

Vorlage Nr. 14/3985

öffentlich

Datum: 07.04.2020
Dienststelle: Stabsstelle 70.10
Bearbeitung: Frau Pflugrad

Sozialausschuss	25.08.2020	Kenntnis
Landesjugendhilfeausschuss	10.09.2020	Kenntnis
Ausschuss für den LVR- Verbund Heilpädagogischer Hilfen	14.09.2020	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

Teilhabeverfahrensbericht 2019

Kenntnisnahme:

Die Zusammenfassung der Ergebnisse des ersten Teilhabeverfahrensberichts 2019 sowie ein Ausblick auf den zweiten Teilhabeverfahrensbericht werden gemäß Vorlage Nr. 14/3985 zur Kenntnis genommen.

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

Diese Vorlage berührt eine oder mehrere Zielrichtungen des
LVR-Aktionsplans zur Umsetzung der BRK.

nein

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

Diese Vorlage berücksichtigt Vorgaben des LVR-Gleichstellungsplans 2020.

nein

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (Ifd. Jahr):

Produktgruppe:

Erträge:

Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan

Aufwendungen:

/Wirtschaftsplan

Einzahlungen:

Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan

Auszahlungen:

/Wirtschaftsplan

Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:

Jährliche ergebniswirksame Folgekosten:

Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten

In Vertretung

L e w a n d r o w s k i

Zusammenfassung:

In dieser Vorlage werden die wichtigsten Ergebnisse des ersten Teilhabeverfahrensberichts (Berichtsjahr 2018) dargestellt sowie ein Ausblick auf den zweiten Teilhabeverfahrensbericht (THVB) zum Berichtsjahr 2019 gegeben.

Mit dem Inkrafttreten der ersten Stufe des Bundesteilhabegesetzes zum 1.1.2018 wurde die Pflicht der Reha-Träger eingeführt, Daten zu 16 Merkmalen zu Antrags- und Bearbeitungsverfahren im Bereich der Rehabilitation zu erheben und an die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) zu melden. Ziel des THVB ist es, durch bessere statistische Datengrundlagen die Möglichkeit einer besseren Förderung und Steuerung der Zusammenarbeit der Träger zu eröffnen und das Reha-Leistungsgeschehen transparenter zu machen.

Der erste THVB 2019 wurde am 30.12.2019 veröffentlicht. Er liefert Daten zum Kalenderjahr 2018 von 39 Trägern mit Angaben zu 2,3 Millionen Anträgen. Die Daten basieren jedoch überwiegend auf Angaben einzelner Pilotträger; nur für die Bundesagentur für Arbeit und die Deutsche Rentenversicherung sind die Daten repräsentativ.

Aus dem Bereich der Eingliederungshilfe (EGH) sind lediglich Daten von fünf örtlichen Pilotträgern in den Bericht eingeflossen (Stadt Darmstadt, Stadt Dresden, Stadt Emden, Stadt Oldenburg und der Landkreis Nordfriesland). Auf dieser Datengrundlage sind keinerlei weitergehende Rückschlüsse auf die Eingliederungshilfe bundesweit oder gar in NRW/im Rheinland möglich.

Von den etwa 2,3 Millionen gemeldeten Gesamtanträgen entfielen rund 1,76 Millionen Anträge auf die Leistungsgruppe der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, etwa 530.000 Anträge auf die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, etwa 5.500 Anträge auf Leistungen zur sozialen Teilhabe und lediglich 850 Anträge auf Leistungen zur Teilhabe an Bildung.

Der zweite THVB soll die Daten des Jahres 2019 umfassen und Ende 2020 veröffentlicht werden. Für die Rehabilitationsträger besteht im Erhebungsjahr 2019 die vollumfängliche Berichtspflicht. Jedoch haben die Träger der EGH und andere in Gesprächen beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) wiederholt darauf hingewiesen, dass auch für das Erhebungsjahr 2019 noch erhebliche Schwierigkeiten bei der Datenerhebung bestehen werden. Zudem wird die Systematik der Leistungsgruppen, auf denen die Darstellung im THVB basiert, für die Eingliederungshilfe erst in 2020 eingeführt. Aus technischen Gründen konnte die automatisierte, EDV-basierte Datenerfassung im LVR erst zum 01.07.2019 beginnen. Es ist davon auszugehen, dass die Datengrundlage schrittweise besser wird.

Zum THVB 2020 hat die BAR einen Beirat begleitend initiiert, in dem für die BAGÜS Landesrat Lewandrowski Mitglied sein wird.

Eine Zusammenfassung der Ergebnisse des ersten sowie ein Ausblick auf den zweiten Teilhabeverfahrensbericht finden sich am Ende des 1. Teilhabeverfahrensberichts auf den Seiten 116-119.

Begründung der Vorlage Nr. 14/3985:

Teilhabeverfahrensbericht 2019

Erster Teilhabeverfahrensbericht 2019 veröffentlicht

Mit dem Inkrafttreten der ersten Stufe des Bundesteilhabegesetzes zum 1.1.2018 wurde die Pflicht der Reha-Träger eingeführt, Daten zu 16 Merkmalen zu Antrags- und Bearbeitungsverfahren im Bereich der Rehabilitation zu erheben und an die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) zu melden. Die BAR ist vom Gesetzgeber beauftragt, auf Basis der an sie zu meldenden Daten jährlich einen Teilhabeverfahrensbericht vorzulegen.

Der erste Teilhabeverfahrensbericht 2019 (mit Daten aus dem Jahr 2018) wurde am 30.12.2019 veröffentlicht. Die dort dargestellten Daten basieren jedoch überwiegend auf Angaben einzelner Pilotträger, so dass dieser erste Bericht nur Repräsentativität für die Bundesagentur für Arbeit und die Deutsche Rentenversicherung besitzt. Es ist davon auszugehen, dass die Datengrundlage schrittweise besser wird. Ab 2020 besteht eine grundsätzliche Meldepflicht für alle Träger der Rehabilitation.

Eine Zusammenfassung der Ergebnisse des ersten sowie ein Ausblick auf den zweiten Teilhabeverfahrensbericht finden sich am Ende des 1. Teilhabeverfahrensberichts auf den Seiten 116-119.

Zielsetzungen und Daten des Teilhabeverfahrensberichts

Der THVB soll einheitlich erhobene Daten zu Verfahrensabläufen im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe über alle Trägerbereiche des gegliederten Systems der sozialen Sicherung in Deutschland bieten. Ziel des THVB ist es, die Zusammenarbeit der Träger und das Reha-Leistungsgeschehen transparenter zu machen und durch bessere statistische Datengrundlagen die Möglichkeit einer besseren Förderung und Steuerung der Zusammenarbeit der Träger zu eröffnen. Um auch Schwierigkeiten und Verfahrenshemmnisse besser erkennen zu können, werden Angaben u.a. zur Anzahl der Anträge, Weiterleitungen, Verfahrensdauern, Ablehnungen sowie Rechtsbehelfe nach einheitlichen Standards erhoben.

Alle Rehabilitationsträger sind verpflichtet, Daten zu 16 in Paragraph 41 SGB IX festgelegten Sachverhalten zu erfassen. Meldepflichtig sind die in Paragraph 6 SGB IX aufgezählten Träger der Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsträger):

- die gesetzliche Krankenversicherung
- die Bundesagentur für Arbeit
- die gesetzliche Unfallversicherung
- die gesetzliche Rentenversicherung
- die Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge
- die öffentliche Jugendhilfe
- die Eingliederungshilfe.

Mit dem Start der Vollerhebung ab dem Jahr 2020 werden rund 1.200 Träger Daten für den THVB liefern. Die Träger erhalten eine sogenannte Träger-ID, unter der sie die Daten melden. Allein im Bereich der Eingliederungshilfe wurden 304 Träger-IDs vergeben. Im Berichtstext wird zwischen Trägern aus dem Bereich der Sozialversicherung und der steuerfinanzierten Rehabilitation unterschieden. Die Darstellung der Ergebnisse im Bericht erfolgt pseudonymisiert; die Träger-ID ermöglicht lediglich die Zuordnung zum

Trägerbereich und zum Bundesland. Da es in NRW mit dem LVR und dem LWL nur zwei überörtliche Träger der Eingliederungshilfe gibt, dürfte bei einer Differenzierung nach Trägerbereich und Bundesland dennoch erkennbar sein, um welche Träger es sich handelt.

Die Reha-Träger melden grundsätzlich Daten zu folgenden 16 Sachverhalten, entsprechend Paragraph 41 SGB IX, wobei nicht alle Sachverhalte gleichermaßen für alle Reha-Träger zutreffen:

1. Anzahl der gestellten Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe, differenziert nach Leistungsgruppen (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur Teilhabe an Bildung und Leistungen zur sozialen Teilhabe)
2. Anzahl der Weiterleitungen nach Paragraph 14 Absatz 1 Satz 2 SGB IX
3. Fristen nach Paragraph 14 SGB IX / Zahl der Fristüberschreitungen
4. Durchschnittliche Zeitdauer zwischen Erteilung und Vorlage eines Gutachtens
5. Bearbeitungsdauer
6. Erledigungsarten (Bewilligung, Ablehnung, sonstige Erledigung)
7. Antrittslaufzeit mit und ohne Teilhabeplanung (Zeitraum von Bewilligung bis Beginn der Leistung)
8. Anzahl der trägerübergreifenden Teilhabeplanungen und Teilhabeplankonferenzen
9. Anzahl der Anpassungen von Teilhabeplänen und deren Geltungsdauer
10. Erstattungsverfahren nach Paragraph 16 Absatz 2 Satz 2 SGB IX (Erstattungsverfahren zwischen den Trägern)
11. Anzahl der trägerspezifischen Persönlichen Budgets
12. Anzahl der trägerübergreifenden Persönlichen Budgets
13. Anzahl der Mitteilungen nach Paragraph 18 Absatz 1 SGB IX (Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer)
14. Anzahl Erstattungsverfahren nach Paragraph 18 SGB IX (Erstattungen selbstbeschaffter Leistungen)
15. Anzahl der Rechtsbehelfe: Widersprüche und Klagen, sowie der Anteil der für den Leistungsberechtigten erfolgreichen Widersprüche und Klagen
16. Dauerhafte Integration in Arbeit nach einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Dabei übermitteln die Träger keine Einzeldatensätze, sondern aggregierte Daten, beispielsweise Durchschnittswerte, aus dem jeweils vorherigen Kalenderjahr. Die Datenlieferung an die BAR erfolgt bis zum 30.04. des darauffolgenden Kalenderjahres. Die Veröffentlichung erfolgt bis zum Jahresende.

Ergebnisse des 1. THVB (Berichtsjahr 2018)

Der erste THVB wurde zum 30.12.2019 von der BAR vorgelegt. Er liefert Daten zum Kalenderjahr 2018 von 39 Trägern mit Angaben zu 2,3 Millionen Anträgen.

Aufgrund der engen zeitlichen Taktung zwischen dem Beginn der Berichtspflicht und den dafür erforderlichen Vorarbeiten zur Datenerfassung auf Seiten der Rehabilitationsträger wurde mit dem BMAS ein stufenweises Vorgehen beim Aufbau des Berichtswesens vereinbart. Das Berichtsjahr 2018 wird als Übergangsphase angesehen.

Aus dem Bereich der Eingliederungshilfe sind lediglich Daten von fünf örtlichen Pilotträgern in den Bericht eingeflossen (Stadt Darmstadt, Stadt Dresden, Stadt Emden, Stadt Oldenburg und der Landkreis Nordfriesland). Auf dieser Datengrundlage sind keinerlei weitergehenden Schlüsse möglich. Zur Illustration: Die teilnehmenden EGH-Pilotträger melden Gesamtantragszahlen für 2018 mit einem Volumen von 488 (kleinster Träger) bis 1.793 (größter Träger). Dies ist keinesfalls repräsentativ: weder bundesweit noch für NRW/das Rheinland.

Auch für die gesetzliche Krankenversicherung, die öffentliche Jugendhilfe, die Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge sowie die gesetzliche Unfallversicherung werden lediglich Ergebnisse einzelner Pilotträger dargestellt. Laut BAR sind die Ergebnisse jedoch repräsentativ für die Bundesagentur für Arbeit und die gesetzliche Rentenversicherung, die jeweils vollständig Auswertungsgrundlagen übermittelt haben.

Aufgrund des bisher geringen Umfangs der zur Verfügung gestellten Daten können einige trägerübergreifende Merkmale nicht dargestellt werden: etwa die Anzahl der trägerübergreifenden Teilhabeplanungen und Teilhabeplankonferenzen, die Zahl der Erstattungsverfahren zwischen den Trägern oder die Anzahl der trägerübergreifenden Persönlichen Budgets.

Die Träger, die sich beteiligt haben, meldeten insgesamt etwa 2,3 Millionen Gesamtanträge. Auf die Leistungsgruppe der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entfielen rund 1,76 Millionen Anträge, auf die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben rund 530.000 und die Leistungen zur sozialen Teilhabe etwa 5.500 Anträge, lediglich 850 auf Leistungen zur Teilhabe an Bildung. In der Eingliederungshilfe wurden etwa vier Fünftel (78 Prozent) der Anträge in der Leistungsgruppe zur sozialen Teilhabe gestellt. Etwa 11 Prozent der Anträge beziehen sich auf Leistungen zur Teilhabe an Bildung und rund 6 Prozent auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Der Anteil der Weiterleitungen an einen anderen Träger variiert stark zwischen den Trägern. Bei der Bundesagentur für Arbeit werden 27 Prozent der Anträge weitergeleitet, bei den Trägern der Rentenversicherung sind es 11 Prozent. Die teilnehmenden Träger der Eingliederungshilfe meldeten mit 0,8 Prozent einen sehr geringen Anteil an Weiterleitungen nach Paragraph 14 SGB IX.

Innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang muss der Rehabilitationsträger feststellen, ob er zuständig ist. Bei rund 1,986 Millionen Zuständigkeitsfeststellungen gab es 148.000 Fristüberschreitungen – ein Schnitt von lediglich 7 Prozent der Fälle über alle Träger hinweg. Bei den Pilotträgern der EGH kam es hier in etwa 10 Prozent der Fälle zu Fristüberschreitungen.

Weitere Darstellungen im ersten Teilhabeverfahrensbericht betreffen die Fragen:

- Wie lange dauert die Bearbeitung eines Antrags in Abhängigkeit von der Art der Entscheidung?
- Wie hoch ist der Anteil vollständig oder teilweise bewilligter Anträge? Wie hoch ist der Anteil abgelehnter Anträge?
- Wie lange dauert es nach der Bewilligung, bis Leistungen erbracht oder angetreten werden?
- Wie häufig sind Widersprüche aus Sicht des Leistungsberechtigten erfolgreich?
- Wie häufig sind Klagen aus Sicht des Leistungsberechtigten erfolgreich?

Auch hier sind die Ergebnisse aufgrund der Datenlage noch nicht wirklich aussagekräftig, keinesfalls jedenfalls für die Eingliederungshilfe. Es ist damit zu rechnen, dass die Datenverfügbarkeit und -qualität auch nur schrittweise über mehrere Jahre steigen wird.

Ausblick auf den 2. Teilhabeverfahrensbericht zum Berichtsjahr 2019

Der zweite THVB soll Ende 2020 veröffentlicht werden und die Daten des Jahres 2019 abbilden. Ab diesem Bericht plant die BAR die Darstellung differenziert nach Bundes- und Landesebene, ab 2021 die Darstellung von zeitlichen Veränderungen im Jahresvergleich. Für die Rehabilitationsträger besteht im Erhebungsjahr 2019 die vollumfängliche Berichtspflicht. Die Träger der EGH und andere haben jedoch in Gesprächen beim BMAS wiederholt darauf hingewiesen, dass auch für das Erhebungsjahr 2019 noch erhebliche Schwierigkeiten bei der automatisierten, EDV-gestützten Datenerhebung bestehen werden – zumal die Systematik der Leistungsgruppen, auf denen die Darstellung im THVB basiert, für die Eingliederungshilfe erst in 2020 eingeführt wird. Auch der LVR wird für 2019 noch keine umfassende Datenmeldung abgeben können. Aus technischen Gründen konnte die Datenerfassung automatisiert erst zum 01.07.2019 beginnen. Derzeit laufen noch technische Tests des von der Anlei-Service-GmbH zur Verfügung gestellten Tools zur Datenerfassung und -übermittlung. Die Ergebnisse bleiben abzuwarten.

THVB-Daten für eigene Steuerung

Das LVR-Dezernat Soziales wird die eigenen, gemeldeten Daten für den THVB auch für eigene Steuerungszwecke auswerten und analysieren. Dabei werden jedoch zunächst Erfahrungen mit der Praxistauglichkeit der Definition der BAR-Variablen und der Datenvalidität gesammelt werden müssen. Es ist davon auszugehen, dass die Daten für 2019 noch deutlich lückenhaft sein werden, aber die Datenverfügbarkeit dann schrittweise steigt.

In Vertretung

L e w a n d r o w s k i

Der Teilhabeverfahrensbericht 2019 der BAR ist als Anlage in der gedruckten Version nur für die Mitglieder der politischen Vertretung beigefügt. Der Bericht ist zudem online abrufbar.



1. Teilhabeverfahrens- bericht

2019



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

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

Nachdruck nur auszugsweise mit Quellenangabe gestattet. Um die Übersendung von Belegexemplaren wird gebeten.
Frankfurt/Main, Dezember 2019
ISBN 978-3-943714-92-0
AZ13_092019

Hinweis zur Zitierweise:

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR).
1. Teilhabeverfahrensbericht, 2019. Frankfurt/Main, Dezember 2019.

Anmerkung:

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

Verantwortlich bei der BAR:

Dr. Lisa Ulrich
Dr. Stefan Schüring
Prof. Dr. Helga Seel
Daniel Doll
Dr. Nadine Liebing
Ann-Kathrin Poth
Christian Brand
Katja Hensel
Daniela Weisbecker

Die BAR in Frankfurt

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

1. Teilhabeverfahrens- bericht

2019

Vorwort

Der erste Teilhabeverfahrensbericht liegt vor und gibt Einblicke in das Reha-Leistungsgeschehen und in die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger. Mit dem Bundesteilhabegesetz führt der Gesetzgeber diese neue Vorschrift ein. Er verpflichtet alle Rehabilitationsträger Daten zu 16 normierten Sachverhalten zu erfassen. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) ist vom Gesetzgeber beauftragt, auf Basis der an sie zu meldenden Daten jährlich einen Teilhabeverfahrensbericht vorzulegen.

Der Teilhabeverfahrensbericht 2019 bietet einheitlich erhobene und vergleichbare Daten zu Verfahrensabläufen im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe über alle Trägerbereiche des gegliederten Systems der sozialen Sicherung in Deutschland.

„Dieser Teilhabeverfahrensbericht soll erstmals in der Geschichte der Rehabilitation einen validen Gesamtüberblick über einen Tätigkeitsbereich der für Teilhabe und Rehabilitation zuständigen Behörden schaffen, für den sie jährlich circa 40 Milliarden Euro an Beitrags- und Steuermitteln ausgeben“ – so die Aussage von Dr. Rolf Schmachtenberg, Staatssekretär im Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Der Bericht stellt damit auch die Grundlage für die Nachvollziehbarkeit der Entwicklung der UN-Behindertenrechtskonvention in Bezug auf die Kooperation und die Koordination der Rehabilitationsträger dar.

Die Zielsetzung des Teilhabeverfahrensberichts ist vielschichtig:

Die neue gesetzliche Regelung im SGB IX soll die Zusammenarbeit der Träger und das Reha-Leistungsgeschehen transparenter machen und Möglichkeiten der Evaluation und Steuerung eröffnen. Und ebenso sollen verfahrenshemmende Divergenzen und Intransparenzen im Rehabilitationsrecht künftig besser erkennbar werden. Damit eröffnet der Teilhabeverfahrensbericht die Möglichkeit einer besseren Förderung und Steuerung der Zusammenarbeit der Träger. Für alle im Feld der Rehabilitation tätigen Behörden kann er auch ein Instrument sein, ihr Handeln zu beleuchten.

Die BAR hat die Aufgabe von Anfang an als einen Prozess aufgestellt – einen für alle Beteiligten lernenden und vor allem einen kooperativen Prozess. Für sich selbst hat die BAR den Anspruch der Neutralität und Objektivität formuliert.

Die neue Aufgabe der Erfassung der Daten sowie deren Zusammenführung und Auswertung erfordert bei allen Akteuren eine solide Vorbereitung und einen angemessenen zeitlichen Vorlauf. Deshalb wurde der Aufbau zur vollumfänglichen Berichtspflicht aller Träger prozesshaft gestaltet – dies auch vor dem Hintergrund der mit der BTHG-Umsetzung insgesamt verbundenen Herausforderungen für die Träger.

Der erste Teilhabeverfahrensbericht umfasst Daten von 39 Trägern, welche Angaben zu 2,3 Millionen Anträgen des Jahres 2018 übermittelt haben.

Für die dargestellten Sachverhalte gibt der Teilhabeverfahrensbericht 2019 für das Berichtsjahr 2018 einen ersten Einblick in das Leistungsgeschehen der Rehabilitationsträger und liefert Antworten auf ausgewählte Fragestellungen hinter den 16 Sachverhalten. Dies gilt insbesondere für die Träger der Gesetzlichen Rentenversicherung sowie die Bundesagentur für Arbeit, für die bereits der Teilhabeverfahrensbericht 2019 repräsentativ ist, da sie vollständig, d. h. mit allen Trägern, an der Datenübermittlung teilgenommen haben. Die BAR dankt allen am Teilhabeverfahrensbericht Beteiligten:

- den Rehabilitationsträgern,
- den von ihnen benannten Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern,
- den Spitzenverbänden der Sozialversicherungsträgern,
- den obersten Landesbehörden,
- den kommunalen Spitzenverbänden und
- den Anbietern kommunaler Fachverfahren

für die gute Zusammenarbeit, die auch deshalb so konstruktiv war, weil unterschiedliche Auffassungen offen formuliert und miteinander erörtert wurden.

Ausblick: Ab dem Teilhabeverfahrensbericht 2020 wird eine ausreichend große Datenbasis zur Verfügung stehen und es können zudem zwei räumliche Ebenen betrachtet werden:

Auf Bundesebene werden dann alle Trägerbereiche zusammenfassend nach der Gliederung des § 6 SGB IX dargestellt. Dies betrifft insbesondere die bundesweit zuständigen Sozialversicherungsträger.

Auf Landesebene können Auswertungen zu den Bereichen der Eingliederungshilfe, der Jugendhilfe und des Sozialen Entschädigungsrechts dargestellt werden.

Ab dem Berichtsjahr 2021 können mithilfe von Zeitreihenanalysen Veränderungsprozesse dargestellt werden.

Für eine belastbare Bilanz, welche Wirkung die neue Gesetzeslage in der Praxis zeigt, ist es sicherlich noch zu früh. Sukzessive wird die neu eingeführte Verpflichtung, zentrale Daten zum Rehabilitationsprozess bundesweit zu erfassen und im Rahmen des Teilhabeverfahrensberichts auszuwerten, eine gute Grundlage dafür sein.



Prof. Dr. Helga Seel
Geschäftsführerin der BAR

Vorwort	4
Abbildungsverzeichnis	8
Tabellenverzeichnis	9
Abkürzungsverzeichnis	10
1. Hintergrund	12
1.1. Weiterentwickeltes Rehabilitationsrecht und Ziele des Teilhabeverfahrensberichts	12
1.2. Gesetzlicher Auftrag zur Datenerhebung	14
1.3. Für die Datenerhebung bestimmte Rehabilitationsträger	16
1.3.1. Rehabilitationsträger aus dem Bereich der Sozialversicherung	18
1.3.2. Rehabilitationsträger aus dem Bereich der steuerfinanzierten Träger	19
1.4. Ablauf der Datenerhebung	21
1.4.1. Variablendefinitionen	22
1.4.2. Datenerfassung und Erzeugung eines Meldedatensatzes	23
1.4.3. Wege der Datenübermittlung	24
1.5. Datenaufbereitung und Datenauswertung	28
2. Datenerhebung und Datenqualität des ersten Teilhabeverfahrensberichts	30
2.1. Das Berichtsjahr 2018 als Übergangsphase	30
2.2. Datenerfassung und Zeitpunkt der Datenübermittlung	32
2.3. Plausibilisierung und Validierung der übermittelten Daten	34
3. Darstellung der übermittelten Daten für den ersten Teilhabeverfahrensbericht	36
3.1. Hinweise zur Darstellung und Auswertung	36
3.2. Datendarstellung der 16 Sachverhalte nach § 41 Absatz 1 SGB IX	38
3.2.1. Sachverhalt 1: Anzahl der gestellten Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe	38
3.2.2. Sachverhalt 2: Anzahl der Weiterleitungen nach § 14 Absatz 1 Satz 2 SGB IX	44
3.2.3. Sachverhalt 3: Fristen nach § 14 SGB IX	49
3.2.4. Sachverhalt 4: Durchschnittliche Zeitdauer zwischen Erteilung und Vorlage eines Gutachtens	57
3.2.5. Sachverhalt 5: Bearbeitungsdauer	61
3.2.6. Sachverhalt 6: Erledigungsarten	68
3.2.7. Sachverhalt 7: Antrittslaufzeit mit und ohne Teilhabeplanung	73

3.2.8.	Sachverhalt 8: Anzahl der trägerübergreifenden Teilhabeplanungen und Teilhabeplankonferenzen	80
3.2.9.	Sachverhalt 9: Anpassung von Teilhabeplänen und deren Geltungsdauer	82
3.2.10.	Sachverhalt 10: Erstattungsverfahren nach § 16 Absatz 2 Satz 2 SGB IX (Erstattungsverfahren zwischen den Trägern)	84 84
3.2.11.	Sachverhalt 11: Trägerspezifisches Persönliches Budget	86
3.2.12.	Sachverhalt 12: Trägerübergreifendes Persönliches Budget	89
3.2.13.	Sachverhalt 13: Mitteilungen nach § 18 Absatz 1 SGB IX (Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer)	91 91
3.2.14.	Sachverhalt 14: Erstattungsverfahren nach § 18 SGB IX (Erstattungen selbstbeschaffter Leistungen)	93 93
3.2.15.	Sachverhalt 15: Rechtsbehelfe: Widersprüche und Klagen	95
3.2.16.	Sachverhalt 16: Dauerhafte Integration in Arbeit nach einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben	101
3.3.	Daten zum Teilhabeverfahrensbericht der gesamten GKV auf Basis der KG 5-Statistik	103
3.3.1.	Zu Sachverhalt 1: Anzahl der gestellten Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe auf Basis der KG 5-Statistik	103 103
3.3.2.	Zu Sachverhalt 6: Erledigungsarten auf Basis der KG 5-Statistik	105
3.3.3.	Zu Sachverhalt 15: Rechtsbehelfe: Widersprüche und Klagen auf Basis der KG 5-Statistik	108
3.4.	Daten zur Förderung der Selbsthilfe nach § 45 SGB IX	110
4.	Ergänzungen aus den Trägerbereichen	113
4.1.	Bundesagentur für Arbeit	113
4.2.	Gesetzliche Unfallversicherung	114
5.	Zusammenfassung und Ausblick	116
5.1.	Zusammenfassung	116
5.2.	Ausblick auf den zweiten Teilhabeverfahrensbericht	119
6.	Literatur	120
Anhang		122
1.	Übersicht Primär- und Meldevariablen	122
2.	Glossar	134

Abbildungsverzeichnis

Abbildung	1. Meldeweg 1: Datenübermittlung über den Spitzenverband	24
Abbildung	2. Meldeweg 2: Datenübermittlung per Direktmeldung an die BAR	25
Abbildung	3. Prozentuale Verteilung der beantragten Leistungsgruppen nach Trägerbereich	41
Abbildung	4. Prozentualer Anteil der Weiterleitungen nach Trägerbereich	47
Abbildung	5. Prozentualer Anteil der Weiterleitungen pro Träger	48
Abbildung	6. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung nach Trägerbereich	52
Abbildung	7. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidung nach Trägerbereich	54
Abbildung	8. Prozentuale Verteilung der Anträge ohne und mit Gutachten nach Trägerbereich	55
Abbildung	9. Dauer der Erstellung eines Gutachtens nach Trägerbereich (in Tagen)	59
Abbildung	10. Dauer der Erstellung eines Gutachtens pro Träger (in Tagen)	59
Abbildung	11. Bearbeitungsdauer bei Bewilligung und Erledigung nach Trägerbereich (in Tagen)	64
Abbildung	12. Bearbeitungsdauer insgesamt nach Trägerbereich (in Tagen)	66
Abbildung	13. Prozentuale Verteilung der Erledigungsarten nach Trägerbereich	71
Abbildung	14. Positive und negative Antrittslaufzeiten nach Trägerbereich (in Tagen)	76
Abbildung	15. Prozentualer Anteil der Leistungsantritte vor und nach dem Bewilligungsbescheid nach Trägerbereich	78
Abbildung	16. Prozentualer Anteil der Anträge mit trägerspezifischem Persönlichen Budget nach Trägerbereich	88
Abbildung	17. Prozentualer Anteil erfolgreicher Widersprüche insgesamt	97
Abbildung	18. Prozentualer Anteil erfolgreicher Widersprüche pro Träger	97
Abbildung	19. Prozentualer Anteil erfolgreicher Klagen insgesamt	99
Abbildung	20. Prozentualer Anteil erfolgreicher Klagen pro Träger	100
Abbildung	21. Anzahl der Anträge nach Kassenart	104
Abbildung	22. Prozentualer Anteil der Erledigungsarten nach Kassenart	107
Abbildung	23. Prozentualer Anteil erfolgreicher Widersprüche insgesamt	109
Abbildung	24. Ausgaben zur Förderung der Selbsthilfe nach Kassenart im Jahr 2018	111
Abbildung	25. Ausgaben zur Förderung der Selbsthilfe bei der RV im Jahr 2018	112

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.	Teilhabeleistungen der Rehabilitationsträger	17
Tabelle 2.	Übersicht zur Anzahl der Sozialversicherungsträger und zum jeweiligen Spitzenverband	18
Tabelle 3.	Anzahl vergebener Träger-IDs nach Träger(-bereich)	19
Tabelle 4.	Beispiel zur Aggregation von Primär- zu Meldevariablen	22
Tabelle 5.	(Pilot-)Träger für das Berichtsjahr 2018	31
Tabelle 6.	Anzahl der Anträge differenziert nach Leistungsgruppe und Trägerbereich	40
Tabelle 7.	LG-Anträge nach Trägerbereich	41
Tabelle 8.	Gesamt-Anträge nach Trägerbereich	42
Tabelle 9.	Anzahl der Weiterleitungen nach Trägerbereich	46
Tabelle 10.	Anzahl der Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung nach Trägerbereich	51
Tabelle 11.	Anzahl der Fristüberschreitungen bei Entscheidung nach Trägerbereich	53
Tabelle 12.	Dauer der Erstellung eines Gutachtens nach Trägerbereich (in Tagen)	58
Tabelle 13.	Bearbeitungsdauer bei Bewilligung und Erledigung nach Trägerbereich (in Tagen)	63
Tabelle 14.	Bearbeitungsdauer insgesamt nach Trägerbereich (in Tagen)	65
Tabelle 15.	Anzahl der Erledigungsarten nach Trägerbereich	70
Tabelle 16.	Negative und positive Antrittslaufzeiten nach Trägerbereich (in Tagen)	75
Tabelle 17.	Prozentualer Anteil der Leistungsantritte vor und nach dem Bewilligungsbescheid nach Trägerbereich	77
Tabelle 18.	Anzahl der Anträge mit trägerspezifischem Persönlichen Budget nach Trägerbereich	87
Tabelle 19.	Entschiedene und erfolgreiche Widersprüche nach Trägerbereich	96
Tabelle 20.	Entschiedene und erfolgreiche Klagen nach Trägerbereich	98
Tabelle 21.	Anzahl der Erledigungsarten nach Kassenart	106
Tabelle 22.	Entschiedene und erfolgreiche Widersprüche nach Kassenart	109

Abkürzungsverzeichnis

AA	Agentur(en) für Arbeit
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse(n)
BA	Bundesagentur für Arbeit
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.
BGN	Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe
BKK	Betriebskrankenkasse(n)
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BS GUV	Braunschweigischer Gemeinde-Unfallversicherungsverband
BTHG	Bundesteilhabegesetz
BVG	Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz)
DRV	Deutsche Rentenversicherung Bund
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
EGH	Trägerbereich Eingliederungshilfe
ETL	Extract Transform Load
gE	gemeinsame Einrichtung
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
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
VBG	Verwaltungs-Berufsgenossenschaft
vdek	Verband der Ersatzkassen
WebDAV	Web-based Distributed Authoring and Versioning
XML	eXtensible Markup Language



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 Koordinierung der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe reformiert.[1] Daneben wurde mit dem Teilhabeverfahrensbericht (THVB) eine gesetzliche Grundlage zur Erhebung statistischer Daten gegeben, um Möglichkeiten der Evaluation und Steuerung des gegliederten Rehabilitationssystems zu schaffen.

1.1. Weiterentwickeltes Rehabilitationsrecht und Ziele des Teilhabeverfahrensberichts

Das BTHG soll die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen durch mehr Möglichkeiten zur Selbstbestimmung und Teilhabe verbessern. Es beinhaltet eine Reihe von Änderungen des Rehabilitations- und Teilhaberechts, die stufenweise bis zum 01.01.2023 in Kraft treten.

Die Zielsetzung des Rehabilitationsrechts wird im BTHG so beschrieben:

„Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken“ (§ 1 S. 1 SGB IX).

Damit soll die Forderung der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) erfüllt werden, dass die Vertragsstaaten wirksame Maßnahmen treffen, um Menschen mit Behinderungen ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen.[2] Hierzu sollen umfassende Rehabilitationsdienste und -programme entwickelt, gestärkt und erweitert werden (Artikel 26 Abs. 1 [2]).

Mit dem BTHG wurde auch der THVB eingeführt (§ 41 SGB IX), um Transparenz über das Leistungsgeschehen im Rehabilitationsprozess herzustellen, Möglichkeiten der Evaluation und Steuerung zu eröffnen und verfahrenshemmende Prozesse künftig besser zu erkennen. Die Rehabilitationsträger sind dazu verpflichtet, jährlich Angaben 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 dann 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 ist eine Grundlage, um die Leistungsfähigkeit der Rehabilitationsdienste und auch die in der UN-BRK geforderte Weiterentwicklung des Leistungsgeschehens auf der Grundlage von aussagekräftigen Daten beschreiben und bewerten zu können.[3]



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 Erhebung statistischer Daten gelegt, um Möglichkeiten der Evaluation und Steuerung des trägerübergreifenden Rehabilitationssystems zu schaffen.

Die Spitzenverbände bzw. obersten Landesbehörden leiten die dafür bei ihren Trägern erfassten Daten an die BAR weiter.

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 der Teilhabe. Die zu erfassenden Daten werden dort wie folgt spezifiziert:

„Die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 erfassen

1. die Anzahl der gestellten Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe differenziert nach Leistungsgruppen im Sinne von § 5 Nummer 1, 2, 4 und 5,
2. die Zahl der Weiterleitungen nach § 14 Absatz 1 Satz 2,
3. in wie vielen Fällen a) die Zweiwochenfrist nach § 14 Absatz 1 Satz 1, b) die Dreiwochenfrist nach § 14 Absatz 2 Satz 2, c) die Zweiwochenfrist nach § 14 Absatz 2 Satz 3 nicht eingehalten wurde,
4. die durchschnittliche Zeitdauer zwischen Erteilung des Gutachtauftrages in Fällen des § 14 Absatz 2 Satz 3 und der Vorlage des Gutachtens,
5. die durchschnittliche Zeitdauer zwischen Antragseingang beim leistenden Rehabilitationsträger und der Entscheidung nach den Merkmalen der Erledigung und der Bewilligung,
6. die Anzahl der Ablehnungen von Anträgen sowie der nicht vollständigen Bewilligung der beantragten Leistungen,
7. die durchschnittliche Zeitdauer zwischen dem Datum des Bewilligungsbescheides und dem Beginn der Leistungen mit und ohne Teilhabeplanung nach § 19, wobei in den Fällen, in denen die Leistung von einem Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 erbracht wurde, das Merkmal ‚mit und ohne Teilhabeplanung nach § 19‘ nicht zu erfassen ist,
8. die Anzahl der trägerübergreifenden Teilhabeplanungen und Teilhabeplankonferenzen,
9. die Anzahl der nachträglichen Änderungen und Fortschreibungen der Teilhabepläne einschließlich der durchschnittlichen Geltungsdauer des Teilhabeplanes,
10. die Anzahl der Erstattungsverfahren nach § 16 Absatz 2 Satz 2,
11. die Anzahl der beantragten und bewilligten Leistungen in Form des Persönlichen Budgets,
12. die Anzahl der beantragten und bewilligten Leistungen in Form des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets,
13. die Anzahl der Mitteilungen nach § 18 Absatz 1,

14. die Anzahl der Anträge auf Erstattung nach § 18 nach den Merkmalen ‚Bewilligung‘ oder ‚Ablehnung‘,
15. die Anzahl der Rechtsbehelfe sowie der erfolgreichen Rechtsbehelfe aus Sicht der Leistungsberechtigten jeweils nach den Merkmalen ‚Widerspruch‘ und ‚Klage‘,
16. die Anzahl der Leistungsberechtigten, die sechs Monate nach dem Ende der Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen haben, soweit die Maßnahme von einem Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nummer 2 bis 7 erbracht wurde.“

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. Für die Datenerhebung bestimmte Rehabilitationsträger

Die Daten für den THVB werden von den Rehabilitationsträgern im deutschen Sozialleistungssystem erfasst. 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 und -fürsorge 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) bzw. dem Bereich der steuerfinanzierten Träger (siehe Kapitel 1.3.2).

Neben der unterschiedlichen Zuordnung der Rehabilitationsträger zum Sozialversicherungsbereich bzw. dem Bereich der steuerfinanzierten Träger 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 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

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

Welcher Rehabilitationsträger wann für welche Leistung zuständig ist, richtet sich einerseits nach der individuellen persönlichen Situation des Betroffenen, andererseits auch nach den (versicherungs-)rechtlichen Leistungsvoraussetzungen der Rehabilitationsträger, die in den verschiedenen Leistungsgesetzen geregelt sind [4].

1.3.1. Rehabilitationsträger aus dem Bereich der Sozialversicherung

Die Besonderheit des Bereichs der Sozialversicherung liegt darin, dass es überwiegend vom Staat organisatorisch getrennte Sozialversicherungsträger gibt und die Finanzierung im Wesentlichen über Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitnehmer und Arbeitgeber erfolgt. Die Sozialversicherungsträger sind nach dem Prinzip der Selbstverwaltung durch die Sozialpartner (Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften) organisiert. Von den unter 1.3 genannten Rehabilitationsträgern zählen die BA, die GKV, die RV und die UV zum Sozialversicherungsbereich.[4]

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 ²	/
GKV	109 ³	GKV-Spitzenverband
RV	16 ⁴	Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV)
Alterssicherung der Landwirte (LAK)	1	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
UV	33 ⁵	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft (LBG)	1	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

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

3 Für einen aktuellen Stand siehe [5].

4 Für einen aktuellen Stand siehe [6].

5 Für einen aktuellen Stand siehe [7].

1.3.2. Rehabilitationsträger aus dem Bereich der steuerfinanzierten Träger

Im Gegensatz zu den Sozialversicherungsträgern sind die Rehabilitationsträger aus dem steuerfinanzierten Bereich überwiegend staatlich verantwortet und werden im Wesentlichen aus Steuermitteln finanziert.[4] Zu diesem Bereich zählen die Träger der EGH, der JH und des SER. In der Regel sind diese Träger auf Ebene der Bundesländer organisiert. So werden beispielsweise zahlreiche Bestimmungen des BTHG durch Landesgesetze (Ausführungsgesetze) konkretisiert. Einen Überblick zum Umsetzungsstand in den Ländern bietet u. a. das Projekt Umsetzungsbegleitung BTHG [8]. Aus diesem Grund kann es bei diesen Trägern je nach Bundesland zu Unterschieden in der Rehabilitationspraxis kommen. Auf Ebene der Bundesländer sind die steuerfinanzierten Träger oftmals über die jeweils zuständige oberste Landesbehörde als überörtlicher Träger vertreten. In manchen Bundesländern erfolgt eine zusätzliche Aufteilung nach örtlicher Trägerschaft, für die die kommunalen Spitzenverbände zuständig sind. Näheres regeln die jeweiligen Landesausführungsgesetze.

Die folgende Tabelle 3 zeigt die Anzahl der beantragten und zugewiesenen Träger-IDs aus den Trägerbereichen der EGH, JH und des SER. Zwischen Dezember 2018 und Dezember 2019 erfolgten 1.033 Registrierungen für eine Datenmeldung im Rahmen der Berichtspflicht.

Tabelle 3. Anzahl vergebener Träger-IDs nach Träger(-bereich)

Träger(-bereich)	Anzahl der vergebenen Träger-IDs ⁶
EGH	304
JH	543
SER	186

6 Stand: 18.12.2019



Das Wichtigste im Überblick

Die Daten für den THVB werden von allen Rehabilitationsträgern im deutschen Sozialleistungssystem erfasst. Rehabilitationsträger können sein (§ 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 und -fürsorge 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 dem Bereich der Sozialversicherung bzw. dem Bereich der steuerfinanzierten Träger zuordnen.

Die Zuordnung zu einem dieser beiden Bereiche zieht insbesondere unterschiedliche rechtliche Verantwortlichkeiten und Organisationsformen sowie Finanzierungsarten nach sich.

Nicht jeder Rehabilitationsträger ist für jede Teilhabeleistung zuständig. Teilhabeleistungen können sein (§ 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).

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 von 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 [9]). Aufgrund möglicher Nacherfassungen oder anderer Eingabeproblematiken liegen eventuell 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 trotzdem zu berücksichtigen, um die Vollständigkeit der Daten bestmöglich zu gewährleisten.

Die Datenerfassung für den ersten THVB beginnt nach § 41 Abs. 2 SGB IX mit dem 01.01.2018. Dieser erste Bericht ist in 2019 zu veröffentlichen.

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.⁷ 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. Beispielsweise werden die Daten durch Aufsummieren von Variablenwerten oder durch die Bildung von Durchschnittswerten zusammengefasst (aggregiert).[10] Das fiktive Beispiel zu Sachverhalt 5 „durchschnittliche Zeitdauer zwischen Antragseingang und Entscheidung“ in Tabelle 4 verdeutlicht, wie aus Primärvariablen auf Einzelfallebene aggregierte Meldevariablen erzeugt werden, die dann im Bericht abgebildet werden.

Tabelle 4. 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“⁸ festgehalten. Dieses Dokument wurde trägerübergreifend abgestimmt und dient als Grundlage für die Datenerfassung. Eine Übersicht der Primär- und Meldevariablen kann dem Anhang dieses Berichtes entnommen werden (siehe Anhang Nr. 1 „Übersicht Primär- und Meldevariablen“).

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

8 Die derzeit geltende Version 4.2. kann unter https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/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 Datenbanken. Aus diesen können bestehende Daten für den THVB berichtet werden. Neu zu erhebende Sachverhalte können über entsprechende Programmierungen und mit entsprechenden Eingabefeldern/-masken neu 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.⁹ 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 interessierten Trägern kostenfrei zur Verfügung und kann in Eigenverantwortung des jeweiligen Trägers zur operativen Erfassung sowie Weiterverarbeitung der Daten für den THVB genutzt werden.¹⁰ Zur Unterstützung der praktischen Datenerfassung wurde das Dokument „Erfassungshinweise“¹¹ 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.

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)¹².

Die technische Erzeugung und der strukturelle Aufbau des Meldedatensatzes für den THVB sind im Dokument „Technische Datensatzbeschreibung des Meldedatensatzes“¹³ festgehalten. Dieses Dokument dient insbesondere den Systembetreuern und Softwareanbietern des jeweiligen Trägers als Grundlage zur Erstellung des Meldedatensatzes.

9 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.

10 TET steht unter <https://www.bar-frankfurt.de/themen/teilhabeverfahrensbericht.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.

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

12 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 11.12.2019).

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

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 oder
2. die automatisierte Datenübermittlung über ein sogenanntes WebDAV (Web-based Distributed Authoring and Versioning)-Protokoll.

Für die erste Möglichkeit wurde auf der Homepage der BAR ein eigenes Web-Portal eingerichtet, 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.

Folgt man § 41 Abs. 2 S. 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). In Abbildung 1 und Abbildung 2 sind die beiden Meldewege nochmals schematisch dargestellt.

Im Bereich der Sozialversicherungsträger erfolgt die Übermittlung des Meldedatensatzes über den jeweiligen Spitzenverband an die BAR (siehe Abbildung 1).

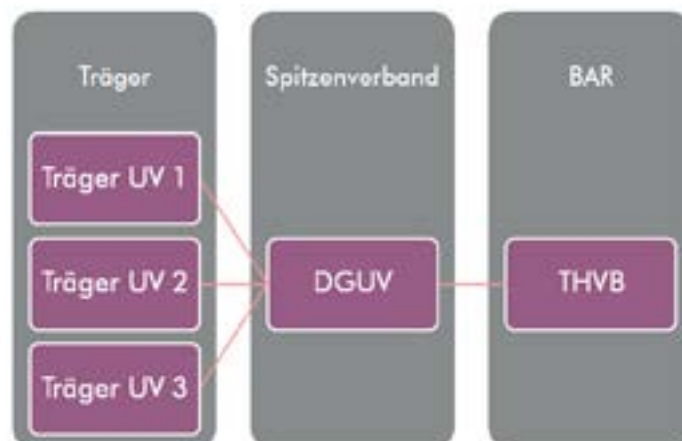


Abbildung 1. Meldeweg 1: Datenübermittlung über den Spitzenverband

Im Bereich der steuerfinanzierten Träger haben sich alle obersten Landesbehörden für die Direktmeldung der Daten an die BAR ausgesprochen (Meldeweg 2, siehe Abbildung 2).

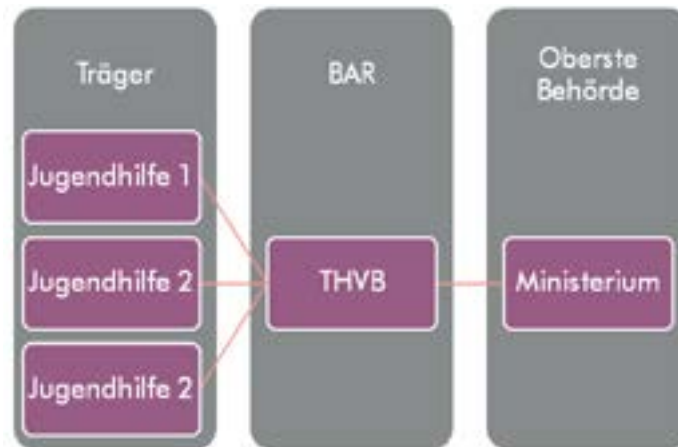


Abbildung 2. Meldeweg 2: Datenübermittlung per Direktmeldung an die BAR

Bei den zu erfassenden Daten für den THVB handelt es sich um Sozialleistungsdaten, die aus Gründen des Datenschutzes einen sensiblen Umgang erfordern.[11] Die Rehabilitationsträger sind dem Vorschlag der BAR gefolgt und haben sich darauf verständigt, dass die Übermittlung des Meldedatensatzes für den THVB pseudonymisiert durch die Träger an die BAR erfolgen soll. Damit wird die Zuordnung zum ursprünglichen Datenübermittler (hier also der jeweilige Träger bzw. Trägerbereich) erschwert. Sollte eine Pseudonymisierung durch den Träger nicht möglich oder gewünscht sein, erfolgt die Pseudonymisierung spätestens durch die BAR.

Durch eine Pseudonymisierung werden bestimmte Namens- oder Personenidentifikatoren durch neutrale Schlüsselidentifikatoren, wie beispielsweise Zahlen- oder Buchstabenkombinationen, ersetzt. Eine Referenzliste wird bei einer Pseudonymisierungsstelle verwahrt und gepflegt. Die Referenzliste erlaubt es, dem Pseudonym die Schlüsselidentifikatoren zuzuordnen und damit bei Bedarf eine De-Pseudonymisierung herbeizuführen. Der Vorteil einer Pseudonymisierung von Daten(-sätzen) liegt u. a. darin, dass ein einmal vergebenes Pseudonym über die gesamten Erhebungszeitpunkte gleich bleibt und somit Verläufe, beispielsweise in Form von Zeitreihenanalysen, möglich sind.[11]

Für den THVB wurde die sogenannte 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 [12].

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 sich für Meldeweg 1 entschieden haben (siehe Abbildung 1), haben entsprechend der Anzahl der Träger in ihrem Zuständigkeitsbereich mehrere Träger-IDs durch die BAR erhalten und konnten diese jeweils beliebig an ihre Träger vergeben. In diesem Fall agieren die Spitzenverbände als Pseudonymisierungsstelle und ihnen obliegt eigenverantwortlich das Pflegen und Verwalten der Referenzliste.

Alle Träger, die sich für eine Datenübermittlung per Direktmeldung an die BAR ausgesprochen haben (Meldeweg 2, siehe Abbildung 2), wurden über ihre jeweilige oberste Landesbehörde aufgefordert, eine Träger-ID bei der BAR zu beantragen. Hierbei ist für jeden Träger nach § 6 Abs. 1 SGB IX ein eigener Antrag zu stellen, auch wenn beispielsweise mehrere Trägerbereiche in einer Institution verankert sind (z. B. ein Landkreis als Träger sowohl der EGH als auch der JH). In diesem Fall agiert die BAR als Pseudonymisierungsstelle und ihr obliegt das Pflegen und Verwalten der Referenzliste. Für diese Aufgabe ist innerhalb der BAR eine zentrale Vertrauensstelle alleinverantwortlich betraut, sodass der Zugriff auf die Referenzliste (personell als auch IT-technisch) vor externen Zugriffen geschützt und eine absolute Vertraulichkeit gegeben ist.

Mit Stand vom 05.12.2019 wurden insgesamt 1.192 Träger-IDs beantragt und vergeben. Hierbei gilt zu beachten, dass die Anzahl der vergebenen Träger-IDs nicht gleichzusetzen ist mit der Anzahl an Rehabilitationsträgern. Beispielsweise 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.



Das Wichtigste im Überblick

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

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 zu Meldevariablen in einem Meldedatensatz zusammengefasst (aggregiert).

Die Daten für den THVB sollten bei allen Rehabilitationsträgern möglichst elektronisch erfasst bzw. erzeugt werden. Die Träger aus dem Bereich der Sozialversicherung verfügen oftmals über eigene Datenbanken, aus denen bestehende Daten für den THVB berichtet werden können. Im Bereich der steuerfinanzierten Träger eignet sich für die Datenerfassung das dort meistens bestehende Fachverfahren.

Die Datenübermittlung für den THVB erfolgt für alle Träger in einem standardisierten XML-Format.

Der erzeugte Meldedatensatz wird elektronisch über eine Web-Schnittstelle entweder manuell (Web-Portal) oder automatisch (WebDAV) an die BAR übermittelt.

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.

Als Pseudonym für den THVB dient die sogenannte Träger-ID.

1.5. Datenaufbereitung und Datenauswertung

Die von den Trägern übermittelten Meldedatensätze gehen über die Web-Schnittstelle bei der BAR ein. Die Meldedatensätze sind anhand der Träger-ID pseudonymisiert. Über die Web-Schnittstelle findet eine erste Prüfung der Struktur und Inhalte der Meldedatensätze anhand der vorgegebenen XML-Struktur statt (siehe Kapitel 1.4.2), ehe sie zur weiteren Verarbeitung in eine zentrale Datenbank (Microsoft SQL Server) weitergereicht und dort gespeichert werden. Die Datenbank wird von Microsoft SQL Server als Relationales Datenbank Management System (RDBMS) verwaltet. Hierbei handelt es sich um ein ausfallsicheres und weit verbreitetes System. Der Ladeprozess in die Datenbank wird 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.

Die weitere Verarbeitung umfasst die eigentliche Datenauswertung, aber auch ein Monitoring über Anzahl und Umfang der übermittelten Meldedatensätze. Die Weiterverarbeitung geschieht im Wesentlichen in vier Schritten:

1. Vorverarbeitung,
2. Speicherung,
3. Erstellung von Analyseszenarien und
4. Auswertung.

In der **Vorverarbeitung** werden die Inhalte der Meldedatensätze in die Datenbank importiert und in entsprechende Tabellen übertragen. Hierbei wird festgehalten, welcher Träger welchen Meldedatensatz mit welchen Inhalten geliefert hat. Fehlende oder implausible Meldedatensätze bzw. Werte werden erkannt und von der Weiterverarbeitung ausgeschlossen. Des Weiteren werden die Meldedatensätze anhand der sogenannten 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.

Nach der Vorverarbeitung erfolgt die **Speicherung** in der Datenbank. Alle Meldedatensätze, die ein Träger geliefert hat, werden gespeichert und versioniert. Ein Träger kann seinen Meldedatensatz für ein Berichtsjahr korrigieren und nochmals übermitteln. Diese Daten werden gespeichert und versioniert, sodass jederzeit nachvollziehbar ist, wann ein Träger welche Daten geliefert hat und welcher der aktuelle (korrigierte) Meldedatensatz ist.

Im dritten Schritt werden zur Datenauswertung sogenannte **Analyseszenarien** 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 werden in der zentralen Datenbank gespeichert und versioniert.

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

Sofern einem Rehabilitationsträger in einem Berichtsjahr keine zu berichtenden Daten für den THVB vorliegen, ist dies der BAR über ein festgelegtes Verfahren als Fehlanzeige mitzuteilen („Leer-/Nullmeldung“). Auch Fehlanzeigen werden im THVB anhand der PUB-ID pseudonymisiert veröffentlicht.



Das Wichtigste im Überblick

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

Über die Web-Schnittstelle findet eine erste Prüfung der Struktur und Inhalte der Meldedatensätze statt.

Zur weiteren Verarbeitung werden die Meldedatensätze in eine zentrale Datenbank (Microsoft SQL Server) eingelesen und dort gespeichert. Hier werden Auswertungsdatsätze mithilfe von Analyseszenarien erstellt.

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

Sofern einem Rehabilitationsträger in einem Berichtsjahr keine zu berichtenden Daten für den THVB vorliegen (sogenannte Fehlanzeigen), wird auch dies im THVB anhand der PUB-ID pseudonymisiert veröffentlicht.

2. Datenerhebung und Datenqualität des ersten Teilhabeverfahrensberichts

Der vorliegende erste THVB weist im Vergleich zu den nachfolgenden Berichten gewisse Besonderheiten auf, die es vor allem bei der Lesart der Daten und deren Aussagekraft zu berücksichtigen gilt. Diese Besonderheiten werden in den folgenden Abschnitten erläutert.

2.1. Das Berichtsjahr 2018 als Übergangsphase

Aufgrund der engen zeitlichen Taktung zwischen dem Beginn der Berichtspflicht und den dafür erforderlichen Vorarbeiten zur Datenerfassung auf Seiten der Rehabilitationsträger wurde mit dem BMAS ein stufenweises Vorgehen beim Berichtsaufbau vereinbart. Das Berichtsjahr 2018 wird als Übergangsphase angesehen. Diese „Pilotphase“ diente für alle Rehabilitationsträger als zeitlicher Puffer zur Ausgestaltung der technischen und arbeitsorganisatorischen Prozesse und damit der Umsetzung des THVB. Das stufenweise Vorgehen bei der Erstellung des ersten THVB bestand für die Träger bzw. Trägerbereiche darin, ihrer Berichtspflicht für das Jahr 2018 – wenn erforderlich – zunächst mit ausgewählten Pilotträgern nachzukommen. Die jeweiligen Spitzenverbände und obersten Landesbehörden wurden im Frühjahr 2017 durch die BAR aufgefordert, bis zu fünf Pilotträger aus ihrem Trägerbereich – möglichst über das gesamte Bundesgebiet verteilt – zu benennen.

Im Bereich der Sozialversicherungsträger haben die GKV und die UV von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht. Die BA und die Träger der RV, einschließlich der LAK der SVLFG, haben für 2018 keine Pilotträger benannt, sondern vollständig, d. h. mit allen Trägern Daten erfasst. Im Bereich der steuerfinanzierten Träger wurden für die Trägerbereiche der EGH, JH und des SER jeweils fünf Pilotträger benannt. Tabelle 5 zeigt die (Pilot-)Träger für das Berichtsjahr 2018.

Tabelle 5. (Pilot-)Träger für das Berichtsjahr 2018

Träger(-bereich)	(Pilot-)Träger für das Berichtsjahr 2018
Bundesagentur für Arbeit	die gesamte Trägerin berichtet
Träger der Eingliederungshilfe	Piloten: Stadt Darmstadt, Stadt Dresden, Stadt Emden, Stadt Oldenburg, Landkreis Nordfriesland
Gesetzliche Krankenkassen	Piloten: AOK Nordost, IKK gesund plus, Techniker Krankenkasse
Träger der öffentlichen Jugendhilfe	Piloten: Stadt Aachen, Stadt Oldenburg, Landkreis Börde, Landkreis Sömmerda, Landkreis Warendorf
Träger der Kriegsopferfürsorge und Träger der Kriegsopferversorgung	Piloten: Hauptfürsorgestelle Land Berlin, Versorgungsverwaltung Land Berlin, Hauptfürsorgestelle Stuttgart, Amt für Versorgung und Integration Land Bremen, Hauptfürsorgestelle Land Schleswig-Holstein
Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und Träger der Alterssicherung der Landwirte	der gesamte Trägerbereich berichtet ¹⁴
Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und Träger der landwirtschaftlichen Unfallversicherung	Piloten: Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe (BGN), Braunschweigischer Gemeinde-Unfallversicherungsverband (BS GUV), Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG)

 14 Die SVLFG als LAK war kein Pilotträger und hat für das Jahr 2018 solche Daten übermittelt, die sie aufgrund bereits bestehender anderer statistischer Anforderungen erfasst hatte.

2.2. Datenerfassung und Zeitpunkt der Datenübermittlung

Die (Pilot-)Träger aus dem **Bereich der Sozialversicherung** haben für den ersten THVB weitestgehend auf bestehende Daten zurückgegriffen, die sie aufgrund anderer statistischer Anforderungen bereits vorliegen haben. In wenigen Fällen wurden zusätzlich Daten neu erhoben, um der Berichtspflicht nachzukommen. Dies hat zur Folge, dass die für den ersten THVB geforderten Daten möglicherweise noch nicht für jeden Sachverhalt an die BAR übermittelt werden konnten oder die übermittelten Daten nicht exakt den trägerübergreifend vereinbarten Variablendefinitionen entsprechen (siehe jeweilige Infoboxen in Kapitel 3.2).

Für das Berichtsjahr 2018 und den ersten THVB können für ausgewählte Sachverhalte nach § 41 SGB IX für alle gesetzlichen Krankenkassen Daten der KG 5-Statistik auf Ebene der Kassenarten und der gesamten GKV berichtet werden. Diese sind ebenfalls im vorliegenden Bericht veröffentlicht (siehe Kapitel 3.3).

Die Datenerfassung sollte bei den Pilotträgern aus dem **steuerfinanzierten Bereich** möglichst über das bestehende kommunale Fachverfahren erfolgen (Variante 1). Denjenigen Pilotträgern, denen zum 1.1.2018 keine solche Lösung vorlag, wurden von der BAR drei verschiedene interimistische Erfassungsmöglichkeiten angeboten: Die Erfassung war entweder separat über eine browserbasierte Eingabemaske auf dem Portal EU-Survey (Variante 2), mittels einer Excel-Tabelle mit Eingabemaske (Variante 3) oder mittels einer einfachen Excel-Tabelle ohne Eingabemaske (Variante 4) vorzunehmen. Diese interimistischen Erfassungsmöglichkeiten beinhalteten gewisse technisch bedingte Einschränkungen für die Datenerfassung, die sich auf die Datenauswertung und -interpretation auswirken (siehe jeweilige Infoboxen in Kapitel 3.2). Um aus den eingegebenen Einzelfalldaten einen Meldedatensatz im geforderten XML-Format erzeugen zu können, wurde den Pilotträgern durch die BAR ein elektronisches Aggregationstool zur Verfügung gestellt. Mit den interimistischen Erfassungsmöglichkeiten und dem Aggregationstool wurde seitens der BAR sichergestellt, dass die Pilotträger aus dem steuerfinanzierten Bereich die Daten für den THVB – trotz eventuell nicht möglicher elektronischer Erfassung über das bestehende Fachverfahren – erfassen, einen Meldedatensatz generieren und diesen an die BAR übermitteln konnten.

Abweichend vom festgelegten Datum der Übermittlung des Meldedatensatzes bis spätestens zum 30.04. eines jeden Kalenderjahres (siehe Kapitel 1.4), konnten die (Pilot-)Träger für den ersten THVB von diesem Datum in 2019 abweichen und ihnen konnte eine Fristverlängerung gewährt werden. Der letzte (Pilot-)Träger übermittelte im Juli 2019 seinen ersten Meldedatensatz mit den Daten aus 2018 an die BAR.



Das Wichtigste im Überblick

Für den ersten THVB konnten die Träger bzw. Trägerbereiche ihrer Berichtspflicht mit ausgewählten Pilotträgern nachkommen.

Im Bereich der Sozialversicherungsträger haben die GKV und die UV von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht. Die Träger der RV, einschließlich der LAK der SVLFG, und die BA haben für 2018 keine Pilotträger benannt, sondern vollumfänglich Daten erfasst.

Im Bereich der steuerfinanzierten Träger wurden für die Trägerbereiche der EGH, JH und des SER jeweils fünf Pilotträger ausgewählt.

Der vorliegende erste THVB umfasst daher keine Vollerhebung bei allen Trägern.

Die (Pilot-)Träger aus dem Bereich der Sozialversicherung haben für den ersten THVB weitestgehend auf bestehende Daten zurückgegriffen, die sie aufgrund anderer statistischer Anforderungen bereits in ihren Datenbeständen vorliegen haben. Dies hat zur Folge, dass möglicherweise noch nicht für jeden Sachverhalt die geforderten Daten vorliegen oder die übermittelten Daten nicht exakt den trägerübergreifend vereinbarten Variablendefinitionen entsprechen.

Die Pilotträger aus dem steuerfinanzierten Bereich konnten die Daten entweder über ihr bestehendes kommunales Fachverfahren oder über eine interimistische Erfassungsmöglichkeit der BAR erfassen. Damit wurde sichergestellt, dass die Pilotträger die erforderlichen Daten für den ersten THVB in jedem Fall erfassen, einen Meldedatensatz generieren und an die BAR übermitteln konnten.

2.3. Plausibilisierung und Validierung der übermittelten Daten

Um belastbare Aussagen über das Leistungsgeschehen im Rehabilitationsprozess treffen zu können, kommt es in starkem Maße auf die Auswertung der für den THVB erfassten Daten an. Welche Informationen und welche Schlüsse aus den Daten gezogen werden, hängt wiederum von deren Aufbereitung und Präsentation ab. Die Aufbereitung der Daten beinhaltet insbesondere die Auseinandersetzung mit Fragen zur Plausibilisierung und Validierung. Niemand kennt den Rehabilitationsprozess und das Leistungsgeschehen besser als die Rehabilitationsträger selbst. Folglich ist es auch sinnvoll, dass gemäß § 41 Abs. 2 S. 2 SGB IX die von den Trägern erfassten Daten durch die BAR unter Beteiligung der Rehabilitationsträger auszuwerten sind. Diese Beteiligung darf allerdings nicht dazu führen, dass die Datenauswertung im Ergebnis zu sehr von Eigeninteressen der einzelnen Rehabilitationsträger geprägt ist. Es bestehe die Gefahr, dass „[...] Verbesserungserfordernisse, Schnittstellen und Mängel im Rehabilitations- und Teilhabeprozess nicht hinreichend deutlich benannt [werden].“ (S.215, [3]). Um einerseits der gesetzlichen Anforderung der Beteiligung der Rehabilitationsträger an der Auswertung nachzukommen und andererseits der geforderten Aussagekraft des THVB und der Erhöhung der Transparenz im Rehabilitationsprozess gerecht zu werden, wurde für den hier vorliegenden ersten THVB ein zweistufiges Verfahren für die Beteiligung der Träger an der Auswertung vollzogen. Dieses Verfahren konnte einmalig für den ersten THVB gewählt werden, da hierfür nur eine geringe Anzahl von 39 (Pilot-)Trägern Daten übermittelt haben und eine direkte Beteiligung auf bilateraler Ebene zwischen BAR und Träger(-bereich) möglich war. Für die nachfolgenden Berichte wird dieses Vorgehen aufgrund der Vollerhebung und der dann weitaus höheren Anzahl an übermittelten Meldedatensätzen aller (ca. 1.200) Träger nicht mehr leistbar sein. Die Beteiligung der Rehabilitationsträger wird dann in einer anderen Form umgesetzt werden.

Für den ersten THVB beinhaltete das Verfahren zur Plausibilisierung, Validierung und Beteiligung der Rehabilitationsträger an der Datenauswertung folgende Stufen:

1. Erstellung und Versand von Validierungsprotokollen:

Die übermittelten Meldedatensätze wurden nach festgelegten Plausibilisierungs- und Validierungskriterien durch die BAR geprüft (in Anlehnung an [13]). Diese Kriterien umfassten insbesondere die Prüfungen auf fehlende Werte, Nullwerte, den Zeitraum der Datenerfassung¹⁵, große Abweichungswerte im Vergleich zu den Werten von Trägern desselben Trägerbereichs, Inkonsistenzen und inhaltlich implausible Werte (z. B. negative Anzahl von Anträgen). Das Prüfergebnis wurde in einem sogenannten Validierungsprotokoll festgehalten. In Abhängigkeit des Datenmeldeweges (siehe Kapitel 1.4.3) wurde das Validierungsprotokoll über den jeweiligen Spitzenverband oder direkt an den (Pilot-)Träger im Sommer 2019 übermittelt. Im Nachgang konnten die Träger(-bereiche) dazu schriftlich Stellung nehmen und gegebenenfalls einen korrigierten Meldedatensatz an die BAR übermitteln. Von den insgesamt 39 Datensätzen kam es durchschnittlich zu 2,4 Korrekturlieferungen. Die Repräsentativität der Zahlen ist im ersten THVB nur für die BA und die Träger der RV gegeben, da sie die Daten nicht mit ausgewählten Pilotträgern, sondern vollumfänglich erfasst haben. Für die anderen Trägerbereiche ist der erste THVB nicht repräsentativ.

¹⁵ Die Datenerfassung der (Pilot-)Träger erfolgte für den ersten THVB bei 37 Trägern in der Zeit von 01.01.-31.12.2018, bei einem Träger in der Zeit von 01.03.-31.12.2018 und bei einem Träger von 01.10.-31.12.2018.

2. Erstellung und Versand von Teilnehmungsberichten als Grundlage für bilaterale Erörterungsgespräche:

Ausgehend von den Validierungsprotokollen und bereits erfolgten Rückmeldungen bzw. Korrekturlieferungen von Meldedatensätzen durch die (Pilot-)Träger, hat die BAR für jeden Trägerbereich einen sogenannten Teilnehmungsbericht erstellt. Im Teilnehmungsbericht wurden die übermittelten (und gegebenenfalls final korrigierten) Daten der Rehabilitationsträger abgebildet. Die bereits im Teilnehmungsbericht dargestellten Abbildungen und Tabellen sowie die Erläuterungen zu den Daten sollten in dieser Form in den ersten THVB eingehen und dienen somit als „Vorschau“ auf das Kapitel 3 des hier vorliegenden Berichts. Vereinzelt Änderungen an der Darstellung der Sachverhalte inklusive textlicher Anpassungen waren möglich und sollten in Erörterungsgesprächen zwischen der BAR und dem jeweiligen Träger(-bereich) zusammengetragen werden. Der Teilnehmungsbericht diente als Beratungsunterlage für diese Erörterungsgespräche. Gleichzeitig sollte den Trägern über diesen Teilnehmungsbericht die Möglichkeit eröffnet werden, auf trägerspezifische Besonderheiten hinzuweisen, die für eine qualitative Einordnung der Daten erforderlich erschienen und die Leser des THVB bei der Lesart der Daten unterstützen. Die Teilnehmungsberichte enthielten nur die übermittelten Echtdaten des jeweiligen Trägers / Trägerbereichs. Die Daten aller anderen Träger / Trägerbereiche wurden im Teilnehmungsbericht mit zufallsgenerierten Werten modifiziert, sodass sie mindestens 10% jedoch maximal 50% über oder unter den Werten der Echtdaten liegen. Die daraus folgenden Darstellungen erlaubten somit eine Einordnung der eigenen Daten in die der gesamten Trägerlandschaft, ohne dass die Echtdaten der anderen Träger / Trägerbereiche gezeigt wurden. Alle Träger(-bereiche) wurden anhand der PUB-ID gekennzeichnet (siehe Kapitel 1.5).

Die Erörterungsgespräche fanden im Herbst 2019 für die Träger aus dem Bereich der Sozialversicherung jeweils auf Ebene des Spitzenverbandes statt. Mit den Pilotträgern aus dem steuerfinanzierten Bereich wurden die Erörterungsgespräche im gleichen Zeitraum geführt. Die Ergebnisse aus den Erörterungsgesprächen finden sich in den einzelnen Tabellen und Abbildungen sowie in der Infobox „Aus den Trägerbereichen“ in Kapitel 3 wieder.



Das Wichtigste im Überblick

Für den ersten THVB konnten die Träger bzw. Trägerbereiche ihrer Berichtspflicht mit ausgewählten Pilotträgern nachkommen.

Der vorliegende erste THVB enthält Daten von 39 Trägern.

Er ist nicht repräsentativ für die Träger der EGH, GKV, JH, SER und UV.

Er ist repräsentativ für die Träger der RV und für die BA.

Die Datendarstellungen und Dateninterpretation wurden als gemeinsame Übersicht bilateral mit allen teilnehmenden (Pilot-)Trägern erstellt.

3. Darstellung der übermittelten Daten für den ersten Teilhabeverfahrensbericht

In diesem Kapitel werden die übermittelten Daten der Rehabilitationsträger für den ersten THVB dargestellt. Es handelt sich hierbei um Daten der beteiligten (Pilot-)Träger aus 2018 zu den 16 Sachverhalten nach § 41 Abs. 1 SGB IX (siehe Kapitel 3.2) sowie die Daten dieser Träger zur Förderung der Selbsthilfe nach § 45 SGB IX (siehe Kapitel 3.4). Des Weiteren können für das Berichtsjahr 2018 und den ersten THVB für ausgewählte Sachverhalte nach § 41 Abs. 1 SGB IX für alle gesetzlichen Krankenkassen Daten der KG 5-Statistik auf Ebene der Kassenarten und der gesamten GKV dargestellt werden (siehe Kapitel 3.3).

Bevor die Datendarstellung gezeigt wird, gibt das vorstehende Kapitel 3.1 Hinweise zum Aufbau und zur Lesart der Datendarstellung.

3.1. Hinweise zur Darstellung und Auswertung

Die BAR ist allen Trägern gegenüber zur Neutralität verpflichtet und stellt die übermittelten Daten entsprechend nach Objektivitäts- und Neutralitätsaspekten dar. Es erfolgt in der gesamten Datendarstellung keine namentliche Nennung eines Trägers¹⁶, sondern die Rehabilitationsträger werden anhand ihrer PUB-ID gezeigt, die lediglich Rückschluss auf den Trägerbereich ermöglicht (siehe Kapitel 1.5). Alle übermittelten Daten werden immer zunächst als Absolutwerte genannt. In Ergänzung dazu werden für ausgewählte Sachverhalte auch prozentuale Anteile dargestellt. Unter jeder Tabelle und Abbildung befinden sich erläuternde Hinweise zur Datengrundlage und zu den Werteangaben. 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. 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. Dabei gilt zu beachten, dass die Erläuterungen keine generalisierbaren Aussagen ermöglichen und im THVB idealtypisch dargestellt werden. In der Praxis kann es unter Umständen durchaus zu Abweichungen kommen, die es im Einzelfall zu prüfen gilt.

¹⁶ Im Vergleich zu den weiteren Rehabilitationsträgern ist die BA aufgrund ihrer Organisationsstruktur keinem Trägerbereich zugeordnet und agiert als solitäre Rehabilitationsträgerin.

Die Daten wurden 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 als LAK sind unter dem Trägerbereich der RV 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.

Da es sich bei der Auswertung der Meldedatensätze um bereits aggregierte Daten handelt (siehe Kapitel 1.4.1), sind die Angaben von Dauern und Laufzeiten jeweils Durchschnittswerte. Mittelwerte wurden in der Regel als gewichtete Mittelwerte berechnet. Bei Abbildungen, die eine prozentuale Verteilung aufzeigen, sind Prozentwerte < 5% zur besseren Lesbarkeit nicht ausgewiesen (siehe beispielsweise Abbildung 3). Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes nicht dargestellt. Meldevariablen, zu denen seitens des Trägers kein Wert übermittelt wurde, werden mit „keine Angabe“ (k. A.) dargestellt. Diese Darstellung findet sich auch, wenn beispielsweise eine Meldevariable aus zwei weiteren Meldevariablen errechnet wird und zu einer dieser Meldevariablen (oder auch zu beiden) kein Wert übermittelt wurde (siehe Anhang Nr. 1 „Übersicht Primär- und Meldevariablen“).

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 3.2). Insgesamt gibt es in diesem Kapitel zwei Arten von Infoboxen:



1. Infobox „Zur Einordnung der Daten“:

In dieser Infobox werden Hinweise zur Methodik, zur statistischen Datenauswertung und zur Datengrundlage gemacht. 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 übernommen, sofern sie sich nicht bereits in der ersten Infobox oder als Fußnoten / Hinweise unter den jeweiligen Abbildungen und Tabellen wiederfinden. Jeder Trägerbereich hatte über sogenannte Beteiligungsberichte die Möglichkeit, sich mit seinen übermittelten Daten auseinanderzusetzen. In Erörterungsgesprächen zwischen den (Pilot-)Trägern und der BAR wurden die Eingaben der Träger aufgenommen, die eine qualitativ richtige Einordnung der Daten unterstützen und möglichen Fehlinterpretationen vorbeugen (siehe Kapitel 2.3).

Beide Infoboxen sollten bei der Betrachtung der Datendarstellungen und für die Lesart der Daten stets berücksichtigt werden.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				

3.2. Datendarstellung der 16 Sachverhalte nach § 41 Absatz 1 SGB IX

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



Gesetzestext:

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



Fragestellungen:

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

Wie verteilen sich die gestellten Anträge auf die Leistungsgruppen

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



Ergebnis:

Ein einziger Antrag reicht aus, damit Menschen mit Behinderungen oder jene, die von Behinderung bedroht sind, alle benötigten Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe erhalten können – auch dann, wenn diese Leistungen durch verschiedene Rehabilitationsträger erbracht werden. Menschen mit Behinderungen sollen somit alle Leistungen wie „aus einer Hand“ erhalten. „Auf diese Weise versucht der Gesetzgeber vor allem, das Verfahren zu beschleunigen und – unnötige – Doppelbegutachtungen zu vermeiden.“ (S.65, [14]). Dieser sogenannte Gesamt-Antrag umfasst also alle benötigten Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe. 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.

38 Sachverhalt 1	73 Sachverhalt 7	91 Sachverhalt 13	103 Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44 Sachverhalt 2	80 Sachverhalt 8	93 Sachverhalt 14	105 Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49 Sachverhalt 3	82 Sachverhalt 9	95 Sachverhalt 15	108 Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57 Sachverhalt 4	84 Sachverhalt 10	101 Sachverhalt 16	
61 Sachverhalt 5	86 Sachverhalt 11		
68 Sachverhalt 6	89 Sachverhalt 12		

Ein Gesamt-Antrag muss also immer auch einen oder mehrere LG-Anträge beinhalten und wird dementsprechend im THVB abgebildet. Für einen Gesamt-Antrag beispielsweise, 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

Die Datengrundlage für die Darstellung der Leistungsgruppen (Tabelle 6 und Tabelle 7, Abbildung 3) entspricht der Summe aller gestellten LG-Anträge. Für die GKV und die RV liegen im ersten THVB nicht zu allen Leistungsgruppen Angaben vor, sodass die Verteilung der prozentualen Anteile nur die von den Trägern übermittelten Leistungsgruppen zeigt. Für die GKV entspricht die Anzahl aller LG-Anträge der Anzahl der Anträge auf LMR. Daraus ergibt sich auch, dass in der Anzahl der Gesamt-Anträge (Tabelle 8) für die GKV nur die Gesamt-Anträge enthalten sind, die LMR enthalten. Für die RV entspricht die Anzahl aller LG-Anträge der Summe der Anträge auf LMR und LTA. Daraus ergibt sich auch, dass in der Anzahl der Gesamt-Anträge (Tabelle 8) für die RV nur die Gesamt-Anträge enthalten sind, die LMR und/oder LTA enthalten. In diesen beiden Trägerbereichen werden also die Anzahlen der Gesamt-Anträge unterschätzt.

Da ein Gesamt-Antrag mehrere LG-Anträge beinhalten kann, muss die Summe der LG-Anträge (Tabelle 6 und Tabelle 7) nicht zwingend der Anzahl der Gesamt-Anträge (Tabelle 8) entsprechen.

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

Die Anzahl der Gesamt-Anträge beinhaltet die Gesamtheit aller bei einem Rehabilitationsträger gestellten bzw. eingegangenen Anträge in einem Kalenderjahr, unabhängig von deren weiteren Bearbeitungsverläufen. D. h., in der Anzahl der Gesamt-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.

Jene Pilotträger, die für das Berichtsjahr 2018 mit einer interimistischen Erfassungsmaske der BAR Daten erhoben haben, konnten aus technischen Gründen für diesen Sachverhalt nur maximal eine Leistungsgruppe erfassen.

Für die Bereiche EGH, GKV, JH, SER (KOF / KOV) und UV werden im ersten THVB Daten einzelner Pilotträger dargestellt. Auf dieser Grundlage können keine Schlüsse über den jeweiligen gesamten Trägerbereich gezogen werden.

38 Sachverhalt 1	73 Sachverhalt 7	91 Sachverhalt 13	103 Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44 Sachverhalt 2	80 Sachverhalt 8	93 Sachverhalt 14	105 Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49 Sachverhalt 3	82 Sachverhalt 9	95 Sachverhalt 15	108 Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57 Sachverhalt 4	84 Sachverhalt 10	101 Sachverhalt 16	
61 Sachverhalt 5	86 Sachverhalt 11		
68 Sachverhalt 6	89 Sachverhalt 12		

Zunächst werden Anträge auf der Ebene der Leistungsgruppen betrachtet. Tabelle 6 zeigt die absolute Anzahl der Anträge bezüglich der Leistungsgruppen LMR, LTA, LTB und LST. In Abbildung 3 ist deren prozentuale Verteilung dargestellt.

Tabelle 6. Anzahl der Anträge differenziert nach Leistungsgruppe und Trägerbereich

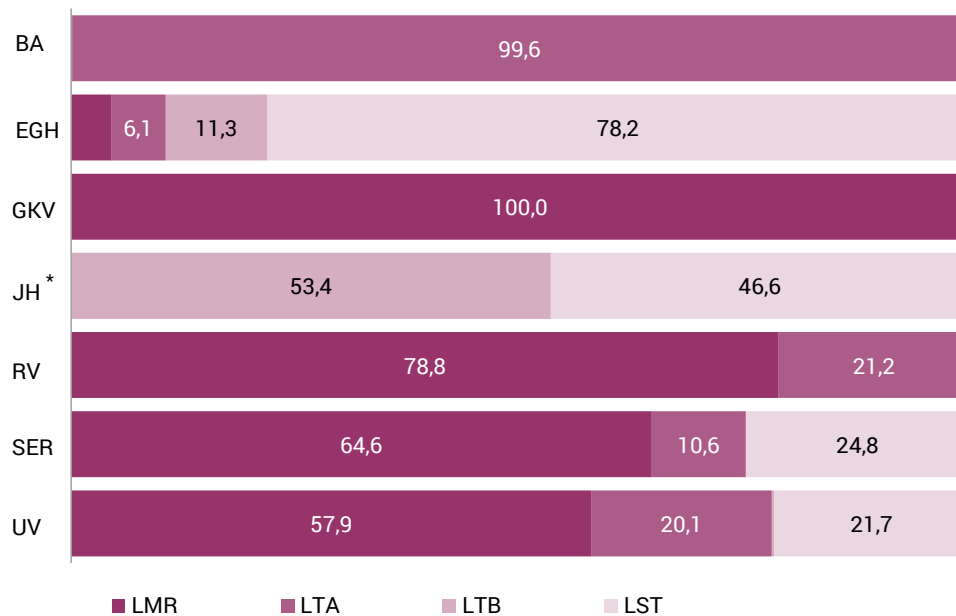
Trägerbereich	LMR	LTA	LTB	LST	LG-Anträge
BA	135	94.953	71	181	95.340
EGH	272	290	539	3.733	4.774
GKV	134.525	k. A.	k. A.	k. A.	134.525
JH	- *	0	222	194	416
RV	1.616.358	434.534	k. A.	k. A.	2.050.892
SER	104	17	0	40	161
UV	3.500	1.216	15	1.311	6.042
Gesamt	1.754.834	531.010	847	5.459	2.292.150

Datengrundlage: 2.292.150 LG-Anträge.

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

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

38 Sachverhalt 1	73 Sachverhalt 7	91 Sachverhalt 13	103 Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44 Sachverhalt 2	80 Sachverhalt 8	93 Sachverhalt 14	105 Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49 Sachverhalt 3	82 Sachverhalt 9	95 Sachverhalt 15	108 Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57 Sachverhalt 4	84 Sachverhalt 10	101 Sachverhalt 16	
61 Sachverhalt 5	86 Sachverhalt 11		
68 Sachverhalt 6	89 Sachverhalt 12		



Datengrundlage: 2.292.150 LG-Anträge.

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

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

Abbildung 3. Prozentuale Verteilung der beantragten Leistungsgruppen nach Trägerbereich

Tabelle 7 zeigt die absolute und durchschnittliche Anzahl der LG-Anträge sowie die minimale und maximale Anzahl nach Trägerbereich.

Tabelle 7. LG-Anträge nach Trägerbereich

Trägerbereich	Minimum	Durchschnitt	Maximum	LG-Anträge
BA ¹	95.340 ¹	95.340 ¹	95.340 ¹	95.340
EGH	489	955	1.793	4.774
GKV	1.123	44.842	104.191	134.525
JH	15	83	156	416
RV	6.304	120.641	852.984	2.050.892
SER	0	32	104	161
UV	37	2.014	4.277	6.042

Datengrundlage: 2.292.150 LG-Anträge.

¹ Daten werden aggregiert dargestellt, da die BA nicht als Trägerbereich strukturiert ist, sondern eine solitäre Rehabilitationsträgerin ist.

38 Sachverhalt 1	73 Sachverhalt 7	91 Sachverhalt 13	103 Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44 Sachverhalt 2	80 Sachverhalt 8	93 Sachverhalt 14	105 Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49 Sachverhalt 3	82 Sachverhalt 9	95 Sachverhalt 15	108 Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57 Sachverhalt 4	84 Sachverhalt 10	101 Sachverhalt 16	
61 Sachverhalt 5	86 Sachverhalt 11		
68 Sachverhalt 6	89 Sachverhalt 12		

Im Folgenden werden die Gesamt-Anträge unabhängig von den Leistungsgruppen betrachtet. Tabelle 8 zeigt die absolute und durchschnittliche Anzahl der Gesamt-Anträge sowie deren minimale und maximale Anzahl pro Trägerbereich.

Tabelle 8. Gesamt-Anträge nach Trägerbereich

Trägerbereich	Minimum	Durchschnitt	Maximum	Gesamt-Anträge
BA ¹	95.134 ¹	95.134 ¹	95.134 ¹	95.134
EGH	488	954	1.793	4.771
GKV	1.123	44.842	104.191	134.525
JH	15	82	156	411
RV ²	k. A.	6.304	k. A.	6.304
SER	0	32	104	161
UV	37	1.805	3.788	5.415

Datengrundlage: 246.721 Gesamt-Anträge.

- ¹ Daten werden aggregiert dargestellt, da die BA nicht als Trägerbereich strukturiert ist, sondern eine solitäre Rehabilitationsträgerin ist.
- ² Minimum und Maximum werden nicht dargestellt, da Daten nur von einem Träger aus dem Bereich vorliegen.

Beispielsweise zeigen die Ergebnisse in Tabelle 8 für den Trägerbereich EGH, dass bei dem Träger mit der geringsten Anzahl von Anträgen 488 Gesamt-Anträge gestellt wurden. Beim Träger aus dem Bereich EGH mit der höchsten Anzahl an Gesamt-Anträgen wurden 1.793 Anträge gestellt. Im Mittel wurden unter den Trägern der EGH 954 Gesamt-Anträge pro Träger gestellt.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				



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 S. 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. Nach § 14 Abs. 4 SGB IX tritt deshalb an die Stelle des Tages der Antragstellung der Tag der Kenntnis des voraussichtlichen Rehabilitationsbedarfs. Die Träger der UV erlangen im Rahmen eines Reha-Verfahrens in vielfältiger Form und zu den unterschiedlichsten Zeiten Kenntnis von einem voraussichtlichen Reha-Bedarf. Angesichts dieser Heterogenität entzieht sich das Merkmal „Kenntnis von einem Reha-Bedarf“ der standardisierten Erfassung und Dokumentation. Bei Kenntnis eines Reha-Bedarfs erbringt der Träger der UV in der Regel unverzüglich die entsprechenden Leistungen. Die Zahl der „Anträge“ (= Kenntnis vom Rehabilitationsbedarf und durchgeführter Leistungen) und die Zahl der letztlich durchgeführten Leistungen ist damit grundsätzlich identisch. Aus diesen Gründen wurde von den Pilotträgern der UV die Anzahl der im Berichtsjahr durchgeführten und abgeschlossenen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe übermittelt (abgeschlossene Reha-DOK-Fälle).

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				

3.2.2. Sachverhalt 2: Anzahl der Weiterleitungen nach § 14 Absatz 1 Satz 2 SGB IX



Gesetzestext:

Die Rehabilitationsträger [...] erfassen die Anzahl der Weiterleitungen nach § 14 Absatz 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 S. 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.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				



Zur Einordnung der Daten

In den Trägerbereichen BA, EGH, JH und SER (KOF / KOV) wird der Anteil der Weiterleitungen im Verhältnis zur Summe aus entschiedenen Gesamt-Anträgen und Weiterleitungen berechnet (Abbildung 4 und Abbildung 5). Diese Summe entspricht einer Datengrundlage von 97.128 entschiedenen Gesamt-Anträgen unter Einberechnung der weitergeleiteten Anträge. Unter entschiedene Gesamt-Anträge fallen Anträge, die vollständig abgelehnt, vollständig bewilligt, nicht vollständig/teilweise bewilligt oder auf sonstige Art entschieden wurden.

Da von den Trägern der GKV und der RV keine Daten zur Anzahl der entschiedenen Gesamt-Anträge vorliegen, wird der Anteil der Weiterleitungen im Verhältnis zur Summe der gestellten LG-Anträge berechnet (Abbildung 4 und Abbildung 5). Darin sind Anträge, die möglicherweise weitergeleitet werden, bereits enthalten. Dies entspricht einer Datengrundlage von 2.179.113 gestellten LG-Anträgen.

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

Der prozentuale Anteil der Weiterleitungen (Abbildung 4 und Abbildung 5) 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.

Für die Bereiche EGH, GKV, JH, SER (KOF / KOV) und UV werden im ersten THVB Daten einzelner Pilotträger dargestellt. Auf dieser Grundlage können keine Schlüsse über den jeweiligen gesamten Trägerbereich gezogen werden.

38 Sachverhalt 1	73 Sachverhalt 7	91 Sachverhalt 13	103 Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44 Sachverhalt 2	80 Sachverhalt 8	93 Sachverhalt 14	105 Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49 Sachverhalt 3	82 Sachverhalt 9	95 Sachverhalt 15	108 Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57 Sachverhalt 4	84 Sachverhalt 10	101 Sachverhalt 16	
61 Sachverhalt 5	86 Sachverhalt 11		
68 Sachverhalt 6	89 Sachverhalt 12		

Tabelle 9 zeigt, wie viele Anträge in den einzelnen Trägerbereichen an einen anderen Träger weitergeleitet werden.

Tabelle 9. Anzahl der Weiterleitungen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Weiterleitungen	Anträge
BA ¹	25.059	94.169
EGH ^{1 3}	20	2.480
GKV ²	5.530	134.525
JH ¹	9	320
RV ^{2 3}	226.331	2.044.588
SER ¹	—*	159
UV	k. A.	k. A.
Gesamt	256.949	2.276.241

Datengrundlage: 2.276.241 Anträge.

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

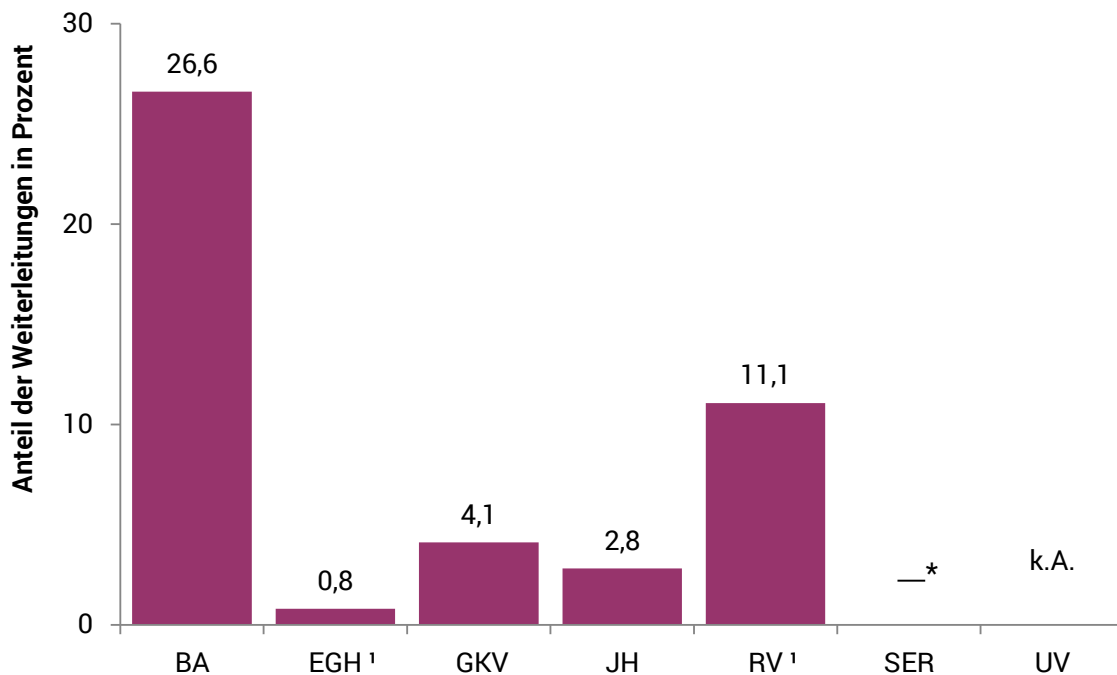
¹ Bei diesen Trägern entspricht die Anzahl der Anträge der Summe aus entschiedenen Gesamt-Anträgen und Weiterleitungen.

² Bei diesen Trägern entspricht die Anzahl der Anträge der Summe der gestellten LG-Anträge, da keine Daten zur Anzahl der entschiedenen Gesamt-Anträge vorliegen.

³ Daten liegen nicht von allen Trägern aus dem Bereich vor.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				

Aus den absoluten Anzahlen der Weiterleitungen in Tabelle 9 wurde in Abbildung 4 der prozentuale Anteil der Weiterleitungen pro Trägerbereich berechnet.



Datengrundlage: 2.276.241 Anträge.

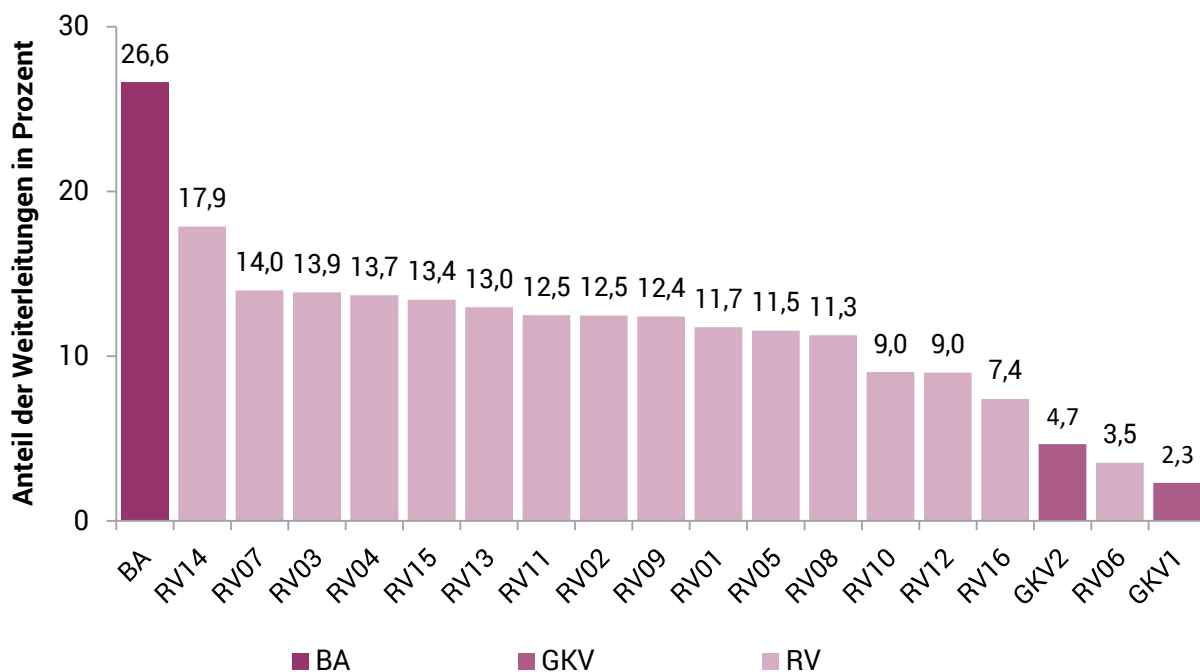
* Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes anteilig nicht dargestellt.

¹ Daten liegen nicht von allen Trägern aus dem Bereich vor.

Abbildung 4. Prozentualer Anteil der Weiterleitungen nach Trägerbereich

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				

Abbildung 5 zeigt den Anteil der Weiterleitungen differenziert nach einzelnen Trägern.



Datengrundlage: 2.272.159 Anträge.
Es werden nur Träger mit mindestens 20 Weiterleitungen dargestellt.

Abbildung 5. Prozentualer Anteil der Weiterleitungen pro Träger



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

Im Bereich **JH** werden die Antragsteller im Vorfeld umfangreich beraten, sodass sie den Antrag direkt beim zuständigen Träger der JH stellen. Dies führt zu einem geringen Anteil an Weiterleitungen.

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.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				

3.2.3. Sachverhalt 3: Fristen nach § 14 SGB IX



Gesetzestext:

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

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



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).

Beispiel: Ein Jugendamt prüft auf Grundlage der notwendigen Unterlagen (Identität des Antragstellers ist eindeutig und das Leistungsbegehren ist hinreichend konkret) seine 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 S. 3 SGB IX auf einen Zeitraum von zwei Wochen nach Vorlage des Gutachtens.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				



Zur Einordnung der Daten

Für die Frist 3a (Zweiwochenfrist der Zuständigkeitsfeststellung) wurde in allen Trägerbereichen die Anzahl der Gesamt-Anträge mit im selben Jahr festgestellter Zuständigkeit herangezogen. Die Datengrundlage bilden 1.985.654 Gesamt-Anträge.

Da bezüglich der Fristen zur Antragsentscheidung (Fristen 3b und 3c) nicht aus allen Trägerbereichen Daten in gleichem Umfang vorliegen, werden unterschiedliche Datengrundlagen genutzt. Die Darstellungen der Trägerbereiche BA, GKV und RV basieren auf 2.116.670 LG-Anträgen, während sich die Datengrundlage für die Trägerbereiche EGH, JH und SER (KOF / KOV) aus 3.840 Gesamt-Anträgen zusammensetzt.

Sowohl die Anzahl der Zuständigkeitsfeststellungen (Tabelle 10) als auch die Anzahl der Antragsentscheidungen mit und ohne Gutachten zur Bedarfsfeststellung (Tabelle 11) entspricht nicht der Anzahl der gestellten Gesamt-Anträge (Tabelle 8). Im THVB wird ein Kalenderjahr bis zum Jahreswechsel betrachtet. Es ist also möglich, dass Anträge in 2017 gestellt wurden (z. B. gegen Jahresende), die Zuständigkeit aber erst in 2018 festgestellt wurde (z. B. zu Beginn des Jahres). Andererseits können Ende 2018 gestellte Anträge erst Anfang 2019 entschieden worden sein.

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 der 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 Antragsplittings 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.

Für die Bereiche EGH, GKV, JH, SER (KOF / KOV) und UV werden im ersten THVB Daten einzelner Pilotträger dargestellt. Auf dieser Grundlage können keine Schlüsse über den jeweiligen gesamten Trägerbereich gezogen werden.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				

Wird bei einem Rehabilitationsträger ein Antrag auf Reha- und Teilhabeleistungen gestellt, hat er innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang festzustellen, ob er zuständig ist. In Tabelle 10 und Abbildung 6 wird aufgezeigt, wie oft diese Zweiwochenfrist der Zuständigkeitsfeststellung (Frist 3a) überschritten wird.

Tabelle 10. Anzahl der Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung nach Trägerbereich

Trägerbereich	Überschreitungen Frist 3a	Zuständigkeitsfeststellungen
BA	1.022	68.865
EGH	467	4.698
GKV	k. A.	k. A.
JH ¹	67	382
RV	146.259	1.911.548
SER	—*	161
UV	k. A.	k. A.
Gesamt	147.815	1.985.654

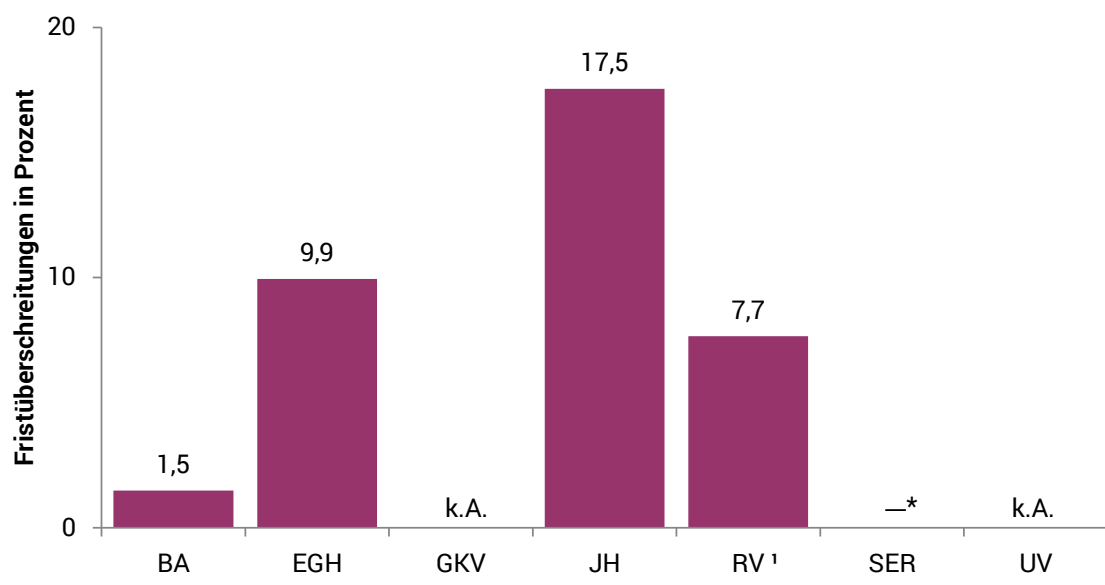
Datengrundlage: 1.985.654 Anträge.

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

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

¹ Daten liegen nicht von allen Trägern aus dem Bereich vor.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				



Datengrundlage: 1.985.654 Anträge.
 Frist 3a: Zweiwochenfrist der Zuständigkeitsfeststellung nach § 14 Abs. 1 S. 1 SGB IX.
 * Absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes anteilig nicht dargestellt.
 1 Daten liegen nicht von allen Trägern aus dem Bereich vor.

Abbildung 6. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung nach Trägerbereich

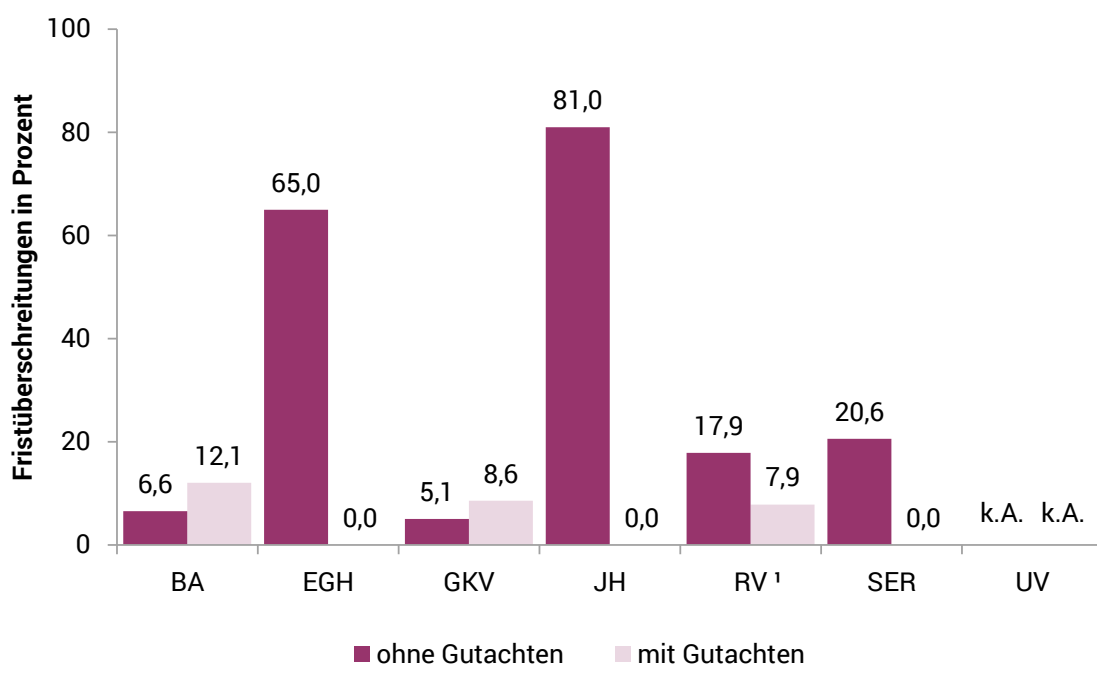
38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				

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). 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). Fristüberschreitungen bei Entscheidungen sowohl ohne als auch mit Gutachten sind in Tabelle 11 und Abbildung 7 dargestellt.

Tabelle 11. Anzahl der Fristüberschreitungen bei Entscheidung nach Trägerbereich

Trägerbereich	Überschreitungen Frist 3b	Entscheidungen ohne Gutachten	Überschreitungen Frist 3c	Entscheidungen mit Gutachten
BA	3.950	59.915	1.109	9.195
EGH	2.043	3.144	0	232
GKV	5.292	104.417	1.898	22.082
JH	243	300	0	6
RV ¹	337.490	1.888.526	2.560	32.535
SER	14	68	0	90
UV	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Gesamt	349.032	2.056.370	5.567	64.140

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				

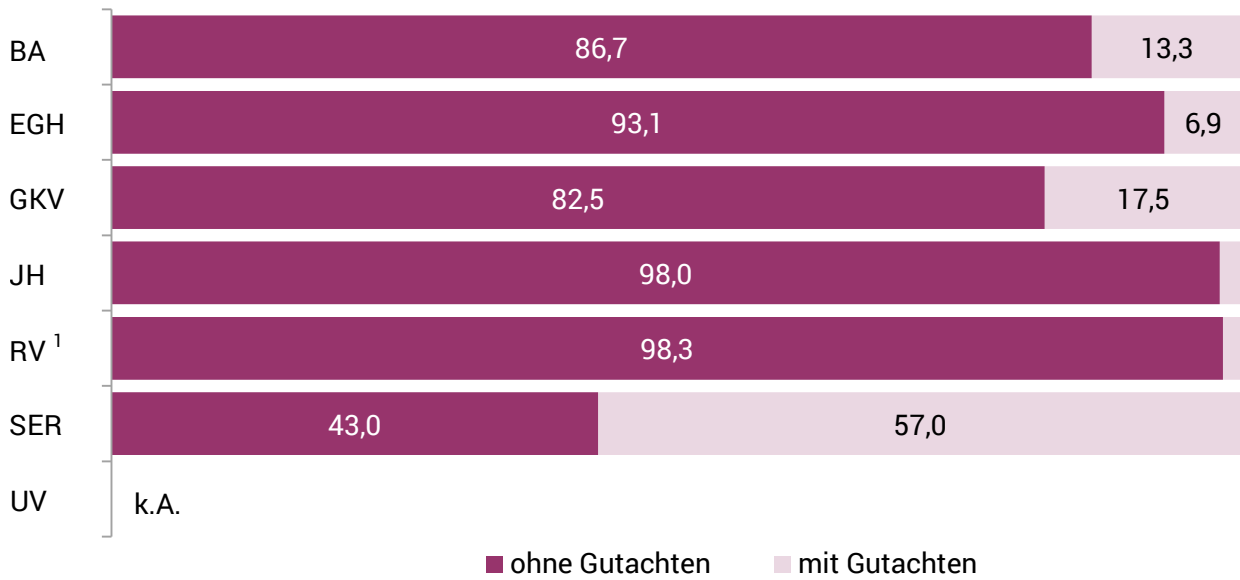


Datengrundlage: 2.120.510 Anträge.
 Frist 3b: Dreiwochenfrist ohne Gutachten nach § 14 Abs. 2 S. 2 SGB IX.
 Frist 3c: Zweiwochenfrist nach Vorliegen des Gutachtens nach § 14 Abs. 2 S. 3 SGB IX.
¹ Daten liegen nicht von allen Trägern aus dem Bereich vor.

Abbildung 7. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidung nach Trägerbereich

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				

Abbildung 8 zeigt, wieviel Prozent der Anträge ohne und mit Beauftragung eines Gutachtens entschieden werden.



Datengrundlage: 2.120.510 Anträge.

¹ Daten liegen nicht von allen Trägern aus dem Bereich vor.

Abbildung 8. Prozentuale Verteilung der Anträge ohne und mit Gutachten nach Trägerbereich

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				



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. Ca. 70 Prozent der Anträge auf LTA betreffen die berufliche Ersteingliederung junger Menschen mit Behinderung. Gutachten werden hier üblicherweise im Vorfeld (z. B. zu Beginn des letzten Schuljahres) in Auftrag gegeben, sodass sie bei Antragseingang bereits vorliegen und nur bei wenigen Anträgen 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.

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.

Eine weitere Rolle bei der Überschreitung von Fristen im Allgemeinen spielt in den Bereichen **EGH** und **JH** eine bestehende Arbeitsüberlastung.

In der **UV** sind insbesondere im Bereich der medizinischen Rehabilitation ebenso wie Anträge auch formale Bewilligungen dem System der UV fremd und werden daher bisher statistisch nicht erfasst. Sachverhalte, wie z. B. mögliche Fristverletzungen, können daher nicht gezählt werden. Erfährt ein Träger der UV beispielsweise im Rahmen einer Reha-Planung von einem bestehenden Bedarf, stellt er diesen in der Regel am selben Tag fest und entscheidet über die Leistungen. Daher wurden keine Angaben zu Überschreitungen der Zweiwochenfrist der Zuständigkeitsfeststellung (Frist 3a) sowie der Dreiwochenfrist der Antragsentscheidung ohne Gutachten (Frist 3b) und der Zweiwochenfrist der Antragsentscheidung mit Gutachten (Frist 3c) gemacht.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				

3.2.4. 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 Absatz 2 Satz 3 und der Vorlage des Gutachtens.



Fragestellung:

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

Für die Bereiche EGH, GKV, JH, SER (KOF / KOV) und UV werden im ersten THVB Daten einzelner Pilotträger dargestellt. Auf dieser Grundlage können keine Schlüsse über den jeweiligen gesamten Trägerbereich gezogen werden.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				

Tabelle 12 zeigt, wie viele Tage von der Erteilung des Gutachtenauftrags bis zur Vorlage des Gutachtens vergehen und wie viele Gutachten innerhalb der Trägerbereiche in Auftrag gegeben werden.

Tabelle 12. Dauer der Erstellung eines Gutachtens nach Trägerbereich (in Tagen)

Trägerbereich	Minimum	Durchschnitt	Maximum	Gutachten
BA ¹	21,68 ¹	21,68 ¹	21,681 ¹	9.780
EGH	39,46	55,61	58,10	208
GKV	3,00	10,56	15,70	20.540
JH ²	k. A.	86,75	k. A.	8
RV ³	0,07	21,66	37,65	32.535
SER ³	—*	—*	—*	—*
UV	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.

Datengrundlage: 63.071 Gutachten.

* Liegen weniger als fünf Anträge vor, wird die entsprechende Dauer aus Gründen des Datenschutzes nicht dargestellt.

¹ Daten werden aggregiert dargestellt, da die BA nicht als Trägerbereich strukturiert ist, sondern eine solitäre Rehabilitationsträgerin ist.

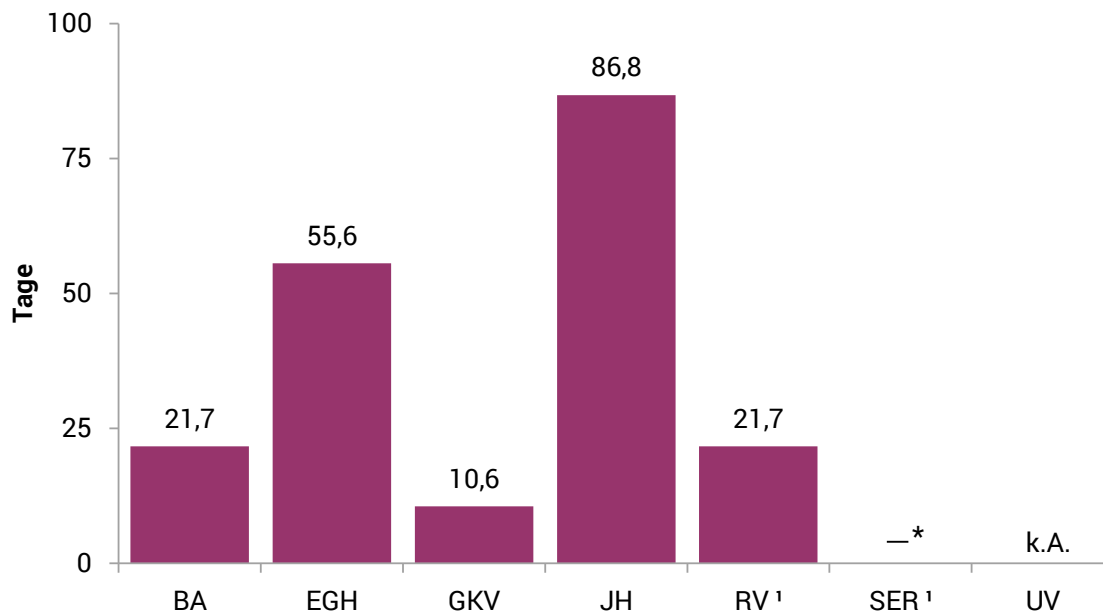
² Minimum und Maximum werden nicht dargestellt, da Daten nur von einem Träger aus dem Bereich vorliegen.

³ Daten liegen nicht von allen Trägern aus dem Bereich vor.

Beispielsweise zeigen die Ergebnisse in Tabelle 12 für den Trägerbereich GKV, dass beim Träger mit der kleinsten durchschnittlichen Dauer zur Erstellung eines Gutachtens 3,0 Tage vergehen. Bei dem Träger aus dem Bereich GKV mit der höchsten durchschnittlichen Dauer vergehen 15,7 Tage, bis das Gutachten vorliegt. Im gewichteten Mittel aller 20.540 Anträge im Bereich GKV beträgt die durchschnittliche Dauer bis zur Vorlage eines Gutachtens 10,6 Tage.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				

Die Dauer der Erstellung eines Gutachtens pro Trägerbereich ist aus Abbildung 9 und differenziert nach Trägern aus Abbildung 10 ersichtlich.

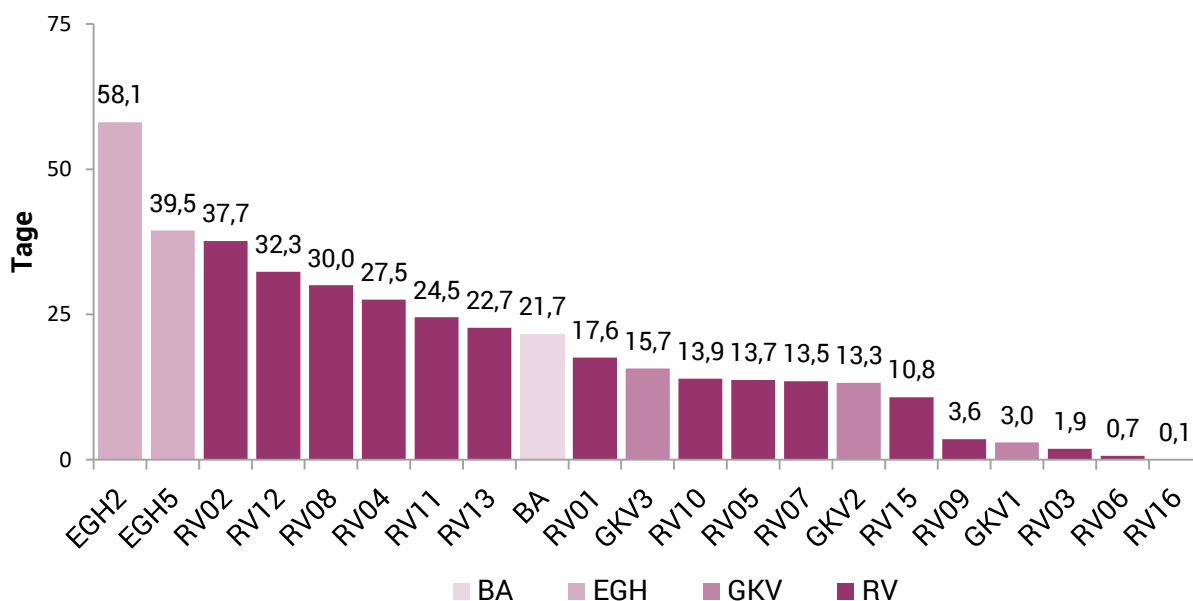


Datengrundlage: 63.071 Gutachten.

* Liegen weniger als fünf Anträge vor, wird die entsprechende Dauer aus Gründen des Datenschutzes nicht dargestellt.

¹ Daten liegen nicht von allen Trägern aus dem Bereich vor.

Abbildung 9. Dauer der Erstellung eines Gutachtens nach Trägerbereich (in Tagen)



Datengrundlage: 63.054 Gutachten.

Es werden nur Träger mit mindestens 20 Gutachten dargestellt.

Abbildung 10. Dauer der Erstellung eines Gutachtens pro Träger (in Tagen)

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				



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 „Aus den Trägerbereichen“ zu Sachverhalt 3).

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

Gutachten zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs im Sinne des § 14 Abs. 2 S. 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 „Aus den Trägerbereichen“ zu Sachverhalt 3).

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				

3.2.5. Sachverhalt 5: Bearbeitungsdauer



Gesetzestext:

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



Fragestellungen:

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

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



Ergebnis:

Die Bearbeitungsdauer ergibt sich aus der Zeit von der Antragstellung 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 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 S. 2 SGB IX nicht unter die Entscheidungsarten der Erledigung und Bewilligung.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				



Zur Einordnung der Daten

Da nicht aus allen Trägerbereichen Daten in gleichem Umfang vorliegen, werden für die Darstellung der Bearbeitungsdauer verschiedene Datengrundlagen genutzt. Die Datengrundlage bezüglich der Bearbeitungsdauer bei Bewilligung und Erledigung (Tabelle 13 und Abbildung 11) wird für die Trägerbereiche BA, GKV, RV und UV aus 1.529.534 LG-Anträgen gebildet. Für die Trägerbereiche EGH, JH und SER (KOF / KOV) setzt sich die Datengrundlage aus 3.850 Gesamt-Anträgen zusammen.

Die Bearbeitungsdauer insgesamt (Tabelle 14 und Abbildung 12) kann nur berechnet werden, wenn Daten sowohl für die Bewilligung als auch für die Erledigung vorliegen. Da dies nicht bei allen Trägern der Fall ist, reduziert sich die Datengrundlage. Für die Trägerbereiche BA, GKV und UV verbleiben 193.800 LG-Anträge. Die Datengrundlage für die Trägerbereiche EGH, JH und SER (KOF / KOV) setzt sich weiterhin aus 3.850 Gesamt-Anträgen zusammen.

Für die Bereiche EGH, GKV, JH, SER (KOF / KOV) und UV werden im ersten THVB Daten einzelner Pilotträger dargestellt. Auf dieser Grundlage können keine Schlüsse über den jeweiligen gesamten Trägerbereich gezogen werden.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				

Aus Tabelle 13 und Abbildung 11 ist ersichtlich, wie viele Tage von der Antragstellung bis zur Entscheidung über den Antrag vergehen – sowohl bei einer Bewilligung als auch bei einer Erledigung des Antrags.

Tabelle 13. Bearbeitungsdauer bei Bewilligung und Erledigung nach Trägerbereich (in Tagen)

Trägerbereich	Dauer Bewilligung	Anzahl Bewilligung	Dauer Erledigung	Anzahl Erledigung
BA	9,32	62.808	37,62	6.302
EGH	61,18	3.249	59,73	132
GKV	9,59	90.534	14,63	28.114
JH	80,08	276	104,51	35
RV ¹	14,79	1.335.734	k. A.	k.A
SER	21,32	148	43,50	10
UV	0	6.042	k. A. ²	0
Gesamt	14,30	1.498.791	19,09	34.593

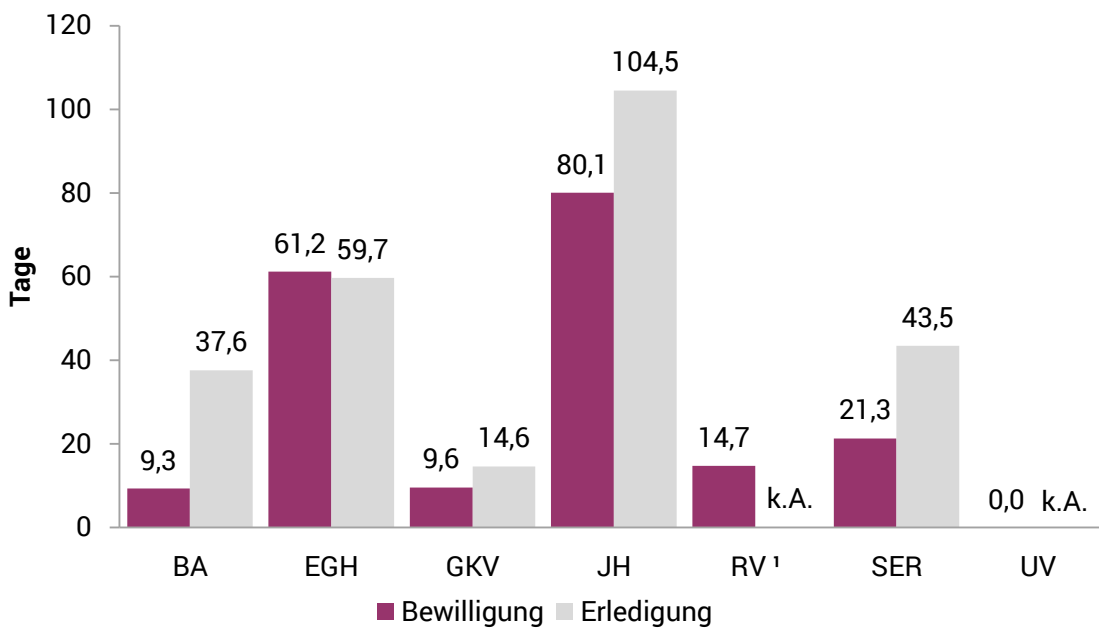
Datengrundlage: 1.533.384 Entscheidungen.

¹ Es gibt Träger, von denen Daten zur Anzahl der Bewilligung bzw. Erledigung vorliegen, jedoch nicht zur entsprechenden Dauer. Diese Träger gehen nicht in die dargestellte Anzahl für den Trägerbereich ein. Zusätzlich zur Darstellung in der Tabelle wurden für diesen Trägerbereich Daten zu weiteren 1.800 Bewilligungen und 426.916 Erledigungen (ohne Bearbeitungsdauer) übermittelt.

² Bei der UV ist der Divisor gleich 0 (Anzahl Erledigungen). Der resultierende unbestimmte Ausdruck wird mit k. A. abgebildet.

Beispielsweise zeigen die Ergebnisse in Tabelle 13 für die BA, dass im Durchschnitt 9,3 Tage vergehen, bis eine Leistung bewilligt wird. Die durchschnittliche Dauer bis zur Erledigung (Ablehnungen oder sonstige Erledigungen) beträgt 37,6 Tage.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				



Datengrundlage: 1.533.384 Entscheidungen.

¹ Daten liegen nicht von allen Trägern aus dem Bereich vor.

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

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				

Tabelle 14 und Abbildung 12 zeigen, wie viel Zeit vergeht, bis ein Antrag entschieden wird – unabhängig davon, ob der Antrag bewilligt (vollständig oder teilweise), abgelehnt oder auf sonstige Art erledigt wird.

Tabelle 14. Gesamt-Anträge nach Trägerbereich

Trägerbereich	Minimum	Durchschnitt	Maximum
BA ¹	11,90 ¹	11,90 ¹	11,90 ¹
EGH	43,02	61,13	76,68
GKV	9,70	10,78	23,49
JH	38,00	82,83	110,88
RV ²	k. A.	k. A.	k. A.
SER	12,40	22,73	115,33
UV	0,00	0,00	0,00

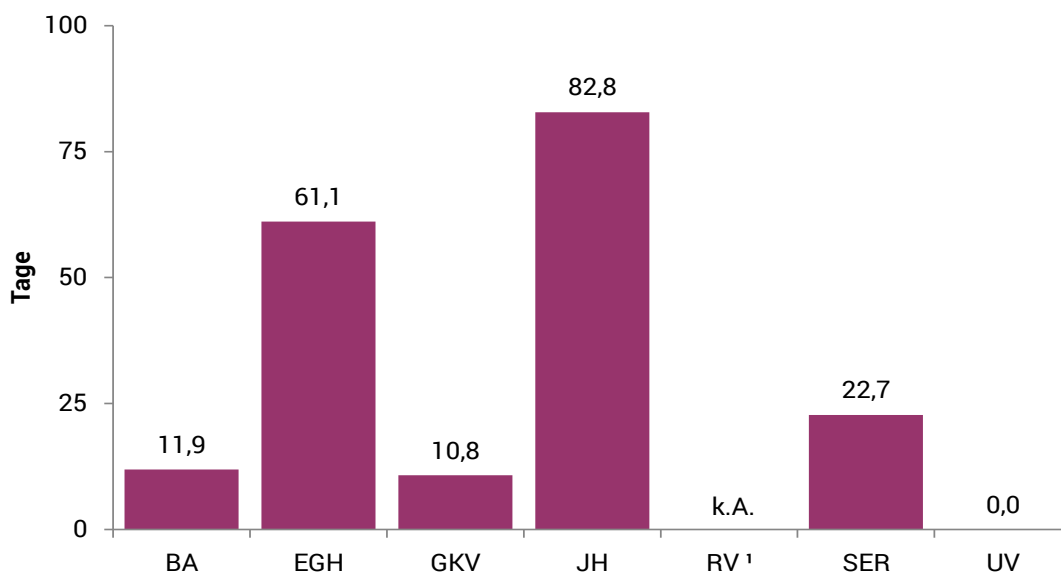
Datengrundlage: 197.650 Anträge.

¹ Daten werden aggregiert dargestellt, da die BA nicht als Trägerbereich strukturiert ist, sondern eine solitäre Rehabilitationsträgerin ist.

² Da keine Angaben zur Erledigung vorliegen, können keine Berechnungen durchgeführt werden..

Beispielsweise zeigen die Ergebnisse in Tabelle 14 für den Trägerbereich SER, dass der Träger mit der kleinsten durchschnittlichen Dauer 12,4 Tage zur Bearbeitung der Anträge benötigt. Der Träger aus dem Bereich SER mit der höchsten durchschnittlichen Bearbeitungsdauer benötigt 115,3 Tage. Im gewichteten Mittel des Bereichs benötigen die Träger des SER 22,7 Tage für die Bearbeitung eines Antrags.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				



Datengrundlage: 197.650 Anträge.

¹ Aufgrund fehlender Angaben zur Erledigung, kann keine Berechnung durchgeführt werden.

Abbildung 12. Bearbeitungsdauer insgesamt nach Trägerbereich (in Tagen)

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				



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 den Bereichen **EGH** und **JH** hat eine bestehende Arbeitsbelastung und die allgemeine Befassung mit bzw. Umsetzung der Regelungen des BTHG einen Einfluss auf die Bearbeitungsdauer.

In der **UV** sind Bedarfserkennung, Bedarfsfeststellung und die sofortige Leistungsentscheidung ein nahtloser Prozess. Daraus ergibt sich für Bewilligungen eine Bearbeitungsdauer von 0 Tagen. Ablehnungen von Anträgen im Sinne eines echten Leistungsbegehrens der Versicherten kommen im Amtsermittlungsverfahren der UV faktisch nicht vor.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				

3.2.6. 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 beispielsweise 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 erschlossen werden (siehe „Zur Einordnung der Daten“ zu Sachverhalt 6).

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				



Zur Einordnung der Daten

Die Anzahl der entschiedenen Anträge nach den Erledigungsarten „vollständige Ablehnung“ und „teilweise Bewilligung“ gehen aus den Daten zu Sachverhalt 6 hervor.

Die Anzahl der entschiedenen Anträge nach der Erledigungsart „vollständige Bewilligung“ ergibt sich aus der Differenz der Anzahl der bewilligten Anträge (vollständig und teilweise) aus Sachverhalt 5 minus der Anzahl der teilweise bewilligten Anträge aus Sachverhalt 6.

Die Anzahl der entschiedenen Anträge mit der Erledigungsart „sonstige Erledigung“ ergibt sich aus der Differenz der Anzahl der erledigten Anträge (vollständig abgelehnt und sonstig erledigt) aus Sachverhalt 5 minus der Anzahl der vollständig abgelehnten Anträge aus Sachverhalt 6.

Die RV konnte Daten für teilweise Bewilligungen noch nicht separat liefern. Daher wurde die Erledigungsart „vollständige Bewilligung“ in diesem Trägerbereich durch die Differenz aus allen entschiedenen Anträgen aus Sachverhalt 6 minus der Anzahl der erledigten Anträge (vollständig abgelehnt und sonstig erledigt) aus Sachverhalt 5 berechnet.

Die Anzahl der „Entscheidungen gesamt“ in Tabelle 15 ergibt sich aus der Summe der Anzahlen der Anträge mit „vollständiger Bewilligung“, „teilweiser Bewilligung“, „vollständiger Ablehnung“ und „sonstiger Erledigung“.

Da nicht aus allen Trägerbereichen Daten in gleichem Umfang vorliegen, werden für die Darstellung der Erledigungsarten verschiedene Datengrundlagen genutzt. Die Datengrundlage für die Trägerbereiche BA, GKV, RV und UV wird aus insgesamt 2.014.736 LG-Anträgen gebildet. Für die Trägerbereiche EGH, JH und SER (KOF / KOV) setzt sich die Datengrundlage aus 3.847 Gesamt-Anträgen zusammen.

Für die Bereiche EGH, GKV, JH, SER (KOF / KOV) und UV werden im ersten THVB Daten einzelner Pilotträger dargestellt. Auf dieser Grundlage können keine Schlüsse über den jeweiligen gesamten Trägerbereich gezogen werden.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				

Tabelle 15 zeigt, wie häufig Anträge vollständig bewilligt, teilweise bewilligt, vollständig abgelehnt oder auf sonstige Art erledigt werden. Die prozentuale Verteilung dieser Erledigungsarten ist in Abbildung 13 dargestellt.

Tabelle 15. Anzahl der Erledigungsarten nach Trägerbereich

Trägerbereich	Vollständige Bewilligung	Teilweise Bewilligung	Vollständige Ablehnung	Sonstige Erledigung	Entscheidungen gesamt
BA	62.808	0	6.177	125	69.110
EGH	3.189	60	83	49	3.381
GKV ¹	56.609	11.124	22.571	2.049	92.353
JH	273	–*	26	9	308
RV ²	1.420.315	k. A.	380.097	46.819	1.847.231
SER	133	15	10	0	158
UV	6.042	0	0	0	6.042
Gesamt	1.549.369	11.199	408.964	49.051	2.018.583

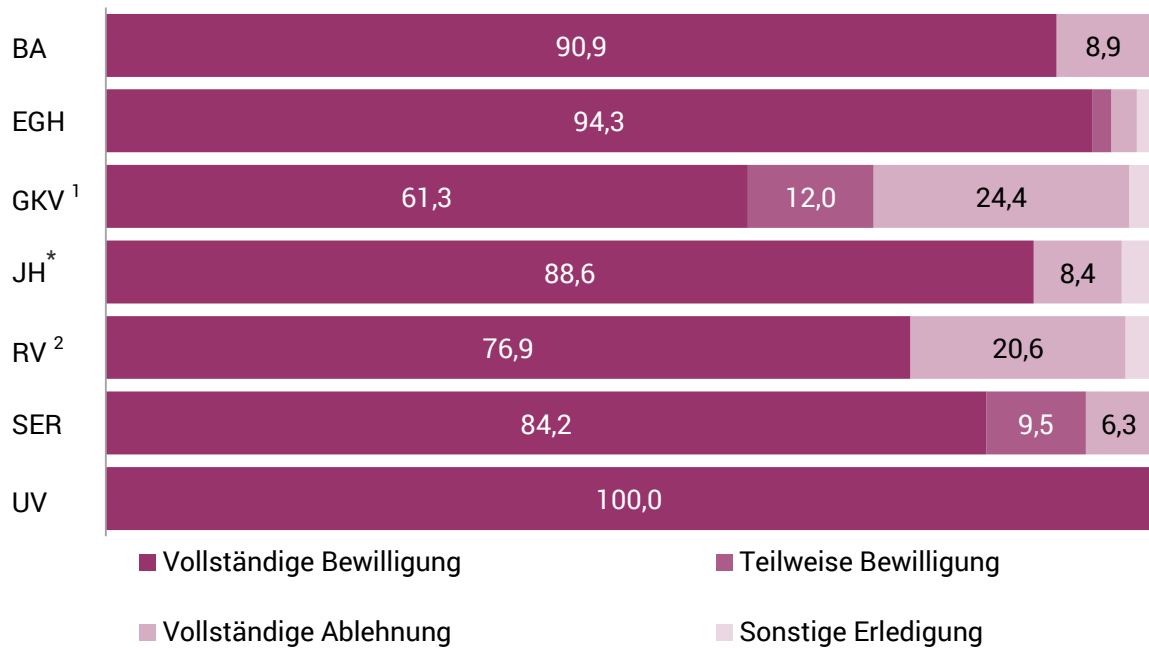
Datengrundlage: 2.018.583 Entscheidungen.

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

¹ Daten liegen nicht von allen Trägern aus dem Bereich vor.

² Im System der RV kann zwischen vollständigen und teilweisen Bewilligungen für das Berichtsjahr 2018 noch nicht unterschieden werden. Die Erledigungsart „vollständige Bewilligung“ beinhaltet in der Tabelle sowohl vollständige als auch teilweise Bewilligungen.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				



Datengrundlage: 2.018.583 Entscheidungen.

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

¹ Daten liegen nicht von allen Trägern aus dem Bereich vor.

² Im System der RV kann zwischen vollständigen und teilweisen Bewilligungen für das Berichtsjahr 2018 noch nicht unterschieden werden. Die Erledigungsart „vollständige Bewilligung“ beinhaltet in der Abbildung sowohl vollständige als auch teilweise Bewilligungen.

Abbildung 13. Prozentuale Verteilung der Erledigungsarten nach Trägerbereich

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				



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 der Antragstellung 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 **JH** liegt bei der Antragstellung oft bereits eine ärztliche Diagnose vor, die eine Bewilligung nach § 35a SGB VIII begründet.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				

3.2.7. Sachverhalt 7: Antrittslaufzeit 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 Absatz 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 beispielsweise 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 beispielsweise eine Woche nach dem Bescheid seine Leistung, beträgt die Antrittslaufzeit 7 Tage. Kommt der Bescheid beispielsweise eine Woche nach Beginn der Leistung, beträgt die Antrittslaufzeit -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. Der Umfang der übermittelten Daten der Pilotträger zur Teilhabeplanung ist nicht ausreichend, um eine adäquate Darstellung zu gewährleisten, weswegen die Antrittslaufzeiten für den ersten THVB ohne Bezug zur Teilhabeplanung berichtet werden.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				



Zur Einordnung der Daten

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.

Die Antrittslaufzeit ist negativ, wenn der Leistungsbeginn der ersten angetretenen Leistung vor dem ersten Bewilligungsbescheid liegt.

Die prozentualen Anteile der Leistungsantritte vor und nach dem Bewilligungsbescheid können nur dann berechnet werden, wenn Daten zur Häufigkeit der Leistungsantritte sowohl mit negativer als auch mit positiver Antrittslaufzeit vorliegen. Da dies nicht bei allen Trägern der Fall ist, reduziert sich die Datengrundlage für Tabelle 17 und Abbildung 15 entsprechend um diese Träger.

Für die Bereiche EGH, GKV, JH, SER (KOF / KOV) und UV werden im ersten THVB Daten einzelner Pilotträger dargestellt. Auf dieser Grundlage können keine Schlüsse über den jeweiligen gesamten Trägerbereich gezogen werden.

38 Sachverhalt 1	73 Sachverhalt 7	91 Sachverhalt 13	103 Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44 Sachverhalt 2	80 Sachverhalt 8	93 Sachverhalt 14	105 Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49 Sachverhalt 3	82 Sachverhalt 9	95 Sachverhalt 15	108 Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57 Sachverhalt 4	84 Sachverhalt 10	101 Sachverhalt 16	
61 Sachverhalt 5	86 Sachverhalt 11		
68 Sachverhalt 6	89 Sachverhalt 12		

Im Folgenden werden die Antrittslaufzeiten ohne Bezug zur Teilhabeplanung dargestellt. Tabelle 16 und Abbildung 14 zeigen die durchschnittlichen negativen und positiven Antrittslaufzeiten für die einzelnen Trägerbereiche.

Tabelle 16. Negative und positive Antrittslaufzeiten nach Trägerbereich (in Tagen)

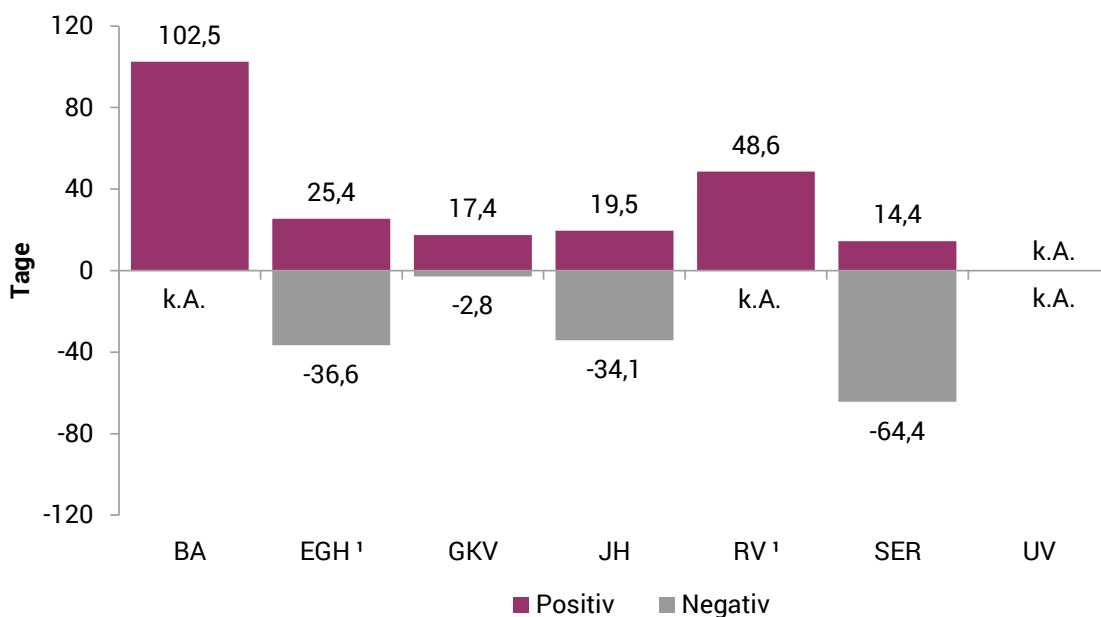
Trägerbereich	Negative Antrittslaufzeit	Positive Antrittslaufzeit	Anzahl Leistungsantritte insgesamt
BA ^{1 2}	k. A.	102	54.124
EGH ³	-37	25	3.594
GKV	-3	17	97.267
JH	-34	20	271
RV ^{1 3}	k. A.	49	1.048.910
SER	-64	14	139
UV	k. A.	k. A.	k. A.
Gesamt	-6	49	1.204.305

Datengrundlage: 1.204.305 Leistungsantritte.

- ¹ Die Anzahl der Leistungsantritte spiegelt nur die Leistungsantritte mit positiver Antrittslaufzeit wider.
- ² Bei der BA kommen negative Antrittslaufzeiten nicht vor, da eine Maßnahmezueweisung nur nach einer Bewilligung erfolgt.
- ³ Daten liegen nicht von allen Trägern aus dem Bereich vor.

Beispielsweise zeigen die Ergebnisse in Tabelle 16 für den Trägerbereich EGH, dass in diesem Trägerbereich ab dem Datum des Bewilligungsbescheides im Durchschnitt 25 Tage vergehen, bis eine Leistung angetreten wird. In den Fällen eines Leistungsantritts vor dem Datum des Bewilligungsbescheides liegt der Leistungsbeginn durchschnittlich 37 Tage vor der Vorlage des Bescheides.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				



Datengrundlage: 1.204.305 Leistungsantritte.

¹ Daten liegen nicht von allen Trägern aus dem Bereich vor.

Abbildung 14. Positive und negative Antrittslaufzeiten nach Trägerbereich (in Tagen)

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				

Aus Tabelle 17 und Abbildung 15 ist ersichtlich, bei wie viel Prozent der Anträge die Leistung vor und nach dem Bewilligungsbescheid angetreten wird.

Tabelle 17.

Prozentualer Anteil der Leistungsantritte vor und nach dem Bewilligungsbescheid nach Trägerbereich

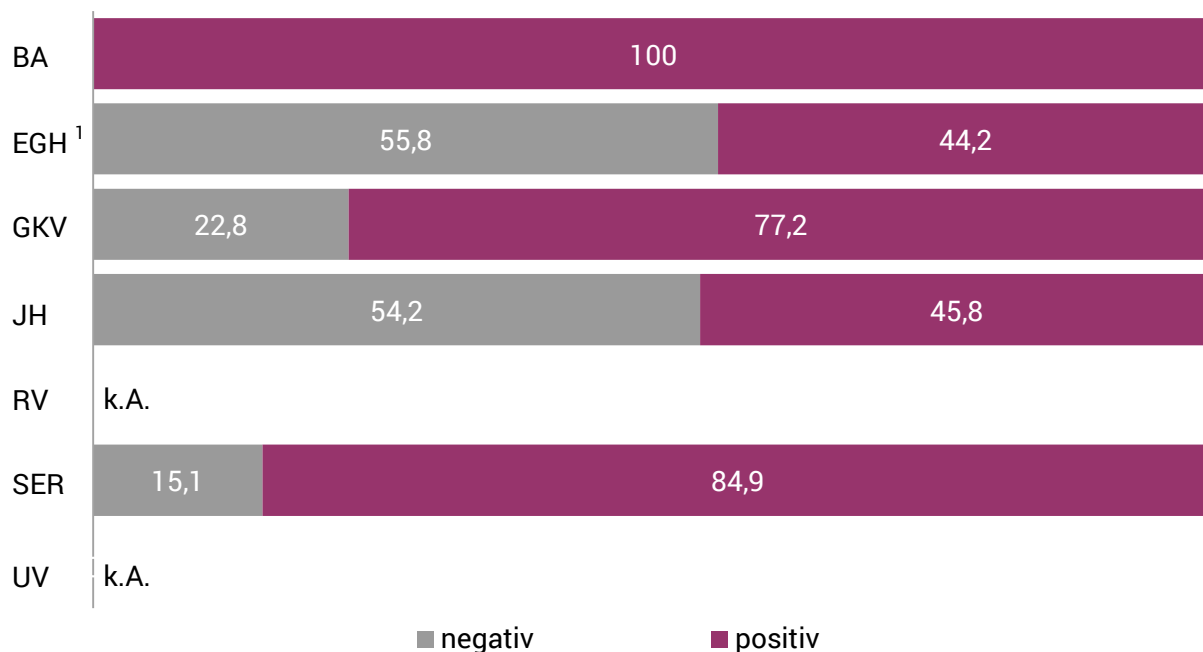
Trägerbereich	Vor Bewilligungsbescheid	Nach Bewilligungsbescheid	Anzahl Leistungsantritte insgesamt
BA	0,0	100,0	54.124
EGH ¹	55,8	44,2	3.594
GKV	22,8	77,2	97.267
JH	54,2	45,8	271
RV	k. A.	k. A.	k. A.
SER	15,1	84,9	139
UV	k. A.	k. A.	k. A.

Datengrundlage: 155.395 Leistungsantritte.

¹ Daten liegen nicht von allen Trägern aus dem Bereich vor.

Beispielsweise zeigen die Ergebnisse in Tabelle 17 für den Trägerbereich JH, dass von 271 Leistungsantritten 54,2 Prozent vor dem Datum des Bewilligungsbescheides angetreten werden und 45,8 Prozent nach dem Vorliegen des Bescheides.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				



Datengrundlage: 155.395 Leistungsantritte.

¹ Daten liegen nicht von allen Trägern aus dem Bereich vor.

Abbildung 15. Prozentualer Anteil der Leistungsantritte vor und nach dem Bewilligungsbescheid nach Trägerbereich

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				



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 Maßnahmeeintritten 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 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, also auch vor dem Bewilligungsbescheid, an.

Dem System der **UV** sind Bewilligungsbescheide grundsätzlich fremd. Somit konnten keine Angaben zu (positiven und negativen) Antrittslaufzeiten sowie zur Anzahl der Leistungsantritte gemacht werden. Demnach konnten auch die Anteile der Leistungsantritte vor und nach dem Bewilligungsbescheid nicht berechnet werden.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				

3.2.8. Sachverhalt 8: Anzahl der trägerübergreifenden Teilhabeplanungen und Teilhabeplankonferenzen



Gesetzestext:

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



Fragestellung(en):

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.[15] 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.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				



Zur Einordnung der Daten

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

Für den hier vorliegenden ersten THVB reicht der Umfang der übermittelten Daten nicht aus, um die Anzahl der trägerübergreifenden Teilhabeplanungen und Teilhabeplankonferenzen adäquat darstellen zu können. Im Folgenden werden daher nur die Angaben jener Träger(-bereiche) genannt, die Daten zum Sachverhalt geliefert haben.

Für die Bereiche EGH, GKV, JH, SER (KOF / KOV) und UV werden im ersten THVB Daten einzelner Pilotträger dargestellt. Auf dieser Grundlage können keine Schlüsse über den jeweiligen gesamten Trägerbereich gezogen werden.

Bei der **BA** als koordinierende leistende Trägerin im Sinne des § 14 SGB IX wurden im Berichtsjahr 117 trägerübergreifende Teilhabeplanungen durchgeführt. Die Anzahl der trägerübergreifenden Teilhabeplankonferenzen beläuft sich im Berichtsjahr auf 13.

Von allen fünf Pilotträgern aus dem Bereich **EGH** liegen zu diesem Sachverhalt Daten vor. Bei zwei Trägern ist die Anzahl der trägerübergreifenden Teilhabeplanungen jedoch kleiner fünf und es wurden keine Teilhabeplankonferenzen durchgeführt.¹⁷ Die restlichen drei Pilotträger aus dem Bereich EGH geben an, dass sie im Berichtsjahr weder eine trägerübergreifende Teilhabeplanung noch eine trägerübergreifende Teilhabeplankonferenz durchgeführt haben.

Aus dem Bereich **JH** liegen von allen fünf Pilotträgern Daten zu diesem Sachverhalt vor. Von einem Pilotträger wird die Anzahl der trägerübergreifenden Teilhabeplanungen und der Teilhabeplankonferenzen jeweils kleiner fünf berichtet.¹⁸ Die anderen vier Pilotträger der JH sowie alle fünf Pilotträger aus dem Bereich **SER** haben im Berichtsjahr weder Teilhabeplanungen noch Teilhabeplankonferenzen durchgeführt.

Die Trägerbereiche **GKV, RV** und **UV** konnten zu diesem Sachverhalt keine Angaben machen.

¹⁷ Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes nicht dargestellt.

¹⁸ Siehe oben.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				

3.2.9. Sachverhalt 9: Anpassung von Teilhabeplänen und deren Geltungsdauer



Gesetzestext:

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



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.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				



Zur Einordnung der Daten

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

Die Geltungsdauer eines Teilhabeplans kann sich erstrecken zwischen der Erstellung des Teilhabeplans und der ersten Anpassung, zwischen zwei Anpassungen, zwischen einer Anpassung und dem Ende des Teilhabeplans oder zwischen der Erstellung und dem Ende des Teilhabeplans.

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

Für den hier vorliegenden ersten THVB reicht der Umfang der übermittelten Daten nicht aus, um die Anzahl der Änderungen von Teilhabeplänen und deren Geltungsdauer adäquat darstellen zu können. Im Folgenden werden daher nur die Angaben jener Träger(-bereiche) genannt, die Daten zum Sachverhalt geliefert haben.

Für die Bereiche EGH, GKV, JH, SER (KOF / KOV) und UV werden im ersten THVB Daten einzelner Pilotträger dargestellt. Auf dieser Grundlage können keine Schlüsse über den jeweiligen gesamten Trägerbereich gezogen werden.

Von vier Pilotträgern aus dem Bereich **EGH** liegen Daten vor. Ein Träger berichtet von insgesamt sieben Teilhabeplänen mit einer Anpassung und einer durchschnittlichen Geltungsdauer von 267 Tagen. Bei drei Trägern der EGH wurden im Berichtsjahr keine Anpassungen von Teilhabeplänen durchgeführt und keine Geltungsdauern berichtet. Ein Pilotträger konnte keine Daten zu diesem Sachverhalt übermitteln.

Aus dem Bereich **JH** liegen von allen fünf Pilotträgern Daten zu diesem Sachverhalt vor. Von einem Pilotträger wird die Anzahl der Anpassungen kleiner fünf berichtet.¹⁹ Die anderen vier Pilotträger der JH haben keine Anpassungen vorgenommen und keine Daten zur durchschnittlichen Geltungsdauer des Teilhabeplans berichtet.

Ein Pilotträger aus dem Bereich **SER** hat eine Anzahl der Anpassungen von Teilhabeplänen übermittelt, die kleiner fünf ist.²⁰ Bei den weiteren vier Pilotträgern aus dem Bereich SER kamen im Berichtsjahr keine Anpassungen von Teilhabeplänen vor und es wurden keine durchschnittlichen Geltungsdauern übermittelt.

Aus den Trägerbereichen **BA, GKV, RV** und **UV** liegen zu diesem Sachverhalt für das Berichtsjahr 2018 keine Daten vor.

¹⁹ Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes nicht dargestellt.

²⁰ Siehe oben.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				

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



Gesetzestext:

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



Fragestellungen:

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

Wie viele Erstattungsverfahren nach dem genannten Regelungskontext werden insgesamt geltend gemacht?



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, kann 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), 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 S. 2 SGB IX geregelt. Im THVB wird unter Sachverhalt 10 abgebildet, bei wie vielen Anträgen es zu solchen Erstattungsverfahren zwischen den Rehabilitationsträgern kommt.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				



Zur Einordnung der Daten

Für den hier vorliegenden ersten THVB reicht der Umfang der übermittelten Daten nicht aus, um die Anzahl der Erstattungsverfahren nach § 16 Abs. 2 S. 2 SGB IX adäquat darstellen zu können. Im Folgenden werden daher nur die Angaben jener Träger(-bereiche) genannt, die Daten zum Sachverhalt geliefert haben.

Der Sachverhalt trifft in der Regel für die BA, die GKV und die LAK nicht zu, sodass von diesen Trägern keine Daten zum Sachverhalt vorliegen.

Für die Bereiche EGH, GKV, JH, SER (KOF / KOV) und UV werden im ersten THVB Daten einzelner Pilotträger dargestellt. Auf dieser Grundlage können keine Schlüsse über den jeweiligen gesamten Trägerbereich gezogen werden.

Es liegen Daten aus den Bereichen **EGH**, **JH** und des **SER** vor. Ein Träger der **EGH** berichtet eine Anzahl von Erstattungsverfahren kleiner fünf.²¹ Ein Träger der **JH** hat keine Daten zum Sachverhalt gemeldet. Alle anderen Träger aus den drei genannten Bereichen haben keine Erstattungsverfahren durchgeführt.

Aus den Trägerbereichen **RV** und **UV** liegen keine Daten vor.

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

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				

3.2.11. 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 (siehe § 29 SGB IX). Persönliche Budgets werden in der Regel als Geldleistung 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.[16] 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

Um den Anteil der beantragten und den der bewilligten trägerspezifischen Persönlichen Budgets zu ermitteln, wurden die jeweiligen absoluten Häufigkeiten ins Verhältnis zu allen entschiedenen Gesamt-Anträgen gesetzt.

Da im Bereich RV nur ein Träger Daten zu entschiedenen Gesamt-Anträgen übermittelt hat, wurde hier die Anzahl der bewilligten trägerspezifischen Persönlichen Budgets ins Verhältnis zu den entschiedenen LG-Anträgen gesetzt.

Als Form der Leistungsgewährung kann die Anzahl der bewilligten Persönlichen Budgets höher sein als die Anzahl der Anträge. 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.

Für die Bereiche EGH, GKV, JH, SER (KOF / KOV) und UV werden im ersten THVB Daten einzelner Pilotträger dargestellt. Auf dieser Grundlage können keine Schlüsse über den jeweiligen gesamten Trägerbereich gezogen werden.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				

Tabelle 18 gibt an, wie viele Anträge auf trägerspezifisches Persönliches Budget gestellt und bewilligt werden. Ihr jeweiliger Anteil an allen entschiedenen Anträgen ist in Abbildung 16 dargestellt.

Tabelle 18. Anzahl der Anträge mit trägerspezifischem Persönlichem Budget nach Trägerbereich

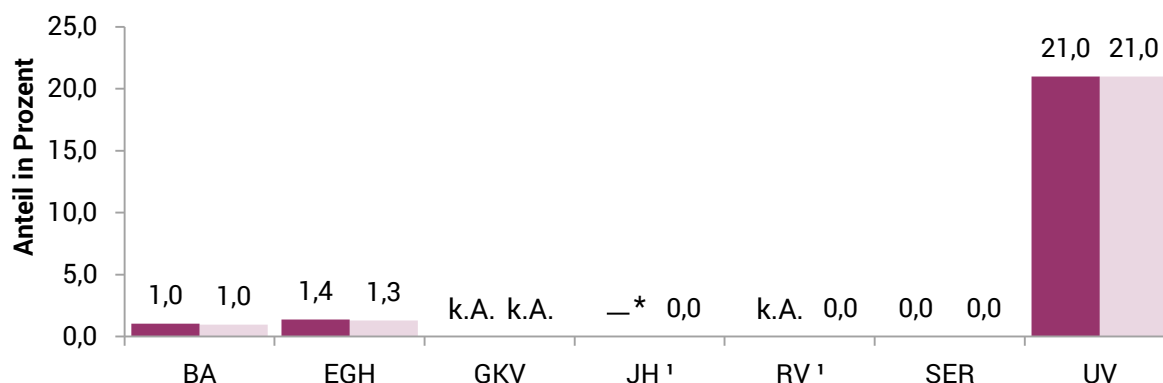
Trägerbereich	Beantragte trägerspezifische Persönliche Budgets	Bewilligte trägerspezifische Persönliche Budgets	Entschiedene Anträge
BA	708	669	69.110
EGH	46	44	3.381
GKV	k. A.	k. A.	k. A.
JH ¹	—*	0	294
RV ¹	k. A.	92	1.154.158
SER	0	0	158
UV	1.137	1.137	5.415
Gesamt	1.891	1.942	1.232.516

Datengrundlage: 1.232.516 entschiedene Anträge.

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

¹ Daten liegen nicht von allen Trägern aus dem Bereich vor.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				



- Anträge mit beantragtem trügerspezifischen Persönlichen Budget
- Anträge mit bewilligtem trügerspezifischen Persönlichen Budget

Datengrundlage: 1.232.516 entschiedene Anträge.

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

¹ Daten liegen nicht von allen Trägern aus dem Bereich vor.

Abbildung 16. Prozentualer Anteil der Anträge mit trügerspezifischem Persönlichen Budget nach Trägerbereich



Aus den Trägerbereichen

In den Bereichen **EGH** und **JH** werden Leistungen selten als Persönliches Budget beantragt bzw. ausgeführt. Die Kapazitäten bei den Leistungserbringern, insbesondere im stationären Bereich, sind so gering, dass auch erfahrene und vernetzte Mitarbeiter Probleme haben, freie Plätze zu finden. In Anbetracht dieser Situation ist es für die Leistungsberechtigten bzw. deren Eltern ein erheblicher Aufwand, sich selbst Angebote zu suchen. Auch die Erfolgsaussichten scheinen hier eher gering. Insbesondere bei Einrichtungen, mit denen bereits Verträge bestehen, ist eine Zuweisung durch den Rehabilitationsträger der gängigere Weg.

Ein Problem ergibt sich in der **EGH** beispielsweise, wenn Leistungsberechtigte ihr Persönliches Budget nicht vollständig aufbrauchen und gegebenenfalls zum Ende des Bewilligungszeitraums mit der Aufforderung zur Rückzahlung eines für sie nicht unerheblichen Betrages konfrontiert sind.

Im Bereich **JH** steht in einigen Fällen die Bedarfsermittlung nicht im Einklang mit den Ansichten der Eltern – beispielsweise, wenn Eltern ausschließlich im schulischen Bereich einen Handlungsbedarf sehen, die Jugendhilfe aber auch Ursachen im häuslichen Bereich feststellt. Hier könnte die Leistungsgewährung in Form des Persönlichen Budgets nicht ausschließlich den Interessen des Kindes dienen.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				

3.2.12. 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 (siehe § 29 SGB IX). Persönliche Budgets werden in der Regel als Geldleistung 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.[16] Werden Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe in Form eines Persönlichen Budgets von mehreren Trägern erbracht, spricht man von einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				



Zur Einordnung der Daten

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

Für den hier vorliegenden ersten THVB reicht der Umfang der übermittelten Daten nicht aus, um die Anzahl der Anträge mit einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget und die Anzahl der bewilligten Persönlichen Budgets adäquat darstellen zu können. Im Folgenden werden daher nur die Angaben jener Träger(-bereiche) genannt, die Daten zum Sachverhalt geliefert haben.

Als Form der Leistungsgewährung kann die Anzahl der bewilligten Persönlichen Budgets höher sein als die Anzahl der Anträge. 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.

Für die Bereiche EGH, GKV, JH, SER (KOF / KOV) und UV werden im ersten THVB Daten einzelner Pilotträger dargestellt. Auf dieser Grundlage können keine Schlüsse über den jeweiligen gesamten Trägerbereich gezogen werden.

Bei der **BA** als koordinierende leistende Trägerin im Sinne des § 14 SGB IX wurden im Berichtsjahr 13 trägerübergreifende Persönliche Budgets beantragt und bewilligt.

Von allen fünf Pilotträgern aus dem Bereich **EGH** liegen zu diesem Sachverhalt Daten vor. Es wurden insgesamt fünf trägerübergreifende Persönliche Budgets beantragt und zwölf bewilligt. Als Form der Leistungsgewährung kann die Anzahl der bewilligten Persönlichen Budgets höher sein als die Anzahl der Anträge. 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 solche bewilligt.

Aus dem Bereich **JH** liegen von vier Pilotträgern und aus dem Bereich **SER** und **UV** von allen Pilotträgern Daten zum Sachverhalt vor. Es wurden in diesen Trägerbereichen im Berichtsjahr weder trägerübergreifende Persönliche Budgets beantragt noch bewilligt.

Aus den Trägerbereichen **GKV** und **RV** liegen zu diesem Sachverhalt keine Angaben vor.

38 Sachverhalt 1
44 Sachverhalt 2
49 Sachverhalt 3
57 Sachverhalt 4
61 Sachverhalt 5
68 Sachverhalt 6

73 Sachverhalt 7
80 Sachverhalt 8
82 Sachverhalt 9
84 Sachverhalt 10
86 Sachverhalt 11
89 Sachverhalt 12

91 Sachverhalt 13
93 Sachverhalt 14
95 Sachverhalt 15
101 Sachverhalt 16

103 Sachverhalt 1 | KG 5-Statistik
105 Sachverhalt 6 | KG 5-Statistik
108 Sachverhalt 15 | KG 5-Statistik

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



Gesetzestext:

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



Fragestellung:

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).

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				



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.

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.

Für den hier vorliegenden ersten THVB reicht der Umfang der übermittelten Daten nicht aus, um die Anzahl der Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer adäquat darstellen zu können. Im Folgenden werden daher nur die Angaben jener Träger(-bereiche) genannt, die Daten zum Sachverhalt geliefert haben.

Jene Pilotträger, die für das Berichtsjahr 2018 mit einer interimistischen Erfassungsmaske der BAR Daten erhoben haben, konnten aus technischen Gründen für diesen Sachverhalt keine Daten erfassen.

Für die Bereiche EGH, GKV, JH, SER (KOF / KOV) und UV werden im ersten THVB Daten einzelner Pilotträger dargestellt. Auf dieser Grundlage können keine Schlüsse über den jeweiligen gesamten Trägerbereich gezogen werden.

Bei den Pilotträgern der **UV** meldet ein Träger insgesamt 8 begründete Mitteilungen im Berichtsjahr.

In den Bereichen **EGH, JH** und des **SER** wurden im Berichtsjahr keine Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauern gemacht oder es wurden keine Daten zu diesem Sachverhalt erhoben.

Die Trägerbereiche **BA, GKV** und **RV** konnten zu diesem Sachverhalt keine Angaben machen.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				

3.2.14. 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). Erfolgt keine begründete Mitteilung, gilt die beantragte Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.

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 (§ 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.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				



Zur Einordnung der Daten

Für den hier vorliegenden ersten THVB reicht der Umfang der übermittelten Daten nicht aus, um die Anzahl der Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen adäquat darstellen zu können. Im Folgenden werden daher nur die Angaben jener Träger(-bereiche) genannt, die Daten zum Sachverhalt geliefert haben.

Für die Bereiche EGH, GKV, JH, SER (KOF / KOV) und UV werden im ersten THVB Daten einzelner Pilotträger dargestellt. Auf dieser Grundlage können keine Schlüsse über den jeweiligen gesamten Trägerbereich gezogen werden.

Ein Träger der **EGH** berichtet eine Anzahl bewilligter Anträge auf Erstattung kleiner fünf.²² Abgelehnte Erstattungsanträge kamen bei diesem Träger nicht vor. Bei den anderen vier Trägern der EGH sind keine Anträge auf Erstattung eingegangen.

Ein ähnliches Bild zeigt sich im Bereich **JH**. Ein Träger verzeichnet eine Anzahl bewilligter Anträge auf Erstattung kleiner fünf.²³ Abgelehnte Erstattungsanträge kamen bei diesem Träger im Berichtsjahr nicht vor. Bei den anderen Trägern der JH sind keine Anträge auf Erstattung eingegangen oder es konnten keine Daten zu diesem Sachverhalt erhoben werden.

Im Bereich **RV** liegen Daten von 13 Trägern zur Anzahl der Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen vor. Insgesamt wurden in diesem Trägerbereich 109 Erstattungsanträge gestellt.

Bei den Pilotträgern des **SER** wurden im Berichtsjahr keine Anträge auf Erstattung gestellt.

Ein Pilotträger der **UV** berichtet von einer Anzahl gestellter Anträge auf Erstattung kleiner fünf.²⁴ Bei den anderen zwei Trägern der UV kamen Anträge auf Erstattung im Berichtsjahr nicht vor.

Die **BA** und die Pilotträger der **GKV** konnten zu diesem Sachverhalt keine Angaben machen.

²² Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes nicht dargestellt.

²³ Siehe oben.

²⁴ Siehe oben.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				

3.2.15. 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 juristisch 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 vorausgegangenen Widerspruch möglich. Für den Klageausgang wurden ausschließlich rechtskräftige Urteile und bestandskräftige Entscheidungen (inklusive Vergleiche) herangezogen.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				



Zur Einordnung der Daten

Offene Rechtsbehelfe eines Kalenderjahres, also solche ohne Entscheidung in diesem Kalenderjahr, können erst im folgenden Berichtsjahr berücksichtigt werden und gehen nicht rückwirkend in das vergangene Jahr ein. Wird beispielsweise eine Klage Ende des Jahres 2018 erhoben und erst im Folgejahr 2019 rechtskräftig entschieden, wird ihr Ausgang nicht im Berichtsjahr 2018, sondern im (folgenden) Berichtsjahr 2019 abgebildet. Die Anzahl der Entscheidungen kann sich folglich auch auf Anträge aus den Vorjahren beziehen.

Die Angaben zum Anteil erfolgreicher Widersprüche (Tabelle 19) und erfolgreicher Klagen (Tabelle 20) ermöglichen keine Aussage über die Prozessqualität.

Für die Bereiche EGH, GKV, JH, SER (KOF / KOV) und UV werden im ersten THVB Daten einzelner Pilotträger dargestellt. Auf dieser Grundlage können keine Schlüsse über den jeweiligen gesamten Trägerbereich gezogen werden.

Tabelle 19 zeigt die absolute Anzahl entschiedener und erfolgreicher Widersprüche für die einzelnen Trägerbereiche. Außerdem ist dargestellt, wie viel Prozent der Widersprüche aus Sicht des Leistungsberechtigten erfolgreich sind.

Tabelle 19. Entschiedene und erfolgreiche Widersprüche nach Trägerbereich

Trägerbereich	Anzahl entschiedener Widersprüche	Anzahl erfolgreicher ¹ Widersprüche	Anteil erfolgreicher ¹ Widersprüche in Prozent
BA	4.566	1.517	33,2
EGH ²	—*	—*	—*
GKV	11.551	6.984	60,5
JH ²	—*	—*	—*
RV	167.290	85.094	50,9
SER	—*	—*	—*
UV	252	17	6,7

Datengrundlage: 183.659 entschiedene Widersprüche.

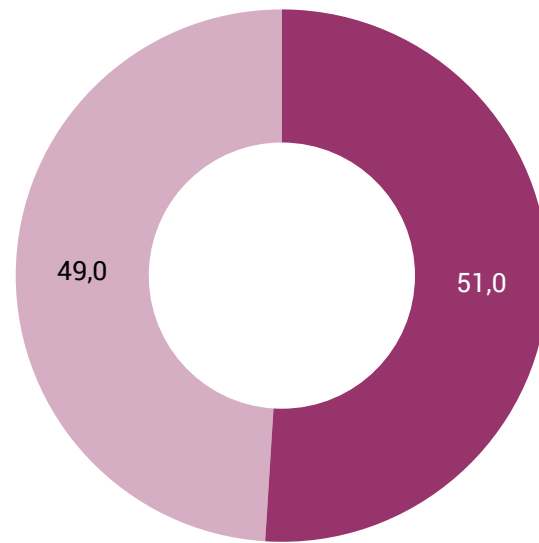
* Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes nicht dargestellt.

¹ Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten.

² Daten liegen nicht von allen Trägern aus dem Bereich vor.

Aus Abbildung 17 ist der Anteil der erfolgreichen Widersprüche über alle Trägerbereiche hinweg ersichtlich. Eine trägerspezifische Betrachtung des Anteils erfolgreicher Widersprüche wird in Abbildung 18 vorgenommen.

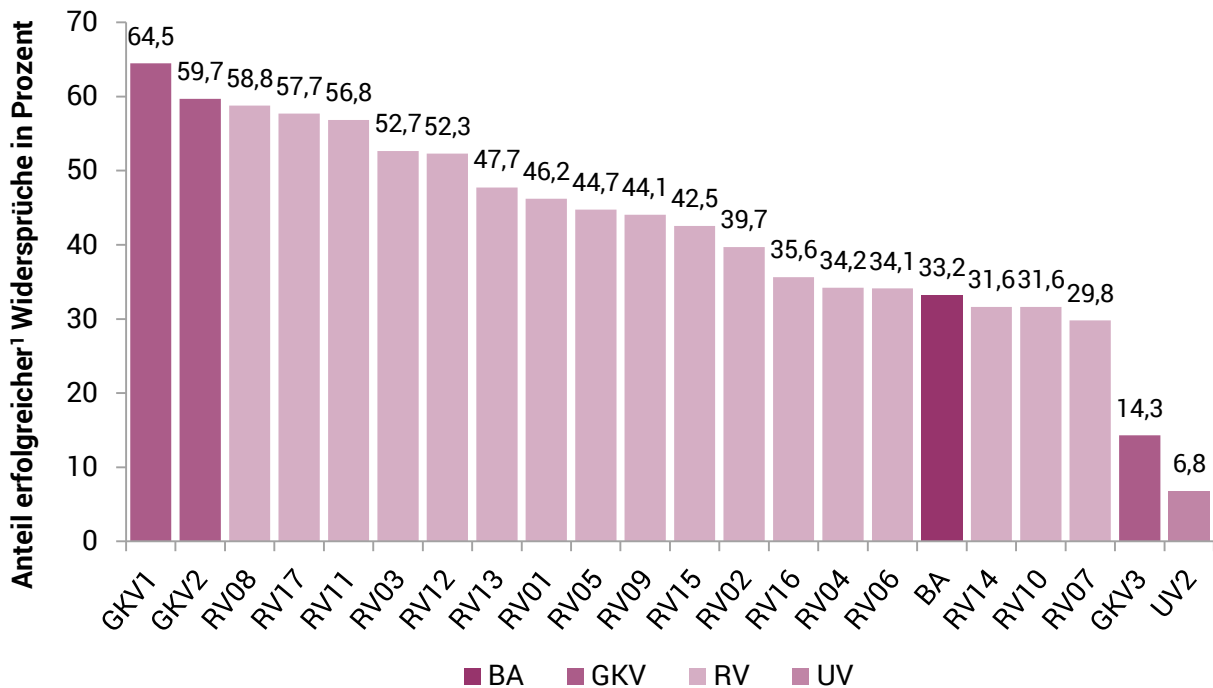
38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				



■ erfolgreich¹ ■ nicht erfolgreich

Datengrundlage: 183.659 entschiedene Widersprüche.
¹ Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten.

Abbildung 17. Prozentualer Anteil erfolgreicher Widersprüche insgesamt



Datengrundlage: 183.657 entschiedene Widersprüche.
 Es werden nur Träger mit mindestens 20 Widersprüchen dargestellt.
¹ Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten.

Abbildung 18. Prozentualer Anteil erfolgreicher Widersprüche pro Träger

38 Sachverhalt 1	73 Sachverhalt 7	91 Sachverhalt 13	103 Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44 Sachverhalt 2	80 Sachverhalt 8	93 Sachverhalt 14	105 Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49 Sachverhalt 3	82 Sachverhalt 9	95 Sachverhalt 15	108 Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57 Sachverhalt 4	84 Sachverhalt 10	101 Sachverhalt 16	
61 Sachverhalt 5	86 Sachverhalt 11		
68 Sachverhalt 6	89 Sachverhalt 12		

Tabelle 20 gibt die absolute Anzahl entschiedener und erfolgreicher Klagen für die einzelnen Trägerbereiche wieder. Außerdem ist ersichtlich, wie viel Prozent der Klagen aus Sicht des Leistungsberechtigten erfolgreich sind.

Tabelle 20. Entschiedene und erfolgreiche Klagen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Anzahl entschiedener Klagen	Anzahl erfolgreicher ¹ Klagen	Anteil erfolgreicher ¹ Klagen
BA	474	147	31,0
EGH ²	0	0	k. A.
GKV	k. A.	k. A.	k. A.
JH ²	0	0	k. A.
RV	6.791	2.039	30,0
SER	0	0	k. A.
UV	–*	–*	k. A.

Datengrundlage: 7.265 entschiedene Klagen.

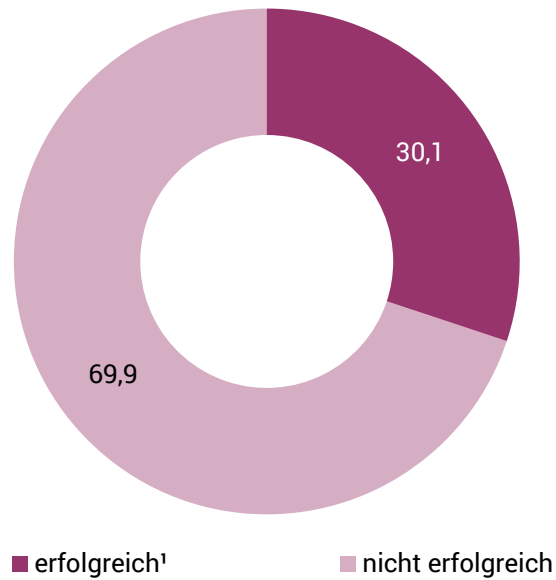
* Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 werden aus Gründen des Datenschutzes nicht dargestellt.

¹ Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten.

² Daten liegen nicht von allen Trägern aus dem Bereich vor.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				

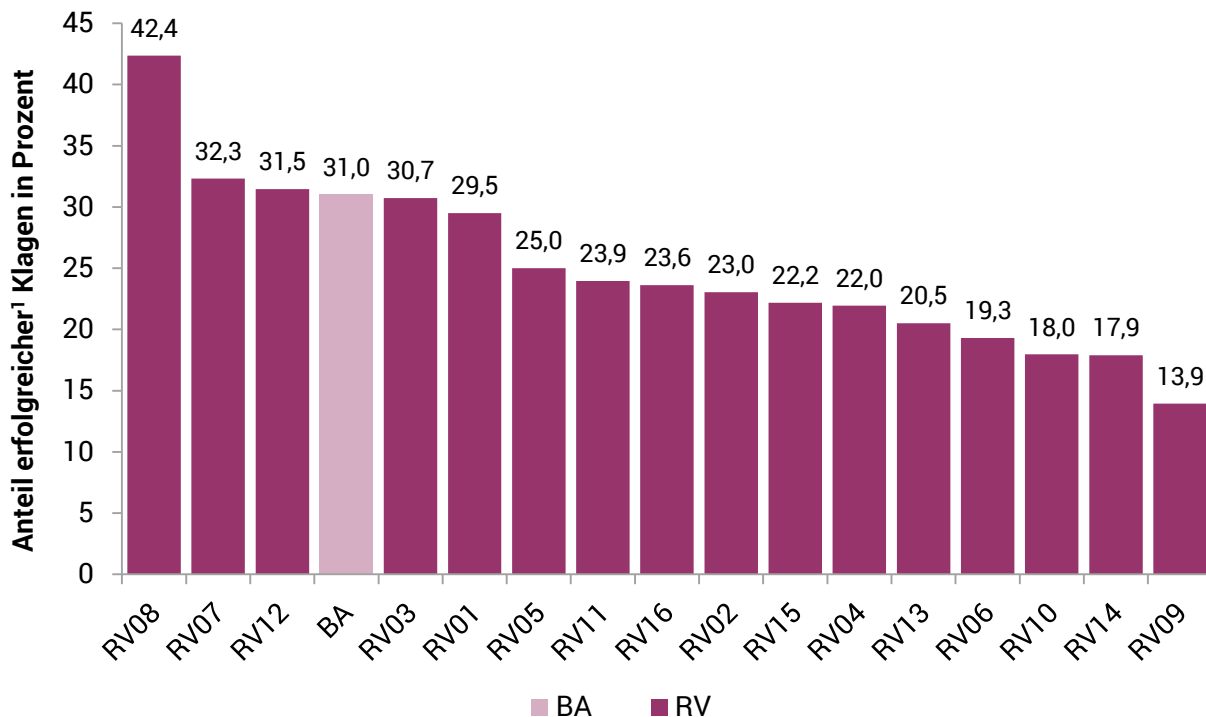
Abbildung 19 zeigt den Anteil der erfolgreichen Klagen über alle Trägerbereiche hinweg. Eine trägerspezifische Betrachtung des Anteils erfolgreicher Klagen wird in Abbildung 20 vorgenommen.



Datengrundlage: 7.265 entschiedene Klagen.
¹ Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten.

Abbildung 19. Prozentualer Anteil erfolgreicher Klagen insgesamt

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				



Datengrundlage: 7.263 entschiedene Klagen.
 Es werden nur Träger mit mindestens 20 Klagen dargestellt.
¹ Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten.

Abbildung 20. Prozentualer Anteil erfolgreicher Klagen pro Träger



Aus den Trägerbereichen

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

Im Trägerbereich **GKV** bezieht sich die Anzahl der entschiedenen Widersprüche auf das Berichtsjahr 2018 und umfasst nur solche Entscheidungen zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

Bei der **UV** sind Widerspruchs- und Klageverfahren bei Rehabilitations- und Teilhabeleistungen aufgrund des Reha-Managements mit der engen, persönlichen Fallsteuerung sehr selten.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				

3.2.16. 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 Absatz 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. Für den ersten Teilhabeverfahrensbericht liegen hierzu Daten von der BA und der RV vor.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				



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.

Aufgrund der Unterschiede in der Versichertenstruktur von BA und RV können diese beiden Trägerbereiche hier nur eingeschränkt miteinander verglichen werden.

Die **BA** berichtet 136.982 Leistungsfälle, die im Zeitraum vom 01.07.2017 bis zum 30.06.2018 eine LTA-Maßnahme beendet haben. Innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten nach Ende der LTA-Maßnahme haben davon 79.084 Leistungsfälle im Berichtsjahr eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen.

Die Träger der **RV** berichten 115.039 Leistungsfälle, bei denen das Datum der Beschäftigung (des Leistungsendes plus sechs Monate) im Vorjahr des Berichtsjahres liegt (für den ersten THVB gilt entsprechend das Leistungsende zwischen 01.07.2016 bis 30.06.2017). Im 6. Kalendermonat nach dem Endmonat jeder LTA-Leistung wird geprüft, ob eine Beschäftigung vorliegt. Dies trifft auf 90.801 Leistungsberechtigte zu. Eine auslösende LTA-Leistung sind hier alle Leistungen nach den §§ 49 und 50 SGB IX, außer Berufsvorbereitungen. Als Integration in Arbeit zählt die RV alle Pflichtbeitragszeiten aufgrund einer Beschäftigung, Ausbildung oder selbstständigen Tätigkeit sowie Zeiten beitragsfreier geringfügiger Beschäftigung.

38 Sachverhalt 1
44 Sachverhalt 2
49 Sachverhalt 3
57 Sachverhalt 4
61 Sachverhalt 5
68 Sachverhalt 6

73 Sachverhalt 7
80 Sachverhalt 8
82 Sachverhalt 9
84 Sachverhalt 10
86 Sachverhalt 11
89 Sachverhalt 12

91 Sachverhalt 13
93 Sachverhalt 14
95 Sachverhalt 15
101 Sachverhalt 16

103 Sachverhalt 1 | KG 5-Statistik
105 Sachverhalt 6 | KG 5-Statistik
108 Sachverhalt 15 | KG 5-Statistik

3.3. Daten zum Teilhabeverfahrensbericht der gesamten GKV auf Basis der KG 5-Statistik

Die KG 5-Statistik der GKV wird jährlich durch das Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht.[17] Die Statistik weist unter anderem die Anzahl der Anträge sowie die Erledigungsarten zur medizinischen Rehabilitation aus. Sie umfasst zudem die Anzahl und das Ergebnis der Widersprüche zu Anträgen auf diese Leistungen. Für das Berichtsjahr 2018 und den ersten THVB können für die Sachverhalte 1, 6 und 15 nach § 41 Abs. 1 SGB IX Daten der KG 5-Statistik des Jahres 2018 auf Ebene der Kassenarten dargestellt werden.

3.3.1. Zu Sachverhalt 1: Anzahl der gestellten Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe auf Basis der KG 5-Statistik



Gesetzestext:

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



Fragestellungen:

- Wie viele Anträge 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:

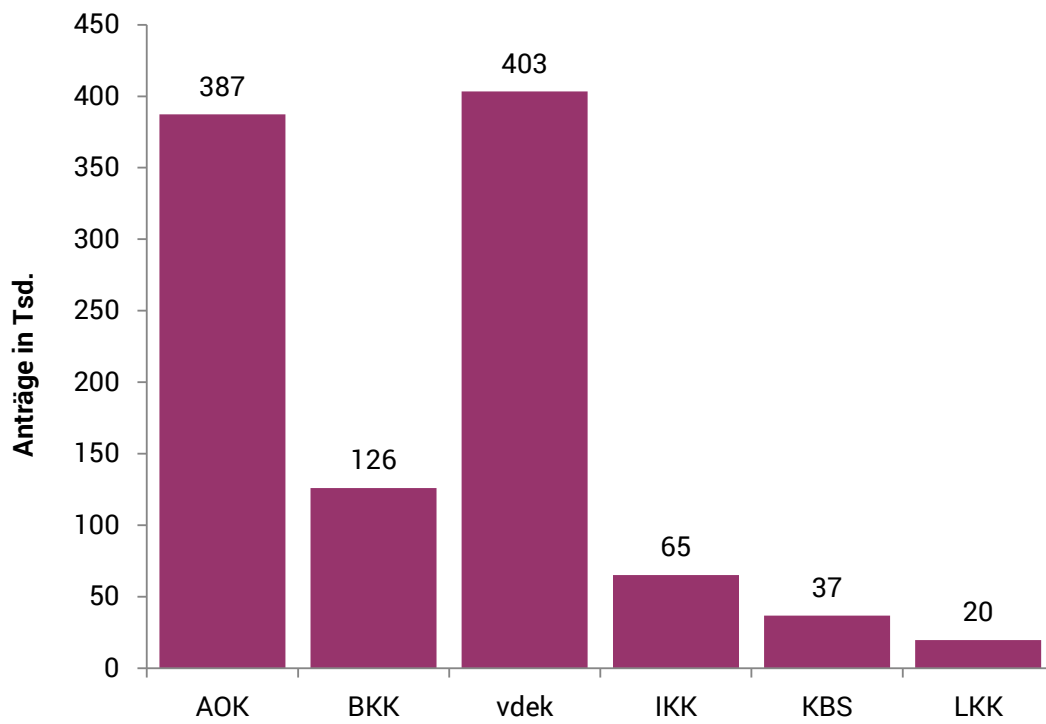
Durch die KG 5-Statistik werden nicht alle Fragestellungen zur Anzahl der gestellten Anträge beantwortet, die für diesen Sachverhalt formuliert sind. Es sind ausschließlich Anträge aus der Leistungsgruppe der medizinischen Rehabilitation (LMR) erfasst. Abbildung 21 zeigt deren Anzahl für die einzelnen Kassenarten.

38 Sachverhalt 1
44 Sachverhalt 2
49 Sachverhalt 3
57 Sachverhalt 4
61 Sachverhalt 5
68 Sachverhalt 6

73 Sachverhalt 7
80 Sachverhalt 8
82 Sachverhalt 9
84 Sachverhalt 10
86 Sachverhalt 11
89 Sachverhalt 12

91 Sachverhalt 13
93 Sachverhalt 14
95 Sachverhalt 15
101 Sachverhalt 16

103 Sachverhalt 1 | KG 5-Statistik
105 Sachverhalt 6 | KG 5-Statistik
108 Sachverhalt 15 | KG 5-Statistik



Datengrundlage: 1.038.364 Anträge.

Abbildung 21. Anzahl der Anträge nach Kassenart

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				

3.3.2. Zu Sachverhalt 6: Erledigungsarten auf Basis der KG 5-Statistik



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 nicht oder nicht vollständig eine beantragte Leistung?



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 Erledigungsarten fallen beispielsweise 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 erschlossen werden (siehe „Zur Einordnung der Daten“ zu Sachverhalt 6).

38 Sachverhalt 1	73 Sachverhalt 7	91 Sachverhalt 13	103 Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44 Sachverhalt 2	80 Sachverhalt 8	93 Sachverhalt 14	105 Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49 Sachverhalt 3	82 Sachverhalt 9	95 Sachverhalt 15	108 Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57 Sachverhalt 4	84 Sachverhalt 10	101 Sachverhalt 16	
61 Sachverhalt 5	86 Sachverhalt 11		
68 Sachverhalt 6	89 Sachverhalt 12		

Tabelle 21 zeigt, wie häufig Anträge im Trägerbereich GKV vollständig bewilligt, teilweise bewilligt, vollständig abgelehnt oder auf sonstige Art erledigt werden. Die prozentuale Verteilung dieser Erledigungsarten ist in Abbildung 22 dargestellt.

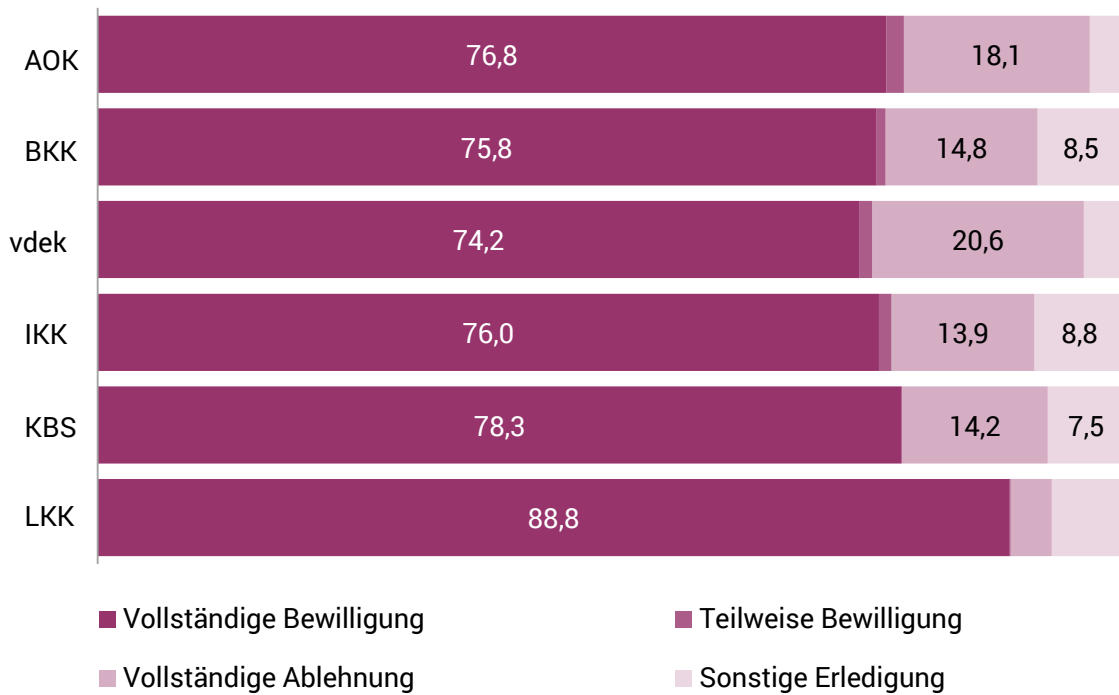
Tabelle 21. Anzahl der Erledigungsarten nach Kassenart

Kassenart	Vollständige Bewilligung	Teilweise Bewilligung	Vollständige Ablehnung	Sonstige Erledigung	Entscheidungen gesamt
AOK	296.829	6.432	69.874	13.268	386.403
BKK	94.454	1.182	18.455	10.600	124.691
vdek	306.051	5.130	84.776	16.470	412.427
IKK	48.426	776	8.866	5.628	63.696
KBS	27.417	0	4.974	2.635	35.026
LKK	17.631	10	802	1.413	19.856
Gesamt	790.808	13.530	187.747	50.014	1.042.099

Datengrundlage: 1.042.099 Entscheidungen.

Die Anzahl der „Entscheidungen gesamt“ ergibt sich aus der Summe der Anzahl der Anträge mit „vollständiger Bewilligung“, „teilweiser Bewilligung“, „vollständiger Ablehnung“ und „sonstiger Erledigung“.

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				



Datengrundlage: 1.042.099 Entscheidungen.

Abbildung 22. Prozentualer Anteil der Erledigungsarten nach Kassenart

38	Sachverhalt 1	73	Sachverhalt 7	91	Sachverhalt 13	103	Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44	Sachverhalt 2	80	Sachverhalt 8	93	Sachverhalt 14	105	Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49	Sachverhalt 3	82	Sachverhalt 9	95	Sachverhalt 15	108	Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57	Sachverhalt 4	84	Sachverhalt 10	101	Sachverhalt 16		
61	Sachverhalt 5	86	Sachverhalt 11				
68	Sachverhalt 6	89	Sachverhalt 12				

3.3.3. Zu Sachverhalt 15: Rechtsbehelfe: Widersprüche und Klagen auf Basis der KG 5-Statistik



Gesetzestext:

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



Fragestellung:

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



Ergebnis:

Ein Antragsteller hat die Möglichkeit, gegen die Leistungsentscheidungen eines Trägers juristisch 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.

Auf Basis der KG 5-Statistik können für den THVB nur Angaben zu Widersprüchen übermittelt werden.

38 Sachverhalt 1	73 Sachverhalt 7	91 Sachverhalt 13	103 Sachverhalt 1 KG 5-Statistik
44 Sachverhalt 2	80 Sachverhalt 8	93 Sachverhalt 14	105 Sachverhalt 6 KG 5-Statistik
49 Sachverhalt 3	82 Sachverhalt 9	95 Sachverhalt 15	108 Sachverhalt 15 KG 5-Statistik
57 Sachverhalt 4	84 Sachverhalt 10	101 Sachverhalt 16	
61 Sachverhalt 5	86 Sachverhalt 11		
68 Sachverhalt 6	89 Sachverhalt 12		

Tabelle 22 zeigt die absolute Anzahl entschiedener und erfolgreicher Widersprüche für die einzelnen Kassenarten sowie die GKV gesamt. Außerdem ist dargestellt, wie viel Prozent der Widersprüche aus Sicht des Leistungsberechtigten erfolgreich sind.

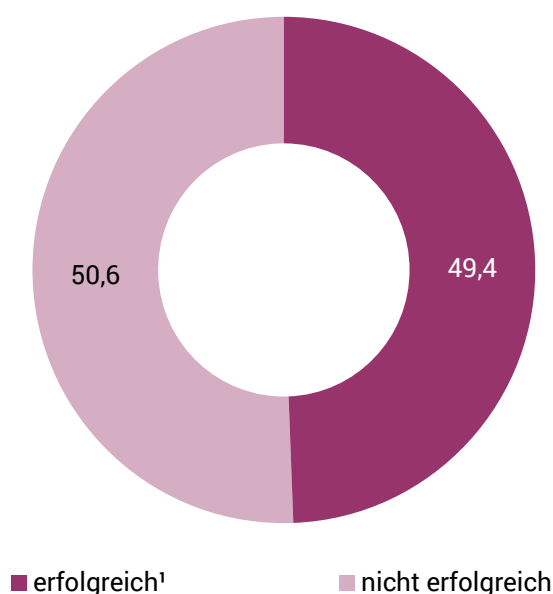
Tabelle 22. Entschiedene und erfolgreiche Widersprüche nach Kassenart

Kassenart	Anzahl entschiedener Widersprüche	Anzahl erfolgreicher ¹ Widersprüche	Anteil erfolgreicher ¹ Widersprüche in Prozent
AOK	19.160	10.386	54,2
BKK	4.993	2.043	40,9
vdek	27.846	14.267	51,2
IKK	2.466	1.108	44,9
KBS	2.370	282	11,9
LKK	618	310	50,2
Gesamt	57.453	28.396	49,4

Datengrundlage: 57.435 entschiedene Widersprüche.

¹ Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten.

Aus Abbildung 23 ist der Anteil der erfolgreichen Widersprüche innerhalb der gesamten GKV ersichtlich.



Datengrundlage: 57.435 entschiedene Widersprüche.

¹ Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten.

Abbildung 23. Prozentualer Anteil erfolgreicher Widersprüche insgesamt

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 eine Gemeinsame Empfehlung „Förderung der Selbsthilfe“ erarbeitet.[18] 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 S. 1 UN-BRK, in dem sich die Vertragsstaaten unter anderem zur Förderung der Selbsthilfe verpflichten.[2] 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 S. 2 in den THVB mit ein und werden im Folgenden nach den einzelnen Trägerbereich 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:

Wie hoch sind die Ausgaben des Rehabilitationsträgers zur Förderung der Selbsthilfe?



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 ersten 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 ersten THVB aus diesem Trägerbereich nicht vor.

Die Selbsthilfeförderung der **GKV** nach § 20 h SGB V sieht eine Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen auf regionaler, Landes- und Bundesebene vor. Die Förderung erfolgt als Pauschal- oder Projektfinanzierung. Gemäß § 20h Abs. 3 SGB V sollen die Ausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Abs. 3 S. 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.“ Der Soll-Wert je Versichertem betrug 2018 1,10 Euro. Der tatsächliche Ausgabenwert lag bei 1,11 Euro. 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 2018. Über den gesamten Trägerbereich GKV gesehen betrug die Förderung der Selbsthilfe in 2018 insgesamt 80,98 Mio. Euro. In Abbildung 24 sind die Ausgaben für die Selbsthilfeförderung der GKV differenziert nach Kassenart dargestellt.

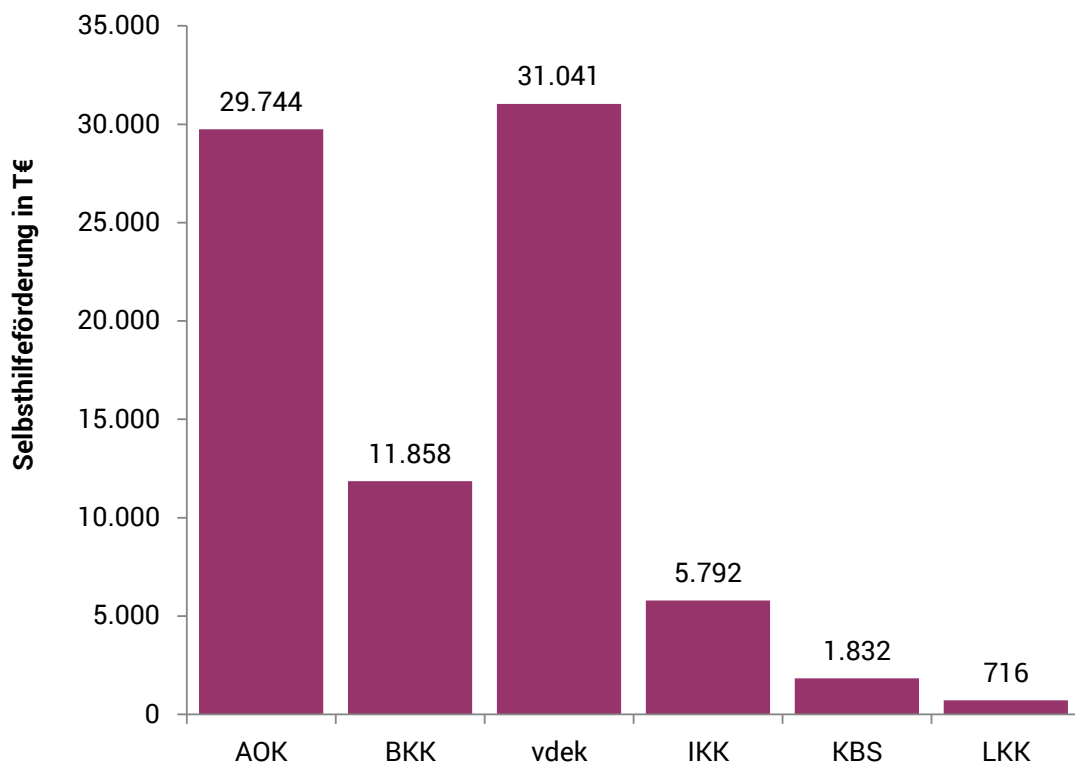


Abbildung 24. Ausgaben zur Förderung der Selbsthilfe nach Kassenart im Jahr 2018

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 ersten 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 Abbildung 25 sind die Ausgaben für die Selbsthilfeförderung der RV aus dem Jahr 2018 nach den Trägern der Rentenversicherung gegliedert dargestellt.

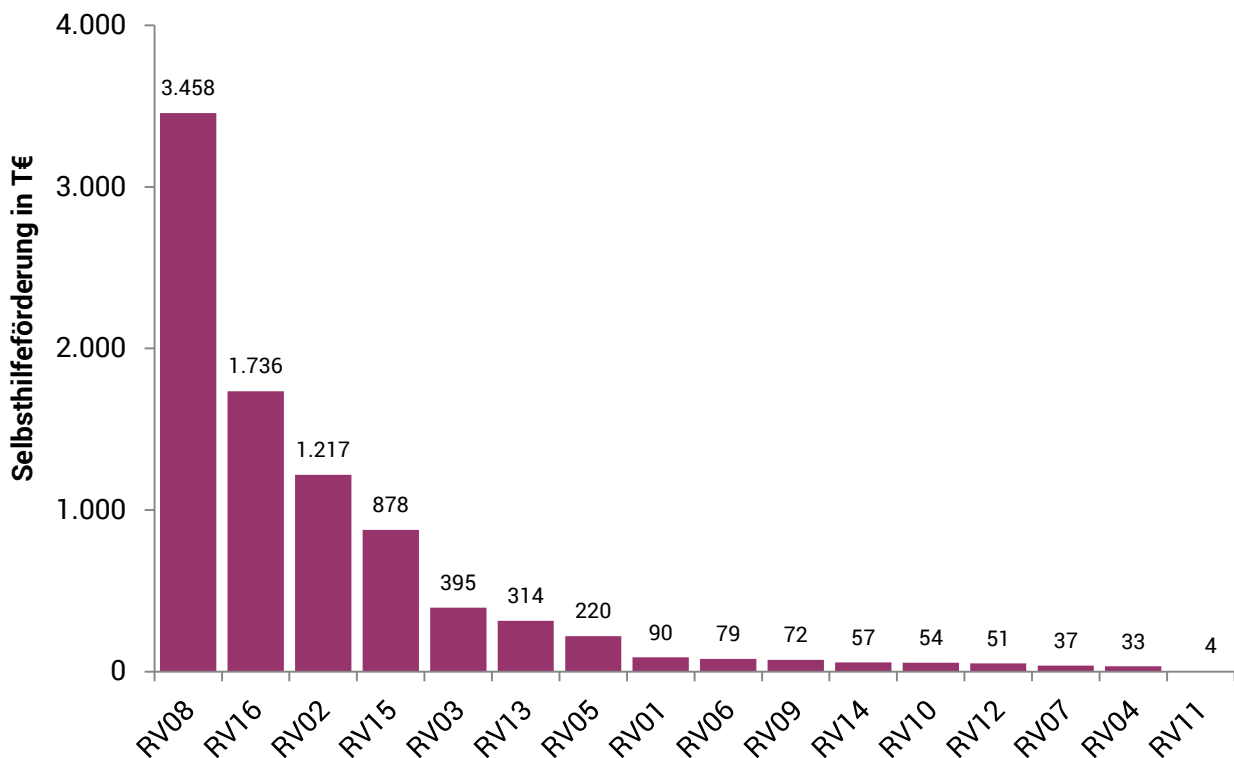


Abbildung 25. Ausgaben zur Förderung der Selbsthilfe bei der RV im Jahr 2018

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 ersten 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 S. 2 BVG. Diese Vorschrift weist darauf hin, dass die Leistungen nach der Maßgabe des SGB V erbracht werden. Für die Erbringung sind nach § 18c Abs. 1 S. 3 BVG die gesetzlichen Krankenkassen zuständig. Daten zur Selbsthilfeförderung liegen für den ersten 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 ersten THVB aus diesem Trägerbereich nicht vor.

4. Ergänzungen aus den Trägerbereichen

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

Die nachfolgenden Abschnitte in Kapitel 4 geben die Beiträge dieser beiden Träger im Wortlaut wieder.²⁵

4.1. Bundesagentur für Arbeit

Die 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 LTA sowie unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen. Im Vergleich zu den weiteren Rehabilitationsträgern ist die BA aufgrund ihrer Organisationsstruktur keinem Trägerbereich 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 LTA, sofern nicht ein anderer Rehabilitationsträger im Sinne des SGB IX zuständig ist.

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

Die proaktive Identifizierung möglicher Rehabilitationsbedarfe ist Aufgabe aller Beratungs- und Vermittlungsfachkräfte in den operativen Bereichen der AA und gE. Vor allem die berufliche Orientierung und Beratung von Schülern setzt sehr frühzeitig ein. Ca. 70 Prozent 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 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. Nur wenige Variablen sind derzeit aufgrund technischer Restriktionen noch nicht abbildbar.

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

²⁵ Es erfolgten lediglich redaktionelle Anpassungen der Texte an den Aufbau und Sprachgebrauch des vorliegenden Berichtes.

4.2. Gesetzliche Unfallversicherung

Im Reha-Management der UV werden die zielgerichtete, aktivierende Begleitung der medizinischen Rehabilitation und aller Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie zur sozialen Teilhabe auf Grundlage eines individuellen Reha-Plans unter partnerschaftlicher Einbindung aller am Verfahren Beteiligten „aus einer Hand“ koordiniert.

Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe werden 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 UV einen umfassenden Leistungsauftrag – von der Akutbehandlung bis hin zur vollständigen Teilhabe am Arbeits- und am gesellschaftlichen Leben.

Das fehlende Antragsverfahren führt bei der Umsetzung der Anforderungen des THVB nach § 41 SGB IX zu Besonderheiten bei der Datenlieferung durch die UV: Nach § 14 Abs. 4 SGB IX tritt deshalb an die Stelle des Tages der Antragstellung der „Tag der Kenntnis des voraussichtlichen Rehabilitationsbedarfs“. Die UV-Träger erlangen im Rahmen eines Reha-Verfahrens in vielfältiger Form und zu den unterschiedlichsten Zeiten Kenntnis von einem voraussichtlichen Reha-Bedarf. Angesichts dieser Heterogenität entzieht sich das Merkmal „Kenntnis von einem Reha-Bedarf“ der standardisierten Erfassung und Dokumentation. Bei Kenntnis eines Reha-Bedarfs erbringt der UV-Träger in der Regel unverzüglich die entsprechenden Leistungen. Die Zahl der „Anträge“ (= Kenntnis vom Reha-Bedarf und durchgeführter Leistungen) und die Zahl der letztlich durchgeführten Leistungen ist damit grundsätzlich identisch. Insbesondere im Bereich der medizinischen Rehabilitation sind ebenso wie Anträge auch formale Bewilligungen dem System der UV fremd, sie werden daher bisher statistisch nicht erfasst. Deshalb werden bisher auch weitere, nach § 41 SGB IX geforderte Sachverhalte, wie z. B. mögliche Fristverletzungen, nicht gezählt.

Im Verfahren der UV gibt es auch keine sozial-medizinischen Gutachten. Sie werden nicht benötigt, da das Heilbehandlungsverfahren der UV sowohl die Akut-Behandlung als auch die medizinische Reha umfasst. Durch die frühzeitige Einbindung der Ärzte im Reha-Management sind bei Unfallverletzten oder Berufserkrankten bereits während der Akutbehandlung die Themen Behinderung, Arbeitsplatzgefährdung und soziale Teilhabe mit in den Fokus genommen und werden ebenso wie die Rehabilitationsleistungen ohne gesondertes Gutachten durchgeführt. Aufgrund des Reha-Managements mit der engen, persönlichen Fallsteuerung sind mitteilungsrechtliche Fristverletzungen, entsprechende Mitteilungen an die Versicherten und damit letztlich Fälle selbstbeschaffter Leistungen sowie Widerspruchs- und Klageverfahren bei Reha- und Teilhabeleistungen sehr selten. Die Träger der UV begleiten die Versicherten auch über das Ende der beruflichen Rehabilitation hinaus. Statistisch erfasst wird derzeit aber nur der aktuelle Status der Beschäftigung ein Jahr nach dem Ende einer beruflichen Bildungsmaßnahme.

Ausblick: Der THVB basiert auf über 80 trägerübergreifend abgestimmten Meldevariablen. Davon sind für die UV jene nicht einschlägig, bei denen es sich um Zahlen / Laufzeiten mit Gutachteraufträgen handelt. Die DGUV wird durch die Einführung neuer statistischer Kennzahlen den Erfüllungsgrad sukzessive steigern und bis 2021 sämtliche einschlägigen Variablen für die Auswertungen zur Verfügung stellen. Hilfreich waren hierfür u. a. die gemeinsam auf Ebene der BAR abgestimmten Formtexte (wie z. B. das Formular „Weiterleitung“), die die UV sofort in ihren eigenen Formtextbestand überführt hat, sodass bei Versendung automatisch die Zählung erfolgen kann.

Da die UV ohne Antrag von Amts wegen tätig wird, war die Anforderung einer neu zu bildenden Kennzahl „Tag der Kenntnis des voraussichtlichen Rehabilitationsbedarfs“ (§ 14 Abs. 4 S.2 SGB IX) eine besondere Herausforderung. Ziel war es dabei, mit den anderen Rehabilitationsträgern 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. Es wurde ein entsprechendes Konzept erarbeitet, das sowohl die inhaltliche Definition als auch Fragen zur Implementation in die Verfahrensabläufe der statistischen Erfassung beinhaltet.

Vorbehaltlich der noch ausstehenden Abstimmungsprozesse der DGUV-Gremien werden voraussichtlich ab dem Berichtsjahr 2021 sämtliche der einschlägigen Kennzahlen geliefert.

5. Zusammenfassung und Ausblick

5.1. Zusammenfassung

Hintergrund

Das moderne Teilhaberecht orientiert sich nicht länger an den Binnenlogiken einer institutionenbasierten Leistungserbringung zur Teilhabe – es orientiert sich an der Personenzentrierung.[19]

Die Hinwendung zur ganzheitlich personenzentrierten Betrachtung hat direkte Auswirkungen auf das gegliederte Sozialleistungssystem und die Anforderungen an die koordinierte Leistungserbringung durch Verwaltungsprozesse über die Grenzen einer Institution.

Mit dem Teilhabeverfahrensbericht wurde daher ein Instrument geschaffen, welches sowohl den gegenwärtigen Stand als auch Veränderungen der Verwaltungsprozesse darstellt und die Leistungsfähigkeit des Reha-Systems aufzeigt.

Zielsetzung

Die gesetzliche Regelung des § 41 SGB IX eröffnet Möglichkeiten der Evaluation und Steuerung und erhöht die Transparenz im Reha-Leistungsgeschehen, insbesondere bei der Zusammenarbeit der Träger. Um auch verfahrenshemmende Divergenzen im Rehabilitationsrecht künftig besser erkennen zu können, werden deshalb insbesondere Angaben zur Anzahl der Anträge, Weiterleitungen, Verfahrensdauern, Ablehnungen sowie Rechtsbehelfe nach einheitlichen Standards erhoben und veröffentlicht. Der Bericht bietet eine objektive Entscheidungsgrundlage.

Der Zielerreichungsgrad einer personenzentrierten Sichtweise auf eine ganzheitliche Leistungserbringung wird mit dem Teilhabeverfahrensbericht für die Trägerbereiche des § 6 SGB IX objektiv messbar:

1. die gesetzliche Krankenversicherung (GKV),
2. die Bundesagentur für Arbeit (BA),
3. die gesetzliche Unfallversicherung (UV),
4. die gesetzliche Rentenversicherung (RV),
5. die Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge (SER),
6. die öffentliche Jugendhilfe (JH) und
7. die Eingliederungshilfe (EGH).

Methodik und Datenbasis

Alle Rehabilitationsträger sind verpflichtet, jährlich Angaben zu 16 Sachverhalten an ihre Spitzenverbände oder obersten Landesbehörden zu übermitteln. Die dort gesammelten Daten werden an die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) weitergeleitet und dort unter Beteiligung der Träger ausgewertet.

Der erste Teilhabeverfahrensbericht enthält die Daten von 39 Trägern mit Angaben zu 2,3 Mio. Anträgen aus dem Jahr 2018. Die vollumfängliche Berichtspflicht gilt ab dem 01.01.2019 und somit für den zweiten Teilhabeverfahrensbericht, der Ende 2020 erscheint.

Sowohl die BA als auch die RV haben zu ihren jeweiligen Trägern Datensätze übermittelt. Aus den Trägerbereichen EGH, GKV, JH, SER (KOF / KOV) und UV wurden der BAR Pilotträger benannt, welche stellvertretend für ihren Bereich Auswertungsgrundlagen zur Verfügung gestellt haben.

Trägerübergreifende Übersichten können zu bestimmten Sachverhalten nach § 41 Abs. 1 SGB IX aufgrund des geringen Umfangs der zur Verfügung gestellten Daten noch nicht dargestellt werden. Diese Sachverhalte sind:

- Teilhabeplanung und Teilhabepflichtkonferenzen (Nr. 8),
- Anpassung von Teilhabepflichten (Nr. 9),
- Erstattungsansprüche zwischen den Rehabilitationsträgern (Nr. 10),
- Leistungsform des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets (Nr. 12),
- Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauern (Nr. 13),
- Erstattung selbstbeschaffter Leistungen (Nr. 14) sowie
- Anzahl der Leistungsberechtigten, die sechs Monate nach dem Ende der Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen haben nach (Nr. 16).

Der Umfang der erhobenen Daten sowie die Anzahl der berichtspflichtigen Träger steigert sich ab dem Jahr 2019 auf die Gesamtanzahl aller Rehabilitationsträger nach § 6 SGB IX. Derzeit sind ca. 1.200 Träger bei der BAR für eine Datenübermittlung registriert (siehe Kapitel 1.4.3). Der Aufbau zur vollumfänglichen Berichtspflicht aller Träger ist prozesshaft gestaltet – auch vor dem Hintergrund der mit der BTHG-Umsetzung insgesamt verbundenen Herausforderungen für die Träger.

Zentrale Fragestellungen im ersten Teilhabeverfahrensbericht

Der erste Teilhabeverfahrensbericht gibt einen Einblick in das Leistungsgeschehen der Rehabilitationsträger und gibt trotz einer Übergangsphase bereits zahlreiche Antworten auf ausgewählte Fragestellungen hinter den 16 Sachverhalten des § 41 SGB IX.

Als Grundlage für die Beantwortung der folgenden Fragestellungen wurde unter allen Trägern eine einheitliche Erfassung der zugrunde gelegten Sachverhalte vereinbart. Diese einheitlichen Definitionen ermöglichen Transparenz und Vergleichbarkeit der Verwaltungsprozesse in folgenden Fragestellungen:

- Wie viele Anträge werden insgesamt gestellt und wie verteilen sich die Anträge auf die Leistungsgruppen der Rehabilitation und Teilhabe?
- Wie oft stellt ein Träger fest, dass er für die Leistungsgewährung insgesamt nicht zuständig ist und leitet einen Antrag an den seiner Auffassung nach zuständigen Träger weiter?
- Wie häufig stellt der Träger, bei dem ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe eingeht, nicht innerhalb von zwei Wochen fest, ob er zuständig ist?
- Wie häufig werden Gutachten zur Bedarfsfeststellung im Verhältnis zur Gesamtanzahl der Anträge gestellt?
- Wie häufig werden die Fristen zur Entscheidung über den Antrag zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs nicht eingehalten:
 - Drei Wochen nach Antragseingang ohne Gutachten?
 - Zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens?
 - Wie lange dauert es von der Beauftragung bis zum Vorliegen des Gutachtens?
- Wie lange dauert die Bearbeitung eines Antrags in Abhängigkeit von der Art der Entscheidung?
- Wie hoch ist der Anteil vollständig oder teilweise bewilligter Anträge? Wie hoch ist der Anteil abgelehnter Anträge?
- Wie lange dauert es nach der Bewilligung, bis Leistungen erbracht oder angetreten werden?
- Wie häufig sind Widersprüche aus Sicht des Leistungsberechtigten erfolgreich?
- Wie häufig sind Klagen aus Sicht des Leistungsberechtigten erfolgreich?

Die Ergebnisse sind repräsentativ für die BA und die RV, die jeweils vollständig Auswertungsgrundlagen übermittelt haben. Für die Bereiche EGH, GKV, JH, SER (KOF / KOV) und UV werden im ersten Teilhabeverfahrensbericht Auswertungen einzelner Pilotträger dargestellt. Trotz eingeschränkter Repräsentativität werden auf der Grundlage von 2,3 Mio. Antragsdaten zahlreiche Antworten auf die oben genannten Fragestellungen hinter den 16 Sachverhalten des § 41 SGB IX gegeben.

Der zweite Teilhabeverfahrensbericht wird vor dem Hintergrund der dann umfangreicheren Datengrundlage einen wesentlich umfassenderen Einblick in das Leistungsgeschehen in der Rehabilitation und Teilhabe geben.

5.2. Ausblick auf den zweiten Teilhabeverfahrensbericht

Der Teilhabeverfahrensbericht ist eine jährlich erscheinende Berichterstattung zur Rehabilitation und Teilhabe. Im zweiten Teilhabeverfahrensbericht wird der Blick ins Reha-Leistungsgeschehen umfassend erweitert. Während der erste Bericht die Daten von 39 Trägern umfasst und damit einen Ausschnitt des Gesamtgeschehens abbildet, besteht für die Rehabilitationsträger im Erhebungsjahr 2019 die vollumfängliche Berichtspflicht. Erstmals erstreckt sich die Berichtspflicht zur Meldung aller einschlägigen Sachverhalte des § 41 SGB IX auf über 1.200 Rehabilitationsträger. Der zweite Teilhabeverfahrensbericht wird im Jahr 2020 veröffentlicht und bildet die Daten des Jahres 2019 ab.

Die pilotierenden Trägerbereiche der EGH, der GKV, der JH, des SER und der UV haben die Übergangsphase 2018 genutzt und die Anforderungen an die technischen und organisatorischen Herausforderungen zur Berichtspflicht umgesetzt. Einblicke und Steuerungsmöglichkeiten können in diesen Trägerbereichen aufgrund eingeschränkter Repräsentativität im vorliegenden Bericht noch nicht ermöglicht werden. Diese notwendige Anforderung an die Ergebnisse der Auswertungen gilt uneingeschränkt, sobald die Vollerhebung erfolgt. Es besteht somit der gesetzliche Anspruch, dass jeder Antrag und jede leistungsrelevante Entscheidung im Reha-System im zweiten Teilhabeverfahrensbericht abgebildet wird.

Nachdem im ersten Teilhabeverfahrensbericht keine trägerübergreifenden Übersichten zu den Sachverhalten 8, 9, 10, 12, 13, 14 und 16 des § 41 SGB IX erstellt werden konnten, wird der zweite Teilhabeverfahrensbericht u. a. zusätzliche Antworten auf folgenden Fragestellungen geben können:

- Wie häufig wird ein trägerübergreifendes Persönliches Budget beantragt und bewilligt?
- Wie häufig entscheidet ein leistender Träger kostenwirksam für einen anderen Träger?
- Wie viele Erstattungsansprüche werden geltend gemacht?
- Wie häufig erfolgen Anpassungen der Teilhabepläne und wie lang ist deren Geltungsdauer?
- Wie viele Leistungsberechtigte sind ein halbes Jahr nach Beendigung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben sozialversicherungspflichtig beschäftigt?
- Wie häufig finden trägerübergreifende Teilhabeplanungen und -konferenzen statt?

Ab dem Teilhabeverfahrensbericht 2020 wird eine ausreichend große Datenbasis zur Verfügung stehen. Diese ermöglicht es, neben den Binnenbetrachtungen aller Trägerbereiche auch zwei räumliche Ebenen zu untersuchen: Auf einer ersten Ebene können die Fragestellungen hinter den Sachverhalten auf Bundesebene dargestellt werden und auf einer zweiten Ebene können diese Analysen auf Landesebene durchgeführt werden. Ab dem Jahr 2021 könnten mithilfe von Zeitreihenanalysen zudem Veränderungsprozesse im Leistungsgeschehen transparent gemacht werden.

Für den zweiten Teilhabeverfahrensbericht werden alle Akteure – die Rehabilitationsträger, ihre Spitzenverbände / obersten Landesbehörden und die BAR – weitere aussagekräftige Daten übermitteln und auswerten. Damit werden Transparenz hergestellt, Steuerungsmöglichkeiten eröffnet und die gesetzgeberischen Ziele umgesetzt.

Der Teilhabeverfahrensbericht wird zur Stärkung des immer wichtiger werdenden Bereichs der Rehabilitation beitragen und die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen fördern.

6. Literatur

- [1] Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR). Bundesteilhabegesetz Kompakt: Die wichtigsten Änderungen im SGB IX. 4. Aufl. Frankfurt am Main; 2018
- [2] Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung. Die UN-Behindertenrechtskonvention: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen; 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] 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
- [5] GKV-Spitzenverband. Krankenkassenliste: 08.11.2019: GKV-Spitzenverband. Im Internet: <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenkassenliste.pdf>; Stand: 08.11.2019
- [6] 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: 08.11.2019
- [7] 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
- [8] Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. Umsetzungsbegleitung Bundesteilhabegesetz. Im Internet: <https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/gesetz/umsetzung-laender/>; Stand: 07.11.2019
- [9] Bundesagentur für Arbeit. Kennzahlen nach § 48a SGB II: Übergreifende methodische Hinweise. Version 4.0. Nürnberg; 2019
- [10] Diekmann A. Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 12. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2018
- [11] 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
- [12] Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (ARGE IK). Gemeinsames Rundschreiben Institutionskennzeichen (IK); 2018

- [13] 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
- [14] 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
- [15] Schian M, Giraud B. Teilhabeplanung - ein Kernelement des trägerübergreifenden Reha-Prozesses. Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 2019; 2019: 50–62
- [16] Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Das Persönliche Budget. Bonn; 2019
- [17] Bundesministerium für Gesundheit. Ergebnisse der Statistik KG 5, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen 2018 der Gesetzlichen Krankenversicherungen
- [18] Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR). Gemeinsame Empfehlung zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 26 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX. Frankfurt am Main; 2019
- [19] Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz: Abschlussbericht. Bonn; 2015

Anhang

1. Übersicht Primär- und Meldevariablen

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

1. Übersicht Primär- und Meldevariablen

Variablenname	Kurzbeschreibung	Ausprägung
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
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)
V09b	Erledigungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb LTA	1 = nicht vollständige Bewilligung (teilweise Bewilligungen und Bewilligungen mit anderer als der beantragten Leistung)
V09c	Erledigungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb LTB	2 = vollständige Bewilligung 4 = sonstige (z. B., Tod des Antragstellers, Antragsrücknahmen etc.)
V09d	Erledigungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb LST	4 = sonstige (z. B., Tod des Antragstellers, Antragsrücknahmen etc.)

Variablenname	Kurzbeschreibung	Ausprägung
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
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 1 = ja, trägerspezifisch 2 = ja, trägerübergreifend
V17b	Persönliches Budget bewilligt	
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 1 = Bewilligung (vollständig und teilweise) = Erstattungen in voller und nicht voller Höhe 2 = Ablehnung (=keine Erstattung)
V19_1	Erstattungsantrag 1*	
V19_2	Erstattungsantrag 2*	
V19_X	Erstattungsantrag X*	

1. Übersicht Primär- und Meldevariablen

Variablenname	Kurzbeschreibung	Ausprägung
V20_1	Widerspruch 1*	0 = kein Widerspruch 1 = Erfolgreich (inkl. Vergleiche, Teilerkenntnisse, Teilabhilfe) aus Sicht des Leistungsberechtigten 2 = Nicht erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten
V20_2	Widerspruch 2*	
V20_X	Widerspruch X*	
V21_1	Klage 1*	0 = keine Klage 1 = Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten (inkl. Vergleiche, Teilerkenntnisse, Teilabhilfe) 2 = Nicht erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten
V21_2	Klage 2*	
V21_X	Klage X*	
V22	Beitragszeit aufgrund sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung 6 Monate nach Leistungsende einer LTA	0 = Nein 1 = Ja

*Bei diesen Primärvariablen muss eine Zuordnung des Ereignisses zum Berichtsjahr des Ereigniszeitpunktes gewährleistet sein, 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 ²⁶	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 ²⁷	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 Absatz 1 Satz 1)	Anzahl aller Anträge mit V04 im Berichtsjahr und mit (V04 – V03) > 15 Tage ²⁸
m3a_n	Zahl der Anträge mit im selben Jahr festgestellter Zuständigkeit	Anzahl aller Anträge mit V04 im Berichtsjahr
m3b	Fristüberschreitungen Feststellung ohne Gutachten (§ 14 Absatz 2 Satz 2)	Anzahl aller erledigten Anträge (m6) mit (V05 – V03) > 22 Tage ²⁹ UND V06 == 0
m3b_n ³⁰	Anträge ohne Gutachten (Nenner zu m3b)	Anzahl erledigter Anträge (m6) mit V06 == 0
m3c	Fristüberschreitungen Feststellung mit Gutachten (§ 14 Absatz 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 ³¹	Anträge mit Gutachten	Anzahl erledigter Anträge (m6) mit V06 == 1

26 Gesamtzahl der Anträge ohne Differenzierung von in diesen Anträgen umfasster Leistungsgruppen.

27 Anteil von m1 (Mehrfachzählungen bei Anträgen auf Leistungen mehrerer Leistungsgruppen sind möglich).

28 15 bezieht sich auf die vereinbarte Regelung, nach der eine 2-Wochen-Frist 14 Kalendertage + 1 Werktag umfasst.

29 22 bezieht sich auf die vereinbarte Regelung, nach der eine 3-Wochen-Frist 21 Kalendertage + 1 Werktag umfasst.

30 Die Zahl ist erforderlich, um eine Aussage zum Verhältnis der Fristüberschreitungen zu allen Anträgen ohne Gutachten zu ermöglichen. Andernfalls ist m3b nicht sinnvoll einzuordnen.

31 Die Zahl ist erforderlich, um eine Aussage zum Verhältnis der Fristüberschreitungen zu allen Anträgen mit Gutachten zu ermöglichen. Andernfalls ist m3c nicht sinnvoll einzuordnen.

1. Übersicht Primär- und Meldevariablen

Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen
m3b_LG	Fristüberschreitungen Feststellung ohne Gutachten (innerhalb der Leistungsgruppe) (§ 14 Absatz 2 Satz 2)	Anzahl aller erledigten Anträge (m6_LG) mit (V05a - V03) > 22 Tage UND V06a ==0 ODER (V05b - V03) > 22 Tage35 UND V06b ==0 ODER (V05c - V03) > 22 Tage35 UND V06c ==0 ODER (V05d - V03) > 22 Tage35 UND V06d ==0
m3b_n_LG	Anträge ohne Gutachten (innerhalb der Leistungsgruppe) (Nenner zu m3b)	Anzahl erledigter Anträge (m6_LG) mit V06a ==0 UND V06b ==0 UND V06c ==0 UND V06d ==0
m3c_LG	Fristüberschreitungen Feststellung mit Gutachten (innerhalb der Leistungsgruppe) (§ 14 Absatz 2 Satz 3)	Anzahl aller erledigten Anträge (m6_LG) mit (V05a - V07_5a) > 15 Tage34 ODER (V05b - V07_5b) > 15 Tage34 ODER (V05c - V07_5c) > 15 Tage34 ODER (V05d - V07_5d) > 15 Tage34
m3c_n_LG	Anträge mit Gutachten (innerhalb der Leistungsgruppe)	Anzahl erledigter Anträge (m6_LG) mit V06a ==1 ODER V06b ==1 ODER V06c ==1 ODER V06d ==1
m4a ³²	Durchschnittliche Dauer einer Gutachtenerstellung	m4a_z / m4a_n (in Kalendertagen)
m4a_z ³³	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 ³⁴	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)

32 Gemessen wird die durchschnittliche Dauer, die eine Gutachtenerstellung benötigt (Zeitdifferenz zwischen Gutachtauftrag und Gutachtenvorliegen).

Hierzu wird der Mittelwert über alle abgeschlossenen Gutachten gebildet.

33 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 Eingliederungshilfeträger).

34 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 Eingliederungshilfeträger).

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 (Gesamtstage)	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	Anzahl vollständig abgelehnter Anträge	Anzahl aller erledigten Anträge mit V09 == 0
m6b	Anzahl nicht vollständig bewilligter Anträge	Anzahl aller erledigten Anträge mit V09 == 1
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 ³⁵	Anzahl vollständig abgelehnter Anträge	Anzahl aller erledigten Anträge mit V09 == 0
m6b	Anzahl nicht vollständig bewilligter Anträge	Anzahl aller erledigten Anträge mit V09 == 1

35 Die Zahl muss sich auf die Gesamtzahl der erledigten Anträge beziehen lassen.

1. Übersicht Primär- und Meldevariablen

Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen
m6 ³⁶	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 ³⁷	Durchschnittliche Antrittslaufzeit (mit Laufzeit <0)	m7a_z / m7a_n (in Tagen)
m7a_z ³⁸	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 ³⁹	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 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)

 36 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).

37 Da die GKV nicht nach THP differenziert, ist die undifferenzierte Antrittslaufzeit nötig.

38 Die Zahl ist erforderlich, um die „Durchschnittliche Antrittslaufzeit“ für ganze Trägerbereiche zusammenzufassen zu können (z.B. Durchschnittswert für alle Eingliederungshilfeträger).

39 Lösungsmöglichkeit für den Umgang mit negativen Laufzeiten .

Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen
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)
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)

1. Übersicht Primär- und Meldevariablen

Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen
m8a_f	Anzahl erledigter Anträge mit einer trägerübergreifenden Teilhabeplanung (als leistender Träger)	Anzahl aller erledigten Anträge mit V11 == 2 oder 3
m8b_f	Anzahl erledigter Anträge mit einer trägerübergreifenden Teilhabeplankonferenz (als leistender Träger)	Anzahl aller erledigten Anträge mit V11 == 3
m9a_f ⁴⁰	Anzahl der THP mit mind. einer Anpassung des THP	Summe der THP mit V12 >0
m9a	Anzahl aller THP-Anpassungen (Fortschreibungen & Änderung)	
m9b ⁴¹	Durchschnittliche THP Geltungsdauer	(m9b_z)/(m9b_n) (in Tagen)
m9b_z ⁴²	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 ⁴³	Anzahl der Anträge mit mind. einem Erstattungsverfahren zw. Trägern	Summe der Anträge mit V16 >0
m10 ⁴⁴	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
m11b	Bewilligungen Persönlicher Budgets (träger-spezifisch)	Anzahl aller erledigten Anträge mit V17b == 1
m12a	Anträge auf Persönliches Budget (träger-übergreifend)	Anzahl aller erledigten Anträge mit V17a == 2

40 Die Anzahl ist erforderlich, um eine begründete Aussage dazu treffen zu können, bei wie vielen Personen eine Anpassung des THP erfolgte.

41 Hilfsweise Konstruktion der Geltungsdauer als Dauer zwischen: Erstellung und erster Anpassung; zwei Anpassungen; letzter Anpassung/Erstellung und Ende des Teilhabeplans.

42 Die Zahl ist erforderlich, um die „Durchschnittliche Geltungsdauer des THP“ für ganze Trägerbereiche zusammenzufassen zu können (z.B. Durchschnittswert für alle Eingliederungshilfeträger).

43 Bedeutsam, um die Anwendung von § 16 Abs. 2 S.2 i.V.m. § 15 Abs. 2 (Entscheidung für andere) bezogen auf ein Antragsverfahren abzubilden.

44 Bedeutsam, da sich aus einem Leistungsfall/Teilhabeverfahren mehrere Erstattungsverfahren ergeben können.

Variablenname	Kurzbeschreibung	Erzeugung aus Primärvariablen
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	



2. Glossar

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

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

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 sogenannte Gesamt-Antrag umfasst also alle benötigten Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe.

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

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

Meldedatensatz Ein Meldedatensatz enthält die Daten eines Trägers / Trägerbereichs, die für ein jeweiliges Berichtsjahr an die BAR zu übermitteln sind. Der Meldedatensatz muss einem standardisierten Format entsprechen, dem sogenannten 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. D. h. Variablenwerte

werden aufsummiert oder es werden Durchschnittswerte gebildet. Anhand der Meldevariablen wird am Ende eines Berichtszeitraumes ein Meldedatensatz im technisch vorgegebenen XML-Format erstellt und an die BAR übermittelt.

Pilotträger Das stufenweise Vorgehen bei der Erstellung des ersten THVB bestand für die Träger bzw. Trägerbereiche darin, ihrer Berichtspflicht für das Jahr 2018 mit ausgewählten Pilotträgern nachzukommen. Die jeweiligen Spitzenverbände und obersten Landesbehörden haben bis zu fünf Pilotträger aus ihrem Trägerbereich über das gesamte Bundesgebiet verteilt benannt. Aus dem Bereich der Sozialversicherung haben die GKV und die UV von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht. Aus dem steuerfinanzierten Bereich wurden für die Trägerbereiche der EGH, JH und des SER jeweils fünf Pilotträger benannt.

Pseudonymisierung Durch eine Pseudonymisierung werden bestimmte Namens- oder Personenidentifikatoren durch neutrale Schlüsselidentifikatoren, wie beispielsweise Zahlen- oder Buchstabenkombinationen, ersetzt. Dabei wird eine Referenzliste bei einer Pseudonymisierungsstelle verwahrt und gepflegt, die es erlaubt, 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 sogenannte Träger-ID generiert.

PUB-ID Jeder übermittelte Meldedatensatz ist anhand der Träger-ID eindeutig einem Träger zuzuordnen. Beim Einlesen des Meldedatensatzes in die zentrale Datenbank wird er anhand der sogenannten 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 Die Besonderheit des Sozialversicherungsbereichs liegt darin, dass es vom Staat organisatorisch getrennte Sozialversicherungsträger gibt und die Finanzierung im Wesentlichen über Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitnehmer und Arbeitgeber erfolgt. Sie sind nach dem Prinzip der Selbstverwaltung durch die Sozialpartner (Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften) organisiert. Es zählen die BA, die GKV, die RV und die UV zum Sozialversicherungsbereich.

Rehabilitationsträger aus dem steuerfinanzierten Bereich 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 überörtlichem 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 Doppelsendungen 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.

Übergangsphase Aufgrund der engen zeitlichen Taktung zwischen dem Beginn der Berichtspflicht und den dafür erforderlichen Vorarbeiten zur Datenerfassung auf Seiten der Rehabilitationsträger wurde mit dem BMAS ein stufenweises Vorgehen beim Berichtsaufbau vereinbart. Das Berichtsjahr 2018 wird als Übergangsphase angesehen. Diese „Pilotphase“ diente für alle Rehabilitationsträger als zeitlicher Puffer zur Ausgestaltung der technischen und arbeitsorganisatorischen Prozesse und damit der Umsetzung des § 41 SGB IX.



Blick ins Reha-Leistungsgeschehen

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

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



Informationen zum Teilhabeverfahrensbericht

verfügbar unter

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

BAR-Seminare 2020

Termine, Informationen und Anmeldung unter

www.bar-frankfurt.de > [Service](#) > [Fort- und Weiterbildung](#)

BAR Publikationen

Gemeinsame Empfehlungen, Arbeitshilfen, Wegweiser und weitere Publikationen unter

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



Die vorliegende Broschüre liegt zum Download bereit

www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/THVB/1_Teilhabeverfahrensbericht_2019.pdf