Verfahrens in vielfältiger Form und zu den unterschiedlichsten Zeiten Kenntnis von einem voraussichtlichen Reha-Bedarf erhalten, wurde ein entsprechendes Konzept erarbeitet, das sowohl die inhaltliche Definition als auch Fragen zur Implementation in die Verfahrensabläufe der statistischen Erfassung beinhaltet. Ziel war u. a., mit den anderen Rehabilitationsträgern und ihren Verfahren annähernd vergleichbar abbildbar zu sein, gleichzeitig aber das bestehende, versichertenfreundliche Verfahren nicht zu verschlechtern, die Sachbearbeitung nicht übermäßig zu belasten und die unfallversicherungsspezifischen Verfahren realistisch abzubilden. Die Ermittlung der Daten für den Teilhabeverfahrensbericht inklusive der Bildung von Leistungsgruppen- und Gesamtanträgen erfolgt dabei anhand der im Berichtsjahr als abgeschlossen gemeldeten Fälle der Reha-Basisdokumentation.

Um Zeitpunkte für den Antragseingang und die Entscheidung über einen Antrag ermitteln zu können, wurden Antrags- und Bewilligungssubstitute in Form von konkreten Handlungen/Vorgängen definiert, die dem Antragseingang oder der Bewilligung eines Antrages gleichgestellt werden können. Für jede erbrachte Leistung im Bereich der medizinischen Rehabilitation und der beruflichen und sozialen Teilhabe nach SGB IX wird das Datum des jeweiligen Antrags- und Bewilligungssubstituts erfasst. Ebenfalls wurden Regeln für die Zusammenfassung einzelner Leistungen zu Gesamt- und Leistungsgruppen-Anträgen und die Ermittlung der jeweiligen Antrags- und Bewilligungszeitpunkte definiert, sodass die Antragszahlen und Entscheidungsdauern aus den Daten der Reha-Basisdokumentation ermittelt werden können.

Grundsätzlich nicht einschlägig für die Unfallversicherung sind jene Kennzahlen, die sich auf die Anzahl oder Laufzeiten sozialmedizinischer Gutachten beziehen. Gutachten zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs im Sinne des § 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX werden hier nicht benötigt, da das Heilbehandlungsverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung sowohl die Akutbehandlung als auch die medizinische Reha umfasst und damit bereits entsprechende ärztliche Unterlagen vorliegen.

6 Literatur

- Beyer, C. (2019). § 41 Teilhabeverfahrensbericht. In D. H. Dau, F. J. Düwell, J. Joussen & T. Asmalsky (Hrsg.). *Sozialgesetzbuch IX: Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen: SGB IX, BTHG, SchwbVWO, BGG: Lehr- und Praxiskommentar* (5. Auflage, S. 211–215). Nomos.
- Busse, S. (2021). Gesetzgebungsverfahren des Sozialgesetzbuches XIV: Die Erneuerung des Sozialen Entschädigungsrechts – Ein echter Schritt nach vorne? *Die Rehabilitation*, 60(02), 74–76.
<https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1223-4261>
- Czedik, S. & Liebing, N. (2025). Von der Statistik zur Praxis: Der Teilhabeverfahrensbericht als Evaluationsinstrument. *Reha-Info*, 1. <https://www.bar-frankfurt.de/service/reha-info-und-newsletter/reha-info-2025/reha-info-012025/von-der-statistik-zur-praxis.html>
- Czedik, S., Liebing, N. & Schüring, S. (2025). *Neuordnung der Trägerstrukturen in der Sozialen Entschädigung*. Beitrag D4-2025. <https://www.reha-recht.de/fachbeitraege/beitrag/artikel/beitrag-d4-2025>
- Deutscher Bundestag. (2016). Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) (BT-Drucksache 18/9522). <https://dserver.bundestag.de/btd/18/095/1809522.pdf>
- Giraud, B. & Schian, M. (2019). Gut beraten, gut geplant und gut gemacht: Individuelle Teilhabeplanung im Betrieb. *Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin*, 12, 771–774.
- IBM Corp. *IBM SPSS Statistics for Windows*. (Version 27.0) [Software]. <https://www.ibm.com/de-de>
- Knickrehm, S., Mushoff, T. & Schmidt, S. (Hrsg.). (2021). *Das neue Soziale Entschädigungsrecht – SGB XIV: Einführung mit Synopse* (1. Auflage). Nomos.
- Leiner, D. J. (2024). *SoSci Survey*. (Version 3.5.02) [Software]. <https://www.soscisurvey.de>
- R Core Team. (2020). *R: A language and environment for statistical computing: R Foundation for Statistical Computing*. <https://www.R-project.org>
- Schaumberg, T. (2020a). Das gegliederte System des Rehabilitationsrechts. Beitrag A9-2020.
<https://www.reha-recht.de/fachbeitraege/beitrag/artikel/a9-2020>
- Schaumberg, T. (2020b). Leistungskoordination gemäß § 15 SGB IX bei Trägermehrheit. Beitrag A12-2020.
<https://www.reha-recht.de/fachbeitraege/beitrag/artikel/beitrag-a12-2020>

Schüring, S. (2023). Der Teilhabeverfahrensbericht als Steuerungsinstrument – Arbeiten mit Kennzahlen. *Die Rehabilitation*, 62(3), 140–143. <https://doi.org/10.1055/a-2078-0331>

Stähler, T. P. (2021). *Teilhabeplan und Teilhabeplanung*. Beitrag A42-2021. <https://www.reha-recht.de/fachbeitraege/beitrag/artikel/beitrag-a42-2021>

Stähler, T. P. & Schian, M. (2018). Rechtliche Grundlagen der Rehabilitation. In Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (Hrsg.). *Rehabilitation: Vom Antrag bis zur Nachsorge - für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe* (S. 375–408). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-54250-7_38

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2018). *Entscheidungskriterien für die Auswahl eines Geheimhaltungsverfahrens*. <https://www.destatis.de/DE/Methoden/WISTA-Wirtschaft-und-Statistik/2018/03/entscheidungskriterien-geheimhaltungsverfahren-032018.html>

Tabbara, A. (2020). Neues Sozialgesetzbuch XIV- Die Reform des Sozialen Entschädigungsrechts. *Neue Zeitschrift für Sozialrecht*, 29(6), 210–217.

Tabbara, A. (2021). Fortschritt für mehr Teilhabe und Inklusion. *Die berufliche Rehabilitation*, 03, 24–39.

Weiß, C. (2013). *Basiswissen Medizinische Statistik* (6. Aufl.). Springer.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Veränderungen der Trägerstruktur im Bereich des SER	24
Abbildung 2. Methodische Schritte im THVB	26
Abbildung 3. Übergangsmatrix für das Berichtsjahr 2024	31
Abbildung 4. Datengrundlage für das Berichtsjahr 2024	43
Abbildung 5. Entwicklung der Meldequote insgesamt	44
Abbildung 6. Gründe für eine fehlende Datenmeldung im Berichtsjahr 2024	48
Abbildung 7. Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe	51
Abbildung 8. Zeitreihe zu Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe	53
Abbildung 9. Prozentuale Verteilung der beantragten Leistungsgruppen	54
Abbildung 10. Prozentuale Verteilung der beantragten Leistungsgruppen im Jahresvergleich	56
Abbildung 11. Weiterleitungen wegen vollständiger Unzuständigkeit	59
Abbildung 12. Weiterleitungen wegen vollständiger Unzuständigkeit im Jahresvergleich	60
Abbildung 13. Überschreitung der Zweiwochenfrist bei der Zuständigkeitsfeststellung	64
Abbildung 14. Verteilung der Fristüberschreitungen pro Träger bei der Zuständigkeitsfeststellung	65
Abbildung 15. Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung im Jahresvergleich	66
Abbildung 16. Prozentuale Verteilung der Entscheidungen mit und ohne Gutachten	68
Abbildung 17. Überschreitung der Dreiwochenfrist bei Entscheidung ohne Gutachten	70
Abbildung 18. Verteilung der Fristüberschreitungen pro Träger bei Entscheidungen ohne Gutachten	71
Abbildung 19. Fristüberschreitungen bei Entscheidungen zu Gesamtanträgen ohne Gutachten im Jahresvergleich	72
Abbildung 20. Überschreitung der Zweiwochenfrist bei Entscheidung mit Gutachten	73
Abbildung 21. Verteilung der Fristüberschreitungen pro Träger bei Entscheidungen mit Gutachten	74
Abbildung 22. Durchschnittliche Dauer der Erstellung eines Gutachtens	75
Abbildung 23. Durchschnittliche Dauer der Erstellung eines Gutachtens im Jahresvergleich	78
Abbildung 24. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei allen Entscheidungen	79
Abbildung 25. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei Bewilligung	80
Abbildung 26. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei Bewilligung im Jahresvergleich	82
Abbildung 27. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei Erledigung	83
Abbildung 28. Prozentuale Verteilung der Entscheidungsarten des Gesamtantrags	86
Abbildung 29. Prozentuale Verteilung der Entscheidungsarten des Gesamtantrags im Jahresvergleich	88
Abbildung 30. Prozentuale Verteilung der Anträge mit Leistungsantritt vor und nach Bewilligungsbescheid	89
Abbildung 31. Durchschnittliche positive Antrittslaufzeit	91
Abbildung 32. Durchschnittliche positive Antrittslaufzeit im Jahresvergleich	93
Abbildung 33. Durchschnittliche negative Antrittslaufzeit	94
Abbildung 34. Durchschnittliche negative Antrittslaufzeit im Jahresvergleich	96
Abbildung 35. Entschiedene Widersprüche im Jahresvergleich	132
Abbildung 36. Prozentuale Verteilung erfolgreicher und nicht erfolgreicher Widersprüche	133
Abbildung 37. Prozentualer Anteil erfolgreicher Widersprüche pro Träger	135
Abbildung 38. Entschiedene Klagen im Jahresvergleich	138
Abbildung 39. Prozentuale Verteilung erfolgreicher und nicht erfolgreicher Klagen	139
Abbildung 40. Prozentualer Anteil erfolgreicher Klagen pro Träger	141

Abbildung 41. Sozialversicherungspflichtige Beschäftigungen 6 Monate nach Ende einer LTA-Maßnahme bei der BA	143
Abbildung 42. Beschäftigungen 6 Monate nach Ende einer LTA-Maßnahme bei der RV	144
Abbildung 43. Beschäftigungen 6 Monate nach Ende einer LTA-Maßnahme bei der UV	144
Abbildung 44. Ausgaben zur Förderung der Selbsthilfe nach Kassenarten	147
Abbildung 45. Ausgaben zur Förderung der Selbsthilfe bei der DRV	148

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Teilhabeleistungen der Rehabilitationsträger nach Leistungsgruppen (§ 5 SGB IX)	22
Tabelle 2. Berichtspflichtige Rehabilitationsträger nach Bundesland	41
Tabelle 3. Anzahl der Datenmeldungen	44
Tabelle 4. Anzahl der Nicht-Meldungen nach Bundesland	46
Tabelle 5. Anzahl der Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe nach Leistungsgruppe	55
Tabelle 6. Weiterleitungen im Rahmen einer Turboklärung	62
Tabelle 7. Anzahl der Entscheidungen mit und ohne Gutachten	69
Tabelle 8. Verteilung der durchschnittlichen Dauer der Erstellung eines Gutachtens pro Träger (in Tagen)	77
Tabelle 9. Verteilung der durchschnittlichen Bearbeitungsduern bei Bewilligung pro Träger (in Tagen)	81
Tabelle 10. Verteilung der durchschnittlichen Bearbeitungsduern bei Erledigung pro Träger (in Tagen)	84
Tabelle 11. Anzahl der Entscheidungsarten des Gesamtantrags	87
Tabelle 12. Anzahl der Anträge mit Leistungsantritt vor und nach Bewilligungsbescheid	90
Tabelle 13. Verteilung der durchschnittlichen positiven Antrittslaufzeiten pro Träger (in Tagen)	92
Tabelle 14. Verteilung der durchschnittlichen negativen Antrittslaufzeiten pro Träger (in Tagen)	95
Tabelle 15. Durchschnittliche positive Antrittslaufzeit nach Bewilligungsbescheid mit bzw. ohne Teilhabeplanung	97
Tabelle 16. Durchschnittliche negative Antrittslaufzeit vor Bewilligungsbescheid mit bzw. ohne Teilhabeplanung	98
Tabelle 17. Anzahl der Anträge mit trägerübergreifender Teilhabeplanung bzw. Teilhabeplankonferenz	100
Tabelle 18. Anteil der Anträge mit trägerübergreifender Teilhabeplanung an den entschiedenen Gesamtanträgen	101
Tabelle 19. Anteil der Anträge mit Teilhabeplankonferenz an den entschiedenen Gesamtanträgen	102
Tabelle 20. Anteil der Anträge mit trägerübergreifender Teilhabeplanung an den entschiedenen Gesamtanträgen im Jahresvergleich	104
Tabelle 21. Anteil der Anträge mit Teilhabeplankonferenz an den entschiedenen Gesamtanträgen im Jahresvergleich	104
Tabelle 22. Anzahl der Anpassungen insgesamt und der Teilhabepläne mit mindestens einer Anpassung	105
Tabelle 23. Durchschnittliche Geltungsdauer von Teilhabeplänen	106
Tabelle 24. Anzahl der Anpassungen von Teilhabeplänen im Jahresvergleich	107
Tabelle 25. Anzahl der Erstattungsverfahren zwischen Trägern	109
Tabelle 26. Anzahl der Erstattungsverfahren zwischen Trägern pro Antrag mit mindestens einem Erstattungsverfahren	110
Tabelle 27. Anzahl der Erstattungsverfahren zwischen Trägern im Jahresvergleich	111
Tabelle 28. Anzahl beantragter und bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets	112
Tabelle 29. Anteil beantragter trägerspezifischer Persönlicher Budgets an den entschiedenen Gesamtanträgen	113
Tabelle 30. Anteil bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets an den entschiedenen Gesamtanträgen	114
Tabelle 31. Anteil beantragter trägerspezifischer Persönlicher Budgets an den entschiedenen Gesamtanträgen im Jahresvergleich	115
Tabelle 32. Anteil bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets an den entschiedenen Gesamtanträgen im Jahresvergleich	116
Tabelle 33. Anzahl beantragter und bewilligter trägerübergreifender Persönlicher Budgets	117

Tabelle 34. Anteil beantragter trägerübergreifender Persönlicher Budgets an den entschiedenen Gesamtanträgen	118
Tabelle 35. Anteil bewilligter trägerübergreifender Persönlicher Budgets an den entschiedenen Gesamtanträgen	119
Tabelle 36. Anteil beantragter trägerübergreifender Persönlicher Budgets an den entschiedenen Gesamtanträgen im Jahresvergleich	120
Tabelle 37. Anteil bewilligter trägerübergreifender Persönlicher Budgets an den entschiedenen Gesamtanträgen im Jahresvergleich	121
Tabelle 38. Anzahl der Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer	122
Tabelle 39. Anzahl der Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer pro Antrag mit mindestens einer Mitteilung	123
Tabelle 40. Anteil der Anträge mit mindestens einer Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer an den entschiedenen Gesamtanträgen	124
Tabelle 41. Anzahl der Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer im Jahresvergleich	125
Tabelle 42. Anzahl entschiedener Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen	126
Tabelle 43. Anzahl entschiedener Erstattungsanträge pro Antrag mit mindestens einem Antrag auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen	127
Tabelle 44. Anzahl bewilligter und abgelehnter Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen	128
Tabelle 45. Anzahl der Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen im Jahresvergleich	129
Tabelle 46. Anzahl entschiedener Widersprüche	131
Tabelle 47. Anzahl erfolgreicher und nicht erfolgreicher Widersprüche	134
Tabelle 48. Anteil erfolgreicher Widersprüche an allen entschiedenen Widersprüchen im Jahresvergleich	136
Tabelle 49. Anzahl entschiedener Klagen	137
Tabelle 50. Anzahl erfolgreicher und nicht erfolgreicher Klagen	140
Tabelle 51. Anteil erfolgreicher Klagen an allen entschiedenen Klagen im Jahresvergleich	142

Glossar

Berichtsjahr Ein Berichtsjahr bezieht sich auf das Erfassungsjahr, aus dem die Daten für den THVB stammen. Für jedes Berichtsjahr ist von den Trägern ein Meldedatensatz zu übermitteln. Ein Berichtsjahr umfasst ein Kalenderjahr.

Datenmeldewege Für die Übermittlung des Meldedatensatzes an die BAR gibt es zwei mögliche Meldewege:

Meldeweg 1: Der jeweilige Spitzenverband / die jeweils zuständige oberste Landesbehörde leitet die von den Rehabilitationsträgern erfassten Daten als Meldedatensatz an die BAR weiter.

Meldeweg 2: Die einzelnen Rehabilitationsträger übermitteln ihren jeweiligen Meldedatensatz direkt an die BAR (Direktmeldung).

Im Vorfeld hat sich jeder Träger / Trägerbereich für einen der beiden Meldewege entschieden.

Datenübermittlung Der erzeugte Meldedatensatz wird im XML-Format elektronisch über eine Web-Schnittstelle vom Träger / Trägerbereich verschlüsselt an die BAR übermittelt. Es stehen für die Datenübermittlung zwei Möglichkeiten zur Verfügung:

Möglichkeit 1: Es wird eine manuelle Datenübermittlung über ein passwortgeschütztes Web-Portal auf der Website der BAR vorgenommen.

Möglichkeit 2: Die Datenübermittlung an die Web-Schnittstelle erfolgt automatisiert über ein WebDAV (Web-based Distributed Authoring and Versioning)-Protokoll, direkt aus dem jeweiligen Fachverfahren heraus.

Die Entscheidung für entweder Möglichkeit 1 oder Möglichkeit 2 obliegt dem datenliefernden Träger / Trägerbereich.

Fehlanzeige Eine Fehlanzeige ist der BAR durch den Träger mitzuteilen, wenn ihm in einem Berichtsjahr keine Angaben vorliegen, die in einer Erfassung von mindestens einem der 16 Sachverhalte für den THVB hätten berücksichtigt werden müssen.

Gesamtantrag Ein einziger Antrag reicht aus, damit Menschen mit Behinderung oder jene, die von Behinderung bedroht sind, alle benötigten Reha- und Teilhabeleistungen erhalten können – auch dann, wenn diese Leistungen durch verschiedene Rehabilitationsträger erbracht werden. Menschen mit Behinderungen sollen somit alle Leistungen wie „aus einer Hand“ erhalten. Dieser Antrag umfasst also alle benötigten Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe und wird im THVB als Gesamtantrag bezeichnet.

Ein Antrag auf Reha- und Teilhabeleistungen wird im Rahmen des THVB immer als ein Gesamtantrag erfasst. Gleichzeitig muss ein Gesamtantrag immer auch einen oder mehrere Leistungsgruppen-Anträge beinhalten (siehe auch Leistungsgruppen-Antrag).

Leistungsgruppen-Antrag Ein Gesamtantrag umfasst immer mindestens eine Teilhabeleistung, die sich einer der Leistungsgruppen zuordnen lässt. Diese Anträge werden als Leistungsgruppen-Anträge (LG-Anträge) bezeichnet.

Für einen Gesamtantrag, der LMR- und LTA-Leistungen beinhaltet, sind für den THVB ein Gesamtantrag und gleichzeitig zwei LG-Anträge zu erfassen. Auch wenn ein Gesamtantrag nur eine Leistungsgruppe beinhaltet, wird für den THVB zusätzlich zum Gesamtantrag auch ein LG-Antrag erfasst. Wenn mehrere Leistungen aus einer Leistungsgruppe beantragt werden, wird der entsprechende LG-Antrag für den THVB nur einmal gezählt.

Leistungsgruppen Reha- und Teilhabeleistungen können sein (§ 5 SGB IX):

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
3. unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen,
4. Leistungen zur Teilhabe an Bildung und
5. Leistungen zur sozialen Teilhabe.

Meldedatensatz Ein Meldedatensatz enthält die Daten eines Trägers / Trägerbereichs, die für ein jeweiliges Berichtsjahr an die BAR zu übermitteln sind. Der Meldedatensatz muss einem standardisierten Format entsprechen, dem XML-Format (eXtensible Markup Language). Die formalen Vorgaben werden bei der Übermittlung an die Web-Schnittstelle der BAR nach syntaktischen und semantischen Kriterien geprüft.

Meldevariablen Die zu erhebenden Variablen lassen sich in Primär- und Meldevariablen unterscheiden. Sie orientieren sich entlang der in § 41 SGB IX formulierten 16 Sachverhalte. Die Primärvariablen werden auf Basis von Einzelfalldaten von den Trägern erfasst. Die Meldevariablen werden aus den erfassten Primärvariablen anhand von Berechnungsroutinen am Ende eines Berichtsjahres erzeugt. Im Unterschied zu Primärvariablen sind Meldevariablen mittels Rechenoperationen zusammengefasste (aggregierte) Daten. Das heißt, Variablenwerte werden aufsummiert oder es werden Durchschnittswerte gebildet. Anhand der Meldevariablen wird am Ende eines Berichtszeitraumes ein Meldedatensatz im technisch vorgegebenen XML-Format erstellt und an die BAR übermittelt.

Meldung Eine Meldung für den THVB ist erfolgt, sobald der BAR ein zur Weiterverarbeitung übermittelte fina-ler Meldedatensatz oder eine Fehlanzeige vorliegt. Der finale Meldedatensatz muss die Kennzeichnung „200“ für finale Lieferung oder „300“ für revidierte Lieferung enthalten.

Nicht-Meldung Übermittelt ein Träger, der sich für eine Datenübermittlung durch die Beantragung einer Träger-ID registriert hat, für ein Berichtsjahr weder einen finalen Meldedatensatz noch eine Fehlanzeige, liegt eine Nicht-Meldung vor.

Plausibilitäts- und Validitätsprüfung Wichtiger Bestandteil jeder Datenanalyse ist die Prüfung der Werte auf Plausibilität und Validität. Für die Daten des THVB ist das Verfahren zweistufig:

Stufe 1: Die von den Trägern übermittelten Melddatensätze gehen über eine Web-Schnittstelle pseudonymisiert bei der BAR ein. Es erfolgt zunächst eine Strukturprüfung des Melddatensatzes. Ist diese erfolgreich, folgt eine Plausibilitätsprüfung. Die Werte für die Meldevariablen werden inhaltlich, anhand logischer Regeln überprüft. Bei unplausiblen Werten im Melddatensatz, öffnet sich der Validierungsdialog und die Abweichungen werden dem Träger angezeigt.

Stufe 2: Die interne Validitätsprüfung erfolgt nach Annahme des Melddatensatzes bei der BAR. Innerhalb eines Sachverhalts werden Werte für einzelne Meldevariablen bzw. Beziehungen zwischen Meldevariablen anhand verschiedener Plausibilisierungsregeln geprüft. Diese Regeln ergeben sich logisch aus den Inhalten der 16 Sachverhalte und sind in verschiedene Kategorien eingeteilt. Um die Validität der Daten zu gewährleisten, werden unplausible Werte von der Datenauswertung ausgeschlossen.

Pseudonymisierung Durch eine Pseudonymisierung werden bestimmte Namens- oder Personenidentifikatoren durch neutrale Schlüsselidentifikatoren, wie beispielsweise Zahlen- oder Buchstabenkombinationen, ersetzt. Dabei wird eine Referenzliste bei einer Pseudonymisierungsstelle verwahrt und gepflegt. Diese erlaubt es, dem Pseudonym die Schlüsselidentifikatoren zuzuordnen und damit bei Bedarf eine De-Pseudonymisierung herbeizuführen. Da es sich bei den zu erfassenden Daten für den THVB um sensible Sozialleistungsdaten handelt, haben sich die Rehabilitationsträger darauf verständigt, dass die Übermittlung des Melddatensatzes für den THVB pseudonymisiert erfolgen soll. Für den THVB wurde als Pseudonym die Träger-ID generiert.

PUB-ID Eine erste Pseudonymisierung erfolgte durch die Vergabe einer Träger-ID. Beim Einlesen des Melddatensatzes in die zentrale Datenbank wird er anhand der Public-ID (PUB-ID) nochmals pseudonymisiert (doppelte Pseudonymisierung). Die PUB-ID setzt sich aus einer Abkürzung für den jeweiligen Trägerbereich und einer fortlaufenden Nummerierung zusammen. Sie lässt somit lediglich Rückschlüsse auf den Trägerbereich zu. Die Datenauswertung und Datendarstellung im THVB erfolgen anhand der PUB-ID.

Reha- und Teilhabeleistungen Im vorliegenden Bericht werden Reha- und Teilhabeleistungen synonym für Leistungen zur Teilhabe verwendet oder auch als Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe bezeichnet. Nach der Zielsetzung des § 4 Abs. 1 SGB IX werden darunter die notwendigen Sozialleistungen verstanden, um

1. eine Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern;
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern;
3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder
4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

Leistungen zur Teilhabe können den in § 5 SGB IX genannten Leistungsgruppen zugeordnet werden.

Rehabilitationsträger aus dem Bereich der Sozialversicherung sind vom Staat getrennt und nach dem Prinzip der Selbstverwaltung durch die Sozialpartner (Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften) organisiert. Ihre Finanzierung erfolgt im Wesentlichen über Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Zum Sozialversicherungsbereich zählen die BA, die GKV, die RV und die UV.

Rehabilitationsträger aus dem steuerfinanzierten Bereich sind staatlich verantwortet und werden aus Steuermitteln finanziert. Zu diesem Bereich zählen die Träger der EGH, der JH und des SER. In der Regel sind diese Träger auf Ebene der Bundesländer über die jeweils zuständige oberste Landesbehörde oder in Kommunalverbänden höherer Ordnung als überörtlicher Träger organisiert. In manchen Bundesländern erfolgt eine zusätzliche Aufteilung nach örtlicher Trägerschaft. Näheres regeln die jeweiligen Landesausführungsgesetze.

Teilhabeverfahrensbericht-Erfassungstool (TET) Für Rehabilitationsträger, die über kein bestehendes Fachverfahren verfügen, mit dem die Datenerfassung für den THVB erfolgen kann, stellt die BAR das Erfassungstool „TET“ zur Verfügung. Die Software ermöglicht sowohl die Erfassung der Sachverhalte in der Einzelplatz-Variante, als auch im Multi-User-Betrieb innerhalb eines Netzwerks. Die Installationsdatei zu TET kann über den geschützten Bereich auf der BAR-Website kostenfrei heruntergeladen werden.

Träger-ID Alle Rehabilitationsträger, die Daten für den THVB erfassen und übermitteln, haben auf Antrag bei der BAR eine Träger-ID erhalten. Sie besteht aus einer elfstelligen Ziffernfolge und erfüllt folgende Zwecke:

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

Validierungsdialog Bei der Übermittlung des Meldedatensatzes für den THVB an die BAR erfolgt eine erste inhaltliche Prüfung der übermittelten Werte. Hinterlegte Plausibilitätsregeln geben vor, dass einige Werte beispielsweise nicht größer sein können als andere oder sich aus der Summe anderer Werte ergeben müssen. Enthält ein Meldedatensatz unplausible Werte, wird der Träger direkt und/oder per E-Mail zum Validierungsdialog geleitet. Hier werden Hinweise zu unplausiblen Werten angezeigt. Der Träger wird darauf aufmerksam gemacht, an welcher Stelle in seinem Fachverfahren diese Angaben zu prüfen sind. Werden Angaben durch den Träger geändert oder ergänzt, kann er einen neuen Meldedatensatz übermitteln. Außerdem werden Nachfragen angezeigt, wenn für einige Meldevariablen der Wert 0 übermittelt wurde. Der Meldedatensatz wird erst dann angenommen, wenn alle Hinweise eingesehen und/oder alle angezeigten Nachfragen im Validierungsdialog bearbeitet worden sind. Der Validierungsdialog ermöglicht eine interaktive Befassung mit dem Datensatz.

Blick ins Reha-Leistungsgeschehen

Im Zuge des Bundesteilhabegesetzes wurde mit dem Teilhabeverfahrensbericht eine gesetzliche Grundlage zur Erhebung statistischer Daten bei mehr als 1.000 Rehabilitationsträgern des gegliederten Sozialleistungssystems gelegt. Die BAR ist vom Gesetzgeber beauftragt, auf Basis der an sie übermittelten Daten jährlich einen Teilhabeverfahrensbericht zu veröffentlichen.

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



Informationen zum Teilhabeverfahrensbericht

verfügbar unter

www.bar-frankfurt.de > Teilhabeverfahrensbericht

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

www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen > Reha-Entwicklungen



Teilhabeverfahrensbericht 2025