



# Teilhabeverfahrens- bericht

Erfassungshinweise

## Teilhabeverfahrensbericht nach § 41 SGB IX: Erfassungshinweise

Verantwortlich bei der BAR:

Dr. Stefan Schüring

Dr. Lisa Ulrich

Stephanie Czedik

Daniel Doll

Dr. Nadine Liebing

Ann-Kathrin Poth

Hans-Peter Weih

Ingo Wermes

Katja Hensel

Daniela Weisbecker

### Anmerkung:

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

### Dokumentation

Version	Datum	Kommentar
5.0	14.05.2018	Trägerübergreifend abgestimmt
5.1	12.02.2019	Bearbeitung Layout
5.2	12.07.2019	Bearbeitung Layout
6.0	02.09.2021	Trägerübergreifend abgestimmt
6.1	01.03.2023	Anpassung an trägerübergreifende Abstimmung: <ul style="list-style-type: none"><li>• Ergänzung einer weiteren Entscheidungsart (neue Ausprägung der Primärvariable V09)</li><li>• Konkretisierung der Kombinationen der Entscheidungsarten</li><li>• redaktionelle Änderungen</li></ul>
6.2	01.01.2024	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ergänzungen zur weiteren Entscheidungsart „Weiterleitung nach § 14 Abs. 3 SGB IX (Turboklärung)“</li><li>• Aktualisierung der Meldetatbestände für SER-Träger i. V. m. dem Inkrafttreten des SGB XIV (betrifft die zu erfassenden Teilhabeleistungen, das trägerübergreifende PB und die Teilhabeplanung)</li><li>• redaktionelle Änderungen</li></ul> <p>VERBINDLICHER STAND</p>

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

## Liste der mitwirkenden Institutionen

AOK-Bundesverband  
Bezirk Schwaben, Sozialverwaltung  
Bezirk Unterfranken, Sozialverwaltung  
Bundesagentur für Arbeit  
Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr  
Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe  
Bundesministerium für Arbeit und Soziales  
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung  
Deutsche Rentenversicherung Bund  
Freie Hansestadt Bremen, Die Senatorin für Arbeit, Soziales, Jugend und Integration  
Freie Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration  
GKV-Spitzenverband  
Hessisches Ministerium für Soziales und Integration  
Kommunaler Sozialverband Sachsen  
Landesamt für Gesundheit und Soziales, Berlin  
Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Rheinland-Pfalz  
Landesamt für Soziales Saarland  
Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg  
Landschaftsverband Rheinland  
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen  
Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit Saarland  
Ministerium für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen  
Ministerium für Soziales, Jugend, Familie, Senioren, Integration und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein  
Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie  
Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung  
Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt  
Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales, Gleichstellung, Integration, Vielfalt und Antidiskriminierung Berlin  
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau  
Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie  
Verband der Ersatzkassen e.V.  
Zentrum Bayern Familie und Soziales

# I. Inhaltsverzeichnis

Liste der mitwirkenden Institutionen.....	2
I. Inhaltsverzeichnis .....	3
II. Abkürzungsverzeichnis.....	5
III. Hinweise zum vorliegenden Dokument.....	6
IV. Übersicht der Primärvariablen.....	8
V. Erfassungshinweise nach Themenbereichen .....	12
1 Antrag .....	12
1.1 Antrags-ID .....	12
1.2 Antrag gestellt (V01).....	12
1.3 Antragsdatum (V03).....	14
1.4 Beantragte Leistungen nach Leistungsgruppe (V01a bis V01d).....	15
1.5 Zuständigkeitsfeststellungsdatum (V04) .....	17
2 Entscheidung .....	19
2.1 Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05), Entscheidungsdatum des Antrags innerhalb der Leistungsgruppen (V05a bis V05d), Datum des ersten Bewilligungsbescheides (V05z).....	19
2.2 Entscheidungsart des Gesamtantrags (V09) und Entscheidungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb der Leistungsgruppen (V09a bis V09d) .....	21
2.3 Entscheidungsart des Gesamtantrags bei Weiterleitung nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX (vollständige Unzuständigkeit) und Weiterleitung nach § 14 Abs. 3 SGB IX (Turboklärung) (V09) .....	26
2.4 Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung (V10) .....	27
2.5 Leistungsform Persönliches Budget beantragt / bewilligt (V17a / V17b).....	28
3 Gutachten .....	29
3.1 Gutachtauftrag bzgl. des Gesamtantrags (V06) und Gutachtauftrag innerhalb der Leistungsgruppen (V06a bis V06d) .....	29
3.2 Datum Auftrag des Gutachtens (V08_1 bis V08_5).....	31
3.3 Datum Vorliegen des Gutachtens (V07_1 bis V07_5) und Datum letztes vorliegendes Gutachten innerhalb der Leistungsgruppen (V07a bis V07d).....	32
4 Teilhabeplanung.....	33
4.1 Teilhabeplanung (V11).....	35
4.2 Erstellungsdatum des Teilhabeplanes (V13).....	36
4.3 Anzahl der Anpassungen des Teilhabeplanes (Änderung oder Fortschreibung) (V12) .....	37
4.4 Anpassungsdatum des Teilhabeplanes (V14_1 bis V14_X).....	37
4.5 Faktisches Ende des Planungszeitraums / Enddatum des Teilhabeplanes (V15) .....	38

<b>5</b>	<b>Erstattungsverfahren zwischen Trägern (§ 16 Abs. 2 Satz 2 SGB IX)</b> .....	<b>39</b>
5.1	Erstattungsverfahren zwischen Trägern (§ 16 Abs. 2 Satz 2 SGB IX) (V16).....	39
<b>6</b>	<b>Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer (§ 18 Abs. 1 SGB IX); Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen (§ 18 SGB IX)</b> .....	<b>40</b>
6.1	Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer (§ 18 Abs. 1 SGB IX) (V18) .....	40
6.2	Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen sowie Bewilligung oder Ablehnung des Antrags (§ 18 SGB IX) (V19_1 bis V19_X).....	41
<b>7</b>	<b>Rechtsbehelfe: Widersprüche und Klagen</b> .....	<b>42</b>
7.1	Widersprüche (V20_1 bis V20_X) und Klagen (V21_1 bis V21_X) .....	42
<b>8</b>	<b>Berufliche Teilhabe</b> .....	<b>44</b>
8.1	Dauerhafte Integration in Arbeit nach einer Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben (V22) .....	44
<b>VI.</b>	<b>Anhang</b> .....	<b>45</b>
<b>Anhang A.</b>	<b>Allgemeine Hinweise zum Teilhabeverfahrensbericht</b> .....	<b>45</b>
1.	Was ist der Teilhabeverfahrensbericht?.....	45
2.	Welche Sachverhalte sind für den Teilhabeverfahrensbericht zu erheben?.....	45
3.	Wer erhebt die Daten für den Teilhabeverfahrensbericht?.....	46
4.	Welche Antragsdaten sind für den Teilhabeverfahrensbericht zu erfassen?.....	47
5.	Welcher Träger ist für welche Leistungsgruppen zuständig?.....	47
6.	Was bedeutet die Berichtspflicht für die Reha-Träger in der Praxis? .....	49
7.	Wie wird die Datenerfassung für den Teilhabeverfahrensbericht vorgenommen? (Technische Anforderungen).....	49
8.	Was ist die Träger-ID? .....	49
9.	Was ist der Unterschied zwischen Primärvariablen und Meldevariablen?.....	50
10.	Wie ist der zeitliche Ablauf von Datenerfassung, Datenmeldung und Veröffentlichung des Berichts? .....	50
11.	Wie ist die Vorgehensweise, wenn ein Reha-Träger in einem Berichtsjahr keine Daten für den THVB meldet bzw. melden kann? (Fehlanzeige oder Nicht-Meldung) .....	50
12.	Was ist der Unterschied zwischen einer Fehlanzeige und einer Nicht-Meldung? .....	51
13.	Was ist im Hinblick auf Datenschutz bei der Datenübermittlung an die BAR zu beachten?.....	51
<b>Anhang B.</b>	<b>Übersicht aller Begleitdokumente zum Teilhabeverfahrensbericht</b> .....	<b>52</b>

## II. Abkürzungsverzeichnis

BA	Bundesagentur für Arbeit
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.
FAQ	Frequently Asked Questions (englisch für <i>häufig gestellte Fragen</i> )
EGH	Trägerbereich Eingliederungshilfe
GE	Gemeinsame Empfehlung
GKV	Trägerbereich gesetzliche Krankenversicherung
JH	Trägerbereich öffentliche Jugendhilfe
LAK	Landwirtschaftliche Alterskasse
LG-Antrag	Leistungsgruppen-Antrag
LMR	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
LST	Leistungen zur sozialen Teilhabe
LTA	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
LTB	Leistungen zur Teilhabe an Bildung
RV	Trägerbereich gesetzliche Rentenversicherung
SER	Trägerbereich Soziales Entschädigungsrecht
SGB	Sozialgesetzbuch
TET	Teilhabeverfahrensbericht-Erfassungstool
THVB	Teilhabeverfahrensbericht
UV	Trägerbereich gesetzliche Unfallversicherung

### III. Hinweise zum vorliegenden Dokument

Dieses Dokument ist ein Ergebnis der auf Ebene der BAR durchgeführten trägerübergreifenden Abstimmungen mit Vertreterinnen und Vertretern der Spitzenverbände und Bundesarbeitsgemeinschaften bzw. obersten Landesbehörden der Reha-Träger. Diese „Erfassungshinweise“ dienen als **Grundlage für ein standardisiertes einheitliches Datenerhebungsverfahren für den Teilhabeverfahrensbericht nach § 41 SGB IX (THVB)**.

Im vorliegenden Dokument sind die im Rahmen der trägerübergreifenden Arbeitsgruppensitzungen im Mai 2022 und Juli 2022 abgestimmten Anpassungen im Datenerhebungsverfahren eingefügt.

Zum besseren Verständnis wird bei einigen Sachverhalten an den entsprechenden Stellen auf die gesetzlichen Vorschriften des SGB IX sowie deren ergänzende Konkretisierungen im Rahmen der Gemeinsamen Empfehlung (GE) Reha-Prozess<sup>1</sup> verwiesen. Die GE Reha-Prozess steht unter [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de) kostenfrei zur Verfügung.

Dieses Dokument dient zur **Unterstützung der Datenerfassung** bei denjenigen Trägern, welche die Daten für den THVB manuell in die Felder / Eingabemaske ihres jeweiligen Fachverfahrens oder des Teilhabeverfahrensbericht-Erfassungstools (TET) eingeben. Das Dokument orientiert sich an den Primärvariablen für den THVB und ist nach acht Themenbereichen aufgebaut.

Im Falle von Unklarheiten / Konkretisierungserfordernissen wird dieses Dokument regelmäßig durch die BAR-Geschäftsstelle fortgeschrieben. Bitte teilen Sie uns Ihre Fragen in solchen Fällen mit, damit ein einheitliches Vorgehen über alle Träger / Trägerbereiche sichergestellt werden kann.

---

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

### Wie ist dieses Dokument aufgebaut?

Für jeden der 16 Sachverhalte in § 41 Abs. 1 SGB IX sind definierte Primärvariablen („V0x“) zu erfassen (siehe auch Abschnitt IV „Übersicht der Primärvariablen“). Diese Primärvariablen können verschiedenen Themenbereichen zugeordnet werden. Dieses Dokument ist nach acht Themenbereichen strukturiert (siehe Abschnitt V). In jedem Themenbereich sind die Definitionen für die zu erfassenden Primärvariablen sowie Erläuterungen zur praktischen Erfassung enthalten.

1.	<b>Antrag</b>
2.	<b>Entscheidung</b>
3.	<b>Gutachten</b>
4.	<b>Teilhabeplanung</b>
5.	<b>Erstattungsverfahren zwischen Trägern (§ 16 Abs. 2 Satz 2 SGB IX)</b>
6.	<b>Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer (§ 18 Abs. 1 SGB IX), Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen (§ 18 SGB IX)</b>
7.	<b>Rechtsbehelfe: Widersprüche und Klagen</b>
8.	<b>Berufliche Teilhabe</b>

Im Anhang des Dokuments (Abschnitt VI) sind allgemeine Hinweise in Form von Fragestellungen rund um den THVB aufgeführt. Es wird in diesem Abschnitt bspw. erklärt, worum es sich bei dem THVB handelt, welche Reha-Träger berichtspflichtig sind, wie die Datenerfassung abläuft und wie die Datenübermittlung vorzunehmen ist. Diese und weitere Fragen finden sich auch in der zugehörigen FAQ-Liste unter [www.teilhabeverfahrensbericht.de](http://www.teilhabeverfahrensbericht.de) wieder.

## IV. Übersicht der Primärvariablen

Variablenname	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V01	Antrag gestellt	0 = nein 1 = ja
V01a	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (LMR)	0 = nein 1 = ja
V01b	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)	0 = nein 1 = ja
V01c	Leistungen zur Teilhabe an Bildung (LTB)	0 = nein 1 = ja
V01d	Leistungen zur sozialen Teilhabe (LST)	0 = nein 1 = ja
V03	Antragsdatum	DD.MM.JJJJ
V04	Zuständigkeitsfeststellungsdatum	DD.MM.JJJJ
V05	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags	DD.MM.JJJJ
V05a	Entscheidungsdatum des Antrags innerhalb LMR	DD.MM.JJJJ
V05b	Entscheidungsdatum des Antrags innerhalb LTA	DD.MM.JJJJ
V05c	Entscheidungsdatum des Antrags innerhalb LTB	DD.MM.JJJJ
V05d	Entscheidungsdatum des Antrags innerhalb LST	DD.MM.JJJJ
V05z	Datum des ersten Bewilligungsbescheides	DD.MM.JJJJ
V06	Gutachtenauftrag	0 = nein 1 = ja
V06a	Gutachtenauftrag innerhalb LMR	0 = nein 1 = ja
V06b	Gutachtenauftrag innerhalb LTA	0 = nein 1 = ja
V06c	Gutachtenauftrag innerhalb LTB	0 = nein 1 = ja
V06d	Gutachtenauftrag innerhalb LST	0 = nein 1 = ja

Variablenname	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V07_1	Datum Vorliegen des Gutachtens 1	DD.MM.JJJJ
V07_2	Datum Vorliegen des Gutachtens 2	DD.MM.JJJJ
V07_3	Datum Vorliegen des Gutachtens 3	DD.MM.JJJJ
V07_4	Datum Vorliegen des Gutachtens 4	DD.MM.JJJJ
V07_5	Datum Vorliegen des Gutachtens 5	DD.MM.JJJJ
V07a	Datum letztes vorliegendes Gutachten innerhalb LMR	DD.MM.JJJJ
V07b	Datum letztes vorliegendes Gutachten innerhalb LTA	DD.MM.JJJJ
V07c	Datum letztes vorliegendes Gutachten innerhalb LTB	DD.MM.JJJJ
V07d	Datum letztes vorliegendes Gutachten innerhalb LST	DD.MM.JJJJ
V08_1	Datum Auftrag des Gutachtens 1	DD.MM.JJJJ
V08_2	Datum Auftrag des Gutachtens 2	DD.MM.JJJJ
V08_3	Datum Auftrag des Gutachtens 3	DD.MM.JJJJ
V08_4	Datum Auftrag des Gutachtens 4	DD.MM.JJJJ
V08_5	Datum Auftrag des Gutachtens 5	DD.MM.JJJJ
V09	Entscheidungsart des Gesamtantrags	0 = vollständige Ablehnung 1 = nicht vollständige Bewilligung (teilweise Bewilligungen und Bewilligungen mit anderer als der beantragten Leistung) 2 = vollständige Bewilligung 3 = Weiterleitung nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX (vollständige Unzuständigkeit) 4 = sonstige Erledigung (Versterben des Antragstellers, Rücknahme des Antrags) 5 = Weiterleitung nach § 14 Abs. 3 SGB IX (Turboklärung)
V09a	Entscheidungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb LMR	0 = vollständige Ablehnung
V09b	Entscheidungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb LTA	1 = nicht vollständige Bewilligung (teilweise Bewilligungen und Bewilligungen mit anderer als der beantragten Leistung)
V09c	Entscheidungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb LTB	2 = vollständige Bewilligung
V09d	Entscheidungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb LST	4 = sonstige Erledigung (Versterben des Antragstellers, Rücknahme des Antrags)
V10	Datum des Leistungsbeginns der ersten angebotenen Leistung	DD.MM.JJJJ

Variablenname	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V11	Teilhabeplanung	0 = nein 1 = ja, nicht trägerübergreifend 2 = ja, trägerübergreifend ohne Konferenz 3 = ja, trägerübergreifend mit Konferenz
V12	Anzahl der Anpassungen des Teilhabeplanes (Änderung oder Fortschreibung)*	0 = keine Anpassung 1 = eine Anpassung 2 = zwei Anpassungen usw.
V13	Erstellungsdatum des Teilhabeplanes	DD.MM.JJJJ
V14_1	Erstes Anpassungsdatum des Teilhabeplanes	DD.MM.JJJJ
V14_2	Zweites Anpassungsdatum des Teilhabeplanes	DD.MM.JJJJ
V14_X	Anpassungsdatum X des Teilhabeplanes	DD.MM.JJJJ
V15	Faktisches Ende des Planungszeitraums / Enddatum des Teilhabeplanes	DD.MM.JJJJ
V16	Erstattungsverfahren zwischen Trägern nach § 16 Abs.2 Satz 2 SGB IX*	Anzugeben ist die Anzahl der eingeleiteten Erstattungsverfahren pro Leistungsfall 0 = kein Erstattungsverfahren 1 = ein Erstattungsverfahren 2 = zwei Erstattungsverfahren usw.
V17a	Persönliches Budget beantragt	0 = nein 1 = ja, trägerspezifisch 2 = ja, trägerübergreifend
V17b	Persönliches Budget bewilligt	
V18	Mitteilungsversand nach § 18 Abs. 1 SGB IX	Anzugeben ist die Anzahl der versendeten Mitteilungen pro Leistungsfall 0 = keine Mitteilung 1 = eine Mitteilung 2 = zwei Mitteilungen usw.
V19_1	Erstattungsantrag 1* (bei selbstbeschafften Leistungen nach § 18 SGB IX)	Anzugeben ist die Anzahl der entschiedenen Erstattungsanträge bei selbstbeschafften Leistungen 0 = kein Erstattungsantrag 1 = vollständige und teilweise Bewilligung (= Erstattungen in voller und nicht voller Höhe) 2 = Ablehnung (= keine Erstattung)
V19_2	Erstattungsantrag 2* (bei selbstbeschafften Leistungen nach § 18 SGB IX)	
V19_X	Erstattungsantrag X* (bei selbstbeschafften Leistungen nach § 18 SGB IX)	

Variablenname	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V20_1	Widerspruch 1*	0 = kein Widerspruch 1 = erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten (inkl. Vergleiche, Teilanerkenntnisse, Teilabhilfe) 2 = nicht erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten
V20_2	Widerspruch 2*	
V20_X	Widerspruch X*	
V21_1	Klage 1*	0 = keine Klage 1 = erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten (inkl. Vergleiche, Teilanerkenntnisse, Teilabhilfe) 2 = nicht erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten
V21_2	Klage 2*	
V21_X	Klage X*	
V22	Beitragszeit aufgrund sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung 6 Monate nach Leistungsende einer LTA	0 = nein 1 = ja

\* Bei diesen Primärvariablen muss eine Zuordnung des Ereignisses zum Berichtsjahr des Ereigniszeitpunktes gewährleistet sein, so dass bei Datenexporten die Zuordnung zu einem bestimmten Jahr möglich ist (z. B. Erstattungsverfahren 1 eines Antrags wird dem Jahr 2023 und das Erstattungsverfahren 2 wird dem Jahr 2024 zugeordnet).

## V. Erfassungshinweise nach Themenbereichen

Für jeden der 16 Sachverhalte des Teilhabeverfahrensberichts (THVB) nach § 41 Abs. 1 SGB IX sind definierte Primärvariablen („V0x“) zu erfassen (siehe auch „Übersicht der Primärvariablen“ in Abschnitt IV). Diese Primärvariablen können verschiedenen Themenbereichen zugeordnet werden. In diesem Abschnitt sind zu jedem dieser acht Themenbereiche Definitionen für die zu erfassenden Primärvariablen sowie Erläuterungen zur praktischen Datenerfassung enthalten.

### 1 Antrag

#### 1.1 Antrags-ID

- Das Vorliegen eines Antrags auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe stellt den Beginn der Datenerfassung für den THVB dar.
- Die Antrags-ID dient der Identifikation eines Antrags.
- Die Art und Weise der Implementierung einer eindeutigen Antrags-ID zur Identifizierung eines Antrags obliegt dem Reha-Träger bzw. ist abhängig vom eingesetzten Fachverfahren.
- Die Antrags-ID wird bei der Datenlieferung an die BAR nicht übermittelt.
- Beim Anlegen eines neuen Antrags ist eine Antrags-ID zu vergeben. Je nach Fachverfahren wird eine Antrags-ID automatisch generiert oder muss eingegeben werden.
- Die Antrags-ID ist frei belegbar (z. B. Aktenzeichen + Antragszähler).
- Eine Antrags-ID sollte nicht doppelt vergeben werden.
- Von der Antrags-ID zu unterscheiden ist die Träger-ID (vgl. Abschnitt IV).

#### 1.2 Antrag gestellt (V01)

- Dieses Feld ist nicht in allen Fachverfahren auszufüllen, sondern wird ggf. automatisch beim Öffnen der Eingabemaske im Hintergrund von der Software befüllt.

Primärvariable	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V01	Antrag gestellt	0 = nein 1 = ja

### Wann liegt ein Antrag vor, der für den THVB zu erfassen ist?

- Gegenstand der Berichtspflicht für den THVB sind **alle Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe** nach § 5 Nr. 1, 2, 4 und 5 SGB IX (Leistungsgruppen: LMR, LTA, LTB und LST). Anträge auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen (§ 5 Nr. 3 SGB IX) werden für den THVB nicht erfasst.
- Es sind alle Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe zu erfassen, auch dann, wenn ein Antrag später weitergeleitet wird. Damit erfasst ein Träger auch Anträge in Leistungsgruppen, für die er womöglich nicht zuständig ist oder sein kann.
- Für den THVB wird ein Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe immer als ein **Gesamtantrag** erfasst. Ein Gesamtantrag beinhaltet eine oder mehrere beantragte Leistungen nach den Leistungsgruppen gemäß § 5, Nr. 1, 2, 4 und 5 SGB IX. Bitte beachten Sie auch die Hinweise unter 1.3.
- Ein fristauslösender Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe liegt vor, wenn ein Rehabilitations- und / oder Teilhabebedarf erkennbar ist und ggf. entsprechende Unterlagen vorliegen. „Hierzu gehört insbesondere, dass die Identität sowie ein konkretisierbares Leistungsbegehren der Antragstellerin / des Antragstellers erkennbar sind und sich dieses konkretisierbare Leistungsbegehren unabhängig von den verwendeten Begriffen auf Leistungen zur Teilhabe i. S. v. § 4 SGB IX bezieht“ (§ 19 Abs. 2 GE Reha-Prozess).
- Bei der Antragstellung müssen noch nicht alle notwendigen Unterlagen für die Feststellung der Zuständigkeit vorliegen. Vielmehr eröffnet die Phase der Zuständigkeitsklärung auch die Möglichkeit, in diesem zeitlichen Rahmen entscheidungsrelevante Tatsachen zu erheben und entsprechende Unterlagen abzuwarten.
- Bei Handeln **von Amts wegen** (JH und UV) liegt ein Antrag vor, wenn Kenntnis über einen voraussichtlichen Rehabilitationsbedarf bei Zustimmung des Leistungsberechtigten besteht.
- **Trägerbereich JH:** Zu erfassen sind Anträge auf Leistungen nach § 35a SGB VIII (Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche) sowie Fälle nach § 41 SGB VIII (Hilfe für junge Volljährige, Nachbetreuung) i. V. m. § 35a SGB VIII.
- Ein Antrag, den ein Reha-Träger erkennbar für einen anderen Reha-Träger aufnimmt, z. B. auf dessen Antragsvordrucken, muss nicht für den THVB erfasst werden. In diesen Fällen liegt auch keine Weiterleitung nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX vor (vgl. § 22 Abs. 1 GE Reha-Prozess). Der Reha-Träger, für den der Antrag aufgenommen wurde, ist erstangegangener Reha-Träger. Dieser erfasst den Antrag für den THVB mit dem entsprechenden Antragsdatum (vgl. Abschnitt 1.3), sobald ihm der Antrag vorliegt.
- **Weiterbewilligungen im Sinne von Weiterleistungen** sind nur dann als eigene Anträge zu erfassen, wenn im Rahmen der Weiterbewilligung über zusätzliche Leistungsgruppen nach § 5 SGB IX entschieden wird.

**Beispiel:** Ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe an Bildung (LTB) wird am 01.09.2020 für ein Jahr vollständig bewilligt. Der Reha-Träger erfasst diesen Antrag für den THVB. Nach Ablauf dieses Bewilligungszeitraums werden die LTB zu Beginn des neuen Schuljahres zum

01.09.2021 weiterbewilligt. Da sich der Bedarf geändert hat, sind nun auch Leistungen zur sozialen Teilhabe (LST) mit vom Antrag umfasst. Da der Antrag im Rahmen der Weiterbewilligung eine zusätzliche Leistungsgruppe nach § 5 SGB IX enthält, wird dieser Antrag mit beiden Leistungsgruppen wie ein neuer Antrag für den THVB erfasst.

### 1.3 Antragsdatum (V03)

Primärvariable	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V03	Antragsdatum	DD.MM.JJJJ

- Zu erfassen ist der **exakte Tag des Eingangs** eines fristauslösenden Antrags oder der Aufnahme eines fristauslösenden Antrags (DD.MM.JJJJ).
- Ein fristauslösender Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe liegt vor, wenn ein Rehabilitations- und / oder Teilhabebedarf erkennbar ist und ggf. entsprechende Unterlagen vorliegen. „Hierzu gehört insbesondere, dass die Identität sowie ein konkretisierbares Leistungsbegehren der Antragstellerin / des Antragstellers erkennbar sind und sich dieses konkretisierbare Leistungsbegehren unabhängig von den verwendeten Begriffen auf Leistungen zur Teilhabe i. S. v. § 4 SGB IX bezieht“ (§ 19 Abs. 2 GE Reha-Prozess).
- Die Träger aus den Bereichen JH und UV handeln von Amts wegen. Das Antragsdatum entspricht dann dem Tag der Kenntnis des voraussichtlichen Rehabilitationsbedarfs (§ 14 Abs. 4 SGB IX).
- Konkretisierung Antragsdatum (V03) für die Bereiche EGH / JH: Die Kenntnis des voraussichtlichen Rehabilitationsbedarfs ist gegeben, wenn die Identität, der Wohnort und ggf. der Bevollmächtigte bekannt sind sowie das konkretisierbare Leistungsbegehren erkennbar ist und somit eine Prüfung der örtlichen und sachlichen Zuständigkeit bzw. Unzuständigkeit möglich ist. Es sind keine Unterlagen zur Feststellung der Wesentlichkeit sowie kein Hilfeplan notwendig. Vielmehr reicht das mögliche Vorliegen eines Rehabilitations- und / oder Teilhabebedarfs aus.
- Werden bei einem Antrag fehlende wirtschaftliche Bedürftigkeit oder fehlender Hilfebedarf festgestellt, so sind auch diese Anträge für den THVB zu erfassen und die Art der Entscheidung über den Antrag als „vollständige Ablehnung“ zu vermerken (siehe hierzu auch Punkt 2.2).
- Für die genaue Bestimmung des Tages des Antragseingangs gelten die einschlägigen gesetzlichen Vorschriften des SGB IX sowie deren Konkretisierungen im Rahmen der GE Reha-Prozess, insbesondere in § 19. Die unmittelbare Möglichkeit der Beurteilung der Zuständigkeit durch einen Reha-Träger ist keine Voraussetzung für das Vorliegen eines Antrags selbst. Vielmehr eröffnet die Phase der Zuständigkeitsklärung auch die Möglichkeit, in diesem zeitlichen Rahmen entscheidungsrelevante Tatsachen zu erheben und zu prüfen.

- Besonderheit „ergänzende Antragstellung“: Mehrere Anträge, die innerhalb von 14 Tagen von ein und demselben Antragsteller eingehen, sind für den THVB als ein Gesamtantrag zu erfassen. Dies betrifft alle Anträge, die in diesem Zeitraum eingehen, unabhängig davon, auf wessen Initiative die ergänzende Antragstellung zurückgeht (des Reha-Trägers oder des Antragstellers selbst).

**Beispiel:** Ein Antrag geht am 01.07.2020 beim Reha-Träger ein. Am 14.07.2020 geht ein weiterer Antrag desselben Antragstellers ein. Beide Anträge sind für den THVB als ein Gesamtantrag zu erfassen. Die Fristen zur Antragsbearbeitung einschließlich der ergänzten Antragsteile richten sich nach dem Eingang des ursprünglichen Antrags vom 01.07.2020.

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

#### 1.4 Beantragte Leistungen nach Leistungsgruppe (V01a bis V01d)

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

- Für die Datenerfassung im Rahmen des THVB wird ein Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe immer als ein **Gesamtantrag** erfasst. Ein Gesamtantrag beinhaltet eine oder mehrere beantragte Leistungen nach den Leistungsgruppen gemäß § 5, Nr. 1, 2, 4 und 5 SGB IX. Von der Erfassung ausgenommen sind Anträge auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen.
- Ein Gesamtantrag kann Leistungen aus mehreren Leistungsgruppen beinhalten. Diese sind entsprechend anzugeben (V01a bis V01d).
- Werden mehrere Leistungen aus einer Leistungsgruppe beantragt, so ist die Leistungsgruppe nur einmal anzugeben.
- In der folgenden Abbildung 1 ist die Erfassung für den Gesamtantrag und innerhalb der Leistungsgruppen schematisch dargestellt:

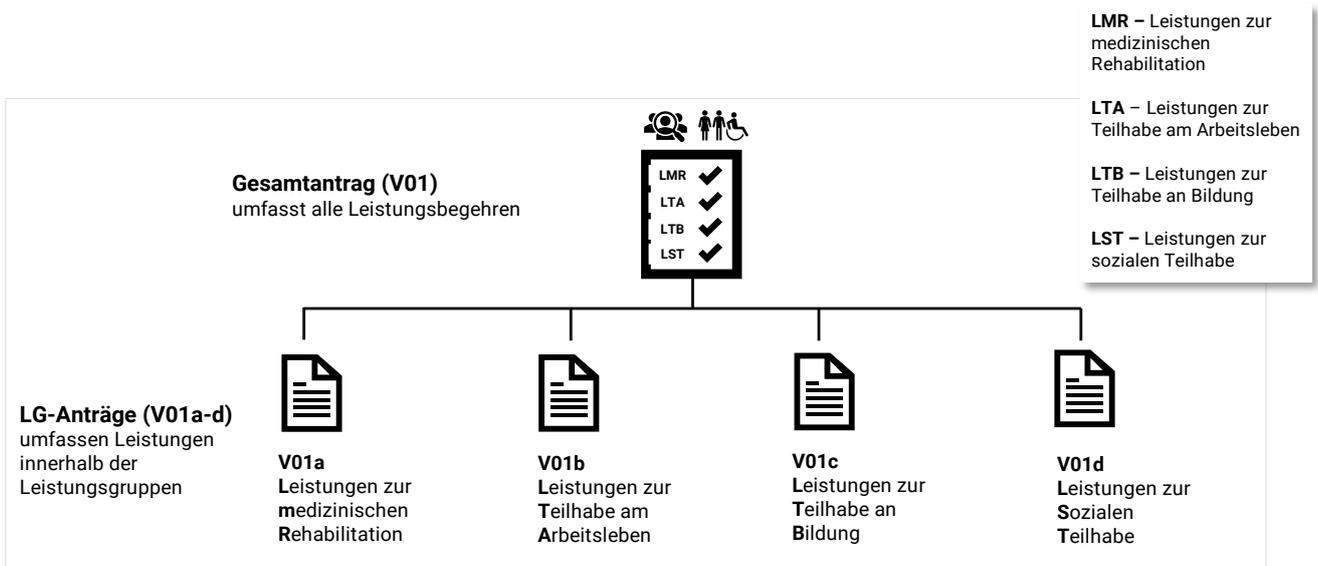


Abbildung 1. Erfassung eines Gesamtantrags mit bis zu vier LG-Anträgen im THVB

- Ein Gesamtantrag kann auch nur eine Leistung einer Leistungsgruppe umfassen. Dies wird in nachfolgender Abbildung 2 schematisch dargestellt:

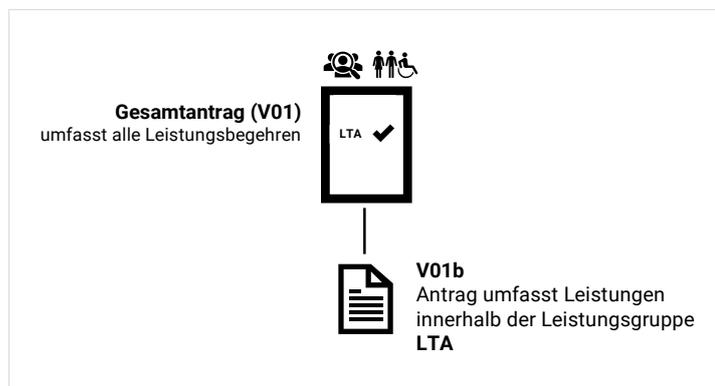


Abbildung 2. Erfassung eines Gesamtantrags mit einem einzigen LG-Antrag im THVB (hier exemplarisch ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)

- Hinsichtlich der Zuordnung von Leistungen zu den jeweiligen Leistungsgruppen sind die gesetzlichen Regelungen zu den Leistungsgruppen in Teil 1 SGB IX (insbesondere Kapitel 9 für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Kapitel 10 für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Kapitel 12 für Leistungen zur Teilhabe an Bildung und Kapitel 13 für Leistungen zur sozialen Teilhabe) sowie die Ausführungen in den jeweiligen Leistungsgesetzen der einzelnen Trägerbereiche zu beachten. Weiterführende Konkretisierungen (bspw. entsprechende Empfehlungen) können ggf. über die jeweiligen Spitzenverbände und / oder obersten Landesbehörden eingeholt werden.

- Es sind alle Anträge i. S. vorstehender Definitionen zu erfassen, unabhängig davon, ob diese später weitergeleitet werden. Zu erfassen und zu berichten sind damit auch Anträge in Leistungsgruppen, für die ein Leistungsträger nicht zuständig sein kann.
- Ist ein Träger Empfänger eines weitergeleiteten Antrags, so ist er dazu verpflichtet, den Antrag für den THVB zu erfassen.
- Ein Antrag auf Reparatur eines Hilfsmittels (Instandhaltung gemäß § 47 Abs. 2 SGB IX) ist für den THVB nicht zu erfassen. Diese Anträge sind im Rahmen des THVB analog wie Weiterbewilligungen i. S. v. Weiterleistungen zu behandeln.
- Auch Anträge auf Ersatzbeschaffung eines Hilfsmittels sind nicht als eigenständige Anträge aufzufassen, wenn sie Ausdruck eines insoweit einheitlichen Reha-Geschehens sind, und werden nicht für den THVB erfasst.
- Für die Träger im Bereich des Sozialen Entschädigungsrechts (SER) sind für den THVB grundsätzlich die Leistungen zu erfassen, die gemäß Kapitel 6 SGB XIV erbracht werden (mit Ausnahme unterhaltssichernder und anderer ergänzender Leistungen). Im Einzelnen sind das:
  - Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 63 SGB XIV),
  - Leistungen zur Teilhabe an Bildung (§ 65 SGB XIV),
  - Leistungen zur Sozialen Teilhabe (§ 66 SGB XIV) und
  - Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (i. V. m. Kapitel 5 gemäß §§ 41 bis 53 SGB XIV).

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

### 1.5 Zuständigkeitsfeststellungsdatum (V04)

Primärvariable	Kurzbeschreibung	Ausprägung
V04	Zuständigkeitsfeststellungsdatum	DD.MM.JJJJ

- Beim Zuständigkeitsfeststellungsdatum (V04) ist das Datum anzugeben, an dem neben dem Antrag auch die zur Feststellung der **Zuständigkeit bzw. Unzuständigkeit** erforderlichen Unterlagen vorliegen und die **Zuständigkeitsprüfung erfolgt** ist.
- Das Datum der Feststellung der **Zuständigkeit bzw. Unzuständigkeit** ist bei der Datenerfassung für den THVB **immer anzugeben** – auch dann, wenn ein Träger einen Antrag weiterleitet oder selbst Empfänger eines weitergeleiteten Antrags ist. Weiterleitungen dienen der Festlegung des leistenden Reha-Trägers und damit der Zuständigkeitsklärung (vgl. [FAQ GE Reha-Prozess, Frage 6](#)).

- Bei der Datenerfassung für den THVB ist zwischen **Weiterleitung wegen vollständiger Unzuständigkeit (§ 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX)<sup>2</sup>** und **Weiterleitung durch eine Turboklärung (§ 14 Abs. 3 SGB IX)** zu unterscheiden (siehe hierzu auch Punkt 2.3). Der Empfänger eines weitergeleiteten Antrags ist entweder zweit- oder drittangegangener Reha-Träger. In beiden Konstellationen muss er für den THVB neben den beantragten Leistungsgruppen auch ein Antragsdatum (V03) und ein Zuständigkeitsfeststellungsdatum (V04) erfassen, wobei hier unterschiedliche Datumsangaben zu berücksichtigen sind.
  - **Reha-Träger empfängt einen Antrag, der wegen vollständiger Unzuständigkeit weitergeleitet wurde (§ 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX):**

Der Reha-Träger ist zweitangegangener Träger und wird unmittelbar zum koordinierenden leistenden Reha-Träger i. S. d. §§ 14ff. SGB IX (siehe § 21 Abs. 2 GE Reha-Prozess). Für den THVB erfasst er das Datum (V03), an dem der Antrag bei ihm eingegangen ist (siehe Hinweise unter Punkt 1.3). Das von ihm zu erfassende Zuständigkeitsfeststellungsdatum (V04) ist i. d. R. identisch mit dem Antragsdatum (V03).
  - **Reha-Träger gibt zunächst sein Einverständnis für den Empfang eines Antrags, der im Rahmen der Turboklärung weitergeleitet wird (§ 14 Abs. 3 SGB IX):**

Der Reha-Träger ist drittangegangener Träger und wird zum koordinierenden leistenden Reha-Träger i. S. d. §§ 14ff. SGB IX. Die in § 14 Abs. 2 SGB IX genannten Fristen bleiben von der Turboklärung unberührt (siehe § 24 Abs. 2 GE Reha-Prozess). Maßgeblich für diese Fristen ist weiterhin der Antragseingang beim zweitangegangenen Reha-Träger. Deswegen erfasst der drittangegangene Reha-Träger für den THVB das Datum (V03), an dem der Antrag nicht bei ihm, sondern beim zweitangegangenen Reha-Träger eingegangen ist. Das von ihm zu erfassende Zuständigkeitsfeststellungsdatum (V04) entspricht i. d. R. dem Datum, an dem er den Antrag vom zweitangegangenen Träger erhalten hat.
- **EGH / JH:** Für die Eingliederungshilfe und für die Jugendhilfe ist die geprüfte örtliche und sachliche Zuständigkeit Voraussetzung für die Feststellung der Zuständigkeit bzw. Unzuständigkeit.
- Im Hinblick auf die Feststellung der Zuständigkeit sind folgende gesetzliche Regelungen und Nachschlagehinweise der GE Reha-Prozess relevant:
  - § 14 SGB IX
  - die Regelungen in den Ausführungen der GE Reha-Prozess in Kapitel 2 zur Zuständigkeitsklärung, hier insbesondere die §§ 19, 20, 21.

→ Bei Unzuständigkeit siehe Punkt 2.3  
→ Anträge auf Persönliches Budget siehe Punkt 2.5

<sup>2</sup> Für den THVB sind darunter auch Weiterleitungen nach § 14 Abs. 1 Satz 3 SGB IX zu erfassen.

## 2 Entscheidung

### 2.1 Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05), Entscheidungsdatum des Antrags innerhalb der Leistungsgruppen (V05a bis V05d), Datum des ersten Bewilligungsbescheides (V05z)

Primärvariable	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V05	Entscheidungsdatum des Gesamtantrags	DD.MM.JJJJ
V05a	Entscheidungsdatum des Antrags innerhalb LMR	DD.MM.JJJJ
V05b	Entscheidungsdatum des Antrags innerhalb LTA	DD.MM.JJJJ
V05c	Entscheidungsdatum des Antrags innerhalb LTB	DD.MM.JJJJ
V05d	Entscheidungsdatum des Antrags innerhalb LST	DD.MM.JJJJ
V05z	Datum des ersten Bewilligungsbescheides	DD.MM.JJJJ

- Bei V05 ist der Tag der Entscheidung über den Gesamtantrag (Bescheiddatum; DD.MM.JJJJ) anzugeben (vgl. Abschnitte 2.2 und 2.3 zu den Entscheidungsarten).
- Das **Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05)** bemisst sich nach der Entscheidung über den Gesamtantrag. Eine solche liegt vor, wenn zu allen vom Antrag umfassten Leistungsbegehren eine erste Entscheidung, ggf. auch dem Grunde nach, erfolgt ist.
- Neben „Erledigung“ (vollständige Ablehnung, sonstige Erledigung) und „Bewilligung“ (vollständig, nicht vollständig / teilweise) stellen die „Weiterleitung nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX“ und die „Weiterleitung nach § 14 Abs. 3 SGB IX“ weitere mögliche Entscheidungsarten auf der Ebene des Gesamtantrags dar (vgl. Abschnitte 2.2 und 2.3).
- Das **Entscheidungsdatum eines Antrags innerhalb der Leistungsgruppen (V05a bis V05d)** ist jeweils der Tag der Entscheidung über einen Antrag innerhalb der Leistungsgruppe. Werden mehrere Leistungen einer Leistungsgruppe beantragt, ist immer das Entscheidungsdatum zu erfassen, an dem über alle innerhalb der Leistungsgruppe beantragten Leistungen eine Entscheidung vorliegt, ggf. auch dem Grunde nach.
- Wichtig: Es sind **immer** das Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05) und das Entscheidungsdatum innerhalb der Leistungsgruppe (V05a bis V05d) zu erfassen. Wenn ein Gesamtantrag nur eine Leistungsgruppe enthält, können die Angaben für V05 und die zutreffende Variable V05a bis V05d identisch sein. Zu beachten ist, dass das Entscheidungsdatum des Gesamtantrags (V05) nicht vor dem Entscheidungsdatum innerhalb der Leistungsgruppe (V05a bis V05d) liegen kann.

**Beispiel:** Ein Antrag beinhaltet eine Leistung aus der Leistungsgruppe LMR. Für diesen Antrag liegt am 15.06.2020 eine Entscheidung vor. Für die Datenerfassung für den THVB bedeutet das: V05a = 15.06.2020 und V05 kann nicht vor dem 15.06.2020 liegen.

- Beim Datum des ersten Bewilligungsbescheides (V05z) ist der Tag der ersten positiven Entscheidung („vollständige Bewilligung“ und „nicht vollständige / teilweise Bewilligung“, ggf. auch dem Grunde nach) über eine vom Gesamtantrag umfasste Leistung anzugeben.
- Abbildung 3 stellt die Erfassung der Variablen „Entscheidungsdatum“ und „Entscheidungsart“ sowohl für den Gesamtantrag als auch innerhalb der Leistungsgruppen schematisch dar.

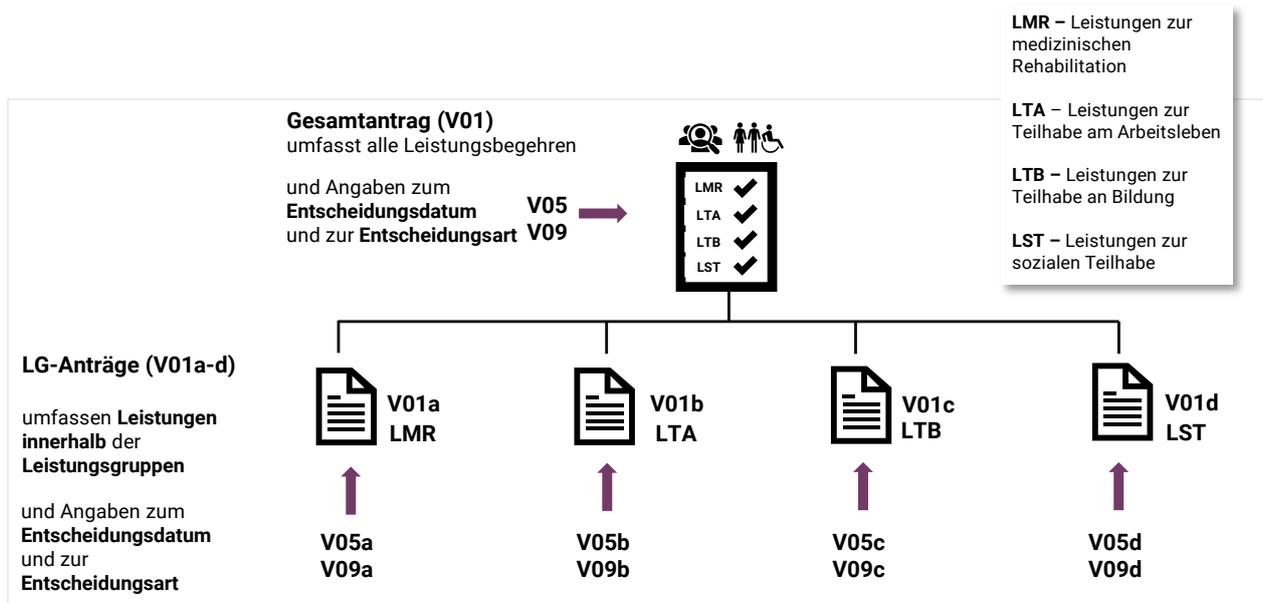


Abbildung 3. Erfassung des Entscheidungsdatums und der Entscheidungsart eines Gesamtantrags mit bis zu vier LG-Anträgen im THVB

**2.2 Entscheidungsart des Gesamtantrags (V09) und Entscheidungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb der Leistungsgruppen (V09a bis V09d)**

Primärvariable	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V09	Entscheidungsart des Gesamtantrags	0 = vollständige Ablehnung 1 = nicht vollständige Bewilligung (teilweise Bewilligungen und Bewilligungen mit anderer als der beantragten Leistung) 2 = vollständige Bewilligung 3 = Weiterleitung nach § 14 Abs.1 Satz 2 SGB IX (vollständige Unzuständigkeit) 4 = sonstige Erledigung (Versterben des Antragstellers, Rücknahme des Antrags) 5 = Weiterleitung nach § 14 Abs. 3 SGB IX (Turboklärung)
V09a	Entscheidungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb LMR	0 = vollständige Ablehnung 1 = nicht vollständige Bewilligung (teilweise Bewilligungen und Bewilligungen mit anderer als der beantragten Leistung) 2 = vollständige Bewilligung 4 = sonstige Erledigung (Versterben des Antragstellers, Rücknahme des Antrags)
V09b	Entscheidungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb LTA	
V09c	Entscheidungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb LTB	
V09d	Entscheidungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb LST	

- Bei der Entscheidungsart des Gesamtantrags (V09) wird unterschieden zwischen:
  - „vollständiger Ablehnung“ (V09 = 0),
  - „nicht vollständiger / teilweiser Bewilligung“ (V09 = 1),
  - „vollständiger Bewilligung“ (V09 = 2) und
  - „sonstiger Erledigung“ (V09 = 4).
  
- Wenn ein Gesamtantrag Leistungen mehrerer Leistungsgruppen umfasst, ergibt sich die Entscheidungsart V09 aus der Kombination der verschiedenen entschiedenen Leistungsgruppen (V09a bis V09d). Die Kombinationsmöglichkeiten lassen sich der Übersicht „Kombination der Entscheidungsarten“ weiter unten in diesem Abschnitt entnehmen.

- Weitere Entscheidungsarten des Gesamtantrags (V09) sind die
  - „Weiterleitung nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX“ (vollständige Unzuständigkeit) (V09 = 3)<sup>3</sup> und die
  - „Weiterleitung nach § 14 Abs. 3 SGB IX“ (Turboklärung) (V09 = 5) (vgl. hierzu Abschnitt 2.3).
- Bei der Entscheidungsart von Anträgen in eigener Zuständigkeit innerhalb der Leistungsgruppen (V09a bis V09d) wird unterschieden zwischen:
  - „vollständiger Ablehnung“ (V09a / V09b / V09c / V09d = 0),
  - „nicht vollständiger / teilweiser Bewilligung“ (V09a / V09b / V09c / V09d = 1),
  - „vollständiger Bewilligung“ (V09a / V09b / V09c / V09d = 2) und
  - „sonstiger Erledigung“ (V09a / V09b / V09c / V09d = 4).
- Wenn innerhalb einer Leistungsgruppe mehrere beantragte Leistungen vorliegen, ergibt sich die Entscheidungsart des Leistungsgruppenantrags (LG-Antrag) aus allen innerhalb der Leistungsgruppe entschiedenen Leistungen. Die Entscheidungsart eines LG-Antrags kann erst dann bestimmt werden, wenn über alle beantragten Leistungen aus der entsprechenden Leistungsgruppe entschieden wurde. Die Kombinationsmöglichkeiten lassen sich der Übersicht „Kombination der Entscheidungsarten“ weiter unten in diesem Abschnitt entnehmen.
- Es ist möglich, dass Entscheidungen für Leistungen in Leistungsgruppen erfasst werden (V09a bis V09d), die zuvor nicht als beantragte Leistung(en) einer Leistungsgruppe erfasst worden sind (V01a bis V01d). Dies ist der Fall, wenn sich im Zuge der Bedarfsermittlung weiterer Bedarf für Leistungen in zusätzlichen Leistungsgruppen ergibt, die zuvor nicht beantragt worden waren. Umgekehrt muss die jeweilige Entscheidungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb der Leistungsgruppen (V09a bis V09d) in allen Leistungsgruppen erfasst werden, die zuvor als beantragt erfasst worden sind (V01a bis V01d).

**Beispiel:** Ein Antrag auf Leistungen zur sozialen Teilhabe geht bei einem Reha-Träger ein. Für den THVB wird / werden die beantragte(n) Leistung(en) innerhalb der Leistungsgruppe LST erfasst (V01a = 0, V01b = 0, V01c = 1 und V01d = 0). Im Zuge der Bedarfsermittlung ergibt sich weiterer Bedarf für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Der zuständige Reha-Träger bewilligt alle Leistungen vollständig. Für den THVB werden bei der Entscheidungsart die Leistungen innerhalb der Leistungsgruppen LST und LMR jeweils als vollständig bewilligt erfasst (V09a = 2 und V09c = 2).

---

<sup>3</sup>Für den THVB sind darunter auch Weiterleitungen nach § 14 Abs. 1 Satz 3 SGB IX zu erfassen.

### Entscheidungsart „vollständige Ablehnung“

- Bei einer vollständigen Ablehnung sind alle vom Antrag umfassten Leistungen vollständig abgelehnt worden. Was es hierbei in Kombination mit der Entscheidungsart „sonstige Erledigung“ zu beachten gilt, steht im Abschnitt „Entscheidungsart ‚sonstige Erledigung‘“. In der Übersicht „Kombination der Entscheidungsarten“ weiter unten in diesem Abschnitt werden alle unterschiedlichen Kombinationsmöglichkeiten von Entscheidungsarten gezeigt.

### Entscheidungsart „nicht vollständige / teilweise Bewilligung“

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

#### Beispiele für eine „nicht vollständige / teilweise Bewilligung“:

- Ein Leistungsberechtigter beantragt Kfz-Hilfe in Höhe von X Euro. Der Leistungsträger bewilligt eine Kfz-Hilfe jedoch mit geringerer Höhe.
- Ein Leistungsberechtigter beantragt zwei Leistungen aus einer Leistungsgruppe. Der Leistungsträger bewilligt nur eine der beantragten Leistungen.
- Ein Leistungsberechtigter beantragt eine Leistung X. Der Leistungsträger bewilligt eine Leistung Y.
- Ein Leistungsberechtigter beantragt im Rahmen eines Antrags mehrere Leistungen, wie z. B. je eine Leistung zur medizinischen und zur beruflichen Rehabilitation. Es wird aber nur ein Teil bewilligt, z. B. die Leistung zur medizinischen Rehabilitation.
- Eine Leistung wird wie beantragt bewilligt, eine zweite Leistung wird abgelehnt.
- Eine Leistung wird wie beantragt bewilligt, eine zweite Leistung wird teilweise bewilligt.
- Beide Leistungen werden teilweise bewilligt.
- Eine Leistung wird abgelehnt, eine zweite wird teilweise bewilligt.
- Eine Leistung wird vollständig abgelehnt, eine zweite Leistung wird wie beantragt vollständig bewilligt, eine dritte Leistung wird auf sonstige Art entschieden, weil dieser LG-Antrag bspw. zurückgenommen wird.
- Eine Leistung wird teilweise bewilligt, eine Leistung wird wie beantragt vollständig bewilligt, eine Leistung wird auf sonstige Art entschieden, weil dieser LG-Antrag bspw. zurückgenommen wird.

### Entscheidungsart „vollständige Bewilligung“

- Bei einer vollständigen Bewilligung sind alle vom Antrag umfassten Leistungen identisch bewilligt, wie sie in Art und Umfang beantragt worden sind. Was es hierbei in Kombination mit der Entscheidungsart „sonstige Erledigung“ zu beachten gilt, steht im nachfolgenden Abschnitt „Entscheidungsart „sonstige Erledigung““. In der Übersicht „Kombination der Entscheidungsarten“ weiter unten in diesem Abschnitt werden alle unterschiedlichen Kombinationsmöglichkeiten von Entscheidungsarten gezeigt.

### Entscheidungsart „sonstige Erledigung“

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

**Kombination der Entscheidungsarten**

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

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

### 2.3 Entscheidungsart des Gesamtantrags bei Weiterleitung nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX (vollständige Unzuständigkeit) und Weiterleitung nach § 14 Abs. 3 SGB IX (Turboklärung) (V09)

#### „Weiterleitung nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX“ (vollständige Unzuständigkeit) (V09 = 3)

- Zu erfassen sind nur Weiterleitungen von Anträgen auf Leistungen, für die der Reha-Träger gemäß § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX insgesamt nicht zuständig ist.<sup>4</sup>
- Darunter fallen auch Weiterleitungen nach § 14 Abs. 1 Satz 3 SGB IX. Muss zur Feststellung der Zuständigkeit die Ursache der Behinderung geklärt werden und ist diese Klärung in der Frist nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX nicht möglich, soll der Antrag unverzüglich dem Reha-Träger weitergeleitet werden, der die Leistung ohne Rücksicht auf die Ursache der Behinderung erbringt.
- Als Weiterleitungen nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX sind auch solche zwischen selbstständigen Reha-Trägern innerhalb der gleichen Trägergruppe zu zählen (vgl. § 22 Abs. 2 GE Reha-Prozess).
- Eine Weiterleitung im Sinne des § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX liegt nicht vor,
  - wenn ein Reha-Träger einen Antrag erkennbar für einen anderen Reha-Träger aufnimmt (z. B. auf dessen Antragsvordrucken). Der Reha-Träger, für den der Antrag aufgenommen wurde, ist erstangegangener Reha-Träger mit der Folge, dass er den Antrag weiterleiten kann, wenn er bei Prüfung eines Antrags feststellt, dass er nicht zuständig ist (vgl. § 22 Abs. 1 GE Reha-Prozess).
  - bei Aufforderungen zur Antragstellung (§ 51 SGB V, § 145 SGB III).

#### „Weiterleitung nach § 14 Abs. 3 SGB IX“ (Turboklärung) (V09 = 5)

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

---

<sup>4</sup> Auf der Website der BAR stehen unterschiedliche, trägerübergreifend entwickelte und abgestimmte Mustervordrucke zu zentralen Phasen des Reha-Prozesses zur Verfügung. Auch für Weiterleitungen wegen insgesamt Unzuständigkeit (§ 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX) steht ein Formularsatz kostenlos zur Verfügung unter [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de) > Themen > Reha-Prozess > Musterformulare.

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

- Es sind **alle Weiterleitungen** nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX bzw. § 14 Abs. 3 SGB IX vom weiterleitenden Träger zu erfassen, so dass diese in die Berichterstattung eingehen.
- Eine Weiterleitung ist der Endpunkt der Bearbeitung eines Antrags bei einem Reha-Träger.
- **Mit der Weiterleitung endet die Datenerfassung** für einen Antrag beim weiterleitenden Reha-Träger. Damit ist die Weiterleitung eine mögliche Entscheidungsart über den Gesamtantrag (V09). Bei einer Weiterleitung sind in der Regel keine der weiteren Felder in den folgenden Themenbereichen relevant.
- Je nach Fachverfahren ist es möglich, dass im Themenbereich „Entscheidung“ noch die Eintragung der Entscheidungsart „Weiterleitung nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX“ bzw. „§ 14 Abs. 3 SGB IX“ erforderlich ist. Maßgeblich ist hier, dass der Antrag weitergeleitet wurde und faktisch später beim leistenden Reha-Träger entschieden wird. Daher sind diese Fälle bei der Auswertung nur im Hinblick auf die Weiterleitung bedeutsam.
- Bei Fällen nach § 15 SGB IX („Antragssplitting“ bzw. „Beteiligung nach Abs. 2“) berichten die Reha-Träger getrennt, d. h., bei der Entscheidungsart auf Leistungsgruppenebene sind nur eigene Leistungsentscheidungen des Trägers zu berücksichtigen. Sind bei einem Reha-Träger Leistungen aus mehreren Leistungsgruppen vom Antrag umfasst, sind diese im Rahmen der Betrachtung des Gesamtantrags entsprechend zusammengefasst zu messen und abzubilden.

#### 2.4 Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung (V10)

Primärvariable	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V10	Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung	DD.MM.JJJJ

- Als Leistungsbeginn (V10) wird das Datum der erstmaligen Inanspruchnahme der ersten angetretenen Leistung definiert. Der Leistungsbeginn ist gleichbedeutend mit dem Antritt einer Leistung.
- Das Datum des Leistungsbeginns kann ggf. vor dem Datum der Leistungsentscheidung liegen.
- **Trägerbereich EGH:** In bestimmten Fällen kann das Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung (V10) vor dem Datum des Antragseingangs (V03) sowie dem Datum der Zuständigkeitsklärung (V04) liegen. Wenn bestimmte Voraussetzungen bereits vorlagen ist es möglich, dass eine Leistung frühestens ab dem Ersten des Monats der Antragstellung erbracht wird (vgl. § 108 Abs. 1 Satz 2 SGB IX).
- Bei einzelnen Leistungen, wie z. B. Gutscheinen, ist es möglich, dass der Zeitpunkt der ersten Inanspruchnahme ggf. nicht (hinreichend) bestimmt werden kann.
- Bei Fällen nach § 15 SGB IX berichten die Reha-Träger getrennt, d. h., beim Datum des Leistungsbeginns sind nur eigene Leistungsentscheidungen des Trägers zu berücksichtigen.

2.5 Leistungsform Persönliches Budget beantragt / bewilligt (V17a / V17b)

Primärvariable	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V17a	Persönliches Budget beantragt	0 = nein 1 = ja, trägerspezifisch
V17b	Persönliches Budget bewilligt	2 = ja, trägerübergreifend

Die Angaben zur Leistungsform Persönliches Budget (vgl. § 29 SGB IX) werden sowohl bei der Variable V17a (im Themenbereich „Antrag“) als auch bei der Variable V17b (im Themenbereich „Entscheidung“) abgefragt.

- Die Variable V17a bzw. V17b wird mit „nein“ (**V17a / V17b = 0**) befüllt, wenn
  - kein Persönliches Budget beantragt (V17a) bzw. bewilligt (V17b) wird.
  - ein Reha-Träger zwar an der Erbringung von Leistungen im Rahmen eines Persönlichen Budgets beteiligt, jedoch nicht der koordinierende leistende Reha-Träger (gemäß § 14 SGB IX) ist. (Nur der leistende Reha-Träger nimmt die Datenerfassung bzw. -meldung im Zusammenhang mit diesem Sachverhalt vor).
- Es ist möglich, dass Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets zunächst nicht beantragt (V17a = nein), eine Leistung später aber in Form eines Persönlichen Budgets bewilligt wird (V17b = ja, trägerspezifisch / ja, trägerübergreifend). Dies ist bei der Erfassung für den THVB entsprechend zu berücksichtigen.
- Persönliche Budgets sind unabhängig von der Anzahl der berücksichtigten Leistungen anzugeben.
- Ein Persönliches Budget ist als „**trägerspezifisch**“ zu erfassen, wenn dieses von einem einzelnen Leistungsträger erbracht wird. Als „trägerspezifisch“ werden ausschließlich Persönliche Budgets berichtet, welche sich auf Leistungen nach SGB IX beziehen.
- Ein Persönliches Budget gilt als „**trägerübergreifend**“, wenn mehrere Leistungsträger an der Erbringung des Persönlichen Budgets beteiligt sind. Trägerübergreifende Budgets müssen **mindestens eine Reha-Leistung nach SGB IX** beinhalten.
- Um dem Gedanken „Leistungen wie aus einer Hand“ an dieser Stelle gerecht zu werden, können auch Leistungsträger an der Erbringung eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets beteiligt sein, die keine Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 SGB IX sind (z. B. Pflegekassen).
- **GKV und SER:** Persönliche Budgets, die Leistungen der Krankenkasse oder des SER-Trägers und der Pflegekasse umfassen, gelten als trägerübergreifend, wenn mindestens eine Reha-Leistung Bestandteil ist.
- Die Datenerfassung und Meldung trägerübergreifender Persönlicher Budgets ist **nur durch den koordinierenden leistenden Reha-Träger** vorzunehmen (vgl. auch § 29 Abs. 3 Satz 1 SGB IX).

- Teilweise Bewilligungen eines Persönlichen Budgets gelten als „bewilligt“.
- Eine Bewilligung gilt mit dem Bescheid des koordinierenden leistenden Reha-Trägers bzw. des Beauftragten als erteilt.

### 3 Gutachten

- Für den THVB sind Gutachten in Fällen des § 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX bzw. § 17 SGB IX zur umfassenden Feststellung des Rehabilitationsbedarfs zu erfassen.
- Nicht für den THVB erfasst werden Gutachten,
  - die nicht den Qualitätsanforderungen an ein Gutachten im Sinne des § 17 SGB IX entsprechen.
  - die nach einer Entscheidung über einen Antrag beauftragt werden (z. B. im Widerspruchsverfahren) und damit keine Fälle nach § 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX sind.
  - die nicht im Prozess der klassischen Antragsbearbeitung erstellt werden (z. B. nach einem Leistungsbescheid im Rahmen von Widerspruchsverfahren oder bei Verlängerungen von Leistungen).
  - die nicht vom Reha-Träger selbst beauftragt wurden.

#### 3.1 Gutachtenauftrag bzgl. des Gesamtantrags (V06) und Gutachtenauftrag innerhalb der Leistungsgruppen (V06a bis V06d)

Primärvariable	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V06	Gutachtenauftrag	0 = nein 1 = ja
V06a	Gutachtenauftrag innerhalb LMR	0 = nein 1 = ja
V06b	Gutachtenauftrag innerhalb LTA	0 = nein 1 = ja
V06c	Gutachtenauftrag innerhalb LTB	0 = nein 1 = ja
V06d	Gutachtenauftrag innerhalb LST	0 = nein 1 = ja

- Gemäß § 14 Abs. 2 SGB IX können Gutachten für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs beauftragt werden. Gutachten können somit die Grundlage für Entscheidungen über Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe bilden. Ist für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten erforderlich, wird die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen.
- Für den THVB sind Gutachten gemäß § 17 SGB IX i. V. m. § 13 SGB IX zu erfassen. Ein Gutachten liegt vor, wenn § 17 SGB IX – auch sinngemäß – Anwendung findet (u. a. sind der antragsstellenden Person grundsätzlich mindestens drei verschiedene Sachverständige zu benennen, soweit nicht gesetzlich die Begutachtung durch einen sozialmedizinischen Dienst vorgesehen ist). Ein Gutachten ist ein spezifisches Ergebnisformat einer Sachverständigenäußerung, welches Qualitätsanforderungen erfüllt, wie sie bspw. in der GE „Begutachtung“ zwischen den Reha-Trägern vereinbart worden sind.<sup>5</sup>
- Es ist möglich, dass im Rahmen der Bedarfsfeststellung Sachverständigenäußerungen z. B. in Form von fachärztlichen Stellungnahmen, Befundberichten, (Reha-)Verordnungen sowie medizinischen / psychiatrischen / psychologischen Unterlagen eingeholt werden. Ob diese Formate den formalen und inhaltlichen Anforderungen eines Gutachtens gemäß § 17 SGB IX genügen, ist im Einzelfall zu klären (weitere Hinweise hierzu sind auch in der GE „Begutachtung“ enthalten).
- Die Grenzen zwischen z. B. fachärztlichen Stellungnahmen und Gutachten i. S. d. § 17 SGB IX können im Einzelfall fließend sein. Für die in den **Bereichen der EGH und JH** verbreiteten fachärztlichen, sozialpädagogischen oder sozialpädiatrischen Stellungnahmen bedeutet dies: Bei einer fachärztlichen Stellungnahme handelt es sich – in Abgrenzung von Gutachten nach § 17 SGB IX – eher um ein ärztliches Attest, welches von einem behandelnden Arzt auf Wunsch eines Patienten für eine Institution ausgestellt wird. Diese enthalten zwar gutachterliche Bewertungen (z. B. zu Einschränkungen der Körperfunktionen und -strukturen aufgrund eines gesundheitlichen Problems), jedoch wird neben bestehenden wesentlichen inhaltlichen Unterschieden auch nicht die Anforderung an ein Gutachten hinsichtlich der erforderlichen Unabhängigkeit des Gutachters gewährleistet. Insgesamt sind damit solche Stellungnahmen nicht als Gutachten zu zählen.<sup>6</sup>
- Bezogen auf V06a bis V06d liegen Gutachten nach vorstehender Definition vor, wenn das Gutachten für Entscheidungen über Leistungen innerhalb der jeweiligen Leistungsgruppe beauftragt wurde.

---

<sup>5</sup> Die überarbeitete Fassung der GE Begutachtung nach § 26 Abs. 1 i. V. m. § 25 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX ist zum 01.11.2023 in Kraft getreten. Die Publikation steht im BAR-Webshop unter [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de) > Service > Publikationen > Reha-Vereinbarungen als kostenfreier Download zur Verfügung.

<sup>6</sup> Es ist grundsätzlich nicht auszuschließen, dass in einzelnen Trägerbereichen anders bezeichnete Produkte die Qualitätsanforderungen an ein Gutachten i. S. d. § 17 SGB IX erfüllen.

3.2 Datum Auftrag des Gutachtens (V08\_1 bis V08\_5)

Primärvariable	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V08_1	Datum Auftrag des Gutachtens 1	DD.MM.JJJJ
V08_2	Datum Auftrag des Gutachtens 2	DD.MM.JJJJ
V08_3	Datum Auftrag des Gutachtens 3	DD.MM.JJJJ
V08_4	Datum Auftrag des Gutachtens 4	DD.MM.JJJJ
V08_5	Datum Auftrag des Gutachtens 5	DD.MM.JJJJ

- Anzugeben ist das genaue Datum der Beauftragung des Gutachtens (ohne Postlaufzeit) (DD.MM.JJJJ).<sup>7</sup>
- Ob ein Gutachten vorliegt, siehe Punkt 3.1.
- Werden bei einem Antrag mehr als fünf Gutachten angefertigt, muss bei der Datenerfassung immer auch das zuletzt vorliegende Gutachten miterfasst sein. Je nach Fachverfahren kann ggf. nur eine begrenzte Anzahl an Gutachten eingetragen werden.

---

<sup>7</sup> Die Postlaufzeit (drei Kalendertage) wird später bei der Auswertung verrechnet. Sie ist daher bei der Eingabe des Datums der Beauftragung eines Gutachtens nicht zu berücksichtigen.

**3.3 Datum Vorliegen des Gutachtens (V07\_1 bis V07\_5) und Datum letztes vorliegendes Gutachten innerhalb der Leistungsgruppen (V07a bis V07d)**

Primärvariable	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V07_1	Datum Vorliegen des Gutachtens 1	DD.MM.JJJJ
V07_2	Datum Vorliegen des Gutachtens 2	DD.MM.JJJJ
V07_3	Datum Vorliegen des Gutachtens 3	DD.MM.JJJJ
V07_4	Datum Vorliegen des Gutachtens 4	DD.MM.JJJJ
V07_5	Datum Vorliegen des Gutachtens 5	DD.MM.JJJJ
V07a	Datum letztes vorliegendes Gutachten innerhalb LMR	DD.MM.JJJJ
V07b	Datum letztes vorliegendes Gutachten innerhalb LTA	DD.MM.JJJJ
V07c	Datum letztes vorliegendes Gutachten innerhalb LTB	DD.MM.JJJJ
V07d	Datum letztes vorliegendes Gutachten innerhalb LST	DD.MM.JJJJ

- V07\_1 bis V07\_5: Anzugeben ist der Tag des Posteingangs des Gutachtens (Posteingangsstempel) (DD.MM.JJJJ) beim Reha-Träger. Bei elektronischen Gutachten kann dies der Zeitpunkt sein, zu dem ein Gutachten bspw. im Fachverfahren zur Weiterverarbeitung vorliegt. Dies gilt auch für intern beauftragte Gutachten, die zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs herangezogen werden.
- Für V07a bis V07d (Datum des letzten vorliegenden Gutachtens innerhalb der Leistungsgruppen) gilt entsprechend: Anzugeben ist der Tag des Posteingangs des Gutachtens beim Reha-Träger (DD.MM.JJJJ). Bei elektronischen Gutachten kann dies der Zeitpunkt sein, zu dem ein Gutachten bspw. im Fachverfahren zur Weiterverarbeitung vorliegt.
- Werden bei einem Antrag mehr als fünf Gutachten angefertigt, muss bei der Datenerfassung immer auch das zuletzt vorliegende Gutachten miterfasst sein.

### 4 Teilhabeplanung

- Eine Teilhabeplanung i. S. v. § 19 SGB IX ist erforderlich, wenn
  - Teilhabeleistungen verschiedener Leistungsgruppen eines Trägers vorliegen („Leistungsgruppenmehrheit“) oder
  - Teilhabeleistungen mehrerer Reha-Träger („Trägermehrheit“) vorliegen oder
  - der Leistungsberechtigte eine Teilhabeplanung wünscht.
- Ausführliche Hinweise finden sich im Gesetz in den §§ 19-23 SGB IX sowie in der GE Reha-Prozess §§ 47-57.
- Für eine Teilhabeplanung, an der nur ein Reha-Träger beteiligt ist, die also **nicht trägerübergreifend** ist, erfasst nur dieser Reha-Träger die erforderlichen Variablen V11 bis V15 für den THVB.
- Bei einer **trägerübergreifenden Teilhabeplanung (mit / ohne Teilhabeplankonferenz)** sind **mehrere Reha-Träger beteiligt**. Um Doppelzählungen bei der Datenerfassung für den THVB zu vermeiden, erfassen die an einer trägerübergreifenden Teilhabeplanung beteiligten Reha-Träger **nicht alle Daten gleichermaßen**. Es ist zu beachten, **in welcher Rolle** ein Reha-Träger an der Teilhabeplanung beteiligt ist: als **koordinierender leistender Reha-Träger** oder als **beteiligter Reha-Träger**.
- Für den THVB
  - erfassen **alle** an der Teilhabeplanung **beteiligten Reha-Träger** Einträge zur **Variable V11 (V11=0)** (siehe Abschnitt 4.1).
  - erfasst **nur der koordinierende leistende Reha-Träger** Eintragungen für die **Variablen V11 (V11=2 oder V11=3), V12 bis V15** (siehe Abschnitt 4.2 ff.).
- In nachfolgender Abbildung 4 ist die Erfassung im Themenbereich „Teilhabeplanung“ nochmals schematisch dargestellt:

	 <b>koordinierender leistender Reha-Träger</b> keine weiteren beteiligten Reha-Träger	 <b>koordinierender leistender Reha-Träger</b> und weitere beteiligte Reha-Träger	 <b>beteiligter Reha-Träger</b> aber nicht koordinierender leistender Reha-Träger
 <b>ohne Teilhabepanung</b>	 <b>Nein, ohne Teilhabepanung (V11 = 0)</b>	keine Erfassung im Rahmen des THVB	keine Erfassung im Rahmen des THVB
 <b>mit Teilhabepanung, nicht trägerübergreifend</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ja, nicht trägerübergreifend (V11 = 1)</li> <li>✓ Anzahl der Anpassungen des Teilhabepanens (V12)</li> <li>✓ Erstellungsdatum des Teilhabepanens (V13)</li> <li>✓ Anpassungsdatum des Teilhabepanens (V14)</li> <li>✓ Faktisches Ende des Planungszeitraums / Enddatum des Teilhabepanens (V15)</li> </ul>	keine Erfassung im Rahmen des THVB	keine Erfassung im Rahmen des THVB
 <b>mit Teilhabepanung und trägerübergreifend</b>	keine Erfassung im Rahmen des THVB	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ja, trägerübergreifend ohne Konferenz (V11 = 2)</li> <li>✓ Anzahl der Anpassungen des Teilhabepanens (V12)</li> <li>✓ Erstellungsdatum des Teilhabepanens (V13)</li> <li>✓ Anpassungsdatum des Teilhabepanens (V14)</li> <li>✓ Faktisches Ende des Planungszeitraums / Enddatum des Teilhabepanens (V15)</li> </ul>	 <b>Nein, ohne Teilhabepanung (V11 = 0)</b>
 <b>mit Teilhabepanung, trägerübergreifend und mit Teilhabepankonferenz</b>	keine Erfassung im Rahmen des THVB	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ja, trägerübergreifend mit Konferenz (V11 = 3)</li> <li>✓ Anzahl der Anpassungen des Teilhabepanens (V12)</li> <li>✓ Erstellungsdatum des Teilhabepanens (V13)</li> <li>✓ Anpassungsdatum des Teilhabepanens (V14)</li> <li>✓ Faktisches Ende des Planungszeitraums / Enddatum des Teilhabepanens (V15)</li> </ul>	 <b>Nein, ohne Teilhabepanung (V11 = 0)</b>

Abbildung 4. Erfassung des Themenbereichs „Teilhabepanung“ im THVB

4.1 Teilhabeplanung (V11)

Primärvariable	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V11	Teilhabeplanung	0 = nein 1 = ja, nicht trägerübergreifend 2 = ja, trägerübergreifend ohne Konferenz 3 = ja, trägerübergreifend mit Konferenz

- Die Variable V11 wird mit „nein (ohne Teilhabeplanung)“ (V11= 0) angegeben, wenn
  - keine Teilhabeplanung durchgeführt wird.
  - der erfassende Reha-Träger an einer trägerübergreifenden Teilhabeplanung i. S. d. § 15 SGB IX zwar beteiligt, jedoch nicht der koordinierende leistende Reha-Träger ist.
  - der koordinierende leistende Reha-Träger einer trägerübergreifenden Teilhabeplanung eine Anpassung eines bereits bestehenden Teilhabeplanes vornimmt (und lediglich Eintragungen für die Felder V12, V14, V15 macht).
- Je nach Fachverfahren wird die Variable V11 bei „nein (ohne Teilhabeplanung)“ (V11= 0) bei der Dateneingabe „händisch“ ausgefüllt oder dieses Feld wird vom Programm automatisch befüllt, wenn der Themenbereich „Teilhabeplanung“ übersprungen wird.
- Die Variable V11 ist als „nicht trägerübergreifend“ (V11= 1) zu erfassen, wenn der Antrag mehrere Leistungen verschiedener Leistungsgruppen enthält. Es ist nur ein Reha-Träger beteiligt und dieser erfasst die Daten.
- Die Variable V11 ist als „ja, trägerübergreifend ohne Konferenz“ (V11= 2) oder „ja, trägerübergreifend mit Konferenz“ (V11= 3) zu erfassen, wenn der koordinierende leistende Reha-Träger die Datenerfassung einer trägerübergreifenden Teilhabeplanung vornimmt. Alle anderen an dieser Teilhabeplanung beteiligten Reha-Träger erfassen V11= 0 (siehe oben).
- Eine Teilhabeplanung gilt als „trägerübergreifend mit Konferenz“ (V11= 3), wenn der gemäß § 14 SGB IX koordinierende leistende Reha-Träger im Rahmen des Teilhabeplanverfahrens (vgl. §§ 19-23 SGB IX) in bestimmten Fällen und mit Zustimmung des Leistungsberechtigten eine Teilhabeplankonferenz gemäß § 20 SGB IX durchführt.
- Ist ein Träger der EGH für die Durchführung der Teilhabeplanung verantwortlich, gelten die trägerspezifischen Regelungen für das Gesamtplanverfahren gemäß §§ 117 ff. SGB IX ergänzend zu den Regelungen des Teilhabeplanverfahrens (vgl. § 21 SGB IX). Wird bei einem Antragsverfahren eine Gesamtplanung, aber keine Teilhabeplanung durchgeführt, ist dies grundsätzlich für den THVB im Themenbereich „Teilhabeplanung“ mit dem Merkmal „nein, ohne Teilhabeplanung“ (V11= 0) zu erfassen (siehe oben).

- Eine Teilhabeplanung liegt auch vor, wenn ausschließlich mehrere Teilhabeleistungen verschiedener Leistungsgruppen des Trägers der EGH erforderlich sind.
- Ist ein **Träger der JH** für die Durchführung der Teilhabeplanung verantwortlich, gelten die trägerspezifischen Regelungen für die Hilfeplanung gemäß § 36 SGB VIII ergänzend zu den Regelungen des Teilhabeplanverfahrens (vgl. § 21 SGB IX). Wird bei einem Antragsverfahren eine Hilfeplanung, aber keine Teilhabeplanung durchgeführt, ist dies grundsätzlich für den THVB im Themenbereich „Teilhabeplanung“ mit dem Merkmal „nein, ohne Teilhabeplanung“ (V11= 0) zu erfassen (siehe oben).
- Ist ein **Träger des SER** für die Durchführung der Teilhabeplanung verantwortlich, gelten die trägerspezifischen Regelungen des Fallmanagements gemäß § 30 SGB XIV ergänzend zu den Regelungen des Teilhabeplanverfahrens (vgl. § 21 SGB IX und § 30 Abs. 7 SGB XIV). Wird bei einem Antragsverfahren ein Fallmanagement, aber keine Teilhabeplanung durchgeführt, ist dies grundsätzlich für den THVB im Themenbereich „Teilhabeplanung“ mit dem Merkmal „nein, ohne Teilhabeplanung“ (V11= 0) zu erfassen (siehe oben).
- Auch wenn möglicherweise im Rahmen der Erstellung des Teilhabeplanes und der Leistungsentscheidungen mehrere Sitzungen zur Sachverhaltsaufklärung und / oder zur Feststellung der notwendigen Leistungen erforderlich sind und ein Sachzusammenhang besteht, ist diese nur einmalig zu erfassen.

**4.2 Erstellungsdatum des Teilhabeplanes (V13)**

Primärvariable	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V13	Erstellungsdatum des Teilhabeplanes	DD.MM.JJJJ

- Dieses Feld ist **nur vom jeweils koordinierenden leistenden Reha-Träger** gemäß § 14 SGB IX zu befüllen.
- Das Beginn- / Erstellungsdatum eines Teilhabeplanes (V13) bemisst sich – soweit vorliegend bzw. eindeutig bestimmbar – am ersten Geltungstag des Teilhabeplanes (DD.MM.JJJJ). Wenn dieses nicht vorliegt, definiert es sich als eigenständiges Datum (nach Fertigstellung des Teilhabeplanes), das vom koordinierenden leistenden Reha-Träger gemäß § 14 SGB IX als Verantwortlichem für die Teilhabeplanung festgelegt wird.
- Ausführliche Erläuterungen zur Erstellung und zu den Inhalten des Teilhabeplanes finden sich in der GE Reha-Prozess, insbesondere in Kapitel 4, Abschnitt 3, §§ 53-56.<sup>8</sup>

<sup>8</sup> Auf der Website der BAR stehen unterschiedliche, trägerübergreifend entwickelte und abgestimmte Mustervordrucke zu zentralen Phasen des Reha-Prozesses zur Verfügung. Auch für die Teilhabeplanung stehen Mustervordrucke kostenlos zur Verfügung unter [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de) > Themen > Reha-Prozess > [Musterformulare](#).

**4.3 Anzahl der Anpassungen des Teilhabeplanes (Änderung oder Fortschreibung) (V12)**

Primärvariable	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V12	Anzahl der Anpassungen des Teilhabeplanes (Änderung oder Fortschreibung)	0 = keine Anpassung 1 = eine Anpassung 2 = zwei Anpassungen usw.

- Dieses Feld ist nur vom jeweils koordinierenden leistenden Reha-Träger gemäß § 14 SGB IX zu befüllen.
- Anzugeben ist die Anzahl der Anpassungen des Teilhabeplanes.
- Eine Anpassung ist jede Änderung oder Fortschreibung eines Teilhabeplanes nach seiner erstmaligen Erstellung. Eine Anpassung liegt vor, wenn die Inhalte des Teilhabeplanes gemäß § 19 SGB IX an den Verlauf der Rehabilitation angepasst werden.
- Beispiele für Anlässe einer Anpassung des Teilhabeplanes sind, wenn sich im Verlauf der Rehabilitation veränderte Teilhabeziele und andere Leistungsarten und / oder -formen ergeben oder wenn eine Änderung der Zeitplanung eintritt (vgl. dazu ausführlich § 63 der GE Reha-Prozess).
- Bei einem neuen Planungsprozess, der eine grundsätzlich neue Zusammenstellung der Inhalte zum Ziel hat, erfolgt keine Anpassung des Teilhabeplanes. Es wird dann ein neuer Teilhabeplan erstellt.

**4.4 Anpassungsdatum des Teilhabeplanes (V14\_1 bis V14\_X)**

Primärvariable	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V14_1	Erstes Anpassungsdatum des Teilhabeplanes	DD.MM.JJJJ
V14_2	Zweites Anpassungsdatum des Teilhabeplanes	DD.MM.JJJJ
V14_X	Anpassungsdatum X des Teilhabeplanes	DD.MM.JJJJ

- Dieses Feld ist nur vom jeweils koordinierenden leistenden Reha-Träger gemäß § 14 SGB IX zu befüllen.
- Soweit vorliegend bzw. eindeutig bestimmbar ist bei V 14\_1 bis V14\_X jeweils der erste Geltungstag des angepassten Teilhabeplanes (DD.MM.JJJJ) anzugeben. Wenn dieser nicht vorliegt, wird er als eigenständiges Datum (nach Fertigstellung des Teilhabeplanes) vom koordinierenden leistenden Reha-Träger gemäß § 14 SGB IX als Verantwortlichem für die

Teilhabeplanung festgelegt. Ausführliche Erläuterungen zur Erstellung und zu den Inhalten des Teilhabeplanes finden sich in der GE Reha-Prozess, Kapitel 4, Abschnitt 3 (§§ 53-56).

- Eine Anpassung ist jede Änderung oder Fortschreibung eines Teilhabeplanes nach dessen erstmaliger Erstellung. Eine Anpassung eines Teilhabeplanes liegt vor, wenn Inhalte eines bereits erstellten Teilhabeplanes (§ 19 SGB IX) an den Verlauf der Rehabilitation angepasst werden (vgl. dazu ausführlich § 63 der GE Reha-Prozess).
- Für Leistungsfälle mit Langzeitbezug: Erfolgt ein neuer Planungsprozess, der eine grundsätzlich neue Zusammenstellung der nach § 19 SGB IX maßgeblichen Inhalte zum Ziel hat, und handelt es sich nicht um eine Anpassung im vorstehenden Sinne, gilt dies als neue Teilhabeplanung. Die Regelungen der GE Reha-Prozess bleiben unberührt.

**4.5 Faktisches Ende des Planungszeitraums / Enddatum des Teilhabeplanes (V15)**

Primärvariable	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V15	Faktisches Ende des Planungszeitraums / Enddatum des Teilhabeplanes	DD.MM.JJJJ

- Dieses Feld ist nur vom jeweils koordinierenden leistenden Reha-Träger gemäß § 14 SGB IX zu befüllen.
- Für das Enddatum des Teilhabeplanes (V15) ist das faktische Ende der letzten im Teilhabeplan vorgesehenen Leistung maßgeblich (vgl. hierzu auch § 65 GE Reha-Prozess). Wenn dieses nicht vorliegt, wird es als eigenständiges Datum vom koordinierenden leistenden Reha-Träger gemäß § 14 SGB IX als Verantwortlichem für die Teilhabeplanung festgelegt.
- Der Teilhabeplan selbst beinhaltet eine Zeitplanung. Der Planungszeitraum des Teilhabeplanes bestimmt sich nach den Umständen des Einzelfalls. Er endet frühestens am letzten Tag der letzten Leistung, die im Teilhabeplan vorgesehen ist und über die ein entsprechender Leistungsbescheid erteilt wurde (vgl. § 62 Abs. 2 GE Reha-Prozess).

## 5 Erstattungsverfahren zwischen Trägern (§ 16 Abs. 2 Satz 2 SGB IX)

### 5.1 Erstattungsverfahren zwischen Trägern (§ 16 Abs. 2 Satz 2 SGB IX) (V16)

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

- Anzugeben ist die Anzahl der eingeleiteten Erstattungsverfahren gegen andere Reha-Träger nach § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB IX pro Leistungsfall.
- Für den THVB werden die Erstattungsverfahren zum Zeitpunkt ihrer Einleitung erfasst.
- Liegt dem leistenden Reha-Träger gemäß § 14 SGB IX ein Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe vor und sieht er konkrete Anhaltspunkte dafür, dass für eine umfassende Bedarfsfeststellung weitere Träger involviert sein können, muss er diese nach § 15 Abs. 2 SGB IX beteiligen. Er fordert von den beteiligten Reha-Trägern unverzüglich eine Feststellung des Rehabilitationsbedarfs an und führt eine Teilhabeplanung durch.  
 Hat ein beteiligter Reha-Träger die angeforderten Feststellungen nicht oder nicht rechtzeitig beigebracht (für Fristen siehe § 15 Abs. 2 SGB IX), erstattet dieser beteiligte Träger dem leistenden Träger dessen Aufwendungen nach den Rechtsvorschriften, die der Leistungsbewilligung zugrunde liegen. Diese Erstattungsansprüche und das Erstattungsverfahren sind in § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB IX geregelt.
- Erstattungsverfahren zwischen Reha-Trägern aus anderen Gründen sind nicht für den THVB zu berichten.
- Dieser Sachverhalt trifft in der Regel für die BA, GKV und LAK nicht zu.

**6 Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer (§ 18 Abs. 1 SGB IX);  
Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen (§ 18 SGB IX)**

**6.1 Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer (§ 18 Abs. 1 SGB IX) (V18)**

Primärvariable	Kurzbeschreibung	Ausprägungen
V18	Mitteilungsversand nach § 18 Abs. 1 SGB IX	Anzugeben ist die Anzahl der versendeten Mitteilungen pro Leistungsfall  0 = keine Mitteilung 1 = eine Mitteilung 2 = zwei Mitteilungen  usw.

- Anzugeben ist bei V18 die Anzahl der versendeten begründeten Mitteilungen nach § 18 Abs. 1 SGB IX (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 Reha-Träger dem Antragsteller vor Ablauf der zwei Monate die Gründe hierfür und das voraussichtliche Datum der Entscheidung schriftlich mit (begründete Mitteilung). 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).
- Die Trägerbereiche EGH, JH und SER<sup>9</sup> sind gemäß § 18 Abs. 7 SGB IX vom Versand begründeter Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer ausgenommen. Wenn einer der Träger aus diesen Bereichen jedoch der koordinierende leistende Reha-Träger gemäß § 14 SGB IX ist, nimmt dieser die Datenerfassung für den THVB vor. Im Rahmen einer Beteiligung gemäß § 15 Abs. 2 SGB IX ist der leistende Reha-Träger dazu verpflichtet, die versendeten begründeten Mitteilungen der beteiligten Reha-Träger zu erfassen und zu melden.
- In Fällen von Antragssplitting gemäß § 15 Abs. 1 SGB IX erfasst der Splitting-Adressat den Versand begründeter Mitteilungen, die im Zusammenhang mit der Bearbeitung seines gesplitteten Antragsteils stehen, selbst.

<sup>9</sup> Soweit ein SER-Träger Leistungen zur Teilhabe nach § 62 Satz 1 Nr. 1 - 3 SGB XIV erbringt.

**6.2 Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen sowie Bewilligung oder Ablehnung des Antrags (§ 18 SGB IX) (V19\_1bis V19\_X)**

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

- Wenn über einen Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe nicht innerhalb von zwei Monaten nach Antragseingang entschieden werden kann, teilt der leistende Reha-Träger dem Antragsteller vor Ablauf der zwei Monate die Gründe hierfür und das voraussichtliche Datum der Entscheidung schriftlich mit (begründete Mitteilung nach § 18 Abs. 1 SGB IX). Erfolgt keine begründete Mitteilung oder ist der in einer begründeten Mitteilung genannte Zeitraum abgelaufen, gilt die beantragte Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (Genehmigungsfiktion, vgl. § 18 Abs. 3 SGB IX).
- Beschafft sich der Leistungsberechtigte eine als genehmigt geltende Leistung dann selbst, ist der leistende Reha-Träger zur Erstattung der selbstbeschafften Leistungen verpflichtet. Dies gilt nicht für die Trägerbereiche EGH, JH und SER<sup>10</sup> (vgl. § 18 Abs. 7 SGB IX). Eine Verpflichtung zur Erstattung nach § 18 Abs. 6 SGB IX (Fälle der Unaufschiebbarkeit oder der unberechtigten Ablehnung einer beantragten Leistung) gilt hingegen für alle Trägerbereiche.
- Für den THVB werden die Erstattungsanträge zum Zeitpunkt ihrer Entscheidung erfasst.
- Für den THVB wird neben der Anzahl der entschiedenen Erstattungsanträge auch erfasst, ob ein solcher Antrag bewilligt oder abgelehnt wurde.
- Anzugeben ist bei V19\_1 bis V19\_X, ob der jeweilige Erstattungsantrag gemäß § 18 SGB IX **bewilligt** oder **abgelehnt** wurde. Unter Bewilligung fallen hier sowohl vollständig (Erstattung in voller Höhe) als auch teilweise bewilligte (Erstattung eines Teils der Aufwendungen) Erstattungsanträge.
- Die Erstattungsverfahren sind pro Leistungsfall (mit Antragsbezug) zu erfassen.

<sup>10</sup> Soweit ein SER-Träger Leistungen zur Teilhabe nach § 62 Satz 1 Nr. 1 - 3 SGB XIV erbringt.

## 7 Rechtsbehelfe: Widersprüche und Klagen

### 7.1 Widersprüche (V20\_1 bis V20\_X) und Klagen (V21\_1 bis V21\_X)

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

- Für den THVB werden Rechtsbehelfe in Form von Widersprüchen und Klagen zum Zeitpunkt ihrer Entscheidung erfasst und zum Meldezeitpunkt übermittelt. Übermittelt werden bei diesem Sachverhalt die **Anzahl der entschiedenen** Widersprüche und Klagen sowie die **Anzahl der erfolgreichen** Widersprüche und Klagen **aus Sicht des Leistungsberechtigten**.
- Umfasst sind alle Rechtsbehelfe gegen Leistungsbescheide zu Leistungen nach SGB IX Teil 1 unabhängig vom konkreten Gegenstand des Behelfs.
- Anzugeben sind **nur rechtskräftige Urteile** und bestandskräftige Entscheidungen (inkl. Vergleiche).
- Aus einem Antrag können sich ggf. mehrere Leistungsbescheide ergeben, zu denen jeweils Rechtsbehelfe möglich sind.
- Klagen ohne Widersprüche sind in bestimmten Fällen möglich.
- Es kann vorkommen, dass die Erfassung eines Widerspruchs bzw. einer Klage im Vergleich zur Erfassung des Antrags erst zu einem späteren Zeitpunkt (ggf. auch in einem späteren Berichtsjahr) erfolgt.

**Beispiel:** Wenn ein Antrag im Jahr 2019 eingeht, werden die zugehörigen Daten ab Antrags-  
eingang (hier: 2019) für den THVB erfasst. Selbst wenn nach der Antragsentscheidung be-  
reits Kenntnis über die Klage besteht, ist die Klage für den THVB erst zum Zeitpunkt ihrer  
Entscheidung zu erfassen und zu übermitteln (bspw. im Jahr 2021, falls die Entscheidung  
zur Klage erst zum 01.02.2021 eingeht). Obwohl der Antrag also aus dem Jahr 2019  
stammt, wird die betrachtete Klage erst zwei Jahre später erfasst und fließt in die Berichter-  
stattung zum Jahr 2021 ein.

- Eine Entscheidung über einen Antrag, die sich im Rahmen eines Widerspruchs- bzw. Klagever-  
fahrens geändert hat, wird nicht (nochmals) unter V05 bzw. V05a bis V05d (Entscheidungsda-  
tum) oder V09 bzw. V09a bis V09d (Entscheidungsart) erfasst. Diese Primärvariablen beziehen  
sich auf die Entscheidung im Rahmen des Antragsverfahrens.
- Es ist möglich, dass bei einigen Fachverfahren auch das Eingangsdatum eines Widerspruchs  
und einer Klage erfasst werden kann. Dieses muss jedoch für den THVB nicht übermittelt wer-  
den.

## 8 Berufliche Teilhabe

### 8.1 Dauerhafte Integration in Arbeit nach einer Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben (V22)

Name	Primärvariable	Kurzbeschreibung	Mögliche Ausprägung
V22		Beitragszeit aufgrund sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung 6 Monate nach Leistungsende einer LTA	0 = Nein 1 = Ja

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

## VI. Anhang

# Anhang A. Allgemeine Hinweise zum Teilhabeverfahrensbericht

### 1. Was ist der Teilhabeverfahrensbericht?

Der Teilhabeverfahrensbericht (THVB) nach § 41 SGB IX ist eine gesetzliche Aufgabe, zu deren Erfüllung alle über 1.200 Reha-Träger deutschlandweit Antragsdaten zur Rehabilitation und Teilhabe erfassen. Die Meldung der Daten erfolgt jährlich durch den jeweiligen Träger bzw. Trägerbereich an die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR). Die BAR wertet die Daten unter Beteiligung der Reha-Träger aus und veröffentlicht zum Ende eines jeden Jahres einen Bericht. Der 1. THVB ist am 30.12.2019 erschienen und bildet die Daten aus 2018 ab. Alle bisher veröffentlichten Berichte stehen kostenlos zum Download unter [www.teilhabeverfahrensbericht.de](http://www.teilhabeverfahrensbericht.de) zur Verfügung.

### 2. Welche Sachverhalte sind für den Teilhabeverfahrensbericht zu erheben?

Die Datenerfassung für den THVB erfolgt anhand von 16 Sachverhalten. Diese sind im Gesetz in § 41 Abs. 1 SGB IX wie folgt definiert:

„Die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 erfassen

1. die Anzahl der gestellten Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe differenziert nach Leistungsgruppen im Sinne von § 5 Nummer 1, 2, 4 und 5,
2. die Zahl der Weiterleitungen nach § 14 Absatz 1 Satz 2,
3. in wie vielen Fällen a) die Zweiwochenfrist nach § 14 Absatz 1 Satz 1, b) die Dreiwochenfrist nach § 14 Absatz 2 Satz 2 sowie c) die Zweiwochenfrist nach § 14 Absatz 2 Satz 3 nicht eingehalten wurde,
4. die durchschnittliche Zeitdauer zwischen Erteilung des Gutachtenauftrages in Fällen des § 14 Absatz 2 Satz 3 und der Vorlage des Gutachtens,
5. die durchschnittliche Zeitdauer zwischen Antragseingang beim leistenden Rehabilitationsträger und der Entscheidung nach den Merkmalen der Erledigung und der Bewilligung,
6. die Anzahl der Ablehnungen von Anträgen sowie der nicht vollständigen Bewilligung der beantragten Leistungen,
7. die durchschnittliche Zeitdauer zwischen dem Datum des Bewilligungsbescheides und dem Beginn der Leistungen mit und ohne Teilhabeplanung nach § 19, wobei in den Fällen, in denen die Leistung von einem Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 erbracht wurde, das Merkmal ‚mit und ohne Teilhabeplanung nach § 19‘ nicht zu erfassen ist,
8. die Anzahl der trägerübergreifenden Teilhabeplanungen und Teilhabeplankonferenzen,

9. die Anzahl der nachträglichen Änderungen und Fortschreibungen der Teilhabepläne einschließlich der durchschnittlichen Geltungsdauer des Teilhabeplanes,
10. die Anzahl der Erstattungsverfahren nach § 16 Absatz 2 Satz 2,
11. die Anzahl der beantragten und bewilligten Leistungen in Form des Persönlichen Budgets,
12. die Anzahl der beantragten und bewilligten Leistungen in Form des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets,
13. die Anzahl der Mitteilungen nach § 18 Absatz 1,
14. die Anzahl der Anträge auf Erstattung nach § 18 nach den Merkmalen ‚Bewilligung‘ oder ‚Ablehnung‘,
15. die Anzahl der Rechtsbehelfe sowie der erfolgreichen Rechtsbehelfe aus Sicht der Leistungsberechtigten jeweils nach den Merkmalen ‚Widerspruch‘ und ‚Klage‘,
16. die Anzahl der Leistungsberechtigten, die sechs Monate nach dem Ende der Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen haben, soweit die Maßnahme von einem Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nummer 2 bis 7 erbracht wurde.“

Mit Vertretern aller Trägerbereiche wurde eine gemeinsame Auslegung dieser 16 Sachverhalte abgestimmt und einheitliche Definitionen und Begrifflichkeiten zu den Meldetatbeständen festgelegt. Die Ergebnisse sind im Dokument Variablenbeschreibung festgehalten, das unter [www.teilhabeverfahrensbericht.de](http://www.teilhabeverfahrensbericht.de) zu finden ist.

In § 45 SGB IX ist daneben noch festgehalten, dass auch Daten der Reha-Träger über Art und Höhe der Förderung der Selbsthilfe in den THVB einfließen.

### 3. Wer erhebt die Daten für den Teilhabeverfahrensbericht?

Die Berichtspflicht für den THVB gilt für alle Reha-Träger nach § 6 Abs. 1 SGB IX. Diese können sein:

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

Ab dem 01.01.2019 sind alle Reha-Träger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1-7 SGB IX verpflichtet, die Datenerfassung für den THVB vorzunehmen.

**4. Welche Antragsdaten sind für den Teilhabeverfahrensbericht zu erfassen?**

Die Datenerfassung umfasst alle Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe gemäß § 5 Nr. 1, 2, 4 und 5 SGB IX. Die Datenerfassung betrifft damit folgende Leistungsgruppen:

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

Ausgenommen sind unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen. Die Zuordnung einer Leistung zu einer Leistungsgruppe obliegt dem jeweiligen Träger.

**5. Welcher Träger ist für welche Leistungsgruppen zuständig?**

Folgende Übersicht zeigt das gegliederte System der sozialen Sicherung nach Trägerbereichen (in alphabetischer Reihenfolge) und Leistungsgruppen gemäß § 5 SGB IX auf.

Rehabilitations-träger	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Unterhalts-sichernde u. a. ergänzende Leistungen	Leistungen zur Teilhabe an Bildung	Leistungen zur sozialen Teilhabe
BA		✓	✓		
EGH	✓	✓		✓	✓
GKV	✓		✓		
JH	✓	✓		✓	✓
RV	✓	✓	✓		
SER	✓	✓	✓	✓	✓
SVLFG (LAK)	✓		✓		
UV	✓	✓	✓	✓	✓

Quelle: eigene Darstellung, angelehnt an BAR e. V. 2020

Aus der Tabelle wird ersichtlich, dass verschiedene Reha-Träger für dieselben Leistungsgruppen zuständig sein können.<sup>11</sup> Welcher Reha-Träger wann für welche Leistung zuständig ist, richtet sich einerseits nach der individuellen persönlichen Situation des Betroffenen und andererseits nach (versicherungs-)rechtlichen Leistungsvoraussetzungen der Reha-Träger, die in den verschiedenen Leistungsgesetzen geregelt sind.<sup>12</sup> Diese Leistungsgesetze sind insbesondere:<sup>13</sup>

- SGB II: Grundsicherung für Arbeitssuchende,
- SGB III: Arbeitslosenversicherung und Arbeitsförderung,
- SGB V: Gesetzliche Krankenversicherung,
- SGB VI: Gesetzliche Rentenversicherung,
- SGB VII: Gesetzliche Unfallversicherung,
- SGB VIII: Kinder- und Jugendhilfe,<sup>14</sup>
- SGB IX: Teil 2: Eingliederungshilfe,
- SGB XI: Soziale Pflegeversicherung,
- SGB XIV: Soziale Entschädigung.<sup>15</sup>

Das SGB IX verpflichtet in Teil 1 Kapitel 2 bis 5 die Reha-Träger zur Zusammenarbeit. Vorrangig zu den verschiedenen Leistungsgesetzen hat der Gesetzgeber in Teil 1 Kapitel 4 SGB IX einheitliche Koordinierungs- und Verfahrensabläufe bestimmt, die für alle Reha-Träger vorrangig und grundsätzlich abschließend anzuwenden sind (vgl. §§ 14 bis 24 SGB IX).

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

- §§ 42 bis 48 SGB IX: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- §§ 49 bis 63 SGB IX: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- §§ 64 bis 74 SGB IX: unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen<sup>16</sup>,
- § 75 SGB IX: Leistungen zur Teilhabe an Bildung,

---

<sup>11</sup> Weiterführende Informationen über das Reha- und Teilhabesystem bietet der „Wegweiser Rehabilitation und Teilhabe“ der BAR. Diese Publikation ist frei verfügbar unter [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de) > service > publikationen > reha-grundlagen.

<sup>12</sup> Für eine schnelle Orientierung über die Trägerbereiche und ihre Zuständigkeiten im gegliederten Reha- und Teilhabesystem hat die BAR einen digitalen Zuständigkeitsnavigator entwickelt. Nutzerinnen und Nutzer werden hierdurch gezielte Fragen zu einem voraussichtlich zuständigen Trägerbereich für Reha und Teilhabeleistungen navigiert. Der Reha-Zuständigkeitsnavigator steht online zur Verfügung unter [www.reha-navi.de](http://www.reha-navi.de).

<sup>13</sup> Anders als die aufgeführten Leistungsgesetze regeln SGB II und SGB XI keine Rehabilitationsleistungen, sie enthalten aber jeweils eng mit der Rehabilitation zusammenhängende Regelungen.

<sup>14</sup> Die Reform des SGB VIII sieht vor, dass die Zuständigkeiten für Kinder und Jugendliche mit (drohender) seelischer Behinderung sowie körperlich-geistiger Behinderung künftig bei der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe liegen und damit unter dem Dach eines Trägerbereichs zusammengeführt werden.

<sup>15</sup> Zum 01.01.2024 ist das neue SGB XIV in Kraft getreten. Im Rahmen der Reform des Rechts der Sozialen Entschädigung (SER) werden die Regelungen aus den bislang geltenden Leistungsgesetzen Bundesversorgungsgesetz (BVG) und Opferentschädigungsgesetz (OEG) in einem eigenen Sozialgesetzbuch gebündelt. Die bisherige Trennung zwischen den Trägern der Kriegsopferversorgung (KOV) und der Kriegsopferfürsorge (KOF) wurden zugunsten eines einheitlichen Trägers der Sozialen Entschädigung (SER) aufgehoben. Ab 2025 werden die Regelungen um das neue Soldatenentschädigungsgesetz (SEG) ergänzt.

<sup>16</sup> Angaben zu Anträgen auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen werden für den THVB nicht erfasst (vgl. § 41 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX).

- §§ 76 bis 84 SGB IX: Leistungen zur sozialen Teilhabe.

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

### 6. Was bedeutet die Berichtspflicht für die Reha-Träger in der Praxis?

Ein Reha-Träger ist zur Datenerfassung verpflichtet, wenn ein Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe gemäß § 5 Nr. 1, 2, 4 und 5 SGB IX bei ihm eingegangen ist, unabhängig davon ob seine Zuständigkeit gegeben ist bzw. ob ein Antrag ggf. an einen anderen Reha-Träger weitergeleitet wird. Auch in solchen Fällen sind die Anträge zunächst zu erfassen (es sind Angaben für die Themenbereiche „Antrag“ und „Entscheidung“ vorzunehmen, siehe Abschnitt V.1 und V.2).

### 7. Wie wird die Datenerfassung für den Teilhabeverfahrensbericht vorgenommen? (Technische Anforderungen)

Die Daten für den THVB werden elektronisch erfasst. Dies geschieht

1. mit Hilfe eines bereits bestehenden Fachverfahrens oder einer Erfassungssoftware oder
2. die Daten werden mit eigenen Informationssystemen aus bestehenden Datenbanken erzeugt.

### 8. Was ist die Träger-ID?

Aus Datenschutzgründen ist es erforderlich, die zu übermittelnden Daten für den THVB zu pseudonymisieren. Damit wird die Zuordnung zum ursprünglichen Datenübermittler (bspw. der jeweilige Träger bzw. Trägerbereich) erschwert. Als Pseudonym dient die sogenannte Träger-ID.

Die Träger-ID besteht als Gesamtschlüssel aus einer elfstelligen Ziffernfolge. Sie dient

- zur Pseudonymisierung des Meldedatensatzes.
- zur eindeutigen Zuordnung von Datenmeldungen, z. B. um mögliche Doppelsendungen oder fehlende Daten identifizieren zu können.
- als Benutzername zur Anmeldung im geschützten Bereich unter <https://thvb.login.de>. Dieser Bereich ist ein Web-Portal, in dem u. a. die jährliche Datenübermittlung für den Teilhabeverfahrensbericht vorgenommen wird sowie Unterlagen und Schulungsmaterial abgelegt sind.

Jeder Träger ist angehalten, eine Träger-ID bei der BAR zu beantragen. Zur Beantragung einer Träger-ID genügt eine E-Mail an [teilhabeverfahrensbericht@bar-frankfurt.de](mailto:teilhabeverfahrensbericht@bar-frankfurt.de). Die Träger-ID und ein dazugehöriges Initial-Passwort werden per E-Mail mitgeteilt.

### 9. Was ist der Unterschied zwischen Primärvariablen und Meldevariablen?

Die für den THVB relevanten Variablen lassen sich unterteilen in **Primärvariablen** und **Meldevariablen**.

Das vorliegende Dokument beschreibt die Erfassung der **Primärvariablen**, die sich aus den einzelnen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ergeben. Primärvariablen basieren auf Einzelfalldaten, zu deren Erfassung die einzelnen Reha-Träger verpflichtet sind. Sie sind gekennzeichnet mit einem „V“ (bspw. V03 für das Antragsdatum).

**Meldevariablen** werden mit Hilfe von Berechnungsroutinen am Ende eines Berichtsjahres aus den erfassten Primärvariablen erzeugt. Im Unterschied zu Primärvariablen sind Meldevariablen mittels Rechenoperationen zusammengefasste und damit aggregierte Daten, d. h. Werte werden aufsummiert oder es werden Durchschnittswerte gebildet. Meldevariablen sind mit einem „m“ gekennzeichnet und orientieren sich entlang der im Gesetz formulierten 16 Sachverhalte (bspw. m1 für Sachverhalt Nr. 1 in § 41 Abs. 1 SGB IX). Die ausführlichen Definitionen zu den Meldevariablen finden sich im Dokument „Variablenbeschreibung“, welches unter [www.teilhabeverfahrensbericht.de](http://www.teilhabeverfahrensbericht.de) zur Verfügung steht.

### 10. Wie ist der zeitliche Ablauf von Datenerfassung, Datenmeldung und Veröffentlichung des Berichts?

Der THVB bildet Auswertungen zu den Daten der Trägerbereiche aus dem jeweils vorherigen Kalenderjahr ab. Der Erhebungszeitraum umfasst demnach ein Kalenderjahr von jeweils 01.01. bis 31.12. Die Datenerfassung bei den einzelnen Trägern geschieht kontinuierlich über die Jahre hinweg. Die Übermittlung eines Meldedatensatzes für ein Berichtsjahr an die BAR durch die Träger erfolgt einmal jährlich, immer bis zum 30.04. eines jeden Jahres.

### 11. Wie ist die Vorgehensweise, wenn ein Reha-Träger in einem Berichtsjahr keine Daten für den THVB meldet bzw. melden kann? (Fehlanzeige oder Nicht-Meldung)

Wenn ein Reha-Träger in einem Berichtsjahr keine Daten meldet bzw. melden kann, obwohl er dafür registriert ist, wird zwischen einer **Fehlanzeige** und einer **Nicht-Meldung** unterschieden (siehe hierzu auch Frage 12). Um herauszufinden, was von beidem zutrifft und wie jeweils bei der Meldung an die BAR vorzugehen ist, steht eine **Entscheidungshilfe** im **geschützten Bereich** unter <https://login.thvb.de> zur Verfügung. Für den Zugang zum **geschützten Bereich** werden die Träger-ID und das dazugehörige Passwort benötigt.

Im **Handbuch zur Datenübermittlung** sind die Entscheidungshilfe und das Vorgehen beim Vorliegen einer Fehlanzeige oder einer Nicht-Meldung beschrieben.

### 12. Was ist der Unterschied zwischen einer Fehlanzeige und einer Nicht-Meldung?

Eine **Fehlanzeige** ist der BAR mitzuteilen, wenn einem Reha-Träger in einem Berichtsjahr keine Angaben vorliegen, die in der Erfassung von mindestens einem der 16 Sachverhalte für den THVB gemäß § 41 Abs. 1 Nr. 1-16 SGB IX erfasst werden müssen (siehe auch Frage 11).

Es handelt sich um eine **Nicht-Meldung**, wenn ein Reha-Träger keinen Meldedatensatz übermittelt, obwohl bei ihm Angaben zu mindestens einem der Sachverhalte nach § 41 Abs. 1 SGB IX vorliegen, die in einer Erfassung für den THVB hätten berücksichtigt werden müssen. Dazu kann es kommen, wenn dieser keine Daten zu den bei ihm eingegangenen bzw. bearbeiteten Anträgen erfasst hat oder wenn er die Daten in einem nicht passenden Format erfasst hat. Eine Nicht-Meldung bedeutet, dass ein Reha-Träger seiner gesetzlichen Berichtspflicht für ein Berichtsjahr nicht nachgekommen ist.

Im THVB werden sowohl die Anzahl an Fehlanzeigen als auch die Anzahl an Nicht-Meldungen eines Berichtjahres abgebildet.

### 13. Was ist im Hinblick auf Datenschutz bei der Datenübermittlung an die BAR zu beachten?

Bei der Datenübermittlung an die BAR ist darauf zu achten, dass die Datensätze der Reha-Träger nur **aggregierte** und **keine personenbezogenen Daten** enthalten. Die Vorgaben gemäß der trägerübergreifend abgestimmten Meldedatensatzbeschreibung, die in der jeweils aktuell gültigen Version unter [www.teilhabeverfahrensbericht.de](http://www.teilhabeverfahrensbericht.de) zur Verfügung stehen, sind dringend einzuhalten.

## Anhang B. Übersicht aller Begleitdokumente zum Teilhabeverfahrensbericht

Nachfolgend sind alle Begleitdokumente zur Umsetzung des Teilhabeverfahrensberichts nach § 41 Abs. 1 SGB IX aufgeführt. Diese sind verfügbar unter [www.teilhabeverfahrensbericht.de](http://www.teilhabeverfahrensbericht.de).

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

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

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

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