



Teilhabeverfahrens- bericht 2024

Berichtsjahr 2023



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

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

Solmsstraße 18 | 60486 Frankfurt/Main

Telefon: +49 69 605018-0

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

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

Frankfurt am Main, Dezember 2024

ISBN 978-3-943714-73-9

Internes Kennzeichen: 2323024, 2323022, 2222014, 2222012, 2121014, 2020014 (F)

Hinweis zur Zitierweise:

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR).

Teilhabeverfahrensbericht 2024. Broschürenfassung. Frankfurt/Main, Dezember 2024.

Anmerkung:

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

Verantwortlich bei der BAR:

Dr. Nadine Liebing (ab 11/2024), Dr. Lisa Ulrich (bis 9/2024), Dr. Stefan Schüring, Gülcan Miyanyedi.

Unter Mitwirkung von:

Dr. Stephanie Czedik, Daniel Doll, Ann-Kathrin Poth, Hans-Peter Weih, Ingo Wermes, Katja Hensel, Daniela Weisbecker.

Die BAR in Frankfurt

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

Teilhabeverfahrens- bericht

2024



Vorwort

Seit sechs Jahren bietet der Teilhabeverfahrensbericht (THVB) wertvolle Einblicke in die Abläufe von Rehabilitation und Teilhabe. Mit seinen Kennzahlen macht er sichtbar, wo Handlungsbedarf besteht. Auf den ersten Blick sind es die häufigen Fristüberschreitungen, die zum Teil langen Bearbeitungsdauern, die geringe Verbreitung von trägerübergreifenden Teilhabeplanungen und die seltene Nutzung Persönlicher Budgets, die Anlass zur Sorge geben. Diese Kennzahlen belegen seit Jahren, dass die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) in einigen Bereichen noch nicht vollständig realisiert wurde.

Doch der THVB ist weit mehr als eine bloße Datensammlung. Er liefert eine fundierte Basis, um genauer hinzuschauen und gezielt Verbesserungspotenziale zu identifizieren. Die Zahlen allein genügen jedoch nicht. Sie schaffen Transparenz, klären aber nicht die entscheidende Frage nach Zielwerten: Wann ist eine Kennzahl „gut“? Welche Bearbeitungsdauer ist akzeptabel? Wie viele trägerübergreifende Teilhabeplanungen oder Persönliche Budgets sind denn notwendig?

Mit klaren Zieldefinitionen könnte man die Ergebnisse des THVB besser einordnen, um anschließend konkrete Handlungsbedarfe aufzuzeigen. Dazu bedarf es außerdem einer vertieften, qualitativen Auseinandersetzung mit den Ergebnissen aus dem THVB. Darauf aufbauend können zielgerichtete und praktische Handlungsstrategien entwickelt werden. Beispiele dafür existieren bereits: Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) untersuchte in der Studie „Teilhabe gemeinsam planen“ die Ursachen für die bisher ausbleibende trägerübergreifende Zusammenarbeit und zeigt konkrete Ansätze für Verbesserungen auf. [1] Auch das erste Symposium zum Teilhabeverfahrensbericht, zu dem die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) im November 2024 eingeladen hatte, bot Raum für einen intensiven fachlichen Austausch. Aus verschiedenen Perspektiven wurde diskutiert, wie die im THVB veröffentlichten Ergebnisse genutzt werden können und welche praktischen Ansätze sich daraus ableiten lassen.

Der THVB ist ein unverzichtbares Instrument, das den Status quo im Reha- und Teilhabesystem abbildet. Er bietet die Grundlage für Dialog und Weiterentwicklung. Doch es liegt an uns, die Richtung zu bestimmen und das Ziel zu definieren. Hinter jedem Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe steht ein Mensch. Diese Perspektive muss uns leiten, wenn wir die Möglichkeiten des THVB nutzen, um Qualität von Rehabilitation und Teilhabe in den Mittelpunkt zu stellen.

Unser ausdrücklicher Dank gilt allen, die an der Erstellung des THVB mitwirken und mit seinen Ergebnissen arbeiten. Gemeinsam können wir aus Erkenntnissen Fortschritt machen – für ein starkes Reha- und Teilhabesystem.



Gülcan Miyanyedi
Die Geschäftsführerin der BAR

Frankfurt am Main, im Dezember 2024

Vorwort	4
Abkürzungsverzeichnis	8
Zusammenfassung	10
1 Hintergrund	20
1.1 Überblick über die beteiligten Rehabilitationsträger	21
1.2 Ablauf der Datenerhebung und Datenmeldung	25
1.3 Beteiligung der Rehabilitationsträger	26
2 Datenaufbereitung im Vorfeld der Auswertung	28
2.1 Stufe 1: Struktur- und Plausibilitätsprüfung	28
2.2 Stufe 2: Interne Validitätsprüfung	31
3 Ergebnisse der Datenauswertung	35
3.1 Datengrundlage für den Teilhabeverfahrensbericht 2024	35
3.2 Hinweise zur Darstellung und Auswertung	42
3.3 Neues Geheimhaltungsverfahren ab dem THVB 2024: Stochastische Überlagerung	47
3.4 Datendarstellung der 16 Sachverhalte nach § 41 Abs. 1 SGB IX	50
3.4.1 Sachverhalt 1: Anzahl der gestellten Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe	50
3.4.2 Sachverhalt 2: Anzahl der Weiterleitungen nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX	61
3.4.3 Sachverhalt 3: Fristen nach § 14 SGB IX	67
3.4.4 Sachverhalt 4: Durchschnittliche Zeitdauer zwischen Erteilung und Vorlage eines Gutachtens	83
3.4.5 Sachverhalt 5: Bearbeitungsdauern	89
3.4.6 Sachverhalt 6: Entscheidungsarten	99
3.4.7 Sachverhalt 7: Antrittslaufzeiten mit und ohne Teilhabeplanung	105
3.4.8 Sachverhalt 8: Anzahl der trägerübergreifenden Teilhabeplanungen und Teilhabeplankonferenzen	119
3.4.9 Sachverhalt 9: Anpassungen von Teilhabeplänen und deren Geltungsdauer	130
3.4.10 Sachverhalt 10: Erstattungsverfahren nach § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB IX (Erstattungsverfahren zwischen den Trägern)	137
3.4.11 Sachverhalt 11: Trägerspezifisches Persönliches Budget	143
3.4.12 Sachverhalt 12: Trägerübergreifendes Persönliches Budget	152
3.4.13 Sachverhalt 13: Mitteilungen nach § 18 Abs. 1 SGB IX (Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer)	160
3.4.14 Sachverhalt 14: Erstattungsverfahren nach § 18 SGB IX (Erstattung selbstbeschaffter Leistungen)	166
3.4.15 Sachverhalt 15: Rechtsbehelfe: Widersprüche und Klagen	173
3.4.16 Sachverhalt 16: Dauerhafte Integration in Arbeit nach einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben	187
3.5 Daten zur Förderung der Selbsthilfe nach § 45 SGB IX	191
4 Aus den Trägerbereichen	194
4.1 Bundesagentur für Arbeit	194
4.2 Eingliederungshilfe	195
4.3 Jugendhilfe	196
4.4 Gesetzliche Unfallversicherung	197

5 Ausblick	198
6 Literatur	200
Abbildungsverzeichnis	202
Tabellenverzeichnis	204
Glossar	206

AA	Agenturen für Arbeit
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse(n)
AS	Analyseszenario
ASMK	Arbeits- und Sozialministerkonferenz
BA	Bundesagentur für Arbeit
BAGüS	Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V.
BKK	Betriebskrankenkasse(n)
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BStatG	Bundesstatistikgesetz
BTHG	Bundesteilhabegesetz
BVG	Bundesversorgungsgesetz
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DVG	Digitale-Versorgung-Gesetz
EGH	Trägerbereich Eingliederungshilfe
GKV	Trägerbereich gesetzliche Krankenversicherung
IKK	Innungskrankenkasse(n)
JH	Trägerbereich öffentliche Jugendhilfe
KBS	Knappschaft Bahn See
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
RV	Trägerbereich gesetzliche Rentenversicherung

SEG	Soldatenentschädigungsgesetz
SER	Trägerbereich Soziales Entschädigungsrecht
SGB	Sozialgesetzbuch
SQL	Structured Query Language
SVLFG	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
SVR	Sachverständigenrat
THP	Teilhabeplanung
THPK	Teilhabeplankonferenz
THVB	Teilhabeverfahrensbericht
TP	Teilhabeplan
UN-BRK	Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen
UV	Trägerbereich gesetzliche Unfallversicherung
vdek	Verband der Ersatzkassen
WfbM	Werkstätten für behinderte Menschen

Zusammenfassung

Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 SGB IX sind Teil des gegliederten Sozialleistungssystems in Deutschland. Für die Erstellung des Teilhabeverfahrensberichts (THVB) sind sie nach § 41 SGB IX dazu verpflichtet, Angaben zu Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe sowie den dazugehörigen Prozessen zu erfassen. Der Gesetzgeber hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) beauftragt, auf Basis der an sie übermittelten Daten jährlich einen Bericht vorzulegen, der einen umfassenden Einblick in die Leistungsfähigkeit des Rehabilitationssystems ermöglicht. Die Ergebnisse des THVB sollen die Zusammenarbeit der Träger und das Reha-Leistungsgeschehen transparenter machen sowie Möglichkeiten der Evaluation und Steuerung eröffnen.

Der vorliegende Bericht umfasst die Datenmeldungen von 1.154 Trägern für das Berichtsjahr 2023. Das entspricht 91,1 Prozent aller 1.267 berichtspflichtigen Träger, die bei der BAR für eine Datenübermittlung registriert sind. Keine Datenmeldungen und somit eine Nicht-Meldung erfolgten von 113 Trägern (8,9 Prozent). Der diesjährige Bericht enthält für alle Sachverhalte, bei denen es inhaltlich und methodisch möglich ist, Auswertungen im Jahresvergleich. Die Entwicklung der Anzahl gestellter Anträge über vier Berichtsjahre hinweg wird detaillierter dargestellt. Damit können Entwicklungen des Reha-Geschehens im Zeitverlauf noch besser abgebildet werden. Außerdem wird erstmals auch die Verteilung der Bearbeitungsdauern dargestellt. Dies ermöglicht einen detaillierteren Blick in die einzelnen Trägerbereiche und erhöht somit die Transparenz bezüglich der benötigten Zeit, um einen Antrag zu bewilligen oder zu erledigen.

Als Grundlage für die Erstellung des THVB wurde mit allen Trägerbereichen eine einheitliche Erfassung der 16 Sachverhalte gemäß § 41 SGB IX vereinbart. Diese Definitionen ermöglichen die Vergleichbarkeit der Verwaltungsprozesse entlang des gesamten Reha-Prozesses von der Bedarfserkennung bis hin zur Wirkung am Ende einer Maßnahme.

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

Nachfolgender Überblick zeigt die Ergebnisse des vorliegenden Berichts in der Gesamtschau aller Trägerbereiche auf Systemebene. Es werden exemplarisch Fragestellungen dargelegt, die sich aus den Sachverhalten ableiten lassen. Darüber hinaus werden Verweise auf die weiterführenden Analysen und Ergebnisse auf Ebene der einzelnen Trägerbereiche und Träger sowie Ergebnisse aus dem Jahresvergleich 2022 und 2023 gegeben.

1

Anzahl der gestellten Anträge



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

3,2 Mio. Anträge

Im Rahmen der Bedarfserkennung reicht ein einziger Antrag aus, damit Menschen mit Behinderungen oder jene, die von Behinderung bedroht sind, alle benötigten Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe erhalten können – auch dann, wenn diese Leistungen durch verschiedene Rehabilitationsträger erbracht werden. Im Jahr 2023 wurden insgesamt knapp 3,2 Mio. Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe bei den Rehabilitationsträgern gestellt. Die meisten Anträge entfielen auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Vergleicht man die Antragszahlen aus 2023 mit denen aus 2022, ist die Anzahl angestiegen (2022: 3,0 Mio. Anträge; 2023: 3,2 Mio. Anträge).¹

Siehe [Sachverhalt 1 in Kapitel 3.4.1](#), ab Seite 50 und im [Anhang](#).

2

Weiterleitungen



Wie viel Prozent der eingehenden Anträge werden weitergeleitet?

7,3 % Weiterleitungen

Wird bei einem Rehabilitationsträger ein Antrag auf Reha- und Teilhabeleistungen gestellt, für die er insgesamt nicht zuständig ist, leitet er diesen Antrag an den seiner Auffassung nach zuständigen Rehabilitationsträger weiter. Im Jahr 2023 wurden durchschnittlich 7,3 Prozent der Anträge weitergeleitet.

Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der Weiterleitungen an allen entschiedenen Anträgen beinahe unverändert (2022: 7,3 Prozent; 2023: 7,4 Prozent).²

Siehe [Sachverhalt 2 in Kapitel 3.4.2](#), ab Seite 61.

1 Für die Berechnung der Werte im Vergleich zum Vorjahr wurden nur die Daten der Träger berücksichtigt, von denen Angaben zu der / den entsprechenden Meldevariable(n) sowohl für das Berichtsjahr 2022 als auch für das Berichtsjahr 2023 vorliegen. Aus diesem Grund können die Werte im Jahresvergleich von den Werten bei Einzelbetrachtung eines Sachverhalts pro Berichtsjahr abweichen.

2 Siehe Fußnote 1.

3

Fristen nach § 14 SGB IX

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

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

17,5 % Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung

Nach dem Antragseingang muss der Rehabilitationsträger binnen zwei Wochen über die Zuständigkeit entscheiden (hier Frist 3a). Ist der Träger nach dem für ihn geltenden Leistungsrecht zuständig, wird er zum leistenden Rehabilitationsträger nach § 14 SGB IX. Im Jahr 2023 wurde die zweiwöchige Frist im Durchschnitt bei 17,5 Prozent aller Zuständigkeitsfeststellungen überschritten.

Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung (hier Frist 3a) leicht angestiegen (2022: 16,8 Prozent; 2023: 17,5 Prozent).³

Der leistende Rehabilitationsträger muss innerhalb von drei Wochen nach Eingang über einen Antrag entscheiden (hier Frist 3b). Sollten Gutachten zur Bedarfsfeststellung eingeholt werden, beläuft sich die Entscheidungsfrist auf zwei Wochen nach Vorlage des Gutachtens (hier Frist 3c).

Wurde kein Gutachten zur Bedarfsfeststellung beauftragt, wurde die Dreiwochenfrist in 2023 im Durchschnitt bei 25,5 Prozent aller Entscheidungen überschritten. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der Fristüberschreitungen beinahe unverändert (2022: 24,4 Prozent; 2023: 25,5 Prozent).

Bei Entscheidungen mit Beauftragung eines Gutachtens zur Bedarfsfeststellung lag der Anteil der Fristüberschreitungen in 2023 im Durchschnitt bei 34,0 Prozent.

Siehe [Sachverhalt 3 in Kapitel 3.4.3](#), ab Seite 67.

³ Für die Berechnung der Werte im Vergleich zum Vorjahr wurden nur die Daten der Träger berücksichtigt, von denen Angaben zu der / den entsprechenden Meldevariable(n) sowohl für das Berichtsjahr 2022 als auch für das Berichtsjahr 2023 vorliegen. Aus diesem Grund können die Werte im Jahresvergleich von den Werten bei Einzelbetrachtung eines Sachverhalts pro Berichtsjahr abweichen.

4

Gutachtendauer

?

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

12,7 Tage bei 291.889 Gutachten

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 bis zur Vorlage des Gutachtens.

Im Durchschnitt betrug die Dauer zur Erstellung eines Gutachtens 12,7 Tage bei 291.889 Gutachten, die im Jahr 2023 beauftragt und für die Entscheidung über den Bedarf zugrunde gelegt wurden.

Siehe [Sachverhalt 4 in Kapitel 3.4.4](#), ab Seite 83.

5

Bearbeitungsdauern

?

Wie lange dauert es, bis ein Antrag abschließend bearbeitet wird?

26,3 Tage Bearbeitungsdauer

Die Bearbeitungsdauer ergibt sich aus der Zeit vom Antragseingang beim leistenden Rehabilitationsträger bis zur Entscheidung über den Antrag. Über sämtliche Erledigungs- und Bewilligungsarten hinweg betrug die durchschnittliche Dauer zur Bearbeitung eines Antrags 26,3 Tage.

Im Jahresvergleich hat sich die durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei der Bewilligung eines Antrags kaum verändert (2022: 23,0 Tage; 2023: 23,4 Tage).⁴

Siehe [Sachverhalt 5 in Kapitel 3.4.5](#), ab Seite 89.

⁴ Für die Berechnung der Werte im Vergleich zum Vorjahr wurden nur die Daten der Träger berücksichtigt, von denen Angaben zu der / den entsprechenden Meldevariable(n) sowohl für das Berichtsjahr 2022 als auch für das Berichtsjahr 2023 vorliegen. Aus diesem Grund können die Werte im Jahresvergleich von den Werten bei Einzelbetrachtung eines Sachverhalts pro Berichtsjahr abweichen.

6

Entscheidungsarten

?

Wie werden Anträge entschieden?

84,1 % vollständige oder teilweise Bewilligung

Die Entscheidungsart gibt Aufschluss darüber, mit welchem Ergebnis Anträge abschließend bearbeitet werden. In 84,1 Prozent aller Entscheidungen erfolgte im Jahr 2023 eine vollständige oder teilweise Bewilligung der beantragten Leistung(en).

Siehe [Sachverhalt 6 in Kapitel 3.4.6](#), ab Seite 99.

7

Antrittslaufzeiten

?

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

56,1 Tage Antrittslaufzeit

Die Antrittslaufzeit gibt die durchschnittliche Zeitdauer zwischen dem Datum des Bewilligungsbescheides und dem Beginn der ersten angetretenen Leistung an. Leistungen wurden durchschnittlich 56,1 Tage nach Vorliegen des Bewilligungsbescheides erbracht oder angetreten.

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Antrittslaufzeit nach Vorliegen des Bewilligungsbescheides um 5,8 Tage verlängert (2022: 50,4 Tage; 2023: 56,2 Tage).⁵

Siehe [Sachverhalt 7 in Kapitel 3.4.7](#), ab Seite 105.

⁵ Für die Berechnung der Werte im Vergleich zum Vorjahr wurden nur die Daten der Träger berücksichtigt, von denen Angaben zu der / den entsprechenden Meldevariable(n) sowohl für das Berichtsjahr 2022 als auch für das Berichtsjahr 2023 vorliegen. Aus diesem Grund können die Werte im Jahresvergleich von den Werten bei Einzelbetrachtung eines Sachverhalts pro Berichtsjahr abweichen.

8

Teilhabeplanungen und -plankonferenzen

?

Wie häufig finden trägerübergreifende Teilhabeplanungen und Teilhabeplankonferenzen statt?

11.817 THP | 1.372 THPK

Eine trägerübergreifende Teilhabeplanung (THP) oder Teilhabeplankonferenz (THPK) muss u. a. durchgeführt werden, wenn mehrere Träger für die Leistungserbringung zuständig sind (§§ 19, 20 SGB IX). Im Jahr 2023 wurden 11.817 trägerübergreifende THP durchgeführt, was bezogen auf alle entschiedenen Anträge einem Anteil von 0,4 Prozent entspricht.

Außerdem fand bei 1.372 Anträgen eine Teilhabeplankonferenz statt, was bezogen auf alle entschiedenen Anträge einem Anteil von 0,05 Prozent entspricht.

Siehe [Sachverhalt 8 in Kapitel 3.4.8](#), ab Seite 119.

9

Teilhabepläne und deren Geltungsdauern

?

Wie häufig erfolgen Anpassungen von Teilhabeplänen und wie lange ist deren Geltungsdauer?

**47.538 Teilhabepläne mit mind.
einer Anpassung**

Zur Erreichung der Ziele einer Teilhabeplanung kann es erforderlich sein, einen Teilhabeplan anzupassen. Im Jahr 2023 gab es 47.538 Teilhabepläne mit mindestens einer Anpassung. Die durchschnittliche Geltungsdauer eines Teilhabeplans belief sich dabei auf 369,3 Tage.

Siehe [Sachverhalt 9 in Kapitel 3.4.9](#), ab Seite 130.

10

Erstattungsverfahren zwischen Trägern



Wie häufig entscheidet ein leistender Träger kostenwirksam für einen anderen Träger und macht einen Erstattungsanspruch geltend?

1.856 Erstattungsverfahren

Unter bestimmten Voraussetzungen können Erstattungsverfahren zwischen Rehabilitationsträgern eingeleitet werden. Im Jahr 2023 gab es 1.856 Erstattungsverfahren nach § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB IX.

Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der Erstattungsverfahren um 32,1 Prozent gesunken (2022: 2.684 Erstattungsverfahren; 2023: 1.823 Erstattungsverfahren).⁶

Siehe [Sachverhalt 10 in Kapitel 3.4.10](#), ab Seite 137.

11

Trägerspezifische Persönliche Budgets



Wie häufig wird ein trägerspezifisches Persönliches Budget beantragt und wie häufig bewilligt?

5.497 beantragte trägerspez. PB

4.670 bewilligte trägerspez. PB

Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe können anstelle von Dienst- oder Sachleistungen in Form eines Persönlichen Budgets erbracht werden. Im Jahr 2023 wurden 5.497 Persönliche Budgets beantragt und 4.670 Persönliche Budgets bewilligt. Bezogen auf alle entschiedenen Anträge entspricht das jeweils einem Anteil von 0,2 Prozent.

Siehe [Sachverhalt 11 in Kapitel 3.4.11](#), ab Seite 143.

⁶ Für die Berechnung der Werte im Vergleich zum Vorjahr wurden nur die Daten der Träger berücksichtigt, von denen Angaben zu der / den entsprechenden Meldevariable(n) sowohl für das Berichtsjahr 2022 als auch für das Berichtsjahr 2023 vorliegen. Aus diesem Grund können die Werte im Jahresvergleich von den Werten bei Einzelbetrachtung eines Sachverhalts pro Berichtsjahr abweichen.

12

Trägerübergreifende Persönliche Budgets



Wie häufig wird ein trägerübergreifendes Persönliches Budget beantragt und wie häufig bewilligt?

399 beantragte trägerübergr. PB

303 bewilligte trägerübergr. PB

Werden die Leistungen als Persönliches Budget von mehreren Trägern erbracht, spricht man von einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget. Im Jahr 2023 wurden 399 trägerübergreifende Persönliche Budgets beantragt und 303 bewilligt.

Siehe [Sachverhalt 12 in Kapitel 3.4.12](#), ab Seite 152.

13

Lange Verfahrensdauer



Wie häufig erfolgen Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer?

2.655 Mitteilungen

Wenn über einen Antrag nicht innerhalb von zwei Monaten ab Antragseingang entschieden werden kann, muss der leistende Träger eine begründete Mitteilung an den Antragsteller verschicken (§ 18 Abs. 1 SGB IX). Im Jahr 2023 wurden 2.655 Mitteilungen verschickt.

Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der verschickten Mitteilungen nahezu unverändert (2022: 2.625 Mitteilungen; 2023: 2.629 Mitteilungen).⁷

Siehe [Sachverhalt 13 in Kapitel 3.4.13](#), ab Seite 160.

⁷ Für die Berechnung der Werte im Vergleich zum Vorjahr wurden nur die Daten der Träger berücksichtigt, von denen Angaben zu der / den entsprechenden Meldevariable(n) sowohl für das Berichtsjahr 2022 als auch für das Berichtsjahr 2023 vorliegen. Aus diesem Grund können die Werte im Jahresvergleich von den Werten bei Einzelbetrachtung eines Sachverhalts pro Berichtsjahr abweichen.

14

Erstattungsansprüche

? Wie oft werden Erstattungsansprüche auf selbstbeschaffte Leistungen bewilligt?

78,0 % Erstattung

Beschafft sich der Leistungsberechtigte eine als genehmigt geltende Leistung selbst, ist der leistende Rehabilitationsträger zur Erstattung der Leistung verpflichtet. Im Jahr 2023 wurden 78,0 Prozent der gestellten Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen bewilligt.

Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der Erstattungen nach § 18 SGB IX um 26,2 Prozent angestiegen (2022: 172 Erstattungen; 2023: 217 Erstattungen).⁸

Siehe [Sachverhalt 14 in Kapitel 3.4.14](#), ab Seite 166.

15

Widersprüche und Klagen

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

53,2 % Widersprüche erfolgreich

26,8 % Klagen stattgegeben

Ein Antragsteller hat die Möglichkeit, gegen die Leistungsentscheidungen eines Trägers rechtlich vorzugehen. Im Jahr 2023 wurden 53,2 Prozent der Widersprüche und 26,8 Prozent der Klagen zugunsten des Leistungsberechtigten entschieden.

Die Anzahl entschiedener Widersprüche insgesamt ist im Vergleich zum Vorjahr um 6,4 Prozent angestiegen (2022: 118.421 entschiedene Widersprüche; 2023: 126.044 entschiedene Widersprüche).⁹

Siehe [Sachverhalt 15 in Kapitel 3.4.15](#), ab Seite 173.

8 Für die Berechnung der Werte im Vergleich zum Vorjahr wurden nur die Daten der Träger berücksichtigt, von denen Angaben zu der / den entsprechenden Meldevariable(n) sowohl für das Berichtsjahr 2022 als auch für das Berichtsjahr 2023 vorliegen. Aus diesem Grund können die Werte im Jahresvergleich von den Werten bei Einzelbetrachtung eines Sachverhalts pro Berichtsjahr abweichen.

9 Siehe Fußnote 8.

Dauerhafte Integration in Arbeit



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

146.853 Beschäftigungen

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) zielen darauf ab, die Arbeits- und Berufstätigkeit zu fördern und eine dauerhafte Integration in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu erreichen. Für 2023 wurden aus den Trägerbereichen der Bundesagentur für Arbeit, der Rentenversicherung und der Unfallversicherung insgesamt 146.853 sozialversicherungspflichtige Beschäftigungen sechs Monate nach Ende der LTA-Maßnahme gemeldet.

Siehe [Sachverhalt 16 in Kapitel 3.4.16](#), ab Seite 187.

1 Hintergrund

Im Dezember 2016 erfolgte mit der Verabschiedung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) die bislang umfangreichste Reform im Recht der Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit Behinderungen. [2] Bestehende Vorschriften im Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) wurden weiterentwickelt oder neu gefasst, so wie § 41 SGB IX und der Teilhabeverfahrensbericht (THVB). Mit dieser Vorgabe zur statistischen Erfassung von Kennzahlen zu Verfahrensabläufen im Reha-Prozess sollen die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger und das Leistungsgeschehen transparenter gemacht sowie Möglichkeiten der Evaluation und Steuerung eröffnet werden. Damit sind alle Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 SGB IX gesetzlich verpflichtet, jährlich Angaben zu 16 Sachverhalten und zur Art und Höhe der Selbsthilfeförderung zu erheben. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) veröffentlicht auf dieser Grundlage einen jährlichen Bericht. Die von den Spitzenverbänden oder von den Rehabilitationsträgern direkt an die BAR weitergeleiteten Daten werden von ihr unter Beteiligung der Rehabilitationsträger ausgewertet. Der erste Bericht wurde Ende 2019 veröffentlicht und wird seitdem jährlich fortgeführt und weiterentwickelt.

Mit den Ergebnissen des THVB liegen erstmals umfassende und trägerübergreifend vergleichbare Daten zum Leistungsgeschehen vor. Der Bericht eröffnet die Möglichkeit, die in der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) geforderte Weiterentwicklung des Leistungsgeschehens auf der Grundlage von aussagekräftigen Daten zu beschreiben und damit auch zu bewerten. [3]



Das Wichtigste im Überblick

Mit dem THVB (§ 41 SGB IX) liegt eine gesetzliche Grundlage zur Sammlung statistischer Daten aller Rehabilitationsträger vor. Die Daten sollen dazu dienen, Möglichkeiten der Evaluation und Steuerung des trägerübergreifenden Rehabilitationssystems zu schaffen.

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

Der aktuelle THVB 2024 enthält die Ergebnisse der Datenauswertung für das Berichtsjahr 2023.

1.1 Überblick über die beteiligten Rehabilitationsträger

Zur Datenerfassung für den THVB sind alle Rehabilitationsträger verpflichtet, die dem gegliederten Sozialleistungssystem angehören. Nach § 6 Abs.1 SGB IX können das sein:¹⁰

1. die gesetzlichen Krankenkassen (GKV),
2. die Bundesagentur für Arbeit (BA)¹¹,
3. die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (UV),
4. die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (RV),
5. die Träger der Sozialen Entschädigung (SER)¹²,
6. die Träger der öffentlichen Jugendhilfe (JH) und
7. die Träger der Eingliederungshilfe (EGH).

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

¹⁰ 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.

¹¹ Im Vergleich zu den weiteren Rehabilitationsträgern ist die BA aufgrund ihrer Organisationsstruktur keinem Trägerbereich zugeordnet und agiert als solitäre Rehabilitationsträgerin.

¹² Zum 1. Januar 2025 tritt das Soldatenentschädigungsgesetz (SEG) in Kraft. Hintergrund für diese Neuregelung ist die Ablösung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) durch das SGB XIV zum 1. Januar 2024. Bislang wurden die Ansprüche wehrdienstbeschädigter Soldatinnen und Soldaten nach ihrem Ausscheiden aus der Bundeswehr über das BVG geregelt. Da das neue SGB XIV vor allem auf die Entschädigung ziviler Opfer von Gewalt und Terror abstellt, wurde aus Sachmäßigkeitserwägungen entschieden, die Beschädigtenversorgung für Soldatinnen und Soldaten in einem eigenen Gesetz zu regeln. Durch die Neustrukturierung der Geldleistungen werden medizinische Versorgungsleistungen und Rehabilitationsmaßnahmen im Zusammenhang mit Wehrdienstbeschädigungen ab 2025 durch die Unfallversicherung Bund und Bahn erbracht. § 6 Absatz 1 Nummer 5 wird ergänzt um „[...] de[n] Träger der Soldatenentschädigung [...]“.

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

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

Quelle: BAR e. V. 2021

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

- §§ 42 bis 48 SGB IX: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- §§ 49 bis 63 SGB IX: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- §§ 64 bis 74 SGB IX: unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen¹³,
- § 75 SGB IX: Leistungen zur Teilhabe an Bildung,
- §§ 76 bis 84 SGB IX: Leistungen zur sozialen Teilhabe.

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

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

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

Diese Leistungsgesetze sind insbesondere:¹⁴

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

Aus [Tabelle 1](#) wird ersichtlich, dass verschiedene Rehabilitationsträger für dieselben Leistungsgruppen zuständig sein können. Die durchaus komplexen Träger- und Zuständigkeitsstrukturen sollen nicht dazu führen, dass ein Betroffener lange auf eine Anspruchsklärung warten oder sich selbst erschließen muss, welcher Rehabilitationsträger für sein Leistungsbegehren zuständig ist. Daher hat der Gesetzgeber in Teil 1 Kapitel 4 SGB IX (§§ 14 bis 24 SGB IX) einheitliche Koordinierungs- und Verfahrensabläufe bestimmt. Diese gelten für alle Rehabilitationsträger und sind vorrangig und grundsätzlich abschließend vor den Leistungsgesetzen der Rehabilitationsträger anzuwenden. Die Vorschriften in Teil 1 Kapitel 4 SGB IX gelten also vorrangig der eigenen Leistungs- bzw. Landesausführungsgesetze und gerade von diesen Vorschriften kann auch durch Landesrecht nicht abgewichen werden (§ 7 Abs. 2 Satz 2 SGB IX). Durch Landesrecht können damit keine Regelungen getroffen werden, nach der kommunale oder überörtliche Träger oder die Landesbehörden als Rehabilitationsträger andere Verfahren der Koordinierung, Zuständigkeitsklärung, Beteiligung und Teilhabeplanung zu befolgen hätten.

Auch die im THVB aufgegriffenen Sachverhalte beziehen sich überwiegend auf die Regelungen in Teil 1 Kapitel 4 SGB IX (§§ 14 bis 24 SGB IX). Im Sinne eines „Monitoring-Prozesses“ [6] liefern nicht zuletzt die Daten aus dem THVB Antworten auf die Fragen, ob und wie die (gesetzlich) vorgegebenen Koordinierungs- und Verfahrensabläufe, die für alle Rehabilitationsträger bindend sind, in der (Reha-)Praxis Anwendung finden.

14 Anders als die aufgeführten Leistungsgesetze regeln SGB II und SGB XI keine Rehabilitationsleistungen, sie enthalten aber jeweils eng mit der Rehabilitation zusammenhängende Regelungen. ([6], S. 378)

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



Das Wichtigste im Überblick

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

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

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

Nicht jeder Träger ist für jede Teilhabeleistung zuständig.

Folgende Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe (nach § 5 SGB IX) werden für den THVB erfasst:

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).

Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen werden für den THVB nicht berücksichtigt.

1.2 Ablauf der Datenerhebung und Datenmeldung

Der Erhebungszeitraum umfasst stets ein Kalenderjahr. Im Frühjahr des Folgejahres werden die Daten durch die Rehabilitationsträger an die BAR geliefert. Aufgrund möglicher Nacherfassungen liegen zum Stichtag am Ende des Kalenderjahres bei den Trägern noch nicht alle Daten vollständig vor bzw. sind noch nicht vollständig erfasst worden. Deshalb ist nach Ablauf des Erhebungszeitraums eine mindestens zweimonatige Wartezeit vorgesehen (in Anlehnung an [7]). Diese ermöglicht es den Trägern, die für das Kalenderjahr relevanten Daten dennoch zu berücksichtigen, um die Vollständigkeit der Daten bestmöglich zu gewährleisten.

Um eine Vergleichbarkeit der erhobenen Sachverhalte sicherzustellen, wurde mit allen Rehabilitationsträgern ein einheitliches Datenerhebungsverfahren erarbeitet. Dazu gehört die trägerübergreifende Vereinbarung auf:

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

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

Der jeweilige Spitzenverband oder die Träger selbst übermitteln ihre Meldedatensätze elektronisch an die BAR. Die Übermittlung des Meldedatensatzes erfolgt immer pseudonymisiert über eine Träger-ID an die BAR. Alle Rehabilitationsträger wurden aufgefordert, bei der BAR eine Träger-ID zur Übermittlung ihrer Daten zu beantragen. Mittels dieser elfstelligen Ziffernfolge wird die Zuordnung zum ursprünglichen Datenübermittler, dem jeweiligen Träger, erschwert. Des Weiteren werden die Meldedatensätze anhand der Public-ID (PUB-ID) nochmals pseudonymisiert (doppelte Pseudonymisierung). Die PUB-ID setzt sich aus einer Abkürzung für den jeweiligen Trägerbereich und einer fortlaufenden Nummer zusammen. Sie lässt somit lediglich Rückschlüsse auf den Trägerbereich zu. Die PUB-ID ist seit dem Berichtsjahr 2019 über alle folgenden Jahre gleichgeblieben. Hinter einer PUB-ID verbirgt sich also immer derselbe Träger, sodass eine Darstellung von Jahresvergleichen und Zeitreihen möglich ist.

Der Abstimmungsprozess zur Erarbeitung dieser Grundlagen sowie die jeweiligen Ergebnisse sind im [Anhang](#) näher beschrieben.



Das Wichtigste im Überblick

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

Hierfür wurden zunächst einheitliche Definitionen und Begrifflichkeiten zu den jeweiligen Meldetatbeständen der 16 Sachverhalte formuliert und in Primär- und Meldevariablen umgewandelt.

Der jeweilige Spitzenverband oder die Träger selbst übermitteln ihre Meldedatensätze elektronisch und pseudonymisiert an die BAR.

Als Pseudonym für den THVB dient die Träger-ID. In einem späteren Schritt der Datenverarbeitung werden die Meldedatensätze anhand der Public-ID (PUB-ID) nochmals pseudonymisiert (doppelte Pseudonymisierung).

Seit dem Berichtsjahr 2019 hat jeder Träger eine PUB-ID zugewiesen bekommen, die von Bericht zu Bericht gleichbleibt. Trotz unterschiedlicher Berichtsjahre verbirgt sich hinter einer PUB-ID immer derselbe Träger.

1.3 Beteiligung der Rehabilitationsträger

In § 41 Abs. 2 Satz 2 SGB IX sieht der Gesetzgeber vor, dass die Auswertung der Angaben zum THVB durch die BAR unter Beteiligung der Rehabilitationsträger erfolgt. Dies geschieht seit 2020 über den Beirat Teilhabeverfahrensbericht. Im Beirat sind alle Rehabilitationsträger, die Daten für den THVB übermitteln, durch benannte Vertreter bzw. Vertreterinnen aus den jeweiligen Spitzenverbänden, Bundesarbeitsgemeinschaften und obersten Landesbehörden repräsentiert. Auch aus dem Kreis der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) wurden Vertreter für den Beirat benannt. Das BMAS und der Sachverständigenrat Partizipation der BAR (SVR Partizipation) entsenden jeweils einen Vertreter bzw. eine Vertreterin mit Gaststatus in beratender Funktion. Der Gaststatus begründet sich daraus, dass das BMAS und der SVR Partizipation zwar keine Rehabilitationsträger sind, gleichwohl eine wichtige Rolle bei der Erstellung des THVB einnehmen: Das BMAS vertritt den Gesetzgeber als Auftraggeber des THVB; der SVR Partizipation vertritt die Sichtweise der Menschen mit Behinderung.

Im Rahmen des Beteiligungsverfahrens fasst die BAR die bis dahin noch vorläufigen Ergebnisse der Datenauswertung in einem Beteiligungsbericht zusammen. In diesem Beteiligungsbericht werden die durch die BAR ausgewerteten Daten der Rehabilitationsträger entlang der 16 Sachverhalte aus § 41 Abs. 1 Nr. 1-16 SGB IX sowie die Angaben zur Förderung der Selbsthilfe für das jeweilige Berichtsjahr gezeigt. Damit erhalten die Beiratsmitglieder vor der Veröffentlichung des Berichts einen Einblick in die Datenauswertung sowie eine Vorschau auf die Ergebnisse und deren Darstellung.

Auf Basis des Beteiligungsberichts erhalten alle Beiratsmitglieder die Möglichkeit, Eingaben zu formulieren, die trägerspezifische Hinweise und Erläuterungen zu den eigenen bzw. übermittelten Daten ihres Trägerbereichs geben. Diese Eingaben sollen dazu dienen, der Leserschaft eine qualitativ richtige Einordnung der Daten zu ermöglichen und Fehlinterpretationen vorzubeugen.

Die Ergebnisse des Beteiligungsverfahrens für den THVB 2024 sind im vorliegenden Bericht in [Kapitel 3](#) und [Kapitel 4](#) eingeflossen. Die Eingaben der Träger zu einem konkreten Sachverhalt sind in [Kapitel 3](#) in der jeweiligen Infobox „Aus den Trägerbereichen“ unterhalb der Datenauswertungen und -darstellungen eines jeden Sachverhalts aufgeführt. Bei Sachverhalten, zu denen keine Eingaben von den Trägern erfolgten, wird keine entsprechende Infobox gezeigt. Im Weiteren besteht [Kapitel 4](#) aus den Beiträgen, die von den Vertreterinnen und Vertretern der einzelnen Trägerbereiche verfasst wurden.



Das Wichtigste im Überblick

Die Beteiligung der Rehabilitationsträger an der Auswertung ihrer Angaben für den THVB ist gesetzlich vorgesehen (vgl. § 41 Abs. 2 Satz 2 SGB IX). Seit 2020 erfolgt dies über den Beirat Teilhabeverfahrensbericht. Die Ergebnisse der Beteiligung für den THVB 2024 finden sich in den Infoboxen „Aus den Trägerbereichen“ in [Kapitel 3](#) und in [Kapitel 4](#) wieder.

2 Datenaufbereitung im Vorfeld der Auswertung

Die Prüfung von Daten hinsichtlich ihrer Plausibilität und Validität ist ein essentieller Bestandteil jeder Datenanalyse. [8–10] Es existieren verschiedene Möglichkeiten zur Plausibilitäts- und Validitätsprüfung, die im Sinne eines gestuften Vorgehens nacheinander erfolgen sollten. Die Schritte können dabei von einer (schnelleren) Basis-Prüfung, die primär eine Vollständigkeits- und überwiegend technische Strukturprüfung zum Ziel hat, bis hin zu einer (länger dauernden) analysebezogenen Validierung reichen, bei der eine inhaltliche Prüfung der Daten in Abhängigkeit des Untersuchungsgegenstands stattfindet. [9] Über dieses stufenweise Verfahren wird nicht zuletzt ein neutraler und objektiver Umgang mit Daten nach wissenschaftlichen Grundsätzen gewährleistet (exemplarisch [11]).

Auch für den THVB wird ein zweistufiges Plausibilitäts- und Validitätsverfahren durchgeführt:

- **Stufe 1** des Plausibilitäts- und Validitätsverfahrens setzt am Punkt der Datenübermittlung ein, das heißt sobald ein Träger einen Datensatz an die BAR übermittelt hat. Hier wird eine Strukturprüfung und eine Plausibilitätsprüfung des übermittelten Datensatzes mithilfe des Validierungsdialogs durchgeführt (siehe [Kapitel 2.1](#)).
- **Stufe 2** setzt nach Annahme des Meldedatensatzes durch die BAR ein und beinhaltet eine interne Validitätsprüfung der übermittelten Daten. Ab diesem Punkt sind seitens der Träger keine eigenhändigen Korrekturen mehr möglich (siehe [Kapitel 2.2](#)).

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

2.1 Stufe 1: Struktur- und Plausibilitätsprüfung

Die von den Trägern übermittelten Meldedatensätze gehen über eine Web-Schnittstelle bei der BAR ein. Die Meldedatensätze sind anhand der Träger-ID pseudonymisiert. Über die Web-Schnittstelle findet eine **Strukturprüfung** des Meldedatensatzes anhand der vorgegebenen Datensatzstruktur statt. Entspricht der übermittelte Meldedatensatz nicht dem vereinbarten Lieferformat, wird dem Träger im geschützten Bereich sofort angezeigt, an welcher Stelle eine Abweichung vorliegt. Es erfolgt außerdem parallel eine entsprechende Benachrichtigung per E-Mail. Der Datensatz muss an das vorgegebene Format angepasst werden, bevor er nochmals übermittelt werden kann.¹⁶

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

¹⁶ Auf der Website der BAR ist eine Übersicht mit den häufigsten Fehlermeldungen veröffentlicht, die im Rahmen der Strukturprüfung auftreten können.

Darin sind auch Handlungsoptionen aufgeführt, die seitens der Träger unternommen werden können, um den Fehler zu beheben.

Siehe www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/THVB/THVB_Uebersetzung_Fehlermeldungen_XSD.pdf (letzter Zugriff am 02.12.2024).

2.1 Stufe 1: Struktur- und Plausibilitätsprüfung

Beispielsweise können die Werte für einige Meldevariablen nicht größer sein als die Werte für andere Meldevariablen. Es kann zum Beispiel in einem Berichtsjahr nicht mehr Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsprüfung geben als Zuständigkeitsprüfungen durchgeführt worden sind (Meldevariable m3a).

Enthält ein Meldedatensatz unplausible Werte, werden im **Validierungsdialog** Hinweise dazu angezeigt. Der Träger wird darauf aufmerksam gemacht, an welcher Stelle entsprechende Angaben in seinem Fachverfahren zu prüfen sind. Werden Angaben durch den Träger in seinem Fachverfahren geändert oder ergänzt, kann er einen neuen Meldedatensatz erzeugen und übermitteln. Außerdem werden im Validierungsdialog Nachfragen für einige Meldevariablen angezeigt, wenn sie mit dem Wert null belegt sind. Der Meldedatensatz kann erst dann final übermittelt werden, wenn alle angezeigten Hinweise als gelesen markiert und / oder alle angezeigten Nachfragen im Validierungsdialog beantwortet wurden.

Die Abläufe im Rahmen der Strukturprüfung und der Plausibilitätsprüfung sind in **Abbildung 1** schematisch dargestellt.

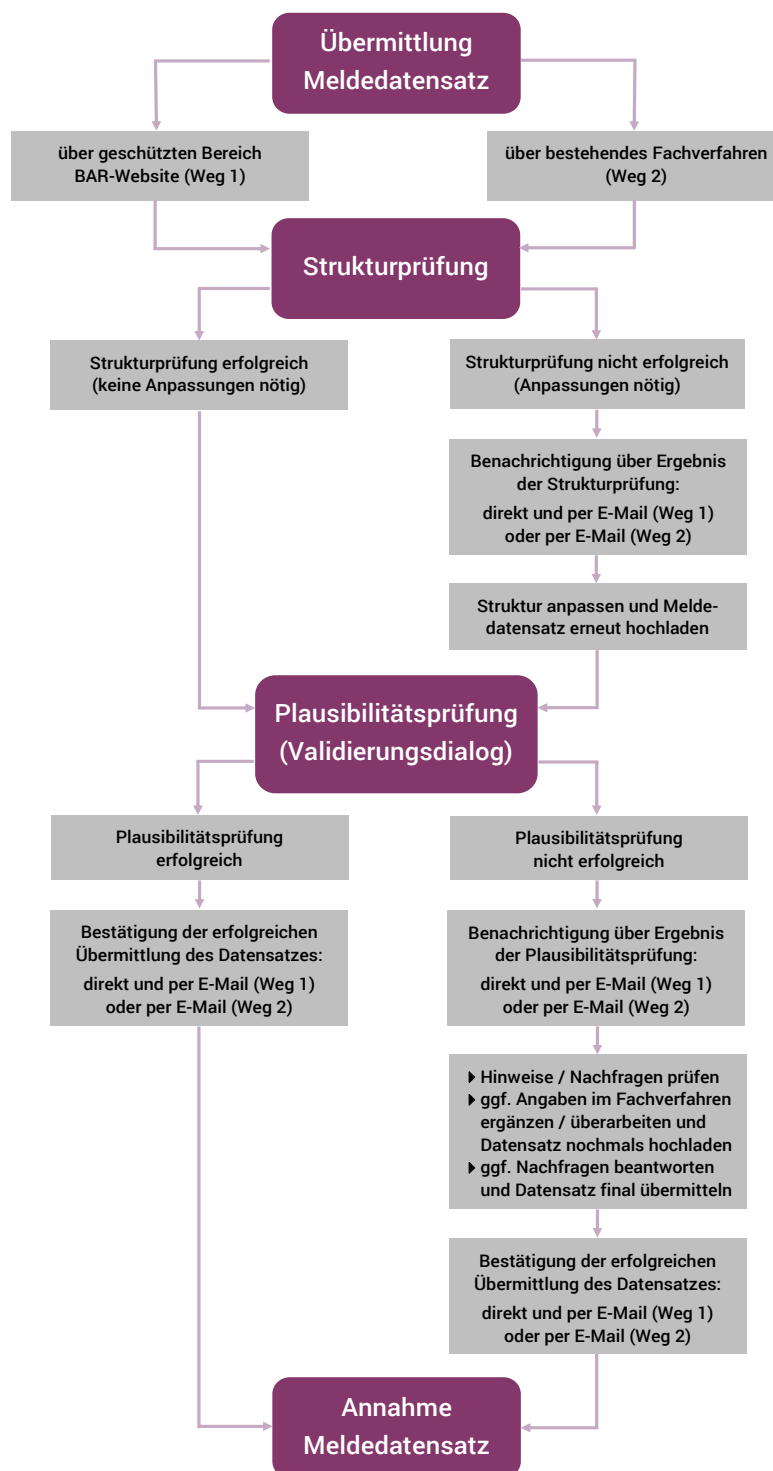


Abbildung 1. Schematischer Ablauf der Datenübermittlung durch die Träger bis zur Annahme des Meldedatensatzes (Stufe 1 des Plausibilitäts- und Validitätsverfahrens)

2.2 Stufe 2: Interne Validitätsprüfung

Nachdem der Meldedatensatz übermittelt und zur Weiterverarbeitung angenommen wurde, erfolgt im nächsten Schritt eine **interne Validitätsprüfung**. Dabei werden anhand von Plausibilisierungsregeln sowohl Werte für einzelne Meldevariablen als auch Beziehungen zwischen Meldevariablen geprüft.

Die Plausibilisierungsregeln ergeben sich logisch aus den Inhalten der 16 Sachverhalte und lassen sich in folgende Kategorien gliedern:

- Vorzeichen
- Dauer
- Teilmenge inklusive Summen
- Leistungsgruppen- versus Gesamtantrag
- Abhängigkeit bei Nullwert und fehlendem Wert

Um die Validität der Daten zu gewährleisten, werden unplausible Werte von der Auswertung ausgeschlossen. Für Regeln, die ein Größenverhältnis von zwei oder mehreren Meldevariablen abbilden, wurde eine Toleranz von 2 Prozent festgelegt. Das heißt, bei einer Abweichung von kleiner als 2 Prozent werden Werte zugelassen.

Die angewendeten Regeln sind im Folgenden sowie ergänzend im [Anhang](#) dargestellt.

Vorzeichen

Die Meldevariablen müssen per Definition größer oder gleich null sein (siehe [Anhang](#)). Die Übermittlung eines negativen Wertes hat einen Ausschluss dieses Wertes von der Auswertung zur Folge. Eine Ausnahme stellen die negativen Antrittslaufzeiten für Sachverhalt 7 mit den Meldevariablen m7a, m7a_z, m7a1, m7a1_z, m7a2 und m7a2_z dar. Diese müssen per Definition kleiner null sein. Ist eine aufsummierte negative Antrittslaufzeit (m7a_z, m7a1_z oder m7a2_z) mit null angegeben worden, ging diese nicht in die Auswertung ein. Das traf für das Berichtsjahr 2023 auf 6,3 Prozent aller aufsummierten negativen Antrittslaufzeiten zu. Zudem wurde in diesem Fall die jeweilige Anzahl der Leistungsantritte vor dem Bewilligungsbescheid (m7a_n, m7a1_n oder m7a2_n), sofern sie größer null war, von der Auswertung ausgeschlossen. Für die aufsummierten negativen Antrittslaufzeiten sind von einigen Trägern positive Werte übermittelt worden. Hier wurde im Zuge der Validierung ein negatives Vorzeichen ergänzt. Das traf für das Berichtsjahr 2023 auf 4,7 Prozent aller aufsummierten negativen Antrittslaufzeiten zu.

Dauer

Für [Sachverhalt 4](#) (Gutachtendauern), [Sachverhalt 5](#) (Bearbeitungsdauern), [Sachverhalt 7](#) (Antrittslaufzeiten) und [Sachverhalt 9](#) (Geltungsdauern von Teilhabeplänen) wurden jeweils aufsummierte und durchschnittliche Zeitdauern übermittelt. Die durchschnittliche Dauer bzw. Antrittslaufzeit ergibt sich aus der Division der aufsummierten Zeitdauer (Zähler) durch die jeweils übermittelte Anzahl (Nenner). Beispielsweise wird die Summe aller Gutachtendauern eines Trägers durch die Anzahl aller von ihm beauftragten Gutachten dividiert. Es zeigte sich, dass die übermittelte durchschnittliche Dauer in einigen Datensätzen nicht mit dem Quotienten aus der aufsummierten Zeitdauer (Zähler) durch die jeweils übermittelte Anzahl (Nenner) übereinstimmte. Deshalb wurden nicht die übermittelten durchschnittlichen Dauern und Antrittslaufzeiten, sondern der aus den übermittelten Werten für Zähler und Nenner berechnete Quotient für die Datenauswertung genutzt.

Über alle Sachverhalte und Träger hinweg ergab sich eine Spannweite für die durchschnittliche Dauer bzw. Antrittslaufzeit von 0 bis 1.748.093 Tage (negative Antrittslaufzeiten gehen hier mit dem Betrag ein). Um Unregelmäßigkeiten bei der Erfassung der Meldedaten auszuschließen, wurden alle berechneten durchschnittlichen Gutachten- und Bearbeitungsdauern größer als 365 Tage sowie Antrittslaufzeiten größer bzw. kleiner als 365 Tage und Geltungsdauern von Teilhabeplänen größer als 750 Tage von der Auswertung ausgeschlossen. Das traf auf 1,0 Prozent aller Dauern und Antrittslaufzeiten zu. Wenn sowohl für den Zähler als auch für den zugehörigen Nenner der Wert null übermittelt worden ist, wurde der Zähler von der Auswertung ausgeschlossen. Das traf für das Berichtsjahr 2023 auf 7,6 Prozent aller Zähler zu. Außerdem wurden Zähler größer 0 von der Auswertung ausgeschlossen, wenn für den jeweiligen Nenner der Wert null übermittelt worden ist. Das traf für das Berichtsjahr 2023 auf 0,04 Prozent aller Zähler zu. Eine durchschnittliche Dauer bzw. Antrittslaufzeit konnte außerdem nicht berechnet werden, wenn kein Wert für die Anzahl (Nenner) und gleichzeitig ein Wert für die zugehörige aufsummierte Dauer bzw. Antrittslaufzeit (Zähler) vorlag. Entsprechend wurde der Zähler von der Auswertung ausgeschlossen. Das traf für das Berichtsjahr 2023 auf 0,5 Prozent aller Zähler zu.

Die in diesem Abschnitt beschriebenen Plausibilisierungsregeln wurden auf die Gutachtendauer in [Sachverhalt 4](#), die Bearbeitungsdauern in [Sachverhalt 5](#), die Antrittslaufzeiten in [Sachverhalt 7](#) und die Geltungsdauern von Teilhabeplänen in [Sachverhalt 9](#) angewendet.

Teilmenge inklusive Summen sowie Leistungsgruppen- versus Gesamtantrag

Weitere Regeln zur Validierung beziehen sich auf das Verhältnis zweier oder mehrerer Meldevariablen zueinander. Einige Meldevariablen stellen Teilmengen anderer Meldevariablen dar, müssen also kleiner oder gleich sein. Die entsprechenden Plausibilisierungsregeln sind im [Anhang](#) aufgeführt. Existiert eine Meldevariable sowohl bezüglich der Gesamtanträge als auch bezüglich der Leistungsgruppen, können diese beiden Ebenen ins Verhältnis gesetzt werden. Die entsprechenden Plausibilisierungsregeln sind ebenfalls im [Anhang](#) beschrieben.

Abhängigkeit bei Nullwert und fehlendem Wert

Die folgenden Plausibilisierungsregeln beziehen sich auf Meldevariablen bei [Sachverhalt 3](#) (Fristen), [Sachverhalt 14](#) (Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen) und [Sachverhalt 15](#) (Widersprüche und Klagen). Sie berücksichtigen inhaltliche Abhängigkeiten von mindestens zwei Meldevariablen, wenn eine dieser Meldevariablen mit dem Wert null übermittelt wird.

Sind bei **Sachverhalt 3** keine Zuständigkeitsprüfungen bzw. Bedarfsermittlungen gemeldet worden (Wert von null oder fehlender Wert), ist eine Aussage zur Anzahl der Fristüberschreitungen irreführend. Ist gleichzeitig ein Wert größer oder gleich null für die Fristüberschreitungen gemeldet worden, wurde dieser Wert von der Auswertung ausgeschlossen. Analog wird bei **Sachverhalt 14** und **Sachverhalt 15** verfahren: Sind keine Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen gemeldet worden (Wert von null oder fehlender Wert), ist eine Aussage dazu, wie viele davon bewilligt oder abgelehnt wurden, irreführend. Ist gleichzeitig ein Wert größer oder gleich null für die Bewilligungen oder Ablehnungen dieser Erstattungsanträge gemeldet worden, wurde dieser Wert von der Auswertung ausgeschlossen. Werden bei **Sachverhalt 15** keine entschiedenen Widersprüche bzw. Klagen gemeldet (Wert von null oder fehlender Wert), ist eine Aussage dazu, wie viele davon bewilligt oder abgelehnt wurden, irreführend. Ist gleichzeitig ein Wert größer oder gleich null für die erfolgreichen Widersprüche bzw. Klagen gemeldet worden, wurde dieser Wert von der Auswertung ausgeschlossen.

Aufgrund einer unvollständigen Erfassung wurden die übermittelten Werte jeweils eines Trägers der JH und der EGH komplett von der Auswertung ausgeschlossen.

Insgesamt wurden im vorliegenden THVB 7,6 Prozent der übermittelten Werte aller Träger von der Auswertung ausgeschlossen, weil sie nicht plausibel waren.

Gibt ein Rehabilitationsträger an, dass bei ihm in einem Berichtsjahr keine Anträge vorliegen, die unter die Berichtspflicht für den THVB fallen, liegt eine **Fehlanzeige** vor. Auch Fehlanzeigen fließen in die Datenauswertung ein: Alle Meldevariablen, die eine Anzahl abbilden, werden bei Fehlanzeigen auf den Wert null gesetzt und gehen in die Datenauswertung ein. Eine Ausnahme bilden hier die Meldevariablen zur Anzahl der Fristüberschreitungen (**Sachverhalt 3**), zur Anzahl der bewilligten und abgelehnten Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen (**Sachverhalt 14**) sowie zur Anzahl erfolgreicher Widersprüche und Klagen (**Sachverhalt 15**), die bei Fehlanzeigen als fehlender Wert (anstatt mit dem Wert null) kodiert werden und somit nicht in die Datenauswertung eingehen. Meldevariablen, die eine Dauer abbilden (Sachverhalte **4**, **5**, **7** und **9**), werden bei Fehlanzeigen als fehlender Wert (anstatt mit dem Wert null) kodiert. Auch sie gehen nicht in die Datenauswertung ein.

Von Fehlanzeigen zu unterscheiden sind **Nicht-Meldungen**: Wenn ein Rehabilitationsträger keine Datenmeldung vornimmt, obwohl bei ihm Angaben zu mindestens einem der Sachverhalte nach § 41 Abs. 1 Nr. 1-16 SGB IX vorliegen, die in einer Erfassung für den THVB hätten berücksichtigt werden müssen, wird für das jeweilige Berichtsjahr eine Nicht-Meldung registriert. In diesem Fall hat es ein Träger versäumt, seiner gesetzlichen Berichtspflicht nachzukommen. Auch die jährliche Anzahl an Nicht-Meldungen wird differenziert nach Trägerbereich und Bundesland im THVB abgebildet.



Das Wichtigste im Überblick

Vor der Datenauswertung erfolgt ein zweistufiges Plausibilitäts- und Validitätsverfahren:

Stufe 1: Über die Web-Schnittstelle fand eine Prüfung der Struktur und Inhalte der übermittelten Meldedatensätze statt. Im Rahmen des Validierungsdialogs wurde der Träger auf unplausible Werte hingewiesen. Es wurde außerdem aufgezeigt, an welcher Stelle im Fachverfahren diese Angaben zu prüfen sind.

Zur weiteren Verarbeitung wurden die Meldedatensätze in eine zentrale Datenbank (Microsoft SQL Server) eingelesen und dort gespeichert.

Stufe 2: Nach der Annahme des Meldedatensatzes erfolgte eine interne Validitätsprüfung. Dabei wurden sowohl Werte für einzelne Meldevariablen als auch Beziehungen zwischen Meldevariablen geprüft.

Um die Validität der Daten zu gewährleisten, wurden unplausible Werte von der Auswertung ausgeschlossen. Das traf auf 7,6 Prozent der übermittelten Werte aller Träger zu.

3 Ergebnisse der Datenauswertung

In diesem Kapitel werden die ausgewerteten Daten der Rehabilitationsträger für das Berichtsjahr 2023 dargestellt. Es handelt sich um die Datendarstellungen zu den 16 Sachverhalten nach § 41 Abs. 1 Nr. 1-16 SGB IX und – bei ausgewählten Sachverhalten – um Darstellungen im Vergleich der Berichtsjahre 2022 und 2023 sowie der letzten vier Berichtsjahre 2020 bis 2023 ([Kapitel 3.4](#)). Ergebnisse bezüglich der Förderung der Selbsthilfe nach § 45 SGB IX werden in einem eigenen Kapitel gezeigt ([Kapitel 3.5](#)).

Die nachfolgenden Kapitel geben zunächst Hinweise zur Datengrundlage ([Kapitel 3.1](#)) sowie zur Darstellung und Auswertung der Daten ([Kapitel 3.2](#)).

3.1 Datengrundlage für den Teilhabeverfahrensbericht 2024

Für das Berichtsjahr 2023 sind insgesamt 1.267 Rehabilitationsträger bei der BAR als berichtspflichtig registriert. Hierbei entfallen 148 Träger auf den Bereich der Sozialversicherung und 1.119 auf den steuerfinanzierten Bereich. Die Teilmenge der steuerfinanzierten Träger setzt sich zusammen aus 1.117 Trägern aus den Bereichen EGH, JH und SER sowie 2 Trägern der Bundeswehr.¹⁷ [Tabelle 2](#) zeigt die Anzahl der berichtspflichtigen Träger aus dem steuerfinanzierten Bereich nach Bundesländern gegliedert.

Von den 1.267 im Berichtsjahr 2023 für eine Datenübermittlung registrierten Trägern haben 1.154 Träger eine Datenmeldung an die BAR vorgenommen. Das entspricht einer Meldequote von 91,1 Prozent.

Eine Datenmeldung für den THVB ist erfolgt, sobald

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

oder

- eine Fehlanzeige für den geforderten Berichtszeitraum vorliegt (siehe [Kapitel 2.2](#)).

Liegt weder ein finaler Datensatz noch eine Fehlanzeige eines Trägers vor, wird dies als Nicht-Meldung gewertet. [Abbildung 2](#) zeigt die Datengrundlage für den vorliegenden Bericht aufgeschlüsselt nach der Art der Datenmeldung.

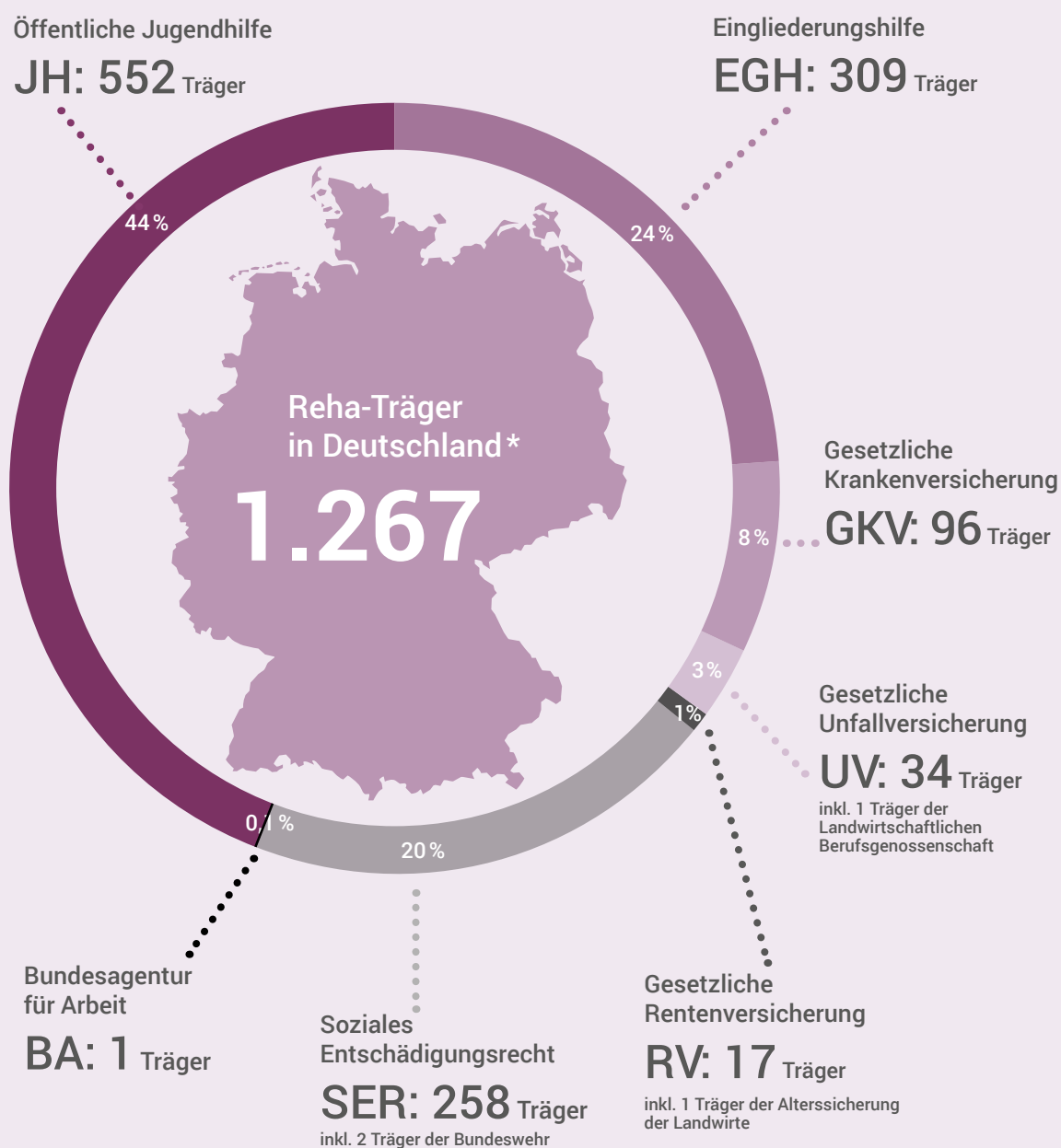
¹⁷ Die Anzahl der berichtspflichtigen Rehabilitationsträger aus dem Bereich der Sozialversicherung ist bekannt. Alle Träger aus diesem Bereich sind für die Datenübermittlung registriert. Für den steuerfinanzierten Bereich ist die Anzahl der berichtspflichtigen Rehabilitationsträger hingegen nicht abschließend bekannt. Zur Bestimmung hat die BAR-Geschäftsstelle entsprechende Abfragen bei den Bundesländern getätigt und die jeweiligen Landesausführungsgesetze systematisch ausgewertet. Auf dieser Grundlage ergibt sich für die EGH und JH ein fast vollständiger Erfassungsgrad.

Tabelle 2. Für das Berichtsjahr 2023 als berichtspflichtig registrierte Rehabilitationsträger der steuerfinanzierten Trägerbereiche nach Bundesländern (ohne Bundeswehr)

Bundesland		EGH	JH	KOF	KOV	Σ
Baden-Württemberg		45	46	43	30	164
Bayern		7	96	87	1	191
Berlin		1	1	1	1	4
Brandenburg		18	18	1	1	38
Bremen		2	2	1	1	6
Hamburg		1	1	1	1	4
Hessen		31	33	1	6	71
Mecklenburg-Vorpommern		8	8	9	1	26
Niedersachsen		49	54	45	1	149
Nordrhein-Westfalen		58	183	2	2	245
Rheinland-Pfalz		36	40	3	1	80
Saarland		1	6	1	1	9
Sachsen		14	13	1	1	29
Sachsen-Anhalt		1	13	1	1	16
Schleswig-Holstein		15	16	7	1	39
Thüringen		22	22	1	1	46
Gesamt		309	552	205	51	1.117

Quelle: BAR e. V., Datengrundlage: Berichtsjahr 2023

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



* Quelle: Angaben basieren auf der Anzahl bei der BAR gemeldeter berichtspflichtiger Träger gemäß § 41 SGB IX für das Berichtsjahr 2023.

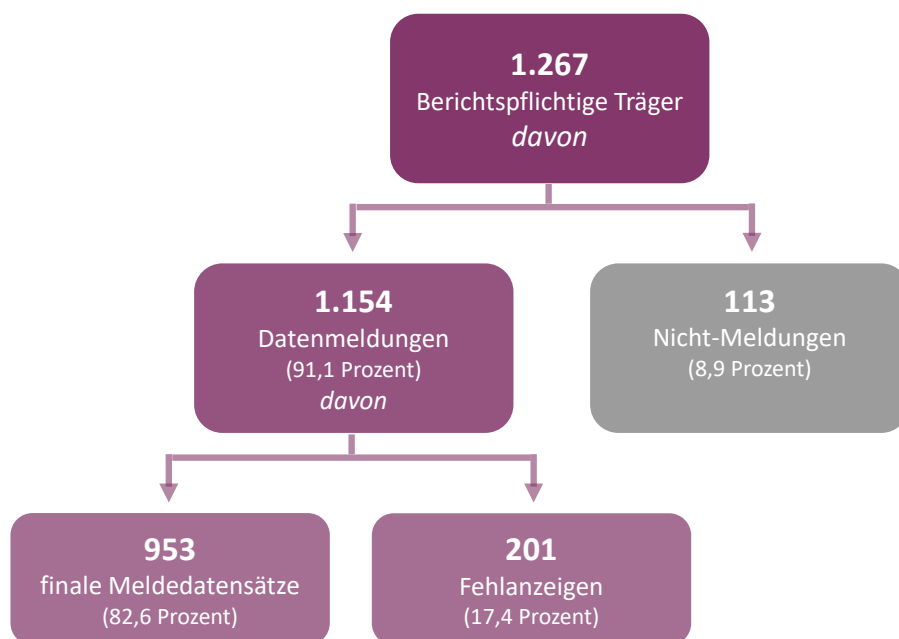


Abbildung 2. Datengrundlage für das Berichtsjahr 2023

Die Daten der 953 Träger mit einem finalen Meldedatensatz wurden im Zuge des zweistufigen Plausibilitäts- und Validitätsverfahrens bereinigt, wie in [Kapitel 2](#) beschrieben. Aufsummiert mit den 201 Fehlanzeigen ergeben sich daraus 1.154 Datenmeldungen, die als Grundlage für die Auswertungen für das Berichtsjahr 2023 dienen (siehe [Kapitel 3.4](#)). [Tabelle 3](#) zeigt die Anzahl der Datenmeldungen aufgeschlüsselt nach Trägerbereich für das Berichtsjahr 2023.

Tabelle 3. Anzahl der Datenmeldungen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Anzahl finaler Meldedatensätze	Anzahl Fehlanzeigen	Datenmeldung gesamt
BA	1	0	1
EGH	297	1	298
GKV	96	0	96
JH	453	15	468
RV	17	0	17
SER	55	185	240
UV	34	0	34
Gesamt	953	201	1.154

Datengrundlage: Berichtsjahr 2023.

Abbildung 3 zeigt über die Jahre hinweg, wie viel Prozent aller berichtspflichtigen Träger eine Datenmeldung für den THVB vorgenommen haben.

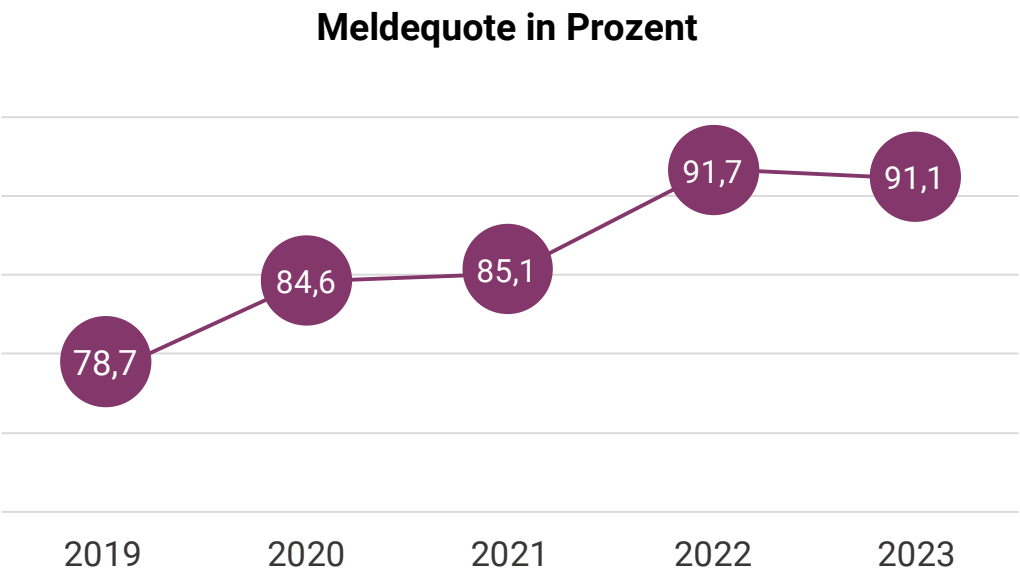


Abbildung 3. Entwicklung der Meldequote insgesamt (in Prozent)

Träger ohne Datenmeldung: Nicht-Meldung

Erfolgt für ein Berichtsjahr weder die Übermittlung eines finalen Meldedatensatzes noch eine Fehlanzeige, liegt eine Nicht-Meldung vor. Als Nicht-Meldung wird gewertet, wenn ein berichtspflichtiger Träger keine Datenmeldung an die BAR vornimmt, obwohl er sich dafür registriert hat. In diesem Fall ist ein Träger seiner gesetzlichen Berichtspflicht gemäß § 41 SGB IX nicht nachgekommen. Wie in [Abbildung 2](#) dargestellt, haben von 1.267 Trägern 113 (entspricht 8,9 Prozent) für das Berichtsjahr 2023 keine Datenmeldung vorgenommen und werden somit als Nicht-Meldung gezählt. [Tabelle 4](#) zeigt die Anzahl der Nicht-Meldungen pro Bundesland für die drei steuerfinanzierten Trägerbereiche. Aus dem Bereich der Sozialversicherung haben alle Träger eine Datenmeldung für das Berichtsjahr 2023 vorgenommen. Ihrer Berichtspflicht nicht nachgekommen sind 11 Träger aus dem Bereich der EGH (3,6 Prozent), 84 Träger aus dem Bereich der JH (15,2 Prozent) und 18 Träger aus dem Bereich des SER (7,0 Prozent). Insgesamt liegen also 113 Nicht-Meldungen für das Berichtsjahr 2023 vor. 43 Träger haben im Vorjahr keine Daten übermittelt, dafür im aktuellen Berichtsjahr. 50 Träger kamen im Vorjahr ihrer Berichtspflicht nach, im aktuellen Berichtsjahr jedoch nicht.

Tabelle 4. Anzahl der Nicht-Meldungen nach Trägerbereich und Bundesland

Bundesland		Anzahl Nicht-Meldungen pro Trägerbereich			Gesamt Nicht-Meldungen	
		EGH	JH	SER	Σ	Anteil in %
Baden-Württemberg		0	7	1	8	4,9
Bayern		0	12	4	16	8,4
Berlin		0	0	0	0	0
Brandenburg		1	3	0	4	10,5
Bremen		0	0	0	0	0
Hamburg		0	0	0	0	0
Hessen		1	2	0	3	4,2
Mecklenburg-Vorpommern		0	2	2	4	15,4
Niedersachsen		0	8	6	14	9,4
Nordrhein-Westfalen		6	29	1	36	14,7
Rheinland-Pfalz		1	6	0	7	8,8
Saarland		0	0	0	0	0
Sachsen		0	2	0	2	6,9
Sachsen-Anhalt		0	5	0	5	31,3
Schleswig-Holstein		1	4	2	7	17,9
Thüringen		1	4	2	7	15,2
Gesamt		11	84	18	113	10,1

Datengrundlage: Berichtsjahr 2023.

3.2 Hinweise zur Darstellung und Auswertung

Die BAR ist zur Neutralität verpflichtet und stellt die übermittelten Daten entsprechend neutral und objektiv dar. Es erfolgt im gesamten Bericht keine namentliche Nennung eines Trägers, sondern die Rehabilitationsträger werden anhand ihrer PUB-ID dargestellt, die lediglich Rückschluss auf den Trägerbereich ermöglicht.¹⁸ In den Abbildungen und Tabellen sowie im Fließtext sind die Daten der Rehabilitationsträger in alphabetischer Reihenfolge genannt.

Die Daten wurden – in Abhängigkeit ihrer Verfügbarkeit – auf verschiedenen Ebenen ausgewertet:

1. **Auf Systemebene** werden Daten in einer Gesamtschau aller Trägerbereiche dargestellt.
2. **Auf Ebene des jeweiligen Trägerbereichs** werden die Daten der einzelnen Träger des jeweiligen Trägerbereichs aggregiert dargestellt.
 - Die Daten der SVLFG sind für die LAK unter dem Trägerbereich RV; für die LBG unter dem Trägerbereich UV und für die LKK unter dem Trägerbereich GKV dargestellt.
 - Die Daten der Bundeswehr sind unter dem Trägerbereich SER dargestellt.
3. **Auf Ebene des einzelnen Trägers** erfolgt eine trägerspezifische Darstellung. Anhand der PUB-ID sind nur Rückschlüsse auf den Trägerbereich möglich.
4. Im **Bereich EGH** werden auf Trägerebene einige Merkmale getrennt nach der Zuständigkeit als örtliche oder überörtliche Träger dargestellt (Datenmeldungen von 14 überörtlichen und 284 örtlichen EGH-Trägern). Damit werden die Ergebnisse in Abhängigkeit von der Zuständigkeitsstruktur in den Bundesländern ausgewiesen. Die Kennzahlen werden im Fließtext unter dem entsprechenden Sachverhalt berichtet. Der [Anhang](#) enthält die jeweilige Datengrundlage sowie weitere Ergebnisse.

Im Folgenden werden Hinweise gegeben, die bei der Betrachtung der Ergebnisse berücksichtigt werden sollten.

Darstellung der Daten

- Die Datendarstellungen in [Kapitel 3.4](#) beruhen mit Ausnahme von Sachverhalt 1 auf Auswertungen in Bezug auf Gesamtanträge. Datendarstellungen, die auf Auswertungen mit Bezug auf LG-Anträge beruhen, werden im [Anhang 1.a](#) dargestellt.
- Unter jeder **Tabelle und Abbildung** befinden sich in **Fußnoten** erläuternde Hinweise zur Datengrundlage und zu den Werteangaben.
- Da es sich bei den von den Rehabilitationsträgern übermittelten Werten um bereits **aggregierte Daten** handelt, sind die Angaben von **Dauern und Laufzeiten jeweils Durchschnittswerte**. Diese Mittelwerte wurden in der Regel als **gewichtete Mittelwerte** berechnet.

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

- Werte wurden kaufmännisch in der Regel auf die **erste Nachkommastelle gerundet**.
- Bei Abbildungen, die eine prozentuale Verteilung aufzeigen, sind **Prozentwerte kleiner 5 Prozent** zur besseren Lesbarkeit **nicht beschriftet** (siehe beispielsweise [Abbildung 9](#)).
- **Werte**, die nicht ausgewiesen werden können, da sie für einen Trägerbereich **nicht zutreffend** sind, werden mit „*“, „**“ und „***“ dargestellt. Die jeweiligen Gründe werden in einer entsprechenden Fußnote erläutert.
- Bei der Datendarstellung befindet sich zu jedem Sachverhalt mindestens eine farblich abgesetzte Infobox (siehe [Kapitel 3.4](#)). Insgesamt gibt es zwei Arten von Infoboxen:



1. Infobox „Zur Einordnung der Daten“:

In dieser Infobox werden Hinweise zur Methodik, zur Datenauswertung und zur Datengrundlage gegeben. Hier wird insbesondere erläutert, wie mit fehlenden Werten oder unvollständigen Meldedatensätzen umgegangen wurde. Außerdem wird das jeweilige Vorgehen bei der Berechnung von Anteilen beschrieben.



2. Infobox „Aus den Trägerbereichen“:

In dieser Infobox wurden die Eingaben aus den jeweiligen Trägerbereichen aufgenommen, sofern sie sich nicht bereits in der Infobox „Zur Einordnung der Daten“ oder als Fußnoten / Hinweise unter den jeweiligen Abbildungen und Tabellen wiederfinden. Jeder Trägerbereich hatte über den Beteiligungsbericht und über den Beirat Teilhabeverfahrensbericht die Möglichkeit, sich vor Veröffentlichung des Berichts mit der Darstellung seiner übermittelten Daten auseinanderzusetzen. Die Erläuterungen in der Infobox „Aus den Trägerbereichen“ sollen eine qualitativ richtige Einordnung der Daten unterstützen und möglichen Fehlinterpretationen vorbeugen.

Umgang mit Null- und fehlenden Werten

- Für die Auswertung der einzelnen Sachverhalte liegen **nicht von allen Trägern Daten in gleichem Umfang** vor, da beispielsweise keine Werte übermittelt wurden, eine Fehlanzeige vorliegt oder Werte im Zuge des Plausibilitäts- und Validitätsverfahrens bereinigt werden mussten (siehe [Kapitel 2](#)). Aus diesem Grund ist die **jeweils verwendete Datengrundlage von Sachverhalt zu Sachverhalt** und auch bei Auswertungen innerhalb eines Sachverhalts **unterschiedlich**. Die entsprechenden Datengrundlagen werden sowohl in den jeweiligen Tabellen bzw. Abbildungen als auch in den Infoboxen „Zur Einordnung der Daten“ nochmals erläutert.
- Die Information, von wie vielen Trägern Daten ausgewertet werden konnten, wird mit absoluten und relativen Angaben in der jeweiligen **Tabellenspalte „Träger“** ausgewiesen (siehe [Abbildung 4](#)). Die relativen Angaben errechnen sich aus der Anzahl der für die jeweilige Auswertung verwendbaren Datensätze, die

ins Verhältnis zur Gesamtanzahl aller Meldungen aus dem jeweiligen Trägerbereich gesetzt wurden (siehe [Tabelle 4](#)). Hier ist die **Spannweite von Sachverhalt zu Sachverhalt sehr unterschiedlich**. Die Angabe von 0 Prozent bedeutet, dass von keinem der Träger aus dem entsprechenden Trägerbereich Angaben vorliegen bzw. für die Auswertung genutzt werden konnten. Die Angabe von 100 Prozent bedeutet, dass die Daten aller Träger aus diesem Trägerbereich, die eine Meldung vorgenommen haben, für diese Auswertung genutzt werden konnten.

- Zusätzlich wird in der **Tabellenspalte „Träger mit Wert null“** ebenfalls mit absoluten und relativen Angaben aufgezeigt, wie viele Träger für ein Merkmal den Wert null übermittelt haben (siehe [Abbildung 4](#)). Darin sind u. a. alle Fehlanzeigen enthalten. Zur Berechnung der relativen Angaben wurde die Anzahl der Datensätze, in denen die jeweilige Meldevariable mit null angegeben ist, ins Verhältnis zur Gesamtanzahl aller Meldungen aus dem jeweiligen Trägerbereich gesetzt (siehe [Tabelle 4](#)). Aus den absoluten Angaben in der Spalte „Träger mit Wert null“ lässt sich ablesen, wie viele Träger gemeldet haben, dass bei ihnen ein bestimmtes Merkmal im Berichtsjahr nicht vorgekommen ist. Träger mit fehlenden Werten sind in dieser Anzahl nicht enthalten. Die Werte in dieser Spalte geben einen Hinweis auf die Häufigkeitsverteilung eines Merkmals innerhalb eines Trägerbereichs. Hohe Werte in der Klammer (Anteil in Prozent an allen Meldungen aus einem Trägerbereich) zeigen, dass viele Träger für das Merkmal den Wert null gemeldet haben und das Merkmal deshalb nur auf einzelne Träger innerhalb eines Trägerbereichs zutrifft.
- Meldevariablen, zu denen kein Wert vorliegt, weil keine Werte übermittelt wurden oder Werte im Zuge des Plausibilitäts- und Validitätsverfahrens bereinigt werden mussten (fehlender Wert), werden mit **„keine Angabe“ (k. A.)** dargestellt. Diese Darstellung wird auch genutzt, wenn beispielsweise eine Meldevariable aus zwei weiteren Meldevariablen errechnet wird und zu einer dieser Meldevariablen (oder auch zu beiden) kein Wert vorliegt.



Trägerbereich	Träger	Träger mit Wert null
BA	1 (100%)	0 (0%)
EGH	254 (88,5%)	107 (37,3%)
GKV	100 (98,0%)	7 (6,9%)
JH	335 (77,7%)	213 (49,4%)
RV	17 (100%)	2 (11,8%)
SER	203 (98,1%)	192 (92,8%)
UV	0 (0%)	k. A. (0%)
Gesamt	910 (84,3%)	521 (48,3%)

Abbildung 4. Beispiel einer fiktiven Tabelle mit den Spalten „Träger“ und „Träger mit Wert null“

Geheimhaltungsverfahren zur Wahrung des Datenschutzes

Zur Wahrung des Datenschutzes wird im THVB das Verfahren der stochastischen Überlagerung verwendet (für eine ausführliche Erläuterung hierzu siehe [Kapitel 3.3](#)). Hierfür liegen folgende Modellannahmen und Anwendungskriterien zugrunde:

- Grundsätzlich können bei jedem Träger alle gemeldeten Werte einer Meldevariable **mit einem Zufallswert von minus zwei (-2) bis plus zwei (+2) überlagert** werden.
- Es können nur sehr **kleine Werte** (zwischen eins (1) und vier (4)) stochastisch überlagert werden. Werte ab fünf (5) werden bei der Überlagerung nicht berücksichtigt. Das bedeutet, sie werden weder überlagert noch können sie das Ergebnis einer Überlagerung sein.
- Die Werte zur Anzahl der Träger, von denen Angaben ausgewertet werden konnten, werden nicht stochastisch überlagert. In der **Tabellenspalte „Träger“** werden somit immer die Originalwerte angegeben. Gleiches gilt für die Tabellenspalte „Träger mit Wert null“.
- **Werte von null (0)** werden nicht überlagert und können nicht das Ergebnis einer Überlagerung sein.
- Werte, die eine **Dauer oder Antrittslaufzeit** abbilden, werden nicht überlagert. Das bedeutet, die Ergebnisse zu den durchschnittlichen Dauern bei [Sachverhalt 4](#) (Gutachtendauer), [Sachverhalt 5](#) (Bearbeitungsdauer), [Sachverhalt 9](#) (Geltungsdauer eines Teilhabeplans) und den durchschnittlichen Antrittslaufzeiten bei [Sachverhalt 7](#) (Antrittslaufzeit) werden immer mit dem Originalwert angegeben.
- **In der Summe** gleichen sich alle Überlagerungen aus.

Übertragen auf die Werte für das Berichtsjahr 2023 bedeutet das:

- **24 von 80 Meldevariablen bleiben grundsätzlich unverändert.** Hierbei handelt es sich um Meldevariablen, die eine durchschnittliche Dauer oder Antrittslaufzeit abbilden, die jeweils in Tagen angegeben werden. Aus diesen Informationen kann kein Bezug zu einer einzelnen Person hergestellt werden.
- Unter den restlichen 56 Meldevariablen existieren im Berichtsjahr 2023
 - 2.760 Werte mit der Ausprägung von 1
 - 1.442 Werte mit der Ausprägung von 2
 - 937 Werte mit der Ausprägung von 3
 - 726 Werte mit der Ausprägung von 4
- Werte größer als 4 bleiben von einer Überlagerung unberührt.
- Alle für eine Überlagerung potenziell in Frage kommenden Häufigkeiten mit einer Ausprägung von 1 bis 4 ergeben aufsummiert 5.865.
- Die erwartbare durchschnittliche Anzahl von überlagerten Werten beträgt 1.886,7. Dieser Wert ergibt sich aus den Veränderungswahrscheinlichkeiten der Übergangsmatrix (siehe [Abbildung 4](#)) multipliziert mit den absoluten Häufigkeiten der Ausprägungen von 1 bis 4.

- Dies entspricht einem Anteil von ca. 32 Prozent an allen in Frage kommenden Werten für eine Überlagerung.
- Dies entspricht einem Anteil von ca. 3 Prozent an allen in die Auswertung eingegangenen Werten der Träger. Dementsprechend bleiben ca. 97 Prozent aller Werte Originalwerte.
- Bei insgesamt 174 Quoten oder Differenzen wäre es durch die stochastische Überlagerung zu unplausiblen Werten gekommen (z. B. Quoten über 100 Prozent oder negative Anzahlen). Hier wurde jeweils der Originalwert beibehalten.

Jahresvergleiche und Zeitreihen

- Einige Träger hatten Daten für das Berichtsjahr 2022 gemeldet, nicht aber für 2023. Umgekehrt haben andere Träger für das Berichtsjahr 2023 erstmalig gemeldet, die für 2022 keine Daten übermittelt hatten. Insbesondere absolute Werte (wie beispielsweise die Anzahl der Gesamtanträge aus [Sachverhalt 1](#)) sind von einer veränderten Anzahl der für einen Sachverhalt meldenden Träger abhängig. Melden in einem Berichtsjahr beispielsweise mehr Träger ihre Daten als im Vorjahr, kann durch diesen Umstand die berichtete absolute Anzahl für die entsprechende MeldevARIABLE steigen, ohne dass es hier eine tatsächliche Veränderung gegeben hat. Aus diesem Grund werden für die vorgestellten **Jahresvergleiche nur die Daten der Träger** berücksichtigt, von denen die entsprechende(n) MeldevARIABLE(n) **sowohl für das Berichtsjahr 2022 als auch für das Berichtsjahr 2023** vorliegen.
- In den Darstellungen zum Jahresvergleich ist neben den Angaben für die Berichtsjahre 2022 und 2023 vermerkt, wie sich die Werte über die beiden Jahre hinweg verändert haben. Handelt es sich um absolute Werte wie Anzahlen, wird hierfür immer die relative und in Tabellen auch die absolute Differenz angegeben. Handelt es sich um relative Werte wie Anteile, wird angegeben, um wie viele Prozentpunkte der Anteil für das Berichtsjahr 2023 vom entsprechenden Anteil für das Berichtsjahr 2022 abweicht. Handelt es sich um Dauern oder Antrittslaufzeiten, wird die absolute Differenz in Tagen angegeben.
- Die Entwicklung der Anzahl der Gesamtanträge aus [Sachverhalt 1](#) wird über die letzten vier Berichtsjahre hinweg gezeigt. Um den Entwicklungstrend pro Trägerbereich abzubilden, wird für jeden Trägerbereich ein separates Balkendiagramm sowie ein Balkendiagramm mit den Gesamtwerten aller Trägerbereiche insgesamt gezeigt. Die Veränderung im Vergleich zum Vorjahr wird in Prozent angegeben. Die absoluten Werte sind außerdem im [Anhang](#) in Tabelle A-21 nachzulesen. Für die Auswertung wurden nur die Daten der Träger berücksichtigt, von denen eine Angabe zur Anzahl der gestellten Anträge für alle vier betrachteten Berichtsjahre 2020, 2021, 2022 und 2023 vorliegt.
- Im Falle von Trägerfusionen, wie sie im Bereich der GKV vorkamen, wurden für Jahresvergleiche sowohl die jeweils aufgenommenen als auch die aufzunehmenden Träger berücksichtigt. Die Anzahl der Träger in der Datengrundlage bezieht sich auf den Gebietsstand 2023.
- Bei den Jahresvergleichen gibt der Gebietsstand den Zeitpunkt der vorliegenden Trägerstruktur an. Die Angabe des Gebietsstands ist deshalb bedeutsam, weil sich Trägerstrukturen im Zeitverlauf ändern können (z. B. bei Fusionierung von Krankenkassen im Bereich der GKV). Werden in einer Auswertung die Daten mehrerer Berichtsjahre dargestellt, wird der aktuelle Gebietsstand auf die früheren Berichtsjahre projiziert, d. h. die früheren Berichtsjahre werden nach dem aktuellen Gebietsstand ausgewertet. Dadurch ist man bei Jahresvergleichen unabhängig von Änderungen der Trägerstruktur.

3.3 Neues Geheimhaltungsverfahren ab dem THVB 2024: Stochastische Überlagerung

Ausgangslage

Für den THVB werden **keine personenbezogenen Daten** gemeldet, sondern nur anonyme und bereits aggregierte Antragsdaten übermittelt. Dennoch kann es im Einzelfall durch Rückschließbarkeit – insbesondere bei kleinen Fallzahlen – dazu kommen, dass klar wird, auf wen sich eine einzelne Information bezieht. Falls dieser Bezug zur Person hergestellt werden kann (**Personenbeziehbarkeit liegt vor**), muss auf den Datenschutz geachtet werden. Bei den bisherigen Publikationen wurde im THVB als Geheimhaltungsverfahren ein Zellsperverfahren umgesetzt. Bei diesem Verfahren werden absolute Werte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 aus Gründen des Datenschutzes (auch anteilig) nicht dargestellt bzw. mit einem * markiert und von vorhandenen Randsummen abgezogen.

Durch die zunehmende Datengrundlage und Komplexität der Auswertungen hat sich gezeigt, dass das Zellsperverfahren **zeitaufwändig und fehleranfällig** ist. Eine Automatisierung ist durch die Komplexität einer sekundären Anonymisierung (also dem Ausschließen einer Rückrechenbarkeit des Originalwertes) nicht oder nur mit sehr hohem Aufwand realisierbar, da hierbei tabellenübergreifende Rückrechenbarkeiten ausgeschlossen werden müssen. Ein weiterer Nachteil des Zellsperverfahrens ist, dass **Randsummen nicht konsistent** sind. Es kommt in Abhängigkeit von der inhaltlichen Gestaltung einer Tabelle zu unterschiedlichen Randsummen, denn zum Ausschließen einer Rückrechenbarkeit wurde beim THVB der anonymisierte Wert immer von der jeweiligen Randsumme abgezogen. Um die erwähnten Nachteile auszugleichen, wurde nach alternativen Geheimhaltungsverfahren recherchiert.

Ausgangspunkt für die Recherche nach einem alternativen Geheimhaltungsverfahren für den THVB war der Verhaltenskodex für europäische Statistiken, der national im § 16 Abs. 1 Bundesstatistikgesetz (BStatG) geregelt ist. Darüber hinaus wurden die Entscheidungskriterien des Statistischen Bundesamtes (Destatis) für die Auswahl eines Geheimhaltungsverfahrens zugrunde gelegt¹⁹. Als Praxisbeispiele wurden das derzeitige statistische Geheimhaltungsverfahren der BA (Zellsperverfahren sowie deterministische Rundung)²⁰ und die Zensus-Statistik²¹ hinzugezogen.

19 Statistisches Bundesamt (Destatis). Entscheidungskriterien für die Auswahl eines Geheimhaltungsverfahrens. Wiesbaden; 2018. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Methoden/WISTA-Wirtschaft-und-Statistik/2018/03/entscheidungskriterien-geheimhaltungsverfahren-032018.html>; letzter Zugriff am 24.10.2024.

20 Bundesagentur für Arbeit. Statistische Geheimhaltung. Rechtliche Grundlagen und fachliche Regelungen der Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Nürnberg; Oktober 2021. Verfügbar unter: https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Grundlagen/Rechtsgrundlagen/Statistische-Geheimhaltung/Generische-Publikationen/Statistische-Geheimhaltung.html?__blob=publicationFile; letzter Zugriff am 24.10.2024.

21 Zensus 2022. Wie funktioniert der Zensus? Geheimhaltung beim Zensus. Verfügbar unter: <https://www.zensus2022.de/DE/Wie-funktioniert-der-Zensus/geheimhaltung-beim-zensus.html>; letzter Zugriff am 24.10.2024.

Die stochastische Überlagerung

Unter einer stochastischen Überlagerung versteht man das zufällige Hinzufügen eines Wertes zu einer Variablen. Bei diesem Verfahren erhält jeder Originalwert anhand vorgegebener Kriterien die Chance (Wahrscheinlichkeit), bei der Datenauswertung mit einem „Überlagerungswert“ verändert zu werden. Diese vorgegebenen Kriterien sind Modellannahmen, die als Rahmenbedingungen vorab festlegen, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, dass ein Wert für eine Variable überlagert wird oder nicht und mit welchem Wert.

Zusammen mit nicht veränderten Originalwerten werden überlagerte Werte für die Datenauswertung benutzt und letztlich in Tabellen und Abbildungen veröffentlicht. Die Originalwerte der überlagerten Werte können durch die Leserschaft nicht rekonstruiert werden. Durch die Unsicherheit, welcher der Werte ein Originalwert und welcher ein überlagerter Wert ist und mit welchem Wert er ggf. überlagert wurde, entsteht eine Anonymisierung.

Umsetzungsschritte

Für die Umsetzung und Anwendung des Verfahrens werden zunächst Modellannahmen und Kriterien dafür festgelegt, wann ein Wert sich ändern sollte.

Die Modellannahmen können in Form einer Übergangsmatrix veranschaulicht werden. Die Werte in einer Übergangsmatrix geben die Wahrscheinlichkeit an, dass ein Originalwert in einen überlagerten Wert „übergeht“.

Abbildung 4 zeigt die Übergangsmatrix für das Berichtsjahr 2023.

Übergangsmatrix						
		Finaler Wert				
		0	1	2	3	4
Originaler Wert	0	1	0	0	0	0
	1	0	0,800	0,180	0,020	0
	2	0	0,354	0,500	0,126	0,020
	3	0	0,020	0,314	0,500	0,166
	4	0	0	0,020	0,180	0,800

Abbildung 5. Übergangsmatrix für das Berichtsjahr 2023

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

Lesebeispiel 1: Ein Originalwert von null (0) wird mit 100-prozentiger Wahrscheinlichkeit beim Wert 0 bleiben (finaler Wert). Dass Werte von 0 nicht überlagert werden, ist eine der Modellannahmen, die zuvor festgelegt wurde.

Lesebeispiel 2: Ein Originalwert von 2 wird mit 35,4-prozentiger Wahrscheinlichkeit zum finalen Wert 1 überlagert. Eine weitere Modellannahme ist, dass sich alle Überlagerungen in der Summe ausgleichen. Das heißt, alle minus zwei (-2) bis plus zwei (+2) Veränderungen, über alle Werte aller Variablen, gleichen sich aus.

Umgang mit unplausiblen Werten

Falls durch eine stochastische Überlagerung unplausible Werte bei Differenzen oder Quoten entstehen sollten (z. B. falls aufgrund der stochastischen Überlagerung die Quote zu Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung für einen einzelnen Träger über 100 Prozent liegen sollte), werden die für die Berechnung benötigten Werte dieses Trägers nicht überlagert (Ausnahme Quote m13/m13_f, siehe [Anhang 3.c](#)).

Im THVB existieren insgesamt 22 Differenzen oder Quoten, die unplausibel werden könnten und für die diese Regel gelten würde. Im [Anhang 3.c](#) werden diese Differenzen und Quoten tabellarisch aufgezeigt.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

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

3.4.1 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.“ [12] Dieser Antrag umfasst also alle benötigten Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe und wird im THVB als Gesamtantrag bezeichnet.

Reha- und Teilhabeleistungen lassen sich nach § 5 SGB IX folgenden Leistungsgruppen zuordnen:

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

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

- Ein Antrag auf Reha- und Teilhabeleistungen wird immer als Gesamtantrag 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 (siehe [Abbildung 6](#)).

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

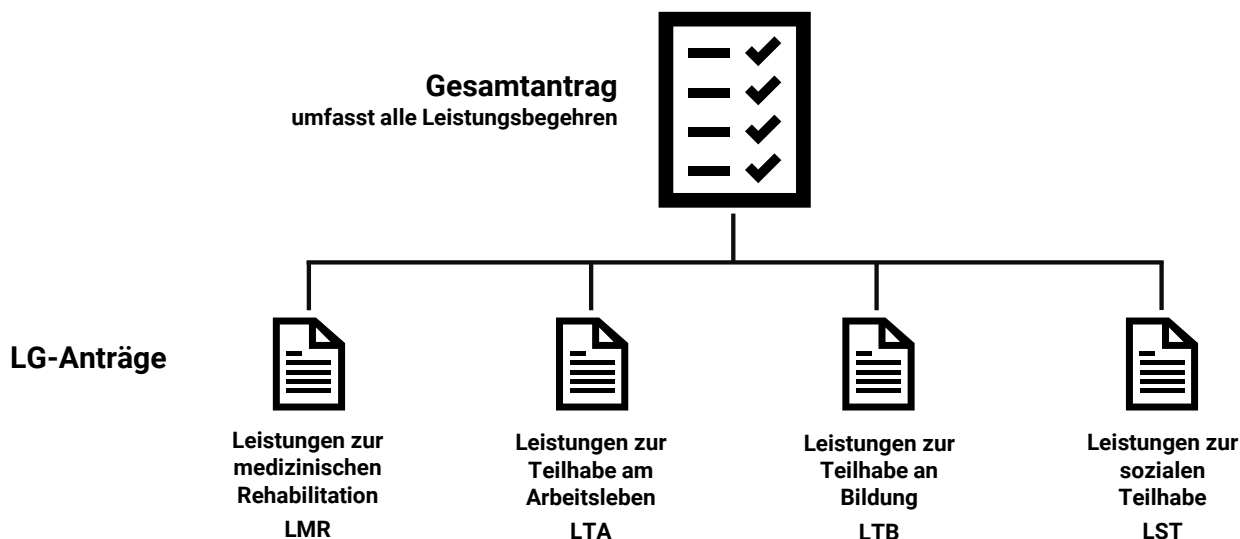


Abbildung 6. Schematische Darstellung eines Gesamtantrags mit LG-Anträgen

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

Die Anzahl der Anträge beinhaltet die Gesamtheit aller bei einem Rehabilitationsträger gestellten bzw. eingegangenen Anträge innerhalb eines Berichtsjahres, unabhängig von deren weiteren Bearbeitungsverläufen. Neben den als erstangegangener Träger in eigener Zuständigkeit bearbeiteten Anträgen können in der jeweiligen Anzahl der Gesamt- und der LG-Anträge also einerseits Anträge enthalten sein, die von diesem Rehabilitationsträger an einen anderen Träger weitergeleitet werden. Andererseits können darin auch Anträge enthalten sein, die von einem anderen, nicht zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet wurden. In der Berechnung der Gesamtzahl aller gestellten Anträge eines Berichtsjahres kann ein Antrag demnach auch mehr als einmal gezählt werden.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Zur Einordnung der Daten

Angaben zur Anzahl der gestellten bzw. eingegangenen Anträge liegen von 1.152 Trägern vor. Die Datengrundlage für die Anzahl der Anträge in 2023 beläuft sich auf 3.222.471 Gesamtanträge ([Tabelle 5](#), [Tabelle 6](#) und [Abbildung 7](#)).

Da ein Gesamtantrag mehrere LG-Anträge beinhalten kann, muss die Summe der LG-Anträge ([Tabelle 7](#)) nicht zwingend der Anzahl der Gesamtanträge ([Tabelle 5](#), [Tabelle 6](#) und [Abbildung 7](#)) entsprechen.

Die prozentualen Anteile der Anträge innerhalb der Leistungsgruppen an allen LG-Anträgen können nur für die Träger berechnet werden, bei denen im Berichtsjahr mindestens ein Antrag innerhalb mindestens einer der vier Leistungsgruppen eingegangen ist und von denen Angaben zu allen vier Leistungsgruppen vorliegen. Die entsprechende Datengrundlage beläuft sich somit auf 3.430.410 LG-Anträge von 944 Trägern ([Abbildung 9](#)).

Die durchschnittliche Anzahl der LG-Anträge pro Träger in [Tabelle 8](#) kann nur bei den 1.149 Trägern berechnet werden, von denen Angaben zu allen vier Leistungsgruppen vorliegen. Sie beläuft sich auf 3.430.410 LG-Anträge.

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

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Tabelle 5 und **Abbildung 7** zeigen, wie viele Gesamtanträge pro Trägerbereich unabhängig von den beantragten Leistungsgruppen gestellt wurden bzw. eingingen. In **Abbildung 8** ist dargestellt, welchen Anteil die eingegangenen Gesamtanträge eines Trägerbereichs an allen Gesamtanträgen ausmachen.

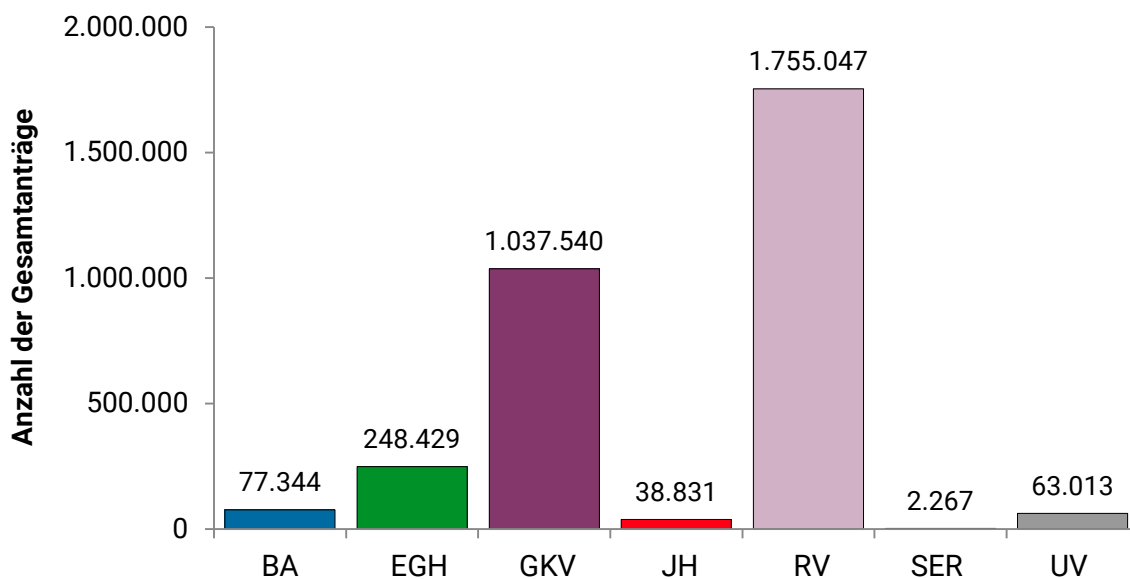
Tabelle 5. Anzahl der Gesamtanträge nach Trägerbereich

Trägerbereich	Gesamtanträge	Träger	Träger mit Wert null ¹
BA	77.344	1 (100%)	0 (0%)
EGH	248.429	297 (99,7%)	1 (0,3%)
GKV	1.037.540	96 (100%)	0 (0%)
JH	38.831	467 (99,8%)	15 (3,2%)
RV	1.755.047	17 (100%)	0 (0%)
SER	2.267	240 (100%)	189 (78,8%)
UV	63.013	34 (100%)	0 (0%)
Gesamt	3.222.471	1.152 (99,8%)	205 (17,8%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2023.

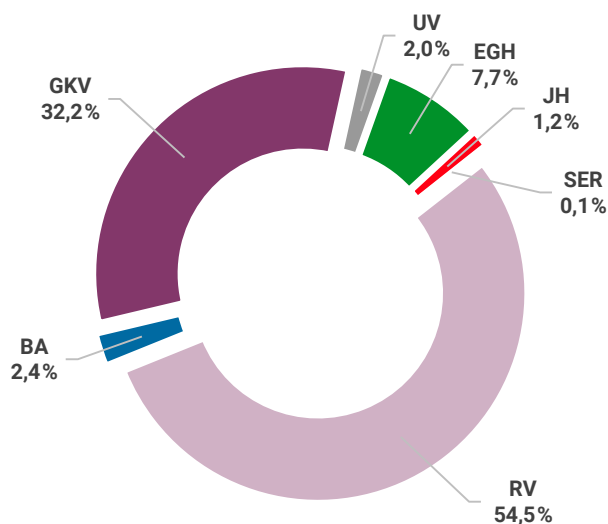
¹ Anzahl der Träger, bei denen in 2023 keine Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe gestellt wurden. In diesem Wert sind auch die gemeldeten Fehlanzeigen enthalten.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Datengrundlage: 3.222.471 Gesamtanträge von 1.152 Trägern für das Berichtsjahr 2023.

Abbildung 7. Anzahl der Gesamtanträge nach Trägerbereich



Datengrundlage: 3.222.471 Gesamtanträge von 1.152 Trägern für das Berichtsjahr 2023.

Abbildung 8. Prozentualer Anteil der Gesamtanträge nach Trägerbereich

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Im Trägerbereich EGH entfällt mehr als die Hälfte aller gestellten Gesamtanträge (59,5 Prozent) auf die 14 überörtlichen Träger. Die übrigen Gesamtanträge (40,5 Prozent) verteilen sich auf 282 örtliche Träger (siehe [Anhang 1.c](#)).

In [Tabelle 6](#) ist die durchschnittliche Anzahl der Gesamtanträge sowie deren minimale und maximale Anzahl pro Trägerbereich dargestellt. Ein Wert von null im Minimum bedeutet, dass bei diesem Träger in 2023 keine Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eingegangen sind, die in einer Erfassung für den THVB hätten berücksichtigt werden müssen. Dies trifft auf einen EGH-Träger, 15 JH-Träger und 189 SER-Träger zu (siehe [Tabelle 5](#)).

Tabelle 6. Durchschnittliche Anzahl der Gesamtanträge nach Trägerbereich

Trägerbereich	Minimum	Durchschnitt	Maximum
BA	–*	77.344	–*
EGH	0	836	50.486
GKV	23	10.808	156.170
JH	0	83	1.134
RV	3.549	103.238	726.455
SER	0	9	608
UV	1	1.853	8.394
Gesamt	0	2.797	726.455

Datengrundlage: 3.222.471 Gesamtanträge von 1.152 Trägern für das Berichtsjahr 2023.

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

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Tabelle 7 zeigt, aus welchen Leistungsgruppen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe beantragt wurden. Wie sich die einzelnen Leistungsgruppen je Trägerbereich prozentual auf alle LG-Anträge verteilen, wird in **Abbildung 9** dargestellt. Um eine Aussage über die Verteilung der Leistungsgruppen treffen zu können, müssen Angaben zu allen vier Leistungsgruppen vorliegen. Diese Verteilung kann also nur bei den Trägern berechnet werden, von denen zu allen vier Merkmalen Daten vorliegen. Auf wie viele Träger das zutrifft, ist in der Spalte „Träger“ angegeben.

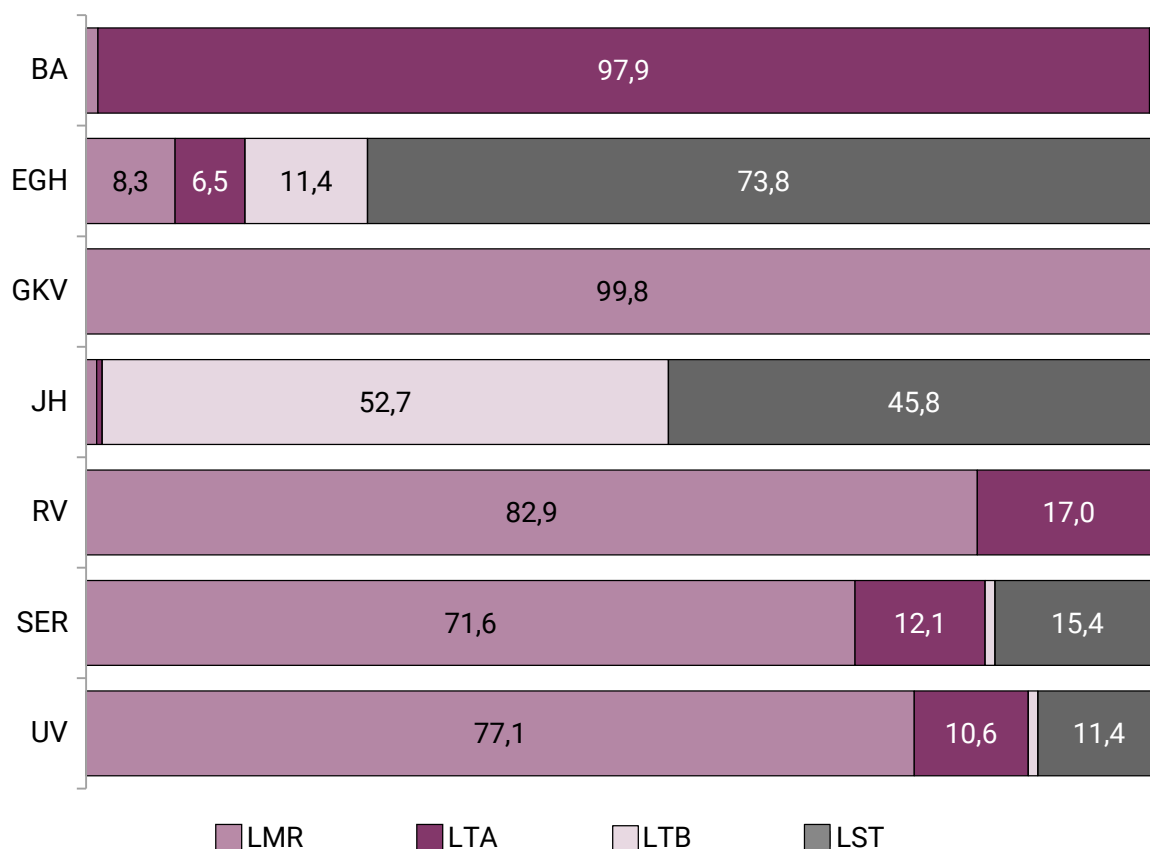
Tabelle 7. Anzahl der Anträge differenziert nach Leistungsgruppe und Trägerbereich

Trägerbereich	LMR	LTA	LTB	LST	LG-Anträge	Träger
BA	871	76.755	320	485	78.431	1 (100%)
EGH	21.009	16.465	28.815	186.859	253.148	295 (99,0%)
GKV	1.035.905	352	310	1.010	1.037.577	96 (100%)
JH	443	233	22.861	19.861	43.398	450 (96,2%)
RV	1.618.640	332.672	3	60	1.951.375	17 (100%)
SER	1.615	273	21	348	2.257	51 (21,3%)
UV	49.523	6.825	569	7.307	64.224	34 (100%)
Gesamt	2.728.006	433.575	52.899	215.930	3.430.410	944 (81,8%)

Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023 mit mindestens einem Antrag innerhalb mindestens einer der vier Leistungsgruppen, von denen Angaben zu allen vier Leistungsgruppen vorliegen.

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

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023 mit mindestens einem Antrag innerhalb mindestens einer der vier Leistungsgruppen, von denen Angaben zu allen vier Leistungsgruppen vorliegen.

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

Datengrundlage: 3.430.410 LG-Anträge von 944 Trägern.

Abbildung 9. Prozentuale Verteilung der beantragten Leistungsgruppen nach Trägerbereich

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Tabelle 8 zeigt die durchschnittliche Anzahl der LG-Anträge sowie deren minimale und maximale Anzahl pro Trägerbereich. Ein Wert von null im Minimum bedeutet, dass bei diesem Träger in 2023 keine Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eingegangen sind, die in der Erfassung für den THVB hätten berücksichtigt werden müssen.

Tabelle 8. Durchschnittliche Anzahl der Anträge innerhalb der Leistungsgruppen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Minimum	Durchschnitt	Maximum
BA	.*	78.431	.*
EGH	0	855	51.542
GKV	23	10.808	156.186
JH	0	93	1.355
RV	3.548	114.787	804.503
SER	0	9	608
UV	1	1.889	8.531
Gesamt	0	2.986	804.503

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023, von denen Angaben zu allen vier Leistungsgruppen vorliegen.

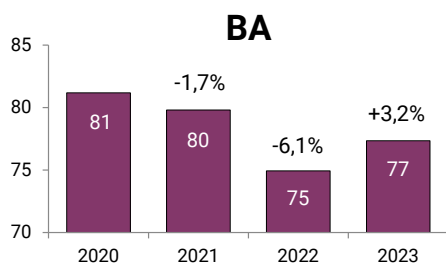
Datengrundlage: 3.430.410 LG-Anträge von 1.149 Trägern für das Berichtsjahr 2023.

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

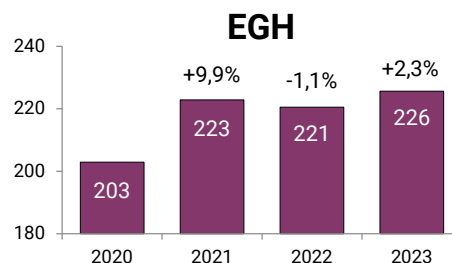
In **Abbildung 10** wird die zeitliche Entwicklung der Anzahl der gestellten Gesamtanträge in Absolutwerten sowie mit der prozentualen Veränderung zum jeweiligen Vorjahr für die einzelnen Trägerbereiche und insgesamt dargestellt. Hier gilt es, die unterschiedlichen Achseneinteilungen zu beachten.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

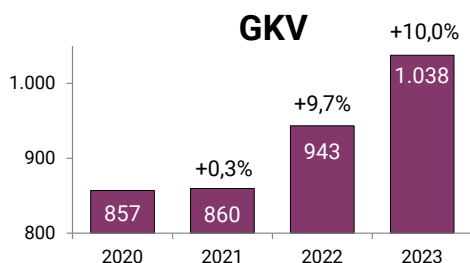
Anzahl der gestellten Gesamtanträge in Tsd.



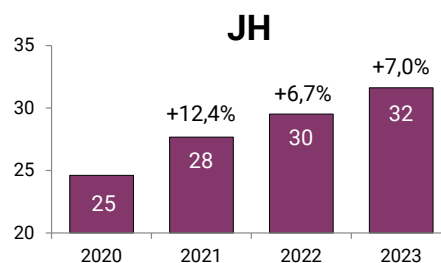
Datengrundlage: 1 Träger.



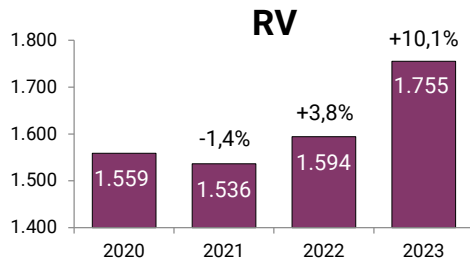
Datengrundlage: 253 Träger.



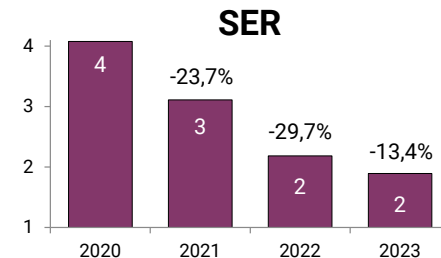
Datengrundlage: 96 Träger.



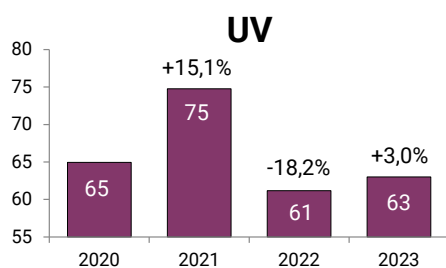
Datengrundlage: 353 Träger.



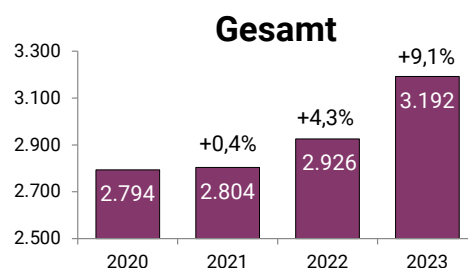
Datengrundlage: 17 Träger.



Datengrundlage: 161 Träger.



Datengrundlage: 34 Träger.



Datengrundlage: 915 Träger.

Diese Abbildungen basieren auf Trägern, von denen für alle hier dargestellten Berichtsjahre Daten vorliegen. Über den Balken ist die prozentuale Veränderung zum Vorjahr angegeben.

Abbildung 10. Zeitreihe zur Anzahl gestellter Gesamtanträge

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Aus den Trägerbereichen

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

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

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

Im Bereich der **DRV** ist der Rückgang der Anzahl der Gesamtanträge im Mehrjahresvergleich in den Jahren 2020 und 2021 wesentlich auf die Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie und den dadurch bedingten Rückgang von Anträgen auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zurückzuführen.

Da die **UV** von Amts wegen handelt, mussten zur Erfüllung der Datenlieferung für den THVB Antrags- und Bewilligungssubstitute gebildet werden, die Umsetzung erfolgte schrittweise. Der Anstieg der Antragszahlen in den Berichtsjahren 2020 und 2021 ist daher teilweise darauf zurückzuführen, dass einzelne Maßnahmen erst neu in die Statistik aufgenommen wurden.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

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



Gesetzestext:

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



Fragestellung:

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



Ergebnis:

Wird bei einem Rehabilitationsträger ein Antrag auf Reha- und Teilhabeleistungen gestellt, für den er insgesamt nicht zuständig ist, leitet der Träger diesen Antrag innerhalb der Zweiwochenfrist nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX an den seiner Auffassung nach zuständigen Rehabilitationsträger weiter und unterrichtet den Antragsteller darüber. In Sachverhalt 2 wird dargestellt, wie oft ein erstangegangener Träger einen Antrag wegen vollständiger Unzuständigkeit weiterleitet. Seit dem 01.01.2024 werden auch Anträge für den THVB erfasst, die durch eine Turboklärung weitergeleitet und entschieden werden. Die Abbildung dieser neuen Kennzahl wird erstmals im Teilhabeverfahrensbericht 2025 möglich sein (Berichtsjahr 2024).

Es wird nicht erfasst, wie viele Anträge eingehen, die von einem anderen Träger weitergeleitet wurden oder wer der Absender der Weiterleitung ist. Fälle mit Regelungen nach § 15 SGB IX (Leistungsverantwortung mehrerer Rehabilitationsträger) werden unter diesem Sachverhalt ebenfalls nicht erfasst.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Zur Einordnung der Daten

Angaben zur Anzahl der Weiterleitungen liegen von 1.116 Trägern vor. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 239.175 weitergeleitete Anträge ([Tabelle 9](#)).

Der prozentuale Anteil der Weiterleitungen wird als Verhältnis zur Summe aus allen entschiedenen Gesamtanträgen und den weitergeleiteten Gesamtanträgen berechnet. Unter entschiedene Gesamtanträge fallen Anträge, die vollständig abgelehnt, vollständig bewilligt, nicht vollständig / teilweise bewilligt oder auf sonstige Art entschieden wurden. Der Anteil der Weiterleitungen konnte für die 905 Träger berechnet werden, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der weitergeleiteten Anträge als auch zur Anzahl der im Berichtsjahr entschiedenen Gesamtanträge vorliegen. Die entsprechende Datengrundlage beläuft sich somit auf 239.169 Gesamtanträge ([Tabelle 10](#) und [Abbildung 11](#)).

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

[Tabelle 9](#) zeigt, wie viele Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe in den einzelnen Trägerbereichen wegen vollständiger Unzuständigkeit an einen anderen Träger weitergeleitet wurden.

Tabelle 9. Anzahl der Weiterleitungen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Weiterleitungen	Träger	Träger mit Wert null ¹
BA	18.862	1 (100%)	0 (0%)
EGH	3.324	283 (95,0%)	39 (13,1%)
GKV	32.397	96 (100%)	11 (11,5%)
JH	511	447 (95,5%)	287 (61,3%)
RV	182.220	17 (100%)	0 (0%)
SER	24	240 (100%)	231 (96,3%)
UV	1.837	32 (94,1%)	8 (23,5%)
Gesamt	239.175	1.116 (96,7%)	576 (49,9%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2023.

¹ Anzahl der Träger, die in 2023 keine Anträge wegen vollständiger Unzuständigkeit weitergeleitet haben. In diesem Wert sind auch die Träger enthalten, bei denen im Berichtsjahr keine Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eingegangen sind.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Tabelle 10 und **Abbildung 11** zeigen, wie viel Prozent der Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe durchschnittlich wegen vollständiger Unzuständigkeit weitergeleitet wurden. Um eine Aussage darüber treffen zu können, werden sowohl Angaben zu Weiterleitungen als auch zu im Berichtsjahr entschiedenen Gesamtanträgen benötigt. Der Anteil der Weiterleitungen kann also nur bei den Trägern berechnet werden, von denen zu beiden Merkmalen Daten vorliegen. Auf wie viele Träger das zutrifft, ist in der Spalte „Träger“ angegeben. Niedrige Werte in der Klammer (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass der ausgewiesene Anteil der Weiterleitungen auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert.

Tabelle 10. Prozentualer Anteil der Weiterleitungen an allen Gesamtanträgen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Weiterleitungen	Anteil Weiterleitungen	Anträge	Träger
BA	18.862	24,6	76.526	1 (100%)
EGH	3.323	1,5	223.154	281 (94,3%)
GKV	32.397	3,1	1.031.663	96 (100%)
JH	506	1,5	32.777	429 (91,7%)
RV	182.220	9,9	1.833.836	17 (100%)
SER	24	1,2	1.945	49 (20,4%)
UV	1.837	3,3	54.996	32 (94,1%)
Gesamt	239.169	7,3	3.254.897	905 (78,4%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der Weiterleitungen als auch zur Anzahl der entschiedenen Gesamtanträge vorliegen und die im Berichtsjahr mindestens einen Antrag weitergeleitet und / oder mindestens einen Gesamtantrag entschieden haben. Die Anzahl der Anträge wurde entsprechend angepasst. Sie ergibt sich aus der Summe der entschiedenen Gesamtanträge und der Weiterleitungen.

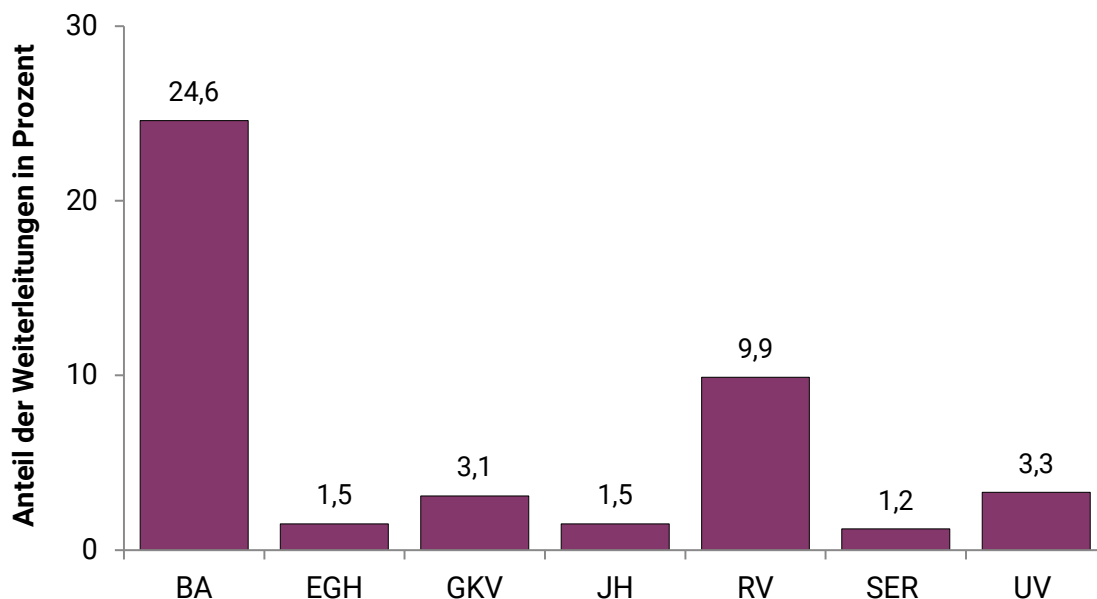


Betrachtungsbeispiel zu Tabelle 10

Im Trägerbereich UV wurden 3,3 Prozent aller eingegangenen Anträge weitergeleitet. Dieser Anteil konnte nur bei den Trägern ermittelt werden, die mindestens einen Antrag weitergeleitet und / oder mindestens einen Gesamtantrag entschieden haben und bei denen Angaben zu beiden Merkmalen vorliegen. Das trifft auf 32 Träger zu. Der Anteil der Weiterleitungen basiert also auf den Daten von 94,1 Prozent aller Träger der UV.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Im Trägerbereich EGH entfällt mehr als die Hälfte aller Weiterleitungen wegen vollständiger Unzuständigkeit (62,7 Prozent) auf 230 örtliche EGH-Träger (siehe [Anhang 1.c](#)). 39 weitere örtliche Träger der EGH haben keine Anträge weitergeleitet. Der prozentuale Anteil der Weiterleitungen an allen Gesamtanträgen liegt im Bereich der EGH bei den örtlichen Trägern mit 2,3 Prozent an allen entschiedenen Gesamtanträgen höher als bei den überörtlichen Trägern mit 0,9 Prozent.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der Weiterleitungen als auch zur Anzahl der entschiedenen Gesamtanträge vorliegen und die im Berichtsjahr mindestens einen Antrag weitergeleitet und / oder mindestens einen Gesamtantrag entschieden haben.

Datengrundlage: 3.254.897 Gesamtanträge von 905 Trägern.

Abbildung 11. Prozentualer Anteil der Weiterleitungen an allen Gesamtanträgen nach Trägerbereich

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

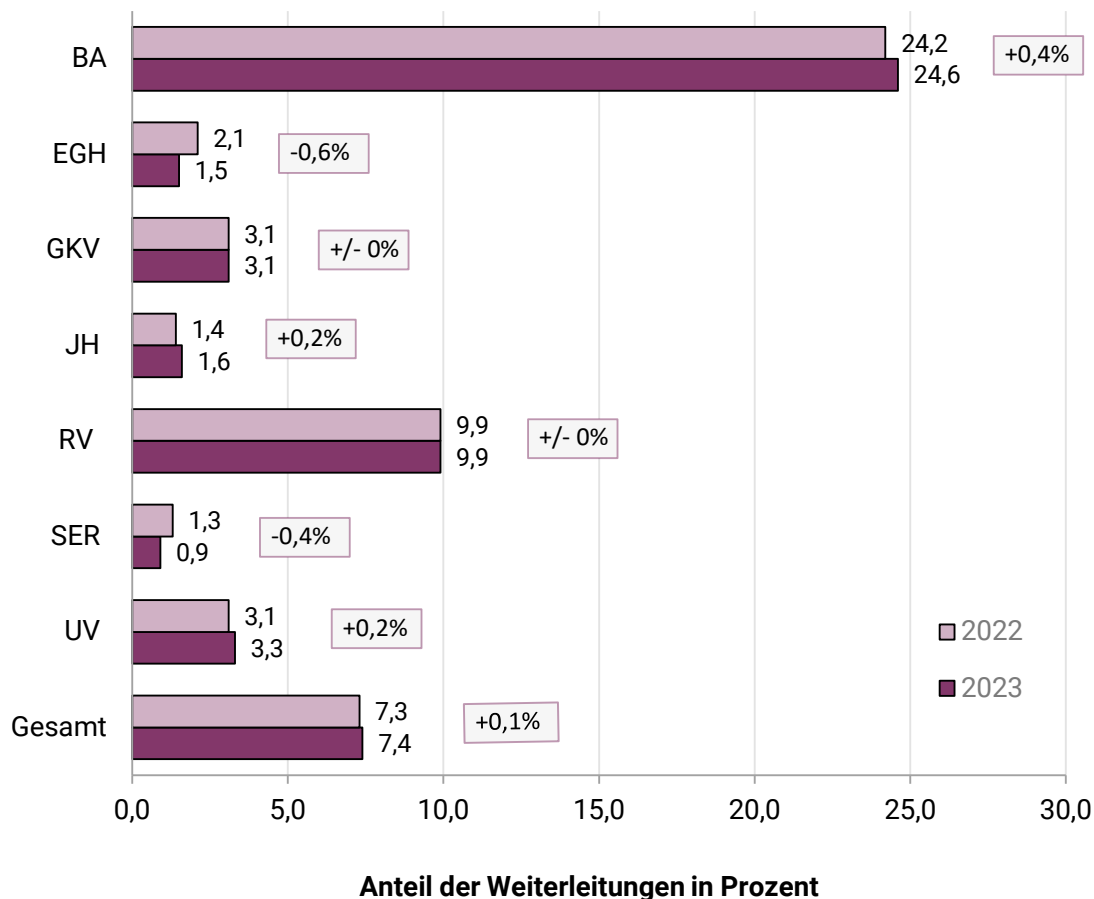
Wie viele Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe die Träger in 2022 und in 2023 weitergeleitet haben, ist aus [Tabelle 11](#) ersichtlich. In [Abbildung 12](#) wird über die Jahre hinweg verglichen, wie viel Prozent der eingegangenen Anträge weitergeleitet wurden.

Tabelle 11. Anzahl der Weiterleitungen nach Trägerbereich und Berichtsjahr

Trägerbereich	Weiterleitungen 2022	Weiterleitungen 2023	Veränderung 2023 zu 2022	Träger (Gebietsstand 2023)
BA	18.026	18.862	+836 (+4,6%)	1
EGH	4.801	3.239	-1.562 (-32,5%)	264
GKV	29.316	32.397	+3.081 (+10,5%)	96
JH	383	476	+93 (+24,3%)	400
RV	164.497	182.220	+17.723 (+10,8%)	17
SER	30	18	-12 (-40,0%)	229
UV	1.663	1.837	+174 (+10,5%)	32
Gesamt	218.716	239.049	+20.333 (+9,3%)	1.039

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der Weiterleitungen sowohl für das Berichtsjahr 2022 als auch für das Berichtsjahr 2023 vorliegen. Neben der Anzahl der Weiterleitungen im jeweiligen Berichtsjahr ist für jeden Trägerbereich angegeben, wie sich die Anzahl der Weiterleitungen im Berichtsjahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der Weiterleitungen als auch zur Anzahl der entschiedenen Gesamtanträge für 2022 und für 2023 vorliegen und die in beiden Berichtsjahren jeweils mindestens einen Antrag weitergeleitet und / oder mindestens einen Gesamtantrag entschieden haben. Die Anzahl der Anträge in der Datengrundlage wurde jeweils entsprechend angepasst. Sie ergibt sich aus der Summe der entschiedenen Gesamtanträge und der Weiterleitungen im jeweiligen Berichtsjahr. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viele Prozentpunkte sich der Anteil der Weiterleitungen an allen eingegangenen Anträgen im Berichtsjahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2022: 2.989.046 Anträge von 827 Trägern (Gebietsstand 2023).

Datengrundlage 2023: 3.246.993 Anträge von 827 Trägern (Gebietsstand 2023).

Abbildung 12. Prozentualer Anteil der Weiterleitungen an allen Gesamtanträgen nach Trägerbereich und Berichtsjahr

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Aus den Trägerbereichen

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

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

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

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

3.4.3 Sachverhalt 3: Fristen nach § 14 SGB IX



Gesetzestext:

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

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



Fragestellungen:

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

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Ergebnis:

Nach dem Antragseingang muss der (erstangegangene) 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. Ist der Träger nicht zuständig, leitet er den Antrag an den seiner Auffassung nach zuständigen – dann zweitangegangenen – Rehabilitationsträger weiter.²²

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).²³



Zur Einordnung der Daten

Frist 3a. In 2023 wurden 2.811.230 Zuständigkeitsfeststellungen gemeldet ([Tabelle 12](#)). Der prozentuale Anteil der Überschreitungen der Zweiwochenfrist nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX an allen Zuständigkeitsfeststellungen konnte für die 933 Träger berechnet werden, von denen Angaben zu Fristüberschreitungen vorliegen und bei denen im Berichtsjahr mindestens eine Zuständigkeitsprüfung durchgeführt wurde. Die entsprechende Datengrundlage reduziert sich somit auf 2.796.150 Zuständigkeitsfeststellungen ([Tabelle 13](#) und [Abbildung 13](#)).

Frist 3b. In 2023 wurden 2.741.371 Entscheidungen ohne Gutachten gemeldet ([Tabelle 14](#)). Der prozentuale Anteil der Überschreitungen der Dreiwochenfrist nach § 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX an allen Entscheidungen ohne Gutachten konnte für die 900 Träger berechnet werden, von denen Angaben zu Fristüberschreitungen vorliegen und bei denen im Berichtsjahr mindestens eine Entscheidung ohne Gutachten durchgeführt wurde. Die entsprechende Datengrundlage beträgt 2.741.371 Entscheidungen ohne Gutachten ([Tabelle 16](#) und [Abbildung 15](#)).

22 Nach § 14 Abs. 3 SGB IX besteht die Möglichkeit, dass der zweitangegangene Rehabilitationsträger einen bereits weitergeleiteten Antrag ausnahmsweise ein zweites Mal weiterleitet. Mit dieser „Turboklärung“ soll nach wie vor eine schnelle und einvernehmliche Klärung der Leistungsverantwortung innerhalb der bereits in Gang gesetzten Frist ermöglicht werden. Ausschlaggebend für die Fristberechnung ist in diesem Fall das Datum des Antragseingangs beim zweitangegangenen Rehabilitationsträger. Durch eine Turboklärung werden die Entscheidungsfristen nach § 14 Abs. 2 SGB IX also nicht verlängert. Voraussetzungen für eine Turboklärung sind: Ein Antrag wurde nach § 14 Abs. 2 SGB IX weitergeleitet; der zweitangegangene Rehabilitationsträger ist für alle vom Antrag umfassten Leistungen unzuständig; der voraussichtlich zuständige Rehabilitationsträger als Adressat des Antrags ist mit der Turboklärung einverstanden. Eine Verpflichtung zur Durchführung einer Turboklärung oder Annahme eines Antrags im Rahmen der Turboklärung besteht nicht. Nach trägerübergreifender Beratung und Entscheidung werden seit dem 01.01.2024 auch Anträge für den THVB erfasst, die durch eine Turboklärung weitergeleitet werden. Die Abbildung dieser neuen Kennzahl wird dann erstmals im Teilhabeverfahrensbericht 2025 möglich sein (Berichtsjahr 2024).

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

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Frist 3c. In 2023 wurden 263.941 Entscheidungen mit Gutachten gemeldet ([Tabelle 15](#)). Der prozentuale Anteil der Fristüberschreitungen der Zweiwochenfrist nach § 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX an allen Entscheidungen mit Gutachten konnte für die 449 Träger berechnet werden, von denen Angaben zu Fristüberschreitungen vorliegen und bei denen im Berichtsjahr mindestens eine Entscheidung mit Gutachten durchgeführt wurde. Die entsprechende Datengrundlage reduziert sich somit auf 263.939 Entscheidungen mit Gutachten ([Tabelle 17](#) und [Abbildung 15](#)).

Sowohl die Anzahl der Zuständigkeitsfeststellungen ([Tabelle 12](#)) als auch die Anzahl der Antragsentscheidungen ohne und mit Gutachten zur Bedarfsfeststellung ([Tabelle 14](#) und [Tabelle 15](#)) entspricht nicht der Anzahl der gestellten Gesamtanträge ([Sachverhalt 1](#), [Tabelle 5](#)). Im THVB wird ein Kalenderjahr bis zum Jahreswechsel betrachtet. Es ist also möglich, dass Anträge in 2023 gestellt wurden (z. B. gegen Jahresende), die Zuständigkeit aber erst in 2024 festgestellt wurde (z. B. zu Beginn des Jahres). Andererseits können Ende 2022 gestellte Anträge Anfang 2023 entschieden worden sein.

Die prozentualen Anteile der Entscheidungen ohne und mit Gutachten an allen Entscheidungen konnten jeweils für die 872 Träger mit mindestens einer Entscheidung ohne bzw. mit Gutachten berechnet werden, wenn Angaben sowohl zur Anzahl der entschiedenen Anträge ohne Gutachten als auch zur Anzahl der entschiedenen Anträge mit Gutachten vorliegen. Die entsprechende Datengrundlage reduziert sich somit auf 2.959.212 im Berichtsjahr entschiedene Gesamtanträge ([Tabelle 18](#) und [Abbildung 16](#)).

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

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

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Wird bei einem Rehabilitationsträger ein Antrag auf Reha- und Teilhabeleistungen gestellt, hat er innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang festzustellen, ob er zuständig ist (hier Frist 3a). Unabhängig vom Ausgang der Zuständigkeitsfeststellung, also sowohl bei der Bearbeitung des Antrags in eigener Zuständigkeit als auch bei einer Weiterleitung des Antrags nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX, übermitteln die Träger die Anzahl der durchgeführten Zuständigkeitsfeststellungen und die Anzahl der Fristüberschreitungen.

Bei wie vielen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eine Zuständigkeitsfeststellung erfolgt ist, zeigt [Tabelle 12](#).

Tabelle 12. Anzahl der Zuständigkeitsfeststellungen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Zuständigkeitsfeststellungen	Träger	Träger mit Wert null ¹
BA	57.952	1 (100%)	0 (0%)
EGH	212.401	296 (99,3%)	1 (0,3%)
GKV	974.747	96 (100%)	0 (0%)
JH	36.929	467 (99,8%)	15 (3,2%)
RV	1.466.754	17 (100%)	0 (0%)
SER	2.116	239 (99,6%)	188 (78,3%)
UV	60.331	34 (100%)	0 (0%)
Gesamt	2.811.230	1.150 (99,7%)	204 (17,7%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2023.

¹ Anzahl der Träger, die in 2023 keine Zuständigkeitsfeststellungen durchgeführt haben. In diesem Wert sind auch die Träger enthalten, bei denen im Berichtsjahr keine Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eingegangen sind.

[Tabelle 13](#) und [Abbildung 13](#) zeigen, bei wie viel Prozent der Zuständigkeitsfeststellungen die Zweiwochenfrist nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX überschritten wurde. Dieser Anteil kann nur bei den Trägern berechnet werden, von denen Angaben zu Fristüberschreitungen vorliegen und bei denen im Berichtsjahr mindestens eine Zuständigkeitsprüfung durchgeführt wurde.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Tabelle 13. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung (Frist 3a) nach Trägerbereich

Trägerbereich	Minimum Frist 3a	Durchschnitt Frist 3a	Maximum Frist 3a	Zuständigkeits- feststellungen	Träger
BA	-*	1,6	-*	57.952	1 (100%)
EGH	0	26,7	92,3	212.401	295 (99,0%)
GKV	0	10,9	37,2	974.747	96 (100%)
JH	0	20,0	100	36.850	447 (95,5%)
RV	0,9	21,7	36,5	1.466.754	17 (100%)
SER	0	6,0	100	2.116	51 (21,3%)
UV	0	0,0	2,7	45.330	26 (76,5%)
Gesamt	0	17,5	100	2.796.150	933 (80,8%)

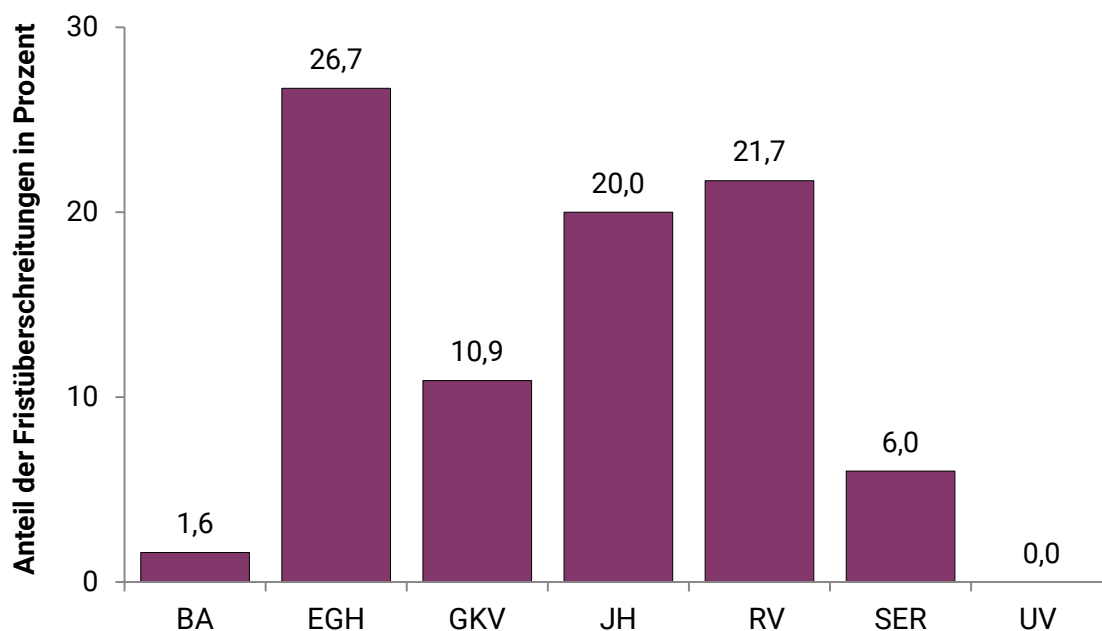
Frist 3a: Zweiwochenfrist der Zuständigkeitsfeststellung nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX.

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023 mit mindestens einer Zuständigkeitsfeststellung, von denen auch Angaben zu den entsprechenden Fristüberschreitungen vorliegen. Die Anzahl der Zuständigkeitsfeststellungen wurde entsprechend angepasst.

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

In **Tabelle 13** ist außerdem der jeweilige minimale und maximale Anteil der Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung pro Trägerbereich dargestellt. Bei einigen Trägern aus den Bereichen EGH, GKV, JH, SER und UV kam es in 2023 bei keinem der eingegangenen Anträge zu Fristüberschreitungen (Frist 3a). Der Wert für das Minimum in **Tabelle 13** liegt entsprechend bei 0 Prozent. Diese Träger haben ihre Zuständigkeit für alle eingegangenen Anträge innerhalb der gesetzlichen Frist von zwei Wochen festgestellt. Andere Träger aus den Bereichen JH und SER haben diese Frist zu 100 Prozent, also bei allen Zuständigkeitsfeststellungen, überschritten (siehe Spalte „Maximum“ in **Tabelle 13**). Hier gilt allerdings zu beachten, dass diese Träger nur eine sehr geringe Anzahl an Zuständigkeitsfeststellungen berichtet haben.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



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

Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023 mit mindestens einer Zuständigkeitsfeststellung, von denen auch Angaben zu den entsprechenden Fristüberschreitungen vorliegen.

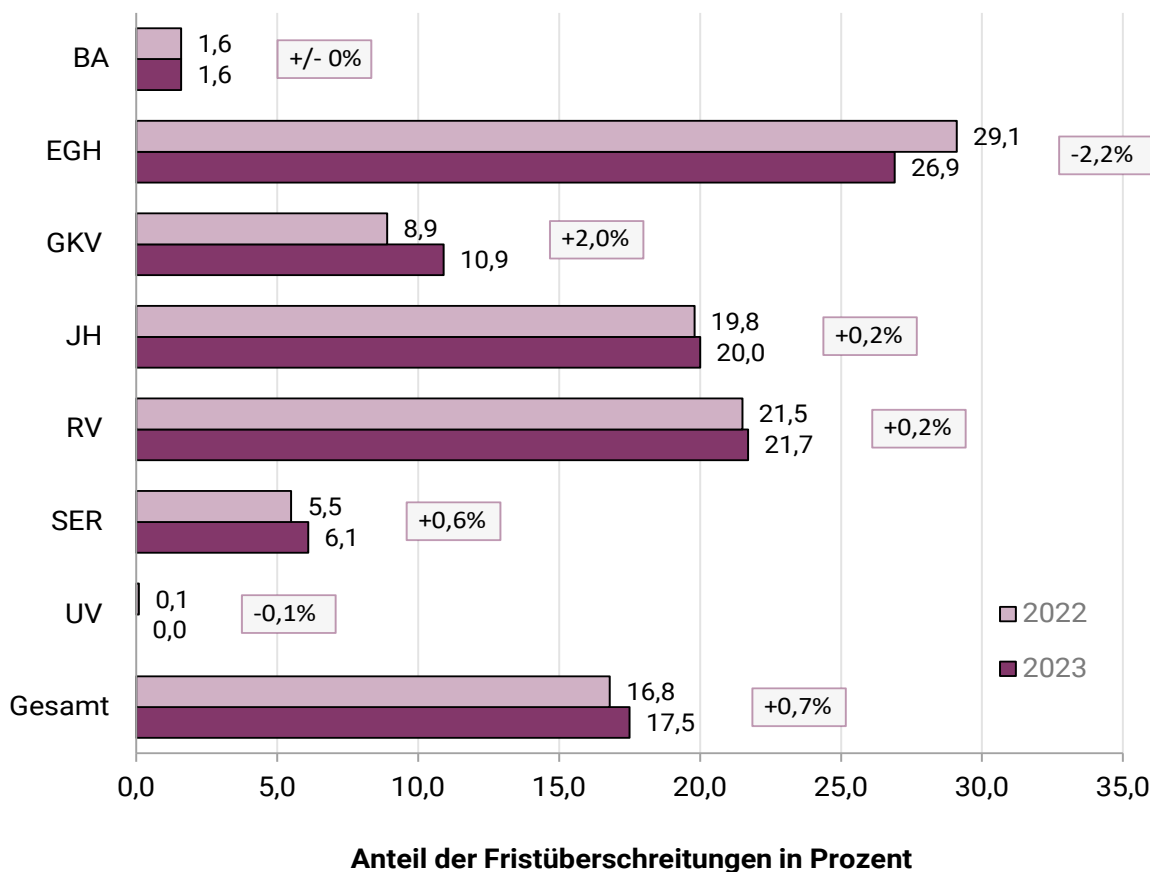
Datengrundlage: 2.796.150 Zuständigkeitsfeststellungen von 933 Trägern.

Abbildung 13. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung (Frist 3a) nach Trägerbereich

Im Trägerbereich EGH entfällt mehr als die Hälfte der Zuständigkeitsfeststellungen (54,0 Prozent) auf 13 überörtliche Träger. Die übrigen Zuständigkeitsfeststellungen (46,0 Prozent) verteilen sich auf 282 örtliche Träger. Bei den örtlichen Trägern kam es bei 13,9 Prozent der Zuständigkeitsfeststellungen zu einer Fristüberschreitung. Der Anteil der Fristüberschreitungen bei den überörtlichen Trägern fällt mit 37,7 Prozent deutlich höher aus (siehe [Anhang 1.c](#)).

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Bei wie viel Prozent der Zuständigkeitsprüfungen die gesetzliche Zweiwochenfrist in 2022 und in 2023 überschritten wurde (Frist 3a), zeigt **Abbildung 14** im Jahresvergleich für die einzelnen Trägerbereiche.



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

Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für die Berichtsjahre 2022 und 2023 mit jeweils mindestens einer Zuständigkeitsfeststellung, von denen auch Angaben zu den entsprechenden Fristüberschreitungen für beide Berichtsjahre vorliegen. Die Anzahl der Zuständigkeitsfeststellungen in der Datengrundlage wurde jeweils entsprechend angepasst. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viele Prozentpunkte sich der Anteil der Fristüberschreitungen an allen Zuständigkeitsfeststellungen für das Berichtsjahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2022: 2.572.123 Zuständigkeitsfeststellungen von 876 Trägern (Gebietsstand 2023).

Datengrundlage 2023: 2.792.191 Zuständigkeitsfeststellungen von 876 Trägern (Gebietsstand 2023).

Abbildung 14. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung (Frist 3a) nach Trägerbereich und Berichtsjahr

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

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 (hier Frist 3b).

Wie viele Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ohne Gutachten zur Bedarfsfeststellung entschieden wurden, zeigt [Tabelle 14](#).

Tabelle 14. Anzahl der Entscheidungen zu Gesamtanträgen ohne Gutachten nach Trägerbereich

Trägerbereich	Entscheidungen ohne Gutachten	Träger	Träger mit Wert null ¹
BA	51.313	1 (100%)	0 (0%)
EGH	191.679	296 (99,3%)	9 (3,0%)
GKV	769.570	96 (100%)	0 (0%)
JH	28.754	448 (95,7%)	27 (5,8%)
RV	1.637.216	17 (100%)	0 (0%)
SER	1.662	239 (99,6%)	195 (81,3%)
UV	61.177	34 (100%)	0 (0%)
Gesamt	2.741.371	1.131 (98,0%)	231 (20,0%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2023.

¹ Anzahl der Träger, die in 2023 keine Entscheidungen ohne ein im Rahmen der Bedarfsfeststellung beauftragtes Gutachten getroffen haben.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

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 (hier Frist 3c).

Wie viele Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe mit Gutachten zur Bedarfsfeststellung entschieden wurden, zeigt [Tabelle 15](#).

Tabelle 15. Anzahl der Entscheidungen zu Gesamtanträgen mit Gutachten nach Trägerbereich

Trägerbereich	Entscheidungen mit Gutachten	Träger	Träger mit Wert null ¹
BA	6.351	1 (100%)	0 (0%)
EGH	10.811	276 (92,6%)	123 (41,3%)
GKV	228.525	94 (97,9%)	2 (2,1%)
JH	3.746	430 (91,9%)	253 (54,1%)
RV	14.400	17 (100%)	1 (5,9%)
SER	108	239 (99,6%)	228 (95,0%)
UV	0	34 (100%)	34 (100%)
Gesamt	263.941	1.091 (94,5%)	641 (55,5%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2023.

¹ Anzahl der Träger, die in 2023 keine Entscheidungen mit einem im Rahmen der Bedarfsfeststellung beauftragten Gutachten getroffen haben.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Tabelle 16 und **Abbildung 15** zeigen, bei wie viel Prozent der Entscheidungen ohne Gutachten die Dreiwochenfrist nach § 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX überschritten wurde (Frist 3b). Dieser Anteil kann nur bei den Trägern berechnet werden, von denen Angaben zu Fristüberschreitungen vorliegen und bei denen im Berichtsjahr mindestens ein Antrag ohne Gutachten entschieden wurde.

Tabelle 16. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen zu Gesamtanträgen ohne Gutachten (Frist 3b) nach Trägerbereich

Trägerbereich	Minimum Frist 3b	Durchschnitt Frist 3b	Maximum Frist 3b	Entscheidungen ohne Gutachten	Träger
BA	-*	8,2	-*	51.313	1 (100%)
EGH	0	63,0	100	191.679	287 (96,3%)
GKV	2,7	13,1	60,7	769.570	96 (100%)
JH	0	76,1	100	28.754	421 (90,0%)
RV	11,2	27,2	43,4	1.637.216	17 (100%)
SER	0	31,9	100	1.662	44 (18,3%)
UV	0	9,4	100	61.177	34 (100%)
Gesamt	0	25,5	100	2.741.371	900 (78,0%)

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

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023 mit mindestens einer Entscheidung ohne Gutachten, von denen auch Angaben zu den entsprechenden Fristüberschreitungen vorliegen. Die Anzahl der Entscheidungen ohne Gutachten wurde entsprechend angepasst.

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

In **Tabelle 16** ist außerdem der jeweils minimale und maximale Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen ohne Gutachten dargestellt. Bei einigen Trägern aus den Bereichen EGH, JH, SER und UV kam es in 2023 bei keinem der eingegangenen Anträge zu Fristüberschreitungen (Frist 3b). Der Wert für das Minimum in **Tabelle 16** liegt entsprechend bei 0 Prozent. Diese Träger haben über alle Anträge ohne Gutachten innerhalb der gesetzlichen Frist von drei Wochen entschieden. Andere Träger aus den Bereichen EGH, JH, SER und UV haben diese Frist zu 100 Prozent, also bei allen Entscheidungen ohne Gutachten, überschritten (siehe Spalte „Maximum“ in **Tabelle 16**).

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Tabelle 17 und **Abbildung 15** zeigen, bei wie viel Prozent der Entscheidungen mit Gutachten die Zweiwochenfrist nach § 14 Abs. Satz 3 SGB IX überschritten wurde (Frist 3c). Dieser Anteil kann nur bei Trägern berechnet werden, von denen Angaben zu Fristüberschreitungen vorliegen und bei denen im Berichtsjahr mindestens ein Antrag mit Gutachten entschieden wurde.

Tabelle 17. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen zu Gesamtanträgen mit Gutachten (Frist 3c) nach Trägerbereich

Trägerbereich	Minimum Frist 3c	Durchschnitt Frist 3c	Maximum Frist 3c	Entscheidungen mit Gutachten	Träger
BA	-*	9,3	-*	6.351	1 (100%)
EGH	0	49,9	100	10.811	153 (51.3%)
GKV	2,3	33,2	88,7	228.525	92 (95.8%)
JH	0	66,3	100	3.744	176 (37.6%)
RV	2,3	38,0	82,0	14.400	16 (94.1%)
SER	0	16,7	100	108	11 (4.6%)
UV	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	0 (0%)
Gesamt	0	34,0	100	263.939	449 (38.9%)

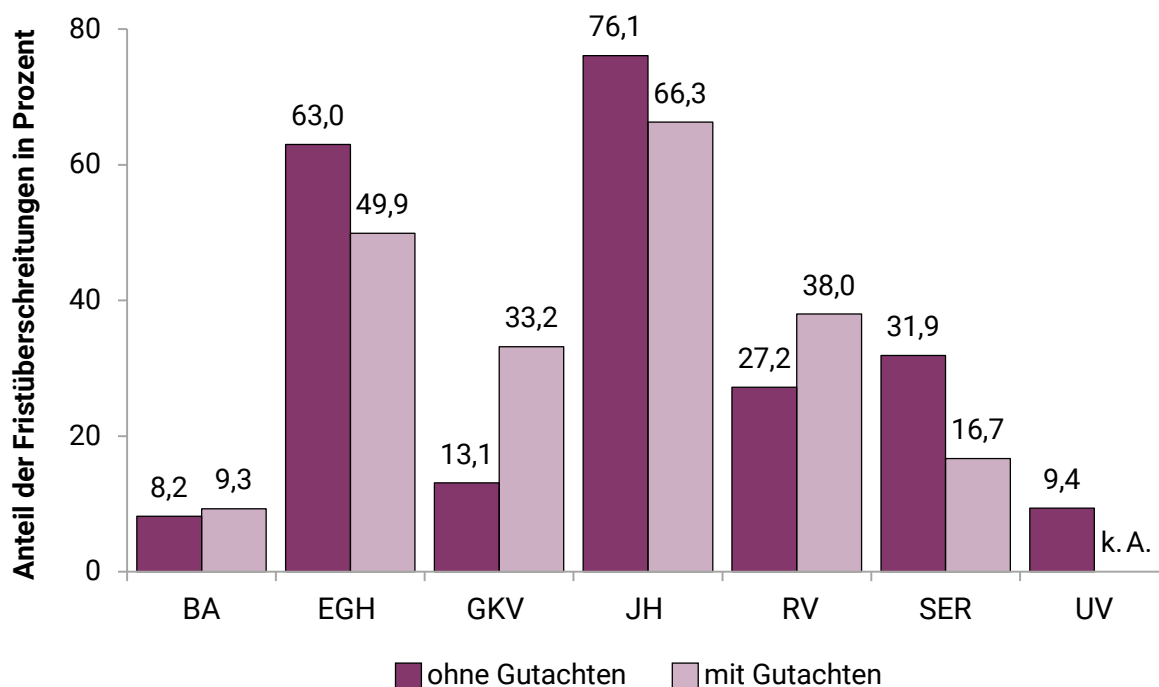
Frist 3c: Zweiwochenfrist nach Vorliegen des Gutachtens nach § 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX.

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023 mit mindestens einer Entscheidung mit Gutachten, von denen auch Angaben zu den entsprechenden Fristüberschreitungen vorliegen. Die Anzahl der Entscheidungen mit Gutachten wurde entsprechend angepasst.

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

In **Tabelle 17** ist außerdem der jeweils minimale und maximale Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen mit Gutachten dargestellt. Bei einigen Trägern aus den Bereichen EGH, JH und SER kam es in 2023 bei keinem der eingegangenen Anträge zu Fristüberschreitungen (Frist 3c). Der Wert für das Minimum in **Tabelle 17** liegt entsprechend bei 0 Prozent. Diese Träger haben über alle Anträge innerhalb der gesetzlichen Frist von zwei Wochen nach Vorlage des Gutachtens entschieden. Andere Träger aus den Bereichen EGH, JH und SER haben diese Frist zu 100 Prozent, also bei allen Entscheidungen mit Gutachten, überschritten (siehe Spalte „Maximum“ in **Tabelle 17**).

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



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

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

Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023 mit mindestens einer Entscheidung ohne bzw. mit Gutachten, von denen auch Angaben zu entsprechenden Fristüberschreitungen vorliegen.

Datengrundlage ohne Gutachten: 2.741.371 Entscheidungen zu Gesamtanträgen von 900 Trägern.

Datengrundlage mit Gutachten: 263.939 Entscheidungen zu Gesamtanträgen von 449 Trägern.

Abbildung 15. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen zu Gesamtanträgen ohne und mit Gutachten nach Trägerbereich

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

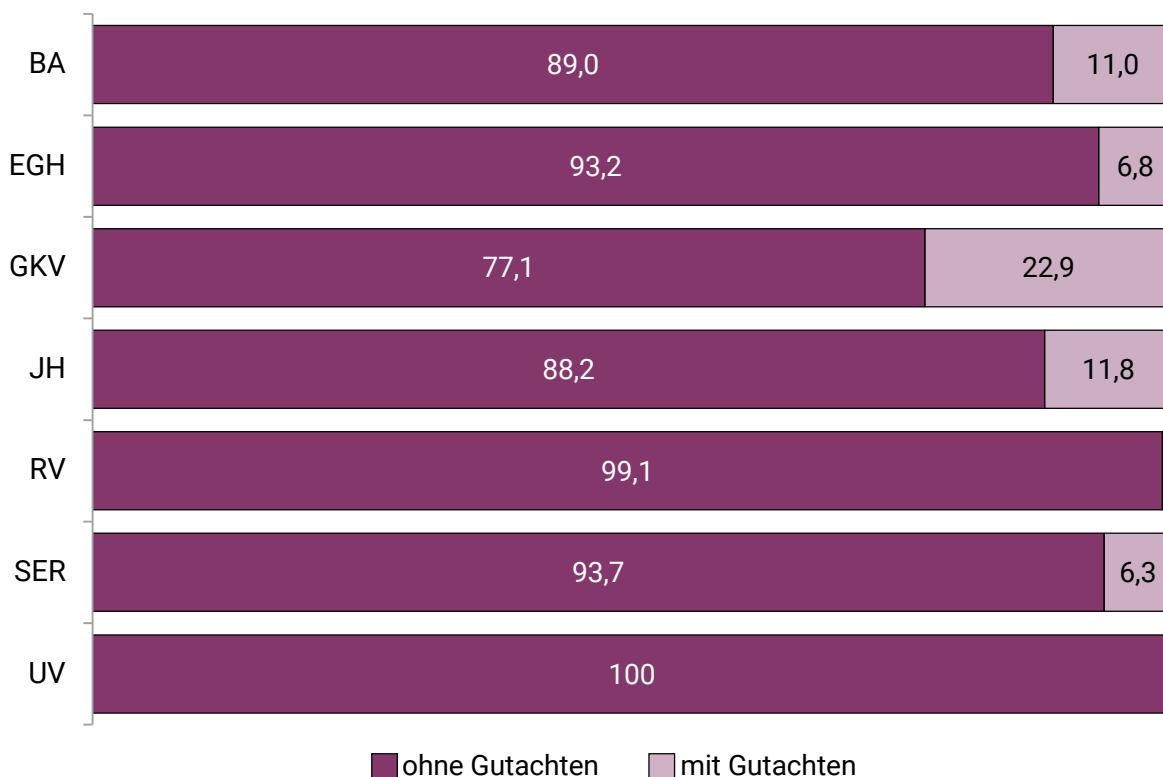
Abbildung 16 zeigt, wie viel Prozent der Gesamtanträge ohne und mit Beauftragung eines Gutachtens entschieden wurden. Um eine Aussage über die Verteilung der Entscheidungen ohne und mit Gutachten treffen zu können, muss mindestens ein Antrag entschieden worden sein und es müssen Angaben zu beiden Merkmalen vorliegen. Auf wie viele Träger das zutrifft, ist in der Spalte „Träger“ in **Tabelle 18** angegeben. Niedrige Werte in der Klammer (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass die jeweils ausgewiesene Anzahl der Entscheidungen ohne und mit Gutachten sowie der entsprechende Anteil in **Abbildung 16** auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert.

Tabelle 18. Anzahl der Entscheidungen zu Gesamtanträgen ohne und mit Gutachten bei Angaben zu Entscheidungen ohne und mit Gutachten nach Trägerbereich

Trägerbereich	Entscheidungen ohne Gutachten	Entscheidungen mit Gutachten	Entscheidungen insgesamt	Träger
BA	51.313	6.351	57.664	1 (100%)
EGH	148.441	10.811	159.252	271 (90,9%)
GKV	769.419	228.525	997.944	94 (97,9%)
JH	26.341	3.517	29.858	410 (87,6%)
RV	1.637.216	14.400	1.651.616	17 (100%)
SER	1.593	108	1.701	45 (18,8%)
UV	61.177	0	61.177	34 (100%)
Gesamt	2.695.500	263.712	2.959.212	872 (75,6%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023 mit mindestens einer Entscheidung ohne und / oder mindestens einer Entscheidung mit Gutachten, von denen Angaben zu beiden Merkmalen vorliegen. Die Anzahl der Entscheidungen insgesamt wurde entsprechend angepasst. Sie ergibt sich aus der Summe der Entscheidungen ohne und mit Gutachten.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



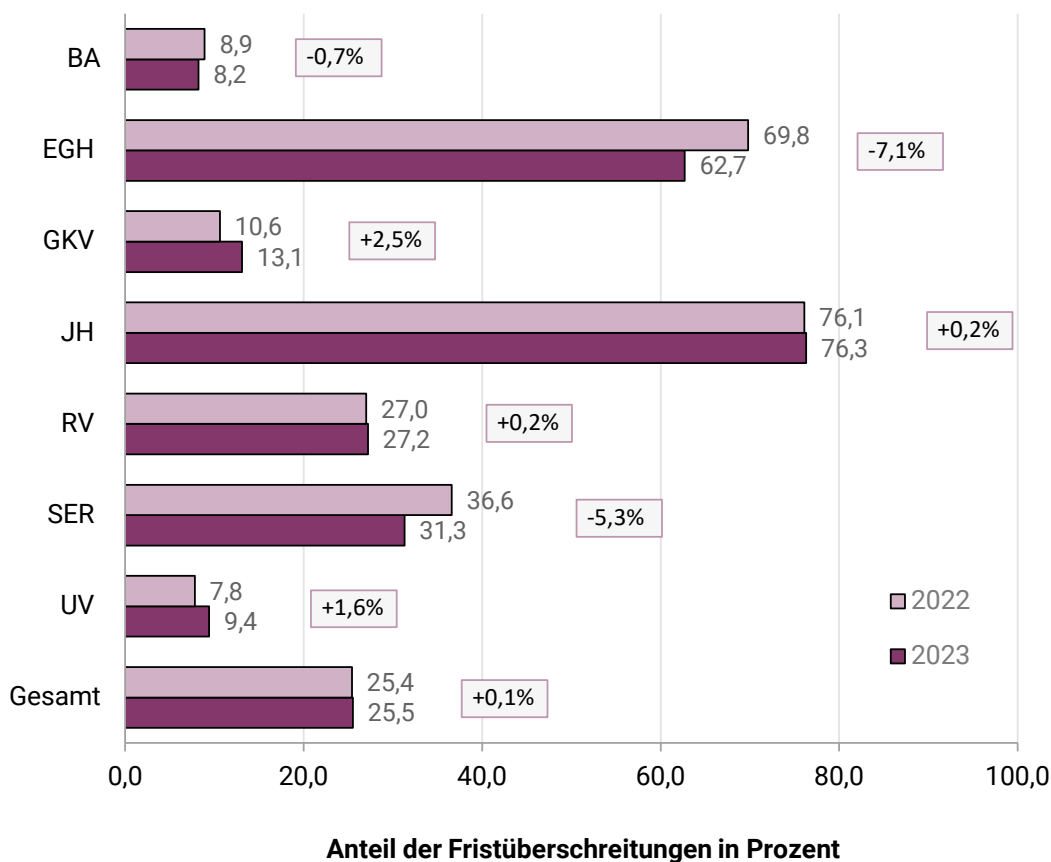
Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023 mit mindestens einer Entscheidung ohne und / oder mindestens einer Entscheidung mit Gutachten, von denen Angaben zu beiden Merkmalen vorliegen.

Datengrundlage: 2.959.212 Entscheidungen zu Gesamtanträgen von 872 Trägern.

Abbildung 16. Prozentuale Verteilung der Entscheidungen zu Gesamtanträgen ohne und mit Gutachten nach Trägerbereich

Bei wie viel Prozent der Entscheidungen ohne Gutachten die gesetzliche Dreiwochenfrist (Frist 3b) in 2022 und in 2023 überschritten wurde, zeigt [Abbildung 17](#) im Jahresvergleich für die einzelnen Trägerbereiche.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



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

Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für die Berichtsjahre 2022 und 2023 mit jeweils mindestens einer Entscheidung ohne Gutachten, von denen auch Angaben zu den entsprechenden Fristüberschreitungen für beide Berichtsjahre vorliegen. Die Anzahl der Entscheidungen ohne Gutachten in der Datengrundlage wurde jeweils entsprechend angepasst. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viele Prozentpunkte sich der Anteil der Fristüberschreitungen an allen Entscheidungen ohne Gutachten im Berichtsjahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2022: 2.502.092 Entscheidungen ohne Gutachten von 840 Trägern (Gebietsstand 2023).

Datengrundlage 2023: 2.737.766 Entscheidungen ohne Gutachten von 840 Trägern (Gebietsstand 2023).

Abbildung 17. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen zu Gesamtanträgen ohne Gutachten (Frist 3b) nach Trägerbereich und Berichtsjahr

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Aus den Trägerbereichen

In der **BA** umfasst ein Antrag alle Bedarfe an LTA, die notwendig und daher zu decken sind, um eine möglichst dauerhafte Teilhabe am Arbeitsleben zu erreichen. 75 Prozent der Anträge auf LTA betreffen die berufliche Ersteingliederung junger Menschen mit Behinderung. Gutachten werden hier üblicherweise im Vorfeld (z. B. zu Beginn des letzten Schuljahres) in Auftrag gegeben, sodass sie bei Antragseingang bereits vorliegen und nur bei wenigen Anträgen erneut zusätzliche Gutachten eingeholt werden müssen. Aus der geringen Anzahl an Gutachten bei der BA kann also nicht geschlossen werden, dass in diesem Bereich nur selten Expertenmeinungen berücksichtigt werden. Gutachten der BA umfassen alle ärztlichen und psychologischen Gutachten sowie Gutachten des technischen Beratungsdienstes, die ab dem Datum der Feststellung der Zuständigkeit der BA veranlasst wurden und gleichzeitig spätestens mit Datum der Feststellung des Teilhabebedarfs vorliegen. 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 fachärztliche bzw. psychotherapeutische Stellungnahmen eingeholt werden. Dies dauert aufgrund der Wartezeiten für eine Diagnostik in der Regel weit mehr als zwei Wochen, worauf die Träger kaum Einfluss haben. Lange Wartezeiten bei Fachärzten und Psychotherapeuten sowie die Wartezeiten auf andere relevante Unterlagen (von Antragstellern oder z. B. Entlassungsberichte aus Kliniken) tragen maßgeblich dazu bei, dass die Zweiwochenfrist der Zuständigkeitsfeststellung (Frist 3a) nicht eingehalten wird. Bei Kindern und Jugendlichen ist zudem die entwicklungsbedingte höhere Komplexität der Falldiagnose zu berücksichtigen.

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

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

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

3.4.4 Sachverhalt 4: Durchschnittliche Zeitdauer zwischen Erteilung und Vorlage eines Gutachtens



Gesetzestext:

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



Fragestellungen:

Wie viele Gutachten zur Bedarfsfeststellung werden beauftragt?

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



Ergebnis:

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



Zur Einordnung der Daten

Angaben zur Anzahl der Gutachten, die zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs benötigt wurden, liegen von 1.048 Trägern vor. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 292.041 Gutachten, die von den Trägern selbst beauftragt wurden ([Tabelle 19](#)).

Wie lange es dauerte, bis ein Gutachten vorlag, konnte für die 384 Träger berechnet werden, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der Gutachten als auch zur aufsummierten Dauer vorliegen. Die Datengrundlage für die Gutachtendauer reduziert sich somit auf 291.889 Gutachten ([Tabelle 20](#) und [Abbildung 18](#)).

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

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Tabelle 19 zeigt, wie viele im Rahmen der Bedarfsfeststellung vom Träger beauftragten Gutachten vorlagen.

Tabelle 19. Anzahl der Gutachten nach Trägerbereich

Trägerbereich	Gutachten	Träger	Träger mit Wert null ¹
BA	6.457	1 (100%)	0 (0%)
EGH	11.648	256 (85,9%)	125 (41,9%)
GKV	255.763	90 (93,8%)	4 (4,2%)
JH	3.664	411 (87,8%)	265 (56,6%)
RV	14.400	17 (100%)	1 (5,9%)
SER	109	239 (99,6%)	228 (95,0%)
UV	0	34 (100%)	34 (100%)
Gesamt	292.041	1.048 (90,8%)	657 (56,9%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2023.

¹ Anzahl der Träger, bei denen in 2023 keine im Rahmen der Bedarfsfeststellung beauftragten Gutachten vorlagen.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10:Erstattung zw. Trägern	137	SV 14:Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

In [Tabelle 20](#) und [Abbildung 18](#) ist dargestellt, wie lange es im Durchschnitt dauerte, bis ein Gutachten vorlag. Die durchschnittliche Gutachtendauer kann nur dann berechnet werden, wenn auch Gutachten im Berichtsjahr vorlagen und Angaben zur aufsummierten Dauer gemacht wurden. Auf wie viele Träger das zutrifft, ist in der Spalte „Träger“ angegeben.

Tabelle 20. Durchschnittliche Dauer der Erstellung eines Gutachtens nach Trägerbereich (in Tagen)

Trägerbereich	Dauer	Gutachten	Träger
BA	22,9	6.457	1 (100%)
EGH	56,9	11.602	126 (42,3%)
GKV	8,7	255.763	86 (89,6%)
JH	44,2	3.558	144 (30,8%)
RV	35,6	14.400	16 (94,1%)
SER	11,3	109	11 (4,6%)
UV	k. A.	k. A.	0 (0%)
Gesamt	12,7	291.889	384 (33,3%)

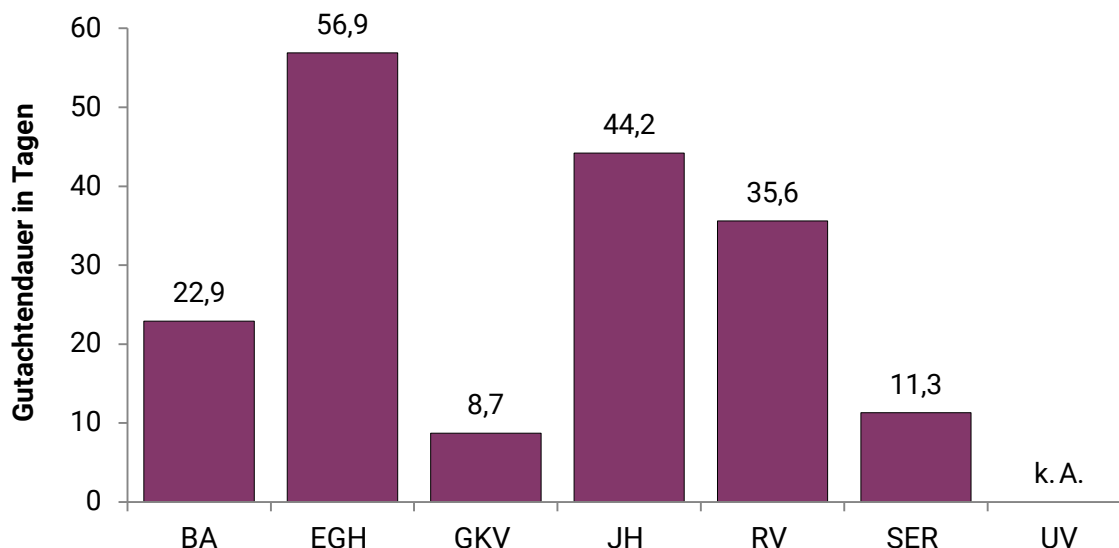
Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023 mit mindestens einem Gutachten, von denen auch Angaben zur aufsummierten Gutachtendauer vorliegen. Die Anzahl der Gutachten wurde entsprechend angepasst. Die Berechnung der durchschnittlichen Dauer beruht auf Originalwerten, die in dieser Tabelle auch gezeigt werden. Bei der zugrunde liegenden Anzahl werden in dieser Tabelle die anonymisierten Werte angegeben.



Betrachtungsbeispiel zu Tabelle 20

Im Trägerbereich GKV vergingen im Durchschnitt 8,7 Tage, bis ein Gutachten vorlag. Diese durchschnittliche Gutachtendauer konnte nur bei den Trägern ermittelt werden, die Gutachten beauftragt hatten und von denen auch Angaben zur aufsummierten Dauer vorliegen. Das trifft auf 86 Träger zu. Die durchschnittliche Gutachtendauer basiert also auf den Daten von 89,6 Prozent aller Träger der GKV.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023 mit mindestens einem Gutachten, von denen auch Angaben zur aufsummierten Gutachtendauer vorliegen.

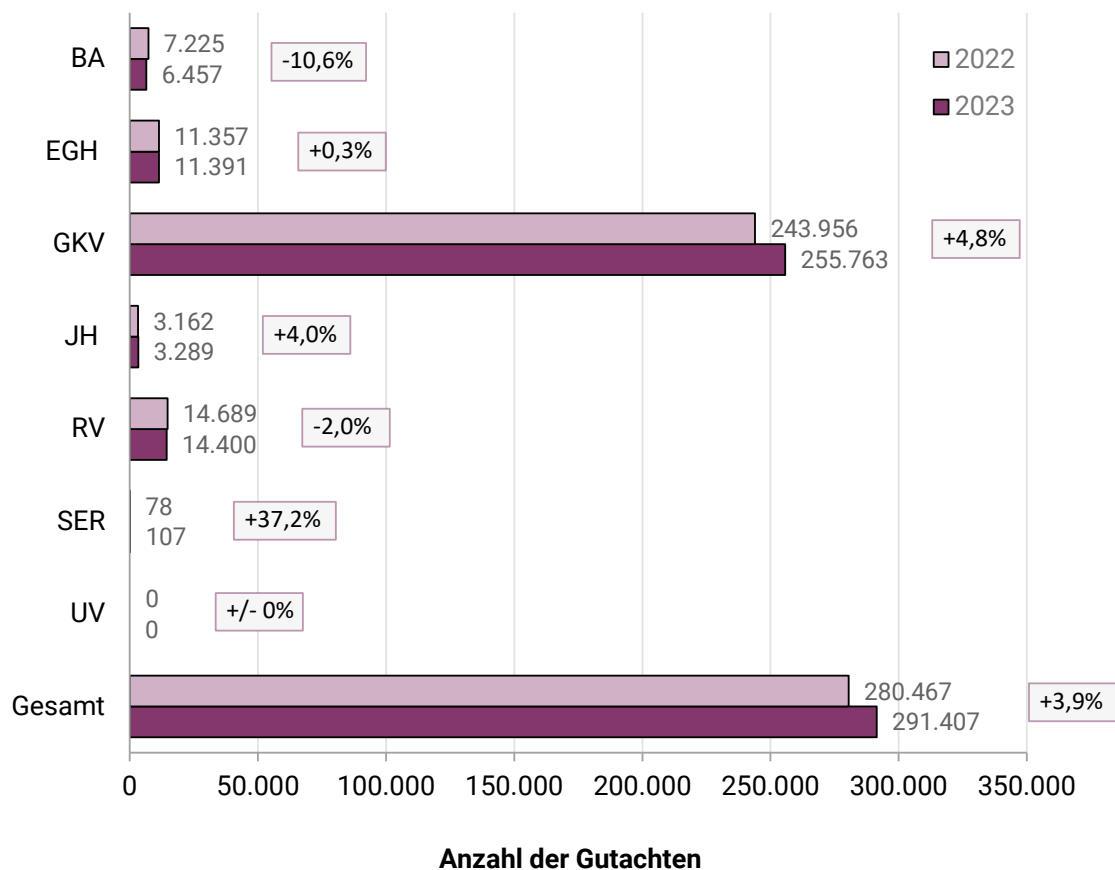
Datengrundlage: 291.889 Gutachten von 384 Trägern.

Abbildung 18. Durchschnittliche Dauer der Erstellung eines Gutachtens nach Trägerbereich (in Tagen)

Bei der EGH wurden 85,9 Prozent der 11.648 im gesamten Trägerbereich gemeldeten Gutachten durch 124 örtliche Träger beauftragt, weitere 121 haben keine Gutachten beauftragt. Die übrigen 14,1 Prozent verteilen sich auf 7 überörtliche Träger und vier Träger, die eine Null gemeldet haben. Die durchschnittliche Dauer der Erstellung eines Gutachtens fällt bei örtlichen und überörtlichen EGH-Trägern ähnlich aus: Im Durchschnitt dauerte die Erstellung eines Gutachtens bei den örtlichen Trägern 58,0 Tage und bei den überörtlichen Trägern 50,5 Tage (siehe [Anhang 1.c](#)).

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

In **Abbildung 19** wird über die Jahre hinweg verglichen, wie viele Gutachten die Träger in 2022 und in 2023 im Rahmen der Bedarfsfeststellung in Auftrag gegeben haben.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der Gutachten für die Berichtsjahre 2022 und 2023 vorliegen. Die Anzahl der Gutachten in der Datengrundlage wurde jeweils entsprechend angepasst. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viel Prozent sich die Anzahl der Gutachten im Berichtsjahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

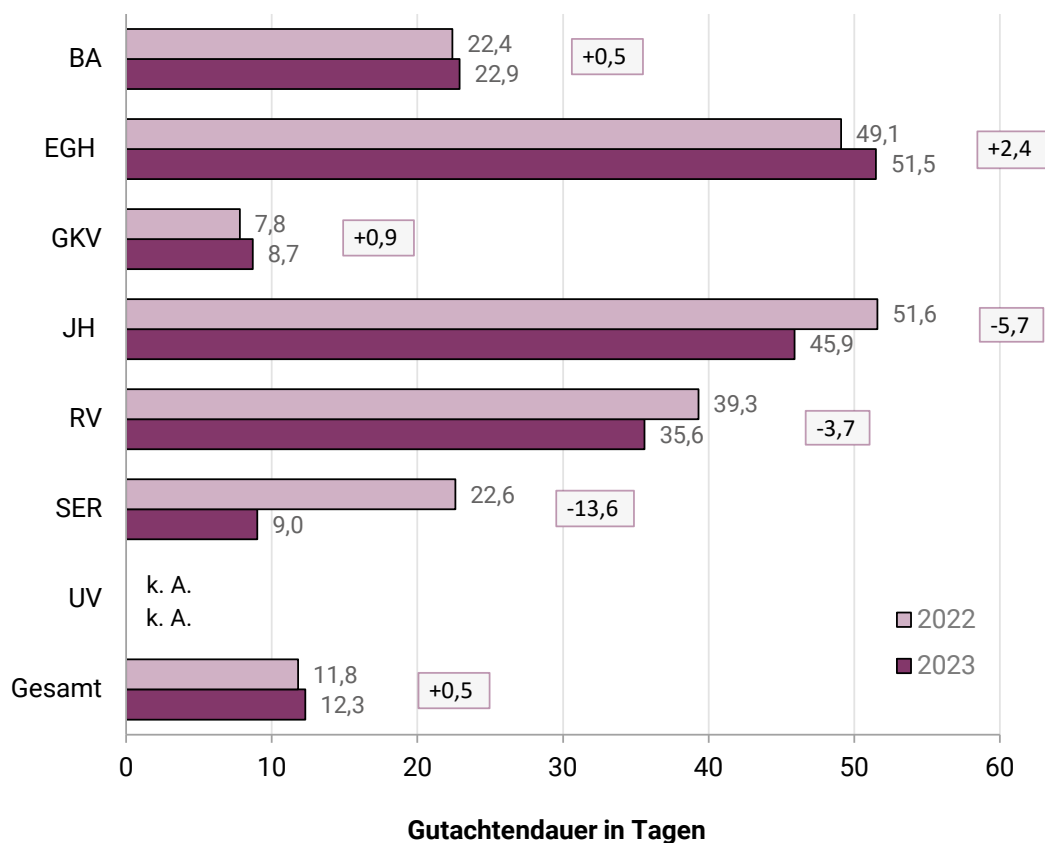
Datengrundlage 2022: 280.467 Gutachten von 962 Trägern (Gebietsstand: 2023).

Datengrundlage 2023: 291.407 Gutachten von 962 Trägern (Gebietsstand: 2023).

Abbildung 19. Anzahl der Gutachten nach Trägerbereich und Berichtsjahr

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Wie lange es im Durchschnitt dauerte, bis ein Gutachten vorlag, wird in [Abbildung 20](#) über die Jahre hinweg verglichen.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für 2022 und 2023 mit jeweils mindestens einem Gutachten, von denen für beide Berichtsjahre Angaben zur entsprechenden aufsummierten Gutachtendauer vorliegen. Die Anzahl der Gutachten in der Datengrundlage wurde jeweils entsprechend angepasst. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viele Tage sich die Gutachtendauer im Berichtsjahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2022: 278.911 Gutachten von 311 Trägern (Gebietsstand: 2023).

Datengrundlage 2023: 289.882 Gutachten von 311 Trägern (Gebietsstand: 2023).

Abbildung 20. Gutachtendauer nach Trägerbereich und Berichtsjahr (in Tagen)

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Aus den Trägerbereichen

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

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

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

3.4.5 Sachverhalt 5: Bearbeitungsdauern



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 in Abhängigkeit davon, ob der Antrag bewilligt oder erledigt wird?



Ergebnis:

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

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

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

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

Bei vollständiger Unzuständigkeit eines Trägers fallen die Weiterleitungen nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX im THVB nicht unter die Entscheidungsart Erledigung oder Bewilligung, sondern sind eine weitere Entscheidungsart auf Ebene des Gesamtantrags (siehe [Sachverhalt 2](#): Anzahl der Weiterleitungen nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX).



Zur Einordnung der Daten

Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer von **Bewilligungen** (vollständig oder teilweise) konnte für die 905 Träger berechnet werden, die mindestens einen Antrag bewilligt haben und von denen auch Angaben zur aufsummierten Bearbeitungsdauer vorliegen. Die Datengrundlage beläuft sich auf 2.496.241 bewilligte Gesamtanträge ([Tabelle 21](#) und [Abbildung 21](#)).

Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer von **Erledigungen** (Ablehnung oder Sonstiges) konnte für die 702 Träger berechnet werden, die mindestens einen Antrag erledigt haben und von denen auch Angaben zur aufsummierten Bearbeitungsdauer vorliegen. Die entsprechende Datengrundlage beläuft sich auf 475.192 erledigte Gesamtanträge ([Tabelle 21](#) und [Abbildung 21](#)).

Die Bearbeitungsdauer eines Antrags unabhängig von der Entscheidung kann nur berechnet werden, wenn mindestens ein Antrag bewilligt und / oder mindestens ein Antrag erledigt wurde und ggf. Angaben zur entsprechenden aufsummierten Bearbeitungsdauer vorliegen. Die Datengrundlage reduziert sich somit auf 2.967.491 im Berichtsjahr entschiedene Gesamtanträge von 869 Trägern ([Tabelle 22](#) und [Abbildung 24](#)).

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

In [Tabelle 21](#) und [Abbildung 21](#) ist dargestellt, wie lange es im Durchschnitt bis zur Entscheidung über einen Antrag dauerte – in Abhängigkeit davon, ob der Antrag bewilligt (vollständig oder teilweise) oder erledigt (abgelehnt oder sonstig entschieden) wurde. Die jeweilige durchschnittliche Bearbeitungsdauer kann nur dann berechnet werden, wenn im Berichtsjahr auch Anträge bewilligt bzw. erledigt wurden und Angaben zur jeweiligen aufsummierten Bearbeitungsdauer vorliegen. Auf wie viele Träger das zutrifft, ist in der jeweiligen Spalte „Träger“ angegeben.

Tabelle 21. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei Bewilligung und Erledigung des Gesamtantrags nach Trägerbereich (in Tagen)

Trägerbereich	Dauer Bewilligungen	Anzahl Bewilligungen	Träger	Dauer Erledigungen	Anzahl Erledigungen	Träger
BA	10,2	53.596	1 (100%)	39,4	4.068	1 (100%)
EGH	91,3	157.043	271 (90,9%)	132,3	16.395	274 (91,9%)
GKV	14,8	843.998	96 (100%)	37,0	155.246	92 (95,8%)
JH	126,2	30.989	440 (94,0%)	157,1	3.000	282 (60,3%)
RV	19,7	1.355.421	17 (100%)	37,1	296.195	17 (100%)
SER	32,5	1.706	47 (19,6%)	71,5	102	18 (7,5%)
UV	18,4	53.488	33 (97,1%)	35,6	186	18 (52,9%)
Gesamt	23,7	2.496.241	905 (78,4%)	41,1	475.192	702 (60,8%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023 mit mindestens einem bewilligten bzw. erledigten Antrag, von denen auch Angaben zur entsprechenden aufsummierten Bearbeitungsdauer vorliegen. Die jeweilige Anzahl der Bewilligungen und der Erledigungen wurde entsprechend angepasst. Die Berechnung der durchschnittlichen Dauern beruht auf Originalwerten, die in dieser Tabelle auch gezeigt werden. Bei der jeweils zugrunde liegenden Anzahl werden in dieser Tabelle die anonymisierten Werte angegeben.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

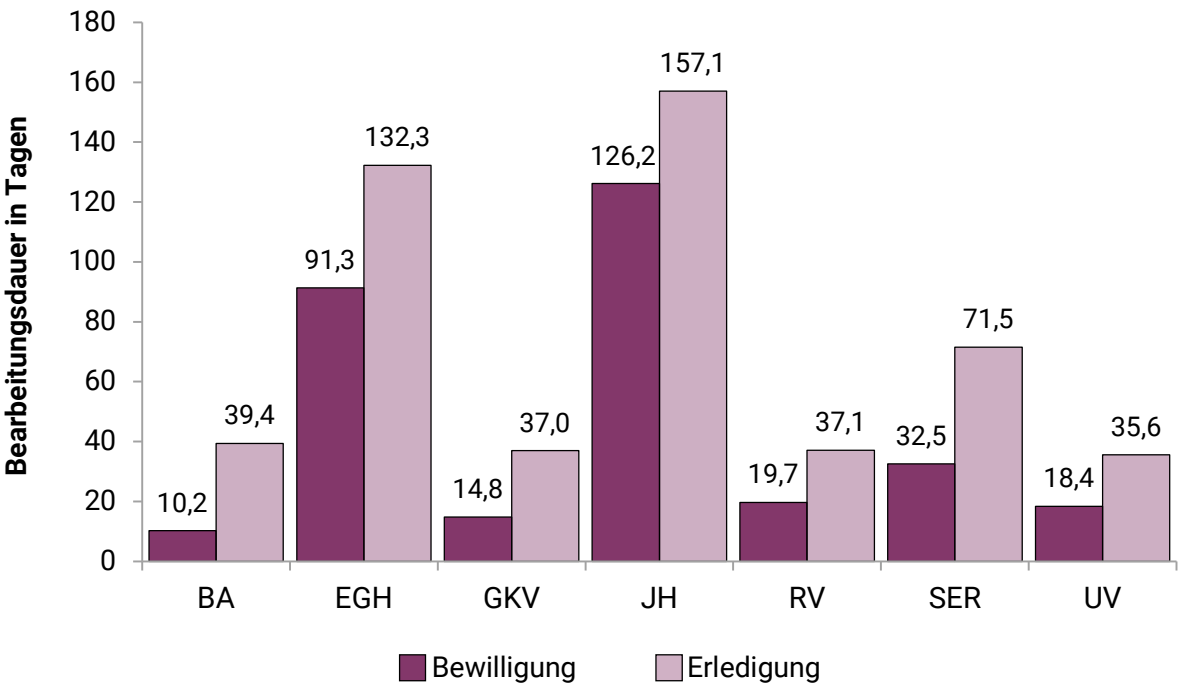


Betrachtungsbeispiel zu Tabelle 21

Im Trägerbereich JH vergingen im Durchschnitt 126,2 Tage, bis eine beantragte Leistung bewilligt wurde. Diese durchschnittliche Bearbeitungsdauer konnte nur bei den Trägern ermittelt werden, die Anträge bewilligt hatten und von denen auch Angaben zur entsprechenden aufsummierten Dauer vorliegen. Das trifft auf 440 Träger zu. Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer von bewilligten Anträgen basiert also auf den Daten von 94,0 Prozent aller Träger der JH.

Bei einer Ablehnung oder sonstigen Erledigung eines Antrags vergingen durchschnittlich 157,1 Tage. Diese durchschnittliche Bearbeitungsdauer konnte nur bei den Trägern ermittelt werden, die Anträge abgelehnt oder sonstig erledigt hatten und von denen auch Angaben zur entsprechenden aufsummierten Dauer vorliegen. Das trifft auf 282 Träger zu. Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer von abgelehnten oder sonstig erledigten Anträgen basiert also auf den Daten von 60,3 Prozent aller Träger der JH.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10:Erstattung zw. Trägern	137	SV 14:Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023 mit mindestens einem bewilligten bzw. erledigten Antrag, von denen auch Angaben zur entsprechenden aufsummierten Bearbeitungsdauer vorliegen.

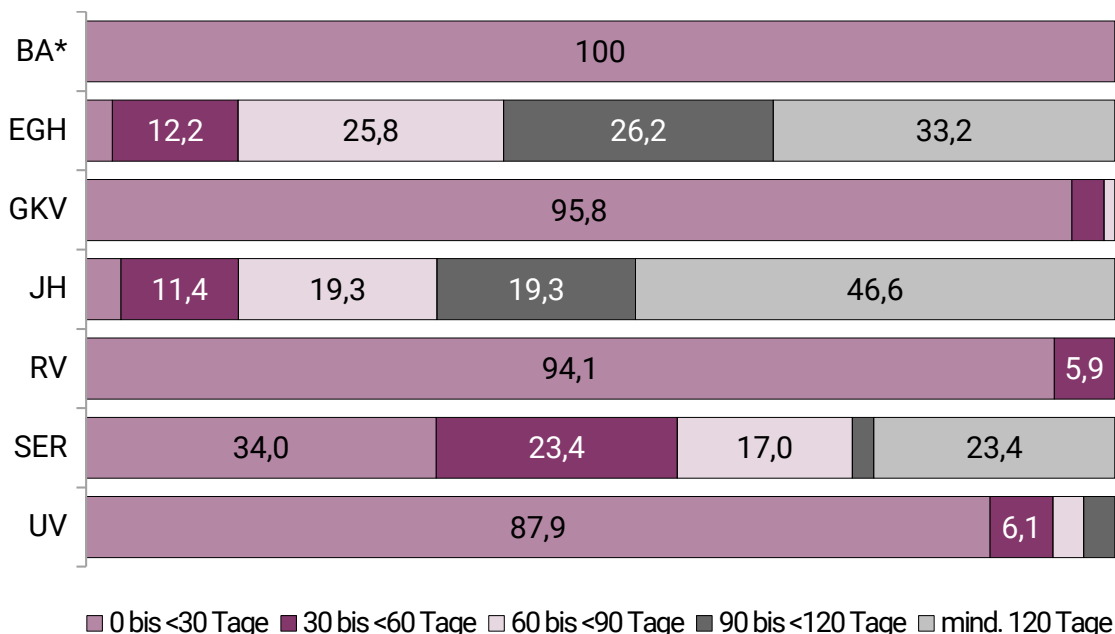
Datengrundlage Bewilligung: 2.496.241 bewilligte Gesamtanträge von 905 Trägern.

Datengrundlage Erledigung: 475.192 erledigte Gesamtanträge von 702 Trägern.

Abbildung 21. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei Bewilligung und Erledigung nach Trägerbereich (in Tagen)

Einen Überblick zu den Verteilungen der durchschnittlichen Bewilligungs- und Erledigungsdauern nach Trägerbereich bieten [Abbildung 22](#) und [Abbildung 23](#).

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023 mit mindestens einem bewilligten Antrag, von denen auch Angaben zur entsprechenden aufsummierten Bearbeitungsdauer vorliegen.

Datengrundlage Bewilligung: 2.496.241 bewilligte Gesamtanträge von 905 Trägern.

* Da die BA eine solitäre Rehabilitationsträgerin ist, können keine Klassen gebildet werden.

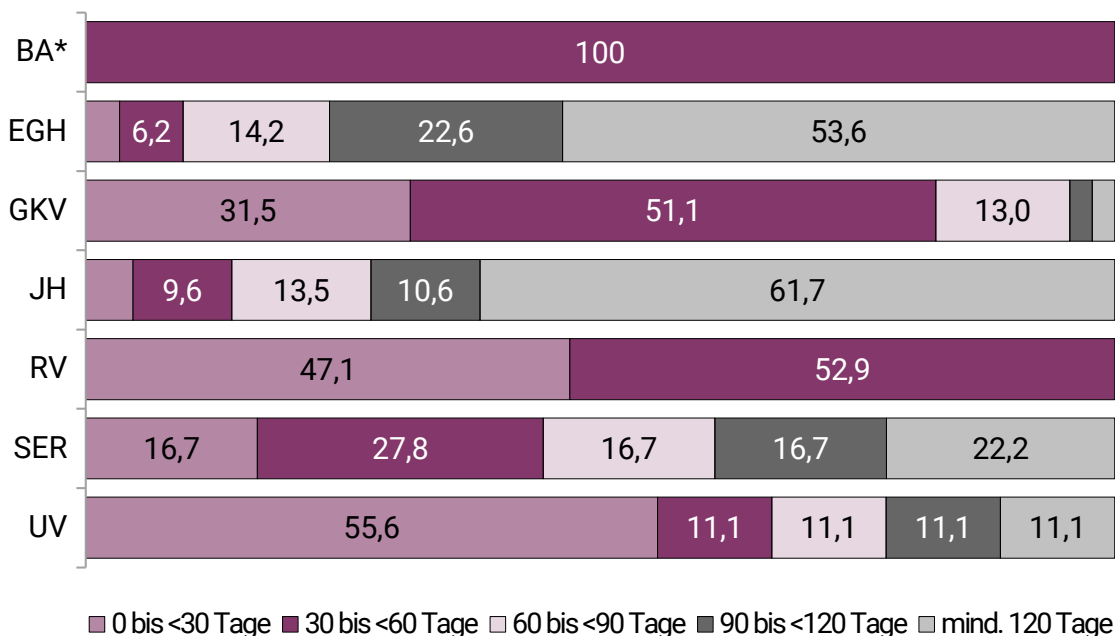
Abbildung 22. Klassierte Verteilung der Bearbeitungsdauer bei Bewilligung nach Trägerbereich (in Prozent)



Betrachtungsbeispiel zu Abbildung 22

Im Trägerbereich EGH bewilligten (vollständig oder teilweise) rund 12 Prozent aller Träger in einem Zeitraum zwischen 30 und unter 60 Tagen. Etwa ein Viertel aller EGH-Träger bewilligte nach 60 bis unter 90 Tagen und ein weiteres Viertel nach 90 bis unter 120 Tagen. Ein Drittel der EGH-Träger brauchte mindestens vier Monate bis zur Bewilligung.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023 mit mindestens einem erledigten Antrag, von denen auch Angaben zur entsprechenden aufsummierten Bearbeitungsdauer vorliegen.

Datengrundlage Erledigung: 475.192 erledigte Gesamtanträge von 702 Trägern.

* Da die BA eine solitäre Rehabilitationsträgerin ist, können keine Klassen gebildet werden.

Abbildung 23. Klassierte Verteilung der Bearbeitungsdauer bei Erledigung nach Trägerbereich (in Prozent)



Betrachtungsbeispiel zu Abbildung 23

Bei knapp einem Drittel der Träger der GKV verging weniger als ein Monat, bis ein Antrag erledigt wurde (vollständig Ablehnung oder eine sonstige Erledigung). Etwa die Hälfte benötigte dafür 30 bis unter 60 Tage und bei weiteren 13 Prozent der GKV-Träger vergingen bis zu einer Erledigung des Antrags 60 bis unter 90 Tage.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Tabelle 22 und **Abbildung 24** zeigen die durchschnittliche Bearbeitungsdauer unabhängig davon, wie über den Antrag entschieden wurde. Außerdem sind in **Tabelle 22** die jeweilige minimale und maximale Bearbeitungsdauer insgesamt dargestellt.

Im Trägerbereich EGH dauerte es bei den örtlichen Trägern durchschnittlich 113,1 Tage, bis über einen Antrag entschieden wurde. Die überörtlichen Träger benötigten im Durchschnitt 80,4 Tage bis zur Entscheidung (siehe **Anhang 1.c**).

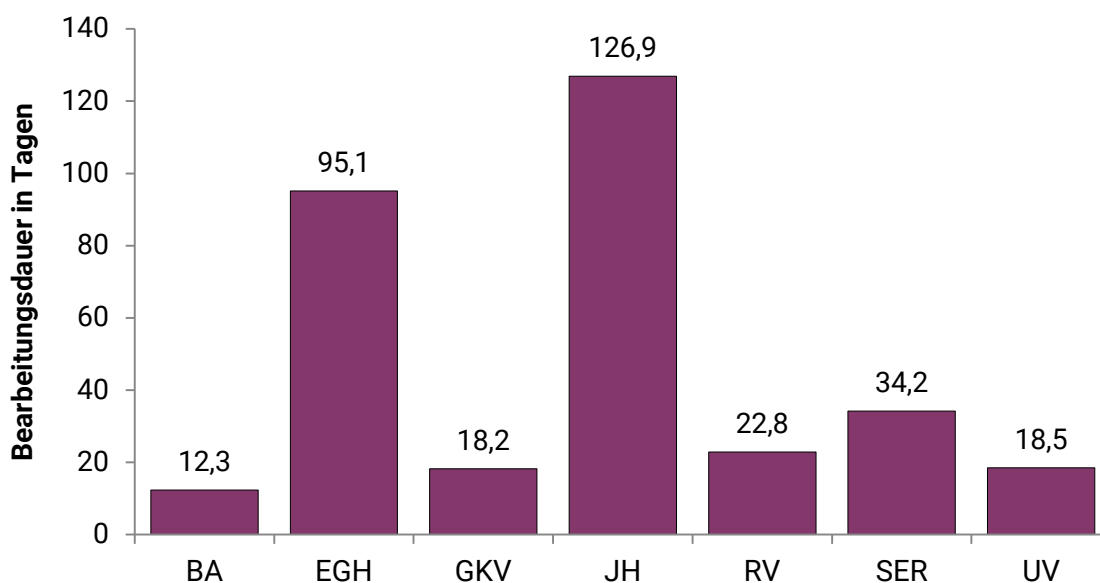
Tabelle 22. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer des Gesamtantrags insgesamt nach Trägerbereich (in Tagen)

Trägerbereich	Minimum	Durchschnitt	Maximum	Entscheidungen insgesamt	Träger
BA	-*	12,3	-*	57.664	1 (100%)
EGH	2,1	95,1	277,6	171.569	265 (88,9%)
GKV	7,1	18,2	77,3	998.850	93 (96,9%)
JH	3,2	126,9	333,5	32.335	414 (88,5%)
RV	10,7	22,8	34,1	1.651.616	17 (100%)
SER	3,6	34,2	241,0	1.783	46 (19,2%)
UV	0,3	18,5	95,7	53.674	33 (97,1%)
Gesamt	0,3	26,3	333,5	2.967.491	869 (75,3%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023 mit mindestens einem bewilligten und / oder mindestens einem erledigten Antrag, von denen ggf. auch Angaben zur jeweiligen aufsummierten Bearbeitungsdauer vorliegen. Die Anzahl der Entscheidungen insgesamt wurde entsprechend angepasst. Sie ergibt sich aus der Summe der Anzahl der bewilligten Anträge und der Anzahl der erledigten Anträge. Die Berechnung der durchschnittlichen Dauer sowie von Minimum und Maximum beruht auf Originalwerten, die in dieser Tabelle auch gezeigt werden. Bei der zugrunde liegenden Anzahl werden in dieser Tabelle die anonymisierten Werte angegeben.

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

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



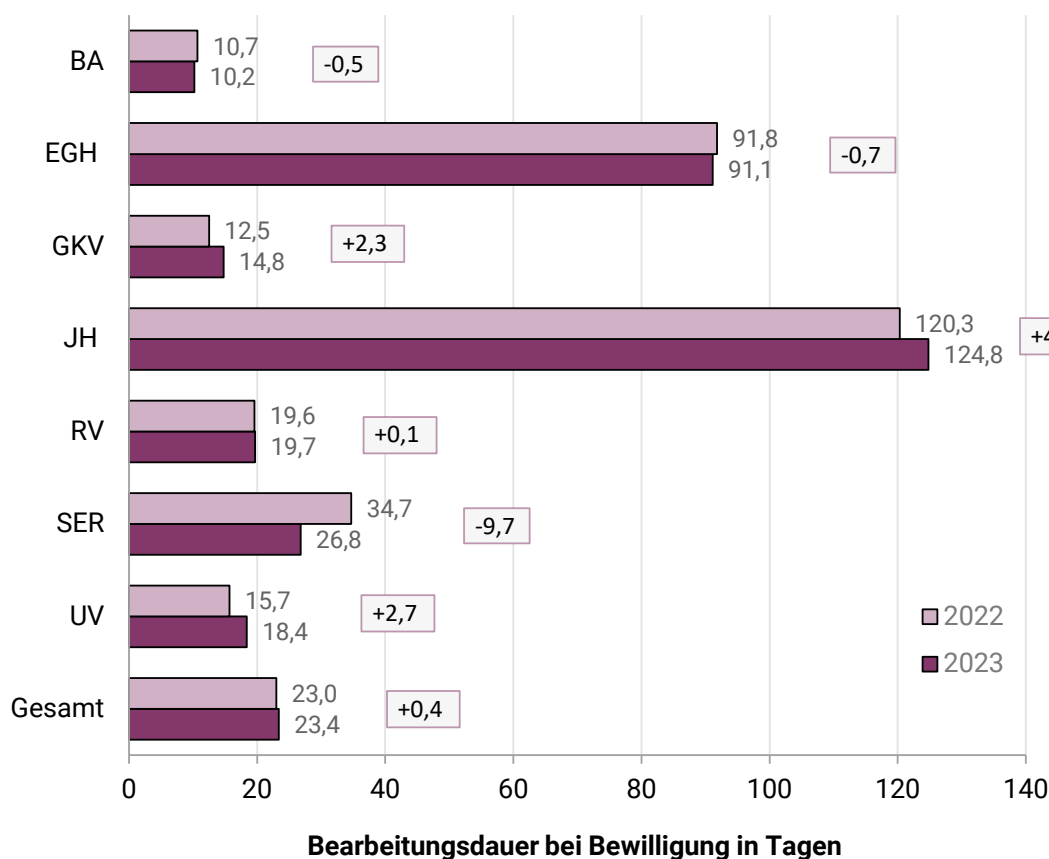
Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023 mit mindestens einem bewilligten und / oder mindestens einem erledigten Antrag, von denen ggf. auch Angaben zur jeweiligen aufsummierten Bearbeitungsdauer vorliegen.

Datengrundlage: 2.967.491 Entscheidungen zu Gesamtanträgen von 869 Trägern, davon 190 Träger mit ausschließlich bewilligten oder ausschließlich erledigten Anträgen.

Abbildung 24. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer insgesamt nach Trägerbereich (in Tagen)

Wie lange es in den einzelnen Trägerbereichen im Durchschnitt dauerte, bis ein Gesamtantrag bewilligt wurde, wird in [Abbildung 25](#) über die Jahre hinweg verglichen. Dabei zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen in den einzelnen Trägerbereichen.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für 2022 und 2023 mit jeweils mindestens einem bewilligten Antrag, von denen für beide Berichtsjahre Angaben zur entsprechenden aufsummierten Bearbeitungsdauer vorliegen. Die Anzahl der bewilligten Gesamtanträge in der Datengrundlage wurde jeweils entsprechend angepasst. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viele Tage sich die Bearbeitungsdauer im Berichtsjahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2022: 2.262.868 bewilligte Gesamtanträge von 847 Trägern (Gebietsstand 2023).

Datengrundlage 2023: 2.489.533 bewilligte Gesamtanträge von 847 Trägern (Gebietsstand 2023).

Abbildung 25. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei Bewilligung nach Trägerbereich und Berichtsjahr (in Tagen)

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Aus den Trägerbereichen

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

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

3.4.6 Sachverhalt 6: Entscheidungsarten



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?
Mit welcher Entscheidung werden Anträge abschließend bearbeitet?



Ergebnis:

Die Entscheidungsart 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 Entscheidungsart fällt beispielsweise die Rücknahme eines Antrags durch den Antragsteller oder das Versterben eines Antragstellers. Die Häufigkeit der Entscheidungsarten „vollständige Bewilligung“ und „sonstige Erledigung“ kann unter Berücksichtigung der Daten zu Sachverhalt 5 berechnet werden (siehe [„Zur Einordnung der Daten“ zu Sachverhalt 6](#)).

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Zur Einordnung der Daten

Die abschließenden Entscheidungsarten eines Gesamtantrags gliedern sich auf in „vollständige Bewilligung“, „teilweise Bewilligung“, „vollständige Ablehnung“ und „sonstige Erledigung“.

Die Anzahl der Anträge, die **teilweise bewilligt** wurden, geht aus den Meldevariablen zu Sachverhalt 6 hervor.

Auch die Anzahl der Anträge, die **vollständig abgelehnt** wurden, geht aus den Meldevariablen zu Sachverhalt 6 hervor.

Die Anzahl der Anträge, die **vollständig bewilligt** wurden, wird unter Berücksichtigung der Meldevariablen zu Sachverhalt 5 berechnet. Sie ergibt sich aus der Differenz der Anzahl der bewilligten Anträge (vollständig oder teilweise) aus Sachverhalt 5 minus der Anzahl der nicht vollständig bewilligten Anträge (teilweise bewilligt) aus Sachverhalt 6.

Die Anzahl der Anträge, die **sonstig erledigt** wurden, wird ebenfalls unter Berücksichtigung der Meldevariablen zu Sachverhalt 5 berechnet. Sie ergibt sich aus der Differenz der Anzahl der abgelehnten oder in der Kategorie „Sonstige Erledigung“ erfassten Anträge aus Sachverhalt 5 minus der Anzahl der vollständig abgelehnten Anträge aus Sachverhalt 6.

Die prozentualen Anteile der Entscheidungsarten an allen entschiedenen Gesamtanträgen können nur für Träger mit mindestens einer Entscheidung berechnet werden, wenn Angaben zu allen relevanten Meldevariablen aus den Sachverhalten 5 und 6 vorliegen. Die entsprechende Datengrundlage für [Abbildung 26](#) und die zugrunde liegende [Tabelle 23](#) beläuft sich dementsprechend jeweils auf 2.990.440 im Berichtsjahr entschiedene Gesamtanträge von 880 Trägern.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

In **Tabelle 23** ist angegeben, wie viele Anträge und in welcher Art sie entschieden wurden. Hier sind nur Träger berücksichtigt, bei denen mindestens ein Antrag im Berichtsjahr entschieden wurde und für die Angaben zu allen relevanten Meldevariablen aus Sachverhalt 5 und 6 vorliegen. Von wie vielen Trägern entsprechende Daten vorliegen bzw. errechnet werden konnten (siehe Infobox „Zur Einordnung der Daten“ zu Sachverhalt 6), zeigen die Werte in der Spalte „Träger“. Hohe Werte in der Klammer (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass die ausgewiesene Anzahl der jeweiligen Entscheidungsart auf den Daten von den meisten Trägern aus einem Trägerbereich beruht. Basierend auf der jeweiligen Anzahl (**Tabelle 23**) wird in **Abbildung 26** die Verteilung der einzelnen Entscheidungsarten für die einzelnen Trägerbereiche gezeigt.

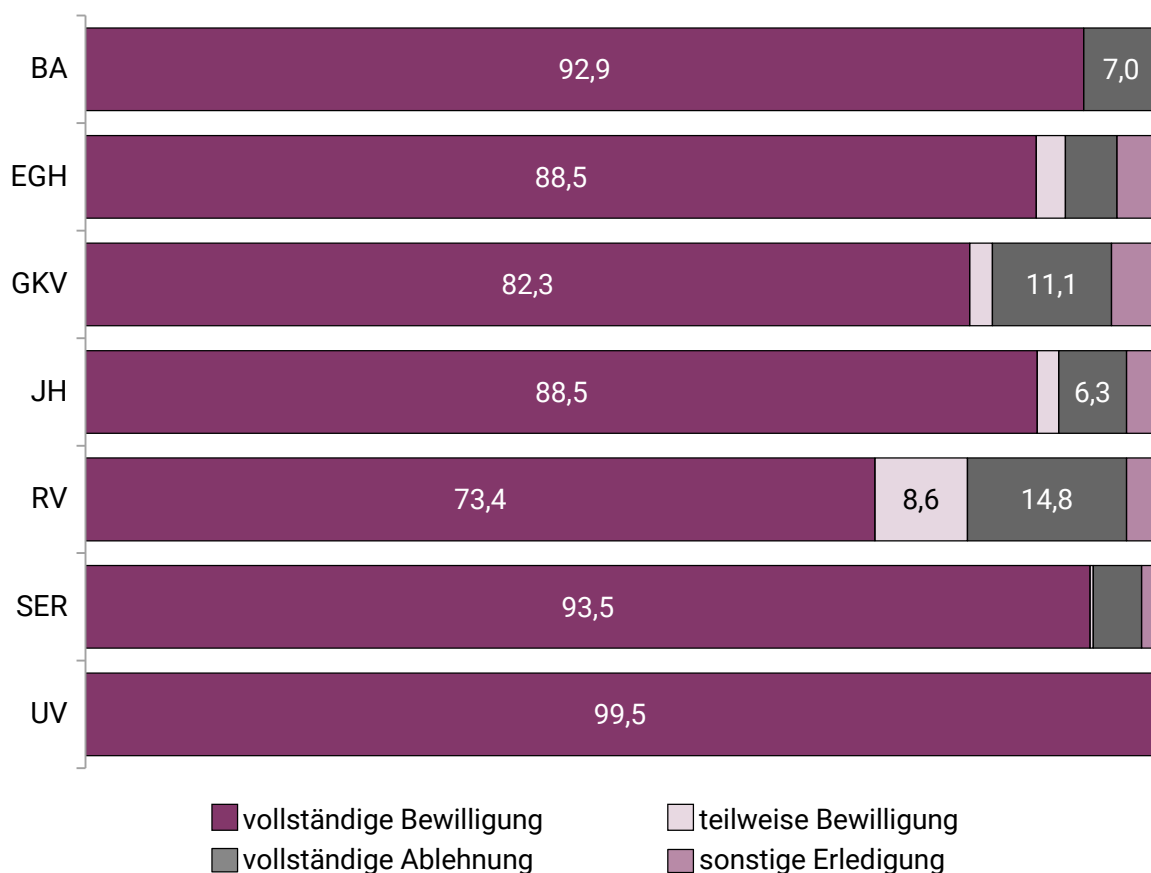
Tabelle 23. Anzahl der Entscheidungsarten des Gesamtantrags bei Angaben zu allen Entscheidungsarten nach Trägerbereich

Trägerbereich	Vollständige Bewilligungen	Teilweise Bewilligungen	Vollständige Ablehnungen	Sonstige Erledigungen	Entscheidungen insgesamt	Träger
BA	53.596	0	4.009	59	57.664	1 (100%)
EGH	165.944	5.124	8.921	7.431	187.420	279 (93,6%)
GKV	821.795	21.310	110.328	44.808	998.241	92 (95,8%)
JH	28.764	664	2.054	1.019	32.501	409 (87,4%)
RV	1.213.088	142.333	244.234	51.961	1.651.616	17 (100%)
SER	1.702	5	82	31	1.820	48 (20,0%)
UV	60.860	114	204	0	61.178	34 (100%)
Gesamt	2.345.749	169.550	369.832	105.309	2.990.440	880 (76,3%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023 mit mindestens einer Entscheidung, von denen zu allen vier Entscheidungsarten eine Angabe zur Anzahl vorliegt bzw. berechnet werden kann. Die Anzahl der Entscheidungen insgesamt wurde entsprechend angepasst. Sie ergibt sich aus der Summe der Anzahl vollständiger Bewilligungen, teilweiser Bewilligungen, vollständiger Ablehnungen und sonstiger Erledigungen.

Im Trägerbereich EGH entfällt mehr als die Hälfte der 222.013 entschiedenen Gesamtanträge (59,9 Prozent) auf die 14 überörtlichen Träger. Die übrigen Gesamtanträge (40,1 Prozent) verteilen sich auf 279 örtliche Träger (siehe **Anhang 1.c**).

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



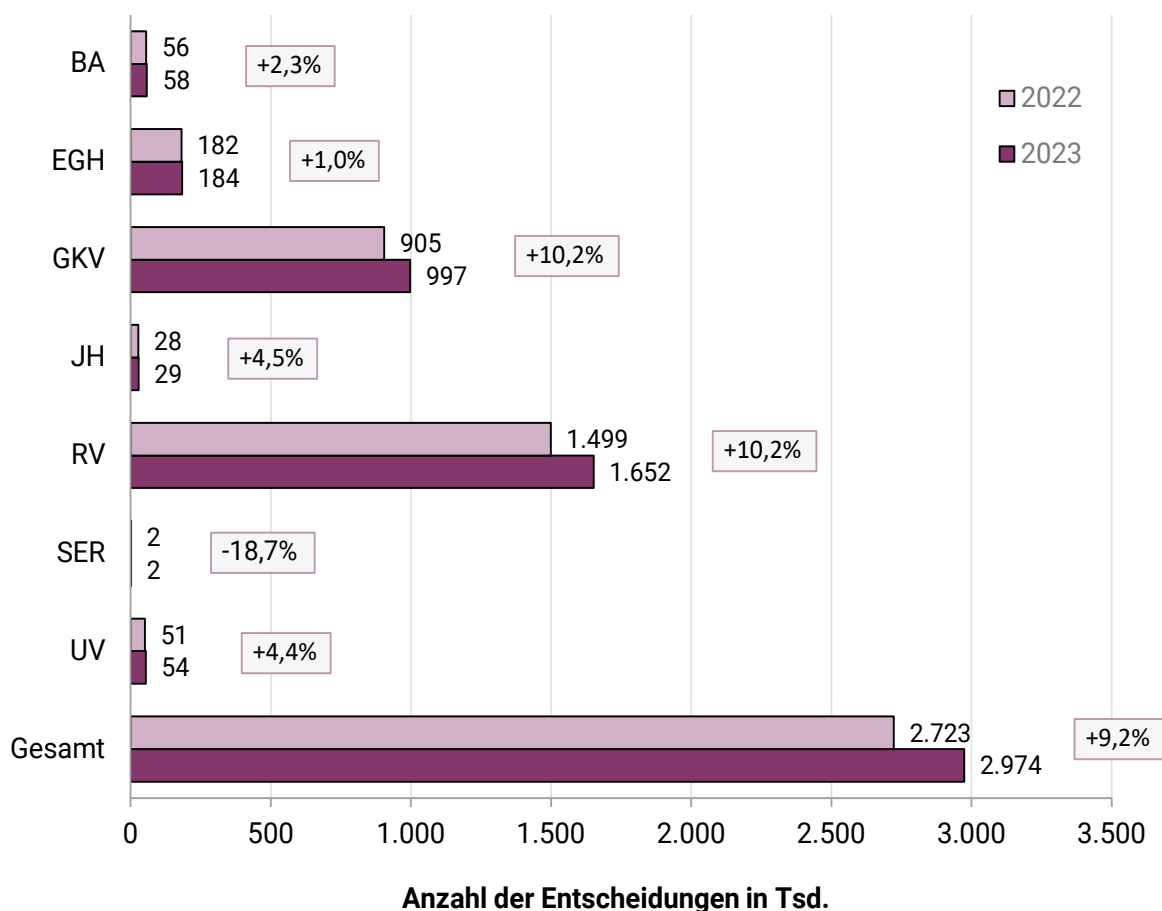
Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023 mit mindestens einer Entscheidung, von denen zu allen vier Entscheidungsarten (vollständige Bewilligung, teilweise Bewilligung, vollständige Ablehnung, sonstige Erledigung) eine Angabe zur Anzahl vorliegt bzw. berechnet werden kann.

Datengrundlage: 2.990.440 Entscheidungen zu Gesamtanträgen von 880 Trägern.

Abbildung 26. Prozentuale Verteilung der Entscheidungsarten des Gesamtantrags nach Trägerbereich

Wie viele Gesamtanträge in 2022 und in 2023 entschieden wurden, ist aus [Abbildung 27](#) ersichtlich. Dabei zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen in den einzelnen Trägerbereichen. In [Abbildung 28](#) ist gegenübergestellt, welchen Anteil die jeweiligen Entscheidungsarten an allen Entscheidungen zu Gesamtanträgen ausmachen.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



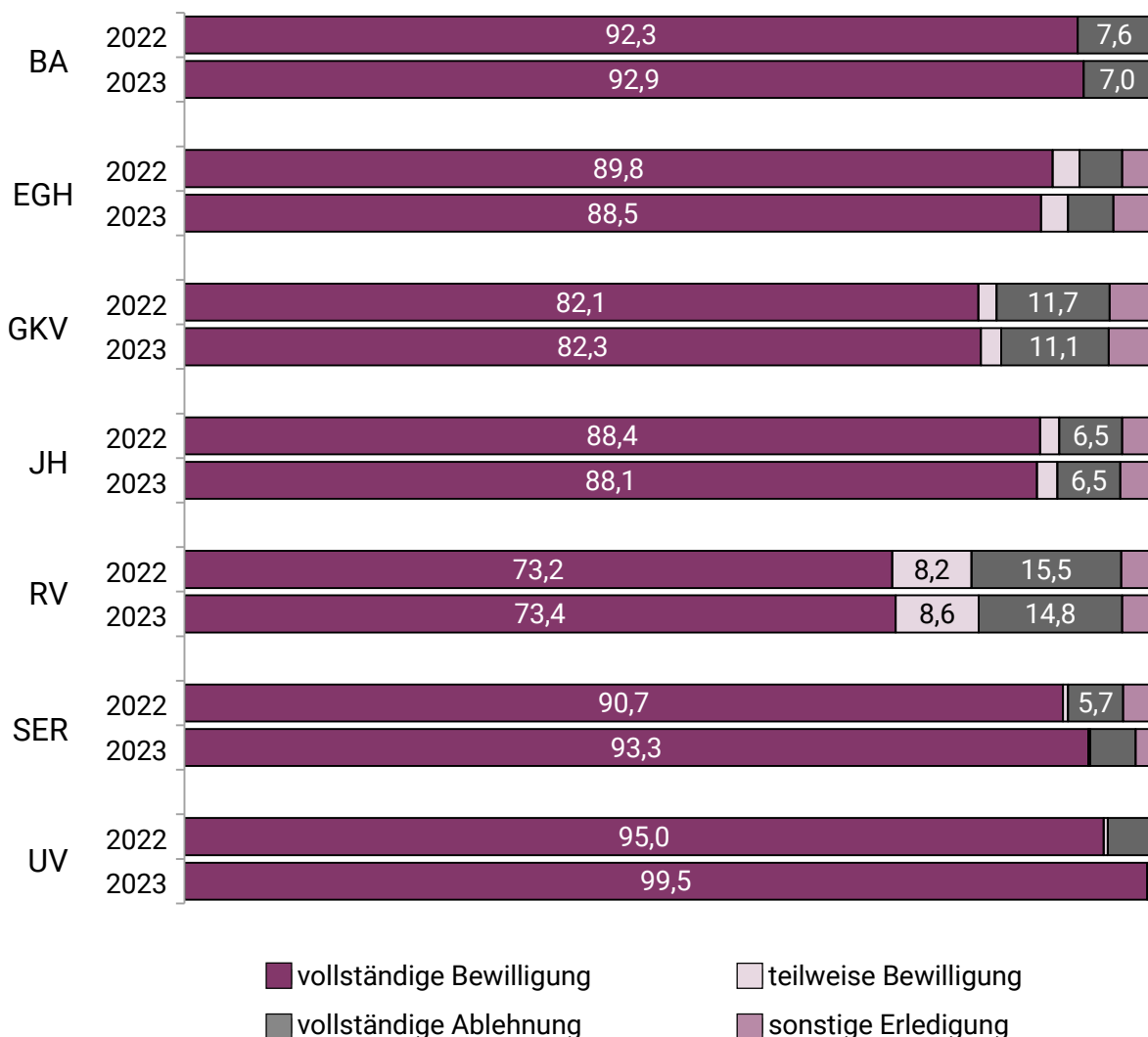
Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für 2022 und 2023 mit jeweils mindestens einer Entscheidung, von denen für beide Berichtsjahre zu allen vier Entscheidungsarten eine Angabe zur Anzahl vorliegt bzw. berechnet werden kann. Die Anzahl der Entscheidungen insgesamt in der Datengrundlage wurde jeweils entsprechend angepasst. Sie ergibt sich aus der Summe der Anzahl vollständiger Bewilligungen, teilweiser Bewilligungen, vollständiger Ablehnungen und sonstiger Erledigungen im jeweiligen Berichtsjahr. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viel Prozent sich die Anzahl der Entscheidungen insgesamt im Berichtsjahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2022: 2.723.274 Entscheidungen von 780 Trägern (Gebietsstand 2023).

Datengrundlage 2023: 2.974.497 Entscheidungen von 780 Trägern (Gebietsstand 2023).

Abbildung 27. Anzahl der Entscheidungen zu Gesamtanträgen nach Trägerbereich und Berichtsjahr

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für die Berichtsjahre 2022 und 2023 mit jeweils mindestens einer Entscheidung, von denen für beide Berichtsjahre zu allen vier Entscheidungsarten auch eine Angabe zur Anzahl vorliegt bzw. berechnet werden kann. Die Anzahl der Entscheidungen insgesamt in der Datengrundlage wurde jeweils entsprechend angepasst. Sie ergibt sich aus der Summe der Anzahl vollständiger Bewilligungen, teilweiser Bewilligungen, vollständiger Ablehnungen und sonstiger Erledigungen im jeweiligen Berichtsjahr.

Datengrundlage 2022: 2.723.274 Entscheidungen von 780 Trägern (Gebietsstand 2023).

Datengrundlage 2023: 2.974.497 Entscheidungen von 780 Trägern (Gebietsstand 2023).

Abbildung 28. Prozentuale Verteilung der Entscheidungsarten des Gesamtantrags nach Trägerbereich und Berichtsjahr

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Aus den Trägerbereichen

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

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

3.4.7 Sachverhalt 7: Antrittslaufzeiten mit und ohne Teilhabeplanung



Gesetzestext:

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



Fragestellungen:

Wie lange dauert es bei einem bewilligten Antrag durchschnittlich, bis Leistungen erbracht werden?
Unterscheidet sich die Antrittslaufzeit bewilligter Anträge mit Teilhabeplanung von jener ohne Teilhabeplanung?



Ergebnis:

Die Antrittslaufzeit bezieht sich auf die durchschnittliche Zeitdauer zwischen dem Datum des Bewilligungsbescheides und dem Beginn der ersten angetretenen Leistung. Wird eine Leistung am Tag des Bescheides oder danach angetreten, spricht man von einer positiven Antrittslaufzeit. 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 minus 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.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

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



Zur Einordnung der Daten

Eine **negative Antrittslaufzeit** ergibt sich, wenn eine Leistung bereits vor dem Tag des Bewilligungsbescheides angetreten wird. Die durchschnittliche negative Antrittslaufzeit konnte für die 777 Träger berechnet werden, bei denen dies auf mindestens eine angetretene Leistung im Berichtsjahr zutraf und von denen auch Angaben zur aufsummierten negativen Antrittslaufzeit vorliegen. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich somit auf 166.927 Leistungsantritte vor dem Bewilligungsbescheid ([Tabelle 24](#) und [Abbildung 29](#)).

Eine **positive Antrittslaufzeit** ergibt sich, wenn eine Leistung am Tag des Bewilligungsbescheides oder danach angetreten wird. Die durchschnittliche positive Antrittslaufzeit konnte für die 855 Träger berechnet werden, bei denen dies auf mindestens eine angetretene Leistung im Berichtsjahr zutraf und von denen auch Angaben zur aufsummierten positiven Antrittslaufzeit vorliegen. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich somit auf 1.860.176 Leistungsantritte nach dem Bewilligungsbescheid ([Tabelle 24](#) und [Abbildung 29](#)).

Die Antrittslaufzeit wird außerdem dahingehend erfasst, ob eine **Teilhabeplanung (THP)** stattgefunden hat oder nicht. Auch hier wurden nur die Gesamtanträge von den Trägern berücksichtigt, bei denen mindestens eine Leistung angetreten wurde und von denen auch Angaben zur entsprechenden aufsummierten Antrittslaufzeit vorliegen. Die jeweiligen Datengrundlagen reduzieren sich entsprechend ([Tabelle 25](#) und [Tabelle 26](#) und [Abbildung 30](#)).

Die Angaben zur Anzahl der Leistungsantritte vor und nach dem Bewilligungsbescheid ohne THP beinhalten auch jene Gesamtanträge, bei denen zwar eine THP durchgeführt wurde, der übermittelnde Träger aber nicht der koordinierende leistende Träger im Sinne des § 14 SGB IX war. Die Erfassung und Meldung für den THVB erfolgt durch den jeweils koordinierenden leistenden Rehabilitationsträger. Auf diese Weise sollen Doppelzählungen vermieden werden.

Die prozentualen Anteile der Leistungsantritte vor und nach dem Bewilligungsbescheid an allen Leistungsantritten konnten jeweils für die 858 Träger berechnet werden, bei denen im Berichtsjahr mindestens eine Leistung angetreten wurde und von denen sowohl Angaben zur Anzahl der positiven als auch zur Anzahl der negativen Leistungsantritte vorliegen. Anders als bei den vorherigen Tabellen und Abbildungen zu Sachverhalt 7 kann hier die Anzahl der Leistungsantritte auch dann abgebildet werden, wenn keine Angaben zur jeweiligen aufsummierten Antrittslaufzeit vorliegen. Daraus ergibt sich eine Datengrundlage von 2.033.772 Leistungsantritten insgesamt ([Tabelle 27](#) und [Abbildung 31](#)).

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Eine Antrittslaufzeit ist negativ, wenn der Leistungsbeginn der ersten angetretenen Leistung vor dem ersten Bewilligungsbescheid liegt. Eine Antrittslaufzeit ist positiv, wenn die erste Leistung am Tag des Bewilligungsbescheides oder danach angetreten wird. Bei nur einer bewilligten Leistung spiegelt eine positive Antrittslaufzeit also wider, wie viele Tage vom ersten Bewilligungsbescheid bis zum Antritt der Leistung vergangen sind.

Werden im Rahmen eines Antrags mehrere Leistungen bewilligt, gibt eine 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 Bewilligungsbescheides eine Leistung antritt, auch wenn diese nicht die zuerst beschiedene ist.

Tabelle 24 und **Abbildung 29** zeigen, wie viele Tage eine Leistung durchschnittlich vor bzw. nach dem ersten Bewilligungsbescheid angetreten wurde. Die durchschnittliche negative bzw. positive Antrittslaufzeit kann nur dann berechnet werden, wenn auch Leistungen vor bzw. nach dem Bewilligungsbescheid angetreten wurden und Angaben zur entsprechenden aufsummierten Antrittslaufzeit vorliegen. Auf wie viele Träger das zutrifft, ist in der Spalte „Träger“ angegeben.

Im Trägerbereich EGH lagen Leistungsantritte vor dem Bewilligungsbescheid bei den überörtlichen Trägern mit durchschnittlich -71,8 Tagen deutlich früher als bei den örtlichen Trägern mit -45,9 Tagen. Leistungsantritte nach dem Bewilligungsbescheid lagen bei den örtlichen Trägern mit 23,6 Tagen früher als bei den überörtlichen Trägern mit 27,5 Tagen (siehe **Anhang 1.c**).

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Tabelle 24. Durchschnittliche negative sowie positive Antrittslaufzeit nach Trägerbereich (in Tagen)

Trägerbereich	Negative Antrittslaufzeit	Leistungsantritte vor Bewilligungsbescheid	Träger	Positive Antrittslaufzeit	Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid	Träger
BA	–*	–*	–*	101,3	48.766	1 (100%)
EGH	-61,7	115.682	255 (85,6%)	25,5	86.818	266 (89,3%)
GKV	-40,9	32.854	96 (100%)	31,7	700.886	96 (100%)
JH	-41,7	12.519	384 (82,1%)	27,3	14.145	408 (87,2%)
RV	–**	–**	–**	75,1	967.974	17 (100%)
SER	-60,6	170	16 (6,7%)	38,8	765	35 (14,6%)
UV	-71,3	5.702	26 (76,5%)	46,2	40.822	32 (94,1%)
Gesamt	-56,4	166.927	777 (67,3%)	56,1	1.860.176	855 (74,1%)

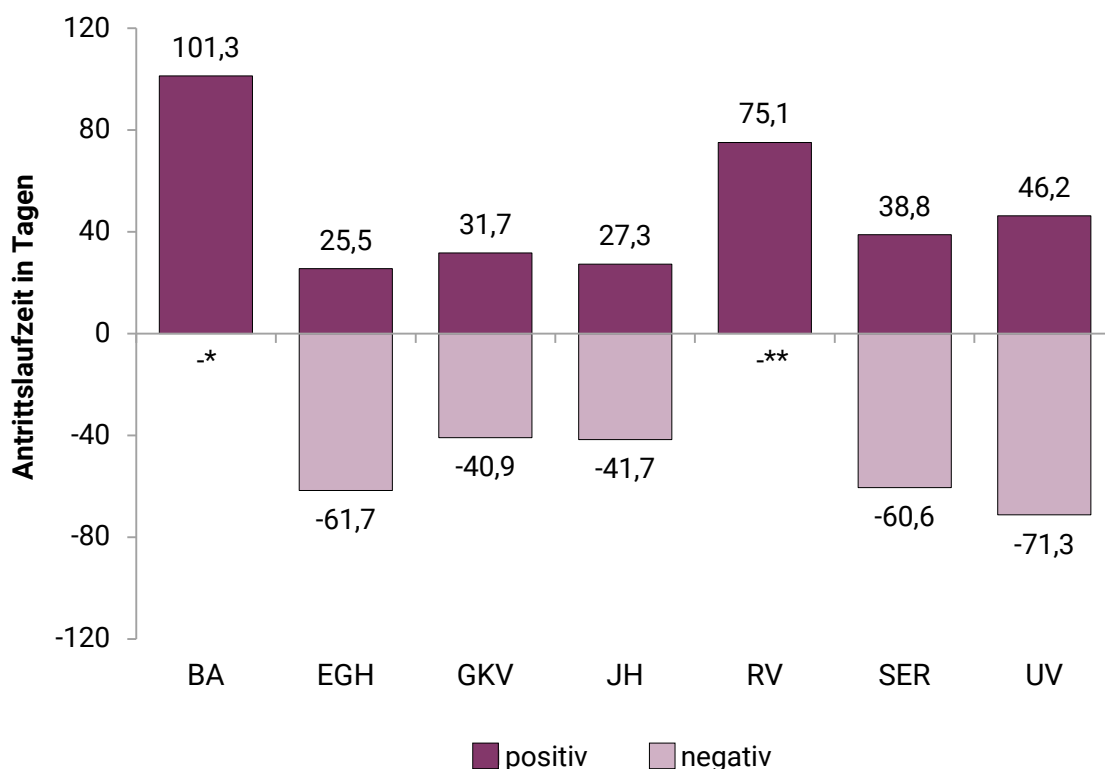
Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023 mit mindestens einem Leistungsantritt vor bzw. nach dem Bewilligungsbescheid, von denen auch Angaben zur jeweiligen aufsummierten Antrittslaufzeit vorliegen. Die Anzahl der Leistungsantritte vor bzw. nach dem Bewilligungsbescheid wurde entsprechend angepasst. Die jeweilige Berechnung der durchschnittlichen Antrittslaufzeit beruht auf Originalwerten, die in dieser Tabelle auch gezeigt werden.

Bei der jeweils zugrunde liegenden Anzahl werden in dieser Tabelle die anonymisierten Werte angegeben.

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

** Bei der DRV kommen negative Antrittslaufzeiten nicht vor, da ein Maßnahmeantritt nur nach einer Bewilligung erfolgt.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023 mit mindestens einem Leistungsantritt vor bzw. nach dem Bewilligungsbescheid, von denen auch Angaben zur jeweiligen aufsummierten Antrittslaufzeit vorliegen.

Datengrundlage positiv: 1.860.176 Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid von 855 Trägern.

Datengrundlage negativ: 166.927 Leistungsantritte vor Bewilligungsbescheid von 777 Trägern.

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

** Bei der DRV kommen negative Antrittslaufzeiten nicht vor, da ein Maßnahmenantritt nur nach einer Bewilligung erfolgt.

Abbildung 29. Durchschnittliche positive und negative Antrittslaufzeit nach Trägerbereich (in Tagen)



Betrachtungsbeispiel zu Abbildung 29

Im Falle eines Leistungsantritts vor dem Bewilligungsbescheid wurde eine Leistung im Trägerbereich GKV durchschnittlich 40,9 Tage vorher angetreten. Bei Leistungen, die nach Bewilligungsbescheid angetreten wurden, vergingen bei der GKV im Durchschnitt 31,7 Tage.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

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

Die negative Antrittslaufzeit ohne sowie mit THP und die Anzahl der entsprechenden Leistungsantritte vor dem Bewilligungsbescheid sind in [Tabelle 25](#) dargestellt.

Tabelle 25. Durchschnittliche negative Antrittslaufzeit ohne und mit Teilhabeplanung nach Trägerbereich (in Tagen)

Trägerbereich	Antrittslaufzeit ohne THP	Leistungsantritte ohne THP	Träger	Antrittslaufzeit mit THP	Leistungsantritte mit THP	Träger
BA	_*	_*	_*	_*	_*	_*
EGH	-65,4	83.546	167 (56,0%)	-52,3	9.958	126 (42,3%)
GKV	_**	_**	_**	_**	_**	_**
JH	-42,0	10.286	360 (76,9%)	-50,3	1.193	103 (22,0%)
RV	_***	_***	_***	_***	_***	_***
SER	-54,9	93	14 (5,8%)	-90,5	50	2 (0,8%)
UV	-71,3	5.653	26 (76,5%)	-67,0	58	10 (29,4%)
Gesamt	-63,3	99.578	567 (49,1%)	-52,4	11.259	241 (20,9%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023 mit mindestens einem Leistungsantritt ohne bzw. mit Teilhabeplanung (THP) vor dem Bewilligungsbescheid, von denen auch Angaben zur jeweiligen aufsummierten Antrittslaufzeit vorliegen. Die Anzahl der Leistungsantritte vor dem Bewilligungsbescheid ohne bzw. mit Teilhabeplanung wurde entsprechend angepasst. Die jeweilige Berechnung der durchschnittlichen Antrittslaufzeit beruht auf Originalwerten, die in dieser Tabelle auch gezeigt werden. Bei der jeweils zugrunde liegenden Anzahl werden in dieser Tabelle die anonymisierten Werte angegeben.

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

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

*** Bei der DRV kommen negative Antrittslaufzeiten nicht vor, da ein Maßnahmeantritt nur nach einer Bewilligung erfolgt.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Die positive Antrittslaufzeit ohne sowie mit Teilhabeplanung und die Anzahl der entsprechenden Leistungsanträge nach dem Bewilligungsbescheid werden in [Tabelle 26](#) gezeigt.

Tabelle 26. Durchschnittliche positive Antrittslaufzeit ohne und mit Teilhabeplanung nach Trägerbereich (in Tagen)

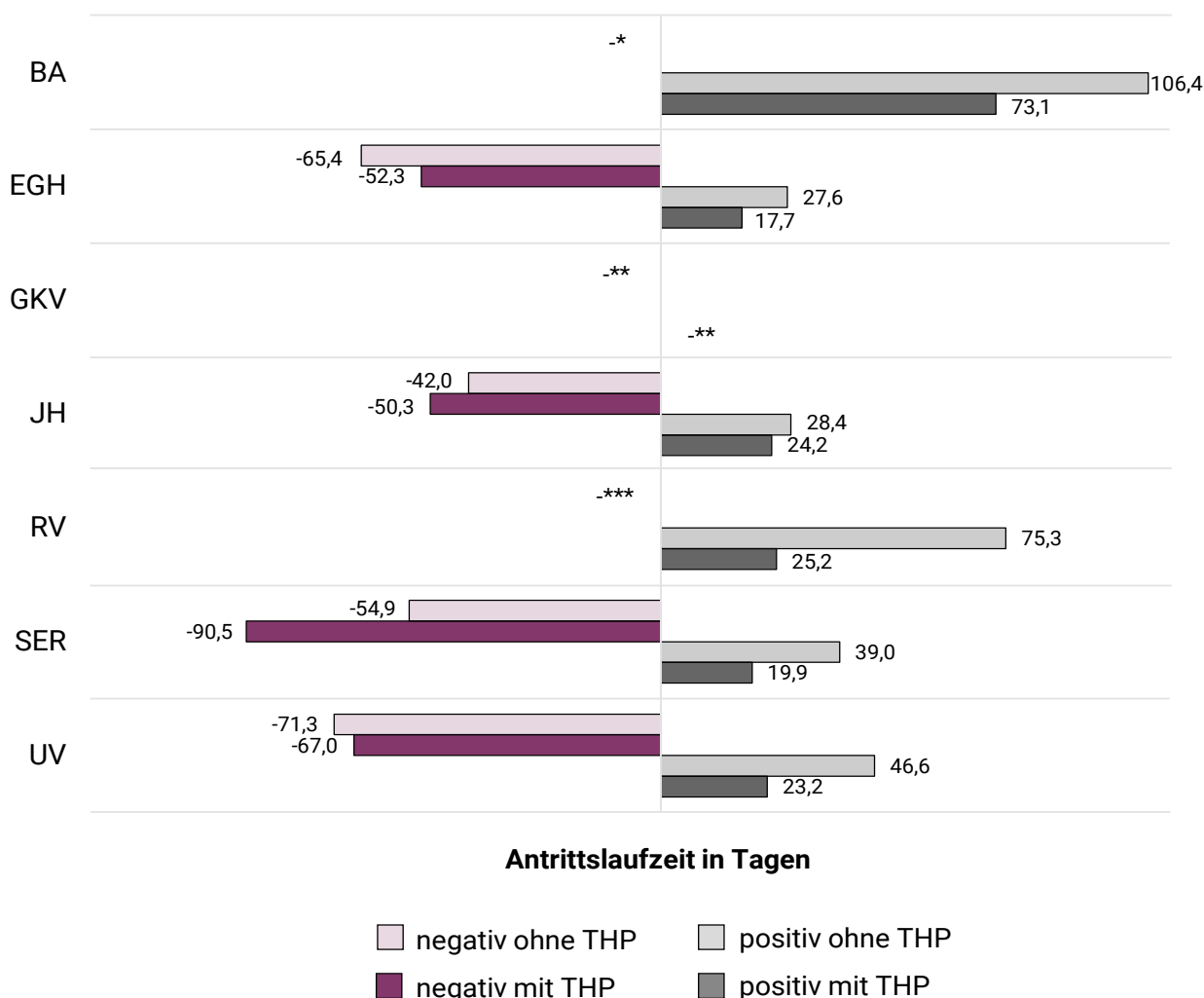
Trägerbereich	Antrittslaufzeit ohne THP	Leistungsanträge ohne THP	Träger	Antrittslaufzeit mit THP	Leistungsanträge mit THP	Träger
BA	106,4	41.341	1 (100%)	73,1	7.425	1 (100%)
EGH	27,6	49.759	171 (57,4%)	17,7	8.506	130 (43,6%)
GKV	–*	–*	–*	–*	–*	–*
JH	28,4	11.826	386 (82,5%)	24,2	1.657	118 (25,2%)
RV	75,3	964.464	17 (100%)	25,2	3.510	16 (94,1%)
SER	39,0	722	33 (13,8%)	19,9	23	7 (2,9%)
UV	46,6	40.094	32 (94,1%)	23,2	729	12 (35,3%)
Gesamt	72,7	1.108.206	640 (55,5%)	38,4	21.850	284 (24,6%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023 mit mindestens einem Leistungsantrag ohne bzw. mit Teilhabeplanung (THP) nach dem Bewilligungsbescheid, von denen auch Angaben zur jeweiligen aufsummierten Antrittslaufzeit vorliegen. Die Anzahl der Leistungsanträge nach dem Bewilligungsbescheid ohne bzw. mit Teilhabeplanung wurde entsprechend angepasst. Die jeweilige Berechnung der durchschnittlichen Antrittslaufzeit beruht auf Originalwerten, die in dieser Tabelle auch gezeigt werden. Bei der jeweils zugrunde liegenden Anzahl werden in dieser Tabelle die anonymisierten Werte angegeben.

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

Eine Übersicht über die negativen und positiven Antrittslaufzeiten sowohl ohne als auch mit Teilhabeplanung wird in [Abbildung 30](#) für die einzelnen Trägerbereiche gegeben.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023 mit mindestens einem Leistungsantritt vor bzw. nach dem Bewilligungsbescheid, jeweils mit und ohne Teilhabeplanung (THP), von denen auch Angaben zur entsprechenden aufsummierten Antrittslaufzeit vorliegen.

Datengrundlage positiv ohne THP: 1.108.206 Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid von 640 Trägern.
 Datengrundlage positiv mit THP: 22.580 Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid von 284 Trägern.
 Datengrundlage negativ ohne THP: 99.578 Leistungsantritte vor Bewilligungsbescheid von 567 Trägern.
 Datengrundlage negativ mit THP: 11.259 Leistungsantritte vor Bewilligungsbescheid von 241 Trägern.

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

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

*** Bei der DRV kommen negative Antrittslaufzeiten nicht vor, da ein Maßnahmenantritt nur nach einer Bewilligung erfolgt.

Abbildung 30. Positive und negative Antrittslaufzeit ohne sowie mit Teilhabeplanung nach Trägerbereich (in Tagen)

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Betrachtungsbeispiel zu Abbildung 30

Wenn eine Leistung **vor dem Bewilligungsbescheid** angetreten wurde, so geschah dies im Trägerbereich EGH durchschnittlich 52,3 Tage vorher, wenn eine THP erfolgte, und durchschnittlich 65,4 Tage vorher, wenn keine THP erfolgte.

Wenn eine Leistung **nach dem Bewilligungsbescheid** angetreten wurde, so geschah dies im Trägerbereich EGH durchschnittlich 17,7 Tage danach, wenn eine THP erfolgte, und durchschnittlich 27,6 Tage danach, wenn keine THP erfolgte.

Aus [Tabelle 27](#) und [Abbildung 31](#) ist ersichtlich, wie viel Prozent der Leistungsantritte entweder vor oder nach dem Bewilligungsbescheid angetreten wurden. Dieser Anteil kann nur bei den Trägern berechnet werden, bei denen im Berichtsjahr mindestens eine Leistung angetreten wurde und von denen sowohl Angaben zur Anzahl der positiven als auch zur Anzahl der negativen Leistungsantritte vorliegen. Auf wie viele Träger das zutrifft, ist in der Spalte „Träger“ in [Tabelle 27](#) angegeben. Niedrige Werte in der Klammer (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass die jeweils ausgewiesene Anzahl der Leistungsantritte vor und nach dem Bewilligungsbescheid sowie der entsprechende Anteil in [Abbildung 31](#) auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert.

Im Bereich EGH erfolgte bei den örtlichen Trägern mit 51,4 Prozent etwa die Hälfte der Leistungsantritte vor dem Bewilligungsbescheid. Nach dem Bewilligungsbescheid erfolgten die Leistungen in 48,6 Prozent. Bei den überörtlichen Trägern hingegen erfolgten 64,4 Prozent der Leistungsantritte vor und 35,6 Prozent nach dem Bewilligungsbescheid (siehe [Anhang 1.c](#)).

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Tabelle 27. Anzahl der Leistungsantritte vor und nach dem Bewilligungsbescheid nach Trägerbereich

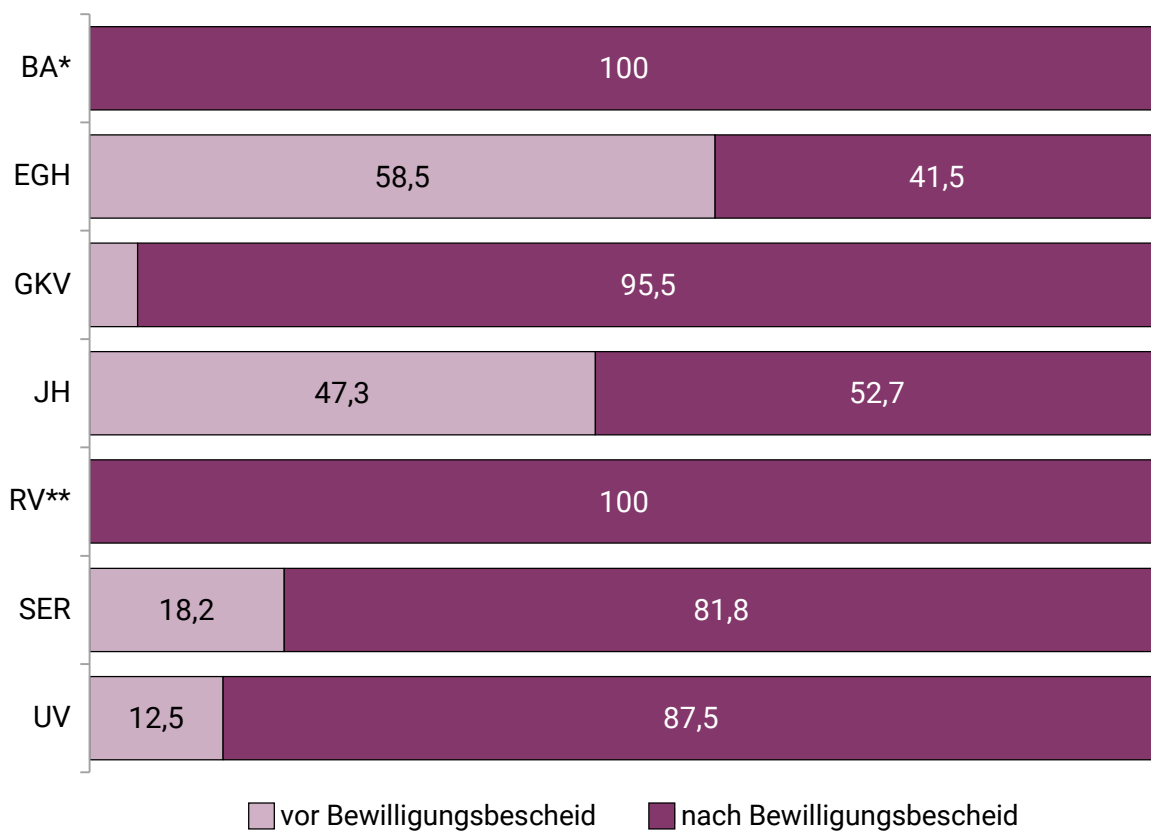
Trägerbereich	Leistungsantritte vor Bewilligungsbescheid	Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid	Leistungsantritte insgesamt	Träger
BA	–*	48.766	48.766	1 (100%)
EGH	122.354	86.783	209.137	266 (89,3%)
GKV	32.854	700.886	733.740	96 (100%)
JH	12.561	14.001	26.562	409 (87,4%)
RV	–**	967.974	967.974	17 (100%)
SER	170	764	934	36 (15,0%)
UV	5.818	40.841	46.659	33 (97,1%)
Gesamt	173.757	1.860.015	2.033.772	858 (74,4%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023 mit mindestens einem Leistungsantritt, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der Leistungsantritte vor als auch zur Anzahl der Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid vorliegen. Die Anzahl der Leistungsantritte insgesamt wurde entsprechend angepasst. Sie ergibt sich aus der Summe der Leistungsantritte vor und nach dem Bewilligungsbescheid.

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

** Bei der DRV kommen negative Antrittslaufzeiten nicht vor, da ein Maßnahmeantritt nur nach einer Bewilligung erfolgt.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023 mit mindestens einem Leistungsantritt, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der Leistungsantritte vor als auch zur Anzahl der Leistungsantritte nach Bewilligungsbescheid vorliegen.

Datengrundlage: 2.033.772 Leistungsantritte von 858 Trägern.

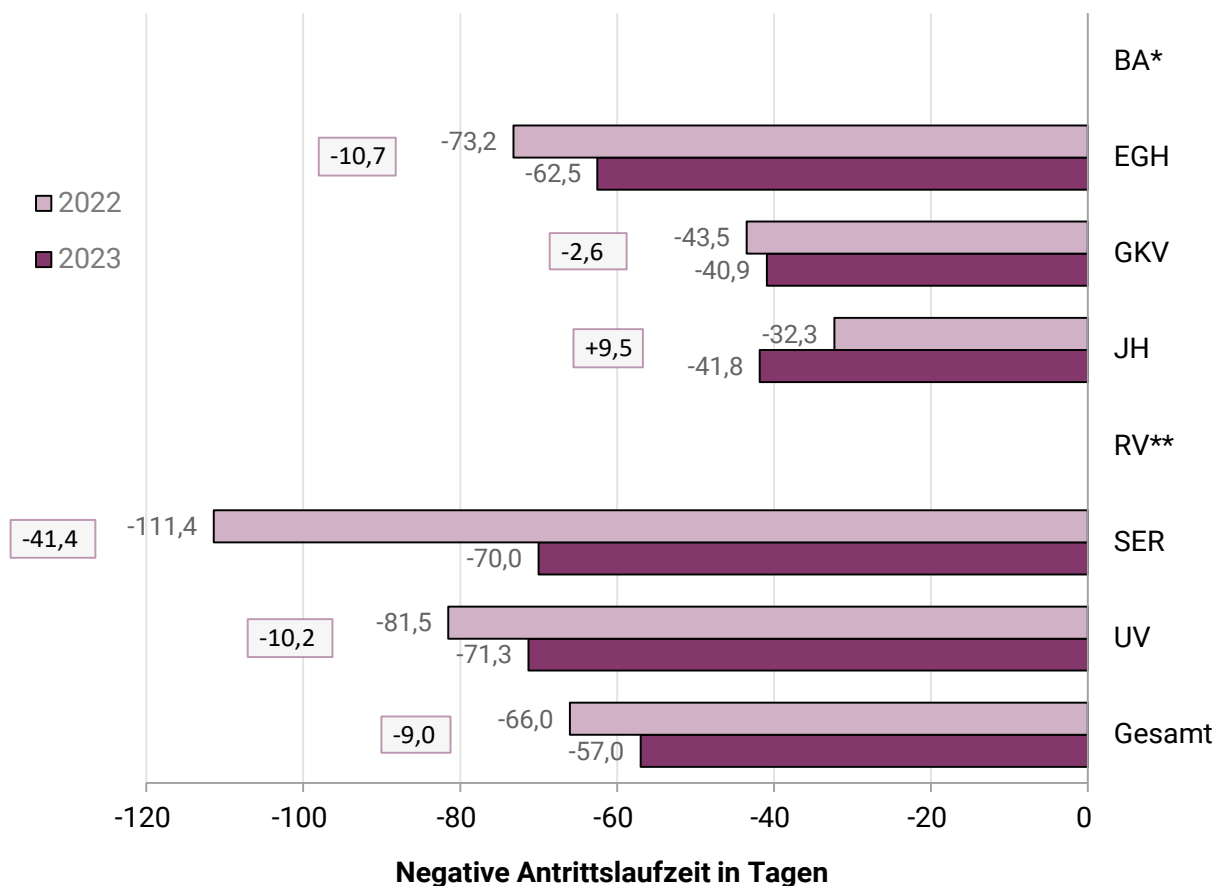
* Bei der BA kommen negative Antrittslaufzeiten nicht vor, da eine Maßnahmezusweisung nur nach einer Bewilligung erfolgt.

** Bei der DRV kommen negative Antrittslaufzeiten nicht vor, da ein Maßnahmenantritt nur nach einer Bewilligung erfolgt.

Abbildung 31. Prozentuale Verteilung der Leistungsantritte vor und nach dem Bewilligungsbescheid nach Trägerbereich

Wie lange es im Durchschnitt dauerte, bis eine Leistung vor bzw. nach dem Bewilligungsbescheid angetreten wurde, wird in [Abbildung 32](#) und [Abbildung 33](#) über die Jahre hinweg verglichen. Dabei zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen in den einzelnen Trägerbereichen.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für 2022 und 2023 mit mindestens einem Leistungsantritt vor dem Bewilligungsbescheid, von denen für beide Berichtsjahre Angaben zur jeweiligen aufsummierten Antrittslaufzeit vorliegen. Die Anzahl der Leistungsantritte in der Datengrundlage wurde jeweils entsprechend angepasst. Im umrandeten Feld links neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viele Tage sich die Antrittslaufzeit im Berichtsjahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2022: 182.572 Leistungsantritte von 699 Trägern (Gebietsstand 2023).

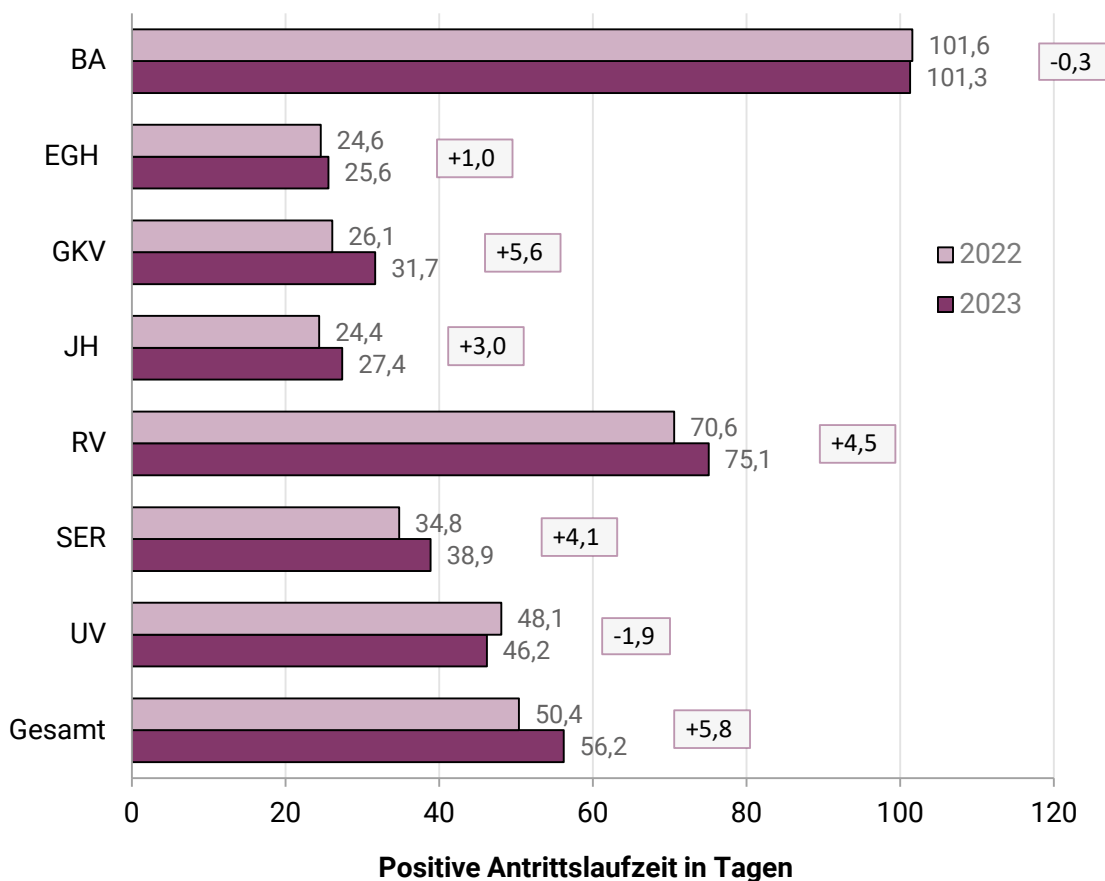
Datengrundlage 2023: 163.541 Leistungsantritte von 699 Trägern (Gebietsstand 2023).

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

** Bei der DRV kommen negative Antrittslaufzeiten nicht vor, da ein Maßnahmeantritt nur nach einer Bewilligung erfolgt.

Abbildung 32. Durchschnittliche negative Antrittslaufzeit nach Trägerbereich und Berichtsjahr (in Tagen)

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für 2022 und 2023 mit mindestens einem Leistungsantritt nach dem Bewilligungsbescheid, von denen für beide Berichtsjahre Angaben zur jeweiligen aufsummierten Antrittslaufzeit vorliegen. Die Anzahl der Leistungsantritte in der Datengrundlage wurde jeweils entsprechend angepasst. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viele Tage sich die Antrittslaufzeit im Berichtsjahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2022: 1.584.444 Leistungsantritte von 779 Trägern (Gebietsstand 2023).

Datengrundlage 2023: 1.858.190 Leistungsantritte von 779 Trägern (Gebietsstand 2023).

Abbildung 33. Durchschnittliche positive Antrittslaufzeit nach Trägerbereich und Berichtsjahr (in Tagen)

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



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 Leistungsanträge vor dem Bewilligungsbescheid und folglich auch keine negativen Antrittslaufzeiten.

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

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

Bei der **DRV** wurde im Laufe des Vorjahres, also in 2022, eine programmtechnische Korrektur des Erfassungsverfahrens wirksam.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

3.4.8 Sachverhalt 8: Anzahl der trägerübergreifenden Teilhabeplanungen und Teilhabeplankonferenzen



Gesetzestext:

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



Fragestellungen:

Wie häufig finden trägerübergreifende Teilhabeplanungen und Teilhabeplankonferenzen statt?



Ergebnis:

Eine trägerübergreifende Teilhabeplanung muss 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. [13, 14] 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. Sie ist ein zusätzliches Verfahren der Bedarfsfeststellung in Fällen der Trägersmehrheit mit dem Ziel, die Partizipation des Leistungsberechtigten zu stärken und in komplexen Leistungsfällen die Zusammenarbeit der beteiligten Rehabilitationsträger zu unterstützen.

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

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Zur Einordnung der Daten

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

Angaben zur Anzahl der Anträge mit trägerübergreifender Teilhabeplanung (**THP**) liegen von 1.112 Trägern vor. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 11.818 Anträge mit trägerübergreifender THP ([Tabelle 28](#)).

Der prozentuale Anteil von Anträgen mit einer trägerübergreifenden Teilhabeplanung an allen entschiedenen Gesamtanträgen konnte für die 901 Träger berechnet werden, bei denen auch mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Die entsprechende Datengrundlage beläuft sich somit auf 3.020.575 entschiedene Gesamtanträge ([Tabelle 30](#) und [Abbildung 34](#)).

Angaben zu Anträgen mit einer Teilhabeplankonferenz (**THPK**) liegen von 1.108 Trägern vor. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 1.373 Anträge mit einer Teilhabeplankonferenz ([Tabelle 29](#)).

Der prozentuale Anteil von Anträgen mit einer Teilhabeplankonferenz an allen entschiedenen Gesamtanträgen konnte für die 897 Träger berechnet werden, bei denen mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Die entsprechende Datengrundlage beläuft sich somit auf 3.017.325 entschiedene Gesamtanträge ([Tabelle 31](#) und [Abbildung 34](#)).

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Tabelle 28 zeigt, bei wie vielen Anträgen eine trägerübergreifende Teilhabeplanung durchgeführt wurde. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ ist außerdem ersichtlich, wie viele Träger im Jahr 2023 keine trägerübergreifende Teilhabeplanung als leistender Träger durchgeführt haben. Hohe Werte in der Klammer in dieser letzten Spalte (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass nur wenige Träger eine trägerübergreifende Teilhabeplanung als leistender Träger durchgeführt haben. Die ausgewiesene Anzahl an Anträgen mit einer trägerübergreifenden Teilhabeplanung basiert daher auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich.

Tabelle 28. Anzahl der Anträge mit einer trägerübergreifenden Teilhabeplanung nach Trägerbereich

Trägerbereich	THP	Träger	Träger mit Wert null ¹
BA	3.818	1 (100%)	0 (0%)
EGH	2.541	278 (93,3%)	103 (34,6%)
GKV	11	96 (100%)	89 (92,7%)
JH	503	446 (95,3%)	366 (78,2%)
RV	4.925	17 (100%)	1 (5,9%)
SER	5	240 (100%)	237 (98,8%)
UV	15	34 (100%)	30 (88,2%)
Gesamt	11.818	1.112 (96,4%)	826 (71,6%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2023.

THP: Teilhabeplanung.

¹ Anzahl der Träger, die in 2023 keine trägerübergreifenden Teilhabeplanungen als leistender Träger durchgeführt haben.



Betrachtungsbeispiel zu Tabelle 28

Für das Merkmal trägerübergreifende THP liegen aus dem Trägerbereich GKV Angaben von allen Trägern vor. Davon haben 89 Träger den Wert null übermittelt. Demnach hatten 92,7 Prozent der Träger der GKV keine Anträge mit einer trägerübergreifenden THP und die 11 gemeldeten Anträge verteilen sich auf 7 Träger.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Tabelle 29 zeigt, bei wie vielen Anträgen eine Teilhabeplankonferenz durchgeführt wurde. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ ist außerdem ersichtlich, wie viele Träger im Jahr 2023 keine Teilhabeplankonferenz durchgeführt haben. Hohe Werte in der Klammer in dieser letzten Spalte (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass nur wenige Träger Teilhabeplankonferenzen durchgeführt haben und die ausgewiesene Anzahl an Teilhabeplankonferenzen auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert oder, wie bei der GKV, Anträge mit einer Teilhabeplankonferenz im Berichtsjahr gar nicht vorkamen.

Tabelle 29. Anzahl der Anträge mit einer Teilhabeplankonferenz nach Trägerbereich

Trägerbereich	THPK	Träger	Träger mit Wert null ¹
BA	130	1 (100%)	0 (0%)
EGH	705	273 (91,6%)	143 (48,0%)
GKV	0	96 (100%)	96 (100%)
JH	329	447 (95,5%)	395 (84,4%)
RV	204	17 (100%)	4 (23,5%)
SER	1	240 (100%)	239 (99,6%)
UV	4	34 (100%)	32 (94,1%)
Gesamt	1.373	1.108 (96,0%)	909 (78,8%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2023.

THPK: Teilhabeplankonferenz.

¹ Anzahl der Träger, die in 2023 keine Teilhabeplankonferenzen durchgeführt haben.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Tabelle 30 und **Abbildung 34** zeigen, bei wie viel Prozent der entschiedenen Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eine trägerübergreifende Teilhabeplanung durchgeführt wurde. Dieser Anteil kann nur bei den Trägern berechnet werden, von denen Angaben zur Anzahl der Teilhabeplanungen vorliegen und bei denen mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Auf wie viele Träger das zutrifft, ist in der Spalte „Träger“ angegeben. Niedrige Werte in der Klammer (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass der ausgewiesene Anteil der Anträge mit trägerübergreifender Teilhabeplanung auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert.

Im Trägerbereich EGH wurden knapp zwei Drittel (65,7 Prozent) aller Anträge mit trägerübergreifender Teilhabeplanung von den örtlichen Trägern gemeldet. Der Anteil trägerübergreifender Teilhabeplanungen an allen entschiedenen Gesamtanträgen liegt bei diesen Trägern bei 2,0 Prozent. Im Vergleich dazu ist der Anteil trägerübergreifender Teilhabeplanungen bei überörtlichen EGH-Trägern mit 0,7 Prozent niedriger (siehe **Anhang 1.c**).

Tabelle 30. Prozentualer Anteil der Anträge mit einer trägerübergreifenden Teilhabeplanung an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Anträge mit THP	Anteil Anträge mit THP	Entschiedene Gesamtanträge	Träger
BA	3.818	6,6	57.664	1 (100%)
EGH	2.540	1,2	216.868	275 (92,3%)
GKV	11	0,0	999.266	96 (100%)
JH	503	1,6	32.062	429 (91,7%)
RV	4.925	0,3	1.651.616	17 (100%)
SER	5	0,3	1.921	49 (20,4%)
UV	15	0,0	61.178	34 (100%)
Gesamt	11.817	0,4	3.020.575	901 (78,1%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023, von denen Angaben zur Anzahl der Anträge mit einer trägerübergreifenden Teilhabeplanung (THP) vorliegen und bei denen mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Die Anzahl der entschiedenen Gesamtanträge wurde entsprechend angepasst.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Tabelle 33 und **Abbildung 34** zeigen, bei wie viel Prozent der entschiedenen Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eine Teilhabeplankonferenz durchgeführt wurde. Dieser Anteil kann nur bei den Trägern berechnet werden, von denen Angaben zur Anzahl der Teilhabeplankonferenzen vorliegen und bei denen mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Auf wie viele Träger das zutrifft, ist in der Spalte „Träger“ angegeben. Niedrige Werte in der Klammer (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass der ausgewiesene Anteil der Anträge mit Teilhabeplankonferenz(en) auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert.

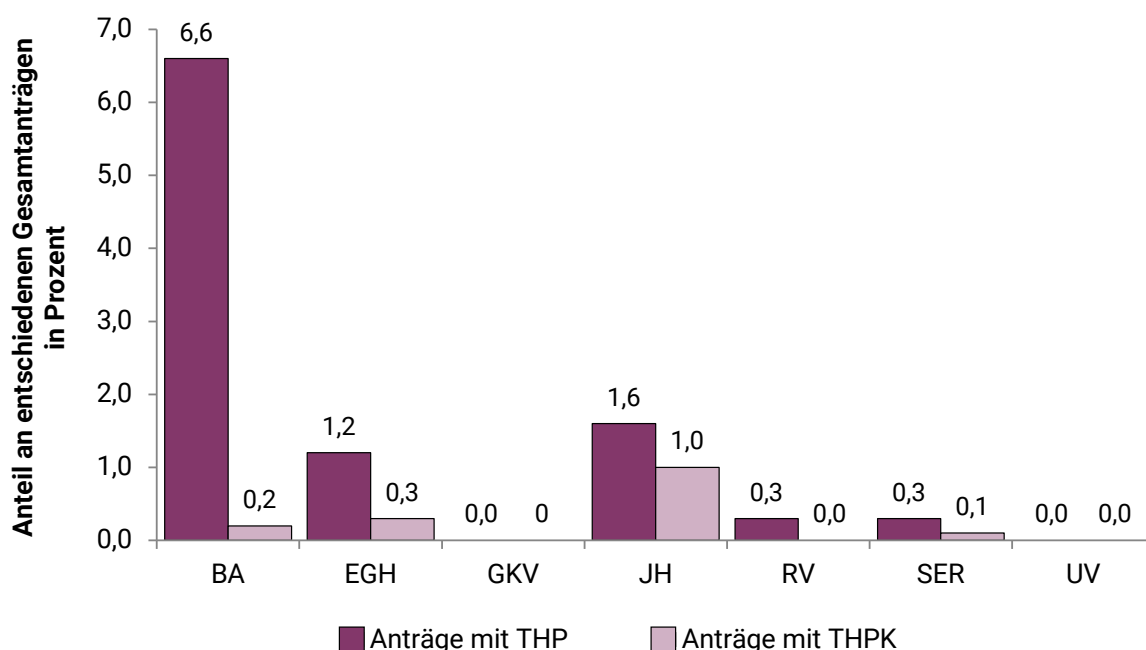
Im Trägerbereich EGH wurden knapp zwei Drittel (66,1 Prozent) aller Anträge mit Teilhabeplankonferenz(en) von den örtlichen Trägern übermittelt. Der Anteil der Teilhabeplankonferenzen an allen entschiedenen Gesamtanträgen liegt bei diesen Trägern bei 0,6 Prozent. Bei den überörtlichen EGH-Trägern liegt dieser Anteil bei 0,2 Prozent (siehe **Anhang 1.c**).

Tabelle 31. Prozentualer Anteil der Anträge mit einer Teilhabeplankonferenz an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Anträge mit THPK	Anteil Anträge mit THPK	Entschiedene Gesamtanträge	Träger
BA	130	0,2	57.664	1 (100%)
EGH	704	0,3	213.498	270 (90,6%)
GKV	0	0	999.266	96 (100%)
JH	329	1,0	32.182	430 (91,9%)
RV	204	0,0	1.651.616	17 (100%)
SER	1	0,1	1.921	49 (20,4%)
UV	4	0,0	61.178	34 (100%)
Gesamt	1.372	0,0	3.017.325	897 (77,7%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023, von denen Angaben zur Anzahl der Anträge mit einer Teilhabeplankonferenz (THPK) vorliegen und bei denen mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Die Anzahl der entschiedenen Gesamtanträge wurde entsprechend angepasst.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabepanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepäne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023, von denen Angaben zur Anzahl der Anträge mit einer trägerübergreifenden Teilhabepanung (THP) bzw. einer Teilhabepankonferenz (THPK) vorliegen und bei denen mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde.

Datengrundlage mit THP: 3.020.575 entschiedene Gesamtanträge von 901 Trägern.

Datengrundlage mit THPK: 3.017.325 entschiedene Gesamtanträge von 897 Trägern.

Abbildung 34. Prozentualer Anteil der Anträge mit einer trägerübergreifenden Teilhabepanung bzw. Teilhabepankonferenz an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich



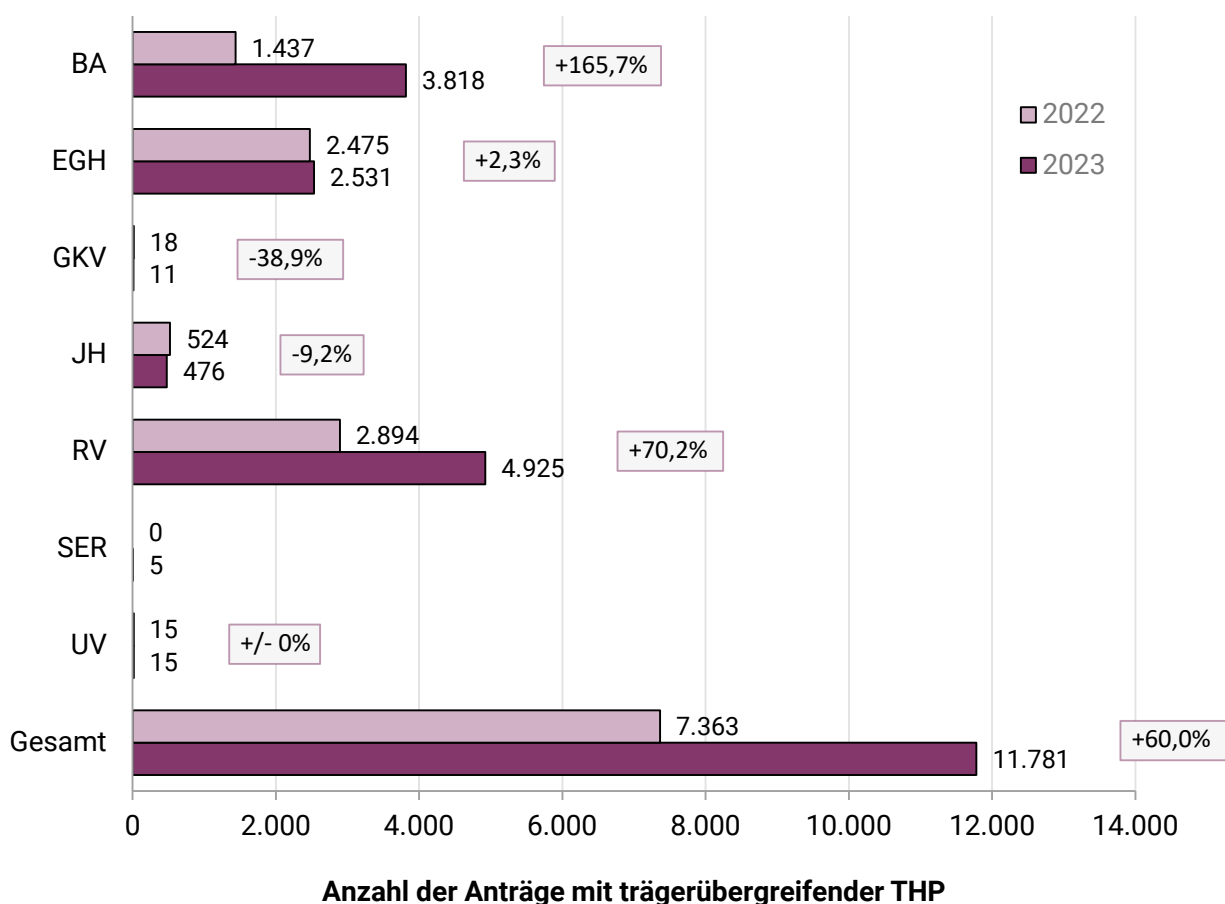
Betrachtungsbeispiel zu Abbildung 34

Im Trägerbereich JH wurde bei 1,6 Prozent aller im Berichtsjahr entschiedenen Gesamtanträge eine trägerübergreifende Teilhabepanung durchgeführt.

Eine Teilhabepankonferenz wurde im Trägerbereich JH bei 1,0 Prozent aller im Berichtsjahr entschiedenen Gesamtanträge durchgeführt.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Wie viele trägerübergreifende Teilhabeplanungen in den Berichtsjahren 2022 und 2023 in den einzelnen Trägerbereichen durchgeführt wurden, ist in **Abbildung 35** dargestellt. Dabei zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen in den einzelnen Trägerbereichen.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der Anträge mit einer trägerübergreifenden Teilhabeplanung (THP) für die Berichtsjahre 2022 und 2023 vorliegen. Die Anzahl trägerübergreifender THP in der Datengrundlage wurde jeweils entsprechend angepasst. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viel Prozent sich die Anzahl trägerübergreifender THP im Berichtsjahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2022: 7.363 THP von 1.055 Trägern (Gebietsstand 2023).

Datengrundlage 2023: 11.781 THP von 1.055 Trägern (Gebietsstand 2023).

Abbildung 35. Anzahl der Anträge mit einer trägerübergreifenden Teilhabeplanung nach Trägerbereich und Berichtsjahr

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

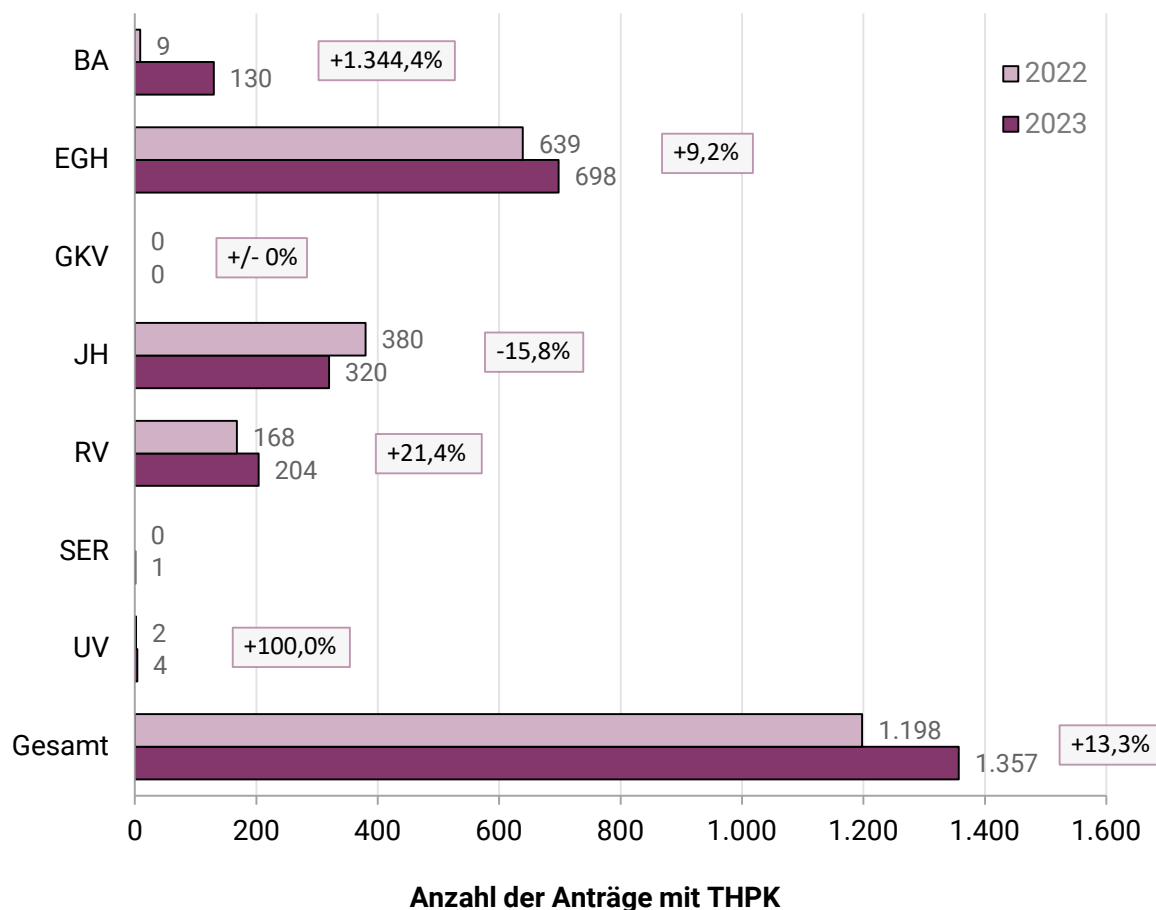


Hinweis zu Abbildung 35

Beim Jahresvergleich der Anzahl der Anträge mit einer trägerübergreifenden Teilhabeplanung gilt es zu berücksichtigen, dass in manchen Trägerbereichen nur wenige Träger trägerübergreifende Teilhabeplanungen als leistender Reha-Träger durchgeführt haben. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ in [Tabelle 28](#) ist ersichtlich, wie viele Träger keine trägerübergreifende Teilhabeplanung durchgeführt haben.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Aus [Abbildung 36](#) ist ersichtlich, wie viele Teilhabeplankonferenzen in 2022 und in 2023 durchgeführt wurden. Dabei zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen in den einzelnen Trägerbereichen.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der Anträge mit einer Teilhabeplankonferenz (THPK) für die Berichtsjahre 2022 und 2023 vorliegen. Die Anzahl der THPK in der Datengrundlage wurde jeweils entsprechend angepasst. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viel Prozent sich die Anzahl der THPK im Berichtsjahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2022: 1.198 THPK von 1.043 Trägern (Gebietsstand 2023).

Datengrundlage 2023: 1.357 THPK von 1.043 Trägern (Gebietsstand 2023).

Abbildung 36. Anzahl der Anträge mit einer Teilhabeplankonferenz nach Trägerbereich und Berichtsjahr

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Aus den Trägerbereichen

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

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

Bei der **DRV** erklärt sich der Anstieg der Anzahl der Teilhabeplanungen von 2022 auf 2023 u. a. daraus, dass im Laufe des Jahres 2022 eine programmtechnische Korrektur des Erfassungsverfahrens wirksam wurde.

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

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

3.4.9 Sachverhalt 9: Anpassungen von Teilhabeplänen und deren Geltungsdauer



Gesetzestext:

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



Fragestellungen:

Wie häufig werden Teilhabepläne angepasst?

Wie viele Tage umfasst die durchschnittliche Geltungsdauer eines Teilhabeplanes?



Ergebnis:

Bestandteil einer Teilhabeplanung ist ein individueller Teilhabeplan, in dem bestimmte Angaben dokumentiert sein müssen (vgl. § 19 Abs. 2 Nr. 1-11 SGB IX). Der Teilhabeplan dient der Steuerung des Reha-Prozesses und als Grundlage für die Entscheidung über Reha- und Teilhabeleistungen. [15] Eine Anpassung eines Teilhabeplanes liegt vor, wenn Inhalte eines bereits erstellten Teilhabeplanes an den Verlauf der Rehabilitation angepasst werden. Jede Änderung und / oder Fortschreibung eines Teilhabeplanes stellt eine Anpassung dar.

Der Teilhabeplan beinhaltet eine individuelle Zeitplanung. Eine Änderung des Teilhabeplanes erfolgt innerhalb der ursprünglichen Zeitplanung. Eine Fortschreibung des Teilhabeplanes erfolgt außerhalb der ursprünglichen Zeitplanung. Der Teilhabeplan endet frühestens am letzten Tag der letzten Leistung, die im Teilhabeplan vorgesehen ist.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Zur Einordnung der Daten

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

Angaben zur Anzahl **aller Anpassungen von Teilhabeplänen** liegen von 1.137 Trägern vor. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 53.223 Anpassungen ([Tabelle 32](#)). Angaben zu Teilhabeplänen **mit mindestens einer Anpassung** liegen von 1.090 Trägern vor. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 47.538 Teilhabepläne mit mindestens einer Anpassung ([Tabelle 33](#)).

Das Datum der Anpassung entspricht dem ersten Geltungstag des neu erstellten oder ggf. angepassten Teilhabeplanes.

Die durchschnittliche **Geltungsdauer** eines Teilhabeplanes konnte für die 243 Träger berechnet werden, von denen sowohl Angaben zur Anzahl aller Teilhabeplan-Geltungsdauern, die im Berichtsjahr enden, als auch zu den aufsummierten Geltungsdauern selbst vorliegen. Die entsprechende Datengrundlage beläuft sich somit auf 50.133 Geltungsdauern ([Tabelle 34](#) und [Abbildung 37](#)).

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

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

In **Tabelle 32** wird gezeigt, wie viele Anpassungen von Teilhabeplänen innerhalb eines Trägerbereichs vorgenommen wurden.

Im Bereich der überörtlichen EGH-Träger wurden 35.923 Anpassungen der Teilhabepläne (93,5 Prozent aller EGH-Anpassungen) von 7 überörtlichen Trägern gemeldet, wobei davon allein 24.651 Anpassungen auf einen einzigen Träger zurückgehen (siehe **Anhang 1.c**). Die verbleibenden sieben überörtlichen EGH-Träger hatten keine Anpassungen.

Tabelle 32. Anzahl der Anpassungen von Teilhabeplänen insgesamt nach Trägerbereich

Trägerbereich	Anpassungen	Träger	Träger mit Wert null ¹
BA	10.428	1 (100%)	0 (0%)
EGH	38.413	296 (99,3%)	231 (77,5%)
GKV	4	96 (100%)	94 (97,9%)
JH	3.321	454 (97,0%)	364 (77,8%)
RV	792	17 (100%)	4 (23,5%)
SER	1	239 (99,6%)	238 (99,2%)
UV	264	34 (100%)	26 (76,5%)
Gesamt	53.223	1.137 (98,5%)	957 (82,9%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2023.

¹ Anzahl der Träger, die in 2023 keine Teilhabepläne angepasst haben. In diesem Wert sind auch die Träger enthalten, die im Berichtsjahr keine Teilhabeplanungen durchgeführt haben.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

In **Tabelle 33** wird dargestellt, wie viele Teilhabepläne im Jahr 2023 mindestens einmal angepasst wurden.

Tabelle 33. Anzahl der Teilhabepläne mit mindestens einer Anpassung nach Trägerbereich

Trägerbereich	Teilhabepläne mit mind. 1 Anpassung	Träger	Träger mit Wert null ¹
BA	8.462	1 (100%)	0 (0%)
EGH	35.395	272 (91,3%)	208 (69,8%)
GKV	2	96 (100%)	94 (97,9%)
JH	2.700	438 (93,6%)	349 (74,6%)
RV	794	17 (100%)	4 (23,5%)
SER	1	232 (96,7%)	231 (96,3%)
UV	184	34 (100%)	26 (76,5%)
Gesamt	47.538	1.090 (94,5%)	912 (79,0%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2023.

¹ Anzahl der Träger, die in 2023 keine Teilhabepläne angepasst haben. In diesem Wert sind auch die Träger enthalten, die im Berichtsjahr keine Teilhabeplanungen durchgeführt haben.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Tabelle 34 und **Abbildung 37** zeigen, wie lange ein Teilhabeplan im Durchschnitt galt. Es gilt zu beachten, dass die Geltungsdauer nicht ausschließlich die Geltungsdauer von Beginn bis zum Ende eines Teilhabeplanes abbildet, sondern auch die Zeitintervalle bezüglich der Anpassungen (siehe Infobox „Zur Einordnung der Daten“ zu Sachverhalt 9). Die durchschnittliche Geltungsdauer kann nur dann berechnet werden, wenn auch Teilhabepläne angepasst wurden und sowohl Angaben zur Anzahl aller Geltungsdauern, die im Berichtsjahr enden, als auch zu den aufsummierten Geltungsdauern selbst vorliegen. Auf wie viele Träger das zutrifft, ist in der Spalte „Träger“ in **Tabelle 34** angegeben. Außerdem sind die jeweils minimale und maximale Geltungsdauer pro Trägerbereich dargestellt.

Tabelle 34. Durchschnittliche Geltungsdauer von Teilhabeplänen nach Trägerbereich (in Tagen)

Trägerbereich	Minimum	Durchschnitt	Maximum	Anzahl Geltungsdauern	Träger
BA	-*	22,9	-*	10.428	1 (100%)
EGH	0	552,6	746,9	28.326	73 (24,5%)
GKV	0	4,7	159,5	116	7 (7,3%)
JH	0	280,1	740,0	6.314	132 (28,2%)
RV	59,7	192,5	307,9	3.741	16 (94,1%)
SER	519,0	519	519,0	1	1 (0,4%)
UV	1,0	110,6	167,9	1.207	13 (38,2%)
Gesamt	0	369,3	746,9	50.133	243 (21,1%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023 mit mindestens einer Teilhabeplan-Geltungsdauer, die im Berichtsjahr endete, von denen auch Angaben zur aufsummierten Geltungsdauer selbst vorliegen. Die Anzahl der Geltungsdauern wurde entsprechend angepasst. Die Berechnung der durchschnittlichen Dauer sowie von Minimum und Maximum beruht auf Originalwerten, die in dieser Tabelle auch gezeigt werden. Bei der jeweils zugrunde liegenden Anzahl werden in dieser Tabelle die anonymisierten Werte angegeben.

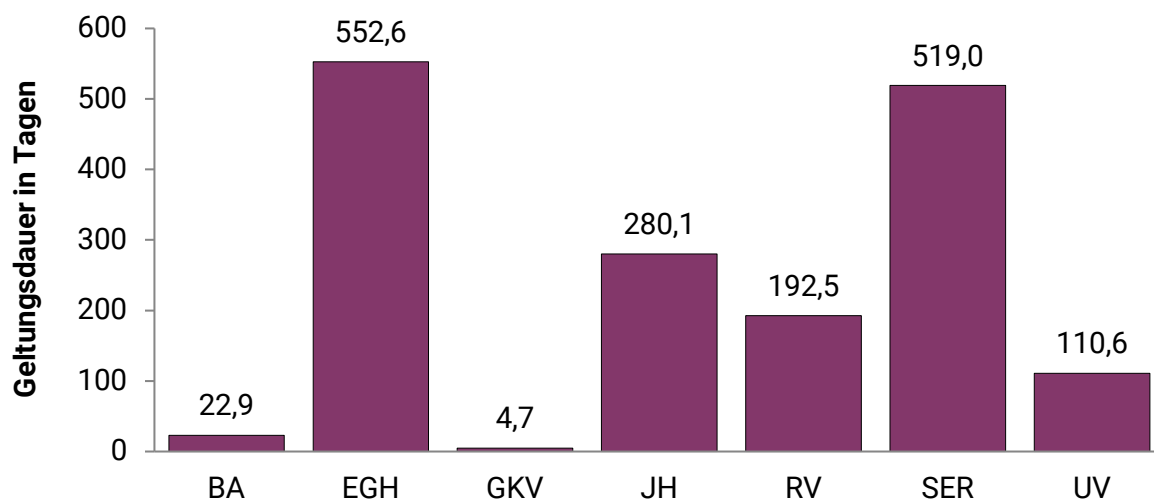
* Daten werden aggregiert dargestellt, da die BA nicht als Trägerbereich strukturiert ist, sondern eine solitäre Rehabilitationsträgerin ist. Die Werte für Minimum, Maximum und Durchschnitt sind jeweils gleich.



Betrachtungsbeispiel zu Tabelle 34

Im Trägerbereich UV galt ein Teilhabeplan durchschnittlich 110,6 Tage, bis eine Änderung vorgenommen wurde oder der Teilhabeplan endete. In diesem Trägerbereich lag die kürzeste durchschnittliche Geltungsdauer bei 1,0 Tagen bis hin zur längsten Geltungsdauer von 167,9 Tagen.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



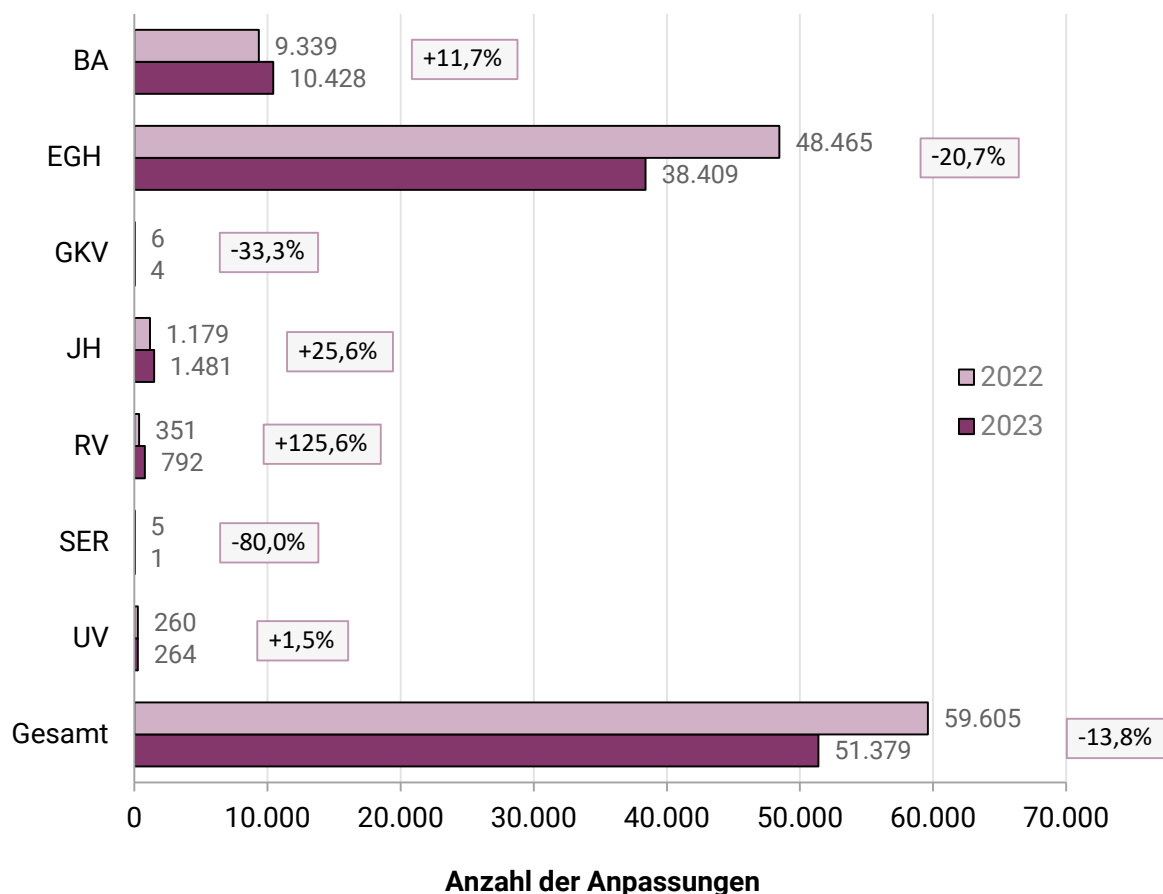
Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023 mit mindestens einer Teilhabeplan-Geltungsdauer, die im Berichtsjahr endete, und von denen auch Angaben zur aufsummierten Geltungsdauer selbst vorliegen.

Datengrundlage: 50.133 Geltungsdauern von 243 Trägern.

Abbildung 37. Durchschnittliche Geltungsdauer von Teilhabeplänen nach Trägerbereich (in Tagen)

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Wie viele Anpassungen von Teilhabeplänen insgesamt 2022 und 2023 durchgeführt wurden, ist in [Abbildung 38](#) im Jahresvergleich dargestellt.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der Anpassungen von Teilhabeplänen für die Berichtsjahre 2022 und 2023 vorliegen. Die Anzahl der Anpassungen in der Datengrundlage wurde jeweils entsprechend angepasst. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viel Prozent sich die Anzahl der TP-Anpassungen im Berichtsjahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2022: 59.605 Anpassungen von 1.060 Trägern (Gebietsstand 2023).

Datengrundlage 2023: 51.379 Anpassungen von 1.060 Trägern (Gebietsstand 2023).

Abbildung 38. Anzahl der Anpassungen von Teilhabeplänen insgesamt nach Trägerbereich und Berichtsjahr

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10:Erstattung zw. Trägern	137	SV 14:Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Aus den Trägerbereichen

Die Träger im Bereich **EGH** sind häufig für eine Vielzahl von Leistungsempfängern zuständig. Die Überprüfung bzw. Anpassung der Teilhabepläne bzw. der Bedarfslage erfolgt bei den Trägern der EGH nicht nur anlassbezogen, sondern aufgrund der gesetzlichen Vorgaben (§ 121 Abs. 2 SGB IX) regelmäßig in bestimmten Abständen (spätestens nach zwei Jahren). Eine höhere Anzahl an Anpassungen der Teilhabepläne ist daher nicht ungewöhnlich und erklärt möglicherweise die vergleichsweise hohe Anzahl der TP-Anpassungen im gesamten Trägerbereich EGH (siehe [Tabelle 32](#)).

Bei der **DRV** wurde im Laufe des Jahres 2022 eine programmtechnische Korrektur des Erfassungsverfahrens wirksam. Ein Vergleich der Angaben aus den Berichtsjahren 2022 und 2023 ist daher nicht möglich.

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



Gesetzestext:

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



Fragestellungen:

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



Ergebnis:

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

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Auch hier findet sich das mit dem BTHG verankerte Prinzip Leistungen wie „aus einer Hand“ wieder: Der Leistungsberechtigte wird von der Last der Zuständigkeitsklärung befreit und der leistende Rehabilitationsträger (im Sinne des § 14 SGB IX) hat die Koordinierungs- und Leistungsverantwortung inne. Durch die Regelung in § 16 SGB IX soll der leistende Rehabilitationsträger zugleich besonders „geschützt“ werden und keine wesentlichen (Kosten-)Nachteile haben, wenn er nach § 15 SGB IX ein Beteiligungsverfahren einzuleiten hat und aufgrund von (Frist-)Versäumnissen des / der beteiligten Rehabilitationsträger/s Entscheidungen für diese/n trifft. [16]

Im THVB wird unter Sachverhalt 10 abgebildet, bei wie vielen Anträgen ein solches Erstattungsverfahren eingeleitet wird.



Zur Einordnung der Daten

Für den THVB werden Daten zu den Erstattungsverfahren zwischen den Trägern, die in 2023 eingeleitet wurden, vom koordinierenden leistenden Träger im Sinne des § 14 SGB IX übermittelt.

Angaben zur Anzahl der in 2023 eingeleiteten Erstattungsverfahren liegen von 1.067 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 1.856 eingeleitete Erstattungsverfahren ([Tabelle 35](#)).

Die durchschnittliche Anzahl der Erstattungsverfahren pro Antrag mit mindestens einem Erstattungsverfahren ergibt sich aus der Division der Anzahl aller Erstattungsverfahren durch die Anzahl der Anträge mit mindestens einem Erstattungsverfahren. Sie konnte für die 106 Träger berechnet werden, die im Berichtsjahr mindestens ein Erstattungsverfahren gemeldet haben. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 1.615 Anträge mit mindestens einem Erstattungsverfahren ([Tabelle 36](#)).

Für den THVB werden die im Berichtsjahr eingeleiteten Erstattungsverfahren zwischen den Trägern gemeldet. Die Meldung erfolgt also unabhängig vom Entscheidungsdatum des zugehörigen Gesamtantrags, das unter Umständen auch im vorherigen Berichtsjahr liegen kann. Aus diesem Grund kann die Anzahl der eingeleiteten Erstattungsverfahren nicht ins Verhältnis zur Anzahl der im Berichtsjahr entschiedenen Gesamtanträge gesetzt werden.

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

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10:Erstattung zw. Trägern	137	SV 14:Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Tabelle 35 zeigt, wie viele Erstattungsverfahren nach § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB IX pro Trägerbereich im Berichtsjahr vorkamen. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ ist außerdem ersichtlich, wie viele Träger im Jahr 2023 keine Erstattungsverfahren eingeleitet haben. Hohe Werte in der Klammer in dieser letzten Spalte (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass nur wenige Träger Erstattungsverfahren eingeleitet haben und die ausgewiesene Anzahl an Erstattungsverfahren auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert oder, wie bei der GKV, im Berichtsjahr gar keine Erstattungsverfahren veranlasst wurden.

Tabelle 35. Anzahl der Erstattungsverfahren zwischen Trägern nach Trägerbereich

Trägerbereich	Erstattungs- verfahren	Träger	Träger mit Wert null ¹
BA	67	1 (100%)	0 (0%)
EGH	213	253 (84,9%)	189 (63,4%)
GKV	0	96 (100%)	96 (100%)
JH	40	433 (92,5%)	409 (87,4%)
RV	1.429	17 (100%)	1 (5,9%)
SER	4	239 (99,6%)	238 (99,2%)
UV	103	28 (82,4%)	18 (52,9%)
Gesamt	1.856	1.067 (92,5%)	951 (82,4%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2023.

¹ Anzahl der Träger, die in 2023 kein Erstattungsverfahren nach § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB IX eingeleitet haben.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Tabelle 36 zeigt, bei wie vielen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe es zu mindestens einem Erstattungsverfahren kam und wie viele Erstattungsverfahren durchschnittlich pro Antrag mit mindestens einem Verfahren stattfanden (siehe dritte Spalte). Dies kann nur bei den Trägern berechnet werden, die im Berichtsjahr auch mindestens ein Erstattungsverfahren gemeldet haben, und von denen zu beiden Merkmalen Daten vorliegen. Auf wie viele Träger das zutrifft, ist in der Spalte „Träger“ angegeben. Niedrige Werte in der Klammer (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass die ausgewiesene Anzahl der Erstattungsverfahren pro Antrag mit mindestens einem Erstattungsverfahren auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert.

Tabelle 36. Anzahl der Erstattungsverfahren pro Antrag mit mindestens einem Erstattungsverfahren zwischen Trägern nach Trägerbereich

Trägerbereich	Erstattungsverfahren	Erstattungsverfahren pro Antrag mit mind. 1 Erstattungsverfahren	Anträge mit mind. 1 Erstattungsverfahren	Träger
BA	67	1,0	67	1 (100%)
EGH	173	1,2	147	56 (18,8%)
GKV	–*	–*	–*	0 (0%)
JH	37	1,1	34	22 (4,7%)
RV	1.429	1,1	1.272	16 (94,1%)
SER	4	1,3	3	1 (0,4%)
UV	103	1,1	92	10 (29,4%)
Gesamt	1.813	1,1	1.615	106 (9,2%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der Erstattungsverfahren nach § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB IX als auch zur Anzahl der Anträge mit mindestens einem solchen Erstattungsverfahren vorliegen und die mindestens ein Erstattungsverfahren im Berichtsjahr eingeleitet haben.

* Da von diesen Trägern keine Erstattungsverfahren veranlasst wurden, werden hier keine Werte angezeigt.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10:Erstattung zw. Trägern	137	SV 14:Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

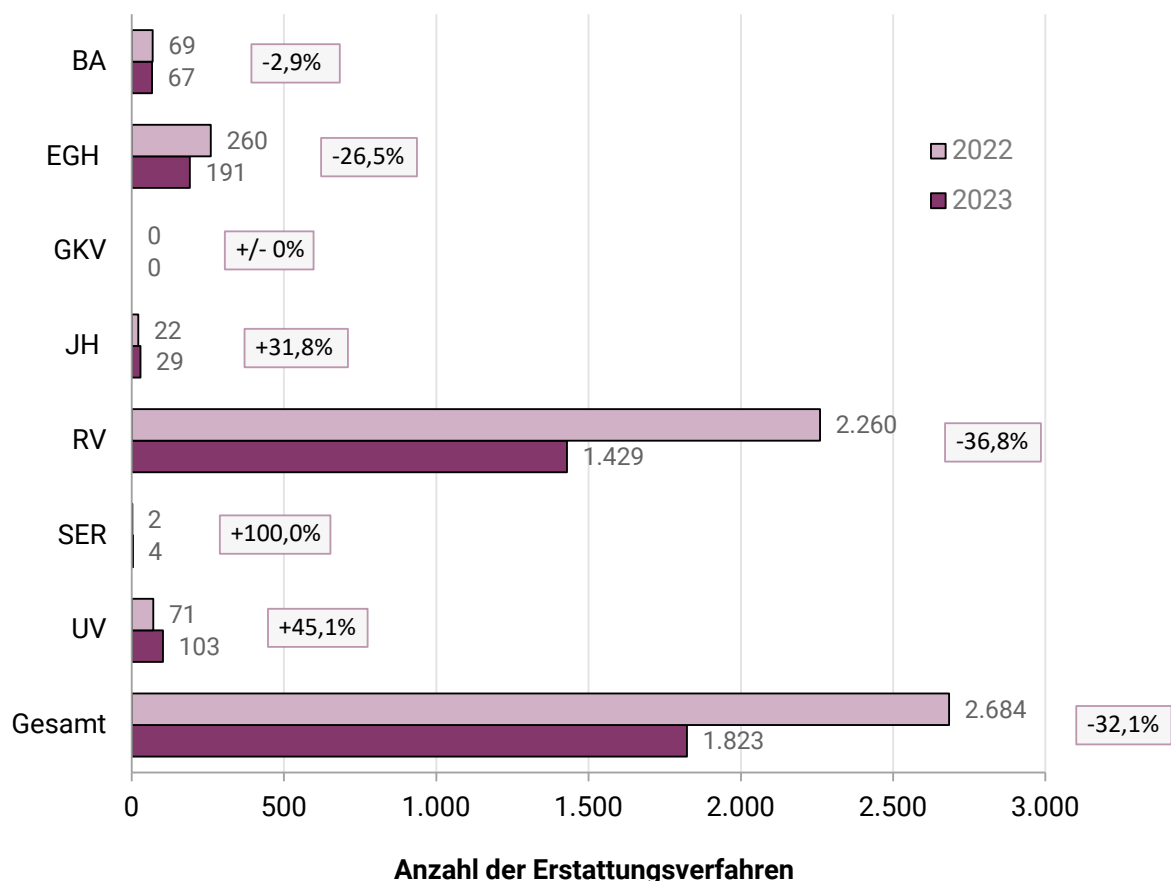


Betrachtungsbeispiel zu Tabelle 36

Im Trägerbereich RV kam es bei 1.272 Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe zu mindestens einem Erstattungsverfahren. Da insgesamt in diesem Trägerbereich mehr, nämlich 1.429 Erstattungsverfahren eingeleitet wurden, kam es im Rahmen einiger Anträge zu mehr als einem Erstattungsverfahren. Daraus ergeben sich im Durchschnitt 1,1 Erstattungsverfahren pro Antrag mit mindestens einem Erstattungsverfahren. Dies konnte nur für die Träger der RV ermittelt werden, die im Berichtsjahr auch mindestens ein Erstattungsverfahren zu einem entsprechenden Antrag gemeldet haben, was auf 16 Träger zutrifft. Die Anzahl der Erstattungsverfahren pro Antrag mit mindestens einem Erstattungsverfahren basiert also auf den Daten von 94,1 Prozent aller Träger der RV.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Wie viele Erstattungsverfahren zwischen Trägern 2022 und 2023 in den einzelnen Trägerbereichen eingeleitet wurden, ist in **Abbildung 39** im Jahresvergleich dargestellt. Dabei zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen in den einzelnen Trägerbereichen.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der Erstattungsverfahren nach § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB IX für die Berichtsjahre 2022 und 2023 vorliegen. Die Anzahl der Erstattungsverfahren in der Datengrundlage wurde jeweils entsprechend angepasst. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viel Prozent sich die Anzahl der Erstattungsverfahren im Berichtsjahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2022: 2.684 Erstattungsverfahren von 972 Trägern (Gebietsstand 2023).

Datengrundlage 2023: 1.823 Erstattungsverfahren von 972 Trägern (Gebietsstand 2023).

Abbildung 39. Anzahl der Erstattungsverfahren zwischen Trägern nach Trägerbereich und Berichtsjahr

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

3.4.11 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 1. Juli 2001 in Form eines Persönlichen Budgets ausgeführt werden (gemäß § 29 SGB IX). Persönliche Budgets werden in der Regel als Geldleistung und auf Antrag des Leistungsberechtigten ausgeführt. In begründeten Fällen werden auch Gutscheine ausgegeben. Das Persönliche Budget ist keine zusätzliche Leistung, sondern eine andere Form der Leistungserbringung. Es dient insbesondere der Förderung der Selbstbestimmung und Teilhabe betroffener Menschen. Werden Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe in Form eines Persönlichen Budgets von nur einem Träger erbracht, spricht man von einem trägerspezifischen Persönlichen Budget.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Zur Einordnung der Daten

Für den THVB werden Daten zur Anzahl der beantragten und der bewilligten **trägerspezifischen Persönlichen Budgets (PB)** vom jeweils koordinierenden leistenden Träger im Sinne des § 14 SGB IX übermittelt.

Angaben zu **beantragten** trägerspezifischen Persönlichen Budgets liegen von 1.129 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 5.499 beantragte trägerspezifische Persönliche Budgets ([Tabelle 37](#)).

Angaben zu **bewilligten** trägerspezifischen Persönlichen Budgets liegen von 1.124 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 4.671 bewilligte trägerspezifische Persönliche Budgets ([Tabelle 38](#)).

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

Jedoch können die beantragten und die bewilligten trägerspezifischen Persönlichen Budgets jeweils ins Verhältnis zu den im Berichtsjahr entschiedenen Gesamtanträgen gesetzt werden (siehe [Sachverhalt 6](#)). Der prozentuale Anteil der beantragten bzw. bewilligten trägerspezifischen Persönlichen Budgets ergibt sich aus der Division der jeweiligen Anzahl durch die Anzahl der entschiedenen Gesamtanträge.

Der Anteil der **beantragten** trägerspezifischen Persönlichen Budgets wurde für die 918 Träger berechnet, bei denen auch mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Daraus ergibt sich eine Datengrundlage von 3.026.235 entschiedenen Gesamtanträgen ([Abbildung 40](#)).

Der Anteil der **bewilligten** trägerspezifischen Persönlichen Budgets wurde für die 912 Träger berechnet, bei denen auch mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Daraus ergibt sich eine Datengrundlage von 3.024.389 entschiedenen Gesamtanträgen ([Abbildung 40](#)).

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Tabelle 37 zeigt, wie viele trägerspezifische Persönliche Budgets **beantragt** wurden. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ ist außerdem ersichtlich, bei wie vielen Trägern im Jahr 2023 keine Anträge auf trägerspezifische Persönliche Budgets eingingen. Hohe Werte in der Klammer in dieser letzten Spalte (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass nur bei wenigen Trägern trägerspezifische Persönliche Budgets beantragt wurden und die ausgewiesene Anzahl an solchen Persönlichen Budgets auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert.

Bei der EGH sind 1.737 (62,5 Prozent) der im gesamten Trägerbereich beantragten 2.778 trägerspezifischen Persönlichen Budgets von überörtlichen Trägern gemeldet worden. Die restlichen 1.041 beantragten Persönlichen Budgets (37,5 Prozent) entfallen auf örtliche Träger. Der Anteil der beantragten trägerspezifischen Persönlichen Budgets an allen entschiedenen Gesamtanträgen fällt mit 1,2 Prozent bei den örtlichen und 1,3 Prozent bei den überörtlichen Trägern ähnlich aus (siehe [Anhang 1.c](#)).

Tabelle 37. Anzahl beantragter trägerspezifischer Persönlicher Budgets nach Trägerbereich

Trägerbereich	Beantragte PB	Träger	Träger mit Wert null ¹
BA	870	1 (100%)	0 (0%)
EGH	2.778	289 (97,0%)	83 (27,9%)
GKV	33	96 (100%)	83 (86,5%)
JH	211	453 (96,8%)	392 (83,8%)
RV	30	17 (100%)	12 (70,6%)
SER	9	239 (99,6%)	234 (97,5%)
UV	1.568	34 (100%)	8 (23,5%)
Gesamt	5.499	1.129 (97,8%)	812 (70,4%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2023.
 PB: Persönliches Budget.
¹ Anzahl der Träger, bei denen in 2023 keine Anträge auf trägerspezifisches Persönliches Budget eingegangen sind.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

In **Tabelle 38** ist dargestellt, wie viele trägerspezifische Persönliche Budgets **bewilligt** wurden.

Bei der EGH sind mit 1.367 zwei Drittel (66,7 Prozent) der im gesamten Trägerbereich bewilligten 2.050 trägerspezifischen Persönlichen Budgets von überörtlichen Trägern gemeldet worden. Die restlichen 683 bewilligten Persönlichen Budgets (33,3 Prozent) entfallen auf örtliche Träger. Der Anteil der bewilligten trägerspezifischen Persönlichen Budgets an allen entschiedenen Gesamtanträgen fällt mit 0,8 Prozent bei den örtlichen und 1,0 Prozent bei den überörtlichen Trägern ähnlich aus (siehe **Anhang 1.c**).

Eine Leistungserbringung in Form eines Persönlichen Budgets ergibt sich häufig erst im Zuge eines Beratungsgesprächs. Werden Leistungen zur Teilhabe also zunächst nicht in der Leistungsform des Persönlichen Budgets beantragt, können sie später dennoch in dieser Form bewilligt werden. Aus diesem Grund kann die Anzahl der bewilligten Persönlichen Budgets in **Tabelle 38** höher sein als die Anzahl der beantragten Persönlichen Budgets in **Tabelle 37**.

Tabelle 38. Anzahl bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets nach Trägerbereich

Trägerbereich	Bewilligte PB	Träger	Träger mit Wert null ¹
BA	799	1 (100%)	0 (0%)
EGH	2.050	282 (94,6%)	115 (38,6%)
GKV	5	96 (100%)	94 (97,9%)
JH	205	454 (97,0%)	402 (85,9%)
RV	31	17 (100%)	12 (70,6%)
SER	8	240 (100%)	235 (97,9%)
UV	1.573	34 (100%)	8 (23,5%)
Gesamt	4.671	1.124 (97,4%)	866 (75,0%)

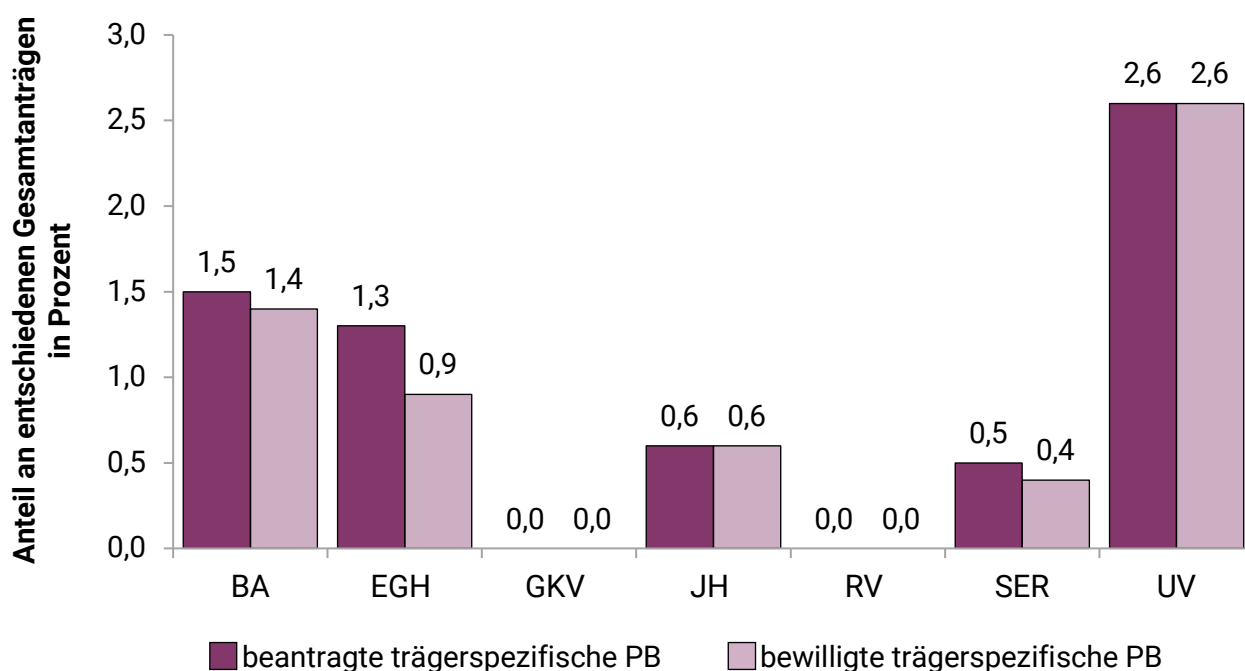
Datengrundlage: Berichtsjahr 2023.

PB: Persönliches Budget.

¹ Anzahl der Träger, die in 2023 keine trägerspezifischen Persönlichen Budgets bewilligt haben. In diesem Wert sind auch die Träger enthalten, bei denen im Berichtsjahr keine trägerspezifischen Persönlichen Budgets beantragt wurden.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Abbildung 40 zeigt, bei wie viel Prozent der im Berichtsjahr entschiedenen Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ein trägerspezifisches Persönliches Budget beantragt bzw. bewilligt wurde. Diese Anteile können nur bei den Trägern berechnet werden, von denen Angaben zur Anzahl der beantragten bzw. bewilligten trägerspezifischen Persönlichen Budgets vorliegen und bei denen mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023, von denen Angaben zur Anzahl beantragter bzw. bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets vorliegen und bei denen mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde.

Datengrundlage beantragt: 3.026.235 entschiedene Gesamtanträge von 918 Trägern.

Datengrundlage bewilligt: 3.024.389 entschiedene Gesamtanträge von 912 Trägern.

Abbildung 40. Prozentualer Anteil beantragter bzw. bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

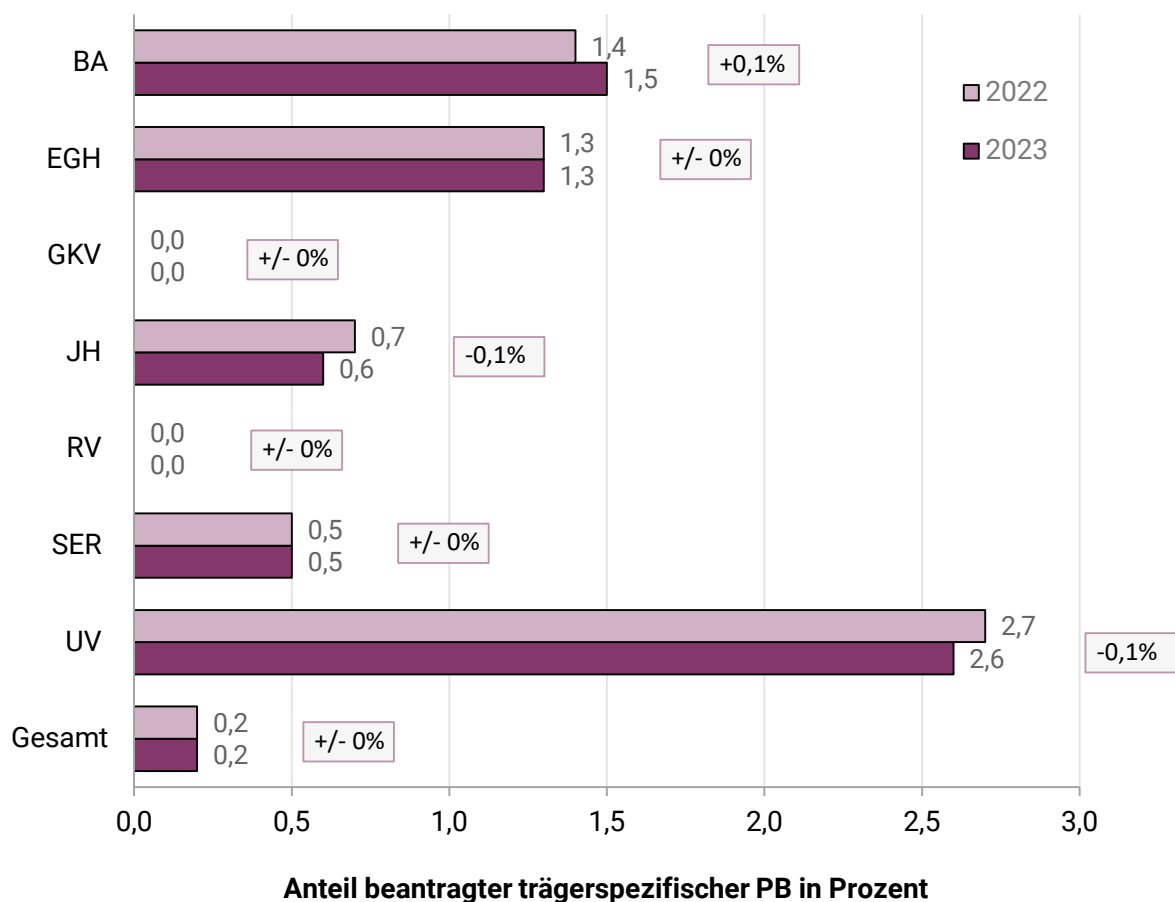
Wie viele trägerspezifische Persönliche Budgets in den einzelnen Trägerbereichen 2022 und 2023 beantragt wurden, zeigt [Tabelle 39](#). Welchen Anteil sie an den im jeweiligen Berichtsjahr entschiedenen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ausmachen, wird in [Abbildung 41](#) verglichen.

Tabelle 39. Anzahl beantragter trägerspezifischer Persönlicher Budgets nach Trägerbereich und Berichtsjahr

Trägerbereich	Beantragte PB 2022	Beantragte PB 2023	Veränderung 2023 zu 2022	Träger (Gebietsstand 2023)
BA	763	870	+107 (+14,0%)	1
EGH	2.855	2.753	-102 (-3,6%)	271
GKV	54	33	-21 (-38,9%)	96
JH	199	202	+3 (+1,5%)	417
RV	47	30	-17 (-36,2%)	17
SER	12	9	-3 (-25,0%)	228
UV	1.623	1.568	-55 (-3,4%)	34
Gesamt	5.553	5.465	-88 (-1,6%)	1.064

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der beantragten trägerspezifischen Persönlichen Budgets sowohl für das Berichtsjahr 2022 als auch für das Berichtsjahr 2023 vorliegen. Neben der Anzahl der beantragten trägerspezifischen Persönlichen Budgets im jeweiligen Berichtsjahr ist für jeden Trägerbereich angegeben, wie sich die Anzahl der beantragten trägerspezifischen Persönlichen Budgets im Berichtsjahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl beantragter trägerspezifischer Persönlicher Budgets sowohl für das Berichtsjahr 2022 als auch für das Berichtsjahr 2023 vorliegen und bei denen in beiden Berichtsjahren jeweils mindestens ein Gesamtantrag entschieden wurde. Die Anzahl der entschiedenen Gesamtanträge in der Datengrundlage wurde jeweils entsprechend angepasst. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viele Prozentpunkte sich der Anteil beantragter trägerspezifischer Persönlicher Budgets an allen entschiedenen Gesamtanträgen im Berichtsjahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2022: 2.779.217 entschiedene Gesamtanträge von 852 Trägern (Gebietsstand 2023).

Datengrundlage 2023: 3.019.151 entschiedene Gesamtanträge von 852 Trägern (Gebietsstand: 2023).

Abbildung 41. Prozentualer Anteil beantragter trägerspezifischer Persönlicher Budgets an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich und Berichtsjahr

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

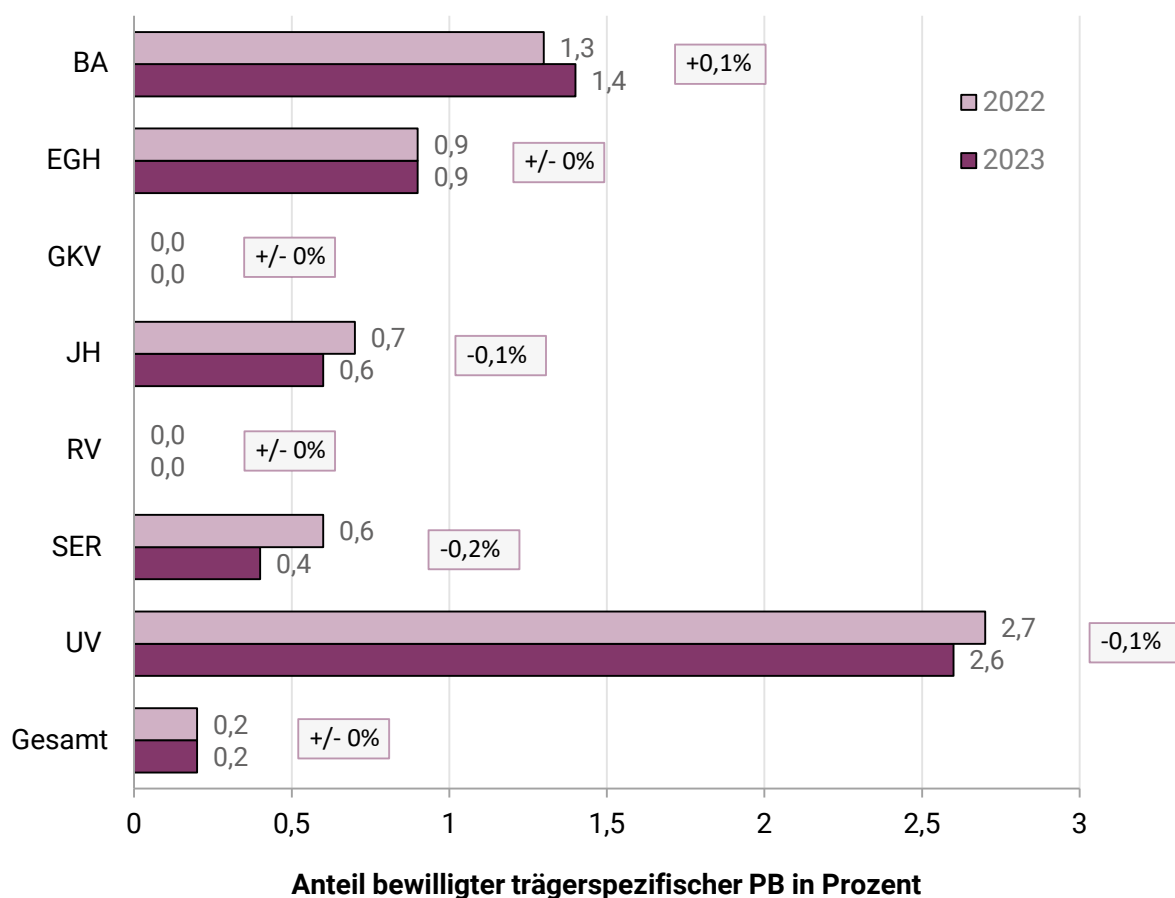
Wie viele trägerspezifische Persönliche Budgets in den einzelnen Trägerbereichen 2022 und 2023 bewilligt wurden, zeigt [Tabelle 40](#). Welchen Anteil sie an den im jeweiligen Berichtsjahr entschiedenen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ausmachen, wird in [Abbildung 42](#) verglichen.

Tabelle 40. Anzahl bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets nach Trägerbereich und Berichtsjahr

Trägerbereich	Bewilligte PB 2022	Bewilligte PB 2023	Veränderung 2023 zu 2022	Träger (Gebietsstand 2023)
BA	749	799	+50 (+6,7%)	1
EGH	2.031	2.039	+8 (+0,4%)	263
GKV	32	5	-27 (-84,4%)	96
JH	206	194	-12 (-5,8%)	417
RV	49	31	-18 (-36,7%)	17
SER	13	8	-5 (-38,5%)	229
UV	1.625	1.573	-52 (-3,2%)	34
Gesamt	4.705	4.649	-56 (-1,2%)	1.057

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der bewilligten trägerspezifischen Persönlichen Budgets (PB) sowohl für das Berichtsjahr 2022 als auch für das Berichtsjahr 2023 vorliegen. Neben der Anzahl der bewilligten trägerspezifischen Persönlichen Budgets im jeweiligen Berichtsjahr ist für jeden Trägerbereich angegeben, wie sich die Anzahl bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets im Berichtsjahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets sowohl für das Berichtsjahr 2022 als auch für das Berichtsjahr 2023 vorliegen und bei denen in beiden Berichtsjahren jeweils mindestens ein Gesamtantrag entschieden wurde. Die Anzahl der entschiedenen Gesamtanträge in der Datengrundlage wurde entsprechend angepasst. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viele Prozentpunkte sich der Anteil bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets an allen entschiedenen Gesamtanträgen im Berichtsjahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2022: 2.778.007 entschiedene Gesamtanträge von 844 Trägern (Gebietsstand 2023).

Datengrundlage 2023: 3.017.738 entschiedene Gesamtanträge von 844 Trägern (Gebietsstand: 2023).

Abbildung 42. Prozentualer Anteil bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich und Berichtsjahr

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Aus den Trägerbereichen

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

3.4.12 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:

Das Persönliche Budget ist keine zusätzliche Leistung, sondern eine andere Form der Leistungserbringung. Es dient insbesondere der Förderung der Selbstbestimmung und Teilhabe betroffener Menschen. Werden unterschiedliche Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe von mehreren Trägern in einem Budget erbracht (z. B. als Komplexleistungen), spricht man von einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget.

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

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerüberggr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Zur Einordnung der Daten

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

Angaben zu **beantragten** trägerübergreifenden Persönlichen Budgets liegen von 1.120 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 399 beantragte trägerübergreifende Persönliche Budgets ([Tabelle 41](#)).

Angaben zu **bewilligten** trägerübergreifenden Persönlichen Budgets liegen von 1.114 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich auf 303 bewilligte trägerübergreifende Persönliche Budgets ([Tabelle 42](#)).

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

Jedoch können die beantragten und die bewilligten trägerübergreifenden Persönlichen Budgets jeweils ins Verhältnis zu den im Berichtsjahr entschiedenen Gesamtanträgen gesetzt werden (siehe [Sachverhalt 6](#)). Der prozentuale Anteil der beantragten bzw. bewilligten trägerübergreifenden Persönlichen Budgets ergibt sich aus der Division der jeweiligen Anzahl durch die Anzahl der entschiedenen Gesamtanträge.

Der Anteil der **beantragten** trägerübergreifenden Persönlichen Budgets wurde für die 908 Träger berechnet, bei denen auch mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Daraus ergibt sich eine Datengrundlage von 3.020.303 entschiedenen Gesamtanträgen ([Tabelle 43](#)).

Der Anteil der **bewilligten** trägerübergreifenden Persönlichen Budgets wurde für die 902 Träger berechnet, bei denen auch mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Daraus ergibt sich eine Datengrundlage von 3.017.688 entschiedenen Gesamtanträgen ([Tabelle 44](#)).

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerüberggr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Tabelle 41 zeigt, wie viele trägerübergreifende Persönliche Budgets **beantragt** wurden. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ ist außerdem ersichtlich, bei wie vielen Trägern im Jahr 2023 keine Anträge auf trägerübergreifendes Persönliche Budget eingingen. Hohe Werte in der Klammer in dieser letzten Spalte (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass nur bei wenigen Trägern trägerübergreifende Persönliche Budgets beantragt wurden und die ausgewiesene Anzahl an solchen Persönlichen Budgets auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert.

Von den im gesamten Trägerbereich EGH beantragten 292 trägerübergreifenden Persönlichen Budgets entfällt etwas über die Hälfte (51,0 Prozent) auf örtliche Träger. Der Anteil der beantragten trägerübergreifenden Persönlichen Budgets an allen entschiedenen Gesamtanträgen fällt mit 0,2 Prozent bei den örtlichen und 0,1 Prozent bei den überörtlichen Trägern ähnlich aus (siehe [Anhang 1.c](#)).

Tabelle 41. Anzahl beantragter trägerübergreifender Persönlicher Budgets nach Trägerbereich

Trägerbereich	Beantragte PB	Träger	Träger mit Wert null ¹
BA	17	1 (100%)	0 (0%)
EGH	292	278 (93,3%)	190 (63,8%)
GKV	14	96 (100%)	86 (89,6%)
JH	49	454 (97,0%)	427 (91,2%)
RV	0	17 (100%)	17 (100%)
SER	0	240 (100%)	240 (100%)
UV	27	34 (100%)	29 (85,3%)
Gesamt	399	1.120 (97,1%)	989 (85,7%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2023.

PB: Persönliches Budget.

¹ Anzahl der Träger, bei denen in 2023 keine Anträge auf trägerübergreifendes Persönliches Budget eingegangen sind.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerüberggr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

In **Tabelle 42** wird dargestellt, wie viele trägerübergreifende Persönliche Budgets **bewilligt** wurden.

Über die Hälfte der 216 im gesamten Trägerbereich EGH bewilligten trägerübergreifenden Persönlichen Budgets (58,8 Prozent) entfallen auf die überörtlichen EGH-Träger. Der Anteil der bewilligten trägerübergreifenden Persönlichen Budgets an allen entschiedenen Gesamtanträgen fällt sowohl bei den örtlichen als auch bei den überörtlichen EGH-Trägern mit jeweils 0,1 Prozent gering aus (siehe **Anhang 1.c**).

Eine Leistungserbringung in Form eines Persönlichen Budgets ergibt sich häufig erst im Zuge eines Beratungsgesprächs. Werden Leistungen zur Teilhabe also zunächst nicht in der Leistungsform des Persönlichen Budgets beantragt, können sie später dennoch in dieser Form bewilligt werden. Aus diesem Grund kann die Anzahl der bewilligten Persönlichen Budgets in **Tabelle 42** höher sein als die Anzahl der beantragten Persönlichen Budgets in **Tabelle 41**.

Tabelle 42. Anzahl bewilligter trägerübergreifender Persönlicher Budgets nach Trägerbereich

Trägerbereich	Bewilligte PB	Träger	Träger mit Wert null ¹
BA	12	1 (100%)	0 (0%)
EGH	216	272 (91,3%)	215 (72,1%)
GKV	1	96 (100%)	95 (99,0%)
JH	45	455 (97,2%)	429 (91,7%)
RV	3	17 (100%)	16 (94,1%)
SER	0	239 (99,6%)	239 (99,6%)
UV	26	34 (100%)	29 (85,3%)
Gesamt	303	1.114 (96,5%)	1.023 (88,6%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2023.

PB: Persönliches Budget.

¹ Anzahl der Träger, die in 2023 keine trägerübergreifenden Persönlichen Budgets bewilligt haben. In diesem Wert sind auch die Träger enthalten, bei denen im Berichtsjahr keine trägerübergreifenden Persönlichen Budgets beantragt wurden.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerüberggr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Tabelle 43 und **Tabelle 44** zeigen, bei wie viel Prozent der Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ein trägerübergreifendes Persönliches Budget beantragt bzw. bewilligt wurde. Diese Anteile können nur bei den Trägern berechnet werden, von denen Angaben zur Anzahl der beantragten bzw. bewilligten trägerübergreifenden Persönlichen Budgets vorliegen und bei denen mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Auf wie viele Träger das zutrifft, ist in der Spalte „Träger“ angegeben. Niedrige Werte in der Klammer (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass der ausgewiesene Anteil der beantragten bzw. bewilligten trägerübergreifenden Persönlichen Budgets auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert.

Tabelle 43. Prozentualer Anteil beantragter trägerübergreifender Persönlicher Budgets an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Beantragte PB	Anteil beantragte PB	Entschiedene Gesamtanträge	Träger
BA	17	0,0	57.664	1 (100%)
EGH	292	0,1	215.661	275 (92,3%)
GKV	14	0,0	999.266	96 (100%)
JH	49	0,1	32.997	436 (93,2%)
RV	0	0,0	1.651.616	17 (100%)
SER	0	0,0	1.921	49 (20,4%)
UV	27	0,0	61.178	34 (100%)
Gesamt	399	0,0	3.020.303	908 (78,7%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023, von denen Angaben zur Anzahl beantragter trägerübergreifender Persönlicher Budgets (PB) vorliegen und bei denen mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Die Anzahl der entschiedenen Gesamtanträge wurde entsprechend angepasst.



Betrachtungsbeispiel zu Tabelle 43

Im Trägerbereich EGH wurde bei 0,1 Prozent aller entschiedenen Anträge ein trägerübergreifendes Persönliches Budget beantragt. Dieser Anteil konnte nur bei den Trägern ermittelt werden, von denen Angaben zur Anzahl der beantragten trägerübergreifenden Persönlichen Budgets vorliegen und bei denen mindestens ein Antrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Das trifft auf 275 Träger zu. Der Anteil der beantragten Persönlichen Budgets basiert also auf den Daten von 92,3 Prozent der Träger der EGH.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerüberggr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

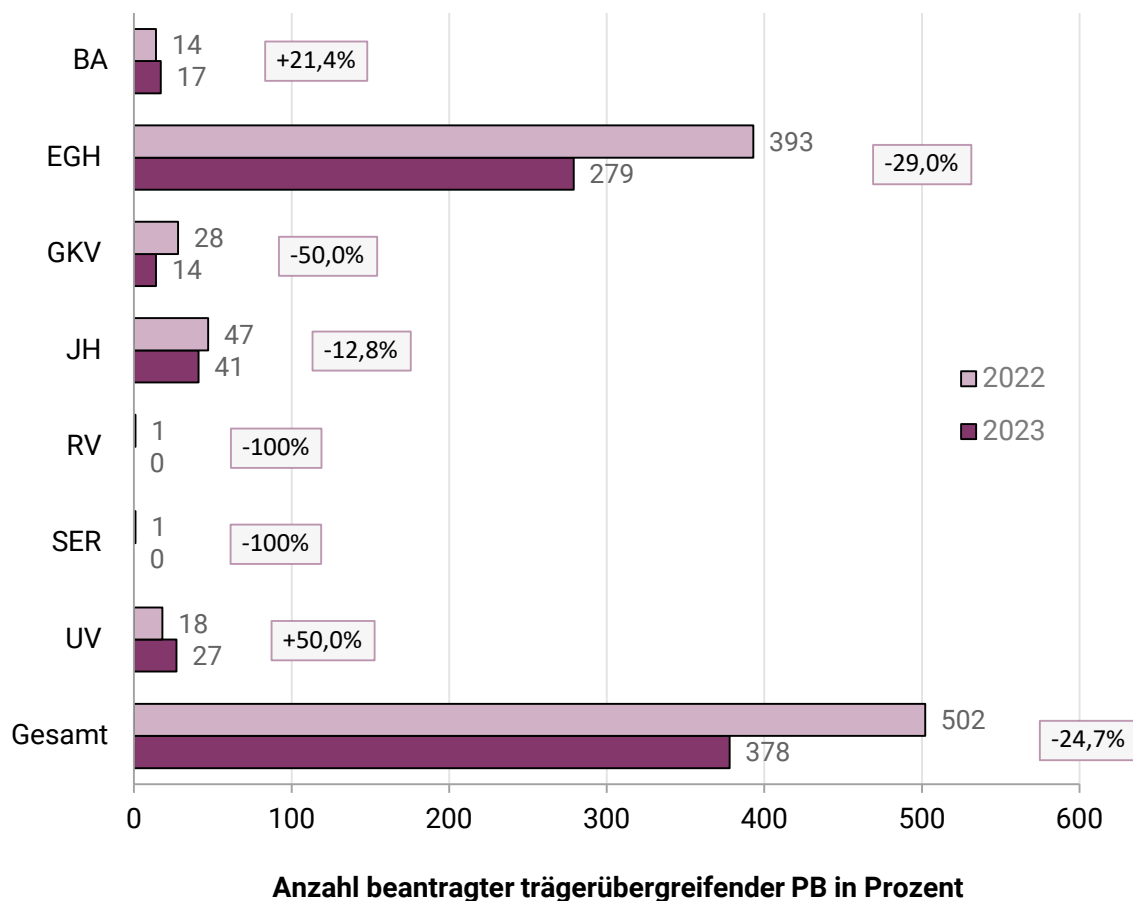
Tabelle 44. Prozentualer Anteil bewilligter trägerübergreifender Persönlicher Budgets an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Bewilligte PB	Anteil bewilligte PB	Entschiedene Gesamtanträge	Träger
BA	12	0,0	57.664	1 (100%)
EGH	216	0,1	212.950	269 (90,3%)
GKV	1	0,0	999.266	96 (100%)
JH	45	0,1	33.116	437 (93,4%)
RV	3	0,0	1.651.616	17 (100%)
SER	0	0,0	1.898	48 (20,0%)
UV	26	0,0	61.178	34 (100%)
Gesamt	303	0,0	3.017.688	902 (78,2%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023, von denen Angaben zur Anzahl bewilligter trägerübergreifender Persönlicher Budgets vorliegen und bei denen mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Die Anzahl der entschiedenen Gesamtanträge wurde entsprechend angepasst.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerüberggr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Wie viele trägerübergreifende Persönliche Budgets in den einzelnen Trägerbereichen 2022 und 2023 **beantragt** wurden, ist aus **Abbildung 43** ersichtlich.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl beantragter trägerübergreifender Persönlicher Budgets sowohl für das Berichtsjahr 2022 als auch für das Berichtsjahr 2023 vorliegen. Die Anzahl trägerübergreifender Persönlicher Budgets in der Datengrundlage wurde jeweils entsprechend angepasst. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viel Prozent sich die Anzahl trägerübergreifender Persönlicher Budgets im Berichtsjahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

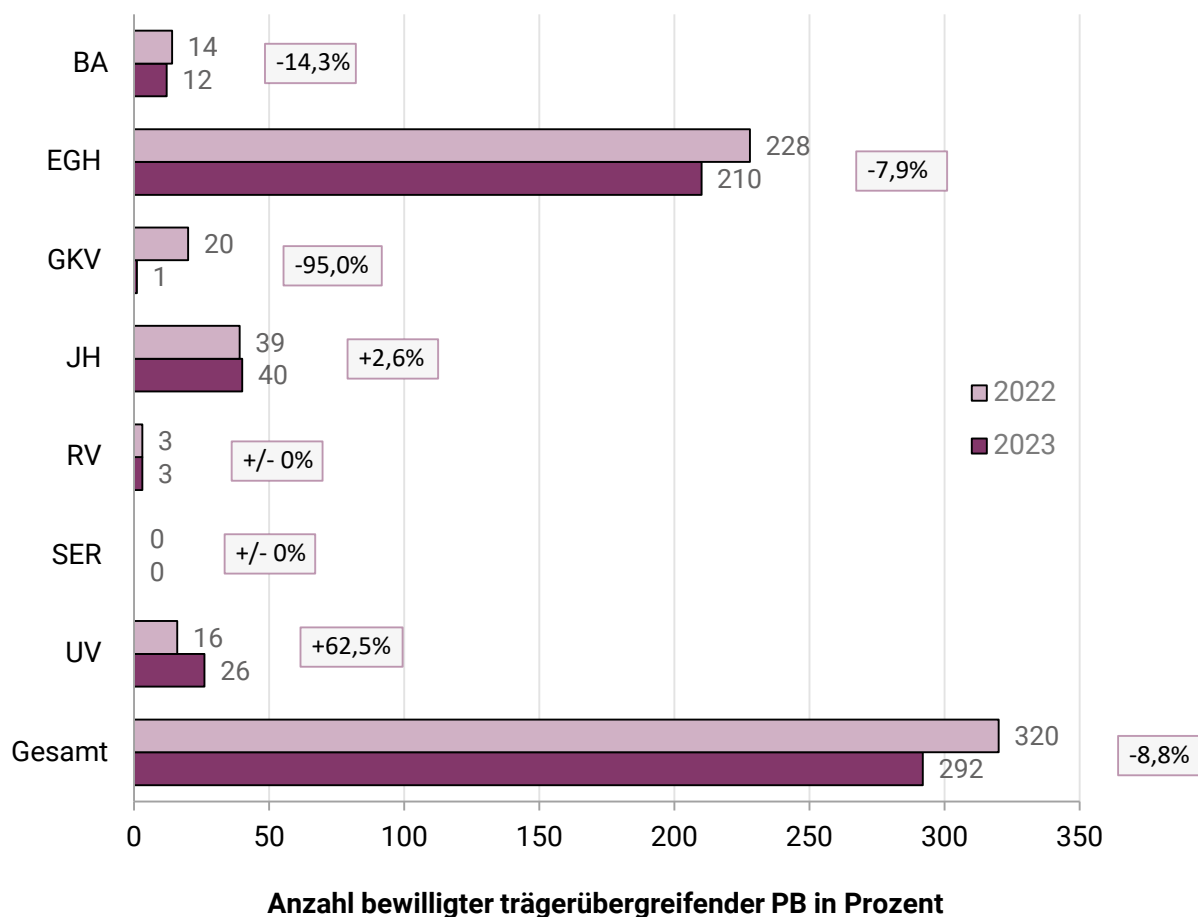
Datengrundlage 2022: 502 Persönliche Budgets von 1.051 Trägern (Gebietsstand 2023).

Datengrundlage 2023: 378 Persönliche Budgets von 1.051 Trägern (Gebietsstand 2023).

Abbildung 43. Anzahl beantragter trägerübergreifender Persönlicher Budgets nach Trägerbereich und Berichtsjahr

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerüberggr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Abbildung 44 zeigt, wie viele trägerübergreifende Persönliche Budgets in den einzelnen Trägerbereichen 2022 und 2023 bewilligt wurden.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl bewilligter trägerübergreifender Persönlicher Budgets sowohl für das Berichtsjahr 2022 als auch für das Berichtsjahr 2023 vorliegen. Die Anzahl trägerübergreifender Persönlicher Budgets in der Datengrundlage wurde jeweils entsprechend angepasst. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viel Prozent sich die Anzahl trägerübergreifender Persönlicher Budgets im Berichtsjahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2022: 320 Persönliche Budgets von 1.046 Trägern (Gebietsstand 2023).

Datengrundlage 2023: 292 Persönliche Budgets von 1.046 Trägern (Gebietsstand 2023).

Abbildung 44. Anzahl bewilligter trägerübergreifender Persönlicher Budgets nach Trägerbereich und Berichtsjahr

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Aus den Trägerbereichen

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

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



Gesetzestext:

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



Fragestellungen:

Wie häufig werden begründete Mitteilungen wegen langer Verfahrenslaufzeiten versendet?



Ergebnis:

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

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Zur Einordnung der Daten

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

Angaben zur Anzahl der in 2023 versendeten Mitteilungen liegen von 1.090 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 2.655 versendete Mitteilungen ([Tabelle 45](#)).

Die durchschnittliche Anzahl der Mitteilungen pro Gesamtantrag mit mindestens einer versendeten Mitteilung ergibt sich aus der Division der Anzahl aller Mitteilungen durch die Anzahl der im Berichtsjahr entschiedenen Gesamtanträge mit mindestens einer Mitteilung. Sie konnte für die 73 Träger berechnet werden, die für das Berichtsjahr mindestens eine Mitteilung versendet haben. Die Datengrundlage hierzu beläuft sich auf 1.820 Gesamtanträge mit mindestens einer Mitteilung ([Tabelle 46](#)).

Der prozentuale Anteil von Gesamtanträgen mit mindestens einer Mitteilung an allen entschiedenen Gesamtanträgen konnte für die 828 Träger berechnet werden, bei denen auch mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Die entsprechende Datengrundlage beläuft sich somit auf 2.889.867 entschiedene Gesamtanträge ([Tabelle 47](#)).

Nach § 18 Abs. 7 SGB IX sind die Trägerbereiche EGH, JH und SER vom Versand begründeter Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer 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.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Tabelle 45 zeigt, wie viele Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer versendet wurden. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ ist außerdem ersichtlich, wie viele Träger im Jahr 2023 keine Mitteilungen versendet haben. Hohe Werte in der Klammer in dieser letzten Spalte (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass wenige Träger Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer versendet haben und die ausgewiesene Anzahl an solchen Mitteilungen auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert.

Tabelle 45. Anzahl der Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer nach Trägerbereich

Trägerbereich	Mitteilungen	Träger	Träger mit Wert null ¹
BA	755	1 (100%)	0 (0%)
EGH	567	271 (90,9%)	244 (81,9%)
GKV	6	96 (100%)	94 (97,9%)
JH	685	442 (94,4%)	407 (87,0%)
RV	617	17 (100%)	10 (58,8%)
SER	0	237 (98,8%)	237 (98,8%)
UV	25	26 (76,5%)	23 (67,6%)
Gesamt	2.655	1.090 (94,5%)	1.015 (88,0%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2023.

¹ Anzahl der Träger, die in 2023 keine Mitteilungen versendet haben.

Tabelle 46 zeigt, bei wie vielen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe mindestens eine Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer versendet wurde und wie viele Mitteilungen durchschnittlich pro Antrag mit mindestens einer Mitteilung versendet wurden (siehe dritte Spalte). Dies kann nur bei den Trägern berechnet werden, die im Berichtsjahr mindestens eine Mitteilung versendet haben und von denen zu beiden Merkmalen Daten vorliegen. Auf wie viele Träger das zutrifft, ist in der Spalte „Träger“ angegeben. Niedrige Werte in der Klammer (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass die ausgewiesene Anzahl der Mitteilungen pro Antrag mit mindestens einer Mitteilung auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Tabelle 46. Anzahl der Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer pro Antrag mit mindestens einer Mitteilung nach Trägerbereich

Trägerbereich	Mitteilungen	Mitteilungen pro Antrag mit mind. 1 Mitteilung	Anträge mit mind. 1 Mitteilung	Träger
BA	755	1,0	723	1 (100%)
EGH	566	1,4	408	26 (8,7%)
GKV	6	2,0	3	2 (2,1%)
JH	685	2,8	244	35 (7,5%)
RV	617	1,5	420	7 (41,2%)
SER	.*	.*	.*	0 (0%)
UV	24	1,1	22	2 (5,9%)
Gesamt	2.653	1,5	1.820	73 (6,3%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der Mitteilungen als auch zur Anzahl der Anträge mit mindestens einer Mitteilung vorliegen und die mindestens eine Mitteilung im Berichtsjahr versendet haben.

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



Betrachtungsbeispiel zu Tabelle 46

Im Bereich der EGH kam es bei 408 Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe zu einer oder mehreren Mitteilungen. Da insgesamt in diesem Trägerbereich mehr, nämlich 566 Mitteilungen versendet wurden, kam es im Rahmen einiger Anträge zu mehr als einer Mitteilung. Daraus ergeben sich im Durchschnitt 1,4 Mitteilungen pro Gesamtantrag mit mindestens einer Mitteilung. Dies konnte nur für die Träger der EGH ermittelt werden, die im Berichtsjahr auch mindestens eine Mitteilung zu einem entsprechenden Antrag gemeldet haben, was auf 26 Träger zutrifft. Die Anzahl der Mitteilungen pro Antrag mit mindestens einer Mitteilung basiert also auf den Daten von 8,7 Prozent aller Träger der EGH.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Tabelle 47 zeigt, bei wie viel Prozent der im Berichtsjahr entschiedenen Gesamtanträge mindestens eine Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer versendet wurde. Dieser Anteil kann nur bei den Trägern berechnet werden, von denen Angaben zur Anzahl der Anträge mit mindestens einer Mitteilung vorliegen und bei denen mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Auf wie viele Träger das zutrifft, ist in der Spalte „Träger“ angegeben. Niedrige Werte in der Klammer (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass der ausgewiesene Anteil der Anträge mit mindestens einer Mitteilung auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert.

Tabelle 47. Prozentualer Anteil der Anträge mit mindestens einer Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Anträge mit mind. 1 Mitteilung	Anteil Anträge mit mind. 1 Mitteilung	Entschiedene Gesamtanträge	Träger
BA	723	1,3	57.664	1 (100%)
EGH	408	0,4	108.891	220 (73,8%)
GKV	3	0,0	999.266	96 (100%)
JH	244	0,8	32.177	428 (91,5%)
RV	420	0,0	1.651.616	17 (100%)
SER	0	0	1.840	41 (17,1%)
UV	22	0,1	38.413	25 (73,5%)
Gesamt	1.820	0,1	2.889.867	828 (71,8%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023, von denen Angaben zur Anzahl der Anträge mit mindestens einer Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer vorliegen und bei denen mindestens ein Gesamtantrag im Berichtsjahr entschieden wurde. Die Anzahl der entschiedenen Gesamtanträge wurde entsprechend angepasst.

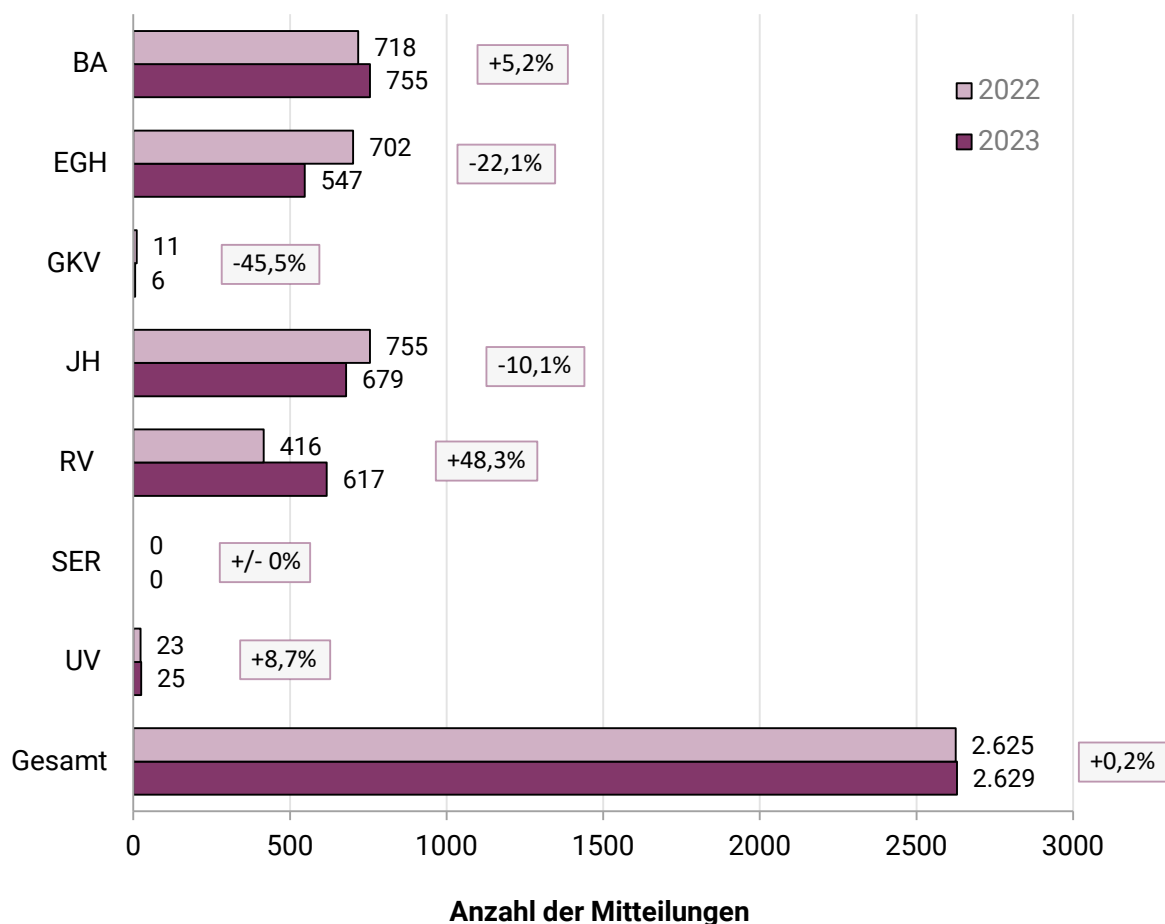


Betrachtungsbeispiel zu Tabelle 47

Bei der BA wurde bei 1,3 Prozent aller im Berichtsjahr entschiedenen Gesamtanträge mindestens eine Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer versendet.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Wie viele Mitteilungen die Träger in 2022 und in 2023 versendet haben, ist im Jahresvergleich in [Abbildung 45](#) dargestellt. Dabei zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen in den einzelnen Trägerbereichen.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer für die Berichtsjahre 2022 und 2023 vorliegen. Die Anzahl der Mitteilungen in der Datengrundlage wurde jeweils entsprechend angepasst. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viel Prozent sich die Anzahl der Mitteilungen im Berichtsjahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2022: 2.625 Mitteilungen von 1.010 Trägern (Gebietsstand 2023).

Datengrundlage 2023: 2.629 Mitteilungen von 1.010 Trägern (Gebietsstand 2023).

Abbildung 45. Anzahl der Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer nach Trägerbereich und Berichtsjahr

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

3.4.14 Sachverhalt 14: Erstattungsverfahren nach § 18 SGB IX (Erstattung selbstbeschaffter Leistungen)



Gesetzestext:

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



Fragestellungen:

Wie viele Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen wurden bei den Rehabilitationsträgern entschieden?

Wie viele dieser Anträge werden bewilligt und wie viele abgelehnt?



Ergebnis:

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

Beschafft sich der Leistungsberechtigte eine als genehmigt geltende Leistung dann selbst, ist der leistende Rehabilitationsträger zur Erstattung der selbstbeschafften Leistungen verpflichtet. Dies gilt nicht für die Trägerbereiche EGH, JH und SER²⁴ (vgl. § 18 Abs. 7 SGB IX).

Eine Verpflichtung zur Erstattung nach § 18 Abs. 6 SGB IX (Fälle der Unaufschiebbarkeit oder der unberechtigten Ablehnung einer beantragten Leistung) gilt hingegen für alle Trägerbereiche.

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

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

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Zur Einordnung der Daten

Angaben zur Anzahl der in 2023 entschiedenen Anträge auf Erstattung nach § 18 SGB IX liegen von 1.097 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 221 Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen ([Tabelle 48](#)). Angaben zur Anzahl der Anträge mit mindestens einem in 2023 entschiedenen Antrag auf Erstattung nach § 18 SGB IX liegen von 1.141 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 174 Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen ([Tabelle 49](#)).

Da die Daten zur Anzahl von entschiedenen Anträgen auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen unabhängig von den entschiedenen Gesamtanträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eines Berichtsjahres (siehe [Sachverhalt 6](#)) erfasst werden, kann nicht berechnet werden, bei welchem Anteil der Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe auch ein Antrag auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen entschieden wurde.

Die prozentualen Anteile der bewilligten und der abgelehnten Erstattungsanträge an allen entschiedenen Erstattungsanträgen konnten für die 48 Träger berechnet werden, von denen sowohl Angaben zu Bewilligungen als auch zu Ablehnungen vorliegen und die mindestens eine Bewilligung oder Ablehnung (also mindestens einen entschiedenen Erstattungsantrag) für das Berichtsjahr gemeldet haben. Die Anzahl der entschiedenen Erstattungsanträge ergibt sich dabei aus der Summe der bewilligten und der abgelehnten Erstattungsanträge. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 205 entschiedene Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen ([Abbildung 46](#)). Die jeweils zugrundeliegende Anzahl der entschiedenen Erstattungsanträge ist in [Tabelle 50](#) aufgeführt.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10:Erstattung zw. Trägern	137	SV 14:Erstattung selbst- beschaffter Leistungen 166	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143		
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Tabelle 48 zeigt, wie viele Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen entschieden wurden. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ ist außerdem ersichtlich, bei wie vielen Trägern im Jahr 2023 kein solcher Antrag entschieden wurde. Hohe Werte in der Klammer in dieser letzten Spalte (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass nur bei wenigen Trägern Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen entschieden wurden und die ausgewiesene Anzahl an solchen Erstattungsanträgen auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert oder, wie bei der BA und der GKV keine Erstattungsanträge im Berichtsjahr entschieden wurden.

Tabelle 48. Anzahl entschiedener Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Erstattungsanträge	Träger	Träger mit Wert null ¹
BA	0	1 (100%)	1 (100%)
EGH	34	274 (91,9%)	253 (84,9%)
GKV	0	96 (100%)	96 (100%)
JH	49	444 (94,9%)	427 (91,2%)
RV	101	17 (100%)	6 (35,3%)
SER	1	239 (99,6%)	238 (99,2%)
UV	36	26 (76,5%)	22 (64,7%)
Gesamt	221	1.097 (95,1%)	1.043 (90,4%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2023.

¹ Anzahl der Träger, die in 2023 keine Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen entschieden haben.



Betrachtungsbeispiel zu Tabelle 48

Im Trägerbereich UV wurden 36 Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen entschieden. Angaben dazu liegen von 26 Trägern vor. Davon haben 22 Träger den Wert null übermittelt. Demnach verteilen sich die 36 gemeldeten Erstattungsanträge auf 4 Träger.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10:Erstattung zw. Trägern	137	SV 14:Erstattung selbst- beschaffter Leistungen 166	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143		
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

In **Tabelle 49** ist dargestellt, bei wie vielen Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe über mindestens einen Antrag auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen entschieden wurde.

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

Trägerbereich	Anträge mit mind. 1 Erstattungsantrag	Träger	Träger mit Wert null ¹
BA	0	1 (100%)	1 (100%)
EGH	31	297 (99,7%)	276 (92,6%)
GKV	0	96 (100%)	96 (100%)
JH	44	467 (99,8%)	450 (96,2%)
RV	89	16 (94,1%)	6 (35,3%)
SER	1	239 (99,6%)	238 (99,2%)
UV	9	25 (73,5%)	23 (67,6%)
Gesamt	174	1.141 (98,9%)	1.090 (94,5%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2023.

¹ Anzahl der Träger, die in 2023 keine Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen entschieden haben.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Abbildung 46 zeigt, wie viel Prozent der Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen bewilligt und wie viel Prozent insgesamt über alle Trägerbereiche hinweg abgelehnt wurden. **Tabelle 50** zeigt die entsprechende Anzahl an Bewilligungen und Ablehnungen pro Trägerbereich. Der Anteil der bewilligten bzw. abgelehnten Erstattungsanträge kann nur bei den Trägern berechnet werden, die mindestens einen entschiedenen Erstattungsantrag für das Berichtsjahr gemeldet haben und von denen sowohl Angaben zu Bewilligungen als auch zu Ablehnungen vorliegen. Auf wie viele Träger das zutrifft, ist in der Spalte „Träger“ in **Tabelle 50** angegeben. Niedrige Werte in der Klammer (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass die jeweils ausgewiesene Anzahl der Bewilligungen und Ablehnungen sowie der entsprechende Anteil in **Abbildung 46** auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert.

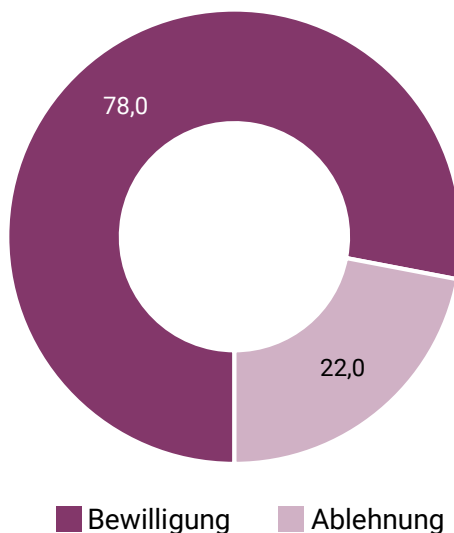
Tabelle 50. Anzahl bewilligter und abgelehnter Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Bewilligungen	Ablehnungen	Entschiedene Erstattungsanträge	Träger
BA	–*	–*	–*	0 (0%)
EGH	16	16	32	20 (6,7%)
GKV	–*	–*	–*	0 (0%)
JH	31	7	38	13 (2,8%)
RV	98	1	99	11 (64,7%)
SER	1	0	1	1 (0,4%)
UV	14	21	35	3 (8,8%)
Gesamt	160	45	205	48 (4,2%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der bewilligten als auch zur Anzahl der abgelehnten Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen vorliegen und die mindestens einen solchen Erstattungsantrag bewilligt oder abgelehnt (also mindestens einen Erstattungsantrag entschieden) haben. Die Anzahl der entschiedenen Erstattungsanträge wurde entsprechend angepasst. Sie ergibt sich aus der Summe der Bewilligungen und der Ablehnungen.

* Da bei diesen Trägern keine Erstattungsanträge eingegangen sind, können weder Bewilligungen noch Ablehnungen dargestellt werden.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



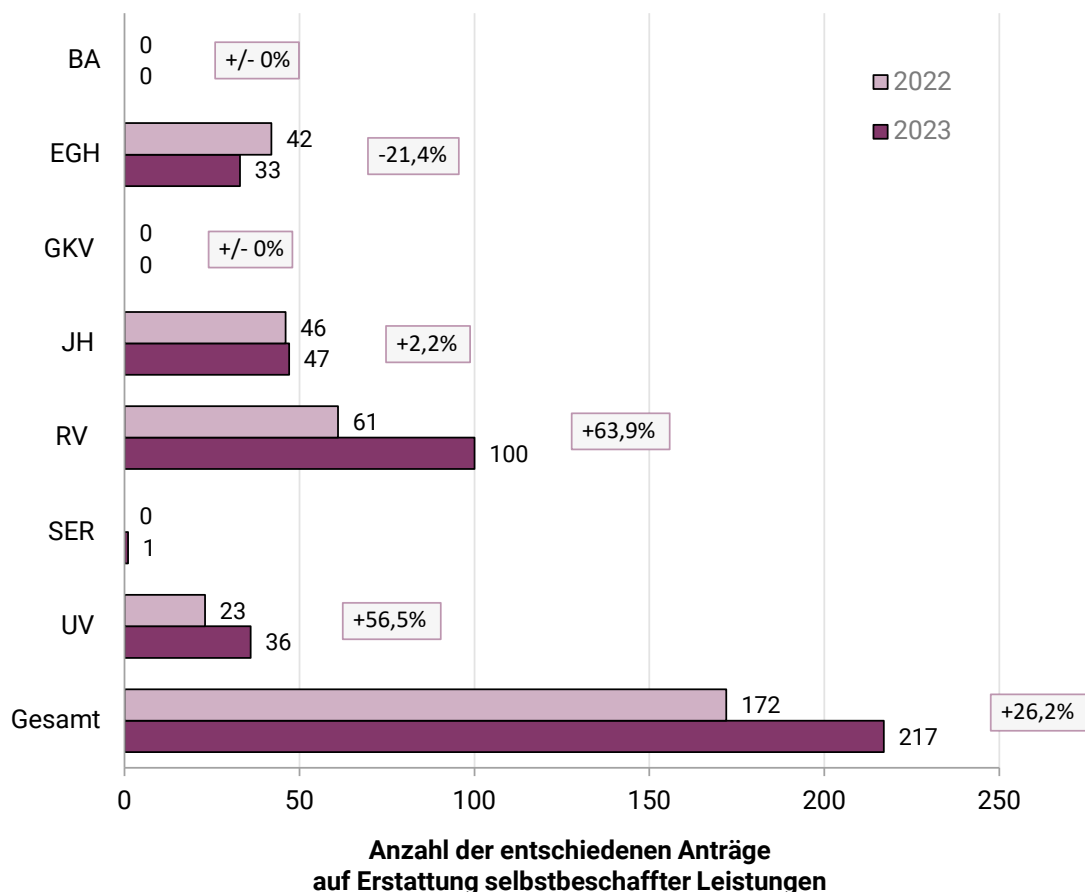
Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023, von denen sowohl Angaben zur Anzahl der bewilligten als auch zur Anzahl der abgelehnten Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen vorliegen und die mindestens einen solchen Erstattungsantrag im Berichtsjahr entschieden haben.

Datengrundlage: 205 entschiedene Erstattungsanträge von 48 Trägern.

Abbildung 46. Prozentuale Verteilung bewilligter bzw. abgelehnter Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen insgesamt

Wie viele Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach § 18 SGB IX in den einzelnen Trägerbereichen entschieden wurden, ist in [Abbildung 47](#) für die Jahre 2022 und 2023 gegenübergestellt.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe
						191



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl der Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen sowohl für das Berichtsjahr 2022 als auch für das Berichtsjahr 2023 vorliegen. Die Anzahl der Erstattungsanträge in der Datengrundlage wurde jeweils entsprechend angepasst. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viel Prozent sich die Anzahl der Erstattungsanträge im Berichtsjahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2022: 172 Erstattungsanträge von 1.017 Trägern (Gebietsstand 2023).

Datengrundlage 2023: 217 Erstattungsanträge von 1.017 Trägern (Gebietsstand 2023).

Abbildung 47. Anzahl entschiedener Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach Trägerbereich und Berichtsjahr

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

3.4.15 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 „Widerspruch“ und „Klage“.



Fragestellungen:

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



Ergebnis:

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



Zur Einordnung der Daten

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

Angaben zur Anzahl der im Berichtsjahr entschiedenen **Widersprüche** liegen von 1.080 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 126.167 entschiedene Widersprüche ([Tabelle 51](#)).

Die Anzahl der nicht erfolgreichen Widersprüche ergibt sich aus der Differenz der Anzahl der entschiedenen und der Anzahl der erfolgreichen Widersprüche. Die Anzahl nicht erfolgreicher Widersprüche sowie die jeweiligen prozentualen Anteile erfolgreicher und nicht erfolgreicher Widersprüche an allen entschiedenen Widersprüchen konnten für die 356 Träger mit mindestens einem entschiedenen Widerspruch berechnet werden, von denen auch Angaben zur Anzahl erfolgreicher Widersprüche vorliegen. Die Datengrundlage reduziert sich somit auf 126.128 entschiedene Widersprüche ([Tabelle 52](#), [Abbildung 48](#) und [Abbildung 49](#)).

In der trägerspezifischen Darstellung des prozentualen Anteils erfolgreicher Widersprüche werden nur Träger mit mindestens 25 Widersprüchen abgebildet. Die Datengrundlage reduziert sich somit auf 125.003 entschiedene Widersprüche von 84 Trägern ([Abbildung 50](#)).

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Angaben zur Anzahl der im Berichtsjahr entschiedenen **Klagen** liegen von 1.085 Trägern vor. Die Datengrundlage beläuft sich hier auf 4.447 entschiedene Klagen ([Tabelle 53](#)).

Die Anzahl der nicht erfolgreichen Klagen ergibt sich aus der Differenz der Anzahl der entschiedenen und der Anzahl der erfolgreichen Klagen. Die Anzahl nicht erfolgreicher Klagen sowie die jeweiligen prozentualen Anteile erfolgreicher und nicht erfolgreicher Klagen an allen entschiedenen Klagen konnten für die 95 Träger mit mindestens einer entschiedenen Klage berechnet werden, von denen auch Angaben zur Anzahl erfolgreicher Klagen vorliegen. Die Datengrundlage reduziert sich somit auf 4.435 entschiedene Klagen ([Tabelle 54](#), [Abbildung 52](#) und [Abbildung 53](#)).

In der trägerspezifischen Darstellung des prozentualen Anteils erfolgreicher Klagen werden nur Träger mit mindestens 25 Klagen abgebildet. Die Datengrundlage reduziert sich somit auf 4.228 entschiedene Klagen von 24 Trägern ([Abbildung 54](#)).

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 2023 erhoben und erst im Folgejahr 2024 rechtskräftig entschieden, wird ihr Ausgang nicht im Berichtsjahr 2023, sondern im (folgenden) Berichtsjahr 2024 abgebildet. Die Anzahl der entschiedenen Widersprüche bzw. Klagen kann sich folglich auch auf Anträge aus den Vorjahren beziehen.

Die Angaben zum Anteil erfolgreicher Widersprüche ([Tabelle 52](#), [Abbildung 48](#), [Abbildung 49](#) und [Abbildung 50](#)) und erfolgreicher Klagen ([Tabelle 54](#), [Abbildung 52](#), [Abbildung 53](#) und [Abbildung 54](#)) ermöglichen keine Aussage über die Prozessqualität.

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

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Tabelle 51 zeigt, wie viele Widersprüche unabhängig von deren Ausgang im Berichtsjahr entschieden wurden. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ ist außerdem ersichtlich, bei wie vielen Trägern im Jahr 2023 keine Widersprüche entschieden wurden. Hohe Werte in der Klammer in dieser letzten Spalte (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass nur wenige Träger Widersprüche entschieden haben und die ausgewiesene Anzahl auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert.

Im Trägerbereich EGH gehen drei Viertel aller entschiedenen Widersprüche (75,3 Prozent) auf 12 überörtliche Träger zurück. Die übrigen entschiedenen Widersprüche (24,7 Prozent) in diesem Trägerbereich entfallen auf 138 örtliche Träger. Bei weiteren 111 örtlichen Trägern wurden keine Widersprüche entschieden (siehe [Anhang 1.c](#)).

Tabelle 51. Anzahl entschiedener Widersprüche nach Trägerbereich

Trägerbereich	Entschiedene Widersprüche	Träger	Träger mit Wert null ¹
BA	2.656	1 (100%)	0 (0%)
EGH	2.747	263 (88,3%)	113 (37,9%)
GKV	28.636	96 (100%)	15 (15,6%)
JH	303	441 (94,2%)	331 (70,7%)
RV	91.574	17 (100%)	0 (0%)
SER	6	238 (99,2%)	234 (97,5%)
UV	245	24 (70,6%)	14 (41,2%)
Gesamt	126.167	1.080 (93,6%)	707 (61,3%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2023.

¹ Anzahl der Träger, bei denen in 2023 keine Widersprüche entschieden wurden.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Wie viele Widersprüche aus Sicht des Leistungsberechtigten erfolgreich bzw. nicht erfolgreich entschieden wurden, wird in [Tabelle 52](#) gegenübergestellt. Dabei können nur Träger berücksichtigt werden, die mindestens einen Widerspruch entschieden haben und von denen auch Angaben zur Anzahl erfolgreicher Widersprüche vorliegen. Auf wie viele Träger das zutrifft, ist in der Spalte „Träger“ angegeben. Niedrige Werte in der Klammer (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass die ausgewiesene Anzahl erfolgreicher bzw. nicht erfolgreicher Widersprüche auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert. Die jeweiligen Anteile, also wie viel Prozent der Widersprüche aus Sicht des Leistungsberechtigten erfolgreich bzw. nicht erfolgreich entschieden wurden, sind in [Abbildung 48](#) dargestellt.

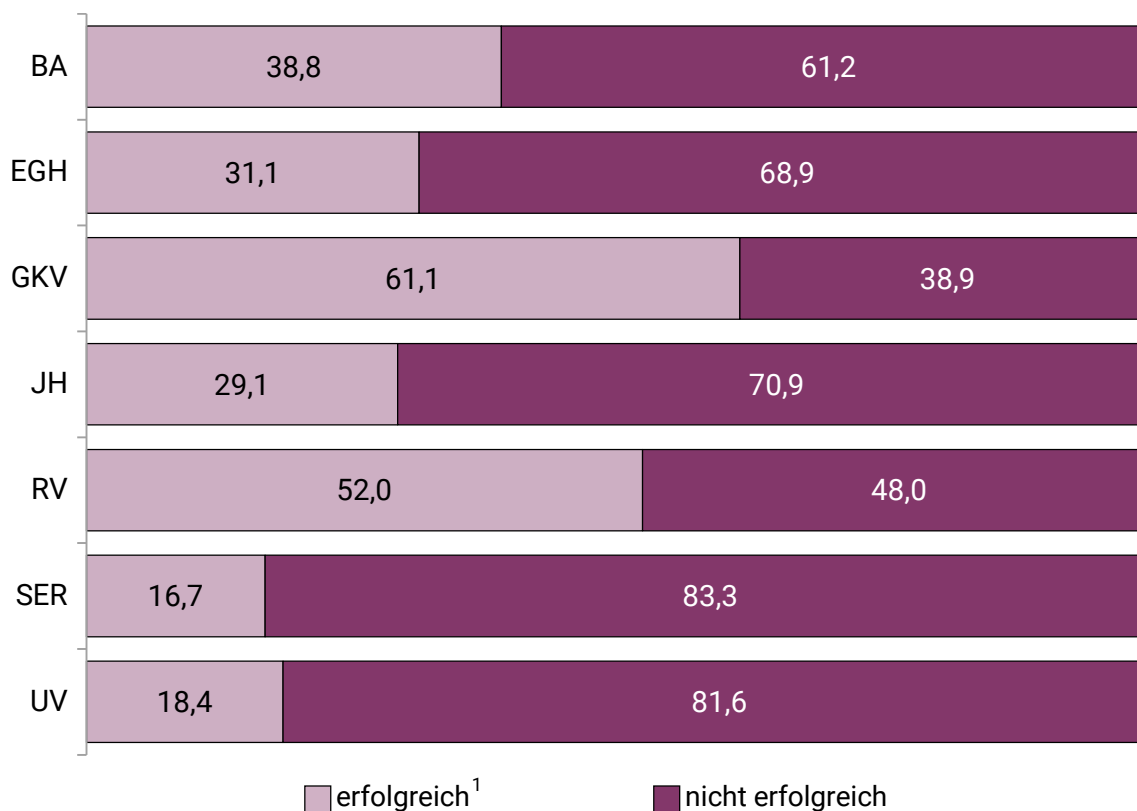
Tabelle 52. Anzahl erfolgreicher und nicht erfolgreicher Widersprüche nach Trägerbereich

Trägerbereich	Erfolgreich ¹	Nicht erfolgreich	Entschiedene Widersprüche	Träger
BA	1.030	1.626	2.656	1 (100%)
EGH	854	1.889	2.743	149 (50,0%)
GKV	17.489	11.147	28.636	81 (84,4%)
JH	78	190	268	94 (20,1%)
RV	47.608	43.966	91.574	17 (100%)
SER	1	5	6	4 (1,7%)
UV	45	200	245	10 (29,4%)
Gesamt	67.105	59.023	126.128	356 (30,8%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023 mit mindestens einem entschiedenen Widerspruch, von denen auch Angaben zur Anzahl erfolgreicher¹ Widersprüche vorliegen. Die Anzahl der entschiedenen Widersprüche wurde entsprechend angepasst.

¹ Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023 mit mindestens einem entschiedenen Widerspruch, von denen auch Angaben zur Anzahl erfolgreicher¹ Widersprüche vorliegen.

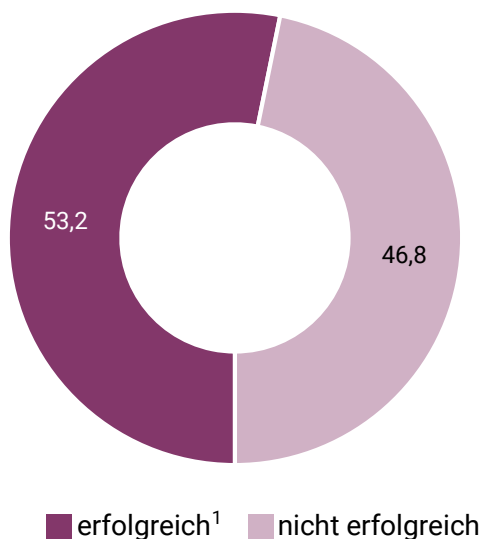
Datengrundlage: 126.128 entschiedene Widersprüche von 356 Trägern.

¹ Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten.

Abbildung 48. Prozentuale Verteilung erfolgreicher und nicht erfolgreicher Widersprüche nach Trägerbereich

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Die Verteilung der erfolgreich und der nicht erfolgreich entschiedenen Widersprüche insgesamt, also über alle Trägerbereiche hinweg, wird in **Abbildung 49** gezeigt.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023 mit mindestens einem entschiedenen Widerspruch, von denen auch Angaben zur Anzahl erfolgreicher¹ Widersprüche vorliegen.

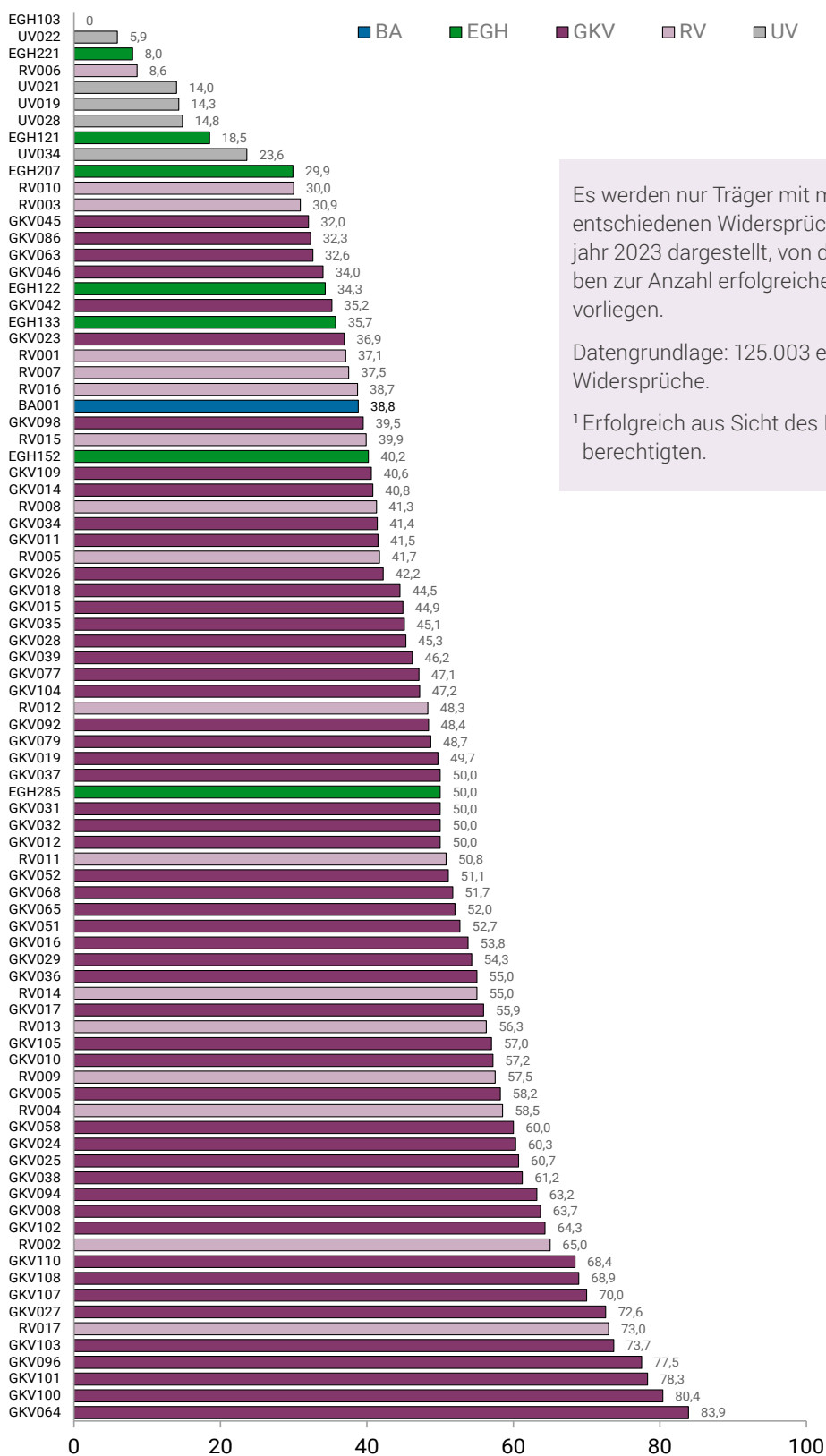
Datengrundlage: 126.128 entschiedene Widersprüche von 356 Trägern.

¹ Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten.

Abbildung 49. Prozentuale Verteilung erfolgreicher und nicht erfolgreicher Widersprüche insgesamt

Abbildung 50 stellt eine trägerspezifische Betrachtung des Anteils erfolgreich entschiedener Widersprüche aus Sicht des Leistungsberechtigten dar. Für alle Träger, die mindestens 25 Widersprüche entschieden haben, wird gezeigt, wie viel Prozent der Widersprüche aus Sicht des Leistungsberechtigten erfolgreich waren.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Es werden nur Träger mit mindestens 25 entschiedenen Widersprüchen im Berichtsjahr 2023 dargestellt, von denen auch Angaben zur Anzahl erfolgreicher¹ Widersprüche vorliegen.

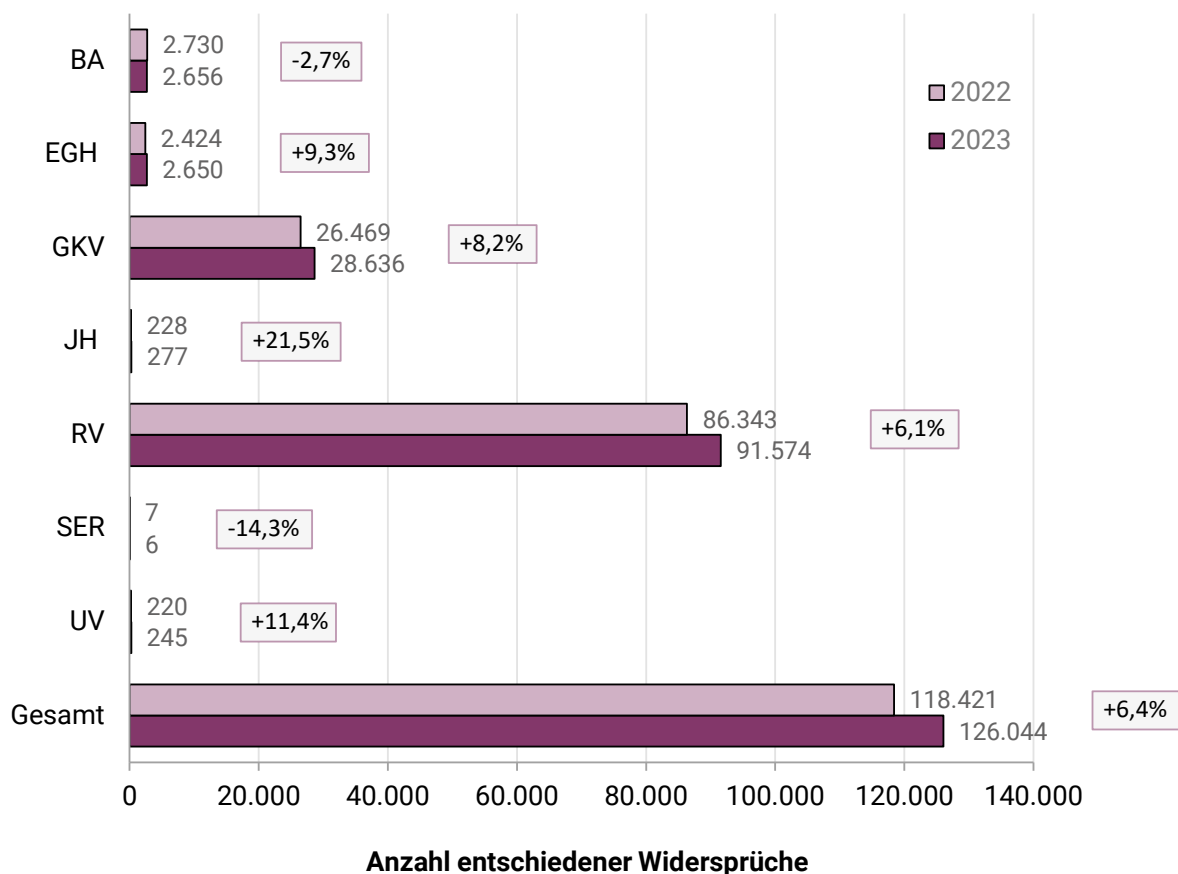
Datengrundlage: 125.003 entschiedene Widersprüche.

¹ Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten.

Abbildung 50. Prozentualer Anteil erfolgreicher Widersprüche pro Träger

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbeihilfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Abbildung 51 zeigt, wie viele Widersprüche jeweils in den Jahren 2022 und 2023 entschieden wurden.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl entschiedener Widersprüche für die Berichtsjahre 2022 und 2023 vorliegen. Die Anzahl der entschiedenen Widersprüche in der Datengrundlage wurde jeweils entsprechend angepasst. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viel Prozent sich die Anzahl der entschiedenen Widersprüche im Berichtsjahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2022: 118.421 entschiedene Widersprüche von 988 Trägern (Gebietsstand 2023).

Datengrundlage 2023: 126.044 entschiedene Widersprüche von 988 Trägern (Gebietsstand 2023).

Abbildung 51. Anzahl entschiedener Widersprüche nach Trägerbereich und Berichtsjahr

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Tabelle 53 zeigt, wie viele Klagen unabhängig von deren Ausgang im Berichtsjahr entschieden wurden. Aus der Spalte „Träger mit Wert null“ ist außerdem ersichtlich, bei wie vielen Trägern im Jahr 2023 keine entschiedenen Klagen vorlagen. Hohe Werte in der Klammer in dieser letzten Spalte (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass bei nur wenigen Trägern entschiedene Klagen zu verzeichnen sind und die ausgewiesene Anzahl auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert.

Im Trägerbereich EGH gehen über zwei Drittel der entschiedenen Klagen (70,5 Prozent) allein auf 7 überörtliche Träger zurück (siehe [Anhang 1.c](#)).

Tabelle 53. Anzahl entschiedener Klagen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Entschiedene Klagen	Träger	Träger mit Wert null ¹
BA	316	1 (100%)	0 (0%)
EGH	397	264 (88,6%)	222 (74,5%)
GKV	265	96 (100%)	82 (85,4%)
JH	26	447 (95,5%)	430 (91,9%)
RV	3.393	17 (100%)	1 (5,9%)
SER	2	237 (98,8%)	236 (98,3%)
UV	48	23 (67,6%)	18 (52,9%)
Gesamt	4.447	1.085 (94,0%)	989 (85,7%)

Datengrundlage: Berichtsjahr 2023.

¹ Anzahl der Träger, bei denen keine in 2023 entschiedenen Klagen vorlagen.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Wie viele Klagen aus Sicht des Leistungsberechtigten erfolgreich bzw. nicht erfolgreich entschieden wurden, wird in [Tabelle 54](#) gegenübergestellt. Dabei können nur Träger mit mindestens einer entschiedenen Klage, von denen auch Angaben zur Anzahl erfolgreicher Klagen vorliegen, berücksichtigt werden. Auf wie viele Träger das zutrifft, ist in der Spalte „Träger“ angegeben. Niedrige Werte in der Klammer (Anteil in Prozent an allen Trägern aus einem Trägerbereich) zeigen, dass die ausgewiesene Anzahl erfolgreicher bzw. nicht erfolgreicher Klagen auf den Daten von nur wenigen Trägern aus einem Trägerbereich basiert. Beispielsweise beruhen die zwei entschiedenen Klagen im Trägerbereich SER auf den Angaben eines Trägers. Die jeweiligen Anteile, also wie viel Prozent der Klagen aus Sicht des Leistungsberechtigten erfolgreich bzw. nicht erfolgreich entschieden wurden, sind in [Abbildung 52](#) dargestellt.

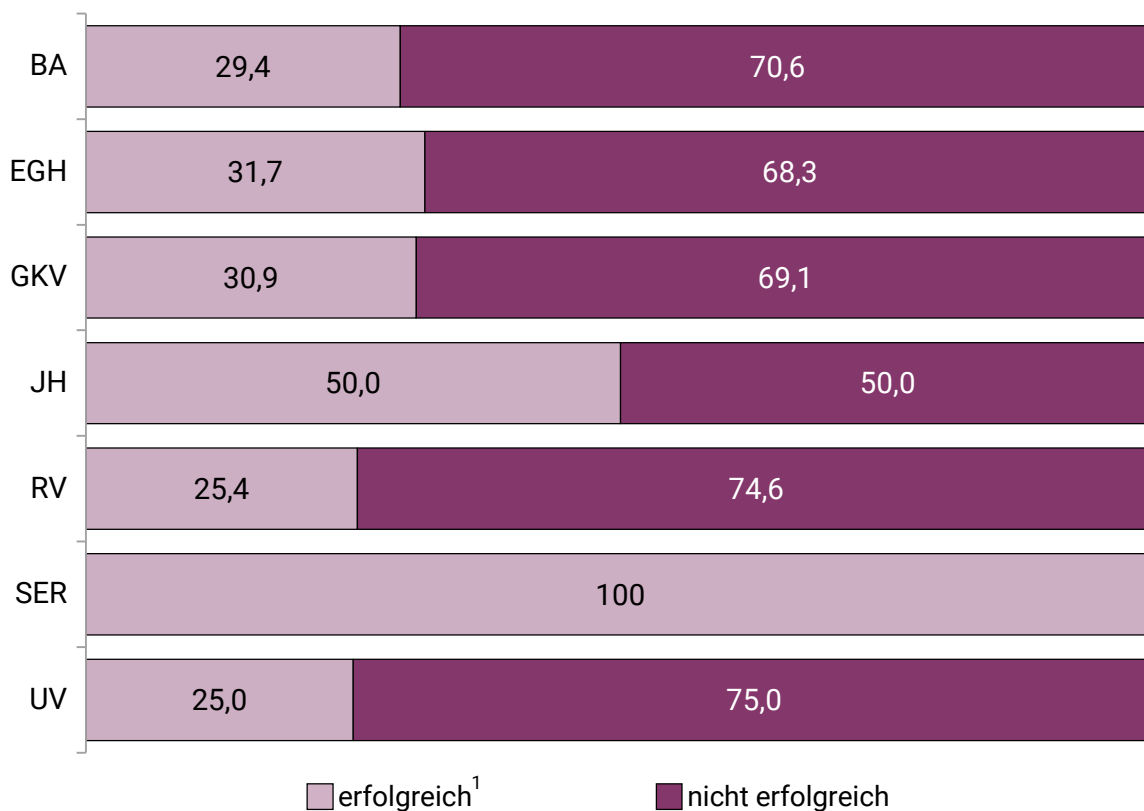
Tabelle 54. Anzahl erfolgreicher und nicht erfolgreicher Klagen nach Trägerbereich

Trägerbereich	Erfolgreich ¹	Nicht erfolgreich	Entschiedene Klagen	Träger
BA	93	223	316	1 (100%)
EGH	122	263	385	41 (13,8%)
GKV	82	183	265	14 (14,6%)
JH	13	13	26	17 (3,6%)
RV	863	2.530	3.393	16 (94,1%)
SER	2	0	2	1 (0,4%)
UV	12	36	48	5 (14,7%)
Gesamt	1.187	3.248	4.435	95 (8,2%)

Diese Tabelle basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023 mit mindestens einer entschiedenen Klage, von denen auch Angaben zur Anzahl erfolgreicher¹ Klagen vorliegen. Die Anzahl der entschiedenen Klagen wurde entsprechend angepasst.

¹ Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten.

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023 mit mindestens einer entschiedenen Klage, von denen auch Angaben zur Anzahl erfolgreicher¹ Klagen vorliegen.

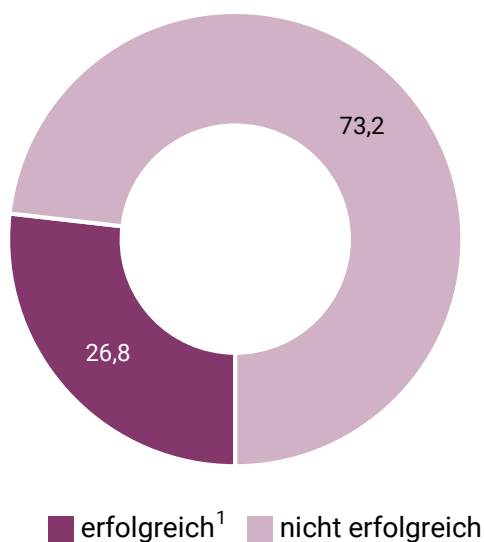
Datengrundlage: 4.435 entschiedene Klagen von 95 Trägern.

¹ Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten.

Abbildung 52. Prozentuale Verteilung erfolgreicher und nicht erfolgreicher Klagen nach Trägerbereich

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Die Verteilung der erfolgreich und der nicht erfolgreich entschiedenen Klagen insgesamt, also über alle Trägerbereiche hinweg, wird in [Abbildung 53](#) gezeigt.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger für das Berichtsjahr 2023 mit mindestens einer entschiedenen Klage, von denen auch Angaben zur Anzahl erfolgreicher¹ Klagen vorliegen.

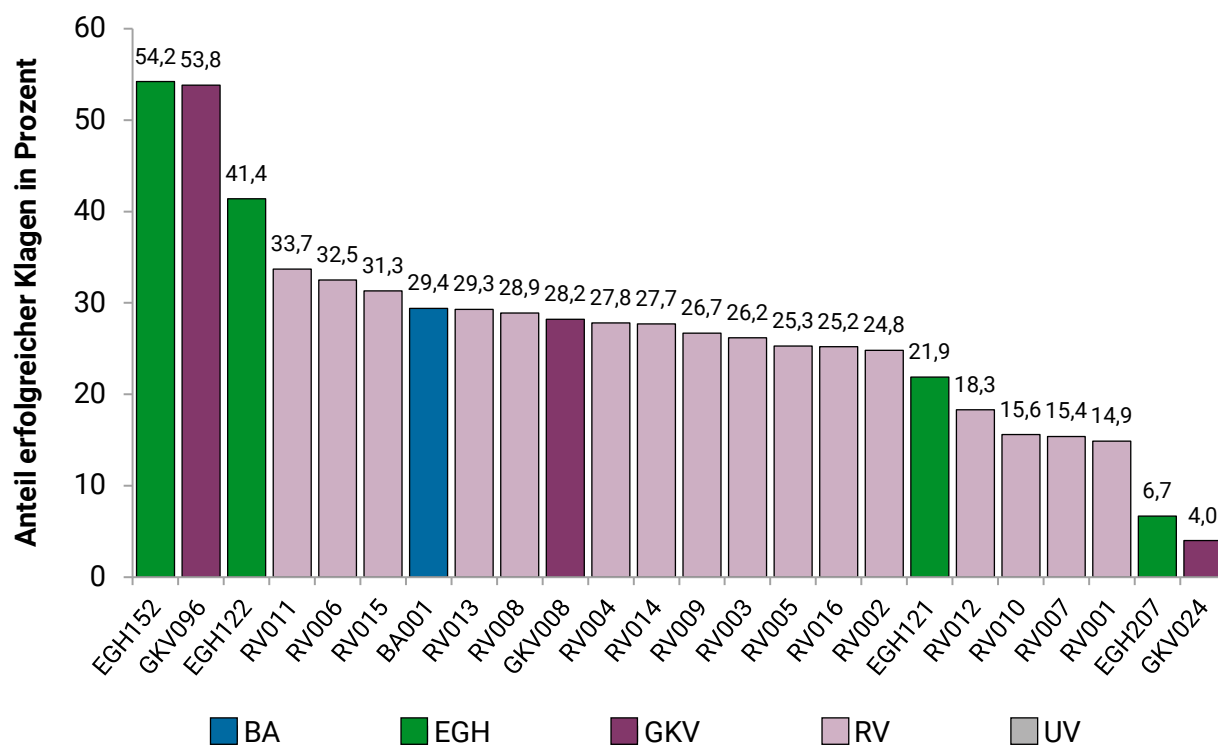
Datengrundlage: 4.435 entschiedene Klagen von 95 Trägern.

¹ Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten.

Abbildung 53. Prozentuale Verteilung erfolgreicher und nicht erfolgreicher Klagen insgesamt

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Abbildung 54 stellt eine trägerspezifische Betrachtung des Anteils erfolgreich entschiedener Klagen aus Sicht des Leistungsberechtigten dar. Für alle Träger, bei denen mindestens 25 Klagen entschieden wurden, ist dargestellt, wie viel Prozent der Klagen aus Sicht des Leistungsberechtigten erfolgreich waren.



Es werden nur Träger mit mindestens 25 entschiedenen Klagen im Berichtsjahr 2023 dargestellt, von denen auch Angaben zur Anzahl erfolgreicher¹ Klagen vorliegen.

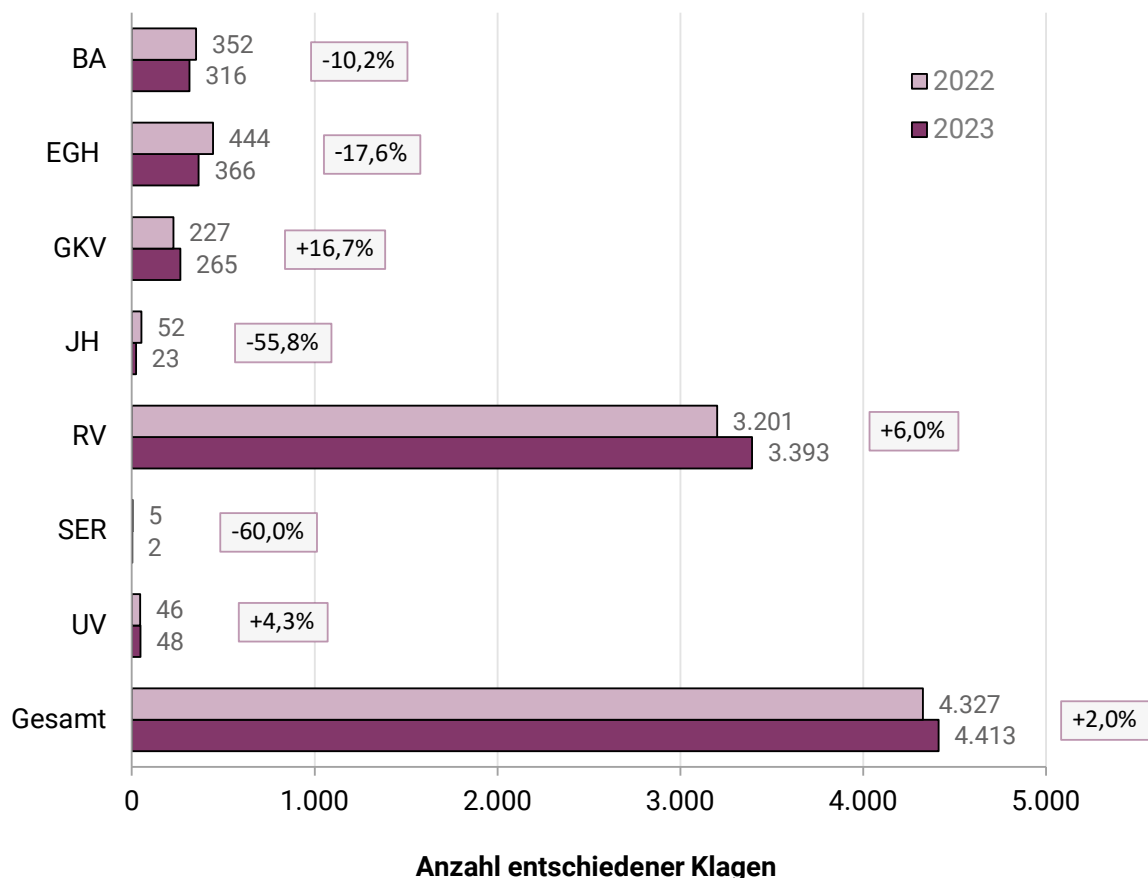
Datengrundlage: 4.228 entschiedene Klagen.

¹ Erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten.

Abbildung 54. Prozentualer Anteil erfolgreicher Klagen pro Träger

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Abbildung 55 zeigt im Vergleich, wie viele Klagen jeweils in den Jahren 2022 und 2023 entschieden wurden.



Diese Darstellung basiert auf den Daten der Träger, von denen Angaben zur Anzahl entschiedener Klagen für die Berichtsjahre 2022 und 2023 vorliegen. Die Anzahl der entschiedenen Klagen in der Datengrundlage wurde jeweils entsprechend angepasst. Im umrandeten Feld rechts neben den Balken ist für jeden Trägerbereich angegeben, um wie viel Prozent sich die Anzahl der entschiedenen Klagen im Berichtsjahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr verändert hat.

Datengrundlage 2022: 4.327 entschiedene Klagen von 998 Trägern (Gebietsstand 2023).

Datengrundlage 2023: 4.413 entschiedene Klagen von 998 Trägern (Gebietsstand 2023).

Abbildung 55. Anzahl entschiedener Klagen nach Trägerbereich und Berichtsjahr

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Aus den Trägerbereichen

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

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



Gesetzestext:

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



Fragestellungen:

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



Ergebnis:

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

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Zur Einordnung der Daten

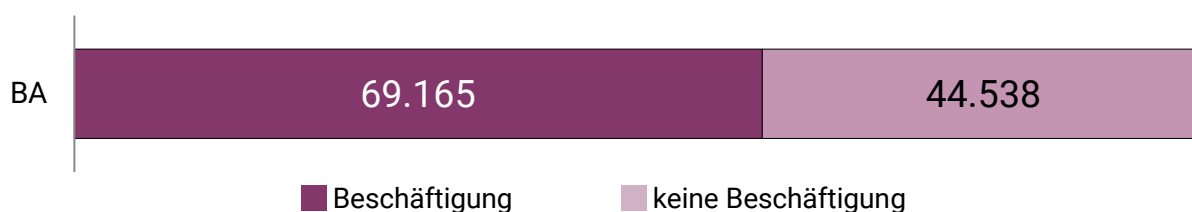
Da dieser Sachverhalt nicht für alle Trägerbereiche einschlägig ist, können nicht alle Träger entsprechende Daten erfassen und übermitteln. Bei den Trägerbereichen BA, EGH, JH, RV, SER und UV gehören LTA zum Leistungsspektrum. Nur die BA, die RV und die UV erfassen auch systematisch den weiteren beruflichen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

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

Nachfolgend werden die Daten für Sachverhalt 16 für die BA, den Trägerbereich RV und den Trägerbereich UV dargestellt. Aufgrund der Unterschiede in der Struktur der Leistungsberechtigten dieser drei Trägerbereiche können ihre Daten hier nur eingeschränkt miteinander verglichen werden.

Dauerhafte Integration in Arbeit bei der BA

Die BA berichtet 113.703 Leistungsfälle, die im Zeitraum vom 01.07.2022 bis zum 30.06.2023 eine LTA-Maßnahme beendet haben. Innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten nach Ende der LTA-Maßnahme haben davon 69.165 Leistungsfälle im Berichtsjahr eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen. Hingegen haben 44.538 Leistungsfälle im selben Zeitraum keine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen ([Abbildung 56](#)).



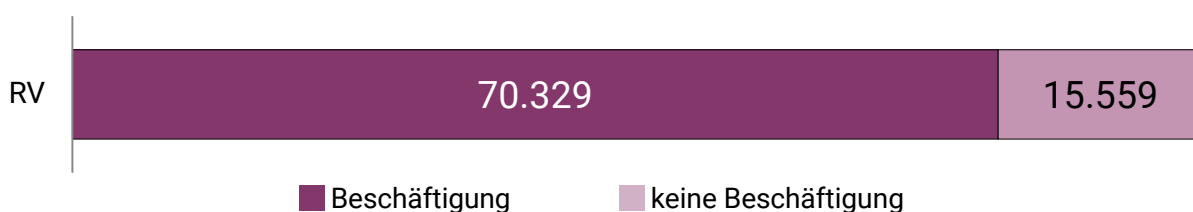
Datengrundlage: 113.703 beendete LTA-Maßnahmen für das Berichtsjahr 2023.

Abbildung 56. Anzahl sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungen 6 Monate nach Ende einer LTA-Maßnahme bei der BA

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

Dauerhafte Integration in Arbeit im Trägerbereich RV

Die Träger der **RV** berichten 85.888 Leistungsfälle, bei denen das Datum des Leistungsendes plus sechs Monate im Vorjahr des Berichtsjahres liegt (Für den aktuellen THVB gilt entsprechend das Leistungsende zwischen 01.07.2021 bis 30.06.2022.). Im 6. Kalendermonat nach dem Endmonat jeder LTA-Leistung wird geprüft, ob eine Beschäftigung vorliegt. Dies trifft auf 70.329 Leistungsberechtigte zu; bei 15.559 Leistungsberechtigten liegt demnach keine Beschäftigung vor (siehe [Abbildung 57](#)). Eine auslösende LTA-Leistung sind hier alle Leistungen nach den §§ 49 und 50 SGB IX, außer Berufsvorbereitungen.

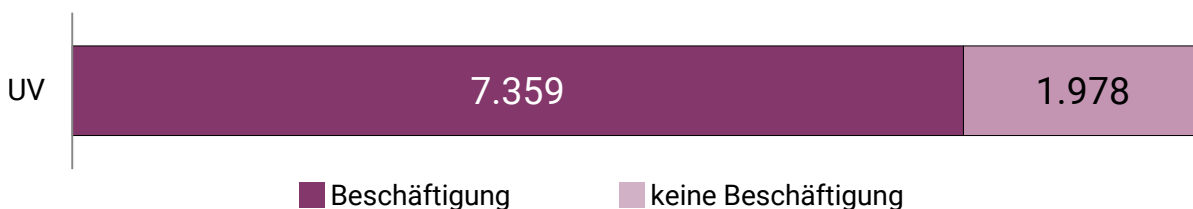


Datengrundlage: 85.888 beendete LTA-Maßnahmen von 16 Trägern für das Berichtsjahr 2023.

Abbildung 57. Anzahl der Beschäftigungen 6 Monate nach Ende einer LTA-Maßnahme bei der RV

Dauerhafte Integration in Arbeit im Trägerbereich UV

Die Träger der **UV** berichten 9.337 Leistungsfälle mit einer beendeten LTA-Maßnahme. Innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten nach Ende der LTA-Maßnahme haben davon 7.359 Leistungsfälle im Berichtsjahr eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen. Hingegen haben 1.978 Leistungsfälle im selben Zeitraum keine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen (siehe [Abbildung 58](#)).



Datengrundlage: 9.337 beendete LTA-Maßnahmen von 30 Trägern für das Berichtsjahr 2023.

Abbildung 58. Anzahl der Beschäftigungen 6 Monate nach Ende einer LTA-Maßnahme bei der UV

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191



Aus den Trägerbereichen

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

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

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

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

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

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

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

3.5 Daten zur Förderung der Selbsthilfe nach § 45 SGB IX

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

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

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



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.



Fragestellungen:

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



Ergebnis:

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

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

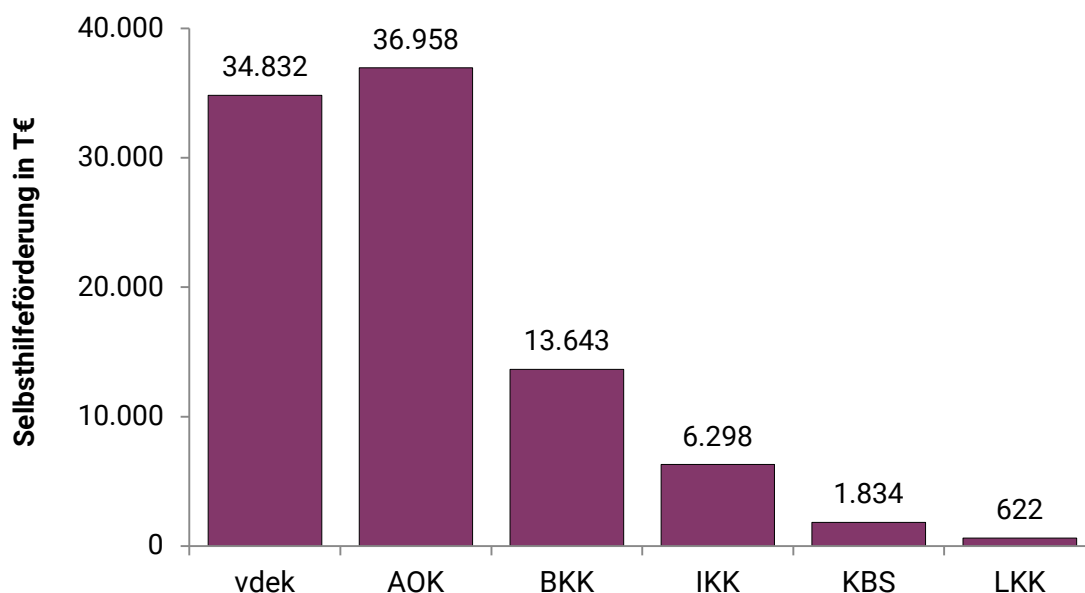
Die Selbsthilfeförderung der **GKV** nach § 20h SGB V sieht eine Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen auf regionaler, Landes- und Bundesebene vor. Die Förderung erfolgt als Pauschal- oder Projektfinanzierung. Mindestens 70 Prozent der insgesamt nach § 20h SGB V aufzubringenden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

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

werden für die kassenartenübergreifende Pauschalförderung zur Verfügung gestellt. Die übrigen maximal 30 Prozent der Fördermittel können die einzelnen Krankenkassen für krankenkassenindividuelle Projektförderungen verwenden. Durch eine Gesetzesänderung im Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) sollen die Krankenkassen im Rahmen ihrer Selbsthilfeförderung nun sowohl die Nutzung von analogen Angeboten als auch die Nutzung von digitalen Angeboten und Anwendungen gleichberechtigt unterstützen. Digitale Anwendungen müssen dabei den hohen Anforderungen an den Datenschutz und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik genügen.

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 2023.

Über den gesamten Trägerbereich GKV gesehen betrug die Förderung der Selbsthilfe in 2023 insgesamt rund 94,2 Mio. Euro. In [Abbildung 59](#) sind die Ausgaben für die Selbsthilfeförderung der GKV differenziert nach Kassenarten dargestellt.



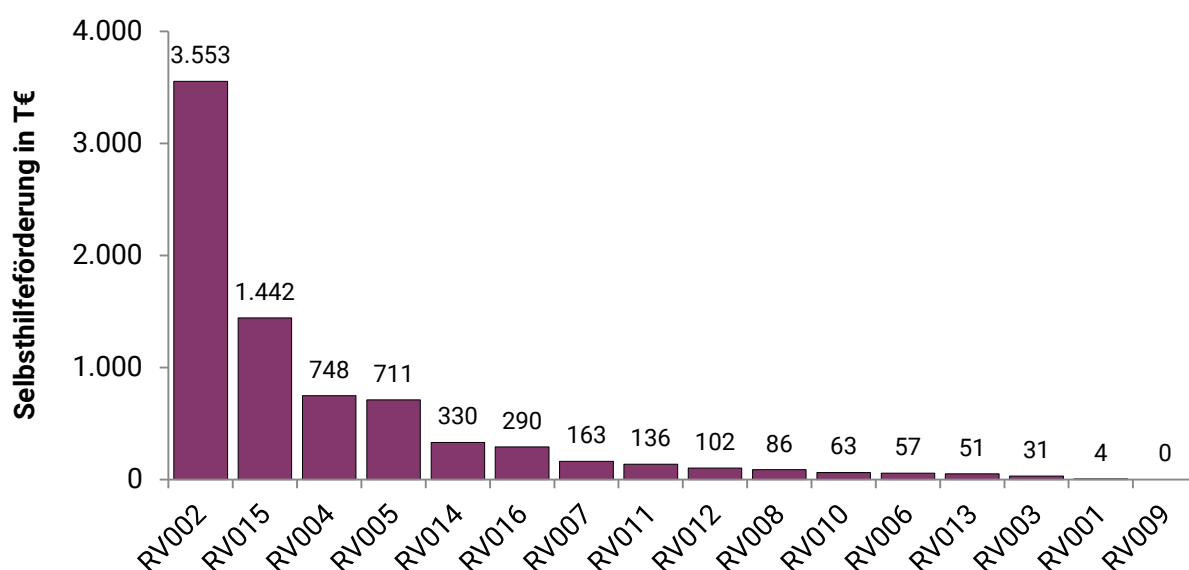
Datengrundlage: Berichtsjahr 2023.

Abbildung 59. Ausgaben zur Förderung der Selbsthilfe nach Kassenarten

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

SV 1: Gestellte Anträge	50	SV 6: Entscheidungsarten	99	SV 10: Erstattung zw. Trägern	137	SV 14: Erstattung selbst-	
SV 2: Weiterleitungen	61	SV 7: Antrittslaufzeiten	105	SV 11: PB (trägerspez.)	143	beschaffter Leistungen	166
SV 3: Fristen	67	SV 8: Teilhabeplanungen		SV 12: PB (trägerübergr.)	152	SV 15: Rechtsbehelfe	173
SV 4: Gutachten	83	& -konferenzen	119	SV 13: Mitteilungen nach		SV 16: Integration in Arbeit	187
SV 5: Bearbeitungsdauer	89	SV 9: Teilhabepläne	130	§ 18 Abs. 1	160	Förderung Selbsthilfe	191

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 2023 beliefen sich diese Ausgaben über alle Träger der Rentenversicherung gesehen auf ca. 7,8 Mio. Euro. In **Abbildung 60** sind die Ausgaben für die Selbsthilfeförderung der RV aus dem Jahr 2023 nach den Trägern der Rentenversicherung gegliedert dargestellt.



Datengrundlage: Berichtsjahr 2023.

Abbildung 60. Ausgaben zur Förderung der Selbsthilfe bei der DRV

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

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

4 Aus den Trägerbereichen

Dieses Kapitel umfasst ergänzende Beiträge aus den Trägerbereichen, die über die Eingaben in den Infoboxen in [Kapitel 3](#) hinausgehen. Beiträge liegen von der BA, aus dem Trägerbereich der EGH, der JH sowie der UV vor.

Die nachfolgenden Abschnitte geben die Beiträge aus den Trägerbereichen im Wortlaut wieder.²⁵

4.1 Bundesagentur für Arbeit

Die Bundesagentur für Arbeit (BA) ist eine rechtsfähige bundesunmittelbare Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Sie gliedert sich in eine Zentrale auf der oberen Verwaltungsebene und zehn Regionaldirektionen auf der mittleren Verwaltungsebene. Sie ist mit 150 Agenturen für Arbeit (AA) und etwa 600 Geschäftsstellen vor Ort präsent. Außerdem sind die AA gemeinsam mit Landkreisen oder kreisfreien Städten für 300 Jobcenter in gemeinsamer Einrichtung (gE) verantwortlich. Dementsprechend ist die BA nahezu überall in ganz Deutschland gut erreichbar und hat einen überdurchschnittlich hohen Bekanntheitsgrad.

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

Daher werden Anträge anderer Leistungsgruppen immer an die dafür zuständigen Träger weitergeleitet. Des Weiteren ist die BA im Verhältnis zu anderen Trägern, die ebenfalls LTA erbringen können, nachrangig 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 Agenturen für Arbeit sowie gemeinsamen Einrichtungen (Jobcenter). Vor allem die berufliche Orientierung und Beratung von Schülerinnen und Schülern setzt sehr frühzeitig ein. Rund zwei Drittel der Anträge auf LTA bei der BA betreffen die berufliche Ersteingliederung junger Menschen an der ersten Schwelle beim Übergang von der Schule in den Beruf. Daher unterscheidet sich die Struktur der Leistungsberechtigten der BA in der beruflichen Rehabilitation von der anderer 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 Maßeintritte häufig an festen Beginnsterminen (z. B. am Ausbildungsbeginn) orientieren, resultieren daraus mitunter höhere Antrittslaufzeiten.

²⁵ Es erfolgten – wo notwendig – lediglich redaktionelle Anpassungen der Texte an den Aufbau, Schriftform und Sprachgebrauch des vorliegenden Berichts.

Einige Variablen und Auswertungen entfallen für die BA aufgrund ihrer Organisation als solitärer Rehabilitationsträger.

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

4.2 Eingliederungshilfe

Die Eingliederungshilfe ist mit Leistungen im Umfang von 25,4 Milliarden Euro netto jährlich an etwas über 1 Million Personen der größte Reha-Träger. Sie gewährt eine der wichtigsten Sozialleistungen zur Sicherung des Rechts auf Teilhabe für Menschen mit Behinderungen in Deutschland. Das Leistungsspektrum reicht von der vorschulischen und schulischen Unterstützung, Betreuung und (Früh-)Förderung von Kindern mit (drohender) Behinderung über die Unterstützung erwachsener Menschen mit Behinderung bei der Teilhabe am Arbeitsleben in Werkstätten für behinderte Menschen und im Budget für Arbeit bis hin zu verschiedenen Maßnahmen der sozialen Teilhabe einschließlich der Assistenz beim Wohnen in der eigenen Wohnung oder in besonderen Wohnformen.

Anders als bei den meisten anderen Rehabilitationsträgern werden die Leistungen nicht nur punktuell für einen bestimmten Bedarf und nur vorübergehend, sondern vollumfänglich für alle Lebensbereiche der betroffenen Menschen und in der Regel ihr Leben lang gewährt.

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

Die Eingliederungshilfe stand auch im Jahr 2023 unverändert vor Herausforderungen. Durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) war die Eingliederungshilfe mit Wirkung zum 1.1.2020 aus dem Sozialhilferecht nach dem SGB XII herausgelöst und als Teil 2 in das SGB IX überführt und in weiten Teilen neu geregelt worden. In allen Bundesländern wurden die zuständigen Leistungsträger neu bestimmt; in einigen Bundesländern kam es zu Veränderungen der Zuständigkeiten im Vergleich zu vorher.

Die Trennung der Fachleistung von den existenzsichernden Leistungen sowie das in der Eingliederungshilfe umfangreiche Gesamtplanverfahren als auch die Umstellung der Vereinbarungen mit den Leistungserbringern waren und sind nach wie vor sehr zeit- und personalaufwendig. Sie erfordern einen beträchtlichen Personaleinsatz. Fast alle Träger der Eingliederungshilfe mussten neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einstellen, manche ihr Personal sogar verdoppeln. Nicht nur die Träger der Eingliederungshilfe, sondern auch die Leistungserbringer sowie insbesondere auch die behinderten Menschen beklagen den bürokratischen Aufwand.

Sowohl die enormen Zuwachsraten bei den Ausgaben der Eingliederungshilfe (im Jahr 2023 plus 9,4 Prozent) als auch die kontinuierlich wachsende Zahl der Empfänger (2023: plus 1,7 Prozent) müssen von den Trägern der Eingliederungshilfe bewältigt werden.

4.3 Jugendhilfe

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

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

Die Kommunen verzeichnen seit Jahren steigende Fallzahlen in der Eingliederungshilfe nach § 35 a SGB VIII. Die Träger der Kinder- und Jugendhilfe gewähren weit über 120.000 Eingliederungshilfen für Kinder und Jugendliche mit einer seelischen Behinderung; vor zwölf Jahren waren es noch rund 45.000.

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

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

4.4 Gesetzliche Unfallversicherung

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

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

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

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

5 Ausblick

Mit dem sechsten Teilhabeverfahrensbericht wurde die kontinuierliche Berichterstattung über das Leistungsgeschehen der Rehabilitation und Teilhabe fortgesetzt. Der Bericht bietet erneut wertvolle Einblicke in die Verfahrensabläufe und zeigt, wie sich das System der Rehabilitation und Teilhabe im Kontext gesetzlicher Reformen und organisatorischer Veränderungen auf Seiten der Reha-Träger weiterentwickelt. Die stetige Verbesserung der Datengrundlagen trägt dazu bei, Entwicklungen präziser darzustellen und die Transparenz zu erhöhen.

Erstmals seit der SARS-CoV-2-Pandemie erreichen die Antragszahlen für Rehabilitations- und Teilhabeleistungen insgesamt wieder das Niveau der Vor-Corona-Zeit. So wurden 2023 rund 3,2 Millionen Anträge gestellt, was dem Stand von 2019 entspricht. Es hat somit etwa vier Jahre gedauert, bis sich die Antragszahlen von den pandemiebedingten Rückgängen erholt haben. Dieser Gesamtanstieg ist vornehmlich auf die medizinischen Rehabilitationsleistungen zurückzuführen, bei denen davon ausgegangen werden kann, dass der Bedarf kontinuierlich vorhanden war, jedoch durch pandemiebedingte Effekte nicht immer zeitnah gedeckt werden konnte. Es bleibt abzuwarten, ob sich dieser Trend auf dem erreichten Niveau konsolidiert oder eine weitere Zunahme der Antragszahlen zu verzeichnen sein wird.

Darüber hinaus wird der nächste Teilhabeverfahrensbericht Ergebnisse einer inhaltlichen Erweiterung aufzeigen, um der Einführung eines neuen Merkmals zur Leistungskoordination Rechnung zu tragen. Seit dem 01.01.2024 erfassen die Rehabilitationsträger für den THVB auch die Anzahl der Anträge, die gemäß § 14 Abs. 3 SGB IX im Rahmen einer Turboklärung ein zweites Mal von einem Reha-Träger an einen anderen weitergeleitet werden. Diese Neuerung basiert auf einer trägerübergreifenden Vereinbarung auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation und berücksichtigt damit ein weiteres Merkmal zur Leistungskoordination. Die erstmalige Auswertung dieser Daten wird im Teilhabeverfahrensbericht 2025 erscheinen und zusätzliche Erkenntnisse über die Effizienz und Koordination im Reha-System liefern.

Auch gesetzliche Reformen beeinflussen die Datenerhebung und die Struktur der Rehabilitationsträger. Mit Inkrafttreten des SGB XIV wird die bisherige Trennung zwischen den Trägern der Kriegsopferversorgung (KOV) und der Kriegsopferfürsorge (KOF) zugunsten eines einheitlichen Trägers der Sozialen Entschädigung (SER) aufgehoben. Diese Neustrukturierung reduziert die Anzahl der berichtspflichtigen Träger in diesem Bereich, so dass sich die Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe auf weniger Träger verteilen. Gleichzeitig erweitert das SGB XIV den Kreis der Leistungsberechtigten im SER-Bereich, was potenziell zu einem Anstieg der Anträge auf Rehabilitations- und Teilhabeleistungen führen könnte. Beide Entwicklungen werden im Teilhabeverfahrensbericht objektiv dargestellt.

Diese Entwicklungen unterstreichen einmal mehr die Bedeutung des Teilhabeverfahrensberichts als zentrale Informationsquelle über das System der Rehabilitation und Teilhabe. Die kontinuierliche Erhebung von Struktur- und Prozesskennzahlen ermöglicht es, Reformprozesse und deren Auswirkungen fundiert zu analysieren. Der sechste Teilhabeverfahrensbericht wird damit erneut einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung des Systems leisten und die Transparenz für alle Beteiligten erhöhen.

6 Literatur

- [1] Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). Forschungsbericht 645. Teilhabe gemeinsam planen. November 2024. Verfügbar unter: <https://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/Forschungsberichte/fb-645-teilhabe-gemeinsam-planen.html>; letzter Zugriff am 15.12.2024.
- [2] Tabbara A. Fortschritt für mehr Teilhabe und Inklusion. Die berufliche Rehabilitation. 2021;24–39.
- [3] Beyer C. § 41 Teilhabeverfahrensbericht. In: Dau DH, Düwell FJ, Joussen J, Asmalsky T, editors. Sozialgesetzbuch IX: Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen: SGB IX, BTHG, SchwbVWO, BGG : Lehr- und Praxiskommentar. 5. Auflage. Baden-Baden: Nomos; 2019; 211–215.
- [4] Schaumberg T. Das gegliederte System des Rehabilitationsrechts; Beitrag A9-2020 unter www.reha-recht.de; 14.05.2020.
- [5] Stähler TP, Schian M. Rechtliche Grundlagen der Rehabilitation. In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (Hrsg.). Rehabilitation: Vom Antrag bis zur Nachsorge - für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe. Berlin: Springer; 2018; 375–408.
- [6] Boettcher A von. Inklusion und Rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit in der Kinder- und Jugendhilfe nach dem KJSG. RP Reha. 2022;9:5–13.
- [7] Bundesagentur für Arbeit. Kennzahlen nach § 48a SGB II: Übergreifende methodische Hinweise. Version 4.0. Nürnberg; 10.05.2019.
- [8] Swart E, Bitzer EM, Gothe H, Harling M, Hoffmann F, Horenkamp-Sonntag D, et al. A Consensus German Reporting Standard for Secondary Data Analyses, Version 2 (STRO-SA-STandardisierte BerichtsROutine für SekundärdatenAnalysen). Gesundheitswesen. 2016;78:e145-e160. doi:10.1055/s-0042-108647.
- [9] 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. Auflage Bern: Huber; 2014; 314–330.
- [10] eurostat. Datenvalidierung. 2020. Im Internet: www.ec.europa.eu > Eurostat > Daten > Datenvalidierung. Letzter Zugriff am: 23.11.2023.
- [11] Swart E, Gothe H, Geyer S, Jaunzeme J, Maier B, Grobe TG, Ihle P. Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS): Leitlinien und Empfehlungen. [Good Practice of Secondary Data Analysis (GPS): guidelines and recommendations]. Gesundheitswesen. 2015;77:120–6. doi:10.1055/s-0034-1396815.
- [12] Joussen J. Einführung: VI. Das Bundesteilhabegesetz und die Reform des SGB IX. In: Dau DH, Düwell FJ, Joussen J, Asmalsky T, editors. Sozialgesetzbuch IX: Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen : SGB IX, BTHG, SchwbVWO, BGG : Lehr- und Praxiskommentar. 5. Auflage. Baden-Baden: Nomos; 2019; 43–60.

[13] Stähler T. Teilhabeplan und Teilhabeplanung; 02.12.2021.

[14] Schaumberg T. Leistungskoordination gemäß § 15 SGB IX bei Trägermehrheit; Beitrag A12-2020 unter www.reha-recht.de; 29.05.2020.

[15] Giraud B, Schian M. Gut beraten, gut geplant und gut gemacht: Individuelle Teilhabeplanung im Betrieb. ASU. 2019:771–4

[16] Deutscher Bundestag. Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG); 05.09.2016.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Schematischer Ablauf der Datenübermittlung durch die Träger bis zur Annahme des Meldedatensatzes (Stufe 1 des Plausibilitäts- und Validitätsverfahrens)	30
Abbildung 2. Datengrundlage für das Berichtsjahr 2023	38
Abbildung 3. Entwicklung der Meldequote insgesamt (in Prozent)	39
Abbildung 4. Beispiel einer fiktiven Tabelle mit den Spalten „Träger“ und „Träger mit Wert null“	44
Abbildung 5. Übergangsmatrix für das Berichtsjahr 2023	49
Abbildung 6. Schematische Darstellung eines Gesamtantrags mit LG-Anträgen	51
Abbildung 7. Anzahl der Gesamtanträge nach Trägerbereich	54
Abbildung 8. Prozentualer Anteil der Gesamtanträge nach Trägerbereich	54
Abbildung 9. Prozentuale Verteilung der beantragten Leistungsgruppen nach Trägerbereich	57
Abbildung 10. Zeitreihe zur Anzahl gestellter Gesamtanträge	59
Abbildung 11. Prozentualer Anteil der Weiterleitungen an allen Gesamtanträgen nach Trägerbereich	64
Abbildung 12. Prozentualer Anteil der Weiterleitungen an allen Gesamtanträgen nach Trägerbereich und Berichtsjahr	66
Abbildung 13. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung (Frist 3a) nach Trägerbereich	72
Abbildung 14. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung (Frist 3a) nach Trägerbereich und Berichtsjahr	73
Abbildung 15. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen zu Gesamtanträgen ohne und mit Gutachten nach Trägerbereich	78
Abbildung 16. Prozentuale Verteilung der Entscheidungen zu Gesamtanträgen ohne und mit Gutachten nach Trägerbereich	80
Abbildung 17. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen zu Gesamtanträgen ohne Gutachten (Frist 3b) nach Trägerbereich und Berichtsjahr	81
Abbildung 18. Durchschnittliche Dauer der Erstellung eines Gutachtens nach Trägerbereich (in Tagen)	86
Abbildung 19. Anzahl der Gutachten nach Trägerbereich und Berichtsjahr	87
Abbildung 20. Gutachtendauer nach Trägerbereich und Berichtsjahr (in Tagen)	88
Abbildung 21. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei Bewilligung und Erledigung nach Trägerbereich (in Tagen)	93
Abbildung 22. Klassierte Verteilung der Bearbeitungsdauer bei Bewilligung nach Trägerbereich (in Prozent)	94
Abbildung 23. Klassierte Verteilung der Bearbeitungsdauer bei Erledigung nach Trägerbereich (in Prozent)	95
Abbildung 24. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer insgesamt nach Trägerbereich (in Tagen)	97
Abbildung 25. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei Bewilligung nach Trägerbereich und Berichtsjahr (in Tagen)	98
Abbildung 26. Prozentuale Verteilung der Entscheidungsarten des Gesamtantrags nach Trägerbereich	102
Abbildung 27. Anzahl der Entscheidungen zu Gesamtanträgen nach Trägerbereich und Berichtsjahr	103
Abbildung 28. Prozentuale Verteilung der Entscheidungsarten des Gesamtantrags nach Trägerbereich und Berichtsjahr	104
Abbildung 29. Durchschnittliche positive und negative Antrittslaufzeit nach Trägerbereich (in Tagen)	109
Abbildung 30. Positive und negative Antrittslaufzeit ohne sowie mit Teilhabeplanung nach Trägerbereich (in Tagen)	112

Abbildung 31. Prozentuale Verteilung der Leistungsantritte vor und nach dem Bewilligungsbescheid nach Trägerbereich	115
Abbildung 32. Durchschnittliche negative Antrittslaufzeit nach Trägerbereich und Berichtsjahr (in Tagen)	116
Abbildung 33. Durchschnittliche positive Antrittslaufzeit nach Trägerbereich und Berichtsjahr (in Tagen)	117
Abbildung 34. Prozentualer Anteil der Anträge mit einer trägerübergreifenden Teilhabeplanung bzw. Teilhabeplankonferenz an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich	125
Abbildung 35. Anzahl der Anträge mit einer trägerübergreifenden Teilhabeplanung nach Trägerbereich und Berichtsjahr	126
Abbildung 36. Anzahl der Anträge mit einer Teilhabeplankonferenz nach Trägerbereich und Berichtsjahr	128
Abbildung 37. Durchschnittliche Geltungsdauer von Teilhabeplänen nach Trägerbereich (in Tagen)	135
Abbildung 38. Anzahl der Anpassungen von Teilhabeplänen insgesamt nach Trägerbereich und Berichtsjahr	136
Abbildung 39. Anzahl der Erstattungsverfahren zwischen Trägern nach Trägerbereich und Berichtsjahr	142
Abbildung 40. Prozentualer Anteil beantragter bzw. bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich	147
Abbildung 41. Prozentualer Anteil beantragter trägerspezifischer Persönlicher Budgets an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich und Berichtsjahr	149
Abbildung 42. Prozentualer Anteil bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich und Berichtsjahr	151
Abbildung 43. Anzahl beantragter trägerübergreifender Persönlicher Budgets nach Trägerbereich und Berichtsjahr	158
Abbildung 44. Anzahl bewilligter trägerübergreifender Persönlicher Budgets nach Trägerbereich und Berichtsjahr	159
Abbildung 45. Anzahl der Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer nach Trägerbereich und Berichtsjahr	165
Abbildung 46. Prozentuale Verteilung bewilligter bzw. abgelehnter Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen insgesamt	171
Abbildung 47. Anzahl entschiedener Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach Trägerbereich und Berichtsjahr	172
Abbildung 48. Prozentuale Verteilung erfolgreicher und nicht erfolgreicher Widersprüche nach Trägerbereich	177
Abbildung 49. Prozentuale Verteilung erfolgreicher und nicht erfolgreicher Widersprüche insgesamt	178
Abbildung 50. Prozentualer Anteil erfolgreicher Widersprüche pro Träger	179
Abbildung 51. Anzahl entschiedener Widersprüche nach Trägerbereich und Berichtsjahr	180
Abbildung 52. Prozentuale Verteilung erfolgreicher und nicht erfolgreicher Klagen nach Trägerbereich	183
Abbildung 53. Prozentuale Verteilung erfolgreicher und nicht erfolgreicher Klagen insgesamt	184
Abbildung 54. Prozentualer Anteil erfolgreicher Klagen pro Träger	185
Abbildung 55. Anzahl entschiedener Klagen nach Trägerbereich und Berichtsjahr	186
Abbildung 56. Anzahl sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungen 6 Monate nach Ende einer LTA-Maßnahme bei der BA	188
Abbildung 57. Anzahl der Beschäftigungen 6 Monate nach Ende einer LTA-Maßnahme bei der RV	189
Abbildung 58. Anzahl der Beschäftigungen 6 Monate nach Ende einer LTA-Maßnahme bei der UV	189
Abbildung 59. Ausgaben zur Förderung der Selbsthilfe nach Kassenarten	192
Abbildung 60. Ausgaben zur Förderung der Selbsthilfe bei der DRV	193

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Teilhabeleistungen der Rehabilitationsträger nach Leistungsgruppen (§ 5 SGB IX)	22
Tabelle 2. Für das Berichtsjahr 2023 als berichtspflichtig registrierte Rehabilitationsträger der steuerfinanzierten Trägerbereiche nach Bundesländern (ohne Bundeswehr)	36
Tabelle 3. Anzahl der Datenmeldungen nach Trägerbereich	39
Tabelle 4. Anzahl der Nicht-Meldungen nach Trägerbereich und Bundesland	41
Tabelle 5. Anzahl der Gesamtanträge nach Trägerbereich	53
Tabelle 6. Durchschnittliche Anzahl der Gesamtanträge nach Trägerbereich	55
Tabelle 7. Anzahl der Anträge differenziert nach Leistungsgruppe und Trägerbereich	56
Tabelle 8. Durchschnittliche Anzahl der Anträge innerhalb der Leistungsgruppen nach Trägerbereich	58
Tabelle 9. Anzahl der Weiterleitungen nach Trägerbereich	62
Tabelle 10. Prozentualer Anteil der Weiterleitungen an allen Gesamtanträgen nach Trägerbereich	63
Tabelle 11. Anzahl der Weiterleitungen nach Trägerbereich und Berichtsjahr	65
Tabelle 12. Anzahl der Zuständigkeitsfeststellungen nach Trägerbereich	70
Tabelle 13. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei der Zuständigkeitsfeststellung (Frist 3a) nach Trägerbereich	71
Tabelle 14. Anzahl der Entscheidungen zu Gesamtanträgen ohne Gutachten nach Trägerbereich	74
Tabelle 15. Anzahl der Entscheidungen zu Gesamtanträgen mit Gutachten nach Trägerbereich	75
Tabelle 16. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen zu Gesamtanträgen ohne Gutachten (Frist 3b) nach Trägerbereich	76
Tabelle 17. Prozentualer Anteil der Fristüberschreitungen bei Entscheidungen zu Gesamtanträgen mit Gutachten (Frist 3c) nach Trägerbereich	77
Tabelle 18. Anzahl der Entscheidungen zu Gesamtanträgen ohne und mit Gutachten bei Angaben zu Entscheidungen ohne und mit Gutachten nach Trägerbereich	79
Tabelle 19. Anzahl der Gutachten nach Trägerbereich	84
Tabelle 20. Durchschnittliche Dauer der Erstellung eines Gutachtens nach Trägerbereich (in Tagen)	85
Tabelle 21. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei Bewilligung und Erledigung des Gesamtantrags nach Trägerbereich (in Tagen)	91
Tabelle 22. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer des Gesamtantrags insgesamt nach Trägerbereich (in Tagen)	96
Tabelle 23. Anzahl der Entscheidungsarten des Gesamtantrags bei Angaben zu allen Entscheidungsarten nach Trägerbereich	101
Tabelle 24. Durchschnittliche negative sowie positive Antrittslaufzeit nach Trägerbereich (in Tagen)	108
Tabelle 25. Durchschnittliche negative Antrittslaufzeit ohne und mit Teilhabeplanung nach Trägerbereich (in Tagen)	110
Tabelle 26. Durchschnittliche positive Antrittslaufzeit ohne und mit Teilhabeplanung nach Trägerbereich (in Tagen)	111
Tabelle 27. Anzahl der Leistungsantritte vor und nach dem Bewilligungsbescheid nach Trägerbereich	114
Tabelle 28. Anzahl der Anträge mit einer trägerübergreifenden Teilhabeplanung nach Trägerbereich	121
Tabelle 29. Anzahl der Anträge mit einer Teilhabeplankonferenz nach Trägerbereich	122
Tabelle 30. Prozentualer Anteil der Anträge mit einer trägerübergreifenden Teilhabeplanung an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich	123

Tabelle 31. Prozentualer Anteil der Anträge mit einer Teilhabekonferenz an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich	124
Tabelle 32. Anzahl der Anpassungen von Teilhabeplänen insgesamt nach Trägerbereich	132
Tabelle 33. Anzahl der Teilhabepläne mit mindestens einer Anpassung nach Trägerbereich	133
Tabelle 34. Durchschnittliche Geltungsdauer von Teilhabeplänen nach Trägerbereich (in Tagen)	134
Tabelle 35. Anzahl der Erstattungsverfahren zwischen Trägern nach Trägerbereich	139
Tabelle 36. Anzahl der Erstattungsverfahren pro Antrag mit mindestens einem Erstattungsverfahren zwischen Trägern nach Trägerbereich	140
Tabelle 37. Anzahl beantragter trägerspezifischer Persönlicher Budgets nach Trägerbereich	145
Tabelle 38. Anzahl bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets nach Trägerbereich	146
Tabelle 39. Anzahl beantragter trägerspezifischer Persönlicher Budgets nach Trägerbereich und Berichtsjahr	148
Tabelle 40. Anzahl bewilligter trägerspezifischer Persönlicher Budgets nach Trägerbereich und Berichtsjahr	150
Tabelle 41. Anzahl beantragter trägerübergreifender Persönlicher Budgets nach Trägerbereich	154
Tabelle 42. Anzahl bewilligter trägerübergreifender Persönlicher Budgets nach Trägerbereich	155
Tabelle 43. Prozentualer Anteil beantragter trägerübergreifender Persönlicher Budgets an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich	156
Tabelle 44. Prozentualer Anteil bewilligter trägerübergreifender Persönlicher Budgets an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich	157
Tabelle 45. Anzahl der Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer nach Trägerbereich	162
Tabelle 46. Anzahl der Mitteilungen wegen langer Verfahrensdauer pro Antrag mit mindestens einer Mitteilung nach Trägerbereich	163
Tabelle 47. Prozentualer Anteil der Anträge mit mindestens einer Mitteilung wegen langer Verfahrensdauer an den entschiedenen Gesamtanträgen nach Trägerbereich	164
Tabelle 48. Anzahl entschiedener Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach Trägerbereich	168
Tabelle 49. Anzahl entschiedener Anträge mit mindestens einem Antrag auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach Trägerbereich	169
Tabelle 50. Anzahl bewilligter und abgelehnter Anträge auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach Trägerbereich	170
Tabelle 51. Anzahl entschiedener Widersprüche nach Trägerbereich	175
Tabelle 52. Anzahl erfolgreicher und nicht erfolgreicher Widersprüche nach Trägerbereich	176
Tabelle 53. Anzahl entschiedener Klagen nach Trägerbereich	181
Tabelle 54. Anzahl erfolgreicher und nicht erfolgreicher Klagen nach Trägerbereich	182

Glossar

Analyseszenario Ein Analyseszenario stellt eine Zusammenfassung aller Meldedatensätze dar, die zu einem Zeitpunkt vorliegen. Es können beliebig viele Meldedatensätze zu einem Szenario zusammengefasst werden. Ein Szenario kann beispielsweise alle Meldedatensätze eines Berichtsjahres oder nur Meldedatensätze von bestimmten Trägern bzw. Trägerbereichen enthalten. Die Kombinationsmöglichkeiten sind beliebig. Alle Analyseszenarien werden in der zentralen Datenbank versioniert und entsprechend gespeichert. Die Kennzeichnung eines Analyseszenarios setzt sich aus der Abkürzung AS, der Angabe des Berichtsjahres, aus dem die Daten stammen, und einer fortlaufenden Nummerierung zusammen. Die Kennzeichnung dient ausschließlich internen Zwecken.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fehlanzeige Eine Fehlanzeige (synonym „Leer-/Nullmeldung“) ist der BAR durch den Träger mitzuteilen, wenn ihm in einem Berichtsjahr keine Angaben vorliegen, die in einer Erfassung von mindestens einem der 16 Sachverhalte für den THVB hätten berücksichtigt werden müssen.

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

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

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

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

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

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

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

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

Meldung Eine Meldung für den THVB ist erfolgt, sobald der BAR ein zur Weiterverarbeitung übermittelter finaler Melddatensatz oder eine Fehlanzeige vorliegt. Der finale Melddatensatz muss die Kennzeichnung „200“ für finale Lieferung oder „300“ für revidierte Lieferung enthalten.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Teilhabeverfahrensbericht-Erfassungstool (TET) Für Rehabilitationsträger, die über kein bestehendes Fachverfahren verfügen, mit dem die Datenerfassung für den THVB erfolgen kann, stellt die BAR das Erfassungstool „TET“ zur Verfügung. Die Software ermöglicht sowohl die Erfassung der Sachverhalte in der Einzelplatz-Variante, als auch im Multi-User-Betrieb innerhalb eines Netzwerks. Die Installationsdatei zu TET kann über den geschützten Bereich auf der BAR-Website kostenfrei heruntergeladen werden.

Träger-ID Alle Rehabilitationsträger, die Daten für den THVB erfassen und übermitteln, haben auf Antrag bei der BAR eine Träger-ID erhalten. Sie besteht aus einer elfstelligen Ziffernfolge und erfüllt folgende Zwecke:

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

Validierungsdiallog Bei der Übermittlung des Meldedatensatzes für den THVB an die BAR erfolgt eine erste inhaltliche Prüfung der übermittelten Werte. Hinterlegte Plausibilitätsregeln geben vor, dass einige Werte beispielsweise nicht größer sein können als andere oder sich aus der Summe anderer Werte ergeben müssen. Enthält ein Meldedatensatz unplausible Werte, wird der Träger direkt und / oder per E-Mail zum Validierungsdiallog geleitet. Hier werden Hinweise zu unplausiblen Werten angezeigt. Der Träger wird darauf aufmerksam gemacht, an welcher Stelle in seinem Fachverfahren diese Angaben zu prüfen sind. Werden Angaben durch den Träger geändert oder ergänzt, kann er einen neuen Meldedatensatz übermitteln. Außerdem werden Nachfragen angezeigt, wenn für einige Meldevariablen der Wert null übermittelt wurde. Der Meldedatensatz wird erst dann angenommen, wenn alle Hinweise eingesehen und / oder alle angezeigten Nachfragen im Validierungsdiallog bearbeitet worden sind. Der Validierungsdiallog ermöglicht eine interaktive Befassung mit dem Datensatz.

Blick ins Reha-Leistungsgeschehen

Im Zuge des Bundesteilhabegesetzes wurde mit dem Teilhabeverfahrensbericht eine gesetzliche Grundlage zur Erhebung statistischer Daten bei mehr als 1.200 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.



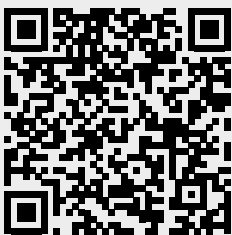
Informationen zum Teilhabeverfahrensbericht

verfügbar unter

www.bar-frankfurt.de > Teilhabeverfahrensbericht

Der vorliegende Bericht kann als Printversion bestellt und als PDF heruntergeladen werden:

www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen > Reha-Entwicklungen



Teilhabeverfahrensbericht 2024