

## Erfassungshinweise Teilhabeverfahrensbericht (§ 41 SGB IX)

**Lesehinweis:** Nachfolgend werden Hinweise und Vorgaben für die Datenerfassung für Daten zum Teilhabeverfahrensbericht nach § 41 SGB IX gegeben. **Grau hinterlegte** Textteile sind ausgewählte Kurzhinweise<sup>1</sup>.

**Inhaltlicher Hinweis:** Die Datenerfassung umfasst alle Anträge auf Leistungen zur Teilhabe ohne unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, auch wenn diese im weiteren Verfahren wegen vollständiger Unzuständigkeit weitergeleitet werden. Auch in solchen Fällen sind entsprechende Angaben in den Bereichen „Antrag“ und „Erledigung“ vorzunehmen.

**Bei Unklarheiten:** Dieses Dokument wird bei Unklarheiten/Konkretisierungserfordernissen regelmäßig fortgeschrieben. Bitte teilen Sie in solchen Fällen Ihre Fragen mit, damit ein einheitliches Vorgehen über alle Rehabilitationsträger sichergestellt werden kann.

### Übersicht nach Themenbereichen

<b>1. Themenbereich „Antrag“</b> .....	<b>2</b>
1.1. ID (bei Fachsoftware integriert und so i.d.R. nicht erforderlich).....	2
1.2. Antrag gestellt (V01).....	2
1.3. Datum des Eingangs des Antrags (Antragsdatum) (V03).....	3
1.4. Beantragte Leistungen nach Leistungsgruppe (V01 a-v01 d) .....	4
1.5. Datum der Feststellung der Zuständigkeit (V04).....	4
<b>2. Themenbereich „Erledigung“</b> .....	<b>4</b>
2.1. Erledigungsdatum (V05, V05a-d) und Datum des ersten Bewilligungsbescheides (V05z).....	4
2.2. Erledigungsart (V02,V09, V09a-e) .....	5
2.3. Datum des Leistungsbeginns (V10) .....	7
2.4. Persönliches Budget (V17a/b).....	7
<b>3. Themenbereich „Gutachten“</b> .....	<b>8</b>
3.1. Gutachtauftrag ja/nein (V06, V06a-d).....	8
3.2. Datum des Gutachtauftrags (V08_1 bis V08_5) .....	9
3.3. Datum des Vorliegens des Gutachtens (V07_1 bis V07_5, V07a bis V07d).....	9
<b>4. Themenbereich „Teilhabeplanung“</b> .....	<b>10</b>
4.1. Durchführung Teilhabeplanung (V11) .....	10
4.2. Erstelldatum des Teilhabeplans (V13) .....	11
4.3. Anpassung von Teilhabeplänen (V12).....	11
4.4. Datum der Anpassung des Teilhabeplans (V14_1 bis V14_X) .....	11
4.5. Datum des Enddatum des Teilhabeplans (V15) .....	11
<b>5. Themenbereich „Erstattungsanträge Selbstbeschaffung“</b> .....	<b>11</b>
5.1. Erstattungsantrag nach § 18 gestellt (V19).....	11
5.2. Erstattungsanträge nach § 18 nach Erledigungsart (V19_1 bis V19_X).....	12
<b>6. Themenbereich „Mitteilungen nach § 18, Erstattungen nach § 16 und berufliche Teilhabe“</b> .....	<b>12</b>
6.1. Mitteilungen nach § 18 Abs. 1 (V18) .....	12
6.2. Erstattungsverfahren nach § 16 (2) S. 2 (V16) .....	12
6.3. Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung (V22) .....	13
<b>7. Themenbereich Widerspruch und Klage nach Erledigungsart (V20_1 bis V20_x und V21_1 bis V21_x)</b> .....	<b>13</b>

<sup>1</sup> Die Kurzhinweise können z.B. auch Verwendung finden für sog. „Mouse-over-Effekte“ in speziellen Eingabemasken für die Trägerbereiche der Eingliederungshilfe, Jugendhilfe und Kriegsoferversorgung/-fürsorge.

## 1. Themenbereich „Antrag“

### 1.1. ID (bei Fachsoftware integriert und so i.d.R. nicht erforderlich)

- Frei belegbar (z. B. Aktenzeichen+Antragszähler)
- IDs nicht doppelt vergeben!
- ID dient der Identifikation des Antrages; wird nicht übermittelt

### 1.2. Antrag gestellt (V01)

- Feld ist nicht in allen Erfassungsmöglichkeiten enthalten

Antwortmöglichkeiten	Kurzhinweise
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Die Variable bildet später die Gesamtzahl aller Anträge ab. Eine einfache Addition der Anträge nach Leistungsgruppe ist nicht ausreichend, da Anträge auf mehrere Leistungen verschiedener Leistungsgruppen summarisch zu Doppelzählungen führen.

- Ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe liegt vor, wenn die Unterlagen, die eine Beurteilung der Zuständigkeit ermöglichen, vorliegen. Hierzu gehört insbesondere, dass die Identität und das konkretisierbare Leistungsbegehren der Antragstellerin/des Antragstellers erkennbar sind.
- Ein Antrag liegt nicht vor, wenn ein Rehabilitationsträger einen Antrag erkennbar für einen anderen Rehabilitationsträger aufnimmt (z. B. auf dessen Antragsvordrucken).
- Bei Handeln von Amts wegen (UV, EinglH, KiJuHi, KOF/KOV): Antragsdatum = Kenntnis des voraussichtlichen Rehabilitationsbedarfs (bei Zustimmung des Leistungsberechtigten).
- Gegenstand der Berichtspflicht für den Teilhabeverfahrensbericht sind alle entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen eigenständigen Anträge auf Leistungen nach § 5 Nr. 1, 2, 4 und 5 SGB IX.
- Es sind alle Anträge i.S. vorstehender Definitionen zu erfassen, unabhängig davon, ob diese später weitergeleitet werden. Zu erfassen und zu berichten sind damit auch Anträge in Leistungsgruppen, für die ein Leistungsträger nicht zuständig sein kann.
- Für die genaue Bestimmung des Sachverhaltes des Vorliegens eines Antrages und damit auch der Bestimmung des Tages des Antragsesingangs gelten die einschlägigen gesetzlichen Vorschriften des SGB IX sowie deren ergänzende Konkretisierungen im Rahmen der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ (vgl. Arbeitsentwurf v. 12.1.2018), insb. in § 19 der Gemeinsamen Empfehlung. Die unmittelbare Möglichkeit der Beurteilung der Zuständigkeit durch einen Rehabilitationsträger ist keine Voraussetzung für das Vorliegen eines Antrages selbst. Vielmehr eröffnet die Phase der Zuständigkeitsklärung auch die Möglichkeit, in diesem zeitlichen Rahmen entscheidungserhebliche Tatsachen festzustellen.
- Wird auf eine ergänzende Antragstellung nach § 25 Abs. 1 der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ hingewirkt und wird in der Folge ein ergänzender Bedarf in die Antragsbearbeitung einbezogen, gilt zwei Wochen nach Antragsesingang das ursprüngliche

Datum der Antragstellung. Hiervon abzugrenzen sind weitere Antragstellungen nach Ablauf der zwei Wochen nach Antragseingang (§ 14 Abs. 1 S. 1 SGB IX), bei denen es sich um ein eigenständiges Verwaltungsverfahren mit eigenständigem Antragsdatum handelt (vgl. § 25 Abs. 2 Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“).

### 1.3. Datum des Eingangs des Antrags (Antragsdatum) (V03)

- Anzugeben ist der exakte Tag des Antragseingangs oder der Antragsaufnahme (DD.MM.JJJJ)
- a) Ein Antrag auf Leistungen liegt vor, wenn die Unterlagen, die eine Beurteilung der Zuständigkeit ermöglichen, vorliegen.
- b) Bei Handeln von Amts wegen: Antragsdatum = Kenntnis des voraussichtlichen Reha-Bedarfes
- in beiden Fällen: Insbesondere Identität und konkretisierbares Leistungsbegehren sind erkennbar.
- nicht nötig: geprüfte Wesentlichkeit, Bedürftigkeit oder Hilfeplan

➤ Antragsdatum (V03): Tag nach Eingang des Antrages oder am Tag nach Antragsaufnahme bei dem Rehabilitationsträger. Ein die Frist auslösender Antrag auf Leistungen zur Teilhabe liegt vor, wenn die Unterlagen, die eine Beurteilung der Zuständigkeit ermöglichen, vorliegen. Hierzu gehört insbesondere, dass die Identität und das konkretisierbare Leistungsbegehren der Antragstellerin/des Antragstellers erkennbar sind.

➤ Antragseingang (V03) bei Handeln von Amts wegen (UV, EinglH, KiJuHi, KOF/KOV): Antragsdatum = Kenntnis des voraussichtlichen Rehabilitationsbedarfs (bei Zustimmung des Leistungsberechtigten).

➤ Konkretisierung Antragseingang (V03) für die EinglH: Die Kenntnis des voraussichtlichen Rehabilitationsbedarfs liegt vor, wenn die Identität, der Wohnort und ggf. der Bevollmächtigte sowie das konkretisierbare Leistungsbegehren erkennbar sind und somit eine Prüfung der möglichen örtlichen und sachlichen Zuständigkeit bzw. Unzuständigkeit möglich ist. Es sind keine Unterlagen zur Feststellung der Wesentlichkeit sowie kein Hilfeplan notwendig. Vielmehr reicht das mögliche Vorliegen eines Teilhabebedarfes aus.

Fehlende wirtschaftliche Bedürftigkeit oder fehlender Hilfebedarf führen nicht zu einer Nichtberücksichtigung bei der Meldung nach § 41 SGB IX-neu, sondern zu einer nach § 41 Abs. 1 Nr. 6 SGB IX-neu zu meldenden Ablehnung.

➤ Für die genaue Bestimmung des Tages des Antragseingangs gelten die einschlägigen gesetzlichen Vorschriften des SGB IX sowie deren Konkretisierungen im Rahmen der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ (vgl. Arbeitsentwurf v. 12.1.2018), insb. in § 19 der Gemeinsamen Empfehlung. Die unmittelbare Möglichkeit der Beurteilung der Zuständigkeit durch einen Rehabilitationsträger ist keine Voraussetzung für das Vorliegen eines Antrages selbst. Vielmehr eröffnet die Phase der Zuständigkeitsklärung auch die Möglichkeit, in diesem zeitlichen Rahmen entscheidungserhebliche Tatsachen festzustellen.

#### 1.4. Beantragte Leistungen nach Leistungsgruppe (V01a-v01d)

Antwortmöglichkeiten	Kurzhinweise
<input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation <input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben <input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe an Bildung <input type="checkbox"/> Leistungen zur sozialen Teilhabe	<ul style="list-style-type: none"><li>- Anzugeben ist/sind die Leistungsgruppe(n) der beantragten Leistung(en)</li><li>- Mehrfachauswahl möglich</li><li>- Nicht zu erfassen: Anträge auf „unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen“</li></ul>

- Umfasst ein Antrag mehrere Leistungen verschiedener Leistungsgruppen ist dieser sowohl als ein Gesamtantrag als auch in jeder der jeweiligen Leistungsgruppe zu zählen.
- Werden mehr als eine Leistung in einer Leistungsgruppe beantragt, ist dieser einmalig in dieser Leistungsgruppe, z.B. als „Antrag auf Leistungen zur medizinischen Reha“ zu zählen.
- Es sind alle Anträge i.S. vorstehender Definitionen zu erfassen, unabhängig davon, ob diese später weitergeleitet werden. Zu erfassen und zu berichten sind damit auch Anträge in Leistungsgruppen, für die ein Leistungsträger nicht zuständig sein kann.

#### 1.5. Datum der Feststellung der Zuständigkeit (V04)

- Anzugeben ist der Tag der Feststellung der eigenen Zuständigkeit bzw. Unzuständigkeit (DD.MM.JJJJ)
- Für EinglH maßgeblich: geprüfte örtliche und sachliche Zuständigkeit

- Zuständigkeitsfeststellungsdatum (V04): Für die Eingliederungshilfe ist die geprüfte örtliche und sachliche Zuständigkeit Voraussetzung.

→ Bei Unzuständigkeit siehe Punkt 2.2  
→ Anträge auf Persönliches Budget siehe Punkt 2.4

## 2. Themenbereich „Erledigung“

#### 2.1. Erledigungsdatum (V05, V05a-d) und Datum des ersten Bewilligungsbescheides (V05z)

- V05: Anzugeben ist der Tag der Entscheidung über den Gesamtantrag (Bescheiddatum; DD.MM.JJJJ)

- Das Erledigungsdatum (V05) bemisst sich nach der Entscheidung über den Gesamtantrag. Eine solche liegt vor, wenn zu allen vom Antrag umfassen Leistungsbegehren eine erste Bescheidung, ggf. auch dem Grunde nach, erfolgt ist. Für V05a bis V05d gilt dies entsprechend bezogen auf die Leistungen innerhalb der jeweiligen Leistungsgruppe.

## 2.2. Erledigungsart (V09, V09a-e) <sup>2</sup>

Antwortmöglichkeiten	Kurzhinweise
V09 Erledigungsart <input type="checkbox"/> vollständige Ablehnung <input type="checkbox"/> nicht vollständige Bewilligung (teilweise Bewilligungen und Bewilligungen mit anderer als der beantragten Leistung) <input type="checkbox"/> vollständige Bewilligung <input type="checkbox"/> Weiterleitung nach § 14 Abs.1 S. 2 SGB IX <input type="checkbox"/> sonstige (z.B., Tod des Antragstellers, Antragsrücknahmen etc.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei „nicht vollständiger Bewilligung“ weicht die bewilligte Leistung in Art oder Umfang von der beantragten Leistung ab.</li> <li>- Falls mehrere Leistungen beantragt und nur ein Teil bewilligt wird, ist dies als „nicht vollständige Bewilligung“ zu zählen</li> <li>- „Vollständige Bewilligung“: Leistung wird identisch bewilligt wie beantragt.</li> </ul>
V09a-V09d Erledigungsart in eigener Zuständigkeit innerhalb LMR, LTA, LTB, LST <input type="checkbox"/> vollständige Ablehnung <input type="checkbox"/> nicht vollständige Bewilligung (teilweise Bewilligungen und Bewilligungen mit anderer als der beantragten Leistung) <input type="checkbox"/> vollständige Bewilligung <input type="checkbox"/> sonstige (z.B., Tod des Antragstellers, Antragsrücknahmen etc.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- „Weiterleitung nach § 14 Abs.1 S. 2“ für alle Fälle angeben, wenn als Träger insgesamt unzuständig; nicht bei Antragsplitting (§ 15 Abs. 1 SGB IX).</li> <li>- Als Weiterleitung gelten auch solche innerhalb der gleichen Trägergruppe.</li> <li>- Bei Weiterleitung sind in der Regel keine der weiteren Felder relevant.</li> </ul>
V09e Erledigungsart Weiterleitung nach § 14 Abs.1 S. 2 SGB IX <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	

➤ Für die Erledigungsart (V09) gilt:

- Als Ablehnungen werden vollständige Ablehnungen eines Gesamtantrages – und damit aller von diesem umfasster Leistungen – definiert.
- Als „nicht vollständige Bewilligung“ eines Gesamtantrages werden teilweise Bewilligungen und Bewilligungen mit anderer als der beantragten Leistung definiert. Eine solche liegt vor, wenn zwar eine Bewilligung aber keine vollständige Bewilligung vorliegt, unabhängig davon, welcher Natur die Abweichung bei Art oder Umfang der beantragten Leistung ist. Beispiele für Fälle nicht vollständiger oder abweichender Bewilligung sind:
  - Ein Leistungsberechtigter beantragt Kfz-Hilfe in Höhe von X Euro. Der Leistungsträger bewilligt eine Kfz-Hilfe jedoch mit geringerer Höhe.
  - Ein Leistungsberechtigter beantragt 2 Leistungen aus einer Leistungsgruppe. Der Leistungsträger bewilligt nur eine der beantragten Leistungen.
  - Ein Leistungsberechtigter beantragt eine Leistung X. Der Leistungsträger bewilligt eine Leistung Y.
  - Ein Leistungsberechtigter beantragt im Rahmen eines Antrages mehrere Leistungen, wie z.B. je eine Leistung zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Diesem wird aber nur ein Teil bewilligt, z.B. die Leistung zur medizinischen Rehabilitation<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> V02 „Weiterleitung nach § 14 Abs.1 S. 2 SGB IX“ als bisherig getrennte Variable identisch mit V09=03

<sup>3</sup> Beispiel nur zutreffend für die Messung unter Grundlage der Gesamtantragsbetrachtung.

- Eine Leistung wird wie beantrag bewilligt, eine zweite Leistung wird abgelehnt
  - Eine Leistung wird wie beantrag bewilligt, eine zweite Leistung wird teilweise bewilligt
  - Beide Leistungen werden teilweise bewilligt
  - Eine Leistung wird abgelehnt, eine zweite wird teilweise bewilligt
- Eine vollständige Bewilligung liegt vor, wenn der Gesamtantrag – und damit alle von diesem umfassten Leistungen – in Art und Umfang identisch bewilligt wird.
- Vorstehende Definitionen zu V09 gelten für V09a-V09d entsprechend.
- Zu „Weiterleitung nach § 14 Abs.1 S. 2 SGB IX“
- Eine vollständige Weiterleitung wegen Unzuständigkeit ist der Endpunkt der Bearbeitung eines Antrages bei einem Rehabilitationsträger. Daher ist diese eine mögliche Art der Erledigung eines Antrages.
  - Zu erfassen sind nach § 14 Abs. 1 S. 2 SGB IX nur Weiterleitungen von Anträgen auf Leistung, für die der Rehabilitationsträger insgesamt nicht zuständig ist (vollständige Unzuständigkeit).
  - Ausnahmen sind Fälle nach § 14 Abs. 3 SGB IX („Turboklärung“).
  - Als Weiterleitungen sind auch solche zwischen selbstständigen Reha-Trägern innerhalb der gleichen Trägergruppe zu zählen.
  - Eine Weiterleitung liegt nicht vor, wenn ein Rehabilitationsträger einen Antrag erkennbar für einen anderen Rehabilitationsträger aufnimmt (z. B. auf dessen Antragsvordrucken). Der Rehabilitationsträger, für den der Antrag aufgenommen wurde, ist erstangegangener Rehabilitationsträger.
  - Nur der weiterleitende Rehabilitationsträger erfasst die Weiterleitung.
  - Es sind alle Weiterleitungsfälle nach § 14 Absatz 1 Satz 2 SGB IX zu erfassen, so dass diese in die Berichterstattung eingehen.
  - Aufforderungen zur Antragstellung (§ 51 SGB V, § 145 SGB III) gelten nicht als Weiterleitungen.
  - Greifen rechtlich die Regelungen nach § 15 SGB IX, ist eine Weiterleitung nach § 14 Abs. 1 S. 2 SGB IX nicht möglich.
  - Bei Weiterleitung sind in der Regel keine der weiteren Felder relevant.
- Bei Fällen nach § 15 SGB IX berichten die Rehabilitationsträger getrennt, d.h. bei der Erledigungsart sind nur eigene Leistungsentscheidungen des Trägers zu berücksichtigen. Sind bei einem Träger Leistungen aus mehreren Leistungsgruppen vom Antrag umfasst, sind diese im Rahmen der Betrachtung des Gesamtantrages entsprechend zusammengefasst zu messen und abzubilden.
- Bei einzelnen Trägern scheint es aus technischer Sicht ggf. erforderlich, weitergeleiteten Anträgen eine Bewilligung oder eine Ablehnung zuzuweisen. Maßgeblich ist hier, dass der Antrag

weitergeleitet wurde und faktisch später beim leistenden Träger entschieden wird. Daher sind diese Fälle bei der Auswertung nur im Hinblick auf die Weiterleitung bedeutsam.

➤ Um Doppelzählungen zu vermeiden, bleiben bei der Auswertung Erstattungsfälle nach § 16 (2) S. 2 i.V.m. § 15 (2) unberücksichtigt.

### 2.3. Datum des Leistungsbeginns (V10)

- Anzugeben ist der Tag der erstmaligen Inanspruchnahme bzw. des Antritts einer Leistung (DD.MM.JJJJ)
- Bei Gutscheinen ggf. nicht bestimmbar
- Kann ggf. vor dem Datum der Leistungsentscheidung liegen.

➤ Als Leistungsbeginn (V10) wird das Datum der erstmaligen Inanspruchnahme der ersten angetretenen Leistung definiert. Der Leistungsbeginn ist dabei gleichbedeutend mit dem Antritt einer Leistung.

➤ Bei einzelnen Leistungen, wie Gutscheinen, ist es möglich, dass ein Zeitpunkt der ersten Inanspruchnahme ggf. nicht (hinreichend) bestimmt werden kann.

➤ Das Datum kann ggf. vor dem der Leistungsentscheidung liegen

➤ Bei Fällen nach § 15 SGB IX berichten die Rehabilitationsträger getrennt, d.h. beim Datum des Leistungsbeginns sind nur eigene Leistungsentscheidungen des Trägers zu berücksichtigen.

### 2.4. Persönliches Budget (V17a/b)

Antwortmöglichkeiten	Kurzhinweise
Persönliches Budget beantragt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, trägerspezifisch <input type="checkbox"/> ja, trägerübergreifend	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persönliche Budgets unabhängig von der Zahl der berücksichtigten Leistungen angeben</li> <li>- teilweisen Bewilligungen sind als „bewilligt“ anzugeben</li> <li>- Meldung trägerübergreifender Budgets nur durch den Beauftragten! (andernfalls: „nein“ wählen)</li> </ul>
Persönliches Budget bewilligt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, trägerspezifisch <input type="checkbox"/> ja, trägerübergreifend	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trägerübergreifende Budgets müssen mindestens eine Reha-Leistung nach SGB IX beinhalten</li> </ul>

➤ Als „trägerspezifisch“ werden ausschließlich trägerspezifische Persönliche Budgets berichtet, welche sich auf Leistungen nach SGB IX beziehen.

➤ Persönliche Budgets bestimmen sich unabhängig von der Anzahl der berücksichtigten einzelnen Leistungen.

➤ Teilweise Bewilligungen gelten als „bewilligt“.

➤ Eine Bewilligung gilt mit dem Bescheid des leistenden Trägers bzw. des Beauftragten als erteilt.

➤ Es ist möglich, dass PBs ggf. nicht beantragt aber letztlich Leistungen als PB bewilligt werden.

➤ Bei trägerübergreifenden Persönlichen Budgets erfolgt die Erfassung durch den Beauftragten.

- Sind mehrere Leistungsträger an einem Persönlichen Budget beteiligt, gilt dieses als „trägerübergreifend“, sofern das Persönliche Budget mindestens eine Reha-Leistung nach SGB IX beinhaltet.
- für GKV: Persönliche Budgets, die Leistungen der Krankenkasse und der Pflegekasse umfassen, gelten als trägerübergreifend, wenn mind. eine Reha-Leistung Bestandteil ist.

### 3. Themenbereich „Gutachten“

- Werden Gutachten nach einer Entscheidung über einen Antrag beauftragt (z.B. im Widerspruchsverfahren), sind dies keine Fälle nach § 14 Abs. 2 S. 3 SGB IX. Diese bleiben daher hier unberücksichtigt.
- Gutachten, die nicht im Prozess der klassischen Antragsbearbeitung erstellt werden (z.B. nach einem Leistungsbescheid im Rahmen von Widerspruchsverfahren oder bei Verlängerungen von Leistungen), bleiben bei der Berechnung der Gesamtdauer des Begutachtungsprozesses unberücksichtigt.

#### 3.1. Gutachtauftrag ja/nein (V06, V06a-d)

Antwortmöglichkeiten	Kurzhinweise
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

➤ Gutachten (V06): Ein Gutachten bildet eine Grundlage für Entscheidung(en) über Leistungen zur Teilhabe durch den Verwaltungsakt der jeweiligen Behörde. Ein Gutachten liegt vor, wenn § 17 SGB IX – auch sinngemäß – Anwendung findet. Für ein Gutachten kennzeichnend ist die umfassenden Kriterien entsprechende Bearbeitung einer im konkreten Fall relevanten fachlichen Fragestellung durch einen Sachverständigen. Es handelt sich ferner um ein Gutachten, wenn die schriftliche Äußerung des Sachverständigen vornehmlich eine eigenständige Bewertung der verfahrensentscheidenden Tatsachenfragen enthält. Wesentliches gemeinsames Merkmal eines jeden Gutachtens ist, dass es eine wissenschaftlich begründete Schlussfolgerung enthält, so dass es auch überprüft und nachvollzogen werden kann. Nach § 17 Abs.1 SGB IX wird der Gutachter vom Rehabilitationsträger beauftragt.

Da ein Gutachten einheitlichen Grundsätzen zur Durchführung von Begutachtungen entsprechen soll, welche im Rahmen der Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“ zwischen den Rehabilitationsträgern vereinbart wurden (BAR 2016), sind die mit dieser Gemeinsamen Empfehlung formulierten Anforderungen zu empfehlen. Diese umfassen insb. Qualitätsanforderungen, inhaltliche Grundsätze sowie Anforderungen an Gestaltung und Inhalt des Gutachtens.

Ein Gutachten ist ein spezifisches Ergebnisformat einer Sachverständigenäußerung, welches die Qualitätsanforderungen erfüllt. Andere Ergebnisse einer Sachverständigenäußerung können z.B. sachverständige Aussagen oder beratende Stellungnahmen sein, welche nicht als Gutachten im hier erfassten Sinne zählen. Stellungnahmen (auch) von Sachverständigen sind daher keine



Gutachten. Nicht als Gutachten zählen ebenfalls Befundberichte und (Reha-)Verordnungen sowie medizinische/psychiatrische/psychologische Unterlagen, die nicht die o.g. Anforderungen erfüllen sowie Gutachten, die grundsätzlich einem anderen Zweck dienen (z.B. Klärung von Kausalitätsfragen).

Für die im Bereich der Eingliederungshilfe und Jugendhilfe verbreiteten fachärztlichen, sozialpädagogischen oder sozialpädiatrischen Stellungnahmen bedeutet dies: bei einer fachärztlichen Stellungnahme handelt es sich – in Abgrenzung von Gutachten – eher um ein ärztliches Attest, welches von einem behandelnden Arzt auf Wunsch eines Patienten für eine Institution ausgestellt wird. Diese enthalten zwar gutachterliche Bewertungen (z.B. zu Einschränkungen der Körperfunktionen und -strukturen aufgrund eines gesundheitlichen Problems), jedoch wird neben bestehenden wesentlichen inhaltlichen Unterschieden auch nicht die Anforderung an ein Gutachten hinsichtlich der erforderlichen Unabhängigkeit des Gutachters gewährleistet. Insgesamt sind damit solche Stellungnahmen nicht als Gutachten zu zählen<sup>4</sup>.

Bezogen auf V06a bis V06d liegen Gutachten nach vorstehender Definition vor, wenn das Gutachten für Entscheidungen über Leistungen innerhalb der jeweiligen Leistungsgruppe beauftragt wurde.

### 3.2. Datum des Gutachtauftrags (V08\_1 bis V08\_5)

- Anzugeben ist das genaue Datum der Beauftragung (ohne Postlaufzeit) (DD.MM.JJJJ).
- Beratende Stellungnahmen gelten nicht als Gutachten.
- Bei mehr als 5 Gutachten ist statt des 5. Gutachtens das letzte anzugeben.

➤ Gutachtauftrag: Unter Berücksichtigung der Postlaufzeit gilt der Gutachtauftrag am dritten Tag nach Aufgabe als zugestellt und damit als Zeitpunkt der Erteilung des Gutachtauftrages; Heißt: Erteilung (V08)=Auftragsdatum plus drei Kalendertage Übermittlungszeit. Die Verrechnung erfolgt bei der Auswertung.

➤ Werden bei einem Antrag mehr als 5 Gutachten angefertigt, muss bei der Datenerfassung immer auch das zuletzt vorliegende Gutachten mit erfasst sein (siehe Nr. 3 Fristen nach § 14)

### 3.3. Datum des Vorliegens des Gutachtens (V07\_1 bis V07\_5, V07a bis V07d)

- Anzugeben ist der Tag des Posteingangs beim Träger (Posteingangsstempel) (DD.MM.JJJJ).
- Beratende Stellungnahmen gelten nicht als Gutachten – Erfassungshinweise beachten!
- Bei mehr als 5 Gutachten ist immer auch das zuletzt vorliegende Gutachten miterfasst sein

➤ Vorliegen des Gutachtens (V07) für die Frist nach § 41 Abs. 1 Punkt 3 c): Es ist das Datum des Vorliegens des letzten Gutachtens maßgeblich. Das Datum des Vorliegens (V07) ergibt sich aus

---

<sup>4</sup> Es ist nicht grundsätzlich auszuschließen, dass in einzelnen Trägerbereichen anders bezeichnete Produkte die Qualitätsanforderungen an ein Gutachten i.S.d. § 17 SGB IX erfüllen. Vor einer statistischen Wertung als „Gutachten“ wird um Rücksprache mit der BAR (teilhabeverfahrensbericht@bar-frankfurt.de) gebeten.

dem Datum des Posteingangs beim Träger. Für V07a bis V07d (Datum des Vorliegens des letzten Gutachtens nach Leistungsgruppe) gilt dies entsprechend für Gutachten, die für Entscheidungen über Leistungen innerhalb der jeweiligen Leistungsgruppe beauftragt wurden.

➤ Werden bei einem Antrag mehr als 5 Gutachten angefertigt, muss bei der Datenerfassung immer auch das zuletzt vorliegende Gutachten mit erfasst sein (siehe Nr. 3 Fristen nach § 14)

## 4. Themenbereich „Teilhabeplanung“

### 4.1. Durchführung Teilhabeplanung (V11)

Antwortmöglichkeiten	Kurzhinweise
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja, nicht trägerübergreifend <input type="checkbox"/> Ja, trägerübergreifend ohne Konferenz <input type="checkbox"/> Ja, trägerübergreifend mit Konferenz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- „Ja“, wenn eine Teilhabeplanung nach § 19 SGB IX durchgeführt wurde.</li> <li>- Gesamt-/Hilfepläne mit einer Leistung gelten als „nein/ohne THP“</li> <li>- „Trägerübergreifend“ = Beteiligung mehrere Reha-Träger (aus verschiedenen Trägergruppen)</li> <li>- Meldung trägerübergreifender Teilhabeplanungen nur durch leistenden Reha-Träger! (andernfalls: „Nein“ angeben)</li> <li>- „nein“, wenn eine Anpassung eines bestehenden Teilhabeplans erfolgt</li> </ul>

➤ Eine Teilhabeplanung i.S.v. § 19 ist erforderlich, wenn Teilhabeleistungen verschiedener Leistungsgruppen eines Trägers oder Teilhabeleistungen mehrerer Träger erforderlich sind oder der Leistungsberechtigte dies wünscht (§ 19 Abs.1 S. 1+3 SGB IX). Eine Teilhabeplanung liegt auch vor, wenn ausschließlich mehrere Teilhabeleistungen verschiedener Leistungsgruppen des Trägers der Eingliederungshilfe erforderlich sind.

➤ Gesamt- bzw. Hilfeplanungen mit einer Leistung sowie Leistungen aus einer Leistungsgruppe eines Trägers gelten i.S.d. § 19 als „ohne Teilhabeplanung“.

➤ Eine trägerübergreifende Teilhabeplanung i.S.v. § 19 ist erforderlich, wenn Teilhabeleistungen mehrerer Reha-Träger (aus verschiedenen Trägergruppen) erforderlich sind.

➤ Trägerübergreifende Teilhabeplankonferenzen definieren sich entsprechend § 20 SGB IX, wobei mehrere Reha-Träger (aus verschiedenen Trägergruppen) beteiligt sein müssen.

➤ Die Anzahl der „trägerübergreifenden Teilhabeplanungen“ und der „trägerübergreifenden Teilhabeplankonferenzen“ wird jeweils vom koordinierenden leistenden Träger i.S.d. § 14 SGB IX gemeldet.

➤ Auch wenn möglicherweise im Rahmen der Erstellung des Teilhabeplans und der Leistungsentscheidungen mehrere Sitzungen zur Sachverhaltsaufklärung und/oder zur Feststellung der notwendigen Leistungen erforderlich sind und ein Sachzusammenhang besteht, ist diese nur einmalig zu erfassen.

#### 4.2. Erstelldatum des Teilhabeplans (V13)

##### Kurzhinweise:

- Anzugeben ist der erste Geltungstag des Plans; wenn nicht vorliegend das Datum der vollständigen Erstellung (DD.MM.JJJJ)

➤ Das Beginn-/Erstelldatum eines Teilhabeplans (V13) bemisst sich – soweit vorliegend bzw. eindeutig bestimmbar – am ersten Geltungstag des Plans. Andernfalls definiert sich dieses als eigenständiges Datum, das vom leistenden Träger, als Verantwortlichem für die Teilhabeplanung, festgelegt wird, welches sich an die vollständige Erstellung des THP anschließt.

#### 4.3. Anpassung von Teilhabeplänen (V12)

- Anzugeben ist die Zahl der Anpassungen (fortlaufender Zähler).
- Nur Anzugeben durch den leistenden Träger bzw. Verantwortlichen für den Teilhabeplan
- Anpassungen = jede Fortschreibung + Änderung (nach erstmaliger Erstellung des THP)
- Anpassung = Anpassung der Inhalte des Plans (§ 19 SGB IX) an den Verlauf der Rehabilitation
- Bei neuem Planungsprozess, der eine grundsätzlich neue Zusammenstellung der Inhalte zum Ziel hat: keine Anpassung, sondern V13.

#### 4.4. Datum der Anpassung des Teilhabeplans (V14\_1 bis V14\_X)

- Anzugeben ist der erste Geltungstag des angepassten Plans (DD.MM.JJJJ).
- Nur Anzugeben durch den leistenden Träger bzw. Verantwortlichen für den Teilhabeplan

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

➤ Die Erfassung erfolgt durch den leistenden Rehabilitationsträger.

➤ Das Datum der Anpassung bemisst sich am ersten Geltungstag des angepassten Plans.

#### 4.5. Datum des Enddatum des Teilhabeplans (V15)

➤ Für das Enddatum des Teilhabeplans (V15) ist das faktische Ende maßgeblich.

## 5. Themenbereich „Erstattungsanträge Selbstbeschaffung“

#### 5.1. Erstattungsantrag nach § 18 gestellt (V19)

- Anzugeben ist, ob ein Antrag nach § 18 SGB IX gestellt wurde.

## 5.2. Erstattungsanträge nach § 18 nach Erledigungsart (V19\_1 bis V19\_X)

Antwortmöglichkeiten	Kurzhinweise
<input type="checkbox"/> kein Erstattungsantrag <input type="checkbox"/> Bewilligung (vollständig und teilweise) = Erstattungen in voller und nicht voller Höhe <input type="checkbox"/> Ablehnung (=keine Erstattung)	- Anzugeben sind Anträge nach § 18 SGB IX und deren Ergebnis.

➤ § 18 Abs. 1 bis 5 gelten nicht für die Träger der Eingliederungshilfe, der öffentlichen Jugendhilfe und der Kriegsopferfürsorge/Kriegsopferversorgung. Erstattungsverfahren nach § 18 Abs. 6 SGB IX sind allerdings in allen Trägerbereichen möglich.

➤ Die Erstattungsverfahren sind pro Fall (mit Antragsbezug) zu erfassen.

## 6. Themenbereich „Mitteilungen nach § 18, Erstattungen nach § 16 und berufliche Teilhabe“

### 6.1. Mitteilungen nach § 18 Abs. 1 (V18)

- Anzugeben ist die Zahl der Mitteilungen nach § 18 (1) (Fortlaufender Zähler).

➤ Merkmal entfällt nach § 18 Abs. 7 SGB IX für die Eingliederungshilfe, Jugendhilfe und Kriegsopferfürsorge/ Kriegsopferversorgung. ABER: Sind bei Fällen nach § 15 Abs. 2 SGB IX die Träger der EinglH, KiJuHi und KOF/KOV leistende Träger, melden diese demnach die Zahl der Mitteilungen im Rahmen dieses Antrages, auch wenn diese auf die beteiligten Träger zurückgehen (vgl. letzter Spiegel punkt).

➤ Der leistende Träger meldet die Mitteilung. Auch in den Fällen nach § 15 Absatz 2 SGB IX. Nicht aber in den Fällen nach § 15 Absatz 1 SGB IX; hier erfolgt die Meldung durch den Splittings-Adressat separat.

➤ Sind bei Fällen nach § 15 Abs. 2 SGB IX die Träger der EinglH, KiJuHi und KOF/KOV leistende Träger, melden diese demnach die Zahl der Mitteilungen im Rahmen dieses Antrages, auch wenn diese auf die beteiligten Träger zurückgehen.

### 6.2. Erstattungsverfahren nach § 16 (2) S. 2 (V16)

- Anzugeben ist die Zahl der gegen andere Reha-Träger angestrebten Erstattungsverfahren nach § 16 (2) S. 2 (Fortlaufender Zähler).

➤ Erfasst werden geltend gemachte Erstattungen gegen andere Rehabilitationsträger nach § 16 Abs. 2 S. 2 SGB IX.

➤ Die Art der zu berücksichtigenden Erstattungsverfahren ist mit § 16 Abs. 2 S. 2 eindeutig definiert: Hat ein beteiligter Rehabilitationsträger die angeforderten Feststellungen nicht oder nicht rechtzeitig nach § 15 Absatz 2 beigebracht, erstattet der beteiligte Rehabilitationsträger die Aufwendungen des leistenden Rehabilitationsträgers nach den Rechtsvorschriften, die der Leistungsbewilligung zugrunde liegen.

- Erstattungsverfahren zwischen Trägern aus anderen Gründen sind nicht zu berichten.
- Trifft für BA, GKV und die Landwirtschaftliche Alterskasse nicht zu.

### 6.3. Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung (V22)

Antwortmöglichkeiten	Kurzhinweise
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	- für EinglH, KiJuHi und KOF/KOV: ist zunächst nicht zu belegen!

- Das Leistungsende ist der letzte Tag der Inanspruchnahme der Leistung (=Beendigungsdatum).
- Als sozialversicherungspflichtige Beschäftigung werden alle sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungen und sozialversicherungspflichtigen Ausbildungen definiert – unabhängig davon, ob sie gefördert sind. Unberücksichtigt bleiben selbstständige Tätigkeiten.
- Der Berechnung zu Grunde zu legen sind alle Leistungen nach den §§ 49 und 50 SGB IX unabhängig von deren konkreter Zielstellung.
- BA/DRV: Es liegt zum Zeitpunkt 6 Monate (182 Tage) nach dem Ende jeder LTA-Leistung eine Beitragszeit aufgrund einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung vor.
- Trifft für die GKV und die Landwirtschaftliche Alterskasse nicht zu.
- UV/EinglH/KiJuHi/KOF/KOV: zum gesetzlichen Sachverhalt i.e.S. liegen keine Daten vor.

## 7. Themenbereich Widerspruch und Klage nach Erledigungsart (V20\_1 bis V20\_x und V21\_1 bis V21\_x)

Antwortmöglichkeiten	Kurzhinweise
Widersprüche <input type="checkbox"/> kein Widerspruch <input type="checkbox"/> Erfolgreich (inkl. Vergleiche, Teilerkenntnisse, Teilabhilfe) aus Sicht des Leistungsberechtigten <input type="checkbox"/> Nicht erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten  Klagen <input type="checkbox"/> keine Klage <input type="checkbox"/> Erfolgreich (inkl. Vergleiche, Teilerkenntnisse, Teilabhilfe) aus Sicht des Leistungsberechtigten <input type="checkbox"/> Nicht erfolgreich aus Sicht des Leistungsberechtigten	Widersprüche - Anzugeben sind Widersprüche gegen Leistungsbescheide zu Leistungen nach SGB IX Teil 1 unabhängig vom konkreten Gegenstand des Widerspruchs  Klagen - Anzugeben sind Klagen gegen Leistungsbescheide zu Leistungen nach SGB IX Teil 1 unabhängig vom konkreten Gegenstand der Klage - Nur rechtskräftige Urteile und bestandskräftige Entscheidungen (inkl. Vergleiche)

- Umfasst sind alle Rechtsbehelfe gegen Leistungsbescheide zu Leistungen nach SGB IX Teil 1 unabhängig vom konkreten Gegenstand des Behelfs.
- Für den Klageausgang (V21) sind nur rechtskräftige Urteile und bestandskräftige Entscheidungen (inkl. Vergleiche) heranzuziehen.

- Aus einem Antrag können sich ggf. mehrere Leistungsbescheide ergeben, zu denen jeweils Rechtsbehelfe möglich sind.
- Klage ohne Widerspruch in bestimmten Fällen möglich.