



2. Teilhabeverfahrens- bericht

2020



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

Impressum

Herausgeber:

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

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

Frankfurt am Main, Dezember 2020.

ISBN 978-3-943714-27-2

2019_AS26

Hinweis zur Zitierweise:

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR). 2. Teilhabeverfahrensbericht, 2020. Frankfurt/Main, Dezember 2020.

Anmerkung:

Sofern aus Gründen besserer Lesbarkeit an einzelnen Stellen bei Personenangaben lediglich die männliche Schreibweise erscheint, sind alle Geschlechter hier gleichermaßen erfasst.

Verantwortlich bei der BAR:

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

Daniel Doll
Alexandru Ene-Krüger
Dr. Nadine Liebing
Ann-Kathrin Poth
Ingo Wermes

Christian Brand
Katja Hensel
Daniela Weisbecker

2. Teilhabeverfahrens- bericht

2020

Inhalt

Inhaltsverzeichnis.....	I
Abbildungsverzeichnis.....	III
Tabellenverzeichnis.....	V
Abkürzungsverzeichnis.....	IX
Vorwort.....	1
Zusammenfassung	3
1. Hintergrund.....	11
1.1. Ziele des Teilhabeverfahrensberichts	11
1.2. Gesetzlicher Auftrag zur Datenerhebung	13
1.3. Überblick über die beteiligten Rehabilitationsträger in Deutschland	15
1.3.1. Rehabilitationsträger aus dem Bereich der Sozialversicherung	18
1.3.2. Rehabilitationsträger aus dem Bereich der steuerfinanzierten Träger	20
1.4. Ablauf der Datenerhebung	23
1.4.1. Variablendefinitionen	23
1.4.2. Datenerfassung und Erzeugung eines Meldedatensatzes	25
1.4.3. Wege der Datenübermittlung	26
1.4.4. Pseudonymisierung.....	27
1.4.5. Vergabe der Träger-IDs.....	28
2. Datenauswertung im zweiten Teilhabeverfahrensbericht	31
2.1. Stufe 1: Datenaufbereitung im Vorfeld der Auswertung	32
2.1.1. Annahme des Meldedatensatzes und Datenverarbeitung.....	34
2.2. Stufe 2: Interne Validitätsprüfung der übermittelten Daten.....	36
2.3. Beteiligung der Rehabilitationsträger	39
2.3.1. Beirat Teilhabeverfahrensbericht	39
2.3.2. Beteiligung am 2. Teilhabeverfahrensbericht	40
3. Ergebnisse der Datenauswertung	42
3.1. Datengrundlage für den zweiten Teilhabeverfahrensbericht.....	42
3.2. Hinweise zur Darstellung und Auswertung	44
3.3. Datendarstellung der 16 Sachverhalte nach § 41 Abs. 1 SGB IX	47
3.3.1. Sachverhalt 1: Anzahl der gestellten Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe	47
3.3.2. Sachverhalt 2: Anzahl der Weiterleitungen nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX.....	55
3.3.3. Sachverhalt 3: Fristen nach § 14 SGB IX	61

3.3.4.	Sachverhalt 4: Durchschnittliche Zeitdauer zwischen Erteilung und Vorlage eines Gutachtens	75
3.3.5.	Sachverhalt 5: Bearbeitungsdauern	80
3.3.6.	Sachverhalt 6: Erledigungsarten.....	88
3.3.7.	Sachverhalt 7: Antrittslaufzeiten mit und ohne Teilhabeplanung	94
3.3.8.	Sachverhalt 8: Anzahl der trägerübergreifenden Teilhabeplanungen und Teilhabeplankonferenzen	107
3.3.9.	Sachverhalt 9: Anpassungen von Teilhabeplänen und deren Geltungsdauer ...	113
3.3.10.	Sachverhalt 10: Erstattungsverfahren nach § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB IX (Erstattungsverfahren zwischen den Trägern).....	118
3.3.11.	Sachverhalt 11: Trägerspezifisches Persönliches Budget	122
3.3.12.	Sachverhalt 12: Trägerübergreifendes Persönliches Budget	126
3.3.13.	Sachverhalt 13: Mitteilungen nach § 18 Abs. 1 SGB IX (Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer)	130
3.3.14.	Sachverhalt 14: Erstattungsverfahren nach § 18 SGB IX (Erstattungen selbstbeschaffter Leistungen)	135
3.3.15.	Sachverhalt 15: Rechtsbehelfe: Widersprüche und Klagen	140
3.3.16.	Sachverhalt 16: Dauerhafte Integration in Arbeit nach einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben	153
3.4.	Daten zur Förderung der Selbsthilfe nach § 45 SGB IX.....	156
4.	Aus den Trägerbereichen	160
4.1.	Bundesagentur für Arbeit	160
4.2.	Eingliederungshilfe	162
4.3.	Gesetzliche Krankenversicherung	164
4.4.	Jugendhilfe.....	165
4.5.	Gesetzliche Unfallversicherung	166
5.	Ausblick.....	168
6.	Literatur	171
Anhang	175
1.	Ergebnisse auf der Grundlage der Leistungsgruppenanträge	175
2.	Übersicht Primär- und Meldevariablen	183
3.	Übersicht Validierungsregeln.....	193
4.	Glossar.....	196

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Rehabilitationsträger aus dem Bereich der Sozialversicherung.....	19
Abbildung 2. Rehabilitationsträger aus dem steuerfinanzierten Bereich	21
Abbildung 3. Schematischer Ablauf der Datenübermittlung durch die Träger bis zur Annahme des Meldedatensatzes (Stufe 1 des Plausibilitäts- und Validitätsverfahrens).....	33
Abbildung 4. Anzahl der Gesamt-Anträge nach Trägerbereich.....	49
Abbildung 5. Prozentuale Verteilung der beantragten Leistungsgruppen nach Trägerbereich....	52
Abbildung 6. Prozentualer Anteil der Weiterleitungen nach Trägerbereich	59
Abbildung 7. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung (Frist 3a) nach Trägerbereich.....	66
Abbildung 8. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen zu Gesamt-Anträgen mit und ohne Gutachten nach Trägerbereich	71
Abbildung 9. Prozentuale Verteilung der Entscheidungen zu Gesamt-Anträgen ohne und mit Gutachten nach Trägerbereich	72
Abbildung 10. Durchschnittliche Dauer der Erstellung eines Gutachtens (in Tagen) nach Trägerbereich	78
Abbildung 11. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei Bewilligung und Erledigung (in Tagen) nach Trägerbereich.....	84
Abbildung 12. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer insgesamt (in Tagen) nach Trägerbereich	86
Abbildung 13. Prozentuale Verteilung der Erledigungsarten des Gesamt-Antrags nach Trägerbereich	92
Abbildung 14. Durchschnittliche positive und negative Antrittslaufzeit (in Tagen) nach Trägerbereich	98
Abbildung 15. Positive und negative Antrittslaufzeiten mit und ohne THP nach Trägerbereich (in Tagen).....	103
Abbildung 16. Prozentuale Verteilung der Leistungsantritte vor und nach dem Bewilligungsbescheid nach Trägerbereich	105
Abbildung 17. Prozentualer Anteil der Anträge mit einer trägerübergreifenden THP bzw. THPK nach Trägerbereich.....	111
Abbildung 18. Durchschnittliche THP-Geltungsdauer nach Trägerbereich	117
Abbildung 19. Prozentualer Anteil entschiedener Anträge mit beantragtem bzw. bewilligtem trägerspezifischen Persönlichen Budget nach Trägerbereich.....	125
Abbildung 20. Anteil der Anträge mit mindestens einer Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer nach Trägerbereich.....	133
Abbildung 21. Anteil der bewilligten bzw. abgelehnten Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen.....	139
Abbildung 22. Prozentualer Verteilung erfolgreicher und nicht erfolgreicher Widersprüche nach Trägerbereich	144
Abbildung 23. Prozentuale Verteilung erfolgreicher und nicht erfolgreicher Widersprüche über alle Trägerbereiche	145
Abbildung 24. Prozentualer Anteil erfolgreicher Widersprüche pro Träger	146

Abbildung 25. Prozentuale Verteilung erfolgreicher und nicht erfolgreicher Klagen nach Trägerbereich	149
Abbildung 26. Anteil erfolgreicher und nicht erfolgreicher Klagen insgesamt	150
Abbildung 27. Prozentualer Anteil erfolgreicher Klagen pro Träger	151
Abbildung 28. Anzahl sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungen 6 Monate nach Ende einer LTA-Maßnahme bei der BA	154
Abbildung 29. Anzahl Beschäftigungen 6 Monate nach Ende einer LTA-Maßnahme bei der RV	155
Abbildung 30. Ausgaben zur Förderung der Selbsthilfe nach Kassenarten in 2019	157
Abbildung 31. Ausgaben zur Förderung der Selbsthilfe bei der RV in 2019	158

Tabellenverzeichnis

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Teilhabeleistungen der Rehabilitationsträger.....	16
Tabelle 2. Übersicht zur Anzahl der Sozialversicherungsträger und zum jeweiligen Spitzenverband	18
Tabelle 3. Beispiel zur Aggregation von Primär- zu Meldevariablen	24
Tabelle 4. Registrierte berichtspflichtige Rehabilitationsträger der steuerfinanzierten Trägerbereiche (ohne Bundeswehr) nach Bundesländern	29
Tabelle 5 Anzahl finaler Meldedatensätze nach Trägerbereich.....	42
Tabelle 6. Fehlanzeigen nach Trägerbereich	43
Tabelle 7. Nicht-Meldungen nach Trägerbereich.....	43
Tabelle 8. Anzahl der Gesamt-Anträge nach Trägerbereich	49
Tabelle 9. Durchschnittliche Anzahl der Gesamt-Anträge nach Trägerbereich.....	50
Tabelle 10. Anzahl der Anträge differenziert nach Leistungsgruppe und Trägerbereich.....	51
Tabelle 11. Durchschnittliche Anzahl der LG-Anträge nach Trägerbereich	53
Tabelle 12. Anzahl der Weiterleitungen nach Trägerbereich	57
Tabelle 13. Durchschnittlicher prozentualer Anteil der Weiterleitungen nach Trägerbereich	58
Tabelle 14. Anzahl der Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung (Frist 3a) nach Trägerbereich.....	64
Tabelle 15. Durchschnittlicher prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung (Frist 3a) nach Trägerbereich.....	65
Tabelle 16. Anzahl der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen zu Gesamt-Anträgen ohne Gutachten (Frist 3b) nach Trägerbereich	67
Tabelle 17. Anzahl der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen zu Gesamt-Anträgen mit Gutachten (Frist 3c) nach Trägerbereich	68
Tabelle 18. Durchschnittlicher prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen zu Gesamt-Anträgen ohne Gutachten (Frist 3b) nach Trägerbereich	69
Tabelle 19. Durchschnittlicher prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen zu Gesamt-Anträgen mit Gutachten (Frist 3c) nach Trägerbereich	70
Tabelle 20. Anzahl der Gutachten nach Trägerbereich	76
Tabelle 21. Durchschnittliche Dauer der Erstellung eines Gutachtens (in Tagen) nach Trägerbereich.....	77
Tabelle 22. Anzahl der Bewilligungen und Anzahl der Erledigungen des Gesamt-Antrags nach Trägerbereich.....	82
Tabelle 23. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei Bewilligung und Erledigung des Gesamt-Antrags (in Tagen) nach Trägerbereich.....	83
Tabelle 24. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer des Gesamt-Antrags (in Tagen) nach Trägerbereich.....	85
Tabelle 25. Anzahl der Träger mit Angaben zu Erledigungsarten des Gesamt-Antrags nach Trägerbereich	90
Tabelle 26. Anzahl der Erledigungsarten des Gesamt-Antrags nach Trägerbereich.....	90
Tabelle 27. Anzahl der Erledigungsarten des Gesamt-Antrags bei Vorliegen aller Erledigungsarten nach Trägerbereich	91

Tabelle 28. Durchschnittliche negative Antrittslaufzeit (in Tagen) und Anzahl der Leistungsantritte vor Bewilligungsbescheid nach Trägerbereich	96
Tabelle 29. Durchschnittliche positive Antrittslaufzeit (in Tagen) und Anzahl der Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid nach Trägerbereich	97
Tabelle 30. Durchschnittliche negative Antrittslaufzeit (in Tagen) und Anzahl der Leistungsantritte vor Bewilligungsbescheid ohne THP nach Trägerbereich	99
Tabelle 31. Durchschnittliche positive Antrittslaufzeit (in Tagen) und Anzahl der Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid ohne THP nach Trägerbereich	100
Tabelle 32. Durchschnittliche negative Antrittslaufzeit (in Tagen) und Anzahl der Leistungsantritte vor Bewilligungsbescheid mit THP nach Trägerbereich	101
Tabelle 33. Durchschnittliche positive Antrittslaufzeit (in Tagen) und Anzahl der Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid mit THP nach Trägerbereich	102
Tabelle 34. Prozentuale Anteile der Leistungsantritte vor und nach dem Bewilligungsbescheid nach Trägerbereich	104
Tabelle 35. Anzahl trägerübergreifender THP und Anzahl THPK nach Trägerbereich	108
Tabelle 36. Prozentualer Anteil trägerübergreifender THP nach Trägerbereich	109
Tabelle 37. Prozentualer Anteil trägerübergreifender THPK nach Trägerbereich	110
Tabelle 38. Anzahl der THP mit mindestens einer Anpassung und Anzahl THP-Anpassungen insgesamt nach Trägerbereich	115
Tabelle 39. Durchschnittliche THP-Geltungsdauer (in Tagen) nach Trägerbereich	116
Tabelle 40. Anzahl Erstattungsverfahren zwischen Trägern und Anzahl der Anträge mit mindestens einem Erstattungsverfahren nach Trägerbereich	120
Tabelle 41. Durchschnittliche Anzahl der Erstattungsverfahren pro Antrag mit mindestens einem Erstattungsverfahren zwischen Trägern nach Trägerbereich	121
Tabelle 42. Anzahl beantragter und bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets nach Trägerbereich	123
Tabelle 43. Prozentuale Anteile entschiedener Anträge mit beantragtem bzw. bewilligtem trägerspezifischen Persönlichen Budget nach Trägerbereich	124
Tabelle 44. Anzahl beantragter und bewilligter trägerübergreifender Persönlicher Budgets nach Trägerbereich	128
Tabelle 45. Prozentualer Anteil entschiedener Anträge mit beantragtem bzw. bewilligtem trägerübergreifenden Persönlichen Budget nach Trägerbereich	129
Tabelle 46. Anzahl der Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer und Anzahl der Anträge mit mindestens einer Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer nach Trägerbereich	131
Tabelle 47. Prozentualer Anteil entschiedener Anträge mit mindestens einer Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer nach Trägerbereich	132
Tabelle 48. Anzahl der Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer und Anzahl der Anträge mit mindestens einer Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer nach Trägerbereich	134
Tabelle 49. Anzahl Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen und Anzahl Anträge mit mindestens einem Antrag auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach Trägerbereich ..	137
Tabelle 50. Anzahl bewilligter und abgelehnter Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach Trägerbereich	138

Tabellenverzeichnis

Tabelle 51. Anzahl entschiedener Widersprüche und erfolgreicher Widersprüche nach Trägerbereich	142
Tabelle 52. Anzahl erfolgreicher und nicht erfolgreicher Widersprüche nach Trägerbereich.....	143
Tabelle 53. Anzahl entschiedener Klagen und erfolgreicher Klagen nach Trägerbereich.....	147
Tabelle 54. Anzahl erfolgreicher und nicht erfolgreicher Klagen nach Trägerbereich	148
Tabelle 55. Anzahl der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen ohne Gutachten innerhalb der Leistungsgruppen (Frist 3b) nach Trägerbereich	176
Tabelle 56. Anzahl der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen mit Gutachten innerhalb der Leistungsgruppen (Frist 3c) nach Trägerbereich	176
Tabelle 57. Durchschnittlicher prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen ohne Gutachten innerhalb der Leistungsgruppen (Frist 3b) nach Trägerbereich	177
Tabelle 58. Durchschnittlicher prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen mit Gutachten innerhalb der Leistungsgruppen (Frist 3c) nach Trägerbereich	178
Tabelle 59. Anzahl der Angaben zu Bewilligung und Erledigung innerhalb der Leistungsgruppen nach Trägerbereich.....	179
Tabelle 60. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei Bewilligung und Erledigung innerhalb der Leistungsgruppen (in Tagen) nach Trägerbereich.....	179
Tabelle 61. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer insgesamt innerhalb der Leistungsgruppen (in Tagen) nach Trägerbereich	180
Tabelle 62. Anzahl der Träger mit Angaben zu Erledigungsarten innerhalb der Leistungsgruppen nach Trägerbereich.....	181
Tabelle 63. Anzahl der Erledigungsarten innerhalb der Leistungsgruppen nach Trägerbereich	181
Tabelle 64. Anzahl der Erledigungsarten innerhalb der Leistungsgruppen bei Vorliegen aller vier Erledigungsarten nach Trägerbereich	182

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

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

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

Vorwort

Die Bedeutung von Rehabilitation und Teilhabe wächst – die Ausgaben der Rehabilitationsträger für diesen Tätigkeitsbereich steigen seit Jahren kontinuierlich. Über 40 Milliarden Euro wurden im Jahr 2019 für Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ausgegeben, finanziert von den Rehabilitationsträgern aus den Beiträgen der Versicherten bzw. aus Steuermitteln.

Erkenntnisse über Entwicklungen in der Rehabilitation lassen sich nicht allein aus monetären Größen gewinnen. Für den Erfolg dieses Unterstützungsangebotes sind Informationen über den Zugang zu Leistungen ebenso wichtig.

Wie arbeitet unser Rehabilitationssystem? Wie viele Anträge auf Leistungen werden gestellt? Wie gestalten sich die Verfahren vom Antrag bis zur Entscheidung? Wie werden die gesetzlichen Regelungen umgesetzt? Wo können wir noch besser werden?

Diesen und weiteren Fragen geht der Teilhabeverfahrensbericht mit seiner Ausrichtung auf das gegliederte Sozialleistungssystem nach. Er soll – so äußerte der Bundesminister für Arbeit und Soziales, Hubertus Heil, in seinem Interview in der BAR Reha-Info im Jahr 2019 seine Erwartungen – als trägerübergreifende Statistik Grundlage für die Beantwortung der Fragen sein, Erkenntnisse liefern und Ansatzpunkte für die Verbesserung des Systems aufzeigen.[1]

Mit den Daten von fast 1.000 Rehabilitationsträgern bietet dieser zweite Teilhabeverfahrensbericht einen aussagekräftigen Gesamtüberblick über das Antrags- und Leistungsgeschehen und gibt Einblicke in die Arbeit der Trägerbereiche und der für Teilhabe und Rehabilitation zuständigen Behörden.

Die BAR hat den Auftrag, die Daten auszuwerten und einen jährlichen Bericht zu veröffentlichen.

Bis zur Veröffentlichung erfordert der Teilhabeverfahrensbericht ein hohes Maß an Zusammenarbeit zwischen der BAR, den Rehabilitationsträgern, ihren Spitzenverbänden, obersten Landesbehörden bzw. Bundesarbeitsgemeinschaften. Hierbei geht es zum Beispiel um die Verständigung in fachlichen Fragen, die Vereinbarung von Vorgehensschritten, das Einhalten von Fristen für die Datenlieferung und um die Beteiligung der Rehabilitationsträger an der Auswertung ihrer Daten.

Das Jahr 2020 war geprägt durch die Corona-Pandemie, die für uns alle die Zusammenarbeit erschwert hat: Die trägerübergreifende Arbeitsgruppensitzung musste umgesteuert werden in ein schriftliches Umlaufverfahren, Sitzungen wurden als Videokonferenzen durchgeführt, zahlreiche Absprachen telefonisch erledigt. Auch die Sitzungen des „Beirat Teilhabeverfahrensbericht“ fanden als Videokonferenzen statt.

Zur Beteiligung der Rehabilitationsträger wurde in 2020 der „Beirat Teilhabeverfahrensbericht“ eingerichtet. Erfreulich ist, dass auch in diesem Gremium alle Trägerbereiche vertreten sind. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ist – da nicht Reha-Träger – als Gast im Beirat tätig. Die Belange von Menschen mit Behinderungen werden durch die Vorsitzende des Sachverständigenrates Partizipation der BAR eingebracht.

Wir können alle eine positive Bilanz ziehen: Auch unter diesen besonderen Bedingungen hat die Zusammenarbeit sehr gut funktioniert.

Allen am Teilhabeverfahrensbericht Beteiligten möchten wir unseren herzlichen Dank aussprechen für die konstruktiv kritische, manchmal auch kontroverse Mitwirkung.

Jetzt wird es darum gehen, mit dem Teilhabeverfahrensbericht zu arbeiten, das heißt Erkenntnisse zu gewinnen, Bewertungen vorzunehmen, Schlussfolgerungen zu ziehen und – etwas daraus zu machen.

Hier sind die Reha-Träger selbst gefordert, ihre Spitzenorganisationen, ihre obersten Landesbehörden, die Selbstverwalter bei den Sozialversicherungen, die Politik, die Behindertenverbände, die Beauftragten für die Belange behinderter Menschen.

Uns alle eint die Verantwortung für die Teilhabe und Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen.

Wir wünschen uns, dass dieser Teilhabeverfahrensbericht die Erwartungen erfüllt und als Steuerungsinstrument eine wertvolle Grundlage zur Weiterentwicklung der Rehabilitation darstellt.

Prof. Dr. Helga Seel
Die Geschäftsführerin der BAR

Frankfurt am Main, im Dezember 2020

Zusammenfassung

Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 SGB IX sind Teil des gegliederten Systems der sozialen Sicherung in Deutschland. Für die Erstellung des Teilhabeverfahrensberichts (THVB) sind sie verpflichtet, Daten zu Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe sowie den dazugehörigen Prozessen zu erfassen. Der Gesetzgeber hat die BAR beauftragt, auf Basis der an sie übermittelten Daten jährlich einen Bericht vorzulegen, der einen umfassenden Einblick in die Leistungsfähigkeit des Rehabilitationssystems ermöglicht. Bereits der erste THVB aus 2019 hat viel Aufmerksamkeit erfahren. Nun ist am 30.12.2020 der zweite THVB erschienen, der erstmals die umfassenden Datenmeldungen aus allen Trägerbereichen im gesamten Bundesgebiet umfasst. Mit dem zweiten THVB liegen somit erstmalig vergleichbare Daten zu Verfahrensabläufen im gesamten Rehabilitationssystem vor.

Während der erste THVB die Daten von 39 Trägern umfasst und damit einen Ausschnitt des Gesamtgeschehens abbildet, besteht für die Rehabilitationsträger ab 01.01.2019 die vollumfängliche Berichtspflicht. Erstmals erstreckt sich die Berichtspflicht zur Meldung der insgesamt 16 Sachverhalte des § 41 SGB IX auf mehr als 1.200 Rehabilitationsträger.

Für den zweiten THVB liegen Daten von 991 Trägern vor. Damit sind im Berichtsjahr 2019 bezogen auf die 1.259 Träger, die bei der BAR für eine Datenübermittlung registriert sind, 78,7 Prozent ihrer gesetzlichen Berichtspflicht nachgekommen.

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

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

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

Sachverhalt 1: Anzahl der gestellten Anträge

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

Siehe Kapitel 3.3.1, S. 47

Im Rahmen der Bedarfserkennung reicht ein einziger Antrag aus, damit Menschen mit Behinderungen oder jene, die von Behinderung bedroht sind, alle benötigten Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe erhalten können – auch dann, wenn diese Leistungen durch verschiedene Rehabilitationsträger erbracht werden. Im Jahr 2019 wurden insgesamt **3,2 Mio. Anträge** auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe gestellt.

Sachverhalt 2: Weiterleitungen

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

Siehe Kapitel 3.3.2, S. 55

Wird bei einem Rehabilitationsträger ein Antrag auf Reha- und Teilhabeleistungen gestellt, für die er insgesamt nicht zuständig ist, leitet der Träger diesen Antrag an den seiner Auffassung nach zuständigen Rehabilitationsträger weiter. Im Jahr 2019 wurden durchschnittlich **8,2 Prozent** der Anträge weitergeleitet.

Sachverhalt 3: Fristen

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

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

Siehe Kapitel 3.3.3, S. 61

Nach dem Antragseingang muss der Rehabilitationsträger binnen zwei Wochen über die Zuständigkeit entscheiden (hier Frist 3a). Ist der Träger nach dem für ihn geltenden Leistungsrecht zuständig, wird er zum leistenden Rehabilitationsträger nach § 14 SGB IX. Im Jahr 2019 wurde die zweiwöchige Frist im Durchschnitt bei **14,9 Prozent** aller Zuständigkeitsfeststellungen überschritten.

Der leistende Rehabilitationsträger muss innerhalb von drei Wochen nach Eingang über einen Antrag entscheiden (hier Frist 3b). Sollten Gutachten eingeholt werden, beläuft sich die Entscheidungsfrist auf zwei Wochen nach Vorlage des Gutachtens (hier Frist 3c). Wurde kein Gutachten für die Feststellung des Bedarfs beauftragt, wurde die Dreiwochenfrist in 2019 bei **19,9 Prozent** aller Entscheidungen überschritten. Wurde dagegen ein Gutachten zur Bedarfsfeststellung beauftragt, lag die Quote der Fristüberschreitungen bei **19,4 Prozent**.

Sachverhalt 4: Gutachten

Wie häufig werden Gutachten zur Bedarfsfeststellung beauftragt?

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

Siehe Kapitel 3.3.4, S. 75

Wird für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten eines Sachverständigen benötigt, beauftragt der leistende Rehabilitationsträger ein Gutachten nach den Regelungen des § 17 SGB IX. Im Jahr 2019 wurden **518.202 Gutachten** beauftragt und für die Entscheidung über den Bedarf zugrunde gelegt.

Die Dauer der Erstellung eines Gutachtens entspricht der Zeit von der Beauftragung bis zur Vorlage des Gutachtens. Im Durchschnitt betrug die Dauer zur Erstellung eines Gutachtens **18,2 Tage**.

Sachverhalt 5: Bearbeitungsdauern

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

Siehe Kapitel 3.3.5, S. 80

Die Bearbeitungsdauer ergibt sich aus der Zeit vom Antragseingang beim leistenden Rehabilitationsträger bis zur Entscheidung über den Antrag. Über sämtliche Erledigungs- und Bewilligungsarten hinweg betrug die durchschnittliche Dauer zur Bearbeitung eines Antrags **21,8 Tage**.

Sachverhalt 6: Erledigungsarten

Wie wurden Anträge entschieden?

Siehe Kapitel 3.3.6, S. 88

Die Erledigungsart gibt Aufschluss darüber, mit welchem Ergebnis Anträge abschließend bearbeitet werden. In **80 Prozent** aller Erledigungen erfolgte im Jahr 2019 eine vollständige oder teilweise Bewilligung der beantragten Leistung.

Sachverhalt 7: Antrittslaufzeiten

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

Siehe Kapitel 3.3.7, S. 94

Die Antrittslaufzeit gibt die durchschnittliche Zeitdauer zwischen dem Datum des Bewilligungsbescheids und dem Beginn der ersten angetretenen Leistung an. Leistungen wurden durchschnittlich **41,5 Tage** nach Vorliegen des Bewilligungsbescheids erbracht oder angetreten.

Sachverhalt 8: Teilhabeplanungen und Teilhabeplankonferenzen

Wie häufig finden trägerübergreifende Teilhabeplanungen und Teilhabeplankonferenzen statt?

Siehe Kapitel 3.3.8, S. 107

Eine trägerübergreifende Teilhabeplanung oder Teilhabeplankonferenz soll u. a. durchgeführt werden, wenn mehrere Träger für die Leistungserbringung zuständig sind (§§ 19, 20 SGB IX). Im Jahr 2019 wurden **6.705** trägerübergreifende **Teilhabeplanungen** und **1.106 Teilhabeplankonferenzen** durchgeführt.

Sachverhalt 9: Teilhabepläne und deren Geltungsdauern

Wie häufig erfolgen Anpassungen der Teilhabepläne und wie lang ist deren Geltungsdauer?

Siehe Kapitel 3.3.9, S. 113

Im Reha-Prozess können Teilhabepläne angepasst werden. Im Jahr 2019 gab es **58.336 Teilhabepläne** mit mindestens einer Anpassung. Die durchschnittliche Geltungsdauer eines Teilhabeplans belief sich dabei auf **62,5 Tage**.

Sachverhalt 10: Erstattungsverfahren zwischen Trägern

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

Siehe Kapitel 3.3.10, S. 118

Unter bestimmten Voraussetzungen können Erstattungsverfahren zwischen Rehabilitationsträgern angestrengt werden. Im Jahr 2019 gab es **207 Erstattungsverfahren** nach § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB IX.

Sachverhalt 11: Persönliche Budgets

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

Siehe Kapitel 3.3.11, S. 122

Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe können anstelle von Dienst- oder Sachleistungen in Form eines Persönlichen Budgets erbracht werden. Im Jahr 2019 wurden **6.231 Persönliche Budgets beantragt** und **5.699 Persönliche Budgets bewilligt**.

Sachverhalt 12: Trägerübergreifende Persönliche Budgets

Wie häufig wird ein trägerübergreifendes Persönliches Budget bewilligt?

Siehe Kapitel 3.3.12, S. 126

Werden die Leistungen als Persönliches Budget von mehreren Trägern erbracht, spricht man von einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget. Im Jahr 2019 wurden **110 trägerübergreifende Persönliche Budgets** bewilligt.

Sachverhalt 13: Lange Verfahrensdauern

Wie häufig erfolgen Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauern?

Siehe Kapitel 3.3.13, S. 130

Wenn über einen Antrag nicht innerhalb von zwei Monaten ab Antragseingang entschieden werden kann, soll der leistende Träger an den Antragsteller eine begründete Mitteilung verschicken. Im Jahr 2019 wurden **1.644 Mitteilungen** nach § 18 Abs. 1 SGB IX verschickt.

Sachverhalt 14: Erstattungsansprüche

Wie oft werden Erstattungsansprüche auf selbstbeschaffte Leistungen bewilligt?

Siehe Kapitel 3.3.14, S. 135

Beschafft sich der Leistungsberechtigte eine als genehmigt geltende Leistung selbst, ist der leistende Rehabilitationsträger zur Erstattung der Leistung verpflichtet. Der Anteil bewilligter Erstattungsanträge betrug **90,2 Prozent**.

Sachverhalt 15: Widersprüche und Klagen

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

Siehe Kapitel 3.3.15, S. 140

Ein Antragsteller hat die Möglichkeit, gegen die Leistungsentscheidungen eines Trägers rechtlich vorzugehen. **52,2 Prozent** der Widersprüche wurden zugunsten des Leistungsberechtigten entschieden. **30,7 Prozent** der Klagen wurden zugunsten des Leistungsberechtigten entschieden.

Sachverhalt 16: Dauerhafte Integration in Arbeit

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

Siehe Kapitel 3.3.16, S. 153

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) zielen darauf ab, die Arbeits- und Berufstätigkeit zu fördern und eine dauerhafte Integration in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu erreichen. Im Berichtsjahr 2019 gab es **173.139 Beschäftigungen** sechs Monate nach Ende der LTA-Maßnahme.

1. Hintergrund

Mit der Verabschiedung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) im Dezember 2016 erfolgte die bislang umfangreichste Reform des Neunten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB IX). So wurden das Recht der Eingliederungshilfe und viele verfahrensrechtliche Regelungen zur Koordination der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe reformiert.[2] Daneben wurde mit dem THVB eine gesetzliche Grundlage zur Sammlung statistischer Daten gegeben, um Möglichkeiten der Evaluation und Steuerung des gegliederten Rehabilitationssystems zu schaffen.

1.1. Ziele des Teilhabeverfahrensberichts

Die durch das BTHG angestoßene Reform des SGB IX soll die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen durch mehr Möglichkeiten zur Selbstbestimmung und Teilhabe verbessern. Die Reform umfasst eine Reihe von Änderungen des Rehabilitations- und Teilhaberechts, die stufenweise bis zum 01.01.2023 in Kraft treten.

Im Zuge des BTHG ist die Regelung des § 41 SGB IX neu in das SGB IX eingefügt worden. Der darin verankerte THVB soll Transparenz über das Leistungsgeschehen im Rehabilitationsprozess herstellen, Möglichkeiten der Evaluation und Steuerung eröffnen und verfahrenshemmende Prozesse besser erkennbar machen. Die Rehabilitationsträger sind dazu verpflichtet, jährlich Daten zu verschiedenen Sachverhalten zu erheben und zunächst an ihre Spitzenverbände bzw. obersten Landesbehörden zu übermitteln (siehe Kapitel 1.4.3). Die dort gesammelten Daten werden an die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) weitergeleitet und von ihr unter Beteiligung der Rehabilitationsträger ausgewertet. Die BAR veröffentlicht auf dieser Grundlage einen jährlichen Bericht. Damit liegen erstmals umfassende und trägerübergreifend vergleichbare Daten zum Leistungsgeschehen vor. Der THVB ermöglicht es, die in der UN-BRK geforderte Weiterentwicklung des Leistungsgeschehens auf der Grundlage von aussagekräftigen Daten beschreiben und bewerten zu können.[3]

Auch auf Bundesebene werden große Erwartungen in den THVB gesetzt. Der Bundesminister für Arbeit und Soziales, Hubertus Heil, hat in einem Interview in der Reha-Info auf die Frage, welchen Erkenntnisgewinn er mit dem THVB verbindet, wie folgt geantwortet:

„Ein Schwerpunkt des BTHG sind schnelle, transparente und partizipative Verfahren bei der Beantragung von Teilhabeleistungen. Wir wollen ab jetzt aber auch wissen, inwieweit diese neuen Regelungen tatsächlich umgesetzt werden. Das kann man nur durch die genaue Erfassung und Analyse erreichen. Konkret geht es insbesondere um

Daten zur Anzahl gestellter Anträge, zur Verfahrensdauer sowie zu den Bewilligungen, Ablehnungen und Rechtsbehelfen von allen Rehabilitationsträgern. Die BAR erstellt daraus eine trägerübergreifende Statistik, die dann auch veröffentlicht wird. So können wir alle sehen, wie unser Rehabilitationssystem arbeitet und wo es möglicherweise noch hakt und wo wir noch besser werden können. Ich wünsche mir, dass auf Basis der Erkenntnisse alle Beteiligten weiterhin die Verbesserung des Systems vorantreiben.“(In: BAR Reha-Info 3/2019, S. III)[1]



Das Wichtigste im Überblick

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

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

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

1.2. Gesetzlicher Auftrag zur Datenerhebung

Datengrundlage für den THVB sind nach § 41 SGB IX die Verwaltungsdaten der Rehabilitationsträger zu den beantragten und erbrachten Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe. Die zu erfassenden Daten werden dort wie folgt spezifiziert:

Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 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 Abs. 1 Satz 2,
3. in wie vielen Fällen a) die Zweiwochenfrist nach § 14 Abs. 1 Satz 1, b) die Dreiwochenfrist nach § 14 Abs. 2 Satz 2, c) die Zweiwochenfrist nach § 14 Abs. 2 Satz 3 nicht eingehalten wurde,
4. die durchschnittliche Zeitdauer zwischen Erteilung des Gutachtenauftrages in Fällen des § 14 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 1 Nummer 2 bis 7 erbracht wurde.

Neben diesen 16 Sachverhalten ist in § 45 SGB IX festgehalten, dass auch Daten der Rehabilitationsträger über Art und Höhe der Förderung der Selbsthilfe in den THVB einfließen (siehe Kapitel 3.4).



Das Wichtigste im Überblick

Für den THVB werden Daten zu insgesamt 16 Sachverhalten erhoben und ausgewertet (§ 41 Abs. 1 Nr. 1-16 SGB IX).

Neben diesen 16 Sachverhalten fließen auch Daten der Rehabilitationsträger über Art und Höhe der Förderung der Selbsthilfe in den THVB ein (§ 45 SGB IX).

1.3. Überblick über die beteiligten Rehabilitationsträger in Deutschland

Die Daten für den THVB werden von den Rehabilitationsträgern erfasst, die dem gegliederten System der sozialen Sicherung angehören. Diese können sein (nach § 6 Abs.1 SGB IX):

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

Die Rehabilitationsträger lassen sich zwei Bereichen zuordnen: dem Bereich der Sozialversicherung (siehe Kapitel 1.3.1) und dem Bereich der steuerfinanzierten Träger (siehe Kapitel 1.3.2).

Darüber hinaus ist nicht jeder Rehabilitationsträger für jede Teilhabeleistung zuständig. Teilhabeleistungen lassen sich in folgende Leistungsgruppen gliedern (nach § 5 SGB IX):

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

Eine Übersicht zu den Teilhabeleistungen der Rehabilitationsträger findet sich in Tabelle 1¹.

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

Tabelle 1. Teilhabeleistungen der Rehabilitationsträger

Rehabilitati- onsträger	Leistungen zur medizi- nischen Rehabilita- tion	Leistungen zur Teilhabe am Ar- beitsleben	Unterhalts- sichernde und andere 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

Welche Teilhabeleistung welcher der fünf Leistungsgruppen zugeordnet werden kann, ergibt sich aus den §§ 42 bis 84 SGB IX:

- §§ 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,
- § 75 SGB IX: Leistungen zur Teilhabe an Bildung,
- §§ 76 bis 84 SGB IX: Leistungen zur sozialen Teilhabe.

Hierbei gilt zu beachten, dass die darin aufgelisteten Leistungsbeschreibungen nicht gänzlich abschließend sind.[4]

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

Hintergrund

Diese Leistungsgesetze sind insbesondere²:

- 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 Jugendhilfe³,
- SGB XI: Soziale Pflegeversicherung,
- SGB XII: Sozialhilfe⁴,
- BVG: Bundesversorgungsgesetz mit Nebengesetzen (z. B. Opferentschädigungsgesetz, OEG)⁵.

Aus Tabelle 1 wird ersichtlich, dass verschiedene Rehabilitationsträger für dieselben Leistungsgruppen zuständig sein können. Die durchaus komplexen Träger- und Zuständigkeitsstrukturen sollen nicht dazu führen, dass ein Betroffener lange auf eine Anspruchsklärung warten oder sich selbst erschließen muss, welcher Rehabilitationsträger für sein Leistungsbegehren zuständig ist. Daher hat der Gesetzgeber in Teil 1 Kapitel 4 SGB IX (§§ 14 bis 24 SGB IX) einheitliche Koordinierungs- und Verfahrensabläufe bestimmt. Diese gelten für alle Rehabilitationsträger und sind vorrangig und grundsätzlich abschließend vor den Leistungsgesetzen der Rehabilitationsträger anzuwenden. ([9], S. 10)

Auf die Fragen, ob und wie die (in der Theorie) beschriebenen Koordinierungs- und Verfahrensabläufe in der (Reha-)Praxis Anwendung finden, liefern nicht zuletzt die Daten aus dem THVB Antworten.

² Anders als die aufgeführten Leistungsgesetze regeln SGB II und SGB XI keine Rehabilitationsleistungen, sie enthalten aber jeweils eng mit der Rehabilitation zusammenhängende Regelungen. ([5], S. 378)

³ Das Bundeskabinett hat am 02.12.2020 den Gesetzentwurf zur Reform des SGB VIII beschlossen.[6] Er sieht u. a. vor, dass die Zuständigkeiten für Kinder und Jugendliche mit Behinderung unter dem Dach der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) zusammengeführt werden. Aktuell ist die Kinder- und Jugendhilfe nach dem SGB VIII (insbesondere § 35a SGB VIII) für Kinder und Jugendliche mit einer (drohenden) seelischen Behinderung zuständig. Kinder und Jugendliche mit einer geistigen oder körperlichen Behinderung sind dem Träger der Eingliederungshilfe nach SGB IX zugewiesen.

⁴ Zum 01.01.2020 ist die dritte Reformstufe des BTHG in Kraft getreten. „Die Regelungen der Eingliederungshilfe wurden aus dem SGB XII herausgelöst und als besondere Leistung zur selbstbestimmten Lebensführung in Teil 2 des SGB IX eingefügt.“ [7]. Da sich der vorliegende 2. THVB auf das Berichtsjahr 2019 bezieht, in welchem die Reformstufe noch nicht umgesetzt war, finden im vorliegenden Bericht für den Trägerbereich EGH die rechtlichen Grundlagen des SGB XII Anwendung.

⁵ Mit der Reform des Sozialen Entschädigungsrechts (SER) wird das SER in einem eigenen Sozialgesetzbuch, dem SGB XIV, zusammengefasst.[8].

1.3.1. Rehabilitationsträger aus dem Bereich der Sozialversicherung

Die Rehabilitationsträger aus dem Bereich der Sozialversicherung sind als Sozialversicherungsträger vom Staat getrennt und nach dem Prinzip der Selbstverwaltung durch die Sozialpartner (Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften) organisiert. Ihre Finanzierung erfolgt im Wesentlichen über Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Von den unter 1.3 genannten Rehabilitationsträgern zählen die BA, die GKV, die RV und die UV zu den Sozialversicherungsträgern.[5]

Die einzelnen Träger aus dem Bereich der Sozialversicherung sind in der Mehrzahl Spitzenverbänden auf Bundesebene angeschlossen, die als zentral koordinierende Organisationen die jeweiligen Träger bei der Erfüllung ihrer Aufgaben unterstützen und deren Interessen vertreten. Eine Übersicht zur Anzahl der Sozialversicherungsträger im jeweiligen Trägerbereich sowie zum entsprechenden Spitzenverband zeigt Tabelle 2.

Tabelle 2. Übersicht zur Anzahl der Sozialversicherungsträger und zum jeweiligen Spitzenverband

Träger(-bereich)	Anzahl der Träger	Spitzenverband
BA	1 ⁶	/
GKV	109 ⁷	GKV-Spitzenverband
RV	16 ⁸	Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV)
Alterssicherung der Landwirte (LAK)	1	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
UV	33 ⁹	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft (LBG)	1	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

Quelle: eigene Darstellung, Stand November 2019

⁶ Im Vergleich zu den weiteren Rehabilitationsträgern ist die BA aufgrund ihrer Organisationsstruktur keinem Trägerbereich zugeordnet und agiert als solitäre Rehabilitationsträgerin.

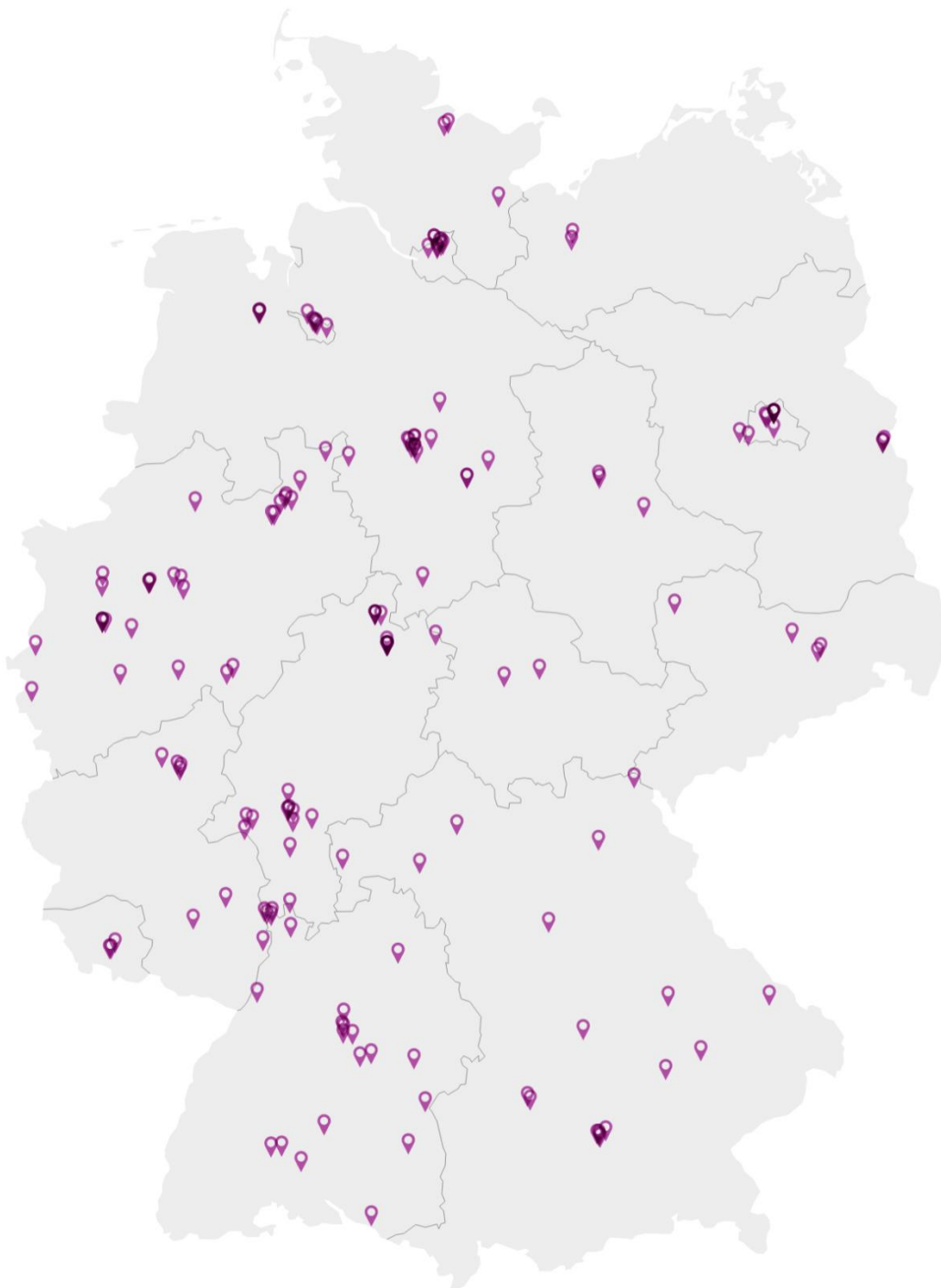
⁷ Der vorliegende 2. THVB bezieht sich auf das Berichtsjahr 2019. Im Jahr 2019 gab es insgesamt 109 gesetzliche Krankenkassen [10]. Daher werden im vorliegenden Bericht unter dem Trägerbereich GKV Daten von 109 Trägern abgebildet. In 2020 gibt es aktuell 107 gesetzliche Krankenkassen [11].

⁸ Für einen aktuellen Stand siehe [12].

⁹ Für einen aktuellen Stand siehe [13].

Hintergrund

Die räumliche Verteilung der Sozialversicherungsträger in Deutschland in Abhängigkeit ihres Dienstsitzes zeigt die nachfolgende Abbildung 1.



Grafik: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) •
Quelle: Angaben basieren auf der Anzahl beantragter Träger-IDs zur Übermittlung der Daten für den
Teilhabeverfahrensbericht nach § 41 SGB IX. (N = 161 Träger, Stand: 21.10.2020)
• Erstellt mit Datawrapper

Abbildung 1. Rehabilitationsträger aus dem Bereich der Sozialversicherung

1.3.2. Rehabilitationsträger aus dem Bereich der steuerfinanzierten Träger

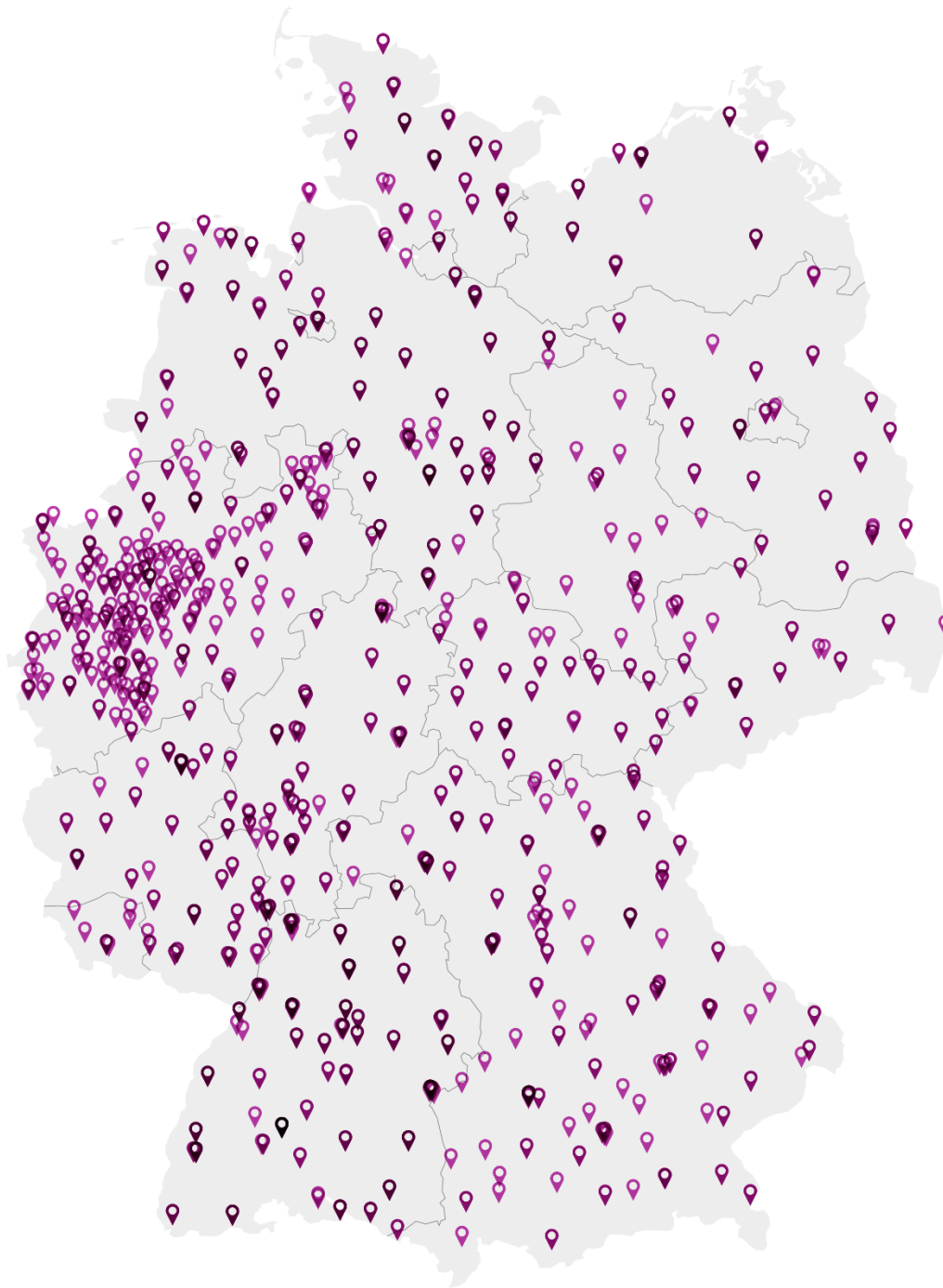
Die Träger der EGH, der JH und des SER sind im Gegensatz zu den Sozialversicherungsträgern überwiegend staatlich verantwortet und werden im Wesentlichen aus Steuermitteln finanziert.[5] In der Regel sind diese Träger auf Ebene der Bundesländer organisiert. So werden bspw. zahlreiche Bestimmungen des BTHG durch Landesgesetze (Ausführungsgesetze) konkretisiert. Einen Überblick zum Umsetzungsstand in den Ländern bietet u.a. das Projekt Umsetzungsbegleitung BTHG [14]. Aus diesem Grund kann es bei diesen Trägern je nach Bundesland zu Unterschieden in den Abläufen des Rehabilitationsverfahrens kommen.

Jedoch sind die im THVB aufgegriffenen Sachverhalte überwiegend in Teil 1 Kapitel 4 SGB IX (§§ 14 bis 24 SGB IX) verankert und gerade von diesen Vorschriften kann durch Landesrecht nicht abgewichen werden (§ 7 Abs. 2 Satz 2 SGB IX). Diese Vorschriften gelten also vorrangig der eigenen Leistungs- bzw. Landesausführungsgesetze.

Auf Ebene der Bundesländer sind die steuerfinanzierten Träger oftmals über die jeweils zuständige oberste Landesbehörde als überörtlicher Träger oder in Kommunalverbänden höherer Ordnung (z. B. Landschaftsverbände in Nordrhein-Westfalen) vertreten. In manchen Bundesländern erfolgt eine zusätzliche Aufteilung nach örtlicher Trägerschaft, für die die kommunalen Spitzenverbände Deutscher Landkreistag (DLT) und Deutscher Städtetag (DST) zuständig sind. Näheres regeln die jeweiligen Landesausführungsgesetze.

Hintergrund

Die räumliche Verteilung der Träger aus dem steuerfinanzierten Bereich in Deutschland in Abhängigkeit ihres Dienstsitzes zeigt die nachfolgende Abbildung 2.



Grafik: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) •
Quelle: Angaben basieren auf der Anzahl beantragter Träger-IDs zur Übermittlung der Daten für den
Teilhabeverfahrensbericht nach § 41 SGB IX. (N = 1.098 Träger, Stand: 21.10.2020)
• Erstellt mit Datawrapper

Abbildung 2. Rehabilitationsträger aus dem steuerfinanzierten Bereich



Das Wichtigste im Überblick

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

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

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

Nicht jeder Träger ist für jede Teilhabeleistung zuständig. Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe können sein (nach § 5 SGB IX):

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

1.4. Ablauf der Datenerhebung

Der THVB ist ein jährlich erscheinender Bericht, in dem Daten der Rehabilitationsträger aus dem jeweils vorherigen Kalenderjahr abgebildet werden. Der Erhebungszeitraum umfasst demnach ein Kalenderjahr vom 01.01. bis 31.12. Die Datenlieferung an die BAR erfolgt nach einer dreimonatigen Wartezeit bis spätestens zum 30.04. des darauffolgenden Kalenderjahres (in Anlehnung an [15]). Aufgrund möglicher Nacherfassungen liegen zum Stichtag am Ende des Kalenderjahres bei den Trägern noch nicht alle Daten vollständig vor bzw. sind noch nicht vollständig erfasst worden. Die Wartezeit ermöglicht es den Trägern, die für das Kalenderjahr relevanten Daten dennoch zu berücksichtigen, um die Vollständigkeit der Daten bestmöglich zu gewährleisten.

Die Datenerfassung für den ersten THVB begann nach § 41 Abs. 2 SGB IX mit dem 01.01.2018. Der erste Bericht wurde 2019 veröffentlicht.[16]

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

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

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

1.4.1. Variablendefinitionen

In mehrmaligen Arbeitstreffen mit Experten aus allen Trägerbereichen wurden in 2017 und 2018 die Grundlagen der zu meldenden Variablen definiert und es wurde sich auf eine gemeinsame Auslegung der Merkmale nach § 41 SGB IX verständigt. Parallel führte die BAR mit Vertretern aus allen Trägerbereichen bilaterale Gespräche, die zumeist auf Ebene der Spitzenverbände und obersten Landesbehörden stattfanden. Ziel der Arbeitstreffen und Gespräche war es, einheitliche Grundlagen für die Datenerfassung zu schaffen und damit eine Vergleichbarkeit der erhobenen Sachverhalte sicherzustellen. Zunächst wurde sich darauf verständigt, welche Meldetatbestände unter den jeweiligen 16 Sachverhalten nach § 41 Abs. 1 SGB IX zu verstehen sind, und es wurden einheitliche Definitionen und Begrifflichkeiten formuliert. Hierzu wurden Primärvariablen definiert, die es von allen Trägern zu erfassen gilt.¹⁰

¹⁰ Ausnahmen zur Datenerfassung für bestimmte Trägerbereiche ergeben sich aus gesetzlichen Vorschriften. So ist beispielsweise die GKV nach § 41 Abs. 1 Nr. 7 SGB IX davon ausgenommen, für diesen Sachverhalt eine Differenzierung nach dem Merkmal „mit und ohne Teilhabeplanung“ vorzunehmen.

Neben den zu erfassenden Primärvariablen wurden in den Arbeitstreffen auch die jeweiligen Messzeitpunkte und Zuordnungen zu einem Berichtsjahr vereinbart.

Gemäß § 41 Abs. 1 SGB IX werden für den THVB keinerlei soziodemographische Angaben erfasst, da ausschließlich die Verwaltungsverfahren der Rehabilitationsträger abgebildet werden. Des Weiteren werden die Daten in einem aggregierten Format an die BAR übermittelt. Das bedeutet, dass die erhobenen / erzeugten Primärvariablen auf Basis von Einzelfalldaten anhand festgelegter Rechenoperationen in Meldevariablen umgewandelt werden. Bspw. werden die Daten durch Aufsummieren von Variablenwerten oder durch die Bildung von Durchschnittswerten zusammengefasst (aggregiert).[17] Das fiktive Beispiel zu Sachverhalt 5 „durchschnittliche Zeitdauer zwischen Antragseingang und Entscheidung“ in Tabelle 3 verdeutlicht, wie aus Primärvariablen auf Einzelfallebene aggregierte Meldevariablen erzeugt werden, die dann im Bericht abgebildet werden.

Tabelle 3. Beispiel zur Aggregation von Primär- zu Meldevariablen

Antrag	Datum des Antrags	Datum der Entscheidung	Primärvariable (Einzelfalldaten)	Meldevariable (aggregierte Daten)
Antrag 1	02.01.2018	12.01.2018	10 Tage	19,3 Tage im Durchschnitt
Antrag 2	02.01.2018	28.01.2018	26 Tage	
Antrag 3	02.01.2018	24.01.2018	22 Tage	

Die Ergebnisse der Variablendefinitionen für den THVB sind im Dokument „Primärvariablen, Meldevariablen und Definitionen zu den Sachverhalten nach § 41 Abs. 1 SGB IX“¹¹ festgehalten. Dieses Dokument wurde trägerübergreifend abgestimmt und dient als Grundlage für die Datenerfassung. Das Dokument wird anlassbezogen fortgeschrieben und weiterentwickelt. Eine Übersicht der Primär- und Meldevariablen in der Fassung, die für das Berichtsjahr 2019 und somit für den 2. THVB gültig ist, kann dem Anhang 2 dieses Berichtes entnommen werden.

¹¹ Die derzeit geltende Version 4.3. kann unter https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/datei-liste/THVB/KP003_Variablenbeschreibung.pdf abgerufen werden.

1.4.2. Datenerfassung und Erzeugung eines Meldedatensatzes

Die Daten zu den genannten Variablen sollten bei allen Rehabilitationsträgern möglichst elektronisch erfasst bzw. erzeugt werden. Die Träger aus dem Bereich der Sozialversicherung verfügen aufgrund ihrer Größe oftmals über eigene Fachverfahren und daran angeschlossene Data Warehouses für Analysezwecke. Aus diesen können Daten für den THVB erzeugt und übermittelt werden. Neu zu erhebende Sachverhalte können über entsprechende Programmierungen und mit entsprechenden Eingabefeldern/-masken zusätzlich erfasst werden. Im Bereich der steuerfinanzierten Träger eignen sich für eine elektronische Datenerfassung die dort meistens bestehenden Fachverfahren, mit denen Aufgaben einer öffentlichen Verwaltung IT-basiert bearbeitet werden können.¹² Für jene Träger, die über kein bestehendes Fachverfahren verfügen oder dieses für die Datenerfassung im Rahmen des THVB nicht nutzen können, hat die BAR ein Erfassungstool entwickeln lassen. Das Teilhabeverfahrensbericht-Erfassungstool (TET) steht Trägern kostenfrei zur Verfügung und kann in Eigenverantwortung des jeweiligen Trägers zur operativen Erfassung sowie Weiterverarbeitung der Daten für den THVB genutzt werden.¹³ Zur Unterstützung der praktischen Datenerfassung wurde das Dokument „Erfassungshinweise“¹⁴ von der BAR erstellt. Das Dokument ist – orientiert an den Primärvariablen – thematisch aufgebaut und kann z. B. für die korrekte Beschickung einzelner Felder in den Eingabemasken jener Träger genutzt werden, die die Daten für den THVB händisch eingeben.

Aus den erfassten (Primär-)Variablen wird durch die Träger ein (aggregierter) Meldedatensatz erzeugt. Die technische Erzeugung und der strukturelle Aufbau des Meldedatensatzes für den THVB sind im Dokument „Technische Datensatzbeschreibung des Meldedatensatzes“¹⁵ festgehalten. Dieses Dokument dient insbesondere den Systembetreuern und Softwareanbietern des jeweiligen Trägers als Grundlage zur Erstellung des Meldedatensatzes.

Die Datenübermittlung für den THVB erfolgt für alle Träger in einem standardisierten XML-Format (eXtensible Markup Language). Dieses Format orientiert sich an den Vorgaben der amtlichen Statistik des Statistischen Bundesamtes (Destatis)¹⁶.

Sofern einem Rehabilitationsträger in einem Berichtsjahr keine erfassungspflichtigen Angaben gemäß § 41 Abs. 1 SGB IX vorliegen, ist dies der BAR über ein festgelegtes Verfahren als

¹² Die BAR steht seit 2017 in engem Austausch mit den ihr bekannten Anbietern kommunaler Fachverfahren (Softwareanbieter), um die bei den Trägern benötigten technischen Umsetzungen zur Datenerfassung und -meldung im Rahmen des THVB zu unterstützen.

¹³ TET steht unter <https://www.bar-frankfurt.de/themen/teilhabeverfahrensbericht/geschuetzter-service-bereich.html> kostenfrei zum Download zur Verfügung. Hierfür ist die Anmeldung mit der Träger-ID und dem dazugehörigen Passwort im geschützten Service-Bereich der BAR nötig.

¹⁴ Die derzeit geltende Version 5.2 kann unter https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/THVB/KP001_Erfassungshinweise.pdf abgerufen werden.

¹⁵ Die derzeit geltende Version 5.4. kann unter https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/THVB/KP002_Technische_Datensatzbeschreibung.pdf abgerufen werden.

¹⁶ Siehe unter anderem <https://www.xrepository.de/details/urn:xoev-de:destatis:standard:xstatistik> und <https://www.w3.org/TR/REC-xml/> (jeweils letzter Zugriff am 17.11.2020).

Fehlanzeige mitzuteilen („Leer-/Nullmeldung“). Auch Fehlanzeigen fließen in die Datenauswertung für den THVB ein (siehe Kapitel 3.2).

1.4.3. Wege der Datenübermittlung

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

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

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

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

Im Bereich der steuerfinanzierten Träger haben sich alle obersten Landesbehörden für die Direktmeldung der Daten an die BAR ausgesprochen (für weiterführende Informationen siehe [16]). Im Bereich der Sozialversicherungsträger erfolgt die Übermittlung des Meldedatensatzes über den jeweiligen Spitzenverband an die BAR.

1.4.4. Pseudonymisierung

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

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

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

Die Träger-ID dient ...:

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

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

Alle Träger, die sich für eine Datenübermittlung per Direktmeldung an die BAR ausgesprochen haben (Meldeweg 2), wurden über ihre jeweilige oberste Landesbehörde aufgefordert, eine Träger-ID bei der BAR zu beantragen. Hierbei ist für jeden Träger nach § 6 Abs. 1 SGB IX ein eigener Antrag zu stellen, auch wenn bspw. mehrere Trägerbereiche in einer Institution verankert sind (z. B. ein Landkreis als Träger sowohl der EGH als auch der JH). Bei Meldeweg 2 agiert die BAR als Pseudonymisierungsstelle und ihr obliegt das Pflegen und Verwahren

der Referenzliste. Für diese Aufgabe ist innerhalb der BAR eine zentrale Vertrauensstelle alleinverantwortlich betraut, sodass die Referenzliste vor externen Zugriffen geschützt und eine absolute Vertraulichkeit gegeben ist.

1.4.5. Vergabe der Träger-IDs

Mit Stand vom 21.10.2020 wurden insgesamt 1.281 Träger-IDs beantragt und vergeben. Hierbei gilt zu beachten, dass die Anzahl der vergebenen Träger-IDs nicht gleichzusetzen ist mit der Anzahl an Rehabilitationsträgern. Bspw. haben auch die jeweiligen Spitzenverbände der Sozialversicherungsträger eine eigene Träger-ID erhalten, um die von ihnen übermittelten Meldedatensätze eindeutig zuordnen zu können. Zur Annäherung an die Anzahl aller Rehabilitationsträger in Deutschland sind die beantragten Träger-IDs jedoch durchaus dienlich.

Für das Berichtsjahr 2019 sind insgesamt 1.259 Rehabilitationsträger bei der BAR als berichtspflichtig registriert. Von diesen Trägern wird eine Datenmeldung (Meldedatensatz oder Fehlanzeige, siehe Kapitel 3.2) für den THVB erwartet. Hierbei entfallen 161 auf den Bereich der Sozialversicherung und 1.098 auf den steuerfinanzierten Bereich. Die Teilmenge der steuerfinanzierten Träger setzt sich zusammen aus 1.096 Trägern aus den Bereichen EGH, JH und SER sowie zwei Trägern der Bundeswehr.

Tabelle 4. Registrierte berichtspflichtige Rehabilitationsträger der steuerfinanzierten Trägerbereiche (ohne Bundeswehr) nach Bundesländern

Bundesland	EGH	JH	KOF	KOV	Σ
Baden-Württemberg	47	46	43	30	166
Bayern	7	97	62	2	168
Berlin	1	1	1	1	4
Brandenburg	20	17	1	1	39
Bremen	3	2	1	1	7
Hamburg	1	0	1	1	3
Hessen	29	34	1	6	70
Mecklenburg-Vorpommern	8	8	9	1	26
Niedersachsen	49	53	45	1	148
Nordrhein-Westfalen	57	181	2	2	242
Rheinland-Pfalz	36	40	3	1	80
Saarland	1	6	1	1	9
Sachsen	14	12	1	1	28
Sachsen-Anhalt	1	13	2	2	18
Schleswig-Holstein	15	17	7	1	40
Thüringen	23	23	1	1	48
SUMME	312	550	181	53	1.096

Quelle: eigene Darstellung, Stand: 22.09.2020

Die Anzahl der berichtspflichtigen Rehabilitationsträger aus dem Bereich der Sozialversicherung ist bekannt. Alle Träger aus diesem Bereich sind für die Datenübermittlung registriert. Für den steuerfinanzierten Bereich ist die Anzahl der berichtspflichtigen Rehabilitationsträger nicht abschließend bekannt. Zur Bestimmung hat die BAR entsprechende Abfragen bei den Bundesländern getätigt und die jeweiligen Landesausführungsgesetze systematisch ausgewertet. Auf dieser Grundlage ergibt sich für die EGH und JH ein fast vollständiger Erfassungsgrad (99 Prozent bzw. 98 Prozent). Aus dem Bereich SER sind bisher etwa 80 Prozent aus der ermittelten Grundgesamtheit für die Datenerfassung registriert.

Grundsätzlich kann sich die Anzahl der berichtspflichtigen Rehabilitationsträger im Zeitverlauf ändern, z. B. durch Änderungen von Trägerstrukturen oder Trägerfusionen.



Das Wichtigste im Überblick

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

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

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

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

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

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

2. Datenauswertung im zweiten Teilhabeverfahrensbericht

Der vorliegende 2. THVB ist der erste Bericht, bei dem alle Rehabilitationsträger verpflichtet sind, ihre Daten an die BAR zu übermitteln. Waren es für den 1. THVB insgesamt 39 Träger, die Datensätze für die Auswertung übermittelt haben, hat sich deren Anzahl für den 2. THVB auf über 1.200 Träger maßgeblich erhöht. Aus diesem Grund musste das gesamte Vorgehen zur Plausibilitäts- und Validitätsprüfung der übermittelten Daten sowie die Beteiligung der Rehabilitationsträger an der Auswertung ihrer Daten ab dem 2. THVB neu strukturiert werden.

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

Auch für den 2. THVB wurde ein zweistufiges Plausibilitäts- und Validitätsverfahren durchgeführt:

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

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

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

2.1. Stufe 1: Datenaufbereitung im Vorfeld der Auswertung

Die von den Trägern übermittelten Meldedatensätze gehen über eine Web-Schnittstelle bei der BAR ein. Die Meldedatensätze sind anhand der Träger-ID pseudonymisiert. Über die Web-Schnittstelle findet eine **Strukturprüfung** des Meldedatensatzes anhand der vorgegebenen XML-Struktur statt (siehe Kapitel 1.4.2). Hierbei wird insbesondere geprüft, ob die übermittelten Daten dem vereinbarten Lieferformat entsprechen, also ob bspw. alle geforderten Elemente übermittelt wurden oder ob ungültige Datumsangaben vorliegen.

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

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

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

Enthielt ein Meldedatensatz unplausible Werte, wurden im **Validierungsdialog** entsprechende Warnungen angezeigt. Der Träger konnte die von ihm übermittelten Werte korrigieren oder alternativ eine Begründung abgeben, warum die übermittelten Werte seiner Meinung nach korrekt sind. Bei ausgewählten Meldevariablen musste der Träger eine Eingabe der Zahl Null nochmals bestätigen.

Der Meldedatensatz wurde erst dann angenommen, wenn alle angezeigten Warnungen im Validierungsdialog bearbeitet worden waren. Mindestens drei Viertel der für den 2. THVB übermittelten Datensätze wurden im Validierungsdialog bearbeitet.

Die Abläufe im Rahmen der Strukturprüfung und der Plausibilitätsprüfung sind in Abbildung 3 schematisch dargestellt.

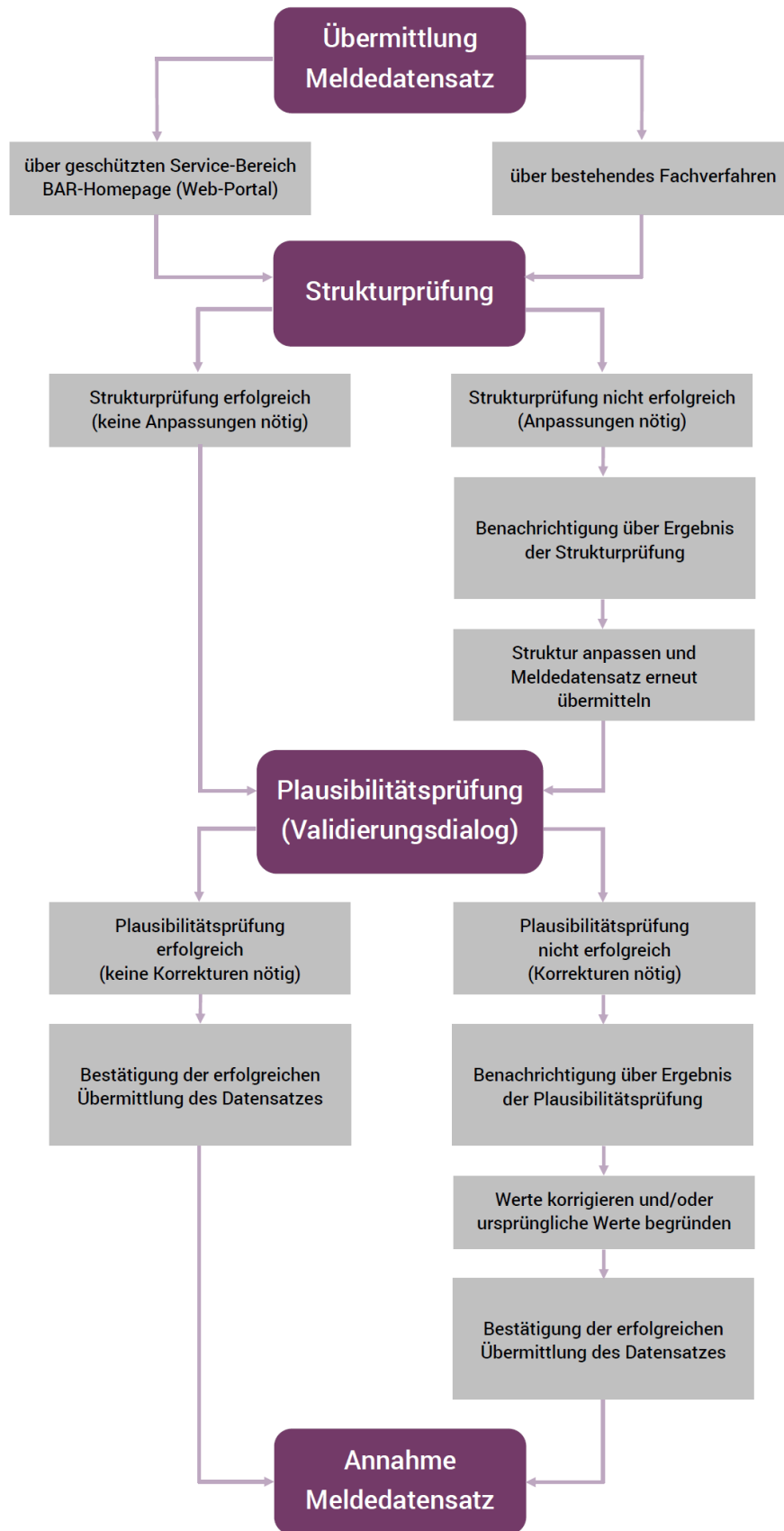


Abbildung 3. Schematischer Ablauf der Datenübermittlung durch die Träger bis zur Annahme des Meldedatensatzes (Stufe 1 des Plausibilitäts- und Validitätsverfahrens)

2.1.1. Annahme des Meldedatensatzes und Datenverarbeitung

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

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

Die Datenverarbeitung umfasste im Wesentlichen fünf Schritte:

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

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

Die PUB-IDs wurden für den vorliegenden 2. THVB letztmalig randomisiert und neu vergeben, da für den 1. THVB mit ausgewählten Pilotträgern gearbeitet werden konnte. Dies bedeutet, dass sich hinter den PUB-IDs im 2. THVB nicht dieselben Träger verbergen wie im 1. THVB.

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

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

Im vierten Schritt wurden **Analyseszenarien** (AS) erstellt. Hierzu können beliebig viele aktuelle Meldedatensätze zu einem Szenario zusammengefasst werden. Ein Szenario kann dann z. B. alle Meldedatensätze oder nur jene bestimmter Träger bzw. Trägerbereiche oder jede beliebige Kombination enthalten. Auch Analyseszenarien wurden in der zentralen Datenbank gespeichert und versioniert.

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



Das Wichtigste im Überblick

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

Es wurde ein zweistufiges Plausibilitäts- und Validitätsverfahren durchgeführt.

Über die Web-Schnittstelle fand eine Prüfung der Struktur und Inhalte der Meldedatensätze statt. Im Rahmen des Validierungsdialogs hatte der Träger die Möglichkeit, unplausible Werte zu korrigieren (Stufe 1).

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

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

Die PUB-IDs wurden für den vorliegenden 2. THVB letztmalig randomisiert und neu vergeben, da für den 1. THVB mit ausgewählten Pilotträgern gearbeitet werden konnte. Dies bedeutet, dass sich hinter den PUB-IDs im 2. THVB nicht dieselben Träger verbergen wie im 1. THVB.

2.2. Stufe 2: Interne Validitätsprüfung der übermittelten Daten

Nachdem der Meldedatensatz durch die Träger übermittelt und zur Weiterverarbeitung angenommen worden war (ggf. in korrigierter Form im Rahmen des Validierungsdialogs), erfolgte im nächsten Schritt eine **interne Validitätsprüfung**. Dabei wurden anhand von Plausibilisierungsregeln sowohl Werte für einzelne Meldevariablen als auch Beziehungen zwischen Meldevariablen innerhalb eines Sachverhalts geprüft. Die angewendeten Regeln ergeben sich logisch aus den Inhalten der 16 Sachverhalte und lassen sich in folgende Kategorien gliedern:

- Vorzeichen
- Dauer
- Teilmenge inklusive Summen
- Leistungsgruppen und Gesamt-Antrag

Um die Validität der Daten zu gewährleisten, wurden unplausible Werte von der Auswertung ausgeschlossen. Das traf auf 8,3 Prozent der übermittelten Werte aller Träger zu. Für Regeln, die ein Größenverhältnis von zwei Meldevariablen abbilden, wurde eine Toleranz von 2 Prozent festgelegt. Das heißt, bei einer Abweichung von kleiner als 2 Prozent wurden Werte zugelassen.

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

Vorzeichen

Die Meldevariablen müssen per Definition größer oder gleich null sein (siehe Anhang 2). Die Übermittlung eines negativen Wertes hatte einen Ausschluss dieses Wertes von der Auswertung zur Folge. Eine Ausnahme stellen die negativen Antrittslaufzeiten für Sachverhalt 7 mit den Meldevariablen $m7a$, $m7a_z$, $m7a1$, $m7a1_z$, $m7a2$ und $m7a2_z$ dar. Diese müssen per Definition kleiner null sein. Wurde eine aufsummierte negative Antrittslaufzeit ($m7a_z$, $m7a1_z$ oder $m7a2_z$) vom Träger mit null angegeben, ging diese nicht in die Auswertung ein. Zudem wurde in diesem Fall die jeweilige Anzahl der negativen Leistungsantritte (entsprechend $m7a_n$, $m7a1_n$ oder $m7a2_n$) von der Auswertung ausgeschlossen. Sowohl für die durchschnittlichen als auch für die aufsummierten negativen Antrittslaufzeiten wurden von einigen Trägern positive Werte übermittelt. Hier wurde im Zuge der Validierung ein negatives Vorzeichen bei den aufsummierten negativen Antrittslaufzeiten ($m7a_z$, $m7a1_z$ und $m7a2_z$) ergänzt.

Dauer

Für Sachverhalt 4 (Gutachtendauern), Sachverhalt 5 (Bearbeitungsdauern), Sachverhalt 7 (Antrittslaufzeiten) und Sachverhalt 9 (Geltungsdauern von Teilhabepänen) wurden jeweils aufsummierte und durchschnittliche Zeitdauern von den Trägern übermittelt. Die durchschnittliche Dauer bzw. Antrittslaufzeit ergibt sich per Definition aus der Division der

aufsummierten Zeitdauer (Zähler) durch die jeweils übermittelte Anzahl (Nenner). Bspw. wird die Summe aller Gutachtendauern eines Trägers durch die Anzahl aller Gutachten dividiert. Es zeigte sich, dass die übermittelte durchschnittliche Dauer oftmals nicht mit dem Quotienten aus der aufsummierten Zeitdauer (Zähler) durch die jeweils übermittelte Anzahl (Nenner) übereinstimmte. Deshalb wurden nicht die übermittelten durchschnittlichen Dauern und Antrittslaufzeiten, sondern der aus den übermittelten Werten berechnete Quotient für die Datenauswertung genutzt.

Über alle Sachverhalte und Träger hinweg ergab sich eine Spannweite für die durchschnittliche Dauer bzw. Antrittslaufzeit von 0 bis 385.158 Tagen. Um Unregelmäßigkeiten bei der Erfassung der Meldedaten auszuschließen, wurden alle berechneten Dauern und Antrittslaufzeiten größer als 365 Tage von der Auswertung ausgeschlossen. Wurde für die Anzahl (Nenner) der Wert null und gleichzeitig für die aufsummierte Dauer bzw. Antrittslaufzeit (Zähler) ein Wert größer null übermittelt, konnte keine durchschnittliche Dauer bzw. Antrittslaufzeit für den übermittelnden Träger berechnet werden. Entsprechend wurden Zähler und Nenner von der Auswertung ausgeschlossen. Das war bspw. der Fall, wenn eine aufsummierte Gutachtendauer übermittelt, aber die Anzahl der Gutachten mit null angegeben wurde, es also im Berichtsjahr gar keine Gutachten gab. Wenn sowohl für den Zähler als auch für den Nenner der Wert null übermittelt wurde, wurde der Zähler von der Auswertung ausgeschlossen. Eine durchschnittliche Dauer bzw. Antrittslaufzeit konnte auch dann nicht berechnet werden, wenn kein Wert für die Anzahl (Nenner) und gleichzeitig ein Wert für die aufsummierte Dauer bzw. Antrittslaufzeit (Zähler) übermittelt wurde. Entsprechend wurde der Zähler von der Auswertung ausgeschlossen. Diese beschriebenen Regeln wurden auf die Gutachtendauer in Sachverhalt 4, die Bearbeitungsdauern in Sachverhalt 5, die Antrittslaufzeiten in Sachverhalt 7 und die Geltungsdauern von Teilhabep länen in Sachverhalt 9 angewendet.

Weitere Validierungsregeln: Teilmenge inklusive Summen sowie Leistungsgruppen und Gesamt-Antrag

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

Unabhängig von der Prüfung der Plausibilisierungsregeln wurden folgende weitere Meldevariablen einzelner Träger von der Datenauswertung ausgeschlossen. Ein Träger der EGH, sieben Träger der JH und ein Träger des SER haben im Meldedatensatz für m4a_z und m4a_n (Sachverhalt 4) jeweils den gleichen Wert übermittelt. Da sich dieser identisch übermittelte Wert zudem in einem außerordentlich hohen Bereich von 737.424 bis 737.760 bewegt, werden hier Unregelmäßigkeiten bei der Erfassung der Meldedaten angenommen. Demzufolge wurden die Werte für m4a_z und m4a_n bei den betreffenden Trägern von der Auswertung

ausgeschlossen. Ein Träger der GKV hat als einziger in seinem Trägerbereich Werte für Antrittslaufzeiten ohne und mit Teilhabeplanung (Sachverhalt 7) übermittelt. Da das Merkmal „mit und ohne Teilhabeplanung nach § 19“ für die Träger der GKV nicht zu erfassen ist (vgl. § 41 Abs. 1 Nr. 7 SGB IX), gingen die Werte für m7a1, m7a1_z, m7a1_n, m7a2, m7a2_z, m7a2_n, m7b1, m7b1_z, m7b1_n, m7b2, m7b2_z und m7b2_n von diesem Träger nicht in die Auswertung ein. Des Weiteren wurden die übermittelten Werte eines Trägers der EGH komplett ausgeschlossen, da die Meldedaten unterjährig und somit nicht für das gesamte Berichtsjahr 2019 erhoben wurden.



Das Wichtigste im Überblick

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

Um die Validität der Daten zu gewährleisten, wurden unplausible Werte von der Auswertung ausgeschlossen. Das traf auf 8,3 Prozent der übermittelten Werte aller Träger zu.

2.3. Beteiligung der Rehabilitationsträger

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

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

Seit 2019 und ab dem 2. THVB gilt die vollumfängliche Berichtspflicht für alle in § 6 Abs. 1 SGB IX genannten Rehabilitationsträger. In der Summe sind dies über 1.200 Träger (siehe Kapitel 1.4.5). Damit liegt der BAR ab dem 2. THVB eine weitaus höhere Anzahl an Datensätzen vor, deren Auswertung unter Beteiligung der Rehabilitationsträger nicht mehr über bilaterale Gespräche stattfinden kann, so wie es noch für den 1. THVB umgesetzt werden konnte (siehe [16], S.34 f).

2.3.1. Beirat Teilhabeverfahrensbericht

Ab dem 2. THVB erfolgt die Beteiligung der Rehabilitationsträger über den in 2020 neu gegründeten Beirat THVB¹⁷.

Zur Besetzung des Beirats bat die BAR die Spitzenverbände und obersten Landesbehörden um Benennung von Vertretern bzw. Vertreterinnen für die jeweiligen Trägerbereiche. Der BAR liegen dafür Rückmeldungen aus sämtlichen Trägerbereichen vor. Damit sind alle Rehabilitationsträger, die Daten für den THVB übermitteln, im Beirat repräsentiert und ihre Beteiligung an der Auswertung der Angaben ist sichergestellt.

Sowohl für den Bereich der Sozialversicherung (siehe Kapitel 1.3.1) als auch für den Bereich der steuerfinanzierten Träger (siehe Kapitel 1.3.2) sind Vertretungen für den Beirat THVB benannt worden.

Die BA und die Spitzenverbände der Sozialversicherungen DGUV, DRV und SVLFG entsenden jeweils Vertretungen für ihren Trägerbereich.

Der Trägerbereich der GKV ist mit gemeinsamer Stimme über den GKV-Spitzenverband, den AOK-Bundesverband, den BKK Dachverband e. V. sowie den vdek vertreten.

Die Trägerbereiche der EGH, der JH sowie des SER werden durch die jeweiligen Bundesarbeitsgemeinschaften bzw. Spitzenverbände vertreten. Dies sind die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe (BAGüS), die

¹⁷ Dem Vorschlag zur Einrichtung eines Beirats zur Beteiligung der Rehabilitationsträger stimmte der BAR-Vorstand in Abstimmung mit dem BMAS in seiner 101. Sitzung am 25.04.2019 zu; die Einrichtung des Beirats wurde in der 102. BAR-Vorstandssitzung am 02.12.2019 nochmals bestätigt.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) sowie die kommunalen Spitzenverbände DLT und DST. Das Land Berlin (für den Trägerbereich JH) und das Land Nordrhein-Westfalen (für den Trägerbereich des SER) entsenden jeweils eigene Vertretungen. Aus dem Kreis der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) wurde eine Vertreterin für den Beirat benannt.

Das BMAS und der Sachverständigenrat Partizipation der BAR (SVR Partizipation) entsenden jeweils einen Vertreter bzw. eine Vertreterin mit Gaststatus in beratender Funktion. Der Gaststatus begründet sich daraus, dass das BMAS und der SVR Partizipation zwar keine Rehabilitationsträger sind, gleichwohl eine wichtige Rolle bei der Erstellung des THVB einnehmen: Das BMAS vertritt den Gesetzgeber als Auftraggeber des THVB; der SVR Partizipation vertritt die Sichtweise der Menschen mit Beeinträchtigungen.

Die Aufgabe des Beirats THVB besteht darin, grundsätzliche und strategische Fragen im Kontext der jährlichen Datenauswertung zu beraten. Die Mitglieder dieses Gremiums sind dafür sprachfähig und mandatiert für ihren jeweiligen Trägerbereich, verbindliche Aussagen in Bezug auf die Eingaben zur Lesart der Daten und in Bezug auf die Datendarstellung zu treffen.

2.3.2. Beteiligung am 2. Teilhabeverfahrensbericht

Die konstituierende Sitzung des Beirats THVB fand am 22.09.2020 statt; die zweite Beiratsitzung am 03.11.2020. Im Vorfeld der zweiten Sitzung haben die Beiratsmitglieder über den Beteiligungsbericht einen Einblick in die ausgewerteten Daten und in die Darstellung der übermittelten Echtdaten der Träger erhalten. Im Beteiligungsbericht wurden die durch die BAR ausgewerteten Echtdaten der Rehabilitationsträger entlang der 16 Sachverhalte aus § 41 Abs. 1 Nr. 1-16 SGB IX sowie die Angaben zur Förderung der Selbsthilfe für das Berichtsjahr 2019 gezeigt. Der Beteiligungsbericht enthielt die (vorläufigen) Datenergebnisse und war somit eine Vorschau auf Kapitel 3 des vorliegenden 2. THVB.

Auf Basis dieses Beteiligungsberichts hatten die Mitglieder des Beirats die Möglichkeit, Eingaben zu formulieren, die trägerspezifische Hinweise und Erläuterungen zu den eigenen Daten geben. Die Eingaben sollten eine qualitativ richtige Einordnung der Daten ermöglichen und Fehlinterpretationen vorbeugen.

Die Ergebnisse des diesjährigen Beteiligungsverfahrens sind im vorliegenden Bericht in Kapitel 3.3 und Kapitel 4 eingeflossen. Die Eingaben der Träger sind in Kapitel 3.3 in den jeweiligen Infoboxen „Aus den Trägerbereichen“ unterhalb der Datenauswertungen und -darstellungen eines jeden Sachverhalts aufgeführt. Bei Sachverhalten, zu denen von den Trägern keine Eingaben erfolgten, wird keine entsprechende Infobox gezeigt. Im Weiteren besteht Kapitel 4 aus den Beiträgen, die von den Vertreterinnen und Vertretern der einzelnen Trägerbereiche verfasst wurden.



Das Wichtigste im Überblick

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

Ab dem 2. THVB erfolgt die Beteiligung der Rehabilitationsträger über den in 2020 neu gegründeten Beirat THVB.

Die Ergebnisse der diesjährigen Beteiligung (im Rahmen zweier Beiratssitzungen) finden sich in den Infoboxen „Aus den Trägerbereichen“ in Kapitel 3.3 und in Kapitel 4 wieder.

3. Ergebnisse der Datenauswertung

In diesem Kapitel werden die übermittelten und im Zuge des Plausibilitäts- und Validitätsverfahrens bereinigten Daten der Rehabilitationsträger dargestellt. Es handelt sich um die Datendarstellungen zu den 16 Sachverhalten nach § 41 Abs. 1 Nr. 1-16 SGB IX (Kapitel 3.3) sowie Daten zur Förderung der Selbsthilfe nach § 45 SGB IX (Kapitel 3.4) für das Berichtsjahr 2019.

Die nachfolgenden Kapitel geben zunächst Hinweise zur Datengrundlage des 2. THVB (Kapitel 3.1) und zur Darstellung und Auswertung der Daten (Kapitel 3.2).

3.1. Datengrundlage für den zweiten Teilhabeverfahrensbericht

Für das Berichtsjahr 2019 waren insgesamt 1.259 Träger mit einer Träger-ID für eine Datenübermittlung bei der BAR registriert (berichtspflichtige Träger, siehe Kapitel 1.4.4). Von diesen Trägern haben 991 Träger eine Datenmeldung an die BAR gemacht (entspricht einer Meldequote von 78,7 Prozent). Die im Zuge des zweistufigen Plausibilitäts- und Validitätsverfahrens bereinigten Daten der 991 Träger bilden die Datengrundlage für die Auswertungen in Kapitel 3.3.

Eine Datenmeldung für den THVB ist erfolgt, sobald

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

oder

- eine Fehlanzeige für den geforderten Berichtszeitraum vorliegt.

Finaler Meldedatensatz

Tabelle 5 zeigt, wie viele finale Meldedatensätze pro Trägerbereich für das Berichtsjahr 2019 übermittelt wurden.

Tabelle 5 Anzahl finaler Meldedatensätze nach Trägerbereich

BA	EGH	GKV	JH	RV	SER	UV	Summe
1	245	109	368	17	51	34	825

Fehlanzeige

Eine Fehlanzeige („Leer-/Nullmeldung“) ist der BAR mitzuteilen, sofern einem Rehabilitationsträger in einem Berichtsjahr keine Angaben vorliegen, die in einer Erfassung von mindestens einem der 16 Sachverhalte für den THVB hätten berücksichtigt werden müssen. Für die Übermittlung einer Fehlanzeige existiert ein für alle Träger einheitliches Verfahren. Alle Meldevariablen, die eine Anzahl abbilden, werden bei Fehlanzeigen auf den Wert null gesetzt und gehen in die Datenauswertung ein. Für das Berichtsjahr 2019 liegen insgesamt 166 Fehlanzeigen aus den steuerfinanzierten Trägerbereichen EGH, JH und SER vor (entspricht 16,8 Prozent aller 991 Datenmeldungen für das Berichtsjahr 2019). Da alle Träger aus dem Bereich der Sozialversicherung einen Meldedatensatz übermittelt haben, liegen aus diesem Bereich keine Fehlanzeigen vor. Tabelle 6 zeigt die absolute Anzahl der Fehlanzeigen in den steuerfinanzierten Trägerbereichen für das Berichtsjahr 2019.

Tabelle 6. Fehlanzeigen nach Trägerbereich

EGH	JH	SER	Summe
7	21	138	166

Nicht-Meldung

Erfolgt für ein Berichtsjahr weder eine Meldung, noch eine Fehlanzeige, liegt eine Nicht-Meldung vor. Als Nicht-Meldung wird gewertet, wenn ein berichtspflichtiger Träger keine Datenmeldung an die BAR vornimmt, obwohl er sich dafür registriert hat. Entsprechend der oben genannten Zahlen haben von 1.259 Trägern 268 (entspricht 21,3 Prozent) für das Berichtsjahr 2019 keine Datenmeldung vorgenommen und werden als Nicht-Meldung gezählt. Tabelle 7 zeigt die Anzahl der Nicht-Meldungen nach Trägerbereich für das Berichtsjahr 2019.

Tabelle 7. Nicht-Meldungen nach Trägerbereich

EGH	JH	SER	Summe
60	161	47	268

Aus dem Bereich der Sozialversicherung haben alle Träger eine Datenmeldung für das Berichtsjahr 2019 vorgenommen.

3.2. Hinweise zur Darstellung und Auswertung

Die BAR ist zur Neutralität verpflichtet und stellt die übermittelten Daten entsprechend neutral und objektiv dar. Es erfolgt im gesamten Bericht keine namentliche Nennung eines Trägers¹⁸, sondern die Rehabilitationsträger werden anhand ihrer PUB-ID dargestellt, die lediglich Rückschluss auf den Trägerbereich ermöglicht. In den Abbildungen und Tabellen sowie im Fließtext sind die Daten der Rehabilitationsträger in alphabetischer Reihenfolge genannt.

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

- Zunächst erfolgt die Beschreibung des Sachverhaltes anhand der Wiedergabe des Gesetzestextes aus § 41 Abs. 1 Nr. 1-16 SGB IX.
- Danach werden die Fragestellungen aufgelistet, die sich aus dem Sachverhalt ableiten lassen.
- Zuletzt erfolgt als Ergebnis die Darstellung der ausgewerteten Daten samt Angabe der jeweiligen Datengrundlage, die zur Auswertung des Sachverhalts gegeben war. Zusätzlich zur eigentlichen Datendarstellung werden vereinzelt auch inhaltliche Erläuterungen zu den verschiedenen Sachverhalten gegeben. Diese dienen als Orientierungshilfe zur thematischen Einordnung der Sachverhalte in Bezug auf die Verwaltungsverfahren der Rehabilitationsträger im Rahmen des Reha-Prozesses und des BTHG.

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

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

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

¹⁸ Im Vergleich zu den weiteren Rehabilitationsträgern ist die BA aufgrund ihrer Organisationsstruktur keinem Trägerbereich zugeordnet und agiert als solitäre Rehabilitationsträgerin.

- Alle übermittelten Daten werden zunächst als **Absolutwerte** genannt. In Ergänzung dazu werden für ausgewählte Sachverhalte auch **prozentuale Anteile** dargestellt.
- Unter jeder **Tabelle und Abbildung** befinden sich in **Fußnoten** erläuternde Hinweise zur Datengrundlage und zu den Werteangaben.
- Da es sich bei den Werten der Meldedatensätze um bereits **aggregierte Daten** handelt, sind die Angaben von **Dauern und Laufzeiten jeweils Durchschnittswerte**. Mittelwerte wurden in der Regel als **gewichtete Mittelwerte** berechnet.
- Werte wurden kaufmännisch in der Regel auf die **erste Nachkommastelle gerundet**.
- Bei Abbildungen, die eine prozentuale Verteilung aufzeigen, sind **Prozentwerte kleiner 5 Prozent** zur besseren Lesbarkeit **nicht beschriftet** (siehe bspw. Abbildung 13).
- Für die Auswertung der einzelnen Sachverhalte liegen **nicht von allen Trägern Daten in gleichem Umfang** vor, da bspw. keine Werte übermittelt wurden, eine Fehlanzeige vorliegt oder Werte im Zuge des Plausibilitäts- und Validitätsverfahrens bereinigt werden mussten (siehe Kapitel 2). Aus diesem Grund ist die **jeweils verwendete Datengrundlage von Sachverhalt zu Sachverhalt** und auch bei Auswertungen innerhalb eines Sachverhalts **unterschiedlich**. Die Information, von wie vielen Trägern Daten ausgewertet werden konnten, wird mit absoluten und relativen Angaben in der jeweiligen **Tabellenspalte „Träger“** ausgewiesen. Die relativen Angaben errechnen sich aus den für die Auswertung verwendbaren Datensätzen, die ins Verhältnis zur Gesamtzahl aller übermittelten Datensätze aus dem jeweiligen Trägerbereich gesetzt wurden. Hier ist die **Spannweite von Sachverhalt zu Sachverhalt sehr unterschiedlich** und teilweise sehr groß. Sie reicht bspw. von 3,2 Prozent bis 100 Prozent bei der Berechnung der durchschnittlichen Dauer einer Gutachtenerstellung (Sachverhalt 4, siehe Tabelle 21). Die Angabe von 100 Prozent bedeutet, dass die übermittelten Daten aller Träger aus diesem Trägerbereich für diese Auswertung genutzt werden konnten; 3,2 Prozent bedeuten, dass 3,2 Prozent der übermittelten Daten aller Träger aus diesem Trägerbereich für diese Auswertung genutzt werden konnten.
Die jeweiligen Datengrundlagen werden in den Infoboxen „Zur Einordnung der Daten“ nochmals erläutert.
- Meldevariablen, zu denen seitens des Trägers kein Wert übermittelt wurde, werden mit **„keine Angabe“ (k. A.)** dargestellt. Diese Darstellung wird auch genutzt, wenn bspw. eine Meldevariable aus zwei weiteren Meldevariablen errechnet wird und zu einer dieser Meldevariablen (oder auch zu beiden) kein Wert übermittelt wurde.
- **Absolute Werte** im Bereich **von 1 bis einschließlich 4** werden (auch anteilig) **aus Gründen des Datenschutzes** nicht dargestellt und mit einem **„*“** markiert. Die **Spalten- und Zeilensummen** wurden in solchen Fällen entsprechend **angepasst**.
- **Werte**, die aus bestimmten Gründen nicht ausgewiesen werden können, da sie für einen Trägerbereich **nicht zutreffend** sind, werden mit **„**“** und **„***“** markiert. Die jeweiligen Gründe werden in einer entsprechenden Fußnote erläutert.

- Die Datendarstellungen in **Kapitel 3.3** beruhen mit Ausnahme von Sachverhalt 1 auf **Auswertungen** in Bezug auf **Gesamt-Anträge**. Datendarstellungen, die auf Auswertungen in Bezug auf **LG-Anträge** beruhen, werden im **Anhang** dargestellt.

Infoboxen

Bei der Datendarstellung der Daten zu den 16 Sachverhalten nach § 41 Abs. 1 SGB IX befindet sich zu jedem Sachverhalt mindestens eine farblich abgesetzte Infobox (siehe Kapitel 3.3). Insgesamt gibt es zwei Arten von Infoboxen:



1. Infobox „Zur Einordnung der Daten“

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



2. Infobox „Aus den Trägerbereichen“

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

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

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

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



Gesetzestext:

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



Fragestellungen:

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

Wie verteilen sich die gestellten Anträge auf die Leistungsgruppen

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



Ergebnis:

Ein einziger Antrag reicht aus, damit Menschen mit Behinderungen oder jene, die von Behinderung bedroht sind, alle benötigten Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe erhalten können – auch dann, wenn diese Leistungen durch verschiedene Rehabilitationsträger erbracht werden. Menschen mit Behinderungen sollen somit alle Leistungen wie „aus einer Hand“ erhalten. „Auf diese Weise versucht der Gesetzgeber vor allem, das Verfahren zu beschleunigen und – unnötige – Doppelbegutachtungen zu vermeiden.“ (S.65, [24]). Dieser Antrag umfasst also alle benötigten Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe und wird im THVB als Gesamt-Antrag bezeichnet. Reha- und Teilhabeleistungen lassen sich nach § 5 SGB IX folgenden Leistungsgruppen zuordnen:

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

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

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

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



Zur Einordnung der Daten

Angaben zur Anzahl der gestellten bzw. eingegangenen Anträge liegen von 987 Trägern vor. Die Datengrundlage für die Anzahl der Anträge in 2019 beläuft sich auf 3.196.397 **Gesamt-Anträge** (Tabelle 8, Tabelle 9 und Abbildung 4).

Außerdem liegen von 989 Trägern Angaben zur Anzahl der jeweiligen **LG-Anträge** vor. Die Datengrundlage von 3.430.141 LG-Anträgen ergibt sich hier aus der Summe der Anträge innerhalb der jeweiligen Leistungsgruppen. In der Summe der LG-Anträge sind auch Daten von Trägern enthalten, von denen nicht zu allen Leistungsgruppen Angaben vorliegen (Tabelle 10, Tabelle 11 und Abbildung 5).

Da ein Gesamt-Antrag mehrere LG-Anträge beinhalten kann, muss die Summe der LG-Anträge (Tabelle 10, Tabelle 11 und Abbildung 5) nicht zwingend der Anzahl der Gesamt-Anträge (Tabelle 8, Tabelle 9 und Abbildung 4) entsprechen.

Die Anzahl der Anträge beinhaltet die Gesamtheit aller bei einem Rehabilitationsträger gestellten bzw. eingegangenen Anträge innerhalb eines Kalenderjahres, unabhängig von deren weiteren Bearbeitungsverläufen. Das heißt, in der jeweiligen Anzahl der Gesamt- und der LG-Anträge können einerseits Anträge enthalten sein, die von diesem Rehabilitationsträger an einen anderen Träger weitergeleitet wurden. Andererseits können darin auch Anträge enthalten sein, die von einem anderen, nicht zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet wurden.

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

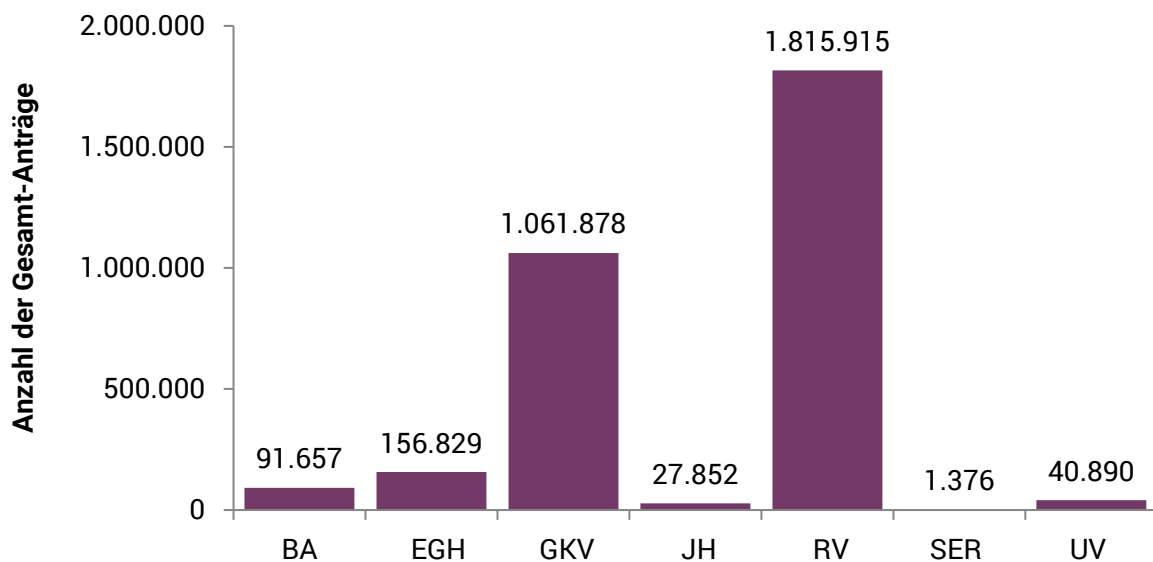
Ergebnisse der Datenauswertung

Tabelle 8 und Abbildung 4 zeigen, wie viele Gesamt-Anträge pro Trägerbereich unabhängig von den beantragten Leistungsgruppen gestellt wurden bzw. eingegangen sind.

Tabelle 8. Anzahl der Gesamt-Anträge nach Trägerbereich

Trägerbereich	Gesamt-Anträge	Träger
BA	91.657	1 (100,0%)
EGH	156.829	250 (99,2%)
GKV	1.061.878	109 (100,0%)
JH	27.852	387 (99,5%)
RV	1.815.915	17 (100,0%)
SER	1.376	189 (100,0%)
UV	40.890	34 (100,0%)
Gesamt	3.196.397	987 (99,6%)

2019_AS26



Datengrundlage: 3.196.397 Anträge von 987 Trägern.
2019_AS26

Abbildung 4. Anzahl der Gesamt-Anträge nach Trägerbereich

In Tabelle 9 ist die durchschnittliche Anzahl der Gesamt-Anträge sowie deren minimale und maximale Anzahl pro Trägerbereich dargestellt. Werte von null im Minimum drücken aus, dass bei diesen Trägern in 2019 keine Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eingegangen sind, die in einer Erfassung für den THVB hätten berücksichtigt werden müssen. Dies trifft auf sieben EGH-Träger, 22 JH-Träger und 139 SER-Träger zu.

Tabelle 9. Durchschnittliche Anzahl der Gesamt-Anträge nach Trägerbereich

Trägerbereich	Minimum	Durchschnitt	Maximum
BA	- **	91.657	- **
EGH	0	627	19.268
GKV	- *	9.742	161.403
JH	0	72	899
RV	5.719	106.819	770.515
SER	0	7	425
UV	- *	1.203	8.042
Gesamt	0	3.238	770.515

Datengrundlage: 3.196.397 Gesamt-Anträge von 987 Trägern.

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

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

2019_AS26

Ergebnisse der Datenauswertung

Tabelle 10 zeigt, wie viele Anträge in den einzelnen Leistungsgruppen und insgesamt gestellt wurden. Wie sich die beantragten Leistungsgruppen auf die eingegangenen Anträge verteilen, wird in Abbildung 5 dargestellt.

Tabelle 10. Anzahl der Anträge differenziert nach Leistungsgruppe und Trägerbereich

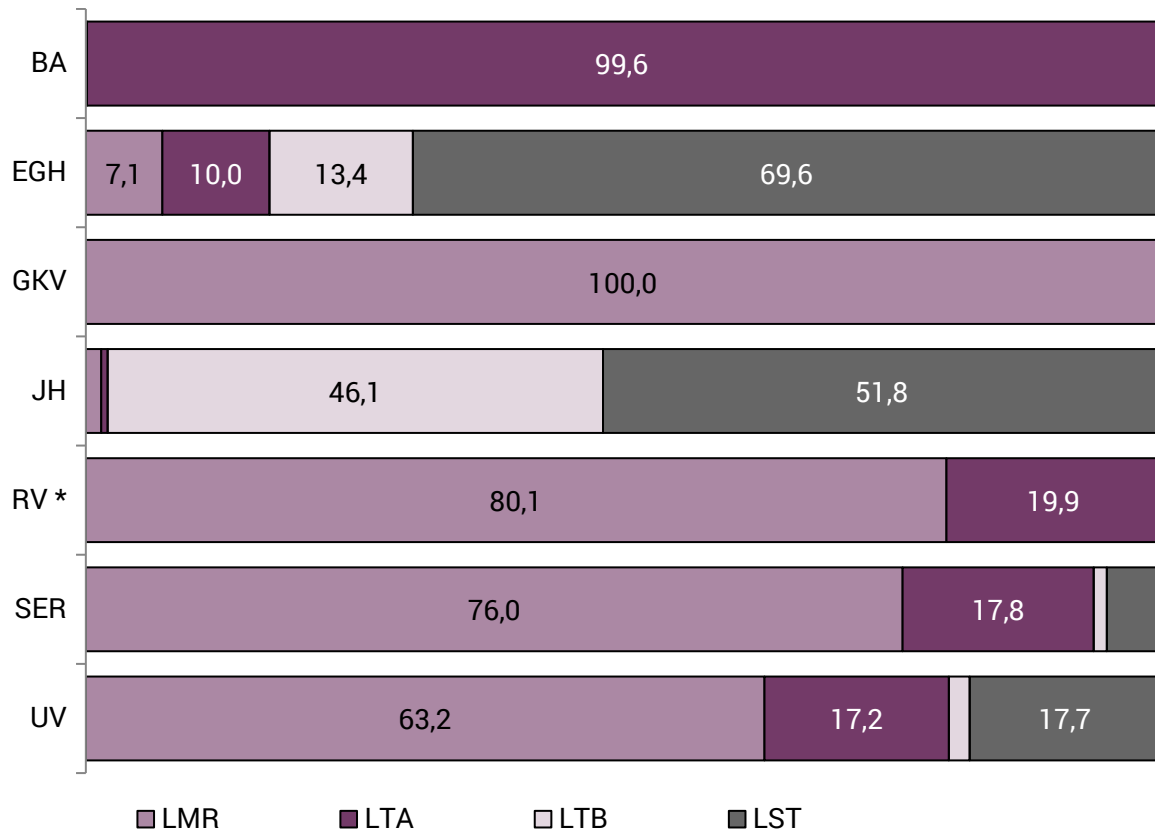
Trägerbereich	LMR	LTA	LTB	LST	LG-Anträge ¹	Träger
BA	106	91.503	38	265	91.912	1 (100,0%)
EGH	11.716	16.374	21.951	114.324	164.365	251 (99,6%)
GKV	1.063.702	56	67	153	1.063.978	109 (100,0%)
JH	430	180	13.872	15.594	30.076	388 (99,7%)
RV	1.630.869	404.596	- *	25	2.035.490	17 (100,0%)
SER	1.060	248	17	69	1.394	189 (100,0%)
UV	27.118	7.372	828	7.608	42.926	34 (100,0%)
Gesamt	2.735.001	520.329	36.773	138.038	3.430.141	989 (99,8%)

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

¹ Die Summe der LG-Anträge wurde auch dann gebildet, wenn nicht zu allen Leistungsgruppen Angaben vorliegen.

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

2019_AS26



Datengrundlage: 3.430.141 LG-Anträge¹ von 989 Trägern.

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

¹ Die Summe der LG-Anträge wurde auch dann gebildet, wenn nicht zu allen Leistungsgruppen Angaben vorliegen.

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

2019_AS26

Abbildung 5. Prozentuale Verteilung der beantragten Leistungsgruppen nach Trägerbereich

Ergebnisse der Datenauswertung

Tabelle 11 zeigt die durchschnittliche Anzahl der LG-Anträge sowie deren minimale und maximale Anzahl pro Trägerbereich. Werte von null im Minimum besagen, dass bei diesen Trägern in 2019 keine Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eingegangen sind, die in der Erfassung für den THVB hätten berücksichtigt werden müssen.

Tabelle 11. Durchschnittliche Anzahl der LG-Anträge nach Trägerbereich

Trägerbereich	Minimum	Durchschnitt	Maximum
BA	..**	91.912	..**
EGH	0	655	19.268
GKV	- *	9.761	161.746
JH	0	78	962
RV	5.719	119.735	847.459
SER	0	7	425
UV	- *	1.263	8.042
Gesamt	0	3.468	847.459

Datengrundlage: 3.430.141 LG-Anträge von 989 Trägern.

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

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

2019_AS26



Aus den Trägerbereichen

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

In der **UV** werden Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe von Amts wegen erbracht (§ 19 Satz 2 SGB IV) – es bedarf grundsätzlich keines Antrags der Versicherten oder ihrer Angehörigen. In das Verfahren sind die Versicherten von Anfang an aktiv eingebunden. Das fehlende Antragsverfahren führt bei der Umsetzung der Anforderungen des THVB nach § 41 SGB IX zu Besonderheiten bei der Datenlieferung durch die UV (siehe hierzu auch die Ausführungen in Kapitel 4). Nach § 14 Abs. 4 SGB IX tritt an die Stelle des Tages der Antragstellung der Tag der Kenntnis des voraussichtlichen Rehabilitationsbedarfs. Für jede relevante Leistungsart des SGB IX wurden Möglichkeiten beschrieben, auf welche Weise der UV-Träger vom Bedarf an dieser Leistung erfahren haben könnte (Antragssubstitute). Aus der Art der Antragsbildung (Gesamtanträge und Leistungsgruppenanträge) ergibt sich dabei zwangsläufig, dass die Daten der UV-Träger anhand der im Berichtsjahr abgeschlossenen Reha- und Teilhabeleistungen ermittelt werden (abgeschlossene Fälle der Reha-Basisdokumentation). Zu den so ermittelten Antragszahlen werden die wegen Unzuständigkeit weitergeleiteten Anträge hinzugerechnet.

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



Gesetzestext:

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



Fragestellung:

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



Ergebnis:

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



Zur Einordnung der Daten

Angaben zur Anzahl der Weiterleitungen liegen von 957 Trägern vor. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 260.147 weitergeleitete Anträge (Tabelle 12).

Der prozentuale Anteil der Weiterleitungen wird als Verhältnis zur Summe aus allen entschiedenen Gesamt-Anträgen und den weitergeleiteten Gesamt-Anträgen berechnet. Unter entschiedene Gesamt-Anträge fallen Anträge, die vollständig abgelehnt, vollständig bewilligt, nicht vollständig/teilweise bewilligt oder auf sonstige Art entschieden wurden. Der Anteil der Weiterleitungen konnte für die 754 Träger berechnet werden, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der weitergeleiteten Anträge als auch zur Anzahl der entschiedenen Gesamt-Anträge vorliegen. Die entsprechende Datengrundlage reduziert sich somit auf 3.166.093 Gesamt-Anträge (Tabelle 13 und Abbildung 6).

Bei einem Teil der Träger, insbesondere aus den Bereichen EGH, JH und SER, wurde die Anzahl der entschiedenen Gesamt-Anträge niedriger angegeben als die der gestellten bzw. eingegangenen Gesamt-Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe, was sich auf die Quotenbildung auswirkt. Der prozentuale Anteil der Weiterleitungen kann in diesen Trägerbereichen höher ausfallen.

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

Ergebnisse der Datenauswertung

Tabelle 12 zeigt, wie viele Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe in den einzelnen Trägerbereichen an einen anderen Träger weitergeleitet wurden.

Tabelle 12. Anzahl der Weiterleitungen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Weiterleitungen	Träger
BA	23.814	1 (100,0%)
EGH	2.296	238 (94,4%)
GKV	20.839	108 (99,1%)
JH	434	378 (97,2%)
RV	211.500	17 (100,0%)
SER	49	185 (97,9%)
UV	1.215	30 (88,2%)
Gesamt	260.147	957 (96,6%)

2019_AS26

Tabelle 13 und Abbildung 6 zeigen, wie viel Prozent der Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe durchschnittlich weitergeleitet wurden. Um eine Aussage darüber treffen zu können, müssen sowohl Angaben zu Weiterleitungen als auch zu entschiedenen Anträgen vorliegen. Dieser Anteil kann also nur bei Trägern berechnet werden, die zu beiden Merkmalen Daten übermittelt haben.

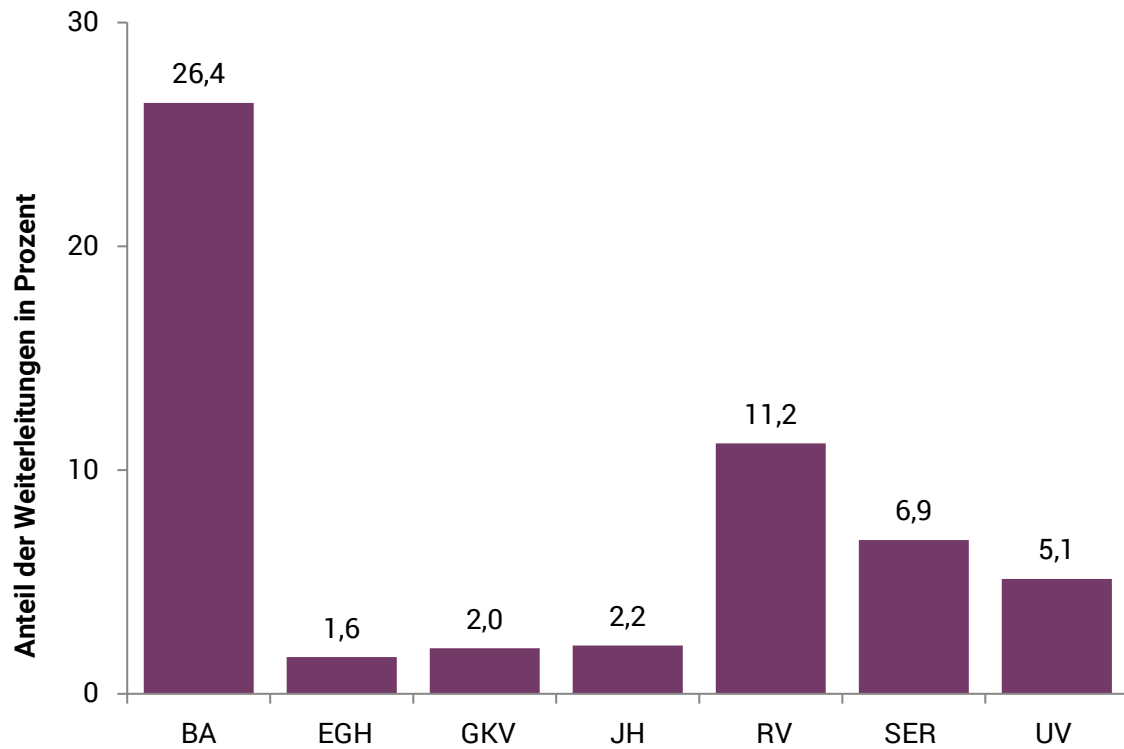
Tabelle 13. Durchschnittlicher prozentualer Anteil der Weiterleitungen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Durchschnitt	Anträge ¹	Träger
BA **	26,4	90.169	1 (100,0%)
EGH	1,6	122.703	226 (89,7%)
GKV	2,0	1.021.857	108 (99,1%)
JH	2,2	17.971	337 (86,6%)
RV	11,2	1.889.007	17 (100,0%)
SER	6,9	713	36 (19,0%)
UV	5,1	23.673	29 (85,3%)
Gesamt	8,2	3.166.093	754 (76,1%)

¹ Die Anzahl der Anträge entspricht der Summe aus entschiedenen Gesamt-Anträgen und Weiterleitungen und beinhaltet nur Angaben von Trägern, die Anträge weitergeleitet haben und von denen Angaben zu entschiedenen Gesamt-Anträgen vorliegen.

** Daten werden aggregiert dargestellt, da die BA nicht als Trägerbereich strukturiert ist, sondern eine solitäre Rehabilitationsträgerin ist.

2019_AS26



Datengrundlage: 3.166.093 Anträge¹ von 754 Trägern.

¹ Die Anzahl der Anträge entspricht der Summe aus entschiedenen Gesamt-Anträgen und Weiterleitungen und beinhaltet nur Angaben von Trägern, die Anträge weitergeleitet haben und von denen Angaben zu entschiedenen Gesamt-Anträgen vorliegen.

2019_AS26

Abbildung 6. Prozentualer Anteil der Weiterleitungen nach Trägerbereich



Aus den Trägerbereichen

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

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

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

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

3.3.3. Sachverhalt 3: Fristen nach § 14 SGB IX



Gesetzestext:

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

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



Fragestellungen:

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



Ergebnis:

Nach dem Antragseingang muss der Rehabilitationsträger binnen zwei Wochen über die Zuständigkeit entscheiden (Frist 3a). Ist der Träger nach dem für ihn geltenden Leistungsrecht zuständig, wird er zum leistenden Rehabilitationsträger.

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

Beispiel¹⁹: Ein Jugendamt prüft auf Grundlage der notwendigen Unterlagen (Identität des Antragstellers ist eindeutig und das Leistungsbegehren ist hinreichend konkret) seine

¹⁹ Mit dem Online-Fristenrechner stellt die BAR ein digitales Tool zur Verfügung, was die Umsetzung der gesetzlichen Regelungen des SGB IX in der Praxis unterstützt. Der Fristenrechner ermöglicht die Berechnung relevanter Fristen im Reha-Prozess. Der Fristenrechner ist zu finden unter www.reha-fristenrechner.de.

Zuständigkeit und kommt zwei Wochen nach Antragseingang zum Ergebnis, dass es nach seinem Leistungsgesetz (SGB VIII) zuständig und somit leistender Rehabilitationsträger ist. Es verbleibt eine weitere Woche für die Entscheidung über den Antrag. Sollte zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten notwendig sein, verschiebt sich die Frist nach § 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX auf einen Zeitraum von zwei Wochen nach Vorlage des Gutachtens.



Zur Einordnung der Daten

Frist 3a. In 2019 wurden 2.569.359 Zuständigkeitsfeststellungen gemeldet. Bei 378.034 Gesamt-Anträgen wurde eine Überschreitung der Zweiwochenfrist nach § 14 Abs. 1 Satz 1 angegeben (Tabelle 14). Der prozentuale Anteil der Fristüberschreitungen an allen Zuständigkeitsfeststellungen konnte für die 769 Träger berechnet werden, von denen sowohl Angaben zu Fristüberschreitungen als auch zu Zuständigkeitsfeststellungen vorliegen. Die entsprechende Datengrundlage reduziert sich somit auf 2.537.648 Zuständigkeitsfeststellungen (Tabelle 15 und Abbildung 7).

Frist 3b. In 2019 wurden 2.641.860 Bedarfsfeststellungen ohne Gutachten gemeldet. Bei 520.617 Gesamt-Anträgen wurde die Dreiwochenfrist nach § 14 Abs. 2 Satz 2 überschritten (Tabelle 16). Der prozentuale Anteil der Fristüberschreitungen an allen Bedarfsfeststellungen ohne Gutachten konnte für die 694 Träger berechnet werden, von denen sowohl Angaben zu Fristüberschreitungen als auch zu Bedarfsfeststellungen ohne Gutachten vorliegen. Die entsprechende Datengrundlage reduziert sich somit auf 2.609.867 Bedarfsfeststellungen ohne Gutachten (Tabelle 18 und Abbildung 8).

Frist 3c. In 2019 wurden 274.356 Bedarfsfeststellungen mit Gutachten gemeldet. Bei 52.910 Gesamt-Anträgen wurde die Zweiwochenfrist nach § 14 Abs. 2 Satz 3 überschritten (Tabelle 17). Der prozentuale Anteil der Fristüberschreitungen an allen Bedarfsfeststellungen mit Gutachten konnte für die 398 Träger berechnet werden, von denen sowohl Angaben zu Fristüberschreitungen als auch Bedarfsfeststellungen mit Gutachten vorliegen. Die entsprechende Datengrundlage reduziert sich somit auf 272.972 Bedarfsfeststellungen mit Gutachten (Tabelle 19 und Abbildung 8).

Sowohl die Anzahl der Zuständigkeitsfeststellungen (Tabelle 14) als auch die Anzahl der Antragsentscheidungen mit und ohne Gutachten zur Bedarfsfeststellung (Tabelle 16 und Tabelle 17) entspricht nicht der Anzahl der gestellten Gesamt-Anträge (Sachverhalt 1, Tabelle 8). Im THVB wird ein Kalenderjahr bis zum Jahreswechsel betrachtet. Es ist also möglich, dass Anträge in 2018 gestellt wurden (z. B. gegen Jahresende), die Zuständigkeit aber erst in 2019 festgestellt wurde (z. B. zu Beginn des Jahres). Andererseits können Ende 2019 gestellte Anträge erst Anfang 2020 entschieden worden sein.

Die prozentualen Anteile der Entscheidungen ohne und mit Gutachten an allen Entscheidungen konnten jeweils für die 676 Träger berechnet werden, von denen Angaben sowohl zur Anzahl der entschiedenen Anträge ohne Gutachten als auch zur

Anzahl der entschiedenen Anträge mit Gutachten vorliegen. Die entsprechende Datengrundlage reduziert sich somit auf 2.731.017 entschiedene Gesamt-Anträge (Abbildung 9).

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

Die Besonderheiten der Fristberechnung im Falle der „Turboklärung“ nach § 14 Abs. 3 SGB IX sowie des Antragssplittings nach § 15 Abs. 1 SGB IX werden im THVB nicht berücksichtigt. Dies gilt auch für die Verlängerung von Fristen im Rahmen des § 15 Abs. 4 SGB IX.

Wird bei einem Rehabilitationsträger ein Antrag auf Reha- und Teilhabeleistungen gestellt, hat er innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang festzustellen, ob er zuständig ist (hier Frist 3a). Bei wie vielen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eine solche Zuständigkeitsfeststellung erfolgt ist und wie häufig die Zweiwochenfrist nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX überschritten wurde, zeigt Tabelle 14.

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

Trägerbereich	Überschreitungen Frist 3a	Träger	Zuständigkeits- feststellungen	Träger
BA	857	1 (100,0%)	66.856	1 (100,0%)
EGH	17.949	249 (98,6%)	142.487	249 (98,6%)
GKV	151.275	107 (98,7%)	792.819	107 (98,2%)
JH	4.058	383 (98,5%)	25.839	385 (99,0%)
RV	203.848	17 (100,0%)	1.508.506	17 (100,0%)
SER	47	185 (97,9%)	1.219	188 (99,5%)
UV	k. A.	0 (0,0%)	31.633	33 (97,1%)
Gesamt	378.034	942 (95,0%)	2.569.359	980 (98,9%)

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

2019_AS26

Tabelle 15 und Abbildung 7 zeigen, bei wie viel Prozent der Zuständigkeitsprüfungen die Zweiwochenfrist nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX überschritten wurde. Um eine Aussage darüber treffen zu können, müssen sowohl Angaben zu Zuständigkeitsfeststellungen als auch zu Fristüberschreitungen vorliegen. Dieser Anteil kann also nur bei den Trägern berechnet werden, die zu beiden Merkmalen Daten übermittelt haben. Des Weiteren ist in Tabelle 15 der jeweilige minimale und maximale Anteil der Fristüberschreitungen pro Trägerbereich dargestellt.

Bei einigen Trägern aus den Bereichen EGH, GKV, JH und SER kam es in 2019 bei keinem der bei ihnen eingegangenen Anträgen zu Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung (Frist 3a). Der Minimum-Wert liegt entsprechend bei 0 Prozent. Diese Träger haben ihre Zuständigkeit für alle eingegangenen Anträge innerhalb der gesetzlichen Frist festgestellt. Andere Träger aus den Bereichen GKV, JH und SER haben diese Frist zu 100 Prozent überschritten (siehe Spalte Maximum). Hier gilt allerdings zu beachten, dass diese Träger nur eine sehr geringe Anzahl an Zuständigkeitsfeststellungen berichtet haben.

Ergebnisse der Datenauswertung

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

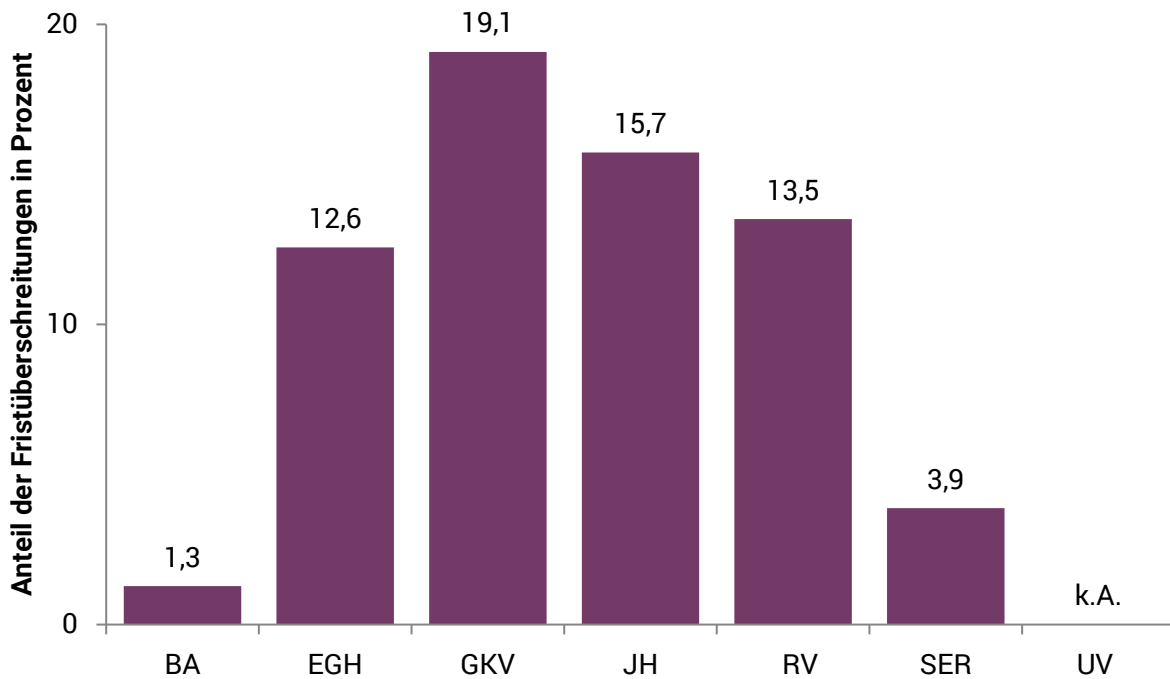
Trägerbereich	Minimum Frist 3a	Durchschnitt Frist 3a	Maximum Frist 3a	Zuständigkeits- feststellungen ¹	Träger
BA	-**	1,3	-**	66.856	1 (100,0%)
EGH	0,0	12,6	82,5	142.460	241 (95,6%)
GKV	0,0	19,1	100,0	792.819	106 (97,2%)
JH	0,0	15,7	100,0	25.795	358 (92,0%)
RV	0,7	13,5	24,6	1.508.506	17 (100,0%)
SER	0,0	3,9	100,0	1.212	46 (24,3%)
UV	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	0 (0,0%)
Gesamt	0,0	14,9	100,0	2.537.648	769 (77,6%)

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

¹ Die Anzahl der Zuständigkeitsfeststellungen wird hier nur für die Träger angegeben, von denen ebenfalls Angaben zu den entsprechenden Fristüberschreitungen vorliegen.

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

2019_AS26



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

Datengrundlage: 2.537.648 Zuständigkeitsfeststellungen¹ von 769 Trägern.

¹ Die Anzahl der Zuständigkeitsfeststellungen wird hier nur für die Träger angegeben, von denen ebenfalls Angaben zu den entsprechenden Fristüberschreitungen vorliegen.

2019_AS26

Abbildung 7. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung (Frist 3a) nach Trägerbereich

Ergebnisse der Datenauswertung

Ist der Träger zuständig oder leitet den Antrag nicht fristgerecht an den nach seiner Auffassung zuständigen Träger weiter, wird er zum leistenden Rehabilitationsträger. Dementsprechend stellt er den Rehabilitationsbedarf fest und entscheidet innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang über den Antrag (Frist 3b). Bei wie vielen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eine solche Bedarfsfeststellung ohne Gutachten erfolgt ist und wie häufig die Dreiwochenfrist nach § 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX überschritten wurde, zeigt Tabelle 16.

Tabelle 16. Anzahl der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen zu Gesamt-Anträgen ohne Gutachten (Frist 3b) nach Trägerbereich

Trägerbereich	Überschreitungen Frist 3b	Träger	Entscheidungen ohne Gutachten	Träger
BA	4.267	1 (100,0%)	57.881	1 (100,0%)
EGH	40.367	250 (99,2%)	75.915	246 (97,6%)
GKV	122.429	109 (100,0%)	808.376	109 (100,0%)
JH	9.344	368 (94,6%)	13.392	372 (95,6%)
RV	344.099	17 (100,0%)	1.654.063	17 (100,0%)
SER	111	186 (98,4%)	600	187 (98,9%)
UV	0	0 (0,0%)	31.633	33 (97,1%)
Gesamt	520.617	931 (93,9%)	2.641.860	965 (97,4%)

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

2019_AS26

Wenn zur Bedarfsfeststellung ein Gutachten nach § 17 SGB IX in Auftrag gegeben wird, muss der Träger innerhalb von zwei Wochen nach Vorlage des Gutachtens über den Antrag entscheiden (Frist 3c). Bei wie vielen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eine solche Bedarfsfeststellung mit Gutachten erfolgt ist und wie häufig die Zweiwochenfrist nach § 14 Abs. 2 Satz 3 überschritten wurde, zeigt Tabelle 17.

Tabelle 17. Anzahl der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen zu Gesamt-Anträgen mit Gutachten (Frist 3c) nach Trägerbereich

Trägerbereich	Überschreitungen Frist 3c	Träger	Entscheidungen mit Gutachten	Träger
BA	887	1 (100,0%)	8.474	1 (100,0%)
EGH	1.334	218 (86,5%)	15.597	226 (89,7%)
GKV	45.860	108 (99,1%)	224.309	108 (99,1%)
JH	1.080	368 (94,6%)	2.513	369 (94,9%)
RV	3.749	17 (100,0%)	23.444	16 (94,1%)
SER	- *	184 (97,4%)	19	184 (97,4%)
UV	k. A.	0 (0,0%)	k. A.	0 (0,0%)
Gesamt	52.910	896 (90,4%)	274.356	904 (91,2%)

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

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

2019_AS26

Ergebnisse der Datenauswertung

Tabelle 18 und Abbildung 8 zeigen, bei wie viel Prozent der Entscheidungen ohne Gutachten die Dreiwochenfrist nach § 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX überschritten wurde. Um eine Aussage darüber treffen zu können, müssen sowohl Angaben zu Entscheidungen ohne Gutachten als auch zu Fristüberschreitungen vorliegen. Dieser Anteil kann also nur bei den Trägern berechnet werden, die zu beiden Merkmalen Daten übermittelt haben. Des Weiteren ist in Tabelle 18 der jeweils minimale und maximale Anteil der Fristüberschreitungen dargestellt.

Bei einigen Trägern aus den Bereichen EGH, GKV, JH und SER kam es in 2019 bei keinem der bei ihnen eingegangenen Anträgen zu Fristüberschreitungen bei der Bedarfsfeststellung ohne Gutachten (Frist 3b). Der Minimum-Wert liegt entsprechend bei 0 Prozent. Diese Träger haben über alle entsprechenden Anträge innerhalb der gesetzlichen Dreiwochenfrist entschieden. Andere Träger aus den Bereichen EGH, GKV, JH und SER haben diese Frist zu 100 Prozent überschritten (siehe Spalte Maximum).

Tabelle 18. Durchschnittlicher prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen zu Gesamt-Anträgen ohne Gutachten (Frist 3b) nach Trägerbereich

Trägerbereich	Minimum Frist 3b	Durchschnitt Frist 3b	Maximum- Frist 3b	Entscheidungen ohne Gutach- ten ¹	Träger
BA	-**	7,4	-**	57.881	1 (100,0%)
EGH	0,0	52,7	100,0	75.915	223 (88,5%)
GKV	0,0	15,2	100,0	808.376	109 (100,0%)
JH	0,0	71,4	100,0	13.035	312 (80,2%)
RV	6,5	20,8	54,4	1.654.063	17 (100,0%)
SER	0,0	18,6	100,0	597	32 (16,9%)
UV	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	0 (0,0%)
Gesamt	0,0	19,9	100,0	2.609.867	694 (70,0%)

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

¹ Die Anzahl der Entscheidungen ohne Gutachten wird hier nur für die Träger angegeben, von denen ebenfalls Angaben zu den entsprechenden Fristüberschreitungen vorliegen.

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

2019_AS26

Tabelle 19 und Abbildung 8 zeigen, bei wie viel Prozent der Entscheidungen mit Gutachten die Zweiwochenfrist nach § 14 Abs. Satz 3 SGB IX überschritten wurde. Um eine Aussage darüber treffen zu können, müssen sowohl Angaben zu Entscheidungen mit Gutachten als auch zu Fristüberschreitungen vorliegen. Dieser Anteil kann also nur bei Trägern berechnet werden, die zu beiden Merkmalen Daten übermittelt haben. Des Weiteren ist in Tabelle 19 der jeweils minimale und maximale Anteil der Fristüberschreitungen dargestellt.

Bei einigen Trägern aus den Bereichen EGH, GKV, JH und SER kam es in 2019 bei keinem der bei ihnen eingegangenen Anträgen zu Fristüberschreitungen bei der Bedarfsfeststellung mit Gutachten (Frist 3c). Der Minimum-Wert liegt entsprechend bei 0 Prozent. Diese Träger haben über alle entsprechenden Anträge innerhalb von zwei Wochen nach Vorlage des Gutachtens entschieden. Andere Träger aus den Bereichen EGH, GKV, JH und SER haben diese Frist zu 100 Prozent überschritten (siehe Spalte Maximum).

Tabelle 19. Durchschnittlicher prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen zu Gesamt-Anträgen mit Gutachten (Frist 3c) nach Trägerbereich

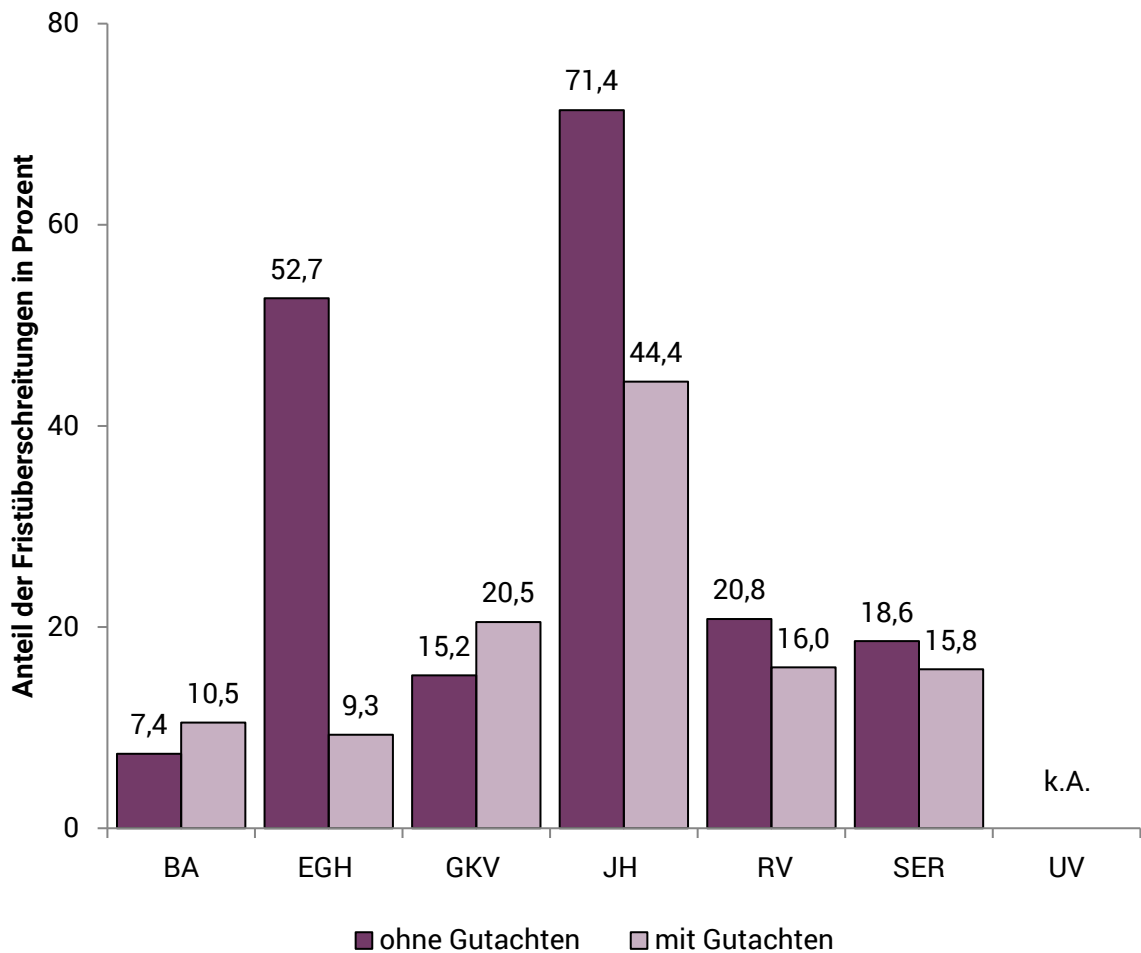
Trägerbereich	Minimum-Frist 3c	Durchschnitt-Frist 3c	Maximum Frist 3c	Entscheidungen mit Gutachten ¹	Träger
BA	..**	10,5	..**	8.474	1 (100,0%)
EGH	0,0	9,3	100,0	14.300	144 (57,1%)
GKV	0,0	20,5	100,0	224.309	103 (94,5%)
JH	0,0	44,4	100,0	2.426	129 (33,2%)
RV	3,3	16,0	47,8	23.444	15 (88,2%)
SER	0,0	15,8	100,0	19	6 (3,2%)
UV	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	0 (0,0%)
Gesamt	0,0	19,4	100,0	272.972	398 (40,2%)

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

¹ Die Anzahl der Entscheidungen mit Gutachten wird hier nur für die Träger angegeben, von denen ebenfalls Angaben zu den entsprechenden Fristüberschreitungen vorliegen.

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

2019_AS26



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

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

Datengrundlage ohne Gutachten: 2.609.867 Entscheidungen¹ zu Gesamt-Anträgen von 694 Trägern.

Datengrundlage mit Gutachten: 272.972 Entscheidungen² zu Gesamt-Anträgen von 398 Trägern.

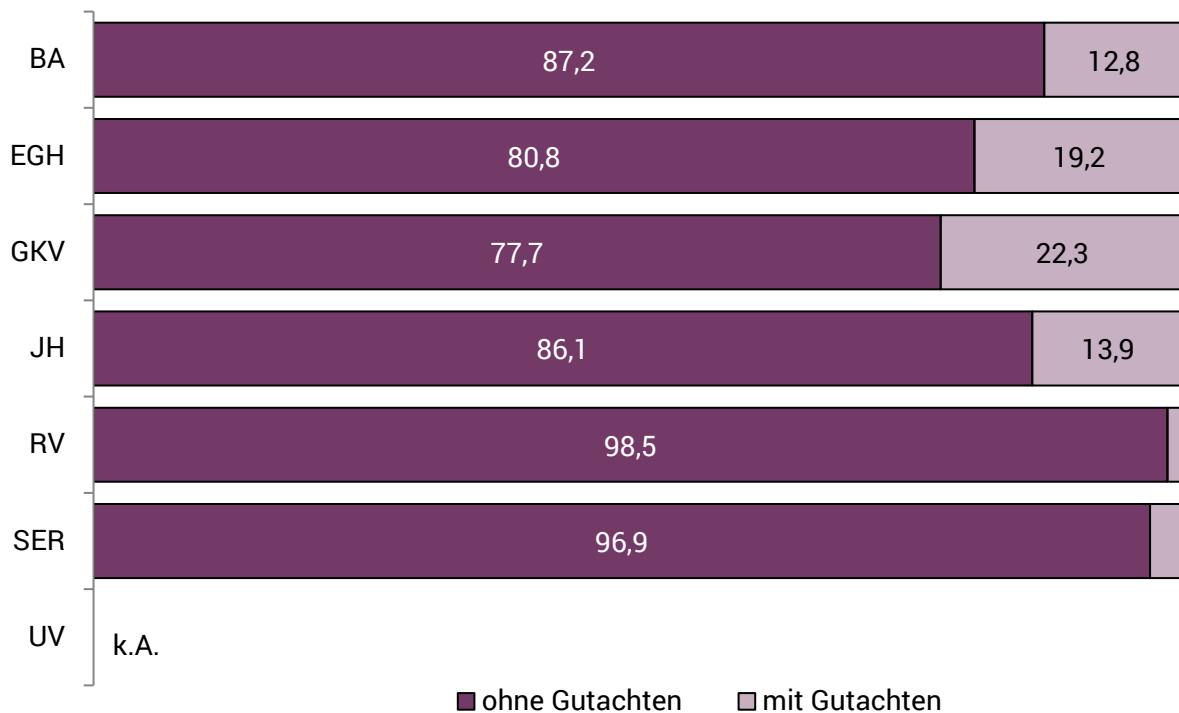
¹ Die Anzahl der Entscheidungen ohne Gutachten wird hier nur für die Träger angegeben, von denen ebenfalls Angaben zu den entsprechenden Fristüberschreitungen vorliegen.

² Die Anzahl der Entscheidungen mit Gutachten wird hier nur für die Träger angegeben, von denen ebenfalls Angaben zu den entsprechenden Fristüberschreitungen vorliegen.

2019_AS26

Abbildung 8. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen zu Gesamt-Anträgen mit und ohne Gutachten nach Trägerbereich

Abbildung 9 zeigt, wie viel Prozent der Anträge ohne und mit Beauftragung eines Gutachtens entschieden wurden.



Datengrundlage: 2.731.017 Entscheidungen¹ zu Gesamt-Anträgen von 676 Trägern.

¹ Die Anzahl der Entscheidungen entspricht der Summe aus der Anzahl der Entscheidungen zu Gesamt-Anträgen ohne Gutachten und der Anzahl der Entscheidungen zu Gesamt-Anträgen mit Gutachten. Sie beinhaltet nur Angaben von Trägern, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der Entscheidungen ohne als auch zur Anzahl der Entscheidungen mit Gutachten vorliegen.
2019_AS26

Abbildung 9. Prozentuale Verteilung der Entscheidungen zu Gesamt-Anträgen ohne und mit Gutachten nach Trägerbereich



Aus den Trägerbereichen

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

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

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

In der **UV** sind insbesondere im Bereich der medizinischen Rehabilitation ebenso wie Anträge auch formale Bewilligungen dem System der UV fremd und wurden bisher statistisch nicht erfasst. Zur Überschreitung der Frist zur Zuständigkeitsklärung nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX (Frist 3a) können daher für das aktuelle Berichtsjahr noch keine Angaben gemacht werden.

Fristüberschreitungen bei Entscheidungen zu Gesamt-Anträgen ohne Gutachten (Frist 3b) kommen in der **UV** nicht vor. Erfährt ein Träger der UV bspw. im Rahmen einer Reha-Planung von einem bestehenden Bedarf, stellt er diesen in der Regel noch am selben Tag fest und entscheidet über die Leistungen.

Die Kennzahlen zu Frist 3c sind für die **UV** nicht einschlägig. In der UV sind medizinische Gutachten zur Bedarfsermittlung unbekannt, da für die Versicherten i. d. R.

aufgrund des Vorverfahrens (Akutbehandlung u. ä.) bereits entsprechende ärztliche Unterlagen vorliegen.

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



Gesetzestext:

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



Fragestellungen:

Wie viele Gutachten wurden beauftragt?

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



Ergebnis:

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



Zur Einordnung der Daten

Angaben zur Anzahl der Gutachten liegen von 894 Trägern vor. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 518.202 Gutachten, die von den Trägern selbst beauftragt wurden (Tabelle 20).

Wie lange es dauert, bis ein Gutachten vorliegt, konnte für die 379 Träger berechnet werden, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der Gutachten als auch zur aufsummierten Dauer vorliegen. Die Datengrundlage für die Gutachtendauer reduziert sich somit auf 631.740 Gutachten (Tabelle 21 und Abbildung 10). Das bedeutet, dass die Entscheidungen mit Gutachten (Tabelle 19, Sachverhalt 3) nicht unmittelbar in Bezug zur Anzahl der Gutachten (Tabelle 20) und zur Anzahl der Gutachten, für die auch Angaben zur aufsummierten Dauer vorliegen (Tabelle 21), gesetzt werden können.

Für den THVB sind Gutachten in Fällen des § 14 Abs. 2 S. 3 SGB IX bzw. § 17 SGB IX zu erfassen. Ein solches Gutachten liegt vor, wenn § 17 SGB IX – auch sinngemäß – Anwendung findet (u.a. sind dem Antragsteller grundsätzlich

mindestens drei verschiedene Sachverständige zu benennen und es sollte eine umfassende sozialmedizinische Begutachtung erstellt werden). Ob die in den Bereichen EGH und JH weit verbreiteten fachärztlichen Stellungnahmen den formalen und inhaltlichen Anforderungen eines solchen Gutachtens genügen, ist im Einzelfall zu klären und nicht immer trennscharf zu bestimmen. Die aufgezeigten Grenzen zwischen ärztlichen Stellungnahmen und Gutachten im Sinne des § 17 SGB IX können vor diesem Hintergrund im Einzelfall allerdings fließend sein.

Tabelle 20 zeigt, wie viele Gutachten pro Trägerbereich in Auftrag gegeben wurden.

Tabelle 20. Anzahl der Gutachten nach Trägerbereich

Trägerbereich	Gutachten	Träger
BA **	9.031	1 (100,0%)
EGH	17.681	226 (89,7%)
GKV	465.413	109 (100,0%)
JH	2.614	359 (92,3%)
RV	23.444	17 (100,0%)
SER	19	182 (96,3%)
UV	k. A.	0 (0,0%)
Gesamt	518.202	894 (90,2%)

** Daten werden aggregiert dargestellt, da die BA nicht als Trägerbereich strukturiert ist, sondern eine solitäre Rehabilitationsträgerin ist.

2019_AS26

Ergebnisse der Datenauswertung

In Tabelle 21 und Abbildung 10 ist dargestellt, wie lange es im Durchschnitt dauert, bis ein Gutachten vorliegt. Die Gutachtendauer kann nur dann berechnet werden, wenn sowohl Angaben zur Anzahl der Gutachten als auch zu deren aufsummierter Dauer vorliegen.

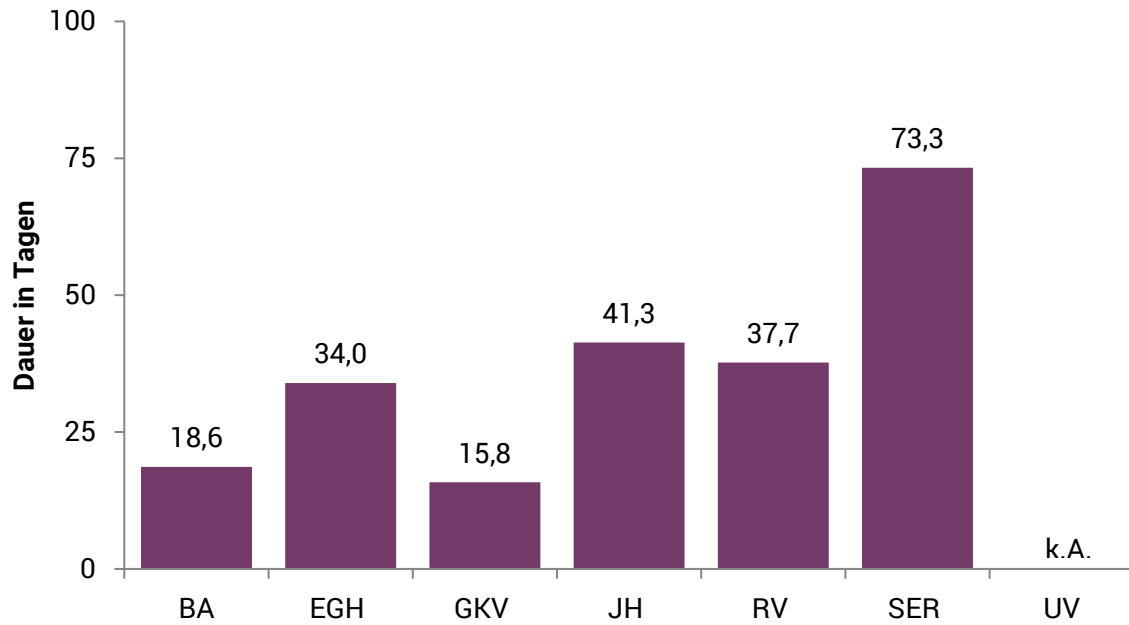
Tabelle 21. Durchschnittliche Dauer der Erstellung eines Gutachtens (in Tagen) nach Trägerbereich

Trägerbereich	Durchschnitt	Gutachten¹	Träger
BA **	18,6	9.031	1 (100,0%)
EGH	34,0	12.908	148 (58,7%)
GKV	15,8	313.724	79 (72,5%)
JH	41,3	2.614	130 (33,4%)
RV	37,7	23.444	15 (88,2%)
SER	73,3	19	6 (3,2%)
UV	k. A.	k. A.	0 (0,0%)
Gesamt	18,2	361.740	379 (38,2%)

¹ Die Anzahl der Gutachten wird nur für die Träger angegeben, von denen auch Angaben zur aufsummierten Gutachtendauer vorliegen.

** Daten werden aggregiert dargestellt, da die BA nicht als Trägerbereich strukturiert ist, sondern eine solitäre Rehabilitationsträgerin ist.

2019_AS26



Datengrundlage: 361.740 Gutachten¹ von 379 Trägern.

¹ Die Anzahl der Gutachten wird nur für die Träger angegeben, von denen auch Angaben zur aufsummierten Gutachtendauer vorliegen.

2019_AS26

Abbildung 10. Durchschnittliche Dauer der Erstellung eines Gutachtens (in Tagen) nach Trägerbereich



Aus den Trägerbereichen

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

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

Nach § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V sind die Krankenkassen verpflichtet, die Notwendigkeit von Rehabilitationsleistungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüfen zu lassen. Die Prüfung wird stichprobenhaft durchgeführt, wobei jeder 4. Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 40 und 41 SGB V einbezogen wird. Anträge auf Anschlussrehabilitationen können hiervon ausgenommen werden. Unabhängig von der Prüfung in Stichproben ist eine sozialmedizinische Begutachtung durch den MDK in Zweifelsfällen erforderlich. Bei einer Anzahl von 1.061.878 Gesamtanträgen im Bereich der **GKV** und einer Gesamtzahl von 224.309 Anträgen mit Gutachten deutet die Anzahl von 465.413 Gutachten im Bereich der GKV darauf hin, dass dieser Wert auf Ungenauigkeiten bei der Datenerfassung und Datengenerierung für den THVB zurückzuführen und als nicht repräsentativ für die GKV zu werten ist.

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

3.3.5. Sachverhalt 5: Bearbeitungsdauern



Gesetzestext:

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



Fragestellungen:

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

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



Ergebnis:

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

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

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

Bei vollständiger Unzuständigkeit eines Trägers fallen die Weiterleitungen nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX nicht unter die Entscheidungsarten der Erledigung und Bewilligung.



Zur Einordnung der Daten

Angaben zur Anzahl der **Bewilligungen** (vollständig oder teilweise) liegen von 978 Trägern vor. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 2.351.046 bewilligte Gesamt-Anträge (Tabelle 22). Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer eines bewilligten Antrags konnte für die 770 Träger berechnet werden, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der Bewilligungen als auch zur aufsummierten Bearbeitungsdauer vorliegen. Die Datengrundlage reduziert sich somit auf 2.345.972 bewilligte Gesamt-Anträge (Tabelle 23 und Abbildung 11).

Angaben zur Anzahl der **Erledigungen** (Ablehnung oder Sonstiges) liegen von 898 Trägern vor. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 576.193 erledigte Gesamt-Anträge (Tabelle 22). Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer eines erledigten Antrags konnte nur für die 566 Träger berechnet werden, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der Erledigungen als auch zur aufsummierten Bearbeitungsdauer vorliegen. Die entsprechende Datengrundlage reduziert sich somit auf 575.940 erledigte Gesamt-Anträge (Tabelle 23 und Abbildung 11).

Die Bearbeitungsdauer eines Antrags unabhängig von der Entscheidung kann nur berechnet werden, wenn sowohl Angaben zur Anzahl der Bewilligungen und Erledigungen als auch zu deren aufsummierten Bearbeitungsdauern vorliegen. Die entsprechende Datengrundlage reduziert sich somit auf 2.847.801 entschiedene Gesamt-Anträge (Tabelle 24 und Abbildung 12).

Tabelle 22 zeigt, wie viele Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe bewilligt (vollständig oder teilweise) und wie viele Anträge erledigt (abgelehnt oder sonstig erledigt) wurden.

Tabelle 22. Anzahl der Bewilligungen und Anzahl der Erledigungen des Gesamt-Antrags nach Trägerbereich

Trägerbereich	Bewilligungen	Träger	Erledigungen	Träger
BA	60.863	1 (100,0%)	5.492	1 (100,0%)
EGH	103.848	249 (98,8%)	7.124	220 (87,3%)
GKV	818.327	109 (100,0%)	203.776	108 (99,1%)
JH	16.278	382 (98,2%)	1.724	367 (94,3%)
RV	1.319.475	17 (100,0%)	358.032	17 (100,0%)
SER	622	186 (98,4%)	45	185 (97,9%)
UV	31.633	34 (100,0%)	k. A.	0 (0,0%)
Gesamt	2.351.046	978 (99,6%)	576.193	898 (90,6%)

2019_AS26

In Tabelle 23 und Abbildung 11 ist dargestellt, wie lange es im Durchschnitt bis zur Entscheidung über einen Antrag dauert – in Abhängigkeit davon, ob der Antrag bewilligt (vollständig oder teilweise) oder erledigt (abgelehnt oder sonstig entschieden) wurde. Die jeweilige Bearbeitungsdauer kann nur dann berechnet werden, wenn sowohl Angaben zur Anzahl der Bewilligungen bzw. Erledigungen als auch zu deren aufsummierter Dauer vorliegen.

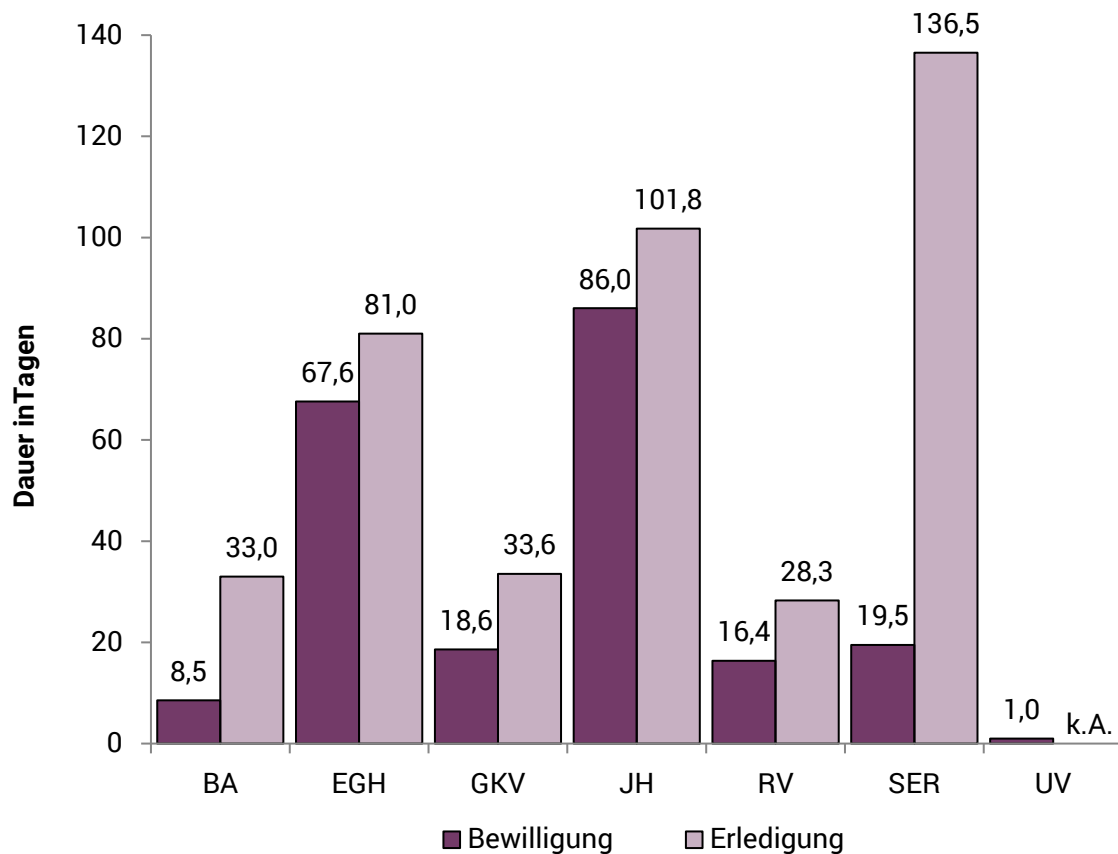
Tabelle 23. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei Bewilligung und Erledigung des Gesamt-Antrags (in Tagen) nach Trägerbereich

Trägerbereich	Dauer Bewilligungen	Anzahl Bewilligungen ¹	Träger	Dauer Erledigungen	Anzahl Erledigungen ¹	Träger
BA	8,5	60.863	1 (100,0%)	33,0	5.492	1 (100,0%)
EGH	67,6	98.775	228 (90,5%)	81,0	7.103	203 (80,6%)
GKV	18,6	818.327	109 (100,0%)	33,6	203.547	104 (95,4%)
JH	86,1	16.277	347 (89,2%)	102,0	1.721	231 (59,4%)
RV	16,4	1.319.475	17 (100,0%)	28,3	358.032	17 (100,0%)
SER	19,5	622	35 (18,5%)	137,0	45	10 (5,3%)
UV	1,0	31.633	33 (97,1%)	k. A.	k. A.	0 (0,0%)
Gesamt	19,4	2.345.972	770 (77,7%)	31,1	575.940	566 (57,1%)

¹ Die Anzahl der Bewilligungen bzw. Erledigungen wird hier nur für die Träger angegeben, von denen auch Angaben zur jeweiligen aufsummierten Bearbeitungsdauer vorliegen.
2019_AS26.

Betrachtungsbeispiel zu Tabelle 23

Im Trägerbereich JH vergingen im Durchschnitt 86,1 Tage, bis eine beantragte Leistung bewilligt wurde. Bei einer Ablehnung oder sonstigen Erledigung des Antrags vergingen durchschnittlich 102 Tage, bis diese Entscheidung vorlag.



Datengrundlage Bewilligung: 2.345.972 Bewilligungen¹ von 770 Trägern.

Datengrundlage Erledigung: 575.940 Erledigungen¹ von 566 Trägern.

¹ Die Anzahl der Bewilligungen bzw. Erledigungen wird hier nur für die Träger angegeben, von denen auch Angaben zur jeweiligen aufsummierten Bearbeitungsdauer vorliegen.

2019_AS26

Abbildung 11. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei Bewilligung und Erledigung (in Tagen) nach Trägerbereich

Ergebnisse der Datenauswertung

Tabelle 24 und Abbildung 12 zeigen die durchschnittliche Bearbeitungsdauer unabhängig davon, wie über den Antrag entschieden wurde. Außerdem sind in Tabelle 24 die jeweilige minimale und maximale Bearbeitungsdauer dargestellt.

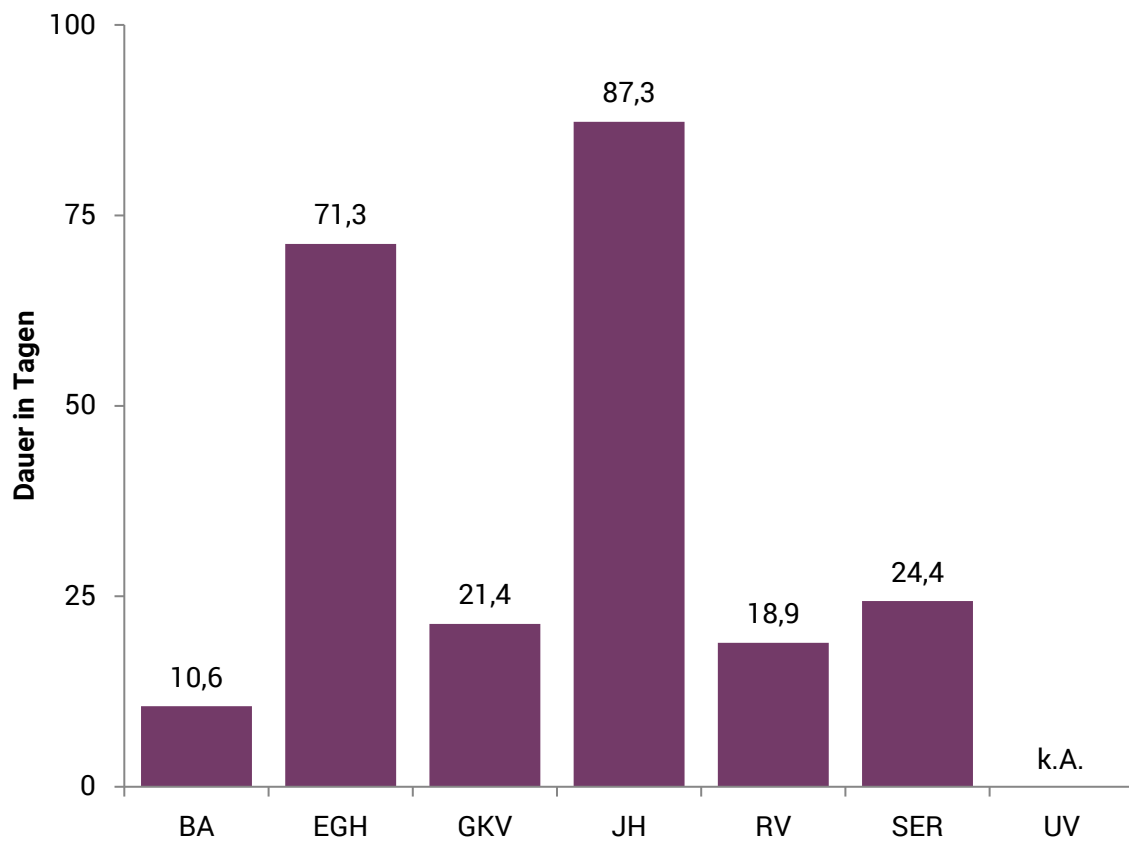
Tabelle 24. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer des Gesamt-Antrags (in Tagen) nach Trägerbereich

Trägerbereich	Minimum	Durchschnitt	Maximum	Entscheidungen insgesamt ¹	Träger
BA	..**	10,6	..**	66.355	1 (100,0%)
EGH	6,4	71,3	353,6	94.930	194 (77,0%)
GKV	5,2	21,4	250,4	994.136	104 (95,4%)
JH	0,0	87,3	287,7	14.341	230 (59,1%)
RV	8,4	18,9	50,2	1.677.507	17 (100,0%)
SER	9,4	24,4	244,2	532	9 (4,8%)
UV	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	0 (0,0%)
Gesamt	0,0	21,8	353,6	2.847.801	555 (56,0%)

¹ Die Anzahl der Entscheidungen insgesamt wird nur für die Träger angegeben, von denen auch Angaben zu den aufsummierten Bearbeitungsdauern vorliegen.

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

2019_AS26



Datengrundlage: 2.847.801 Entscheidungen¹ von 555 Trägern.

² Die Anzahl der Entscheidungen wird nur für die Träger angegeben, von denen auch Angaben zu den aufsummierten Bearbeitungsdauern vorliegen.

2019_AS26

Abbildung 12. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer insgesamt (in Tagen) nach Trägerbereich



Aus den Trägerbereichen

In den Bereichen **EGH und JH** sind zur Bedarfsfeststellung in der Regel verschiedene Gespräche notwendig und diese sind zeitintensiv. Gesprächstermine mit dem Antragsteller selbst, dessen Betreuer oder, im Falle der JH, mit den Eltern sowie mit in Frage kommenden Einrichtungen müssen vereinbart werden. Auch eine Klärung von Einkommens- und Vermögensverhältnissen, wie im Bereich EGH oft notwendig, ist meist langwierig.

Die geringen Kapazitäten bei Leistungserbringern, insbesondere im stationären Bereich, führen zu langen Wartezeiten. Diese gehen, da der Bewilligungsbescheid in der Regel auch ein konkretes Angebot des Leistungserbringers enthält, in die Bearbeitungsdauer von **EGH und JH** ein.

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

In der **UV** sind Bedarfserkennung, Bedarfsfeststellung und die sofortige Leistungsentscheidung ein nahtloser Prozess. Erfährt ein Träger der UV bspw. im Rahmen einer Reha-Planung von einem bestehenden Bedarf, stellt er diesen in der Regel noch am selben Tag fest und entscheidet über die Leistungen. Daraus ergibt sich für Bewilligungen eine Bearbeitungsdauer von einem Tag.

3.3.6. Sachverhalt 6: Erledigungsarten



Gesetzestext:

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



Fragestellungen:

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

Wie oft erhalten Leistungsberechtigte eine beantragte Leistung nicht oder nicht vollständig?



Ergebnis:

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

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



Zur Einordnung der Daten

Die Erledigungsarten gliedern sich auf in „vollständige Bewilligung“, „teilweise Bewilligung“, „vollständige Ablehnung“ und „sonstige Erledigung“. Die Anzahl der „Entscheidungen gesamt“ in Tabelle 26 ergibt sich aus der Summe der Anzahlen dieser vier Erledigungsarten. Es liegen Angaben zu den Erledigungsarten von 2.922.009 Gesamt-Anträgen vor.

Die Anzahl der Anträge, die **teilweise bewilligt** wurden, geht aus den Meldevariablen zu Sachverhalt 6 hervor. Angaben zur Anzahl der teilweisen Bewilligungen liegen von 884 Trägern vor (Tabelle 26). Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 222.797 teilweise bewilligte Gesamt-Anträge (Tabelle 25).

Auch die Anzahl der Anträge, die **vollständig abgelehnt** wurden, geht aus den Meldevariablen zu Sachverhalt 6 hervor. Angaben zur Anzahl der vollständigen Ablehnungen liegen von 915 Trägern vor (Tabelle 26). Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 506.316 vollständig abgelehnte Gesamt-Anträge (Tabelle 25).

Die Anzahl der Anträge, die **vollständig bewilligt** wurden, wird unter Berücksichtigung der Meldevariablen zu Sachverhalt 5 berechnet. Demnach ergibt sich die Anzahl der vollständig bewilligten Anträge aus der Differenz der Anzahl der bewilligten Anträge (vollständig oder teilweise) aus Sachverhalt 5 minus der Anzahl der nicht vollständig bewilligten Anträge aus Sachverhalt 6. Angaben zur Anzahl der vollständigen Bewilligungen liegen von 914 Trägern vor (Tabelle 26). Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 2.122.431 vollständig bewilligte Gesamt-Anträge (Tabelle 25).

Auch die Anzahl der Anträge, die **sonstig erledigt** wurden, wird unter Berücksichtigung der Meldevariablen zu Sachverhalt 5 berechnet. Demnach ergibt sich die Anzahl der sonstig erledigten Anträge aus der Differenz der Anzahl der abgelehnten oder in der Kategorie Sonstige erfassten Anträge aus Sachverhalt 5 minus der Anzahl der vollständig abgelehnten Anträge aus Sachverhalt 6. Angaben zur Anzahl der sonstigen Erledigungen liegen von 888 Trägern vor (Tabelle 26). Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 70.465 sonstig erledigte Gesamt-Anträge (Tabelle 25).

Der prozentuale Anteil der Erledigungsarten an allen entschiedenen Gesamt-Anträgen kann nur berechnet werden, wenn Angaben zu allen Meldevariablen aus den Sachverhalten 5 und 6 vorliegen. Die entsprechende Datengrundlage reduziert sich somit auf 2.851.582 entschiedene Gesamt-Anträge (Tabelle 27 und Abbildung 13).

In Tabelle 25 ist die jeweilige Anzahl der einzelnen Erledigungsarten dargestellt. Von wie vielen Trägern diese Anzahlen vorliegen bzw. errechnet werden konnten, zeigt Tabelle 26.

Tabelle 25. Anzahl der Träger mit Angaben zu Erledigungsarten des Gesamt-Antrags nach Trägerbereich

Trägerbereich	Vollständige Bewilligung	Teilweise Bewilligung	Vollständige Ablehnung	Sonstige Erledigung
BA	1 (100,0%)	1 (100,0%)	1 (100,0%)	1 (100,0%)
EGH	222 (88,1%)	224 (88,9%)	239 (94,8%)	216 (85,7%)
GKV	109 (100,0%)	109 (100,0%)	108 (99,1%)	108 (99,1%)
JH	348 (89,5%)	350 (90,0%)	365 (93,8%)	361 (92,8%)
RV	17 (100,0%)	17 (100,0%)	17 (100,0%)	17 (100,0%)
SER	183 (96,8%)	183 (96,8%)	185 (97,9%)	185 (97,9%)
UV	34 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Gesamt	914 (92,2%)	884 (89,2%)	915 (92,3%)	888 (89,6%)

2019_AS26

Tabelle 26. Anzahl der Erledigungsarten des Gesamt-Antrags nach Trägerbereich

Trägerbereich	Vollständige Bewilligungen	Teilweise Bewilligungen	Vollständige Ablehnungen	Sonstige Erledigungen	Entscheidungen-gesamt ¹
BA	60.863	0	5.409	83	66.355
EGH	96.333	3.014	5.071	2.648	107.066
GKV	756.366	61.961	180.462	23.314	1.022.103
JH	14.665	306	1.190	527	166.88
RV	1.161.965	157.510	314.159	43.873	1.677.507
SER	606	6	25	20	657
UV	31.633	k. A.	k. A.	k. A.	31.633
Gesamt	2.122.431	222.797	506.316	70.465	2.922.009

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

2019_AS26

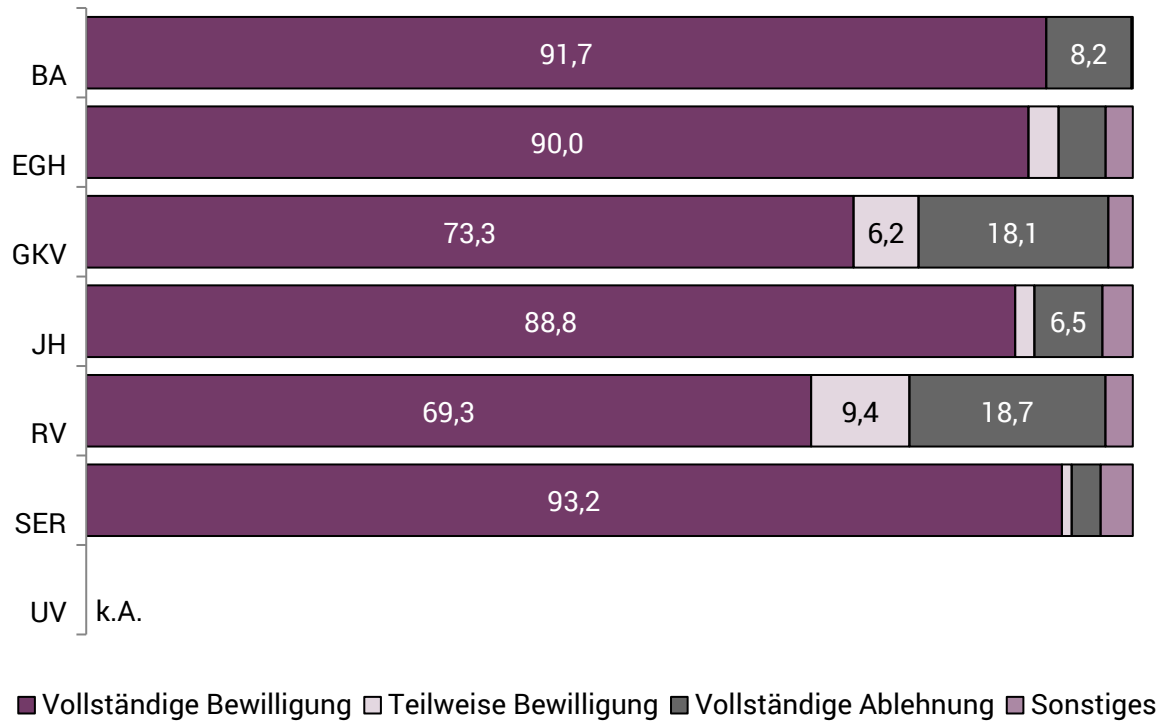
Ergebnisse der Datenauswertung

In Abbildung 13 wird die Verteilung der einzelnen Erledigungsarten gezeigt. Der prozentuale Anteil der jeweiligen Erledigungsarten im Verhältnis zu allen entschiedenen Anträgen kann nur dann berechnet werden, wenn Angaben zu allen relevanten Meldevariablen aus Sachverhalt 5 und 6 vorliegen. Tabelle 27 zeigt die zugrundeliegenden absoluten Angaben der einzelnen Erledigungsarten.

Tabelle 27. Anzahl der Erledigungsarten des Gesamt-Antrags bei Vorliegen aller Erledigungsarten nach Trägerbereich

Trägerbereich	Vollständige Bewilligungen	Teilweise Bewilligungen	Vollständige Ablehnungen	Sonstige Erledigungen	Entscheidungen gesamt¹
BA	60.863	0	5.409	83	66.355
EGH	86.461	2.753	4.323	2.492	96.029
GKV	729.285	61.719	180.424	23.322	994.750
JH	14.461	298	1.058	474	16.291
RV	1.161.965	157.510	314.159	43.873	1.677.507
SER	606	6	18	20	650
UV	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Gesamt	2.053.641	222.286	505.391	70.264	2.851.582

¹ Die Entscheidungen gesamt ergeben sich aus der Summe der Anzahl vollständiger Bewilligungen, teilweiser Bewilligungen, vollständiger Ablehnungen und sonstiger Erledigungen, sofern zu allen vier Erledigungsarten Angaben vorliegen.



Datengrundlage: 2.851.582 Entscheidungen¹ von 843 Trägern.

¹ Die Entscheidungsergebnisse ergeben sich aus der Summe der Anzahl vollständiger Bewilligungen, teilweiser Bewilligungen, vollständiger Ablehnungen und sonstiger Erledigungen, sofern zu allen vier Erledigungsarten Angaben vorliegen.

2019_AS26

Abbildung 13. Prozentuale Verteilung der Erledigungsarten des Gesamt-Antrags nach Trägerbereich



Aus den Trägerbereichen

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

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

Im Bereich der **UV** können für das aktuelle Berichtsjahr aufgrund der notwendigen Anpassungen der statistischen Dokumentation noch keine Angaben zu den Erledigungsarten teilweise Bewilligung, vollständige Ablehnung und sonstige Erledigung gemacht werden.

3.3.7. Sachverhalt 7: Antrittslaufzeiten mit und ohne Teilhabeplanung



Gesetzestext:

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



Fragestellung:

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

Dies wird getrennt erfasst für die Fälle mit und ohne Teilhabeplanung.



Ergebnis:

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

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

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

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



Zur Einordnung der Daten

Eine **negative Antrittslaufzeit** ergibt sich, wenn eine Leistung bereits vor dem Tag des Bewilligungsbescheids angetreten wird. Die durchschnittliche negative Antrittslaufzeit konnte für die 604 Träger berechnet werden, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der Leistungsantritte als auch zur aufsummierten negativen Antrittslaufzeit vorliegen. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich somit auf 157.712 Leistungsantritte vor dem Bewilligungsbescheid (Tabelle 28 und Abbildung 14).

Eine **positive Antrittslaufzeit** ergibt sich, wenn eine Leistung am Tag des Bewilligungsbescheids oder danach angetreten wird. Die durchschnittliche positive Antrittslaufzeit konnte für die 663 Träger berechnet werden, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der Leistungsantritte als auch zur aufsummierten positiven Antrittslaufzeit vorliegen. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich somit auf 1.829.207 Leistungsantritte nach dem Bewilligungsbescheid (Tabelle 29 und Abbildung 14).

Die Antrittslaufzeiten werden außerdem dahingehend erfasst, ob eine **Teilhabeplanung (THP)** stattgefunden hat oder nicht. Auch hier wurden nur die Anträge berücksichtigt, zu denen Angaben sowohl zur Anzahl der Leistungsantritte als auch zur aufsummierten Antrittslaufzeit vorliegen. Die jeweiligen Datengrundlagen reduzieren sich entsprechend (Tabelle 30 bis 33 und Abbildung 15).

Die Angaben zur Anzahl der Leistungsantritte vor und nach dem Bewilligungsbescheid ohne THP beinhalten auch jene Anträge, bei denen zwar ein THP vorliegt, der übermittelnde Träger aber nicht der leistende Träger war. Die Erfassung und Meldung für den THVB erfolgte in diesem Fall durch den jeweils koordinierenden leistenden Rehabilitationsträger. Auf diese Weise sollen Doppelzählungen vermieden werden.

Die prozentualen Anteile der Leistungsantritte vor und nach dem Bewilligungsbescheid an allen Leistungsantritten konnten jeweils für die 778 Träger berechnet werden, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der positiven als auch zur Anzahl der negativen Leistungsantritte vorliegen. Anders als bei den vorherigen Tabellen und Abbildungen zu Sachverhalt 7 kann hier die Anzahl der Leistungsantritte auch dann abgebildet werden, wenn keine Angaben zur jeweiligen aufsummierten Antrittslaufzeit vorliegen. Daraus ergibt sich eine Datengrundlage von 1.015.196 Leistungsantritten insgesamt (Tabelle 34 und Abbildung 16).

Die Antrittslaufzeit ist negativ, wenn der Leistungsbeginn der ersten angetretenen Leistung vor dem ersten Bewilligungsbescheid liegt. Tabelle 28 und Abbildung 14 zeigen, wie viele Tage eine Leistung durchschnittlich vor dem ersten Bewilligungsbescheid angetreten wurde. Die negative Antrittslaufzeit kann nur dann berechnet werden, wenn sowohl Angaben zur Anzahl der entsprechenden Leistungsantritte als auch zu deren aufsummierten Antrittslaufzeiten vorliegen. Außerdem ist in Tabelle 28 dargestellt, wie häufig ein solcher Leistungsantritt vor dem Bewilligungsbescheid vorkam.

Tabelle 28. Durchschnittliche negative Antrittslaufzeit (in Tagen) und Anzahl der Leistungsantritte vor Bewilligungsbescheid nach Trägerbereich

Trägerbereich	Negative Antrittslaufzeit	Leistungsantritte vor Bewilligungsbescheid ¹	Träger
BA	..**	..**	..**
EGH	-85,8	61.715	208 (82,5%)
GKV	-37,3	96.979	107 (98,2%)
JH	-48,8	8.923	282 (72,5%)
RV	k. A.	k. A.	0 (0,0%)
SER	-69,8	95	7 (3,7%)
UV	k. A.	k. A.	0 (0,0%)
Gesamt	-55,8	157.712	604 (60,9%)

¹ Die Anzahl der Leistungsantritte vor Bewilligungsbescheid wird nur für die Träger angegeben, von denen auch Angaben zur aufsummierten Antrittslaufzeit vor Bewilligungsbescheid vorliegen.

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

2019_AS26

Ergebnisse der Datenauswertung

Bei nur einer bewilligten Leistung spiegelt die positive Antrittslaufzeit wider, wie viele Tage vom ersten Bewilligungsbescheid bis zum Antritt der Leistung vergangen sind.

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

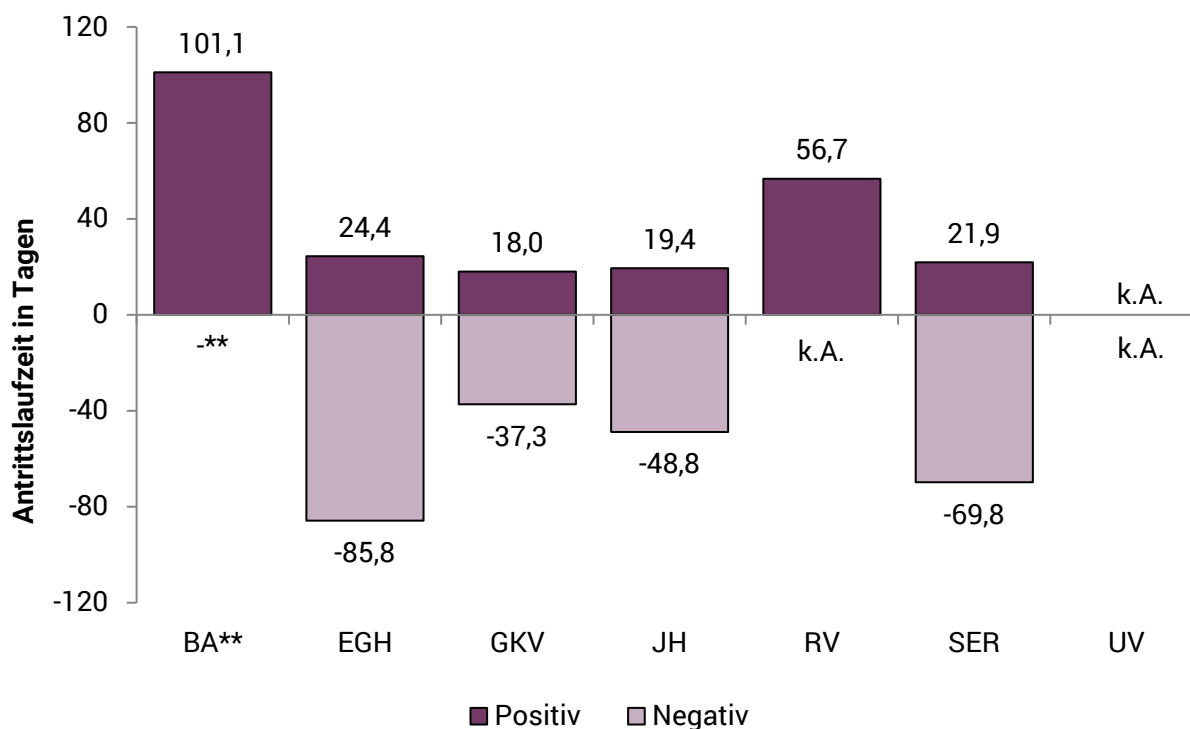
Tabelle 29 und Abbildung 14 zeigen, wie viele Tage nach dem Bewilligungsbescheid durchschnittlich vergangen sind, bis die erste Leistung angetreten wurde. Die positive Antrittslaufzeit kann nur dann berechnet werden, wenn sowohl Angaben zur Anzahl der entsprechenden Leistungsantritte als auch zu deren aufsummierter Antrittslaufzeit vorliegen. Außerdem ist in Tabelle 29 dargestellt, wie häufig ein solcher Leistungsantritt nach dem Bewilligungsbescheid vorkommt.

Tabelle 29. Durchschnittliche positive Antrittslaufzeit (in Tagen) und Anzahl der Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid nach Trägerbereich

Trägerbereich	Positive Antrittslaufzeit	Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid ¹	Träger
BA	101,1	54.844	1 (100,0%)
EGH	24,4	50.252	205 (81,3%)
GKV	18,0	728.835	107 (98,2%)
JH	19,4	10.002	312 (80,2%)
RV	56,7	984.750	17 (100,0%)
SER	21,9	524	21 (11,1%)
UV	k. A.	k. A.	0 (0,0%)
Gesamt	41,5	1.829.207	663 (66,9%)

¹ Die Anzahl der Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid wird nur für die Träger angegeben, von denen auch Angaben zur aufsummierten Antrittslaufzeit nach Bewilligungsbescheid vorliegen.

2019_AS26



Datengrundlage positiv: 1.829.207 Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid¹ von 663 Trägern.

Datengrundlage negativ: 157.712 Leistungsantritte vor Bewilligungsbescheid¹ von 604 Trägern.

¹ Die Anzahl der Leistungsantritte wird nur für die Träger angegeben, von denen auch Angaben zur entsprechenden aufsummierten Antrittslaufzeit vorliegen.

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

2019_AS26

Abbildung 14. Durchschnittliche positive und negative Antrittslaufzeit (in Tagen) nach Trägerbereich

Betrachtungsbeispiel zu Abbildung 14

Im Falle eines Leistungsantritts vor dem Bewilligungsbescheid, wurde eine Leistung im Trägerbereich GKV durchschnittlich 37,3 Tage vorher angetreten. Bei Leistungen, die nach Bewilligungsbescheid angetreten wurden, vergingen im Durchschnitt 18,0 Tage.

Ergebnisse der Datenauswertung

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

Die Antrittslaufzeiten ohne THP und die Anzahlen der entsprechenden Leistungsantritte sind in den Tabelle 30 und Tabelle 31 dargestellt, während die Antrittslaufzeiten mit THP und die Anzahlen der entsprechenden Leistungsantritte in den Tabelle 32 und Tabelle 33 gezeigt werden. Eine Übersicht über die negativen und positiven Antrittslaufzeiten sowohl ohne als auch mit THP wird in Abbildung 15 gegeben.

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

Trägerbereich	Negative Antrittslaufzeit ohne THP	Leistungsantritte vor Bewilligungsbescheid ohne THP ¹	Träger
BA	..**	..**	..**
EGH	-73,3	34.782	91 (36,1%)
GKV	..***	..***	..***
JH	-34,3	6.252	249 (64,0%)
RV	k. A.	k. A.	0 (0,0%)
SER	-78,7	81	4 (2,1%)
UV	k. A.	k. A.	0 (0,0%)
Gesamt	-67,4	41.115	344 (34,7%)

¹ Die Anzahl der Leistungsantritte vor Bewilligungsbescheid ohne THP wird nur für die Träger angegeben, von denen auch Angaben zur aufsummierten Antrittslaufzeit vor Bewilligungsbescheid ohne THP vorliegen.

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

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

2019_AS26

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

Trägerbereich	Positive Antrittslaufzeit ohne THP	Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid ohne THP ¹	Träger
BA	103,2	54.216	1 (100,0%)
EGH	18,9	34.378	144 (57,1%)
GKV	..***	..***	..***
JH	17,7	7.103	284 (73,0%)
RV	56,7	982.009	17 (100,0%)
SER	22,0	519	19 (10,1%)
UV	k. A.	k. A.	0 (0,0%)
Gesamt	57,59	1.078.225	465 (46,9%)

¹ Die Anzahl der Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid ohne THP wird nur für die Träger angegeben, von denen auch Angaben zur aufsummierten Antrittslaufzeit nach Bewilligungsbescheid ohne THP vorliegen.

*** Die Träger der GKV sind nach § 41 Abs. 1 Nr. 7 SGB IX von der Meldung des Merkmals „mit und ohne Teilhabeplanung“ ausgenommen, sodass hier keine Daten dargestellt werden.
2019_AS26

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

Trägerbereich	Negative Antrittslaufzeit mit THP	Leistungsantritte vor Bewilligungsbescheid mit THP ¹	Träger
BA	..**	..**	..**
EGH	-38,0	2.331	74 (29,4%)
GKV	..***	..***	..***
JH	-25,5	1.618	91 (23,4%)
RV	k. A.	k. A.	0 (0,0%)
SER	- *	- *	1 (0,5%)
UV	k. A.	k. A.	0 (0,0%)
Gesamt	-32,9	3.949	166 (16,8%)

¹ Die Anzahl der Leistungsantritte vor Bewilligungsbescheid mit THP wird nur für die Träger angegeben, von denen auch Angaben zur aufsummierten Antrittslaufzeit vor Bewilligungsbescheid mit THP vorliegen.

* Anzahlen im Bereich von 1 bis einschließlich 4 und die entsprechenden Dauern werden aus Gründen des Datenschutzes nicht dargestellt.

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

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

2019_AS26

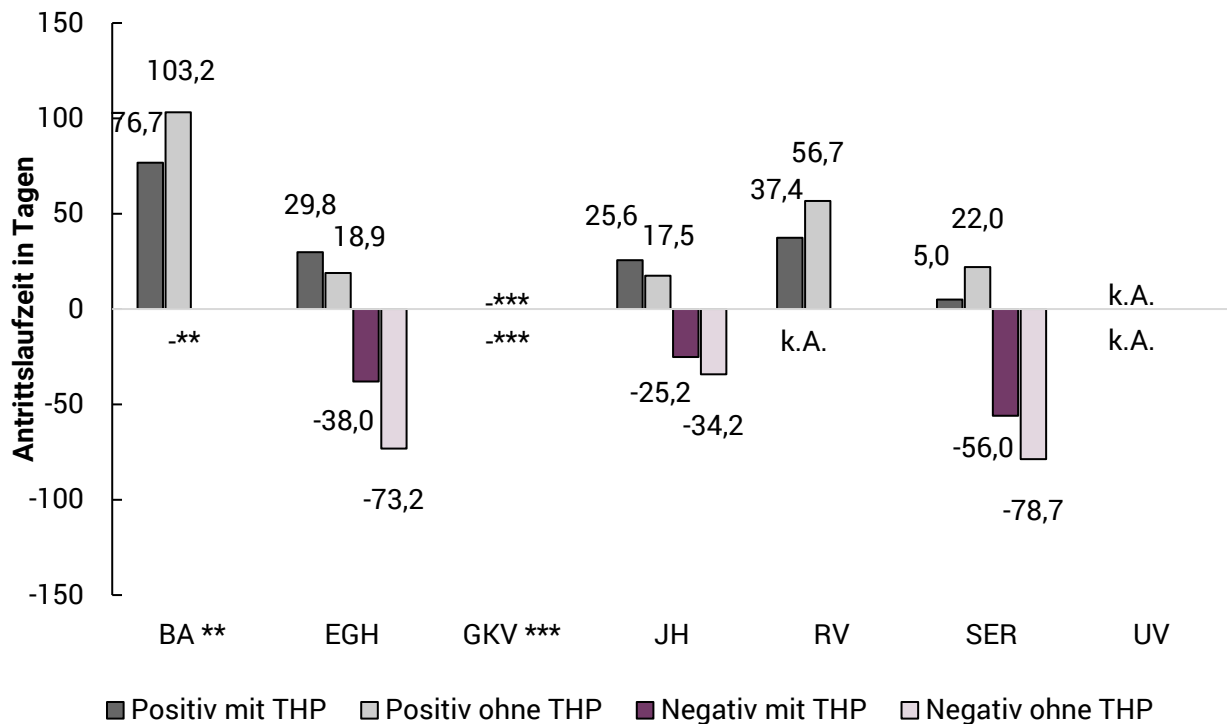
Tabelle 33. Durchschnittliche positive Antrittslaufzeit (in Tagen) und Anzahl der Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid mit THP nach Trägerbereich

Trägerbereich	Positive Antrittslaufzeit mit THP	Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid mit THP ¹	Träger
BA	76,7	628	1 (100,0%)
EGH	29,8	6.529	124 (49,2%)
GKV	..***	..***	..***
JH	25,6	1.920	116 (29,8%)
RV	37,4	2.741	15 (88,2%)
SER	6,6	5	3 (1,6%)
UV	k. A.	k. A.	0 (0,0%)
Gesamt	33,4	11.823	259 (26,1%)

¹ Die Anzahl der Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid mit THP wird nur für die Träger angegeben, von denen auch Angaben zur aufsummierten Antrittslaufzeit nach Bewilligungsbescheid mit THP vorliegen.

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

2019_AS26



Datengrundlage positiv mit THP: 11.823 Leistungsantritte¹ nach Bewilligungsbescheid von 259 Trägern.
 Datengrundlage positiv ohne THP: 1.078.225 Leistungsantritte¹ nach Bewilligungsbescheid von 465 Trägern.
 Datengrundlage negativ mit THP: 3.949 Leistungsantritte¹ vor Bewilligungsbescheid von 166 Trägern.
 Datengrundlage negativ ohne THP: 41.115 Leistungsantritte¹ vor Bewilligungsbescheid von 344 Trägern.
¹ Die Anzahl der Leistungsantritte wird nur für die Träger angegeben, von denen auch Angaben zur entsprechend aufsummierten Antrittslaufzeit vorliegen.
 ** Bei der BA kommen negative Antrittslaufzeiten nicht vor, da eine Maßnahmezuzuweisung nur nach einer Bewilligung erfolgt.
 *** Die Träger der GKV sind nach § 41 Abs. 1 Nr. 7 SGB IX von der Meldung des Merkmals „mit und ohne Teilhabepanung“ ausgenommen, sodass hier keine Daten dargestellt werden.
 2019_AS26

Abbildung 15. Positive und negative Antrittslaufzeiten mit und ohne THP nach Trägerbereich (in Tagen)

Betrachtungsbeispiel zu Abbildung 15

Wenn eine Leistung **vor dem Bewilligungsbescheid** angetreten wurde, so geschah dies im Trägerbereich EGH durchschnittlich 38,0 Tage vorher, wenn eine THP erfolgte, und durchschnittlich 73,2 Tage vorher, wenn keine THP erfolgte.

Wenn eine Leistung **nach dem Bewilligungsbescheid** angetreten wurde, so geschah dies im Trägerbereich EGH durchschnittlich 29,8 Tage danach, wenn eine THP erfolgte, und durchschnittlich 18,9 Tage danach, wenn keine THP erfolgte.

Aus Tabelle 34 und Abbildung 16 ist ersichtlich, wie viel Prozent der Leistungsantritte entweder vor oder nach dem Bewilligungsbescheid angetreten wurden. Um eine Aussage über die Verteilung der Leistungsantritte treffen zu können, müssen sowohl Angaben zu Leistungsantritten vor als auch zu Leistungsantritten nach dem Bewilligungsbescheid vorliegen. Diese Verteilung kann also nur bei den Trägern berechnet werden, die zu beiden Merkmalen Daten übermittelt haben.

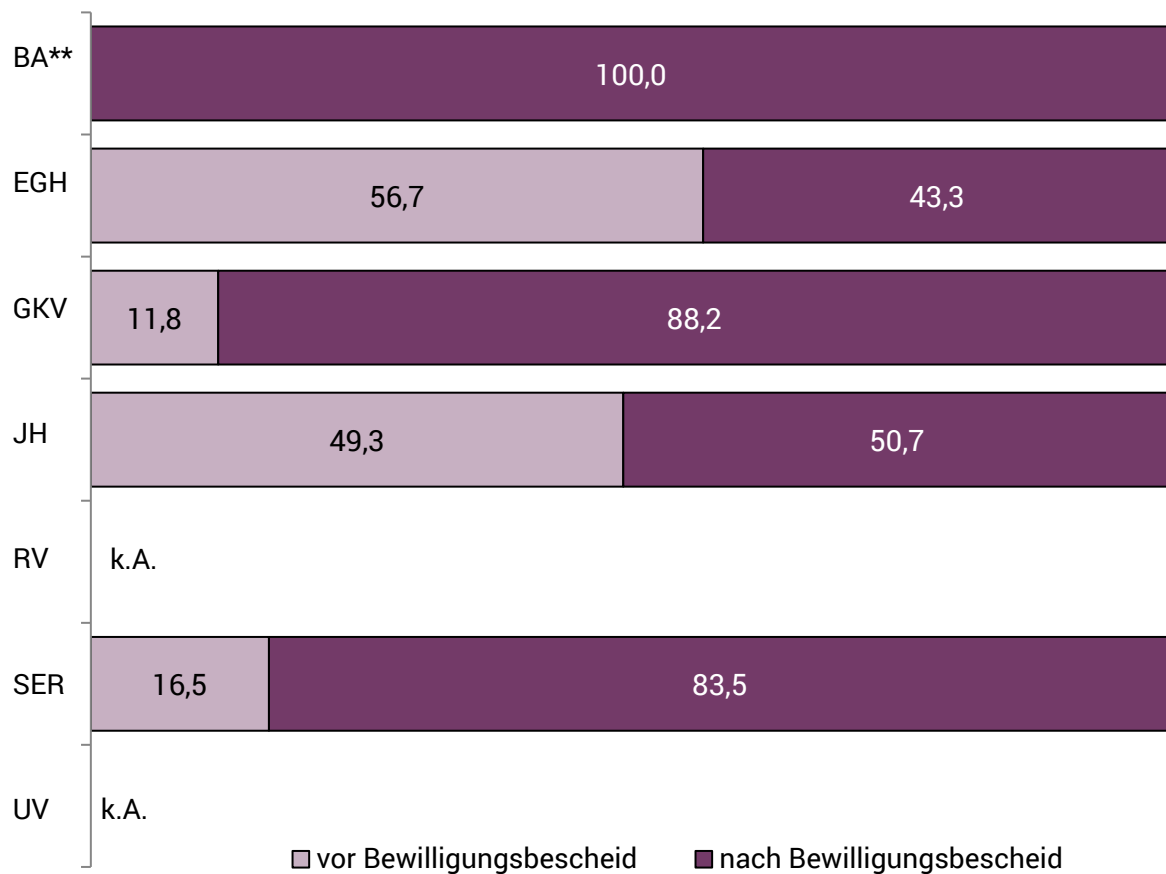
Tabelle 34. Prozentuale Anteile der Leistungsantritte vor und nach dem Bewilligungsbescheid nach Trägerbereich

Trägerbereich	Vor Bewilligungsbescheid	Nach Bewilligungsbescheid	Leistungsantritte insgesamt ¹	Träger
BA	0,0**	100,0	54.844	1 (100,0%)
EGH	56,7	43,3	114.617	211 (83,7%)
GKV	11,8	88,2	825.974	109 (100,0%)
JH	49,3	50,7	19.185	311 (79,9%)
RV	k. A.	k. A.	k. A.	0 (0,0%)
SER	16,5	83,5	576	146 (77,2%)
UV	k. A.	k. A.	k. A.	0 (0,0%)
Gesamt	16,9	83,1	1.015.196	778 (78,5%)

¹ Die jeweiligen Anteile der Leistungsantritte sowie die Anzahl der Leistungsantritte insgesamt wurden nur berechnet, wenn sowohl Angaben zur Anzahl der Leistungsantritte vor Bewilligungsbescheid als auch Angaben zur Anzahl der Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid vorliegen.

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

Ergebnisse der Datenauswertung



Datengrundlage: 1.015.196 Leistungsantritte¹ von 778 Trägern.

¹ Die jeweiligen Anteile der Leistungsantritte sowie die Anzahl der Leistungsantritte insgesamt wurden nur berechnet, wenn sowohl Angaben zur Anzahl der Leistungsantritte vor Bewilligungsbescheid als auch Angaben zur Anzahl der Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid vorliegen.
** Bei der BA kommen negative Antrittslaufzeiten nicht vor, da eine Maßnahmezweisung nur nach einer Bewilligung erfolgt.

2019_AS26

Abbildung 16. Prozentuale Verteilung der Leistungsantritte vor und nach dem Bewilligungsbescheid nach Trägerbereich



Aus den Trägerbereichen

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

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

Die im Bereich **EGH** relevante Sozialhilfe setzt nach § 18 SGB XII ein, sobald dem Träger bekannt wird, dass die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind, also noch bevor ein Bewilligungsbescheid erstellt werden kann.

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

Dem System der **UV** sind Bewilligungsbescheide grundsätzlich fremd. Um zukünftig vergleichbare Angaben zu Antrittslaufzeiten ermitteln zu können, wurde die statistische Dokumentation erweitert. Entsprechende Daten liegen für das aktuelle Berichtsjahr noch nicht vor.

3.3.8. Sachverhalt 8: Anzahl der trägerübergreifenden Teilhabeplanungen und Teilhabeplankonferenzen



Gesetzestext:

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



Fragestellung:

Wie häufig finden trägerübergreifende Teilhabeplanungen und Teilhabeplankonferenzen statt?



Ergebnis:

Eine trägerübergreifende Teilhabeplanung soll durchgeführt werden, wenn mehrere Träger für die Leistungserbringung zuständig sind. Durch eine Teilhabeplanung sollen alle erforderlichen Leistungen und ihr Zusammenwirken koordiniert sowie ein individueller Teilhabeplan erstellt werden.[25, 26] In bestimmten Fällen und mit Zustimmung des Leistungsberechtigten kann der für die Durchführung des Teilhabeplanverfahrens verantwortliche Träger (in der Regel der nach § 14 SGB IX leistende Rehabilitationsträger) eine Teilhabeplankonferenz durchführen. Das Teilhabeplanverfahren ist in den §§ 19 bis 23 SGB IX geregelt.



Zur Einordnung der Daten

Für den THVB werden Daten zur Anzahl trägerübergreifender Teilhabeplanungen (THP) und trägerübergreifender Teilhabeplankonferenzen (THPK) vom jeweils koordinierenden leistenden Träger im Sinne des § 14 SGB IX übermittelt.

Angaben zur Anzahl trägerübergreifender **THP** liegen von 877 Trägern vor. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 6.705 trägerübergreifende THP (Tabelle 35). Der prozentuale Anteil von Anträgen mit einer trägerübergreifenden THP an allen entschiedenen Anträgen konnte für die 674 Träger berechnet werden, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der trägerübergreifenden THP als auch zur Anzahl der entschiedenen Gesamt-Anträge vorliegen (Tabelle 36). Die entsprechende Datengrundlage beläuft sich somit auf 2.524.931 entschiedene Gesamt-Anträge (Tabelle 36 und Abbildung 17).

Angaben zum Vorliegen einer trägerübergreifenden **THPK** liegen von 869 Trägern vor. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 1.106 THPK (Tabelle 35). Der prozentuale Anteil von Anträgen mit einer trägerübergreifenden THPK an allen

entschiedenen Anträgen konnte für die 667 Träger berechnet werden, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der THPK als auch zur Anzahl der entschiedenen Gesamt-Anträge vorliegen (Tabelle 37). Die entsprechende Datengrundlage beläuft sich somit auf 2.457.927 entschiedene Gesamt-Anträge (Tabelle 37 und Abbildung 17).

Neben trägerübergreifenden THP und THPK werden auch trägerspezifische THP und THPK durchgeführt. Dazu werden im Rahmen des THVB jedoch keine Daten erhoben.

Tabelle 35 zeigt, wie viele trägerübergreifende Teilhabepfanungen (THP) und trägerübergreifende Teilhabepfankonferenzen (THPK) durchgeführt wurden. Ein Wert von 0 bedeutet, dass in diesem Trägerbereich kein Träger eine THP bzw. THPK als koordinierender leistender Träger im Sinne des § 14 SGB IX durchgeführt hat, die Träger aber an einer solchen beteiligt gewesen sein können.

Tabelle 35. Anzahl trägerübergreifender THP und Anzahl THPK nach Trägerbereich

Trägerbereich	THP	Träger	THPK	Träger
BA	839	1 (100,0%)	8	1 (100,0%)
EGH	1.631	202 (80,2%)	702	196 (77,8%)
GKV	442	96 (88,1%)	0	95 (87,2%)
JH	478	377 (96,9%)	375	376 (96,7%)
RV	3.315	17 (100,0%)	21	17 (100,0%)
SER	0	184 (97,4%)	0	184 (97,4%)
UV	k. A.	0 (0,0%)	k. A.	0 (0,0%)
Gesamt	6.705	877 (88,5%)	1.106	869 (87,7%)

2019_AS26

Ergebnisse der Datenauswertung

Tabelle 36 und Abbildung 17 zeigen, bei wie viel Prozent der entschiedenen Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eine THP durchgeführt wurde. Um eine Aussage darüber treffen zu können, müssen sowohl Angaben zu THP als auch zu entschiedenen Gesamt-Anträgen vorliegen. Dieser Anteil kann also nur bei den Trägern berechnet werden, die zu beiden Merkmalen Daten übermittelt haben.

Tabelle 36. Prozentualer Anteil trägerübergreifender THP nach Trägerbereich

Trägerbereich	Anträge mit THP¹	Anteil Anträge mit THP	Anträge ¹	Träger
BA	839	1,3	66.355	1 (100,0%)
EGH	1.631	1,6	101.780	192 (76,2%)
GKV	442	0,1	661.062	96 (88,1%)
JH	477	2,7	17.565	335 (86,1%)
RV	3.315	0,2	1.677.507	17 (100,0%)
SER	0	0,0	662	33 (17,5%)
UV	0	k. A.	0	0 (0,0%)
Gesamt	6.704	0,3	2.524.931	674 (68,0%)

¹ Die Anzahl der Anträge mit THP und die Anzahl der Anträge wird nur für die Träger angegeben, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der Anträge mit THP als auch zur Anzahl der entschiedenen Gesamt-Anträge vorliegen.
2019_AS26

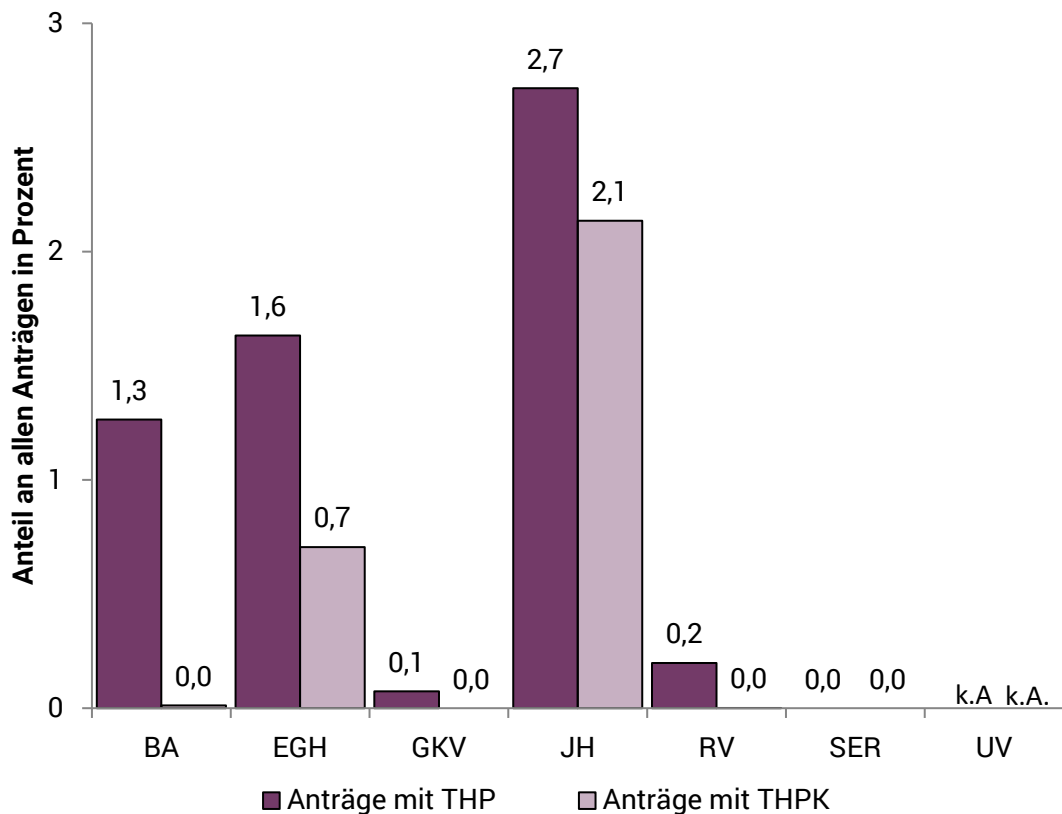
Tabelle 37 und Abbildung 17 zeigen, bei wie viel Prozent der entschiedenen Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eine THPK durchgeführt wurde. Um eine Aussage darüber treffen zu können, müssen sowohl Angaben zu THPK als auch zu entschiedenen Gesamt-Anträgen vorliegen. Dieser Anteil kann also nur bei den Trägern berechnet werden, die zu beiden Merkmalen Daten übermittelt haben.

Tabelle 37. Prozentualer Anteil trägerübergreifender THPK nach Trägerbereich

Trägerbereich	Anträge mit THPK ¹	Anteil Anträge mit THPK	Anträge ¹	Träger
BA	8	0,0	66.355	1 (100,0%)
EGH	702	0,7	99.462	186 (73,8%)
GKV	0	0,0	596.376	95 (87,2%)
JH	375	2,1	17.565	335 (96,1%)
RV	21	0,0	1.677.507	17 (100,0%)
SER	0	0,0	662	33 (17,5%)
UV	0	k. A.	0	0 (0,0%)
Gesamt	1.106	0,04	2.457.927	667 (67,3%)

¹ Die Anzahl der Anträge mit THPK und die Anzahl der Anträge wird nur für die Träger angegeben, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der Anträge mit THPK als auch zur Anzahl der entschiedenen Gesamt-Anträge vorliegen.

2019_AS26



Datengrundlage mit THP: 2.524.931 Anträge¹ von 674 Trägern

Datengrundlage mit THPK: 2.457.927 Anträge¹ von 667 Trägern

¹ Die Anzahl der Anträge wird nur für die Träger angegeben, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der Anträge mit THP bzw. THPK als auch zur Anzahl der Anträge vorliegen.

2019_AS26

Abbildung 17. Prozentualer Anteil der Anträge mit einer trägerübergreifenden THP bzw. THPK nach Trägerbereich

Betrachtungsbeispiel zu Abbildung 17

Im Trägerbereich JH wurde bei 2,7 Prozent aller entschiedenen Anträge eine THP durchgeführt.

Eine THPK wurde im Trägerbereich JH bei 2,1 Prozent aller entschiedenen Anträge durchgeführt.



Aus den Trägerbereichen

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

3.3.9. Sachverhalt 9: Anpassungen von Teilhabeplänen und deren Geltungsdauer



Gesetzestext:

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



Fragestellungen:

Wie häufig werden Teilhabepläne angepasst?

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



Ergebnis:

Eine Anpassung eines Teilhabeplans liegt vor, wenn Inhalte eines bereits erstellten Teilhabeplans an den Verlauf der Rehabilitation angepasst werden. Jede Änderung und / oder Fortschreibung eines Teilhabeplans stellt eine Anpassung dar. Der Teilhabeplan beinhaltet eine individuelle Zeitplanung. Eine Änderung des Teilhabeplans erfolgt innerhalb der ursprünglichen Zeitplanung. Eine Fortschreibung des Teilhabeplans erfolgt außerhalb der ursprünglichen Zeitplanung. Der Teilhabeplan endet frühestens am letzten Tag der letzten Leistung, die im Teilhabeplan vorgesehen ist.



Zur Einordnung der Daten

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

Angaben zu THP mit **mindestens einer Anpassung** liegen von 861 Trägern vor. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 58.336 Anträge mit mindestens einer THP-Anpassung (Tabelle 38). Angaben zur Anzahl **aller THP-Anpassungen** liegen von 860 Trägern vor. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 60.544 Anpassungen (Tabelle 38).

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

Die durchschnittliche **Geltungsdauer** eines Teilhabep lans konnte für die 114 Träger berechnet werden, von denen sowohl Angaben zur Anzahl aller THP-Geltungsdauern als auch zu den aufsummierten Geltungsdauern selbst vorliegen. Die entsprechende Datengrundlage reduziert sich somit auf 4.634 THP-Geltungsdauern (Tabelle 39 und Abbildung 18).

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

Ergebnisse der Datenauswertung

In Tabelle 38 wird gezeigt, wie viele Teilhabepläne (THP) im Jahr 2019 mindestens einmal angepasst wurden. Außerdem ist ersichtlich, wie viele Anpassungen insgesamt über alle Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe innerhalb eines Trägerbereichs vorgenommen wurden.

Tabelle 38. Anzahl der THP mit mindestens einer Anpassung und Anzahl THP-Anpassungen insgesamt nach Trägerbereich

Trägerbereich	THP mit mind. 1 Anpassung	Träger	THP-Anpassungen	Träger
BA	409	1 (100,0%)	459	1 (100,0%)
EGH	56.741	190 (75,4%)	57.421	189 (75%)
GKV	30	96 (88,1%)	30	96 (88,1%)
JH	728	372 (95,6%)	2.123	372 (95,6%)
RV	428	17 (100,0%)	511	17 (100,0%)
SER	- *	184 (97,4%)	- *	184 (97,4%)
UV	0	1 (2,9%)	0	1 (2,9%)
Gesamt	58.336	861 (86,9%)	60.544	860 (86,8%)

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

2019_AS26

Tabelle 39 und Abbildung 18 zeigen, wie lange ein THP im Durchschnitt gilt. Außerdem sind in Tabelle 39 die jeweils minimale und maximale Geltungsdauer pro Trägerbereich dargestellt. Es gilt zu beachten, dass die THP-Geltungsdauer nicht ausschließlich die Geltungsdauer von Beginn bis zum Ende eines THP abbildet, sondern auch die Zeitintervalle bzgl. Anpassungen (siehe Infobox „Zur Einordnung der Daten“ zu Sachverhalt 9). Die Geltungsdauer kann nur dann berechnet werden, wenn sowohl Angaben zur Anzahl der Anpassungen als auch zur aufsummierten Dauer vorliegen.

Tabelle 39. Durchschnittliche THP-Geltungsdauer (in Tagen) nach Trägerbereich

Trägerbereich	Minimum	Durchschnitt	Maximum	THP-Geltungsdauern ¹	Träger
BA	..*	101,2	..*	459	1 (100,0%)
EGH	0	37,8	364,0	275	10 (4,0%)
GKV	0	19,9	43,7	453	8 (7,3%)
JH	0	88,9	357,5	2.212	83 (21,3%)
RV	2,9	22,1	105,5	1.235	11 (64,7%)
SER	..*	..*	..*	..*	1 (0,5%)
UV	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	0 (0,0%)
Gesamt	0	62,5	364,0	4.634	114 (1,5%)

¹ Die Anzahl der THP-Geltungsdauern wird nur für die Träger angegeben, von denen auch Angaben zur aufsummierten Geltungsdauer vorliegen.

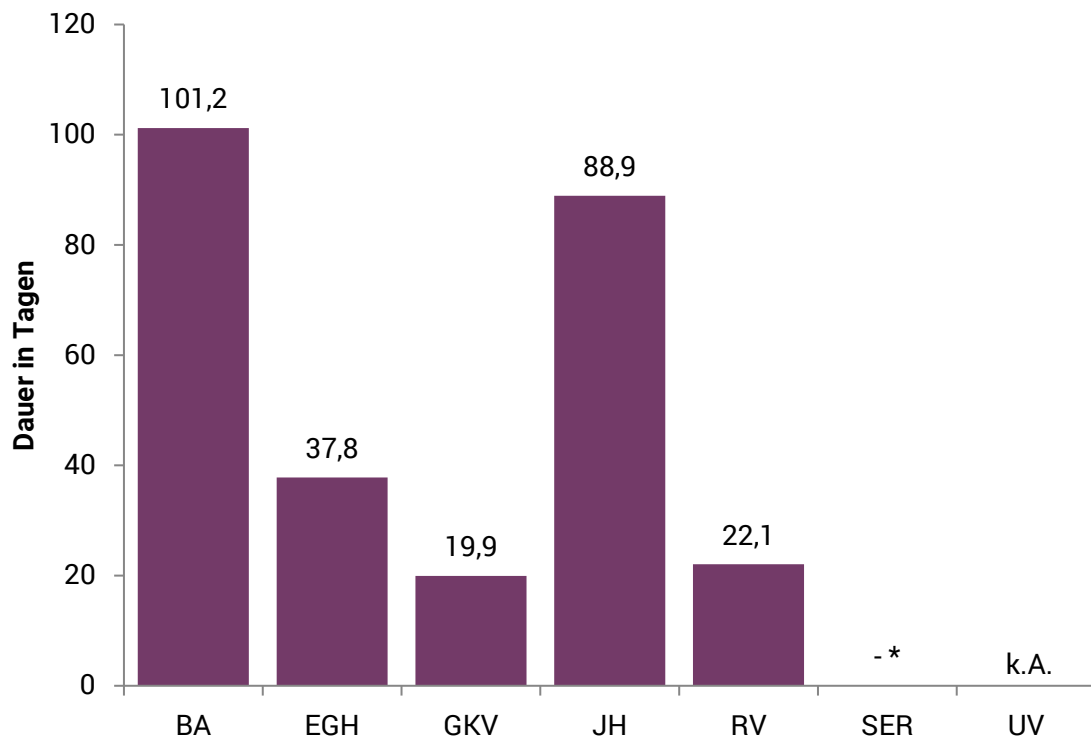
* Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes nicht dargestellt.

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

2019_AS26

Betrachtungsbeispiel zu Tabelle 39

Im Trägerbereich RV galt ein THP durchschnittlich 22,1 Tage, bis eine Änderung vorgenommen wurde oder der THP endete. In diesem Trägerbereich lag die kürzeste durchschnittliche Geltungsdauer bei 2,9 Tagen bis hin zur längsten Geltungsdauer von 105,5 Tagen.



Datengrundlage: 4.637 THP-Geltungsdauern¹ von 114 Trägern.

¹ Die Anzahl der THP-Geltungsdauern wird nur für die Träger angegeben, von denen auch Angaben zur aufsummierten Geltungsdauer vorliegen.

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

2019_AS26

Abbildung 18. Durchschnittliche THP-Geltungsdauer nach Trägerbereich

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



Gesetzestext:

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



Fragestellung:

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



Ergebnis:

Liegt dem leistenden Rehabilitationsträger (im Sinne des § 14 SGB IX) ein Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe vor und sieht er konkrete Anhaltspunkte dafür, dass für eine umfassende Bedarfsfeststellung weitere Träger involviert sein können, muss er diese nach § 15 Abs. 2 SGB IX beteiligen. Er fordert von den beteiligten Rehabilitationsträgern unverzüglich eine Feststellung des Rehabilitationsbedarfs an und führt eine Teilhabeplanung durch. Hat ein beteiligter Rehabilitationsträger die angeforderten Feststellungen nicht oder nicht rechtzeitig beigebracht (für Fristen siehe § 15 Abs. 2 SGB IX) und hat der leistende Träger Leistungen erbracht, für die der beteiligte Träger zuständig ist (siehe § 15 Abs. 3 SGB IX), erstattet der beteiligte Träger dem leistenden Träger dessen Aufwendungen nach den Rechtsvorschriften, die der Leistungsbewilligung zugrunde liegen. Diese Erstattungsansprüche und das Erstattungsverfahren sind in § 16 Abs. 2 SGB IX geregelt. Im THVB wird unter Sachverhalt 10 abgebildet, bei wie vielen Anträgen es zu solchen Erstattungsverfahren zwischen den Rehabilitationsträgern kommt.



Zur Einordnung der Daten

Für den THVB werden Daten zu den Erstattungsverfahren zwischen den Trägern, die in 2019 angestrengt wurden, vom koordinierenden leistenden Träger im Sinne des § 14 SGB IX übermittelt.

Angaben zur Anzahl der in 2019 angestrengten Erstattungsverfahren und zur Anzahl der Anträge, aus denen sich diese Verfahren ergeben, liegen von 909 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich auf 182 Anträge mit mindestens einem Erstattungsverfahren bei insgesamt 207 einzelnen angestrengten Erstattungsverfahren (Tabelle 40).

Die durchschnittliche Anzahl der Erstattungsverfahren pro Antrag mit mindestens einem Erstattungsverfahren ergibt sich aus der Division der Anzahl aller Erstattungsverfahren durch die Anzahl der Anträge mit mindestens einem Erstattungsverfahren. Sie konnte für die 64 Träger berechnet werden, die in 2019 mindestens einen Antrag auf Erstattung gemeldet haben (Tabelle 41).

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

Da die angestrengten Erstattungsverfahren zwischen den Trägern unabhängig vom Entscheidungsdatum der zugehörigen Gesamt-Anträge erfasst werden, kann ihre Anzahl nicht ins Verhältnis zur Anzahl der entschiedenen Anträge gesetzt werden.

Tabelle 40 zeigt, wie viele Erstattungsverfahren nach § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB IX insgesamt pro Trägerbereich vorkamen und bei wie vielen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe mindestens ein Erstattungsverfahren zwischen den Trägern angestrengt wurde.

Tabelle 40. Anzahl Erstattungsverfahren zwischen Trägern und Anzahl der Anträge mit mindestens einem Erstattungsverfahren nach Trägerbereich

Trägerbereich	Erstattungsverfahren	Träger	Anträge mit mind. 1 Erstattungsverfahren	Träger
BA	0	1 (100%)	0	1 (100%)
EGH	106	202 (80,2%)	99	202 (80,2%)
GKV	0	95 (87,2%)	0	95 (87,2%)
JH	18	377 (96,9%)	15	377 (96,9%)
RV	5	16 (94,1%)	5	16 (94,1%)
SER	- *	184 (97,4%)	-*	184 (97,4%)
UV	78	34 (100%)	63	34 (100%)
Gesamt	207	909 (91,7%)	182	909 (91,7%)

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

2019_AS26

Ergebnisse der Datenauswertung

Tabelle 41 zeigt, bei wie vielen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe es zu mindestens einem Erstattungsverfahren kam und wie viele Erstattungsverfahren insgesamt pro Trägerbereich angestrengt wurden. Die durchschnittliche Anzahl von Erstattungsverfahren pro Antrag, bei dem es zu mindestens einem Erstattungsverfahren kam, kann nur bei den Trägern berechnet werden, die zu beiden Merkmalen Daten übermittelt haben. So kann berechnet werden, wie viele dieser Erstattungsverfahren durchschnittlich pro Antrag mit mindestens einem Verfahren stattfanden.

Tabelle 41. Durchschnittliche Anzahl der Erstattungsverfahren pro Antrag mit mindestens einem Erstattungsverfahren zwischen Trägern nach Trägerbereich

Trägerbereich	Erstattungsverfahren	Anträge mit mind. 1 Erstattungsverfahren	Erstattungsverfahren pro Antrag mit mind. 1 Erstattungsverfahren ¹	Träger ¹
BA	- **	- **	- **	- **
EGH	106	99	1,1	43 (17,1%)
GKV	- **	- **	- **	- **
JH	18	15	1,2	10 (2,6%)
RV	5	5	1,0	1 (5,9%)
SER	- *	- *	- *	2 (1,1%)
UV	78	63	1,2	8 (23,5%)
Gesamt	207	182	1,1	64 (6,5%)

¹ In dieser Tabelle werden nur die Träger dargestellt, die mindestens ein Erstattungsverfahren im Berichtsjahr angestrengt haben.

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

** Da von diesen Trägern keine Erstattungsverfahren angestrengt wurden, werden hier keine Werte angegeben.

2019_AS26

Betrachtungsbeispiel zu Tabelle 41

Im Trägerbereich JH kam es bei 15 Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe zu Erstattungsverfahren. Da insgesamt in diesem Trägerbereich mehr, nämlich 18 Erstattungsverfahren angestrengt wurden, kam es im Rahmen einiger Anträge zu mehr als einem Erstattungsverfahren. Daraus ergeben sich im Durchschnitt 1,2 Erstattungsverfahren pro Antrag mit mindestens einem Erstattungsverfahren.

3.3.11. Sachverhalt 11: Trägerspezifisches Persönliches Budget



Gesetzestext:

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



Fragestellungen:

Wie häufig wird ein Persönliches Budget trägerspezifisch beantragt?

Wie häufig werden trägerspezifische Persönliche Budgets bewilligt?



Ergebnis:

Leistungen können seit dem 01.07.2001 in Form eines Persönlichen Budgets ausgeführt werden (gemäß § 29 SGB IX). Persönliche Budgets werden in der Regel als Geldleistung und auf Antrag des Leistungsberechtigten ausgeführt. In begründeten Fällen werden auch Gutscheine ausgegeben. Das Persönliche Budget ist keine zusätzliche Leistung, sondern eine andere Form der Leistungserbringung. Es dient insbesondere der Förderung der Selbstbestimmung und Teilhabe betroffener Menschen.[27][26] Werden Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe in Form eines Persönlichen Budgets von nur einem Träger erbracht, spricht man von einem trägerspezifischen Persönlichen Budget.



Zur Einordnung der Daten

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

Angaben zu beantragten trägerspezifischen persönlichen Budgets liegen von 949 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 6.231 beantragte trägerspezifische Persönliche Budgets (Tabelle 42). Angaben zu bewilligten trägerspezifischen persönlichen Budgets liegen von 932 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 5.699 bewilligte trägerspezifische Persönliche Budgets (Tabelle 42).

Als Form der Leistungsgewährung kann die Anzahl der bewilligten Persönlichen Budgets höher sein als die Anzahl der beantragten Persönlichen Budgets. In diesen Fällen wurde die Leistung zunächst nicht in Form des Persönlichen Budgets beantragt, sondern im Verlauf des Verfahrens vom Rehabilitationsträger unter

Zustimmung des Leistungsberechtigten als solches bewilligt. Aus diesem Grund kann die Anzahl der bewilligten Persönlichen Budgets nicht ins Verhältnis zur Anzahl der beantragten Persönlichen Budgets gesetzt werden.

Die beantragten und bewilligten trägerspezifischen Persönlichen Budgets können jedoch jeweils ins Verhältnis zu den entschiedenen Anträgen gesetzt werden. Der prozentuale Anteil der beantragten und bewilligten trägerspezifischen Persönlichen Budgets ergibt sich aus der Division der jeweiligen Anzahl durch die Anzahl der entschiedenen Gesamt-Anträge. Er wurde für die 727 Träger berechnet, von denen Angaben zur Anzahl der beantragten Persönlichen Budgets, der bewilligten Persönlichen Budgets und zur Anzahl der entschiedenen Gesamt-Anträge vorliegen. Daraus ergibt sich eine Datengrundlage von 2.506.626 entschiedenen Gesamt-Anträgen (Tabelle 43 und Abbildung 19).

Tabelle 42 zeigt, wie viele trägerspezifische Persönliche Budgets beantragt und wie viele bewilligt wurden. Eine Leistungserbringung in Form eines Persönlichen Budgets ergibt sich häufig erst im Zuge eines Beratungsgesprächs. Zunächst liegt also kein Antrag vor, später kann die Leistung aber in Form des Persönlichen Budgets bewilligt werden. Aus diesem Grund kann die Anzahl der bewilligten Persönlichen Budgets in Tabelle 42 höher als die Anzahl der beantragten Persönlichen Budgets sein.

Tabelle 42. Anzahl beantragter und bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets nach Trägerbereich

Trägerbereich	Beantragte PB	Träger	Bewilligte PB	Träger
BA	787	1 (100,0%)	771	1 (100,0%)
EGH	1.982	237 (94,0%)	1.381	225 (89,3%)
GKV	12	100 (91,7%)	0	95 (87,2%)
JH	116	376 (96,7%)	104	376 (96,7%)
RV	29	17 (100,0%)	69	17 (100,0%)
SER	0	184 (97,4%)	0	184 (97,4%)
UV	3.305	34 (100,0%)	3.374	34 (100,0%)
Gesamt	6.231	949 (95,8%)	5.699	932 (94,0%)

2019_AS26

Tabelle 43 und Abbildung 19 zeigen, bei wie viel Prozent der Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ein trägerspezifisches Persönliches Budget beantragt bzw. bewilligt wurde.

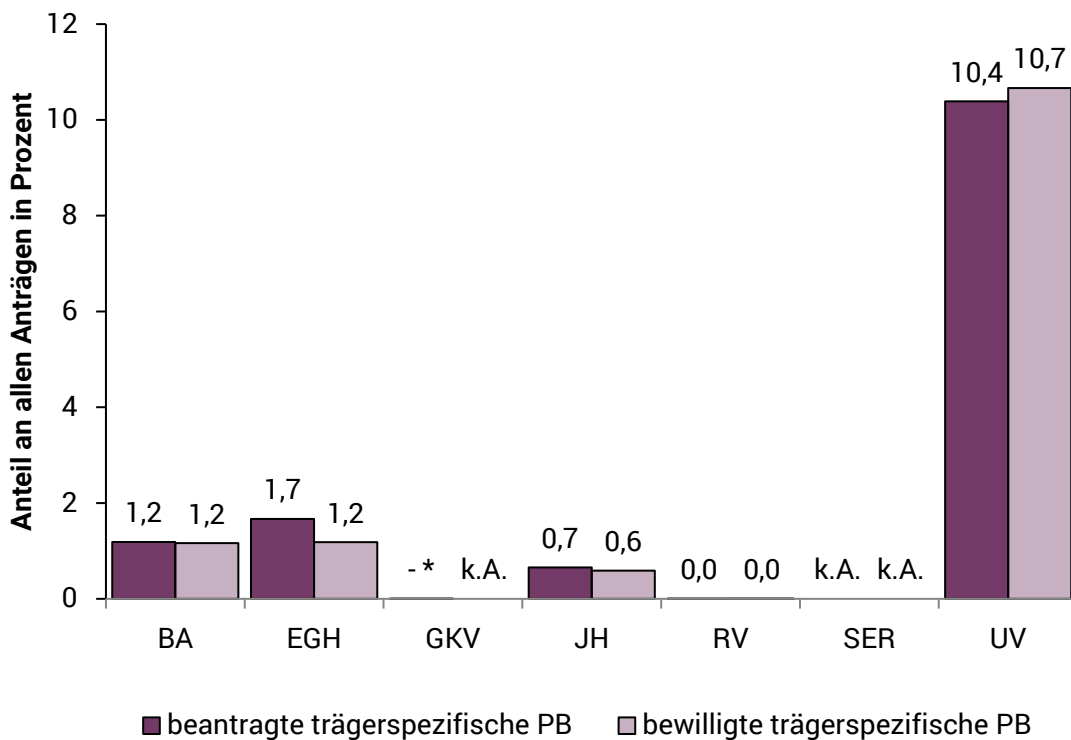
Tabelle 43. Prozentuale Anteile entschiedener Anträge mit beantragtem bzw. bewilligtem trägerspezifischen Persönlichen Budget nach Trägerbereich

Trägerbereich	Beantragte PB ¹	Anteil beantragte PB	Bewilligte PB ¹	Anteil bewilligte PB	Anträge ¹	Träger
BA	787	1,2	771	1,2	66.355	1 (100,0%)
EGH	1.943	1,7	1.379	1,2	116.561	214 (84,9%)
GKV	- *	- *	0	k. A.	596.376	95 (87,2%)
JH	115	0,7	103	0,6	17.532	334 (85,9%)
RV	29	0,0	69	0,0	1.677.507	17 (100,0%)
SER	0	k. A.	0	k. A.	662	33 (17,5%)
UV	3.286	10,4	3.355	10,6	31.633	33 (97,1%)
Gesamt	6.160	0,2	5.677	0,2	2.506.626	727 (73,4%)

¹ Die Anzahl der beantragten Persönlichen Budgets, die Anzahl der bewilligten Persönlichen Budgets und die Anzahl der Anträge wird nur für die Träger angegeben, von denen Angaben zur Anzahl der beantragten Persönlichen Budgets, zur Anzahl der bewilligten Persönlichen Budgets und zur Anzahl der entschiedenen Gesamt-Anträge vorliegen.

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

2019_AS26



Datengrundlage: 2.506.626 Anträge von 727 Trägern.

¹ Die Anzahl der Anträge wird nur für die Träger angegeben, von denen Angaben zur Anzahl der beantragten Persönlichen Budgets, zur Anzahl der bewilligten Persönlichen Budgets und zur Anzahl der entschiedenen Gesamt-Anträge vorliegen.

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

2019_AS26

Abbildung 19. Prozentualer Anteil entschiedener Anträge mit beantragtem bzw. bewilligtem trägerspezifischen Persönlichen Budget nach Trägerbereich



Aus den Trägerbereichen

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

Für die Rentenversicherungsträger der Deutschen Rentenversicherung innerhalb des Trägerbereiches **RV** gilt, dass im Gegensatz zur Zahl der Bewilligungen der Persönlichen Budgets die Zahl der Anträge auf einer manuellen Erhebung beruht, die eine Untererfassung nahelegt. Ab dem Berichtsjahr 2020 werden beide Informationen maschinell generiert.

3.3.12. Sachverhalt 12: Trägerübergreifendes Persönliches Budget



Gesetzestext:

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



Fragestellungen:

Wie häufig wird ein trägerübergreifendes Persönliches Budget beantragt?

Wie häufig werden trägerübergreifende Persönliche Budgets bewilligt?



Ergebnis:

Leistungen können seit dem 01.07.2001 in Form eines Persönlichen Budgets ausgeführt werden (gemäß § 29 SGB IX). Persönliche Budgets werden in der Regel als Geldleistung und auf Antrag des Leistungsberechtigten ausgeführt. In begründeten Fällen werden auch Gutscheine ausgegeben. Das Persönliche Budget ist keine zusätzliche Leistung, sondern eine andere Form der Leistungserbringung. Es dient insbesondere der Förderung der Selbstbestimmung und Teilhabe betroffener Menschen.[27][26] Werden Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe in Form eines Persönlichen Budgets von mehreren Trägern erbracht, spricht man von einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget.



Zur Einordnung der Daten

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

Angaben zu beantragten trägerübergreifenden Persönlichen Budgets liegen von 910 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich auf 146 beantragte trägerübergreifende Persönliche Budgets (Tabelle 44). Angaben zu bewilligten trägerübergreifenden Persönlichen Budgets liegen von 902 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich auf 110 bewilligte trägerübergreifende Persönliche Budgets (Tabelle 44).

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

Die beantragten und bewilligten trägerübergreifenden Persönlichen Budgets können jeweils ins Verhältnis zu den entschiedenen Anträgen gesetzt werden. Der prozentuale Anteil der beantragten und bewilligten trägerübergreifenden Persönlichen Budgets ergibt sich aus der Division der jeweiligen Anzahl durch die Anzahl der entschiedenen Gesamt-Anträge. Er wurde für die 698 Träger berechnet, von denen Angaben zur Anzahl der beantragten Persönlichen Budgets, der bewilligten Persönlichen Budgets und zur Anzahl der entschiedenen Anträge vorliegen. Daraus ergibt sich eine Datengrundlage von 2.490.885 entschiedenen Gesamt-Anträgen (Tabelle 45).

Tabelle 44 zeigt, wie viele trägerübergreifende Persönliche Budgets beantragt bzw. bewilligt wurden. Eine Leistungserbringung in Form eines Persönlichen Budgets ergibt sich häufig erst im Zuge eines Beratungsgesprächs. Zunächst liegt also kein Antrag vor, später wird eine Leistung aber in Form eines Persönlichen Budgets bewilligt. Aus diesem Grund kann die Anzahl der bewilligten Persönlichen Budgets höher als die Anzahl der beantragten Persönlichen Budgets sein.

Tabelle 44. Anzahl beantragter und bewilligter trägerübergreifender Persönlicher Budgets nach Trägerbereich

Trägerbereich	Beantragte PB	Träger	Bewilligte PB	Träger
BA	8	1 (100,0%)	8	1 (100,0%)
EGH	113	202 (80,2%)	79	196 (77,8%)
GKV	10	97 (89,0%)	5	95 (87,2%)
JH	15	375 (96,4%)	18	375 (96,4%)
RV	- *	17 (100,0%)	- *	17 (100,0%)
SER	0	184 (97,4%)	0	184 (97,4%)
UV	0	34 (100,0%)	0	34 (100,0%)
Gesamt	146	910 (91,8%)	110	902 (91,0%)

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

2019_AS26

Ergebnisse der Datenauswertung

Tabelle 45 zeigt, bei wie viel Prozent der Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ein trägerübergreifendes Persönliches Budget beantragt bzw. bewilligt wurde.

Tabelle 45. Prozentualer Anteil entschiedener Anträge mit beantragtem bzw. bewilligtem trägerübergreifenden Persönlichen Budget nach Trägerbereich

Trägerbereich	Beantragte PB ¹	Anteil beantragte PB	Bewilligte PB ¹	Anteil bewilligte PB	Anträge ¹	Träger
BA	8	0,01	8	0,01	66.355	1 (100,0%)
EGH	104	0,10	77	0,08	100.820	185 (73,4%)
GKV	8	0,00	5	0,00	596.376	95 (87,2%)
JH	15	0,09	18	0,10	17.532	334 (85,9%)
RV	- *	- *	- *	- *	1.677.507	17 (100,0%)
SER	0	k. A.	0	k. A.	662	33 (17,5%)
UV	0	k. A.	0	k. A.	31.633	33 (97,1%)
Gesamt	135	0,01	108	0,004	2.490.885	698 (90,1%)

¹ Die Anzahl der beantragten Persönlichen Budgets, die Anzahl der bewilligten Persönlichen Budgets und die Anzahl der Anträge wird nur für die Träger angegeben, von denen Angaben zur Anzahl der beantragten Persönlichen Budgets, zur Anzahl der bewilligten Persönlichen Budgets und zur Anzahl der entschiedenen Gesamt-Anträge vorliegen.

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

2019_AS26

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



Gesetzestext:

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



Fragestellungen:

Wenn ein leistender Träger innerhalb von zwei Monaten keine Entscheidung über den Antrag eines Leistungsberechtigten treffen kann, muss er dies dem Leistungsberechtigten in einer Mitteilung begründen.

Wie häufig wird von begründeten Mitteilungen wegen langer Verfahrenslaufzeiten Gebrauch gemacht?



Ergebnis:

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



Zur Einordnung der Daten

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

Angaben zur Anzahl der in 2019 versendeten Mitteilungen liegen von 898 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 1.644 versendete Mitteilungen (Tabelle 46). Angaben zur Anzahl der Anträge, aus denen sich Mitteilungen ergeben, liegen von 899 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 1.285 Anträge mit mindestens einer Mitteilung (Tabelle 46).

Der prozentuale Anteil von Anträgen mit mindestens einer Mitteilung an allen entschiedenen Anträgen konnte für die 695 Träger berechnet werden, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der Anträge mit mindestens einer Mitteilung als auch zur Anzahl der entschiedenen Gesamt-Anträge vorliegen. Die Datengrundlage beläuft

sich somit auf 2.488.478 entschiedene Gesamt-Anträge (Tabelle 47 und Abbildung 20).

Die durchschnittliche Anzahl der Mitteilungen pro Antrag mit mindestens einer versendeten Mitteilung ergibt sich aus der Division der Anzahl aller Mitteilungen durch die Anzahl der Anträge mit mindestens einer Mitteilung. Sie konnte für die 54 Träger berechnet werden, die für das Berichtsjahr mindestens einen Antrag mit einer versendeten Mitteilung gemeldet haben (Tabelle 48).

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

Tabelle 46 zeigt, wie viele Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer insgesamt über alle Trägerbereiche verschickt wurden und bei wie vielen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe mindestens eine Mitteilung verschickt wurde.

Tabelle 46. Anzahl der Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer und Anzahl der Anträge mit mindestens einer Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer nach Trägerbereich

Trägerbereich	Mitteilungen	Träger	Anträge mit mind. 1 Mitteilung	Träger
BA	308	1 (100,0%)	296	1 (100,0%)
EGH	461	190 (75,4%)	301	191 (75,8%)
GKV	24	95 (87,2%)	23	95 (87,2%)
JH	149	377 (96,9%)	123	377 (96,9%)
RV	702	17 (100,0%)	542	17 (100,0%)
SER	- *	184 (97,4%)	- *	184 (97,4%)
UV	0	34 (100,0%)	0	34 (100,0%)
Gesamt	1.644	898 (90,6%)	1.285	899 (90,7%)

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

2019_AS26

Tabelle 47 und Abbildung 20 zeigen, bei wie viel Prozent der entschiedenen Anträge mindestens eine Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer verschickt wurde. Um eine Aussage darüber treffen zu können, müssen sowohl Angaben zu Mitteilungen als auch zu entschiedenen Gesamt-Anträgen vorliegen. Dieser Anteil kann also nur bei Trägern berechnet werden, die zu jeweils beiden Merkmalen Daten übermittelt haben.

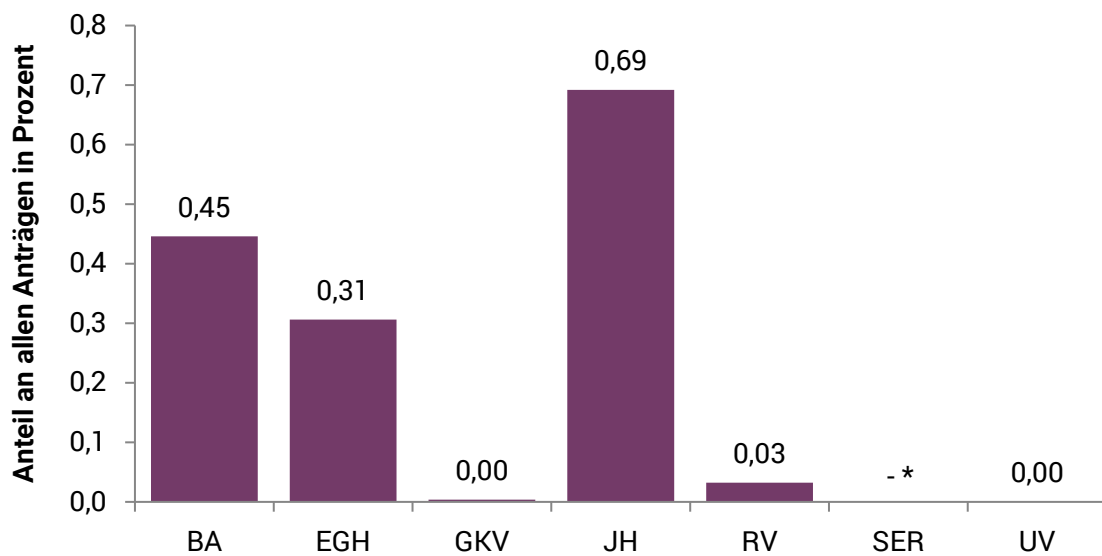
Tabelle 47. Prozentualer Anteil entschiedener Anträge mit mindestens einer Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer nach Trägerbereich

Trägerbereich	Anträge mit mind. 1 Mitteilung ¹	Anteil Anträge mit Mitteilung	Anträge ¹	Träger
BA	296	0,45	66.355	1 (100,0%)
EGH	301	0,31	98.313	181 (71,8%)
GKV	23	0,00	596.376	95 (87,2%)
JH	122	0,69	17.632	335 (86,1%)
RV	542	0,03	1.677.507	17 (100,0%)
SER	- *	- *	662	33 (17,5%)
UV	0	k. A.	31.633	33 (97,1%)
Gesamt	1.284	0,05	2.488.478	695 (70,1%)

¹ Die Anzahl der Anträge mit mindestens einer Mitteilung und die Anzahl der Anträge wird nur für die Träger angegeben, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der Anträge mit mindestens einer Mitteilung als auch zur Anzahl der entschiedenen Gesamt-Anträge vorliegen.

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

2019_AS26



Datengrundlage: 2.488.478 Anträge¹ von 695 Trägern.

¹ Die Anzahl der Anträge wird nur für die Träger angegeben, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der Anträge mit mindestens einer Mitteilung als auch zur Anzahl der Anträge vorliegen.

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

2019_AS26

Abbildung 20. Anteil der Anträge mit mindestens einer Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer nach Trägerbereich

Betrachtungsbeispiel zu Abbildung 20

Bei der BA wurde in 0,45 Prozent aller entschiedenen Anträge mindestens eine Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer verschickt.

Tabelle 48 zeigt, bei wie vielen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe mindestens eine Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer versendet wurde und wie viele Mitteilungen insgesamt pro Trägerbereich vorkamen. Die durchschnittliche Anzahl der Mitteilungen pro Antrag, bei dem es zu mindestens einer Mitteilung kam, kann also nur bei den Trägern berechnet werden, die zu beiden Merkmalen Daten übermittelt haben.

Tabelle 48. Anzahl der Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer und Anzahl der Anträge mit mindestens einer Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer nach Trägerbereich

Trägerbereich	Mitteilungen	Anträge mit mind. 1 Mitteilung	Mitteilungen pro Antrag mit mind. 1 Mitteilung ¹	Träger ¹
BA	308	296	1,05	1 (100,0%)
EGH	461	289	1,60	17 (6,7%)
GKV	24	23	1,04	1 (0,9%)
JH	149	123	1,21	23 (5,9%)
RV	701	542	1,30	11 (64,7%)
SER	- *	- *	- *	1 (0,5%)
UV	- **	- **	- **	- **
Gesamt	1.643	1.283	1,30	54 (5,4%)

¹ In dieser Tabelle werden nur die Träger dargestellt, die mindestens eine Mitteilung im Berichtsjahr versendet haben.

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

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

2019_AS26

Betrachtungsbeispiel zu Tabelle 48

Im Bereich der EGH kam es bei 289 Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe zu einer oder mehreren Mitteilungen. Insgesamt wurden in diesem Trägerbereich 461 Mitteilungen versendet. Daraus ergeben sich im Durchschnitt 1,60 Mitteilungen pro Antrag mit mindestens einer Mitteilung.

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



Gesetzestext:

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



Fragestellungen:

Wie häufig werden Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen gestellt?

Wie viele dieser Anträge werden bewilligt und wie viele abgelehnt?



Ergebnis:

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

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

Eine Verpflichtung zur Erstattung nach § 18 Abs. 6 SGB IX gilt hingegen für alle Trägerbereiche.

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



Zur Einordnung der Daten

Angaben zur Anzahl der in 2019 gestellten Anträge auf Erstattung nach § 18 SGB IX liegen von 893 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 130 Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen (Tabelle 49). Angaben zur Anzahl der in 2019 gestellten Anträge mit mindestens einem Antrag auf Erstattung nach § 18 SGB IX liegen von 894 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 64 Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen (Tabelle 49).

Der prozentuale Anteil der bewilligten und der abgelehnten Erstattungsanträge an allen entschiedenen Erstattungsanträgen konnte für die 45 Träger berechnet werden, von denen sowohl Angaben zu Bewilligungen als auch zu Ablehnungen vorliegen und die mindestens eine Bewilligung oder Ablehnung (also mindestens einen entschiedenen Erstattungsantrag) gemeldet haben (Tabelle 50). Die Anzahl der entschiedenen Erstattungsanträge ergibt sich dabei aus der Summe der bewilligten und der abgelehnten Erstattungsanträge. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 124 entschiedene Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen (Tabelle 50 und Abbildung 21).

Da die Daten zur Anzahl von Anträgen auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen unabhängig von den entschiedenen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eines Berichtsjahrs erfasst werden, kann nicht berechnet werden, bei welchem Anteil der Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe auch ein Antrag auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen gestellt wird.

Ergebnisse der Datenauswertung

Tabelle 49 zeigt, bei wie vielen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe mindestens ein Antrag auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen gestellt wurde und wie viele Erstattungsanträge insgesamt pro Trägerbereich vorkamen. Wie viele Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen bewilligt und abgelehnt werden, ist in Tabelle 50 dargestellt.

Tabelle 49. Anzahl Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen und Anzahl Anträge mit mindestens einem Antrag auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Erstattungsanträge	Träger	Anträge mit mind. 1 Antrag auf Erstattung	Träger
BA	0	1 (100,0%)	0	1 (100,0%)
EGH	17	189 (75,0%)	16	189 (75,0%)
GKV	- *	95 (87,2%)	- *	95 (87,2%)
JH	29	373 (95,9%)	30	374 (96,1%)
RV	76	17 (100,0%)	10	17 (100,0%)
SER	8	184 (97,4%)	8	184 (97,4%)
UV	0	34 (100,0%)	0	34 (100,0%)
Gesamt	130	893 (90,0%)	64	894 (90,1%)

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

2019_AS26

Tabelle 50. Anzahl bewilligter und abgelehnter Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Bewilligungen ¹	Ablehnungen ¹	Entschiedene Erstattungsanträge ¹	Träger
BA	- **	- **	- **	- **
EGH	12	5	17	14 (5,6%)
GKV	- *	0	- *	1 (0,9%)
JH	25	- *	25	15 (3,9%)
RV	74	- *	74	12 (70,6%)
SER	8	0	8	3 (1,6%)
UV	- **	- **	- **	- **
Gesamt	119	5	124	45 (4,5%)

¹ Die Anzahl der entschiedenen Erstattungsanträge ergibt sich aus der Summe der Bewilligungen und der Ablehnungen. In dieser Tabelle werden nur Träger dargestellt, von denen sowohl Angaben zu Bewilligungen als auch zu Ablehnungen vorliegen und die mindestens eine Bewilligung oder Ablehnung (also mindestens einen entschiedenen Erstattungsantrag) gemeldet haben.

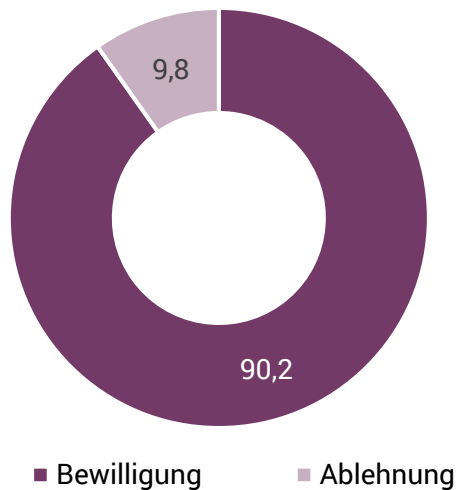
* Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes nicht dargestellt.

** Da bei diesen Trägern keine Erstattungsanträge vorlagen und somit auch keine Bewilligungen oder Ablehnungen gemeldet wurden, werden hier keine Werte angezeigt.

2019_AS26

Ergebnisse der Datenauswertung

Abbildung 21 zeigt, wie viel Prozent der Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen abgelehnt und wie viel Prozent bewilligt wurden. Um eine Aussage darüber treffen zu können, müssen sowohl Angaben zu Ablehnungen als auch zu Bewilligungen vorliegen. Diese Verteilung kann also nur bei den Trägern berechnet werden, die zu beiden Merkmalen Daten übermittelt haben.



Datengrundlage: 124 Erstattungsanträge¹ von 45 Trägern.

¹ Die Anzahl der Erstattungsanträge ergibt sich aus der Summe der Bewilligungen und Ablehnungen. Es werden nur Träger dargestellt, von denen sowohl Angaben zu Bewilligungen als auch zu Ablehnungen vorliegen und die mindestens einen entschiedenen Erstattungsantrag gemeldet haben.

2019_AS26

Abbildung 21. Anteil der bewilligten bzw. abgelehnten Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen

3.3.15. Sachverhalt 15: Rechtsbehelfe: Widersprüche und Klagen



Gesetzestext:

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



Fragestellungen:

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

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



Ergebnis:

Ein Antragsteller hat die Möglichkeit, gegen die Leistungsentscheidungen eines Trägers rechtlich vorzugehen. Für den THVB werden Rechtsbehelfe in Form von Widersprüchen und Klagen erfasst. Der Erfolg eines Widerspruchs oder einer Klage wird hier aus Sicht des Leistungsberechtigten formuliert. Ein Rechtsbehelf wird im THVB also als erfolgreich erfasst, wenn ihm aus Sicht des Leistungsberechtigten stattgegeben wurde. In bestimmten Fällen ist eine Klage ohne vorausgegangenem Widerspruch möglich. Für den Klageausgang wurden ausschließlich rechtskräftige Urteile und bestandskräftige Entscheidungen (inklusive Vergleiche) herangezogen.



Zur Einordnung der Daten

Im THVB wird der Ausgang eines Rechtsbehelfs aus Sicht des Leistungsberechtigten angegeben. Ein erfolgreicher Widerspruch bzw. eine erfolgreiche Klage wurde also zugunsten des Leistungsberechtigten entschieden.

Angaben zur Anzahl entschiedener **Widersprüche** liegen von 860 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 219.208 entschiedene Widersprüche (Tabelle 51). Angaben zur Anzahl erfolgreicher Widersprüche liegen von 888 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 114.317 erfolgreiche Widersprüche (Tabelle 51).

Die Anzahl der nicht erfolgreichen Widersprüche ergibt sich aus der Differenz der Anzahl der entschiedenen und der Anzahl der erfolgreichen Widersprüche. Die Anzahl nicht erfolgreicher Widersprüche sowie die jeweiligen prozentualen Anteile erfolgreicher und nicht erfolgreicher Widersprüche an allen entschiedenen Widersprüchen konnten für die 265 Träger berechnet werden, von denen sowohl Angaben zur Anzahl erfolgreicher als auch zur Anzahl entschiedener Widersprüche vorliegen. Die Datengrundlage reduziert sich somit auf 219.202 entschiedene Widersprüche (Tabelle 52, Abbildung 22 und Abbildung 23).

In der trägerspezifischen Darstellung des prozentualen Anteils erfolgreicher Widersprüche werden nur Träger mit mindestens 20 Widersprüchen abgebildet. Die Datengrundlage reduziert sich somit auf 218.589 entschiedene Widersprüche (Abbildung 24).

Angaben zur Anzahl entschiedener **Klagen** liegen von 843 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 7.628 entschiedene Klagen (Tabelle 53). Angaben zur Anzahl erfolgreicher Klagen liegen von 875 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 2.343 erfolgreiche Klagen (Tabelle 53).

Die Anzahl der nicht erfolgreichen Klagen ergibt sich aus der Differenz der Anzahl der entschiedenen und der Anzahl der erfolgreichen Klagen. Die Anzahl nicht erfolgreicher Klagen sowie die jeweiligen prozentualen Anteile erfolgreicher und nicht erfolgreicher Klagen an allen entschiedenen Klagen konnten für die 64 Träger berechnet werden, von denen sowohl Angaben zur Anzahl erfolgreicher als auch zur Anzahl entschiedener Klagen vorliegen. Die Datengrundlage reduziert sich somit auf 7.626 entschiedene Klagen (Tabelle 54, Abbildung 25 und Abbildung 26).

In der trägerspezifischen Darstellung des prozentualen Anteils erfolgreicher Klagen werden nur Träger mit mindestens 20 Klagen abgebildet. Die Datengrundlage reduziert sich somit auf 7.512 entschiedene Klagen (Abbildung 27).

Offene Rechtsbehelfe eines Kalenderjahres, also solche ohne Entscheidung in diesem Kalenderjahr, können erst im folgenden Berichtsjahr berücksichtigt werden und gehen nicht rückwirkend in das vergangene Jahr ein. Wird bspw. eine Klage Ende des Jahres 2019 erhoben und erst im Folgejahr 2020 rechtskräftig entschieden, wird ihr Ausgang nicht im Berichtsjahr 2019, sondern im (folgenden)

Berichtsjahr 2020 abgebildet. Die Anzahl der Entscheidungen kann sich folglich auch auf Anträge aus den Vorjahren beziehen.

Die Angaben zum Anteil erfolgreicher Widersprüche (Tabelle 52, Abbildung 22, Abbildung 23 und Abbildung 24) und erfolgreicher Klagen (Tabelle 54, Abbildung 25, Abbildung 26 und Abbildung 27) ermöglichen keine Aussage über die Prozessqualität.

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

Tabelle 51 zeigt, wie viele Widersprüche unabhängig von deren Ausgang entschieden und wie viele Widersprüche erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten entschieden wurden.

Tabelle 51. Anzahl entschiedener Widersprüche und erfolgreicher Widersprüche nach Trägerbereich

Trägerbereich	Entschiedene Widersprüche	Träger	Erfolgreiche Widersprüche ¹	Träger
BA	3.896	1 (100,0%)	1.234	1 (100,0%)
EGH	1.144	190 (75,4%)	291	201 (79,8%)
GKV	56.842	107 (98,2%)	35.294	107 (98,2%)
JH	133	361 (92,8%)	55	377 (96,9%)
RV	157.114	17 (100,0%)	77.427	17 (100,0%)
SER	6	183 (96,8%)	0	184 (97,4%)
UV	73	1 (2,9%)	16	1 (2,9%)
Gesamt	219.208	860 (86,8%)	114.317	888 (89,6%)

¹ Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten.

Ergebnisse der Datenauswertung

Aus der Anzahl der entschiedenen Widersprüche (unabhängig von deren Ausgang) und der Anzahl der erfolgreich entschiedenen Widersprüche kann die Anzahl der nicht erfolgreichen Widersprüche berechnet werden. Wie viele Widersprüche aus Sicht des Leistungsberechtigten erfolgreich bzw. nicht erfolgreich entschieden wurden, wird in Tabelle 52 gegenübergestellt.

Tabelle 52. Anzahl erfolgreicher und nicht erfolgreicher Widersprüche nach Trägerbereich

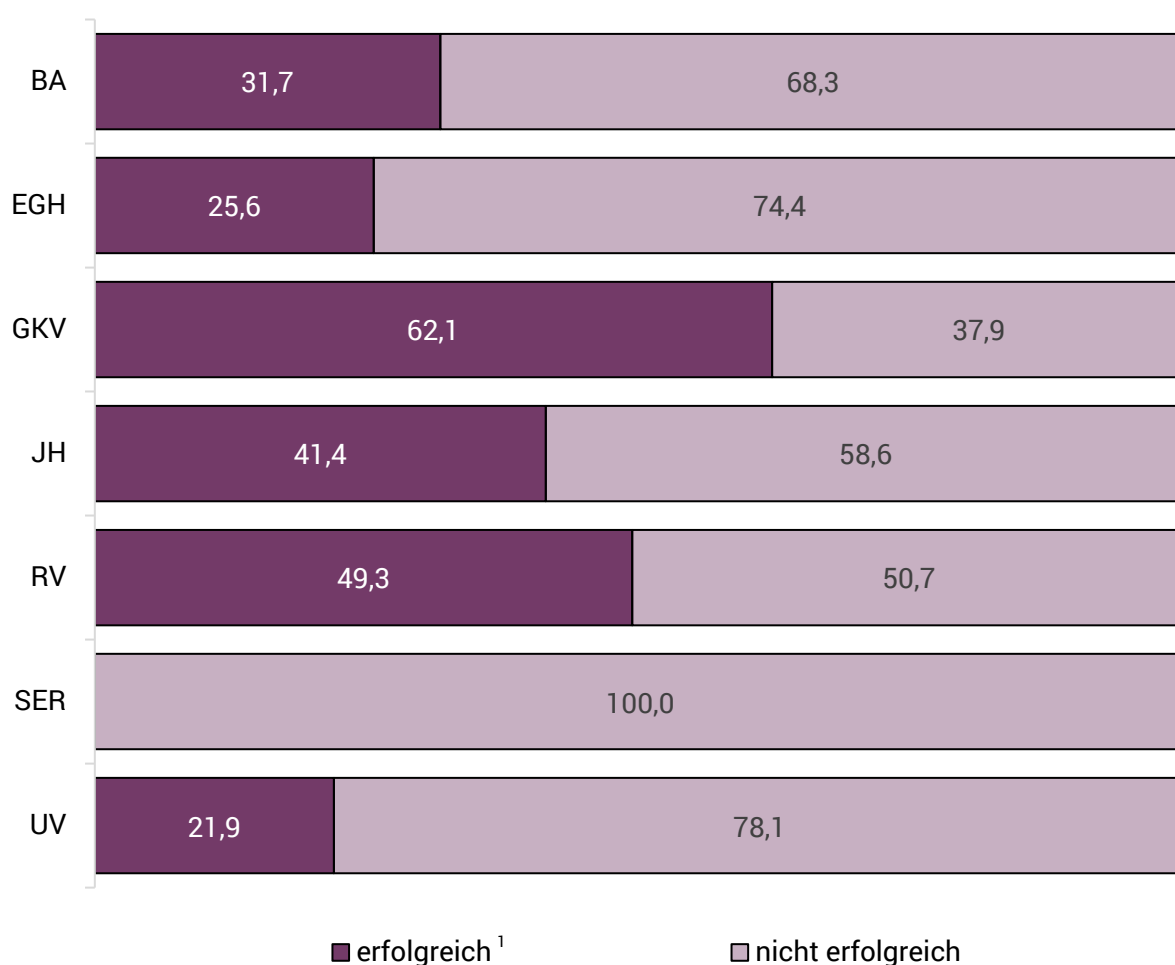
Trägerbereich	Erfolgreich^{1,2}	Nicht erfolgreich	Entschiedene Widersprüche²	Träger
BA	1.234	2.662	3.896	1 (100,0%)
EGH	291	847	1.138	85 (33,7%)
GKV	35.294	21.548	56.842	91 (83,5%)
JH	55	78	133	67 (17,2%)
RV	77.427	79.687	157.114	17 (100,0%)
SER	0	6	6	3 (1,6%)
UV	16	57	73	1 (2,9%)
Gesamt	114.317	104.885	219.202	265 (26,7%)

¹ Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten.

² Die Anzahl der erfolgreichen Widersprüche und die Anzahl der entschiedenen Widersprüche wird nur für die Träger angegeben, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der erfolgreichen Widersprüche als auch zur Anzahl der entschiedenen Widersprüche vorliegen und die mindestens einen entschiedenen Widerspruch gemeldet haben.

In Abbildung 22 ist dargestellt, wie viel Prozent der Widersprüche aus Sicht des Leistungsberechtigten erfolgreich bzw. nicht erfolgreich entschieden wurden. Um eine Aussage darüber treffen zu können, müssen sowohl Angaben zu entschiedenen als auch zu erfolgreich entschiedenen Widersprüchen vorliegen. Diese Verteilung kann also nur bei den Trägern berechnet werden, die zu beiden Merkmalen Daten übermittelt haben.

Für den Trägerbereich des SER gilt zu beachten, dass insgesamt nur sechs entschiedene Widersprüche vorlagen, die alle nicht erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten entschieden wurden. Aus diesem Grund wird in Abbildung 22 der Anteil nicht erfolgreicher Widersprüche hier mit 100 Prozent ausgewiesen.



Datengrundlage: 219.202 entschiedene Widersprüche² von 265 Trägern.

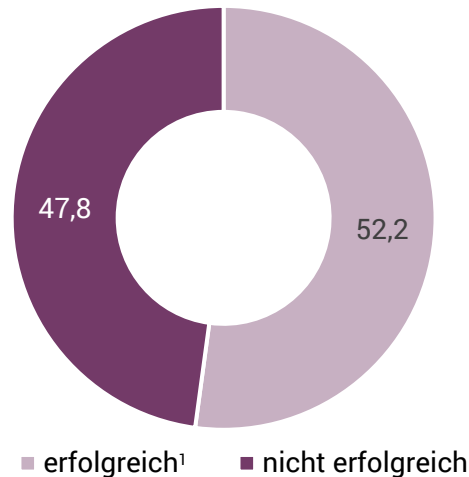
¹ Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten.

² Die Anzahl der entschiedenen Widersprüche wird nur für die Träger angegeben, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der erfolgreichen Widersprüche als auch zur Anzahl der entschiedenen Widersprüche vorliegen und die mindestens einen entschiedenen Widerspruch gemeldet haben.

2019_AS26

Abbildung 22. Prozentualer Verteilung erfolgreicher und nicht erfolgreicher Widersprüche nach Trägerbereich

Die Verteilung der erfolgreich und der nicht erfolgreich entschiedenen Widersprüche über alle Trägerbereiche hinweg wird in Abbildung 23 gezeigt.



Datengrundlage: 219.202 entschiedene Widersprüche² von 265 Trägern.

¹ Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten.

² Die Anzahl der entschiedenen Widersprüche wird nur für die Träger angegeben, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der erfolgreichen Widersprüche als auch zur Anzahl der entschiedenen Widersprüche vorliegen und die mindestens einen entschiedenen Widerspruch gemeldet haben.

2019_AS26

Abbildung 23. Prozentuale Verteilung erfolgreicher und nicht erfolgreicher Widersprüche über alle Trägerbereiche

Abbildung 24 stellt eine trägerspezifische Betrachtung des Anteils erfolgreich entschiedener Widersprüche aus Sicht des Leistungsberechtigten dar. Dafür wurden die Angaben jener Träger verwendet, die mindestens 20 entschiedene Widersprüche übermittelt haben.

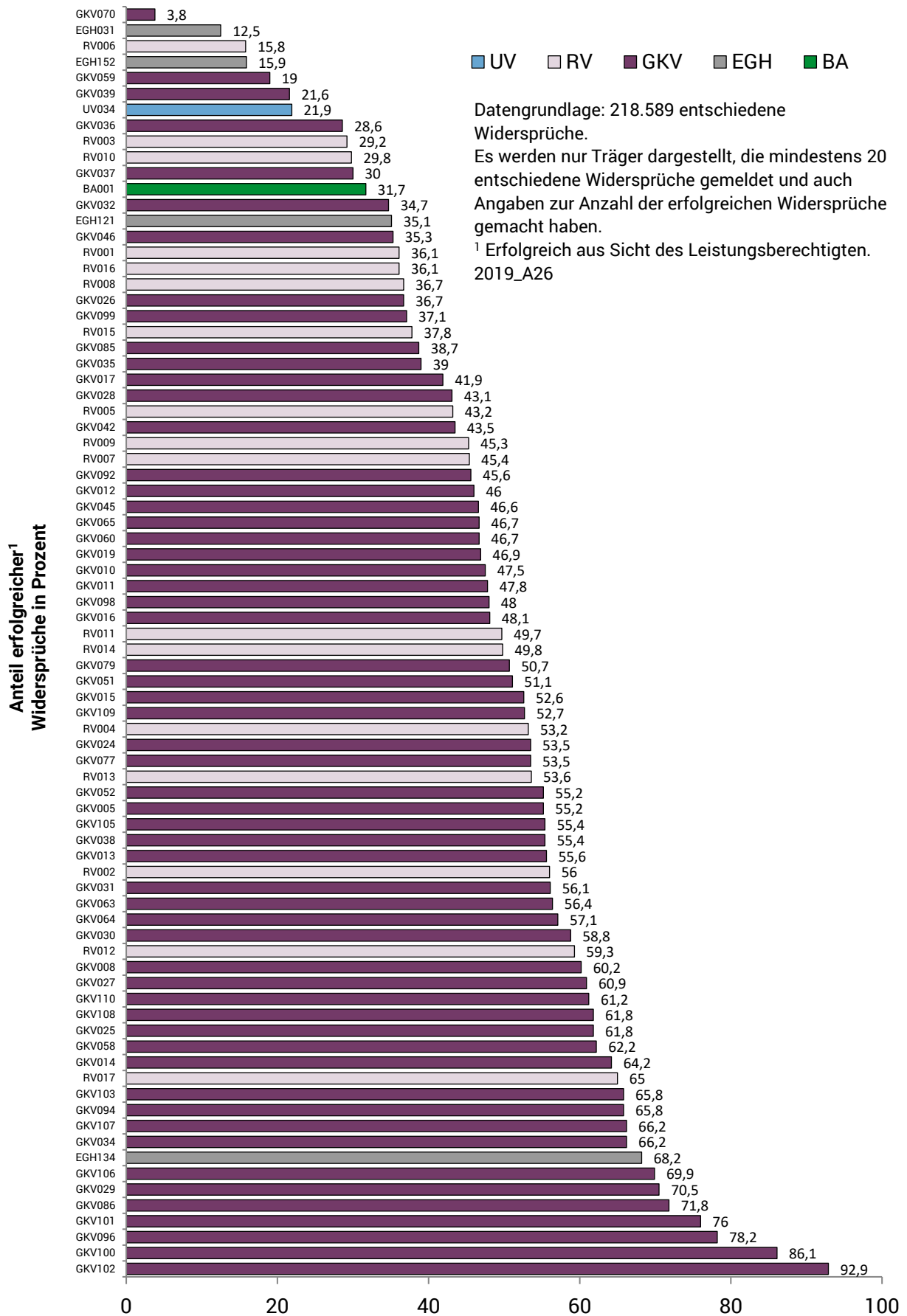


Abbildung 24. Prozentualer Anteil erfolgreicher Widersprüche pro Träger

Ergebnisse der Datenauswertung

Tabelle 53 zeigt, wie viele Klagen unabhängig von deren Ausgang entschieden und wie viele Klagen erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten entschieden wurden.

Tabelle 53. Anzahl entschiedener Klagen und erfolgreicher Klagen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Klagen	Träger	Erfolgreiche Klagen ¹	Träger
BA	475	1 (100,0%)	151	1 (100,0%)
EGH	60	173 (68,7%)	17	192 (76,2%)
GKV	520	105 (96,3%)	200	105 (96,3%)
JH	27	363 (93,3%)	7	375 (96,4%)
RV	6.462	17 (100,0%)	1.943	17 (100,0%)
SER	0	183 (96,8%)	0	184 (97,4%)
UV	84	1 (2,9%)	25	1 (2,9%)
Gesamt	7.628	843 (85,1%)	2.343	875 (88,3%)

¹ Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten.

2019_AS26

Aus der Anzahl der entschiedenen Klagen (unabhängig von deren Ausgang) und der Anzahl der erfolgreich entschiedenen Klagen kann die Anzahl der nicht erfolgreichen Klagen berechnet werden. Wie viele Klagen aus Sicht des Leistungsberechtigten erfolgreich bzw. nicht erfolgreich entschieden wurden, wird in Tabelle 54 gegenübergestellt.

Tabelle 54. Anzahl erfolgreicher und nicht erfolgreicher Klagen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Erfolgreich^{1,2}	Nicht erfolgreich	Entschiedene Klagen²	Träger
BA	151	324	475	1 (100,0%)
EGH	17	43	60	8 (3,2%)
GKV	200	320	520	19 (1,9%)
JH	7	18	25	18 (4,6%)
RV	1.943	4.519	6.462	17 (100,0%)
SER	- **	- **	- **	- **
UV	25	59	84	1 (2,9%)
Gesamt	2.343	5.283	7.626	64 (6,5%)

¹ Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten.

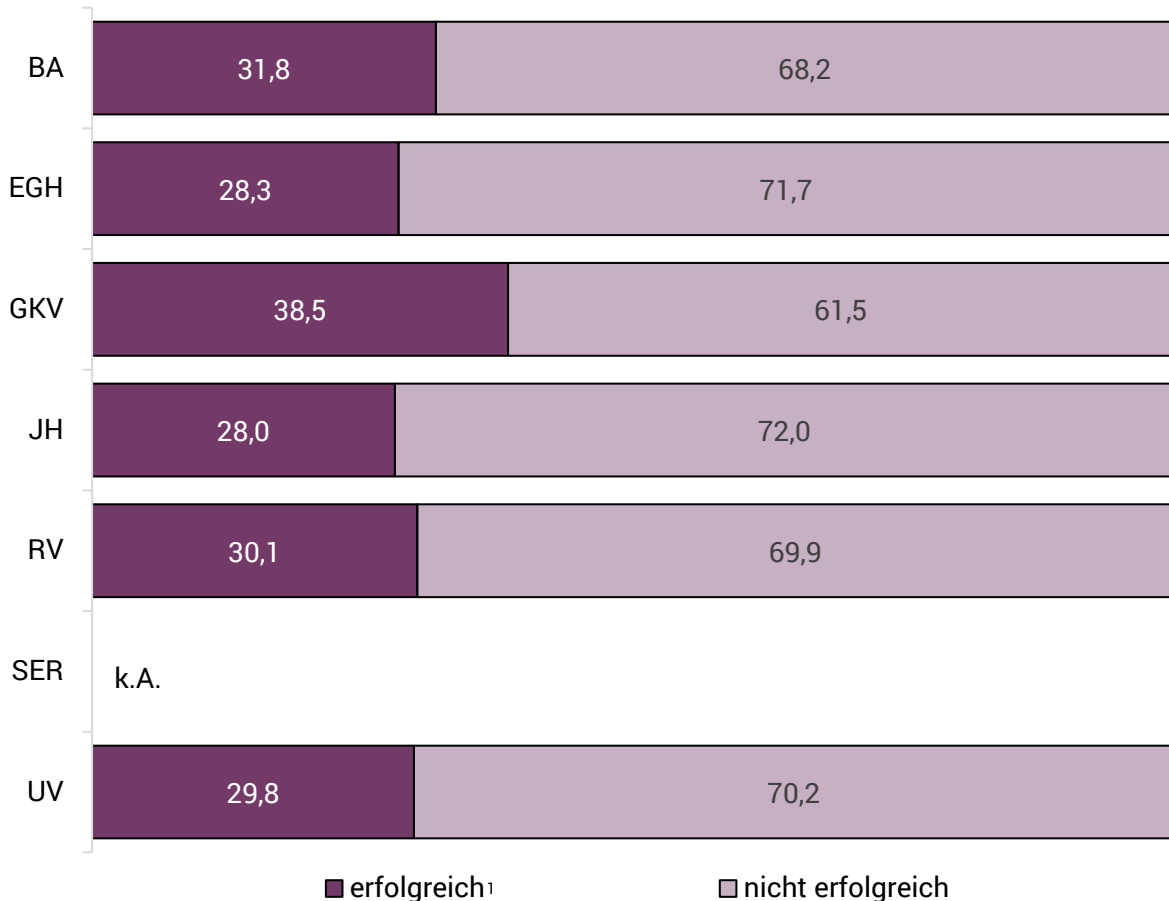
² Die Anzahl der erfolgreichen Klagen und die Anzahl der entschiedenen Klagen wird nur für die Träger angegeben, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der erfolgreichen Klagen als auch zur Anzahl der entschiedenen Klagen vorliegen und die mindestens eine entschiedene Klage gemeldet haben.

** Da bei diesen Trägern keine entschiedenen Klagen vorlagen und somit auch keine erfolgreich entschiedenen oder nicht erfolgreich entschiedenen Klagen gemeldet wurden, werden hier keine Werte angezeigt.

2019_AS26

Ergebnisse der Datenauswertung

In Abbildung 25 ist dargestellt, wie viel Prozent der Klagen aus Sicht des Leistungsberechtigten erfolgreich bzw. nicht erfolgreich entschieden wurden. Um eine Aussage darüber treffen zu können, müssen sowohl Angaben zu entschiedenen als auch zu erfolgreich entschiedenen Klagen vorliegen. Diese Verteilung kann also nur bei den Trägern berechnet werden, die zu beiden Merkmalen Daten übermittelt haben.



Datengrundlage: 7.626 entschiedene Klagen² von 64 Trägern.

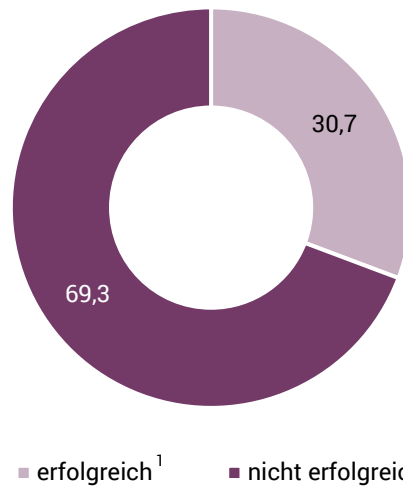
¹ Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten.

² Die Anzahl der erfolgreichen Klagen und die Anzahl der entschiedenen Klagen wird nur für die Träger angegeben, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der erfolgreichen Klagen als auch zur Anzahl der entschiedenen Klagen vorliegen und die mindestens eine entschiedene Klage gemeldet haben.

2019_AS26

Abbildung 25. Prozentuale Verteilung erfolgreicher und nicht erfolgreicher Klagen nach Trägerbereich

Die Verteilung der erfolgreich und der nicht erfolgreich entschiedenen Klagen über alle Trägerbereiche hinweg wird in Abbildung 26 gezeigt.



Datengrundlage: 7.626 entschiedene Klagen² von 64 Trägern.

¹ Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten.

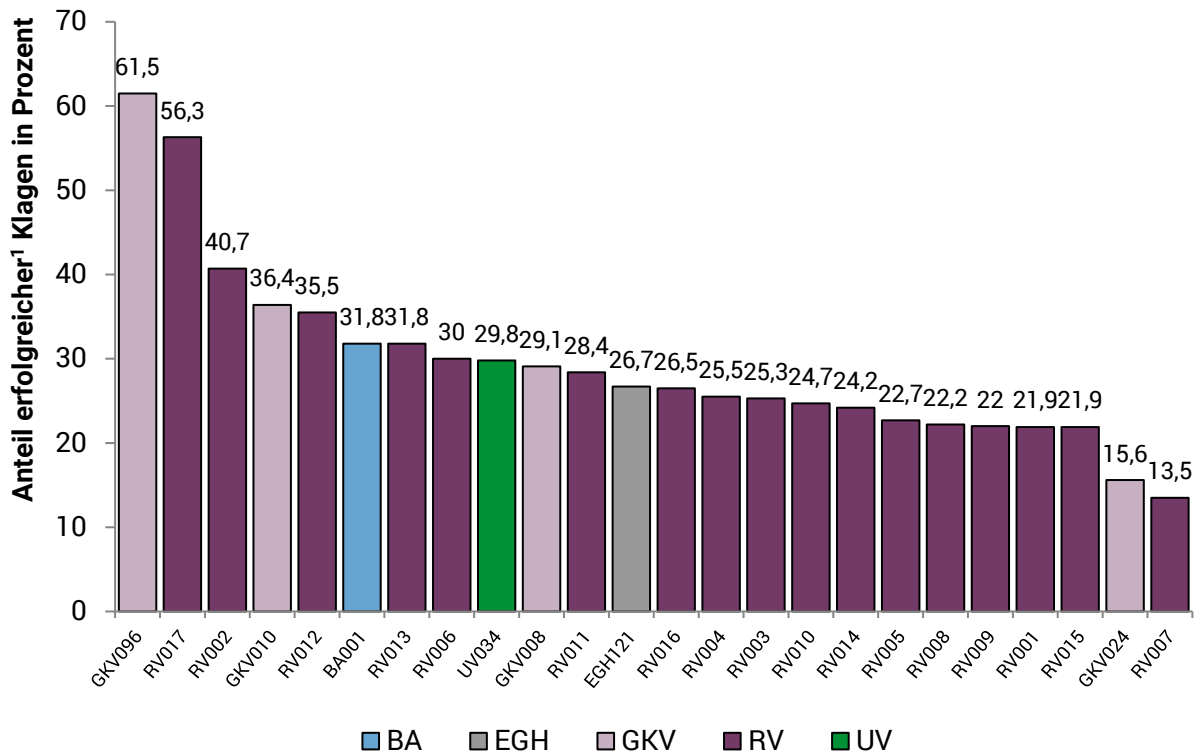
² Die Anzahl der erfolgreichen Klagen und die Anzahl der entschiedenen Klagen wird nur für die Träger angegeben, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der erfolgreichen Klagen als auch zur Anzahl der entschiedenen Klagen vorliegen und die mindestens eine entschiedene Klage gemeldet haben.

2019_AS26

Abbildung 26. Anteil erfolgreicher und nicht erfolgreicher Klagen insgesamt

Ergebnisse der Datenauswertung

Die nachfolgende Abbildung 27 stellt eine trägerspezifische Betrachtung des Anteils erfolgreich entschiedener Klagen aus Sicht des Leistungsberechtigten dar. Dafür wurden die Angaben jener Träger verwendet, die mindestens 20 entschiedene Klagen übermittelt haben.



Datengrundlage: 7.512 entschiedene Klagen.

Es werden nur Träger dargestellt, die mindestens 20 Klagen gemeldet und auch Angaben zur Anzahl der erfolgreichen Klagen gemacht haben.

¹ Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten.

2019_AS26

Abbildung 27. Prozentualer Anteil erfolgreicher Klagen pro Träger



Aus den Trägerbereichen

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

Hinsichtlich der Gründe für die Erfolgsquote bei Widersprüchen in der **GKV** wird insbesondere darauf hingewiesen, dass im Verfahren zur Leistungsentscheidung oftmals notwendige und zusätzliche Informationen bei den Versicherten nicht eingeholt werden können. Durch die Versicherten werden diese erst im Widerspruchsverfahren ergänzend mitgeteilt. Laut der amtlichen Statistik KG5 für 2019 beträgt die durchschnittliche Quote der abgeholten Widersprüche in der GKV 52,8 v. H. Insofern scheint der im THVB angegebene Wert von 62,1 v. H. auf Ungenauigkeiten bei der Datenerfassung und Datengenerierung für den THVB zurückzuführen zu sein.

Die Angaben zu Widersprüchen und Klagen konnten für das aktuelle Berichtsjahr für die Mehrzahl der **UV**-Träger noch nicht ermittelt werden.

3.3.16. Sachverhalt 16: Dauerhafte Integration in Arbeit nach einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben



Gesetzestext:

Die Rehabilitationsträger [...] erfassen die Anzahl der Leistungsberechtigten, die sechs Monate nach dem Ende der Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen haben, soweit die Maßnahme von einem Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nummer 2 bis 7 erbracht wurde.



Fragestellung:

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



Ergebnis:

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



Zur Einordnung der Daten

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

Da der Trägerbereich GKV und die LAK keine LTA-Leistungen erbringen, ist dieser Sachverhalt nicht einschlägig und es werden keine Angaben erfasst und berichtet.

Nachfolgend werden die Daten für Sachverhalt 16 für die BA und den Trägerbereich RV dargestellt. Aufgrund der Unterschiede in der Struktur der Leistungsberechtigten der BA und der RV können diese beiden Trägerbereiche hier nur eingeschränkt miteinander verglichen werden.

Dauerhafte Integration in Arbeit bei der BA

Die BA berichtet 134.546 Leistungsfälle, die im Zeitraum vom 01.07.2018 bis zum 30.06.2019 eine LTA-Maßnahme beendet haben. Innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten nach Ende der LTA-Maßnahme haben davon 79.579 Leistungsfälle im Berichtsjahr eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen. Abbildung 28 zeigt die Anzahl sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungen im Verhältnis zu allen beendeten LTA-Maßnahmen.

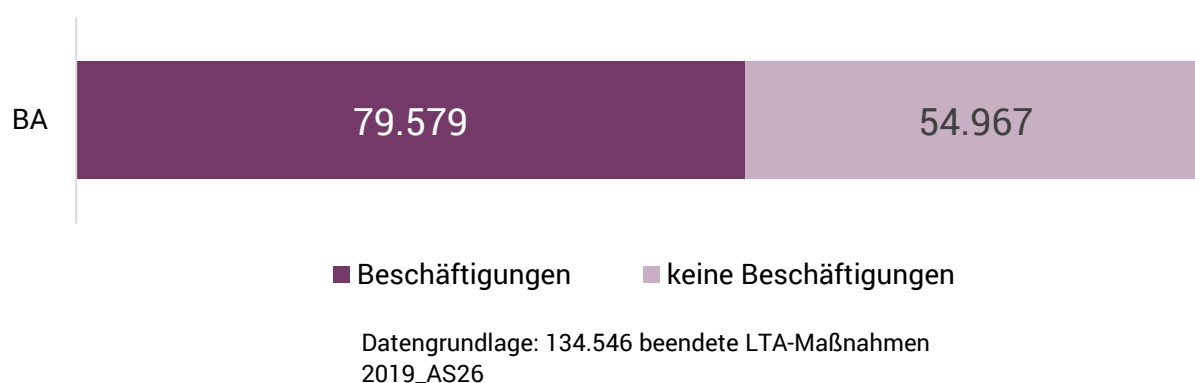
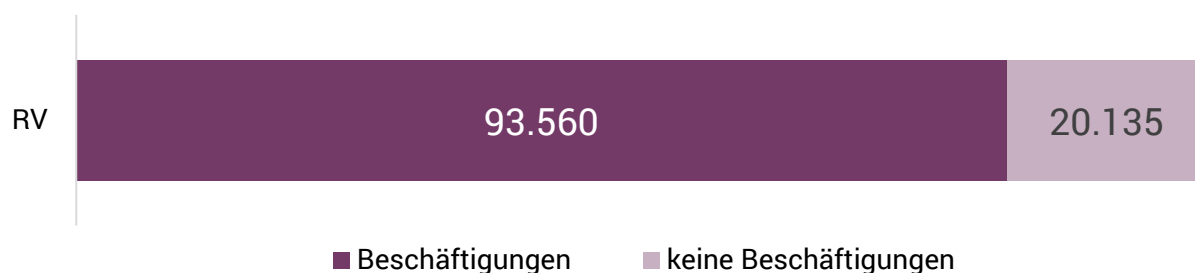


Abbildung 28. Anzahl sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungen 6 Monate nach Ende einer LTA-Maßnahme bei der BA

Dauerhafte Integration in Arbeit im Trägerbereich RV

Die Träger der **RV** berichten 113.695 Leistungsfälle, bei denen das Datum der Beschäftigung (des Leistungsendes plus sechs Monate) im Vorjahr des Berichtsjahres liegt (für den zweiten THVB gilt entsprechend das Leistungsende zwischen 01.07.2017 bis 30.06.2018). Im 6. Kalendermonat nach dem Endmonat jeder LTA-Leistung wird geprüft, ob eine Beschäftigung vorliegt. Dies trifft auf 93.560 Leistungsberechtigte zu. Eine auslösende LTA-Leistung sind hier alle Leistungen nach den §§ 49 und 50 SGB IX, außer Berufsvorbereitungen. Abbildung 29 zeigt die Anzahl der Beschäftigungen im Verhältnis zu allen beendeten LTA-Maßnahmen.



Datengrundlage: 113.695 beendete LTA-Maßnahmen bei 16 Trägern
2019_AS26

Abbildung 29. Anzahl Beschäftigungen 6 Monate nach Ende einer LTA-Maßnahme bei der RV



Aus den Trägerbereichen

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

Etwa zwei Drittel aller Anträge auf LTA bei der **BA** betreffen die berufliche Eingliederung junger Menschen an der ersten Schwelle beim Übergang von der Schule in den Beruf. Daher unterscheidet sich die Struktur der Leistungsberechtigten der BA in der beruflichen Rehabilitation von der anderer Rehabilitationsträger deutlich.

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

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

3.4. Daten zur Förderung der Selbsthilfe nach § 45 SGB IX

Nach § 45 SGB IX sollen die Rehabilitationsträger Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Prävention, Rehabilitation, Früherkennung, Beratung, Behandlung und Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen zum Ziel gesetzt haben, nach einheitlichen Grundsätzen fördern. Hierzu wurde auf Ebene der BAR die Gemeinsame Empfehlung „Förderung der Selbsthilfe“ erarbeitet.[28] Die Leistungsvoraussetzungen zur Selbsthilfeförderung sind in den jeweiligen Leistungsgesetzen der Rehabilitationsträger geregelt. Darüber hinaus gilt für alle Rehabilitationsträger die UN-BRK, insbesondere Art. 26 Abs. 1 Satz 1 UN-BRK, in dem sich die Vertragsstaaten unter anderem zur Förderung der Selbsthilfe verpflichten.[29] Die Rechtsgrundlagen der verschiedenen Rehabilitationsträger zur Aufgabe „Förderung der Selbsthilfe“ unterscheiden sich bisher. Die Daten der Rehabilitationsträger über Art und Höhe der Förderung der Selbsthilfe fließen laut § 45 Satz 2 SGB IX in den THVB mit ein und werden im Folgenden nach den einzelnen Trägerbereichen gegliedert dargestellt.



Gesetzestext:

Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen, die sich die Prävention, Rehabilitation, Früherkennung, Beratung, Behandlung und Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen zum Ziel gesetzt haben, sollen nach einheitlichen Grundsätzen gefördert werden. Die Daten der Rehabilitationsträger über Art und Höhe der Förderung der Selbsthilfe fließen in den Bericht der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation nach § 41 ein.



Fragestellung(en):

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



Ergebnis:

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

Für die Träger der **EGH** ist im SGB XII bisher keine explizite Vorschrift zur Förderung der Selbsthilfe enthalten. Daten zur Selbsthilfeförderung liegen für den zweiten THVB aus diesem Trägerbereich nicht vor.

Die Selbsthilfeförderung der **GKV** nach § 20h SGB V sieht eine Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen auf regionaler, Landes- und Bundesebene vor. Die Förderung erfolgt als Pauschal- oder Projektfinanzierung. Mindestens 70 Prozent der insgesamt nach § 20h SGB V aufzubringenden Fördermittel werden für die kassenartübergreifende

Ergebnisse der Datenauswertung

Pauschalförderung zur Verfügung gestellt. Die übrigen maximal 30 Prozent der Fördermittel können die einzelnen Krankenkassen für krankenkassenindividuelle Projektförderungen verwenden.[30] Gemäß § 20h Abs. 3 SGB V sollen die Ausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Abs. 3 Satz 1 „[...] im Jahr 2016 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 1,05 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen.“ Grundlage der für den THVB verwendeten Daten bilden die Kontenarten 5130 (Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen – nur Zuschuss) und 5140 (Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen – ohne Zuschuss) der KJ 1-Statistik aus dem Jahr 2019. Über den gesamten Trägerbereich GKV gesehen betrug die Förderung der Selbsthilfe in 2019 insgesamt 83,77 Mio. Euro. Der Soll-Ausgabenwert für die Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20h SGB V betrug 2019 1,13 Euro je Versicherten. Der tatsächliche Ausgabenwert lag bei 1,15 Euro. In Abbildung 30 sind die Ausgaben für die Selbsthilfeförderung der GKV differenziert nach Kassenarten dargestellt.

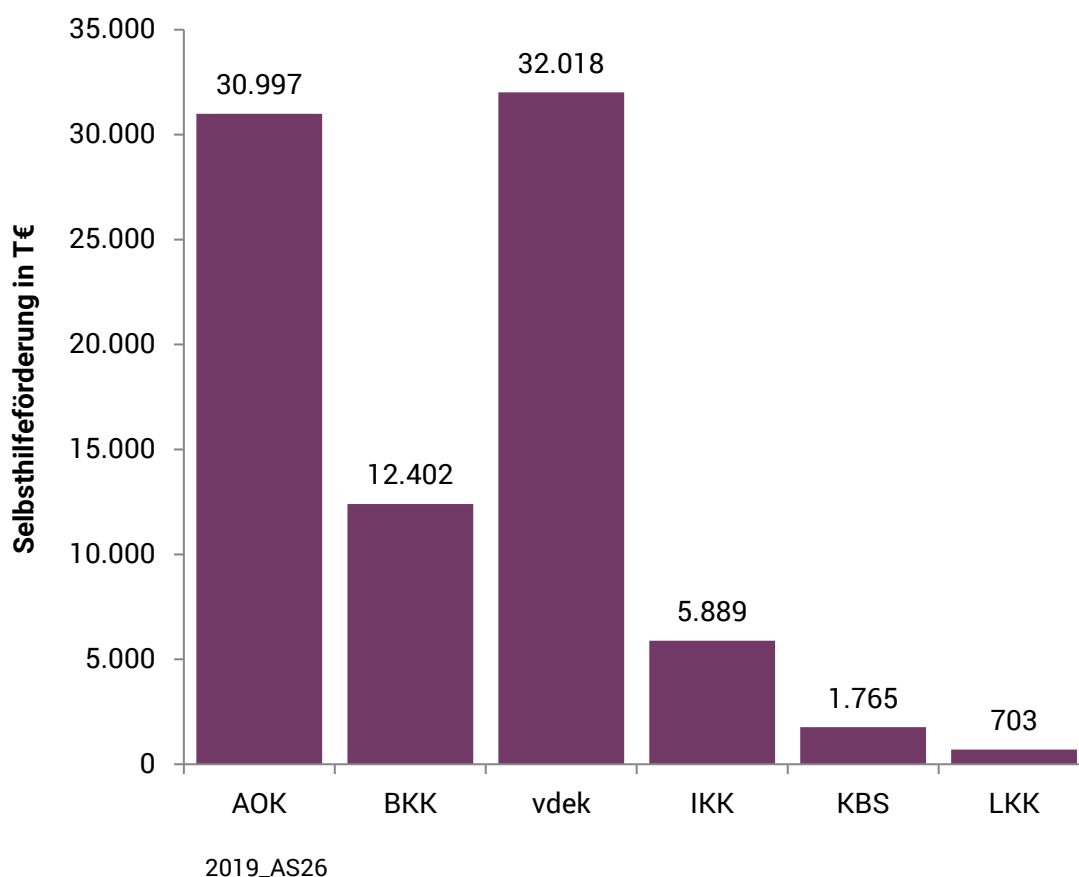


Abbildung 30. Ausgaben zur Förderung der Selbsthilfe nach Kassenarten in 2019

Der § 4 Abs. 3 SGB VIII sieht vor, dass die öffentliche **JH** die freie JH nach Maßgabe des SGB VIII fördern und dabei die verschiedenen Formen der Selbsthilfe stärken soll. In der Praxis kommt diese Bestimmung vor allem bei der Unterstützung selbstorganisierter Formen der

Tagesbetreuung und der Jugendarbeit für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche zum Tragen. In diesem Zusammenhang werden Leistungsangebote finanziell gefördert, nicht aber die Institution, d.h. die Jugendeinrichtung als solche. Daten zur Selbsthilfeförderung liegen für den zweiten THVB aus diesem Trägerbereich nicht vor.

Die Regelung des § 45 SGB IX wird für die **RV** spezialgesetzlich durch § 31 SGB VI ausgestaltet. Gemeldet für den THVB werden daher Förderbeträge, die die Träger der RV an entsprechende Institutionen zugewandt haben. Diese beinhalten Beträge zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB VI in Verbindung mit den Richtlinien über Zuwendungen durch die Träger der gesetzlichen RV an Einrichtungen, die auf dem Gebiet der Rehabilitation forschen oder die Rehabilitation fördern. In 2019 beliefen sich diese Ausgaben über alle Träger der Rentenversicherung gesehen auf knapp 7,69 Mio. Euro. In Abbildung 31 sind die Ausgaben für die Selbsthilfeförderung der RV aus dem Jahr 2019 nach den Trägern der Rentenversicherung gegliedert dargestellt.

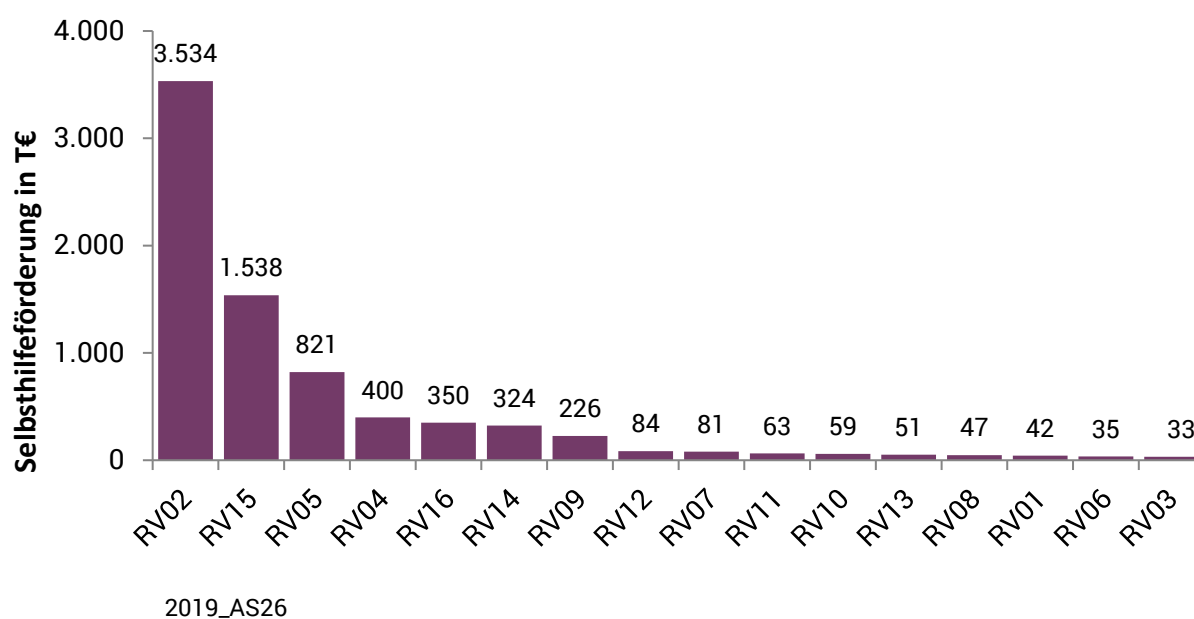


Abbildung 31. Ausgaben zur Förderung der Selbsthilfe bei der RV in 2019

Für die Träger der **KOF** im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung ist eine Förderung gemäß § 27d Abs. 2 BVG möglich. Sie beinhaltet in Einzelfällen die Erbringung von Leistungen für die individuelle Teilnahme an Angeboten der Selbsthilfe. Daten zur Selbsthilfeförderung liegen für den zweiten THVB aus diesem Trägerbereich nicht vor.

Für die Träger der **KOV** im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden gilt die Regelung des § 10 Abs. 6 Satz 2 BVG. Diese Vorschrift weist darauf hin, dass die Leistungen nach der Maßgabe des SGB V erbracht werden. Für die Erbringung sind nach

Ergebnisse der Datenauswertung

§ 18c Abs. 1 Satz 3 BVG die gesetzlichen Krankenkassen zuständig. Daten zur Selbsthilfeförderung liegen für den zweiten THVB aus diesem Trägerbereich nicht vor.

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

4. Aus den Trägerbereichen

In diesem Kapitel finden sich Ergänzungen aus den Trägerbereichen zum zweiten THVB, die über die Eingaben in den Infoboxen „Aus den Trägerbereichen“ in Kapitel 3 hinausgehen. Solche Ergänzungen wurden von der BA, der EGH, der GKV, der JH und der UV verfasst.

Die nachfolgenden Abschnitte in Kapitel 4 geben die Beiträge dieser Träger im Wortlaut wieder.²⁰

4.1. Bundesagentur für Arbeit

Die Bundesagentur für Arbeit (BA) ist eine rechtsfähige bundesunmittelbare Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Sie gliedert sich in eine Zentrale auf der oberen Verwaltungsebene und zehn Regionaldirektionen auf der mittleren Verwaltungsebene. Sie ist mit 156 Agenturen für Arbeit (AA) und etwa 600 Geschäftsstellen vor Ort präsent. Außerdem sind die AA gemeinsam mit Landkreisen oder kreisfreien Städten für 302 Jobcenter in gemeinsamer Einrichtung (gE) verantwortlich. Dementsprechend ist die BA nahezu überall in ganz Deutschland gut erreichbar und hat einen überdurchschnittlich hohen Bekanntheitsgrad.

Die BA ist auch Rehabilitationsträgerin für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sowie unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen. Im Vergleich zu den weiteren Rehabilitationsträgerinnen ist die BA aufgrund ihrer Organisationsstruktur keinem Trägerinnenbereich zugeordnet, sie agiert als solitäre Rehabilitationsträgerin. Ziel ist es, die nachhaltige und dauerhafte Integration in den Ausbildungs- oder Arbeitsmarkt für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen zu sichern. Die BA erbringt Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, sofern nicht eine andere Rehabilitationsträgerin im Sinne des SGB IX zuständig ist.

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

Die proaktive Identifizierung möglicher Rehabilitationsbedarfe ist Aufgabe aller Beratungs- und Vermittlungsfachkräfte in den operativen Bereichen der AA und gE. Vor allem die berufliche Orientierung und Beratung von Schülerinnen und Schülern setzt sehr frühzeitig ein. Rund zwei Drittel aller Anträge auf LTA betreffen die berufliche Eingliederung junger Menschen an der ersten Schwelle beim Übergang von der Schule in den Beruf. Daher unterscheidet sich die Struktur der Leistungsberechtigten der BA in der beruflichen Rehabilitation von der anderer

²⁰ Es erfolgten lediglich redaktionelle Anpassungen der Texte an den Aufbau und Sprachgebrauch des vorliegenden Berichtes.

Aus den Trägerbereichen

Rehabilitationsträger deutlich. Da die Rehabilitationsbedarfe junger Menschen in der Regel vor Ende der Schulzeit festgestellt werden, Bewilligungsbescheide im Interesse der Leistungsberechtigten zeitnah erfolgen und sich Maßnahmeeintritte häufig an festen Beginnsterminen (z. B. am Ausbildungsbeginn) orientieren, resultieren daraus mitunter höhere Antrittslaufzeiten.

Einige Variablen und Auswertungen entfallen für die BA aufgrund ihrer Organisation als solitäre Rehabilitationsträgerin.

Die BA unterstützt die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes und begrüßt die durch den THVB geschaffene neue Transparenz im gegliederten System der Rehabilitation.

4.2. Eingliederungshilfe

Die Eingliederungshilfe ist mit Leistungen im Umfang von rund 19 Mrd. Euro jährlich an über 940.000 Personen der größte Reha-Träger. Sie gewährt eine der wichtigsten Sozialleistungen zur Sicherung des Rechts auf Teilhabe für Menschen mit Behinderungen in Deutschland. Das Leistungsspektrum reicht von der heilpädagogischen und schulischen Förderung über die Unterstützung bei der Teilhabe am Arbeitsleben in Werkstätten für behinderte Menschen und im Budget für Arbeit bis hin zu verschiedenen Maßnahmen der sozialen Teilhabe einschließlich der Assistenz beim Wohnen in der eigenen Wohnung oder in besonderen Wohnformen.

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

Die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen stand im Jahr 2019 vor besonderen Herausforderungen. Durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) wurde die Eingliederungshilfe mit Wirkung zum 01.01.2020 aus dem Sozialhilferecht nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) herausgelöst und als Teil 2 in das Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) überführt und in weiten Teilen neu geregelt.

Für die betroffenen Menschen, für die Anbieter sozialer Leistungen und für die Träger der Eingliederungshilfe ist das Jahr 2019 als ein Jahr des Übergangs zu bewerten. Die organisatorischen Vorbereitungen auf die großen Veränderungen zum 01.01.2020 haben erhebliche personelle Ressourcen gebunden. Auch die technischen Anpassungen der Verfahren und Prozesse waren im Rahmen einer Priorisierung vordringlich darauf ausgerichtet, die reibungslose Sicherstellung der Leistungen ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der 3. Reformstufe des BTHG zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang bestanden insbesondere folgende Herausforderungen:

- Die Zuständigkeiten der Behörden mussten in allen Bundesländern neu bestimmt werden. Dies führte dazu, dass einige Träger der Eingliederungshilfe für bestimmte Leistungen im Jahr 2019 letztmalig bzw. im Jahr 2020 erstmalig zuständig waren.
- In besonderen Wohnformen (bis 2019: stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe) musste ab 01.01.2020 die Trennung der existenzsichernden Leistungen von den fachbezogenen Leistungen der Eingliederungshilfe vollzogen werden. Dafür waren Vereinbarungen und Absprachen anzupassen.

Aus den Trägerbereichen

- Ab 01.01.2020 trat an die Stelle des Leistungsrechts nach dem SGB XII das des SGB IX mit zahlreichen Neuerungen.

Infolge des erheblichen Vorbereitungs- und Umstellungsaufwandes und der Priorisierung der einzelnen Maßnahmen stand für viele Träger der Eingliederungshilfe im Vordergrund, die Leistungsgewährung für die betroffenen Menschen nach dem Bundesteilhabegesetz sicherzustellen. Dies ist überall gelungen. Aufgrund der vorrangigen Sicherstellung einer Leistungsgewährung konnten nicht überall die IT-technischen Voraussetzungen zur vollständigen Datenerhebung für den THVB bereits im Jahr 2019 sichergestellt werden.

4.3. Gesetzliche Krankenversicherung

Im Bereich der GKV haben alle 109 gesetzlichen Krankenkassen eine Vollerhebung für den zweiten THVB vorgenommen. Dabei konnten jedoch aufgrund von Ungenauigkeiten in der Programmierung und der Datenerfassung nicht für alle Meldevariablen abschließend valide Daten durch die Krankenkassen generiert und an die BAR übermittelt werden. Insoweit wird bei einzelnen Darstellungen im THVB für den Bereich der GKV bei der Anzahl der Träger ein Wert unterhalb von 109 Trägern oder 100 Prozent ausgewiesen.

4.4. Jugendhilfe

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

Die Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII ist keine erzieherische Hilfe aus dem Leistungskatalog der Kinder- und Jugendhilfe, kann aber kombiniert werden mit diesen. Sie hat einen offenen Leistungskatalog für zielgenaue Hilfen und kann sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden.

Die Kommunen verzeichnen seit Jahren steigende Fallzahlen in der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII. Dies geht auf höhere Bedarfe der Kinder und Jugendlichen sowie auf eine erhöhte Aufmerksamkeit für eine (drohende) seelische Behinderung bei Kindern und Jugendlichen zurück. Lernschwächen, Autismus, ADHS und andere Formen einer (drohenden) seelischen Behinderung werden z.B. aufgrund der Hinweise von Eltern, Kinderärzten/-innen, Erziehern/-innen und Lehrern/-innen zunehmend während des Besuchs von Kindertageseinrichtungen und der Grundschule diagnostiziert. Die Fördermaßnahmen beginnen am besten so früh wie möglich, da die Entwicklung der Kinder im Vorschulalter besonders dynamisch ist.

Am Stichtag 31.12.2018 (jüngste amtliche Statistik) wurden insgesamt 84.200 Hilfen nach § 35a SGB VIII gewährt. Einzelhilfen der Jugendhilfe insgesamt wurden demgegenüber für 486.750 Personen gewährt.

Die mit dem Bundesteilhabegesetz zum 01.01.2018 in Kraft getretenen allgemeinen Regelungen des 1. Teils SGB IX werden auch von der Eingliederungshilfe nach dem SGB VIII umgesetzt. Das Jugendamt prüft, ob der Teilhabebedarf des Kindes oder Jugendlichen vollständig aus dem SGB VIII gedeckt werden kann. Wenn neben den Leistungen nach § 35a SGB VIII auch Teilhabebedarfe aus anderen Leistungsgruppen (§ 5 SGB IX) bei anderen Rehabilitationsträgern (§ 6 SGB IX) bestehen, für die das Jugendamt nicht Rehabilitationsträger sein kann, wird das Teilhabeplanverfahren eingeleitet. Damit hat die Fachkraft im Jugendamt für den kleinen Bereich der Leistungen nach § 35a SGB VIII eine sehr komplexe Aufgabe, die umfassende Kenntnisse des Rehabilitationsrechts aller Leistungsträger erfordert.

4.5. Gesetzliche Unfallversicherung

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

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

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

Die beschriebenen Besonderheiten und die notwendigen umfangreichen Vorarbeiten bei den UV-Trägern führen dazu, dass für den vorliegenden 2. THVB noch nicht alle Kennzahlen vollumfänglich ermittelt werden konnten. Ab dem Berichtsjahr 2021 werden dann alle für die Unfallversicherung einschlägigen Kennzahlen für den THVB zur Verfügung stehen.

Aus den Trägerbereichen

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

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung begleiten die Versicherten auch über das Ende der beruflichen Rehabilitation hinaus. Ab dem Berichtsjahr 2020 wird der versicherungspflichtige Beschäftigungsstatus 6 Monate nach dem Ende der Maßnahmen im Rahmen der LTA statistisch erfasst.

5. Ausblick

Der Teilhabeverfahrensbericht ist eine jährliche Berichterstattung im System der Rehabilitation und Teilhabe. Dem dritten Teilhabeverfahrensbericht wird das Berichtsjahr 2020 zugrunde liegen. Mit dem Fortführen dieser trägerübergreifenden Statistik werden auch die Entwicklungen des Antrags- und Leistungsgeschehens Eingang in die Ergebnisse einzelner Sachverhalte finden.

Der Teilhabeverfahrensbericht 2021 mit den Daten des Jahres 2020 wird sowohl die Folgen der SARS-CoV-2-Pandemie als auch die Auswirkungen der gesetzlichen Veränderungen durch die dritte Reformstufe des BTHG umfassen.

Die SARS-CoV-2-Pandemie war prägend für das Jahr 2020. Die Auswirkungen zeigen sich auch im Bereich von Rehabilitation und Teilhabe und im Leistungsgeschehen der Rehabilitationsträger. Bereits heute ist für ausgewählte Trägerbereiche bekannt, dass sich die Anzahl der Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe im Frühjahr 2020 monatsweise um bis zu 40 Prozent im Vergleich zum Vorjahr verringert hat.[31] Ein ähnliches Bild zeichnet sich bei den Antritten der Leistungen ab, welche sich im Frühjahr monatsweise um mehr als 70 Prozent verringert haben.[31]

Antworten auf Fragen nach der Entwicklung von Antragszahlen aller Trägerbereiche wird der dritte Teilhabeverfahrensbericht geben können. Die Auswirkungen der Pandemie sowohl auf das Antrags- als auch auf das Leistungsgeschehen sowie weitere Entwicklungen werden sich in den Ergebnissen ausgewählter Sachverhalte widerspiegeln.

Die Entwicklungen schließen auch gesetzgeberische Neuerungen ein: So ist zu Beginn des Berichtsjahres 2020 die dritte Reformstufe des BTHG in Kraft getreten. Die Regelungen der EGH wurden aus dem SGB XII herausgelöst und in Teil 2 des SGB IX integriert. Die Entwicklung zum modernen Teilhaberecht geht dabei insbesondere mit der Trennung von Fachleistungen und existenzsichernden Leistungen einher. Zudem wurden die Leistungskataloge zu den Leistungsgruppen Leistungen zur sozialen Teilhabe und Leistungen zur Bildung neu gefasst. Hier wird der dritte Teilhabeverfahrensbericht Einblicke in die Entwicklungen der absoluten Antragszahlen dieser Leistungsgruppen sowie die Verteilung der Verhältnisse im Rahmen des Gesamt-Antrags geben. Vereinzelt haben sich mit Inkrafttreten der dritten Reformstufe auch Änderungen für einzelne Träger ergeben. Dies führt auch zu Veränderungen in der Struktur bzw. der Anzahl der Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 SGB IX innerhalb des Trägerbereichs der EGH.

Nachdem der Blick in das Leistungsgeschehen im vorliegenden zweiten Bericht umfassend erweitert wurde, wird sich die Datengrundlage für den dritten Bericht erneut vergrößern und vervollständigen: Rund ein Fünftel der Rehabilitationsträger, die ihrer Berichtspflicht für den zweiten THVB nicht nachgekommen sind, sind im Meldezeitraum 2021 erneut aufgefordert, erstmalig ihre Daten an die BAR zu übermitteln.

Ausblick

Zudem wird die Datenqualität im dritten Teilhabeverfahrensbericht weiter gesteigert werden können. Nachdem im vorliegenden Bericht insgesamt 8,3 Prozent der übermittelten Werte im Rahmen der strukturierten Validitäts- und Plausibilitätsprüfung von der weiteren Analyse ausgeschlossen werden mussten, hat die BAR in Abstimmung mit den beteiligten Akteuren zahlreiche Verbesserungsmaßnahmen umgesetzt. Sie werden die Datenqualität steigern, sodass im Ergebnis eine höhere Anzahl der übermittelten Werte in die Auswertung einfließen.

Der dritte Teilhabeverfahrensbericht wird sich auszeichnen durch eine erneut vergrößerte Datengrundlage, eine höhere Qualität der übermittelten Daten und ebenso durch Erkenntnisse über die Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf das Antrags- und Leistungsgeschehen.

Er wird wichtige Einblicke in die Entwicklung von Rehabilitation und Teilhabe unter den Bedingungen des Jahres 2020 bieten. Für die verantwortlichen Akteure wird der dritte Teilhabeverfahrensbericht eine wichtige Grundlage für Fragen der Weiterentwicklung sein.

6. Literatur

- [1] Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR). Reha-Info 3/2019: Schwerpunkt - 50 Jahre BAR. Rehabilitation (Stuttg) 2019; 57: I–VIII
- [2] Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR). Bundesteilhabegesetz Kompakt: Die wichtigsten Änderungen im SGB IX. 4. Aufl. Frankfurt am Main; 2018
- [3] Beyer C. § 41 Teilhabeverfahrensbericht. In: Dau DH, Düwell FJ, Joussem J, Asmalsky T, Hrsg. Sozialgesetzbuch IX: Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen : SGB IX, BTHG, SchwbVWO, BGG : Lehr- und Praxiskommentar. 5. Aufl. Baden-Baden: Nomos; 2019: 211–215
- [4] Schaumberg T. Das gegliederte System des Rehabilitationsrechts; 2020
- [5] Stähler TP, Schian M. Rechtliche Grundlagen der Rehabilitation. In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR), Hrsg. Rehabilitation: Vom Antrag bis zur Nachsorge - für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe. Berlin: Springer; 2018: 375–408
- [6] BMFSFJ. Kinder und Jugendliche in schwierigen Lebenslagen stärken: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (02.12.2020). Im Internet: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/kinder-und-jugendliche-in-schwierigen-lebenslagen-staerken/162816>; Stand: 02.12.2020
- [7] Beyerlein M. Die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes in den Bundesländern - Teil I: Die Reform der Eingliederungshilfe und die landesrechtliche Umsetzung; 2020
- [8] Tabbara A. Neues Sozialgesetzbuch - Die Reform des Sozialen Entschädigungsrechts. Neue Zeitschrift für Sozialrecht 2020; 29: 210–217
- [9] Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. Recht der Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen: SGB IX mit anderen Gesetzen und Verordnungen. 3. Aufl. [Freiburg im Breisgau], Berlin: Lambertus; Verlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.; 2020
- [10] GKV-Spitzenverband. Krankenkassenliste: 08.11.2019: GKV-Spitzenverband. Im Internet: <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenkassenliste.pdf>; Stand: 08.11.2019
- [11] GKV-Spitzenverband. Krankenkassenliste: 30.11.2020: GKV-Spitzenverband. Im Internet: <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenkassenliste.pdf>; Stand: 30.11.2020
- [12] Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV). Anschriften und Telefonnummern der Rentenversicherungsträger in Deutschland: Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV). Im Internet: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Ueber-uns-und-Presse/Struktur-und-Organisation/Traeger/traeger_node.html; Stand: 30.11.2020
- [13] Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV). Mitglieder: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV). Im Internet: <https://www.dguv.de/de/wir-ueber-uns/mitglieder/index.jsp>; Stand: 08.11.2019
- [14] Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. Umsetzungsbegleitung Bundesteilhabegesetz. Im Internet: <https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/gesetz/umsetzung-laender/>; Stand: 30.11.2020

- [15] Bundesagentur für Arbeit. Kennzahlen nach § 48a SGB II: Übergreifende methodische Hinweise. Version 4.0. Nürnberg; 2019
- [16] Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR). 1. Teilhabeverfahrensbericht: 2019. Frankfurt am Main; 2019
- [17] Diekmann A. Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 12. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2018
- [18] March S, Rauch A, Bender S, Ihle P. Datenschutzrechtliche Aspekte bei der Nutzung von Routinedaten. In: Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D, Hrsg. Routinedaten im Gesundheitswesen: Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. 2. Aufl. Bern: Huber; 2014: 291–303
- [19] Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (ARGE IK). Gemeinsames Rundschreiben Institutionskennzeichen (IK); 2018
- [20] Swart E, Bitzer EM, Gothe H et al. A Consensus German Reporting Standard for Secondary Data Analyses, Version 2 (STROSA-STANDARDisierte BerichtsROUTine für Sekundärdaten-Analysen). Gesundheitswesen 2016; 78: e145-e160; DOI: 10.1055/s-0042-108647
- [21] Horenkamp-Sonntag D, Linder R, Wenzel F, Gerste B, Ihle P. Prüfung der Datenqualität und Validität von GKV-Routinedaten. In: Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D, Hrsg. Routinedaten im Gesundheitswesen: Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. 2. Aufl. Bern: Huber; 2014: 314–330
- [22] eurostat. Datenvalidierung. Im Internet: <https://ec.europa.eu/eurostat/de/data/data-validation>; Stand: 14.12.2020
- [23] Deutsche Forschungsgemeinschaft. Vorschläge zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis: Denkschrift ; Empfehlungen der Kommission "Selbstkontrolle in der Wissenschaft" = Proposals for safeguarding good scientific practice, memorandum ; recommendations of the Commission on Professional Self Regulation in Science. Weinheim: Wiley-VCH; 2013
- [24] Jousen J. Einführung: VI. Das Bundesteilhabegesetz und die Reform des SGB IX. In: Dau DH, Düwell FJ, Jousen J, Asmalsky T, Hrsg. Sozialgesetzbuch IX: Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen : SGB IX, BTHG, SchwbVWO, BGG : Lehr- und Praxiskommentar. 5. Aufl. Baden-Baden: Nomos; 2019: 43–60
- [25] Schian M, Giraud B. Teilhabeplanung - ein Kernelement des trägerübergreifenden Reha-Prozesses. Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 2019; 2019: 50–62
- [26] Schaumberg T. Der Teilhabeplan nach § 19 SGB IX als Instrument zur Koordination von Rehabilitationsleistungen; 2020
- [27] Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Das Persönliche Budget. Bonn; 2019
- [28] Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR). Gemeinsame Empfehlung zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 26 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX. Frankfurt am Main; 2019
- [29] Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung. Die UN-Behindertenrechtskonvention: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen; 2018
- [30] GKV-Spitzenverband. Leitfaden zur Selbsthilfeförderung: Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20h SGB V vom 10. März 2000 in der Fassung vom 11. Juli 2019. Berlin; 2019

Literatur

[31] Deutscher Bundestag. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Andrew Ullmann, Nicole Westig, Michael Theurer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 19/22132 –; 2020

Anhang

1. Ergebnisse auf der Grundlage der Leistungsgruppenanträge

Ein einziger Antrag reicht aus, um benötigte Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe erhalten zu können – auch dann, wenn diese Leistungen durch verschiedene Rehabilitationsträger erbracht werden. Dieser Antrag umfasst also alle benötigten Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe und wird im THVB als Gesamt-Antrag bezeichnet.

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

- Ein Antrag auf Reha- und Teilhabeleistungen wird immer als Gesamt-Antrag erfasst.
- Zusätzlich werden Anträge auch auf Ebene der Leistungsgruppen LMR, LTA, LTB und LST erfasst (mit Ausnahme unterhaltssichernder und anderer ergänzender Leistungen). Diese Anträge werden im Folgenden als Leistungsgruppen-Anträge (LG-Anträge) bezeichnet.

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

Die Erfassung und Zählung von Gesamt-Anträgen und LG-Anträgen erfolgt getrennt, sodass separate Auswertungen möglich sind.

Bei Sachverhalt 3 (Fristen), Sachverhalt 5 (Bearbeitungsdauern) und Sachverhalt 6 (Erledigungsarten) erfolgt eine getrennte Erfassung für Gesamt- und LG-Anträge über separate Meldevariablen. Diese enthalten das Suffix „_LG“ für Leistungsgruppe in ihrem Variablennamen (siehe Anhang 2: Übersicht der Primär- und Meldevariablen). Die Datendarstellungen in Kapitel 3.3 beruhen mit Ausnahme von Sachverhalt 1 auf Auswertungen in Bezug auf Gesamt-Anträge.

In den nachfolgenden Abschnitten werden die Datenauswertungen auf der Datengrundlage der LG-Anträge dargestellt.

Sachverhalt 3: Fristen nach § 14 SGB IX

Tabelle 55. Anzahl der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen ohne Gutachten innerhalb der Leistungsgruppen (Frist 3b) nach Trägerbereich

Trägerbereich	Überschreitungen Frist 3b	Entscheidungen ohne Gutachten	Träger
BA	4.267	57.881	1 (100,0%)
EGH	44.351	70.576	204 (81,0%)
GKV	123.712	810.605	109 (100,0%)
JH	6.966	10.587	335 (86,1%)
RV	356.301	1.772.524	17 (100,0%)
SER	111	554	186 (98,4%)
UV	k. A.	34.884	33 (100,0%)
Gesamt	535.708	2.757.611	885 (89,3%)

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

2019_AS26

Tabelle 56. Anzahl der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen mit Gutachten innerhalb der Leistungsgruppen (Frist 3c) nach Trägerbereich

Trägerbereich	Überschreitungen Frist 3c	Entscheidungen mit Gutachten	Träger
BA	887	8.474	1 (100,0%)
EGH	725	10.246	215 (85,3%)
GKV	46.108	160.298	108 (99,1%)
JH	859	1.878	368 (94,6%)
RV	3.796	23.918	17 (100,0%)
SER	- *	19	184 (97,4%)
UV	k. A.	k. A.	0 (0,0%)
Gesamt	52.375	204.833	893 (90,1%)

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

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

2019_AS26

Anhang

Tabelle 57. Durchschnittlicher prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen ohne Gutachten innerhalb der Leistungsgruppen (Frist 3b) nach Trägerbereich

Trägerbereich	Minimum Frist 3b	Durchschnitt Frist 3b	Maximum Frist 3b	Entscheidungen ohne Gutachten ¹	Träger
BA **	-**	7,4	-**	57.881	1 (100,0%)
EGH	6,0	63,9	100,0	66.060	141 (56,0%)
GKV	0,0	15,3	100,0	810.605	109 (100,0%)
JH	0,0	72,1	100,0	9.144	226 (58,1%)
RV	6,0	20,1	52,34	1.772.524	17 (100,0%)
SER	0,0	20,2	100,0	551	27 (14,3%)
UV	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	0 (0,0%)
Gesamt	0,0	19,6	100,0	2.716.765	521 (52,6%)

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

¹ Die Anzahl der Entscheidungen ohne Gutachten wird hier nur für die Träger angegeben, von denen ebenfalls Angaben zu den entsprechenden Fristüberschreitungen vorliegen.

** Daten werden aggregiert dargestellt, da die BA nicht als Trägerbereich strukturiert ist, sondern eine solitäre Rehabilitationsträgerin ist.

2019_AS26

Tabelle 58. Durchschnittlicher prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen mit Gutachten innerhalb der Leistungsgruppen (Frist 3c) nach Trägerbereich

Trägerbereich	Minimum Frist 3c	Durchschnitt Frist 3c	Maximum Frist 3c	Entscheidungen mit Gutachten ¹	Träger
BA **	-.**	10,5	-.**	8.474	1 (100,0%)
EGH	0,0	7,0	100,0	10.241	102 (40,5%)
GKV	0,0	19,9	100,0	160.298	19 (17,4%)
JH	0,0	57,1	100,0	1.362	78 (20,1%)
RV	3,3	15,9	47,83	23.918	15 (88,2%)
SER	0,0	15,8	100,0	19	6 (3,2%)
UV	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	0 (0,0%)
Gesamt	0,0	18,6	100,0	204.312	221 (22,3%)

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

¹ Die Anzahl der Entscheidungen mit Gutachten wird hier nur für die Träger angegeben, von denen ebenfalls Angaben zu den entsprechenden Fristüberschreitungen vorliegen.

** Daten werden aggregiert dargestellt, da die BA nicht als Trägerbereich strukturiert ist, sondern eine solitäre Rehabilitationsträgerin ist.

2019_AS26

Sachverhalt 5: Bearbeitungsdauer

Tabelle 59. Anzahl der Angaben zu Bewilligung und Erledigung innerhalb der Leistungsgruppen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Bewilligungen	Träger	Erledigungen	Träger
BA	60.863	1 (100,0%)	5.492	1 (100,0%)
EGH	61.165	157 (62,3%)	4.567	130 (51,6%)
GKV	820.835	109 (100,0%)	185.970	103 (94,5%)
JH	10.755	300 (77,1%)	1.022	307 (78,9%)
RV	1.412.670	17 (100,0%)	383.842	17 (100,0%)
SER	536	178 (94,2%)	28	184 (97,4%)
UV	34.884	34 (100%)	k. A.	0 (0,0%)
Gesamt	2.401.708	796 (80,3%)	580.921	742 (74,9%)

2019_AS26

Tabelle 60. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei Bewilligung und Erledigung innerhalb der Leistungsgruppen (in Tagen) nach Trägerbereich

Trägerbereich	Dauer Bewilligungen	Anzahl Bewilligungen ¹	Träger	Dauer Erledigungen	Anzahl Erledigungen ¹	Träger
BA	8,5	60.863	1 (100,0%)	33,0	5.492	1 (100,0%)
EGH	56,1	61.011	145 (57,5%)	96,1	4.420	104 (41,3%)
GKV	18,8	820.835	109 (100,0%)	33,9	185.741	99 (90,8%)
JH	75,8	10.345	252 (64,8%)	105,7	894	139 (35,7%)
RV	16,0	1.412.670	17 (100,0%)	27,4	383.842	17 (100,0%)
SER	17,3	536	27 (14,3%)	46,5	28	9 (4,8%)
UV	1,0	34.884	33 (97,1%)	k. A.	k. A.	0 (0,0%)
Gesamt	17,8	2.401.114	584 (58,9%)	30,16	580.417	369 (37,2%)

¹ Die Anzahl der Bewilligungen bzw. Erledigungen wird hier nur für die Träger angegeben, von denen auch Angaben zur jeweiligen aufsummierten Bearbeitungsdauer vorliegen.

2019_AS26

Tabelle 61. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer insgesamt innerhalb der Leistungsgruppen (in Tagen) nach Trägerbereich

Trägerbereich	Minimum	Durchschnitt	Maximum	Entscheidungen insgesamt ¹
BA	..**	10,6	..**	66.355
EGH	6,4	61,0	213,0	42.573
GKV	5,2	21,9	250,4	911.558
JH	11,8	70,0	258,4	6.080
RV	7,9	18,4	50,2	1.796.512
SER	9,4	15,8	156,0	513
UV	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Gesamt	5,2	20,1	258,4	2.823.591

¹ Die Anzahl der Entscheidungen insgesamt wird nur für die Träger angegeben, von denen auch Angaben zu aufsummierten Bearbeitungsdauern vorliegen.

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

2019_AS26

Sachverhalt 6: Erledigungsarten

Tabelle 62. Anzahl der Träger mit Angaben zu Erledigungsarten innerhalb der Leistungsgruppen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Vollständige Bewilligung	Teilweise Bewilligung	Vollständige Ablehnung	Sonstige Erledigung
BA	1 (100,0%)	1 (100,0%)	1 (100,0%)	1 (100,0%)
EGH	139 (55,2%)	224 (88,9%)	153 (60,7%)	116 (46,0%)
GKV	109 (100,0%)	109 (100,0%)	107 (98,2%)	103 (94,5%)
JH	284 (73,0%)	370 (95,1%)	307 (78,9%)	284 (73,0%)
RV	17 (100,0%)	17 (100,0%)	17 (100,0%)	17 (100,0%)
SER	176 (93,1%)	184 (97,4%)	185 (97,9%)	184 (97,4%)
UV	34 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Gesamt	726 (73,3%)	905 (91,3%)	770 (77,7%)	705 (71,1%)

2019_AS26

Tabelle 63. Anzahl der Erledigungsarten innerhalb der Leistungsgruppen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Vollständige Bewilligung	Teilweise Bewilligung	Vollständige Ablehnung	Sonstige Erledigung	Entscheidungen gesamt ¹
BA	60.863	0	5.409	83	66.355
EGH	56.897	1.877	2.658	1.781	63.213
GKV	784.407	36.428	182.090	21.690	1.024.615
JH	10.037	212	753	236	11.238
RV	1.196.561	216.109	335.913	47.929	1.796.512
SER	528	6	25	3	562
UV	31.633	0	0	0	31.633
Gesamt	2.140.926	254.632	526.848	71.722	2.994.128

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

2019_AS26

Tabelle 64. Anzahl der Erledigungsarten innerhalb der Leistungsgruppen bei Vorliegen aller vier Erledigungsarten nach Trägerbereich

Trägerbereich	Vollständige Bewilligung	Teilweise Bewilligung	Vollständige Ablehnung	Sonstige Erledigung	Entscheidungen gesamt ¹
BA	60.863	0	5.409	83	66.355
EGH	28.103	550	1.352	1.478	31.483
GKV	624.916	21.704	145.347	21.778	813.745
JH	6.837	68	570	208	7.683
RV	1.196.561	216.109	33.5913	47.929	1.796.512
SER	528	4	24	3	559
UV	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Gesamt	1.917.808	238.435	488.615	71.479	2.716.337

¹ Die Entscheidungen gesamt ergeben sich aus der Summe der Anzahl vollständiger Bewilligungen, teilweiser Bewilligungen, vollständiger Ablehnungen und sonstiger Erledigungen, sofern zu allen vier Erledigungsarten Angaben vorliegen.

2. Übersicht Primär- und Meldevariablen

Die folgenden Übersichten geben den Stand der Primär- und Meldevariablen für das Berichtsjahr 2019 wieder.

Primärvariablen

Variablenname	Kurzbeschreibung	Ausprägung
V01	Antrag gestellt	0 = Nein 1 = Ja
V01a	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	0 = Nein 1 = Ja
V01b	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	0 = Nein 1 = Ja
V01c	Leistungen zur Teilhabe an Bildung	0 = Nein 1 = Ja
V01d	Leistungen zur sozialen Teilhabe	0 = Nein 1 = Ja
V03	Antragsdatum	DD.MM.JJJJ
V04	Zuständigkeitsfeststellungsdatum	DD.MM.JJJJ
V05	Erledigungsdatum des Gesamtantrages	DD.MM.JJJJ
V05a	Erledigungsdatum des Antrages innerhalb LMR	DD.MM.JJJJ
V05b	Erledigungsdatum des Antrages innerhalb LTA	DD.MM.JJJJ
V05c	Erledigungsdatum des Antrages innerhalb LTB	DD.MM.JJJJ
V05d	Erledigungsdatum des Antrages innerhalb LST	DD.MM.JJJJ
V05z	Datum des ersten Bewilligungsbescheides	DD.MM.JJJJ
V06	Gutachten	0 = Nein 1 = Ja
V06a	Gutachten innerhalb LMR	0 = Nein 1 = Ja
V06b	Gutachten innerhalb LTA	0 = Nein 1 = Ja
V06c	Gutachten innerhalb LTB	0 = Nein 1 = Ja
V06d	Gutachten innerhalb LST	0 = Nein 1 = Ja
V07	Datum Vorliegen des Gutachtens	DD.MM.JJJJ
V07_1	Datum Vorliegen des Gutachtens 1	DD.MM.JJJJ
V07_2	Datum Vorliegen des Gutachtens 2	DD.MM.JJJJ
V07_3	Datum Vorliegen des Gutachtens 3	DD.MM.JJJJ
V07_4	Datum Vorliegen des Gutachtens 4	DD.MM.JJJJ
V07_5	Datum Vorliegen des Gutachtens 5	DD.MM.JJJJ

Variablenname	Kurzbeschreibung	Ausprägung
V07a	Datum letztes vorliegendes Gutachten innerhalb LMR	DD.MM.JJJJ
V07b	Datum letztes vorliegendes Gutachten innerhalb LTA	DD.MM.JJJJ
V07c	Datum letztes vorliegendes Gutachten innerhalb LTB	DD.MM.JJJJ
V07d	Datum letztes vorliegendes Gutachten innerhalb LST	DD.MM.JJJJ
V08	Datum Auftrag des Gutachtens	DD.MM.JJJJ
V08_1	Datum Auftrag des Gutachtens 1	DD.MM.JJJJ
V08_2	Datum Auftrag des Gutachtens 2	DD.MM.JJJJ
V08_3	Datum Auftrag des Gutachtens 3	DD.MM.JJJJ
V08_4	Datum Auftrag des Gutachtens 4	DD.MM.JJJJ
V08_5	Datum Auftrag des Gutachtens 5	DD.MM.JJJJ
V09	Erledigungsart	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 S. 2 SGB IX 4 = sonstige (z.B., Tod des Antragsellers, Antragsrücknahmen etc.)
V09a	Erledigungsart 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 (z.B., Tod des Antragstellers, Antragsrücknahmen etc.)
V09b	Erledigungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb LTA	
V09c	Erledigungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb LTB	
V09d	Erledigungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb LST	
V09e	Erledigungsart Weiterleitung nach § 14 Abs. 1 S. 2 SGB IX	0 = Nein 1 = Ja
V10	Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung	DD.MM.JJJJ
V11	Teilhabeplanung	0 = Nein 1 = Ja, nicht trägerübergreifend 2 = Ja, trägerübergreifend ohne Konferenz 3 = Ja, trägerübergreifend mit Konferenz
V12	Zahl der Anpassungen des Teilhabeplans (Änderung oder Fortschreibung)*	0 = keine Anpassung 1 = eine Anpassung 2 = zwei Anpassungen usw.
V13	Erstellungsdatum des Teilhabeplans	DD.MM.JJJJ
V14_1	Erstes Anpassungsdatum des Teilhabeplans	DD.MM.JJJJ
V14_2	Zweites Anpassungsdatum des Teilhabeplans	DD.MM.JJJJ
V14_X	Anpassungsdatum X des Teilhabeplans	DD.MM.JJJJ
V15	Faktisches Ende des Planungszeitraums / Enddatum des Teilhabeplans	DD.MM.JJJJ

Anhang

Variablenname	Kurzbeschreibung	Ausprägung
V16	Erstattungen nach §16 (2) S.2*	Anzugeben ist die Zahl der Erstattungsverfahren pro Leistungsfall 0 = kein Erstattungsverfahren 1 = ein Erstattungsverfahren 2 = zwei Erstattungsverfahren usw.
V17a	Persönliches Budget beantragt	0 = nein
V17b	Persönliches Budget bewilligt	1 = ja, trägerspezifisch 2 = ja, trägerübergreifend
V18	Mitteilungsversand nach §18 (1)	Anzugeben ist die Zahl der Mitteilungen pro Leistungsfall 0 = keine Mitteilung 1 = eine Mitteilung 2 = zwei Mitteilungen usw.
V19	Erstattungsantrag bei selbstbeschafften Leistungen	0 = kein Erstattungsantrag
V19_1	Erstattungsantrag 1*	1 = Bewilligung (vollständig und teilweise) = Erstattungen in voller und nicht voller Höhe 2 = Ablehnung (=keine Erstattung)
V19_2	Erstattungsantrag 2*	
V19_X	Erstattungsantrag X*	
V20_1	Widerspruch 1*	0 = kein Widerspruch
V20_2	Widerspruch 2*	1 = Erfolgreich (inkl. Vergleiche, Teilanerkennnisse, Teilabhilfe) aus Sicht des Leistungsberechtigten 2 = Nicht erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten
V20_X	Widerspruch X*	
V21_1	Klage 1*	0 = keine Klage
V21_2	Klage 2*	1 = Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten (inkl. Vergleiche, Teilanerkennnisse, Teilabhilfe) 2 = Nicht erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten
V21_X	Klage X*	
V22	Beitragszeit aufgrund sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung 6 Monate nach Leistungsende einer LTA	0 = Nein 1 = Ja

*Bei diesen Primärvariablen muss eine Zuordnung des Ereignisses zum Berichtsjahr des Ereigniszeitpunktes gewährleistet sein, sodass bei Datenexporten die Zuordnung zu einem bestimmten Jahr möglich ist (z.B. Erstattungsverfahren 1 eines Antrages wird dem Jahr 2018 und das Erstattungsverfahren 2 wird dem Jahr 2019 zugeordnet).

Meldevariablen

Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen
m1 ²¹	Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ohne unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen	Anzahl aller gestellten Anträge (ohne Doppelzählungen) mit V01a == 1 oder V01b == 1 oder V01c == 1 oder V01d == 1
m1a ²²	Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (LMR)	Anzahl aller gestellten Anträge mit V01a == 1
m1b	Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)	Anzahl aller gestellten Anträge mit V01b == 1
m1c	Anträge auf Leistungen zur Teilhabe an Bildung (LTB)	Anzahl aller gestellten Anträge mit V01c == 1
m1d	Anträge auf Leistungen zur sozialen Teilhabe (LST)	Anzahl aller gestellten Anträge mit V01d == 1
m2	Weiterleitungen bei vollständiger Unzuständigkeit	Anzahl aller Anträge mit V09 == 3
m3a	Fristüberschreitungen Zuständigkeit (§ 14 Abs. 1 Satz 1)	Anzahl aller Anträge mit V04 im Berichtsjahr und mit (V04 – V03) > 15 Tage ²³
m3a_n	Zahl der Anträge mit im selben Jahr festgestellter Zuständigkeit	Anzahl aller Anträge mit V04 im Berichtsjahr
m3b	Fristüberschreitungen Feststellung ohne Gutachten (§ 14 Abs. 2 Satz 2)	Anzahl aller erledigten Anträge (m6) mit (V05 – V03) > 22 Tage ²⁴ UND V06 == 0
m3b_n ²⁵	Anträge ohne Gutachten (Nenner zu m3b)	Anzahl erledigter Anträge (m6) mit V06 == 0
m3c	Fristüberschreitungen Feststellung mit Gutachten (§ 14 Abs. 2 Satz 3)	Anzahl aller erledigten Anträge (m6) mit (V05 – Datum des zuletzt vorliegenden Gutachtens (V07_1 V07_2 V07_3 V07_4 V07_5)) > 15 Tage ³⁴
m3c_n ²⁶	Anträge mit Gutachten	Anzahl erledigter Anträge (m6) mit V06 == 1
m3b_LG	Fristüberschreitungen Feststellung ohne Gutachten (innerhalb der Leistungsgruppe) (§ 14 Abs. 2 Satz 2)	Anzahl aller erledigten Anträge (m6_LG) mit (V05a - V03) > 22 Tage UND V06a ==0 ODER (V05b - V03) > 22 Tage ³⁵ UND V06b ==0

²¹ Gesamtzahl der Anträge ohne Differenzierung von in diesen Anträgen umfasster Leistungsgruppen.

²² Anteil von m1 (Mehrfachzählungen bei Anträgen auf Leistungen mehrerer Leistungsgruppen sind möglich).

²³ 15 bezieht sich auf die vereinbarte Regelung, nach der eine 2-Wochen-Frist 14 Kalendertage + 1 Werktag umfasst.

²⁴ 22 bezieht sich auf die vereinbarte Regelung, nach der eine 3-Wochen-Frist 21 Kalendertage + 1 Werktag umfasst.

²⁵ Die Zahl ist erforderlich, um eine Aussage zum Verhältnis der Fristüberschreitungen zu allen Anträgen ohne Gutachten zu ermöglichen. Andernfalls ist m3b nicht sinnvoll einzuordnen.

²⁶ Die Zahl ist erforderlich, um eine Aussage zum Verhältnis der Fristüberschreitungen zu allen Anträgen mit Gutachten zu ermöglichen. Andernfalls ist m3c nicht sinnvoll einzuordnen.

Anhang

Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen
		ODER $(V05c - V03) > 22 \text{ Tage}^{35} \text{ UND } V06c == 0$ ODER $(V05d - V03) > 22 \text{ Tage}^{35} \text{ UND } V06d == 0$
m3b_n_LG	Anträge ohne Gutachten (innerhalb der Leistungsgruppe) (Nenner zu m3b)	Anzahl erledigter Anträge (m6_LG) mit $V06a == 0 \text{ UND}$ $V06b == 0 \text{ UND}$ $V06c == 0 \text{ UND}$ $V06d == 0$
m3c_LG	Fristüberschreitungen Feststellung mit Gutachten (innerhalb der Leistungsgruppe) (§ 14 Abs. 2 Satz 3)	Anzahl aller erledigten Anträge (m6_LG) mit $(V05a - V07_5a) > 15 \text{ Tage}^{34}$ ODER $(V05b - V07_5b) > 15 \text{ Tage}^{34}$ ODER $(V05c - V07_5c) > 15 \text{ Tage}^{34}$ ODER $(V05d - V07_5d) > 15$ Tage^{34}
m3c_n_LG	Anträge mit Gutachten (innerhalb der Leistungsgruppe)	Anzahl erledigter Anträge (m6_LG) mit $V06a == 1 \text{ ODER}$ $V06b == 1 \text{ ODER}$ $V06c == 1 \text{ ODER}$ $V06d == 1$
m4a ²⁷	Durchschnittliche Dauer einer Gutachtenerstellung	$m4a_z / m4a_n$ (in Kalendertagen)
m4a_z ²⁸	Summe der Dauern aller Gutachtenerstellungen (Zähler zu m4a)	Summe der Dauern aller Gutachtenerstellungen (V07 – V08) (in Kalendertagen)
m4a_n	Gesamtzahl aller Gutachtenerstellungen (Nenner zu m4a)	Summe der Anzahl der Gutachten bei allen Anträgen
m5a	Durchschnittliche Dauer bis zur Bewilligung (vollst./nicht vollst.)	$m5a_z / m5a_n$ (in Tagen)
m5a_z ²⁹	Summe aller Entscheidungsdauern der erledigten Anträge, die vollständig oder nicht vollständig bewilligt wurden (Gesamttag)	Summe von $(V05 - V03)$ bei allen erledigten Anträgen mit $V09 == 1$ oder 2 (in Tagen)

²⁷ Gemessen wird die durchschnittliche Dauer, die eine Gutachtenerstellung benötigt (Zeitdifferenz zwischen Gutachtauftrag und Gutachtenvorliegen). Hierzu wird der Mittelwert über alle abgeschlossenen Gutachten gebildet.

²⁸ Die Zahl ist erforderlich, um die „durchschnittliche Dauer einer Gutachtenerstellung (m4a)“ bzw. die „Durchschnittliche Dauer bis alle Gutachten vorliegen (m4b)“ für ganze Trägerbereiche zusammenfassen zu können (z.B. Durchschnittswert für alle Eingliederungshelferträger).

²⁹ Die Zahl ist erforderlich, um die durchschnittliche Dauer bis zur Bewilligung (m5a) bzw. Erledigung (m5b) für ganze Trägerbereiche zusammenfassen zu können (z.B. Durchschnittswert für alle Eingliederungshelferträger).

Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen
m5a_n	Alle erledigten Anträge, die vollständig oder nicht vollständig bewilligt wurden	Anzahl aller erledigten Anträge mit V09 == 1 oder 2
m5b	Durchschnittliche Dauer bis zur Erledigung (Abl./Sonst.)	m5b_z / m5b_n (in Tagen)
m5b_z	Summe aller Entscheidungsdauern der erledigten Anträge, die abgelehnt wurden oder in der Kategorie „sonstige“ erfasst sind (Gesamttag)	Summe von (V05 - V03) bei allen erledigten Anträgen mit V09 == 0 oder 4 (in Tagen)
m5b_n	Alle erledigten Anträge, die abgelehnt wurden oder in der Kategorie „sonstige“ erfasst sind	Anzahl aller erledigten Anträge mit V09 == 0 oder 4
m5a_LG	Durchschnittliche Dauer bis zur Bewilligung innerhalb der Leistungsgruppe (vollst./nicht vollst.)	m5a_z_LG / m5a_n_LG (in Tagen)
m5a_z_LG	Summe aller Entscheidungsdauern der erledigten Anträge, die vollständig oder nicht vollständig bewilligt wurden (innerhalb der Leistungsgruppe)	Bei allen erledigten Anträgen (m6_LG) die Summe von (V05a - V03) mit V09a ==1 oder 2; (V05b - V03) mit V09b ==1 oder 2; (V05c - V03) mit V09c ==1 oder 2; (V05d - V03) mit V09d ==1 oder 2 (in Tagen)
m5a_n_LG	Alle erledigten Anträge, die vollständig oder nicht vollständig bewilligt wurden (innerhalb der Leistungsgruppe)	Anzahl aller erledigten Anträge (m6_LG) mit V09a ==1 oder 2; V09b ==1 oder 2; V09c ==1 oder 2; V09d ==1 oder 2
m5b_LG	Durchschnittliche Dauer bis zur Erledigung innerhalb der Leistungsgruppe (Abl./Sonst.)	m5b_z_LG / m5b_n_LG (in Tagen)
m5b_z_LG	Summe aller Entscheidungsdauern der erledigten Anträge, die abgelehnt wurden oder in der Kategorie „sonstige“ erfasst sind (innerhalb der Leistungsgruppe)	Bei allen erledigten Anträgen (m6_LG) die Summe von (V05a - V03) mit V09a ==0 oder 4; (V05b - V03) mit V09b ==0 oder 4; (V05c - V03) mit V09c ==0 oder 4; (V05d - V03) mit V09d ==0 oder 4 (in Tagen)
m5b_n_LG	Alle erledigten Anträge, die abgelehnt wurden oder in der Kategorie „sonstige“ erfasst sind (innerhalb der Leistungsgruppe)	Anzahl aller erledigten Anträge (m6_LG) mit V09a ==0 oder 4; V09b ==0 oder 4; V09c ==0 oder 4; V09d ==0 oder 4
m6a ³⁰	Anzahl vollständig abgelehnter Anträge	Anzahl aller erledigten Anträge mit V09 == 0

³⁰ Die Zahl muss sich auf die Gesamtzahl der erledigten Anträge beziehen lassen.

Anhang

Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen
m6b	Anzahl nicht vollständig bewilligter Anträge	Anzahl aller erledigten Anträge mit V09 == 1
m6 ³¹	Anzahl aller entschiedenen Gesamtanträge	Anzahl aller erledigten Anträge mit V09 == 0 oder 1 oder 2 oder 4
m6a_LG	Anzahl vollständig abgelehnter Anträge (innerhalb der Leistungsgruppe)	Anzahl aller erledigten Anträge (m6_LG) mit V09a ==0 oder V09b ==0 oder V09c ==0 oder V09d ==0
m6b_LG	Anzahl nicht vollständig bewilligter Anträge (innerhalb der Leistungsgruppe)	Anzahl aller erledigten Anträge (m6_LG) mit V09a ==1 oder V09b ==1 oder V09c ==1 oder V09d ==1
m6_LG	Anzahl aller entschiedenen Anträge (innerhalb der Leistungsgruppe)	Anzahl aller erledigten Anträge (m6) mit V09a == 0 oder 1 oder 2 oder 4 + „m6“ mit V09b == 0 oder 1 oder 2 oder 4 + „m6“ mit V09c == 0 oder 1 oder 2 oder 4 + „m6“ mit V09d == 0 oder 1 oder 2 oder 4
m7a ³²	Durchschnittliche Antrittslaufzeit (mit Laufzeit <0)	m7a_z / m7a_n (in Tagen)
m7a_z ³³	Summe aller Antrittslaufzeiten von den Anträgen (mit Laufzeit <0)	Summe von (V10 – V05z) bei allen Anträgen mit bekanntem Datum des ersten Bewilligungsbescheides (V05z) (In Tagen)
m7a_n	Alle Anträge (mit Laufzeit <0)	Anzahl aller Anträge mit bekanntem Datum des ersten Bewilligungsbescheides (V05z)
m7a1 ³⁴	Durchschnittliche Antrittslaufzeit ohne THP (mit Laufzeit <0)	m7a1_z / m7a1_n (in Tagen)
m7a1_z	Summe aller Antrittslaufzeiten von den Anträgen ohne THP (mit Laufzeit <0)	Summe von (V10 – V05z) bei allen Anträgen mit V11 == 0 und bekanntem Datum des ersten

³¹ Die Zahl ergibt die Gesamtzahl der erledigten (entschiedenen) Anträge und kann so in Relation zu anderen Zahlen gesetzt werden. Sie beinhaltet alle Erledigungsarten (ohne „m2“, also ohne Weiterleitungen nach § 14 Abs. 1 S. 2).

³² Da die GKV nicht nach THP differenziert, ist die undifferenzierte Antrittslaufzeit nötig.

³³ Die Zahl ist erforderlich, um die „Durchschnittliche Antrittslaufzeit“ für ganze Trägerbereiche zusammenzufassen zu können (z.B. Durchschnittswert für alle Eingliederungshilfeträger).

³⁴ Lösungsmöglichkeit für den Umgang mit negativen Laufzeiten.

Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen
		Bewilligungsbescheides (V05z) (In Tagen)
m7a1_n	Alle Anträge ohne THP (mit Laufzeit <0)	Anzahl aller Anträge mit V11 == 0 und bekanntem Datum des ersten Bewilligungsbescheides (V05z)
m7a2	Durchschnittliche Antrittslaufzeit mit THP (mit Laufzeit <0)	m7a2_z / m7a2_n (in Tagen)
m7a2_z	Summe aller Antrittslaufzeiten von den Anträgen mit THP (mit Laufzeit <0)	Summe von (V10 – V05z) bei allen Anträgen mit V11 == 1 oder 2 oder 3 und bekanntem Datum des ersten Bewilligungsbescheides (V05z) (in Tagen)
m7a2_n	Alle Anträge mit THP (mit Laufzeit <0)	Anzahl aller Anträge mit V11 == 1 oder 2 oder 3 mit bekanntem Datum des ersten Bewilligungsbescheides (V05z)
m7b	Durchschnittliche Antrittslaufzeit (mit Laufzeit ≥0)	m7b_z / m7b_n (in Tagen)
m7b_z	Summe aller Antrittslaufzeiten von den Anträgen (mit Laufzeit ≥0)	Summe von (V10 – V05z) bei allen Anträgen mit bekanntem Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung (V10) (in Tagen)
m7b_n	Alle Anträge (mit Laufzeit ≥0)	Anzahl aller Anträge mit bekanntem Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung (V10)
m7b1	Durchschnittliche Antrittslaufzeit ohne THP (mit Laufzeit ≥0)	m7b1_z / m7b1_n (in Tagen)
m7b1_z	Summe aller Antrittslaufzeiten von den Anträgen ohne THP (mit Laufzeit ≥0)	Summe von (V10 – V05z) bei allen Anträgen mit V11 == 0 und bekanntem Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung (V10) (in Tagen)
m7b1_n	Alle Anträge ohne THP (mit Laufzeit ≥0)	Anzahl aller Anträge mit V11 == 0 und bekanntem Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung (V10)
m7b2	Durchschnittliche Antrittslaufzeit mit THP (mit Laufzeit ≥0)	m7b2_z / m7b2_n (in Tagen)
m7b2_z	Summe aller Antrittslaufzeiten von den Anträgen mit THP (mit Laufzeit ≥0)	Summe von (V10 – V05z) bei allen Anträgen mit V11 == 1 oder 2 oder 3 und bekanntem Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung (V10) (in Tagen)

Anhang

Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen
m7b2_n	Alle Anträge mit THP (mit Laufzeit ≥ 0)	Anzahl aller Anträge mit V11 == 1 oder 2 oder 3 mit bekanntem Datum des Leistungsbeginns der ersten angetretenen Leistung (V10)
m8a_f	Anzahl erledigter Anträge mit einer trägerübergreifenden Teilhabebplanung (als leistender Träger)	Anzahl aller erledigten Anträge mit V11 == 2 oder 3
m8b_f	Anzahl erledigter Anträge mit einer trägerübergreifenden Teilhabebplankonferenz (als leistender Träger)	Anzahl aller erledigten Anträge mit V11 == 3
m9a_f ³⁵	Anzahl der THP mit mind. einer Anpassung des THP	Summe der THP mit V12 >0
m9a	Anzahl aller THP-Anpassungen (Fortschreibungen & Änderung)	
m9b ³⁶	Durchschnittliche THP Geltungsdauer	(m9b_z)/(m9b_n) (in Tagen)
m9b_z ³⁷	Summe aller Geltungsdauern, die im Berichtsjahr enden.	Summe von (V14_X)-(V14_X-1). Mit V14_X im Berichtsjahr oder (V15)-(V14_X-letztes) oder (V15)-(V13) oder (V14_1)-(V13) (in Tagen)
m9b_n	Anzahl aller THP Geltungsdauern, die im Berichtsjahr enden (Nenner zu m9b).	Summe der Anpassungen des THP (V12) plus Anzahl beendeter THPs im Berichtsjahr (V15)
m10_f ³⁸	Anzahl der Anträge mit mind. einem Erstattungsverfahren zw. Trägern	Summe der Anträge mit V16 >0
m10 ³⁹	Gesamtzahl der Erstattungsverfahren zwischen Trägern	Summe des Feldes V16 von allen Anträgen
m11a	Anträge auf Persönliches Budget (träger-spezifisch)	Anzahl aller erledigten Anträge mit V17a == 1

³⁵ Die Anzahl ist erforderlich, um eine begründete Aussage dazu treffen zu können, bei wie vielen Personen eine Anpassung des THP erfolgte.

³⁶ Hilfsweise Konstruktion der Geltungsdauer als Dauer zwischen: Erstellung und erster Anpassung; zwei Anpassungen; letzter Anpassung/Erstellung und Ende des Teilhabebplans.

³⁷ Die Zahl ist erforderlich, um die „Durchschnittliche Geltungsdauer des THP“ für ganze Trägerbereiche zusammenzufassen zu können (z.B. Durchschnittswert für alle Eingliederungshilfeträger).

³⁸ Bedeutsam, um die Anwendung von § 16 Abs. 2 S.2 i. V. m. § 15 Abs. 2 (Entscheidung für andere) bezogen auf ein Antragsverfahren abzubilden.

³⁹ Bedeutsam, da sich aus einem Leistungsfall/Teilhabeverfahren mehrere Erstattungsverfahren ergeben können.

Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen
m11b	Bewilligungen Persönlicher Budgets (trägerspezifisch)	Anzahl aller erledigten Anträge mit V17b == 1
m12a	Anträge auf Persönliches Budget (trägerübergreifend)	Anzahl aller erledigten Anträge mit V17a == 2
m12b	Bewilligungen Persönlicher Budgets (trägerübergreifend)	Anzahl aller erledigten Anträge mit V17b == 2
m13f	Anzahl der Anträge mit mind. einer Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer	Summe der Anträge mit V18 >0
m13	Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer insgesamt	Summe des Feldes V18 von allen Anträgen
m14_f	Anzahl der Anträge mit mind. einem Antrag auf Selbstbeschaffung	Summe der Anträge mit V19_1 == 1 oder 2
m14	Erstattungsanträge nach Selbstbeschaffung	Summe der Felder V19_1 bis V19_X == 1 oder 2 oder Summe aus m14a und m14b
m14a	Bewilligte Erstattungsanträge nach Selbstbeschaffung	Summe der Felder V19_1 bis V19_X == 1
m14b	Abgelehnte Erstattungsanträge nach Selbstbeschaffung	Summe der Felder V19_1 bis V19_X == 2
m15a	Widersprüche entschieden	Summe der Felder V20_1 bis V20_X == 1 oder 2
m15a1	Widersprüche erfolgreich	Summe der Felder V20_1 bis V20_X == 1
m15b	Klagen entschieden	Summe der Felder V21_1 bis V21_X == 1 oder 2
m15b1	Klagen erfolgreich	Summe der Felder V21_1 bis V21_X == 1
m16_z	Anzahl der Leistungsfälle mit Soz.-vers. Beschäftigung 6 Monaten nach LTA-Ende im Berichtsjahr	Anzahl aller Anträge mit V22 == 1
m16_n	Anzahl der Leistungsfälle mit einer beendeten LTA-Maßnahme im gleichen Berichtsjahr	

3. Übersicht Validierungsregeln

Die nachfolgenden Tabellen zeigen ergänzend zu Kapitel 2.2 weitere Regeln auf, die für die interne Validitätsprüfung (Stufe 2) angewendet wurden.

Prüfung der Meldevariablen, die Teilmengen anderer Meldevariablen darstellen⁴⁰

Regel	Ausschluss bei Regelbruch	Toleranz ⁴¹
$m1 \leq m1a + m1b + m1c + m1d$ ⁴²	m1a, m1b, m1c, m1d	m1 + 2 %
$m1 \geq m1a$	m1a	m1 - 2 %
$m1 \geq m1b$	m1b	m1 - 2 %
$m1 \geq m1c$	m1c	m1 - 2 %
$m1 \geq m1d$	m1d	m1 - 2 %
$m3a \leq m3a_n$	m3a, m3a_n	m3a_n - 2 %
$m3b \leq m3b_n$	m3b, m3b_n	m3b_n - 2 %
$m3c \leq m3c_n$	m3c, m3c_n	m3c_n - 2 %
$m3b_{LG} \leq m3b_n_{LG}$	m3b_{LG}, m3b_n_{LG}	m3b_n_{LG} - 2 %
$m3c_{LG} \leq m3c_n_{LG}$	m3c_{LG}, m3c_n_{LG}	m3c_n_{LG} - 2 %
$m6 \geq m6a + m6b$	m6, m6a, m6b	m6 - 2 %
$m6 \geq m6a$	m6, m6a	m6 - 2 %
$m6 \geq m6b$	m6, m6b	m6 - 2 %
$m6_{LG} \geq m6a_{LG} + m6b_{LG}$	m6_{LG}, m6a_{LG}, m6b_{LG}	m6_{LG} - 2 %
$m6_{LG} \geq m6a_{LG}$	m6_{LG}, m6a_{LG}	m6_{LG} - 2 %
$m6_{LG} \geq m6b_{LG}$	m6_{LG}, m6b_{LG}	m6_{LG} - 2 %
$m7a_n = m7a1_n + m7a2_n$	m7a1_n, m7a1_z, m7a2_n, m7a2_z	m7a_n ± 2 %
$m7a1_n \leq m7a_n$	m7a1_n, m7a1_z	m7a_n - 2 %
$m7a2_n \leq m7a_n$	m7a2_n, m7a2_z	m7a_n - 2 %
$m7b_n = m7b1_n + m7b2_n$	m7b1_n, m7b1_z, m7b2_n, m7b2_z	m7b_n ± 2 %
$m7b1_n \leq m7b_n$	m7b1_n, m7b1_z	m7b_n - 2 %

⁴⁰ Weitere Regeln zur Prüfung der internen Konsistenz von Mengen sind in der nachfolgenden Übersicht „Prüfung der Meldevariablen zu Anträgen innerhalb der Leistungsgruppen und Gesamt-Anträgen“ enthalten.

⁴¹ Bei einem Regelbruch wurde für die hier angegebene Meldevariable eine Abweichung von 2 Prozent des jeweiligen Variablenwertes zugelassen.

⁴² Diese Regel wurde nicht auf die Daten der UV angewendet. In diesem Trägerbereich konnte die Anzahl der Weiterleitungen (m2) nur bezogen auf Gesamt-Anträge erfasst werden. Die Anzahl der Gesamt-Anträge (m1) beinhaltet also Weiterleitungen, die Anzahl der Anträge innerhalb der einzelnen Leistungsgruppen (m1a, m1b, m1c, m1d) jedoch nicht. Es gab fünf Regelbrüche bezüglich $m1 \leq m1a + m1b + m1c + m1d$ im Bereich der UV. Diese sind vermutlich auf die oben beschriebene ungleiche Erfassung der Meldevariablen zurückzuführen.

Regel	Ausschluss bei Regelbruch	Toleranz ⁴¹
$m7b2_n \leq m7b_n$	m7b2_n, m7b2_z	m7b_n - 2 %
$m8b_f \leq m8a_f$	m8a_f, m8b_f	m8b_f + 2 %
$m9a_f \leq m9a$	m9a, m9a_f	m9a_f + 2 %
$m10 \geq m10_f$	m10, m10_f	m10_f + 2 %
$m13 \geq m13_f$	m13, m13_f	m13_f + 2 %
$m14 \geq m14_f$	m14, m14_f	m14_f + 2 %
$m14a \leq m14$	m14, m14a	m14 - 2 %
$m14b \leq m14$	m14, m14b	m14 - 2 %
$m15a1 \leq m15a$	m15a, m15a1	m15a - 2 %
$m15b1 \leq m15b$	m15b, m15b1	m15b - 2 %
$m16_z \leq m16_n$	m16_z, m16_n	m16_n - 2 %

Prüfung der Meldevariablen zu Anträgen innerhalb der Leistungsgruppen und Gesamt-Anträgen⁴³

Regel	Ausschluss bei Regelbruch	Toleranz ⁴⁴
$m3b_LG \geq m3b$, wobei $m3b_LG > 0$	$m3b_LG$	$m3b + 2\%$
wenn $m3b = 0$, dann $m3b_LG = 0$	$m3b, m3b_LG$	
$m3b_n_LG \geq m3b_n$, wobei $m3b_n_LG > 0$	$m3b_n_LG$	$m3b_n + 2\%$
wenn $m3b_n = 0$, dann $m3b_n_LG = 0$	$m3b_n, m3b_n_LG$	
$m3c_LG \geq m3c$, wobei $m3c_LG > 0$	$m3c_LG$	$m3c + 2\%$
wenn $m3c = 0$, dann $m3c_LG = 0$	$m3c, m3c_LG$	
$m3c_n_LG \geq m3c_n$, wobei $m3c_n_LG > 0$	$m3c_n_LG$	$m3c_n + 2\%$
wenn $m3c_n = 0$, dann $m3c_n_LG = 0$	$m3c_n, m3c_n_LG$	
$m5a_n_LG \geq m5a_n$, wobei $m5a_n > 0$	$m5a_n_LG, m5a_z_LG$	$m5a_n + 2\%$
wenn $m5a_n = 0$, dann $m5a_n_LG = 0$	$m5a_n, m5a_n_LG, m5a_z, m5a_z_LG$	
wenn $m5a_z = 0$, dann $m5a_z_LG = 0$	$m5a_z, m5a_z_LG$	
$m5b_n_LG \geq m5b_n$	$m5b_n_LG, m5b_z_LG$	$m5b_n + 2\%$
$m5b_z_LG \geq m5b_z$, wobei $m5b_z > 0$	$m5b_z_LG$	$m5b_z + 2\%$
wenn $m5b_z = 0$, dann $m5b_z_LG = 0$	$m5b_z, m5b_z_LG$	
$m6_LG \geq m6$, wobei $m6 > 0$	$m6_LG$	$m6 + 2\%$
wenn $m6 = 0$, dann $m6_LG = 0$	$m6, m6_LG$	
$m6a_LG \geq m6a$	$m6a_LG$	$m6a + 2\%$
wenn $m6b = 0$, dann $m6b_LG = 0$	$m6b, m6b_LG$	

⁴³ Diese Übersicht enthält ebenfalls Regeln zur Prüfung der internen Konsistenz von Mengen.

⁴⁴ Bei einem Regelbruch wurde für die hier angegebene Meldevariable eine Abweichung von 2 Prozent des jeweiligen Variablenwertes zugelassen.

4. Glossar

Analyseszenario Ein Analyseszenario stellt eine Zusammenfassung aller Meldedatensätze dar, die zu einem (aktuellen) Zeitpunkt vorliegen. Es können beliebig viele aktuelle Meldedatensätze zu einem Szenario zusammengefasst werden. Ein Szenario kann bspw. alle Meldedatensätze oder nur Meldedatensätze von bestimmten Trägern bzw. Trägerbereichen enthalten. Die Kombinationsmöglichkeiten sind beliebig. Alle Analyseszenarien werden in der zentralen Datenbank versioniert und entsprechend gespeichert.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fehlanzeige Eine Fehlanzeige (synonym „Leer-/Nullmeldung“) ist der BAR durch den Träger mitzuteilen, wenn ihm in einem Berichtsjahr keine Angaben vorliegen, die in einer Erfassung von mindestens einem der 16 Sachverhalte für den THVB hätten berücksichtigt werden müssen.

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

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

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

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

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

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

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

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

Meldung Eine Meldung für den THVB ist erfolgt, sobald der BAR ein zur Weiterverarbeitung übermittelter finaler Melddatensatz oder eine Fehlanzeige vorliegt. Der finale Melddatensatz muss die Kennzeichnung „200“ für finale Lieferung oder „300“ für revidierte Lieferung enthalten.

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

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

Stufe 1: Die von den Trägern übermittelten Meldedatensätze gehen über eine Web-Schnittstelle pseudonymisiert bei der BAR ein. Es erfolgt zunächst eine Strukturprüfung des Meldedatensatzes. Ist diese erfolgreich, folgt eine Plausibilitätsprüfung. Die Werte für die Meldevariablen werden inhaltlich, anhand logischer Regeln überprüft. Bei unplausiblen Werten im Meldedatensatz, öffnet sich der Validierungsdialog und die Abweichungen werden dem Träger angezeigt. Erst wenn alle angezeigten Warnungen im Validierungsdialog vom übermittelnden Träger bearbeitet worden sind, wird der Meldedatensatz durch die BAR angenommen.

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

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

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

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

1. eine Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu

verhüten oder ihre Folgen zu mildern;

2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern;

3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder

4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

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

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

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

Teilhabeverfahrensbericht-Erfassungstool (TET) Für Rehabilitationsträger, die über kein bestehendes Fachverfahren verfügen, mit dem die Datenerfassung für den THVB erfolgen kann, stellt die BAR das Erfassungstool „TET“ zur Verfügung. Die Software ermöglicht sowohl die Erfassung der Sachverhalte in der Einzelplatz-Variante, als auch im Multi-User-Betrieb innerhalb eines Netzwerks. Die Installationsdatei zu TET kann über den geschützten Service-Bereich auf der BAR-Homepage kostenfrei heruntergeladen werden.

Träger-ID Alle Rehabilitationsträger, die Daten für den THVB erfassen und übermitteln, haben auf Antrag bei der BAR eine Träger-ID erhalten. Sie besteht aus einer elfstelligen Ziffernfolge und erfüllt folgende Zwecke:

- Sie dient zur eindeutigen Zuordnung von Datenmeldungen, z.B. um mögliche Doppelmeldungen oder fehlende Daten identifizieren zu können.
- Sie dient als Benutzername zur Anmeldung für den geschützten Service-Bereich auf der Homepage der BAR. Dort kann der Meldedatensatz für den THVB hochgeladen werden (Web-Portal).
- Sie dient zur Pseudonymisierung des Meldedatensatzes.

Validierungsdialog Bei der Übermittlung des Meldedatensatzes für den THVB an die BAR erfolgt eine erste inhaltliche Prüfung der übermittelten Werte. Hinterlegte Plausibilitätsregeln geben vor, dass einige Werte beispielsweise nicht größer sein können als andere oder sich aus der Summe anderer Werte ergeben müssen. Enthält ein Meldedatensatz unplausible Werte, wird der Träger direkt und/oder per E-Mail zum Validierungsdialog geleitet. Hier werden Warnungen zu unplausiblen Werten angezeigt, und der Träger kann diese korrigieren oder auch Begründungen einfügen, weshalb ein übermittelter Wert seiner Meinung nach korrekt ist. Die Datenübermittlung durch einen Träger an die BAR ist erst dann erfolgreich, wenn alle Warnungen vom Träger bearbeitet worden sind. Der Validierungsdialog ermöglicht eine sofortige und interaktive Befassung mit dem Datensatz und eine Korrektur durch den übermittelnden Träger.