

Tel: 0561-4001128
Fax: 0561-4001128
e-mail: dralexander.gagel@arcor.de

0221-3597-550
0221-3597-555
schian@iqpr.de

AZ 10-02-08-03
Oktober 2004

Forum C

Gutachten und Assessment
– Diskussionsbeitrag Nr. 6/2004 –

„Die „unverzügliche Feststellung“ des Rehabilitationsbedarfs – Zeitvorgaben des SGB IX (§ 14 Abs. 2) und sozialmedizinische Sachaufklärung“

**Referat von Frau Dr. med. Cornelia Schäfer
anlässlich der Nordischen Sozialrechtstage**

Eines der Schwerpunktthemen der Nordischen Sozialrechtstage, die am 09/10. September in Schleswig stattfanden, war die unverzügliche Feststellung des Rehabilitationsbedarfs, § 14 SGB IX. Frau Dr. med. Cornelia Schäfer (LVA Schleswig-Holstein) hat uns freundlicherweise ihren interessanten Vortrag zur Veröffentlichung im Diskussionsforum überlassen, wofür wir uns an dieser Stelle noch einmal herzlich bedanken möchten.

Ihr Vortrag zeigt anhand einer **stichprobenhaften Aktenanalyse (vgl. S. 10 bis 12)** die Möglichkeiten und Grenzen der Einhaltung der Fristen des § 14 SGB IX auf. Dabei wird u.a. auf die hohe praktische Bedeutung von Gutachten nach Aktenlage eingegangen und betont, dass die Fristeneinhaltung unproblematisch ist, wenn mit dem Antrag vollständige ärztliche Unterlagen eingereicht werden. Sonstige trägerexterne und –interne Faktoren, die die Laufzeit einer Antragsbearbeitung beeinflussen, werden herausgearbeitet, erweiterte Anforderungen an die Begutachtung kritisch erörtert. Die hier geleistete beispielhafte Bestandsaufnahme und Bewertung der Umsetzung der Fristenregelungen des § 14 SGB IX bietet einen guten Einblick in die Probleme und Möglichkeiten der gutachterlichen Praxis und liefert konkrete Ansatzpunkte für eine konstruktive Diskussion zur Umsetzung des § 14 SGB IX.

Zusammengefasst kommt Frau Dr. Schäfer zu folgenden Ergebnissen und Einschätzungen:

- Die **Ziele** der Fristenregelungen des § 14 SGB IX – zeitgerechte und zügige Erbringung von Leistungen zur Teilhabe - liegen **im Interesse der Leistungsberechtigten und der Rehabilitationsträger**. Sie haben erhebliche Änderungen in den Arbeitsabläufen der ärztlichen Dienste nach sich gezogen.
- Seitens der Rehabilitationsträger durch **adäquate sachliche und personelle Ausstattung** beeinflussbar sind die **Laufzeiten im eigenen Haus**. Bei Vorlage vollständiger ärztlicher Unterlagen ist die Einhaltung der Frist des § 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX in der Regel unproblematisch.
- Sollten **weitere Ermittlungen** erforderlich sein, so hängt die Bearbeitungszeit wesentlich vom **Auskunftsverhalten Dritter**, insbesondere niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, medizinische Dienste anderer Sozialleistungsträger, ab. Dabei verzögern u.a. **Probleme der Schweigepflichtentbindung und unterschiedliche datenschutzrechtliche Auffassungen** den Informationsfluss. Die Frist des § 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX kann in diesen Fällen häufig nicht eingehalten werden.
- Auch das **Informationsverhalten der Antragsteller** bezüglich Angaben zu Gesundheitsstörungen, behandelnden Ärzten und Krankenhäusern, bereits erstellten

Gutachten anderer Träger, wirkt sich auf die Bearbeitungszeit aus. Hier werden **stärkere Anstrengungen der antragsaufnehmenden Stellen** für erforderlich gehalten.

- Der gesetzliche **Auftrag zur umfassenden Begutachtung**, seit dem 01.07.2004 nunmehr konkreter gefasst durch die „Gemeinsame Empfehlung für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen“ wird kritisch betrachtet. Grundsätzlich begrüßenswert, steht er nach Einschätzung von Frau Dr. Schäfer in einem Spannungsverhältnis zum **Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit**. Seine Umsetzung bedingt **Schulungsaufwand** und **Änderung der bisherigen Praxis gegenseitiger Information** durch die Träger.
- Die Zweiwochenfrist des **§ 14 Abs. 5 Satz 5 SGB IX** wird vor dem Hintergrund dieses erweiterten Auftrags und der „Gemeinsamen Empfehlung für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen“, aber auch mit Blick auf den eventuell erforderlichen Ermittlungsaufwand und andere Faktoren als **in der Praxis problematisch** eingeschätzt.
- Aufgrund der Fristenregelungen werden Ermittlungen von Vorbefunden und ergänzende Diagnostik in die Rehabilitationskliniken verlagert werden müssen. Diese haben ihrerseits aber bereits den engen Zeitkorridor der dreiwöchigen Regelbehandlungszeit zu berücksichtigen

Diese Ergebnisse und Einschätzungen aus der Praxis sollten Anlass dazu geben, sich der angesprochenen Problemfelder anzunehmen. Insbesondere die Frage, in welcher Weise die aus Sicht der LVA externen laufzeitbeeinflussenden Faktoren (Informationseinholung bei anderen Trägern, Ärzten und Krankenhäusern sowie Informationen seitens des Antragstellers) reduziert werden können, ist für die Umsetzung des § 14 SGB IX von entscheidender Bedeutung. Zur Bereicherung der Diskussion bitten wir um Ihre Stellungnahmen und Ideen.

Dr. Alexander Gagel
Dr. Hans-Martin Schian
Sabine Dalitz
Marcus Schian

Wir möchten Sie auch auf die Sammlung aller bisher erschienen Diskussionsbeiträge im Internet unter www.iqpr.de aufmerksam machen und Sie auffordern sich an der Diskussion durch eigene Beiträge und Stellungnahmen zu beteiligen.

Nordische Sozialrechtstage 2004

Die „unverzügliche Feststellung“ des Rehabilitationsbedarfs – Zeitvorgaben des SGB IX und sozialmedizinische Sachaufklärung

Referentin: Dr. Cornelia Schäfer
LVA Schleswig - Holstein



Einleitung

Der bekannte Leitsatz der Rehabilitation: - der richtige Rehabilitand zur richtigen Zeit in die richtige Einrichtung (BAR) - ist unverändert aktuell vor dem Hintergrund von Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und beschränkten finanziellen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung. Die Vorschriften des **§14 SGB IX** sollen dazu beitragen, im Interesse behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen durch eine **rasche Klärung von Zuständigkeiten** möglichen Nachteilen des gegliederten Systems entgegenzuwirken.

Für **alle Rehabilitationsträger** verknüpft sich damit die Aufgabe, zeitgerecht eine **qualifizierte Beratung und sozialmedizinische Begutachtung** durchzuführen, die aktuellen Einschränkungen und Kompensationsmöglichkeiten des Rehabilitanden, auch in beruflicher Hinsicht, festzustellen, eine Stellungnahme zur Prognose abzugeben, um dann entsprechende Maßnahmen einzuleiten. Der Begriff der Begutachtung schließt in diesem Zusammenhang auch die Klärung nicht rein medizinischer Sachverhalte ein, wenn dieses zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs und des voraussichtlichen -erfolgs erforderlich ist, z. B. durch Einbeziehung spez. sozialpädagogischer oder beruflicher Fachdienste.

Im Folgenden sollen **Auswirkungen der Fristen zur unverzüglichen Klärung des Rehabilitationsbedarfs** auf die sozialmedizinischen Ermittlungen dargestellt werden. Am Beispiel der LVA Schleswig – Holstein wird dabei ein Einblick in den Alltag eines ärztlichen Dienstes im **Spannungsfeld zwischen Fristenwahrung und sachgerechter Klärung** der von der Verwaltung gestellten Fragen gegeben.

Sozialmedizinische Sachaufklärung bei Leistungen zur Teilhabe

Fast alle gesetzlichen Neuregelungen in Rehabilitations- und Rentenfragen, auch Empfehlungsvereinbarungen zwischen Leistungsträgern, berühren in unterschiedlichem Umfang die Aufgaben der ärztlichen Dienste, erfordern Überprüfungen, Neuanpassungen der Arbeitsabläufe, beeinflussen auch die Aufgabenverteilungen zwischen beratungsärztlichen Diensten und sozialmedizinischen Untersuchungsstellen. Die Bestimmungen des SGB IX, hier insbesondere die Fristenvorgaben für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs und für die Gutachtenerstellung, haben erhebliche Veränderungen nach sich gezogen, allein schon dadurch bedingt, dass Prioritäten der Antragsbearbeitungen neu festgelegt werden mussten.

Alle Anträge auf Leistungen zur Teilhabe (LVA Schleswig-Holstein 2003: 20.458 Anträge zur medizinischen Rehabilitation, 5.868 zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) **werden nach Prüfung der Zuständigkeit dem ärztlichen Prüfdienst vorgelegt**. Anträge, die unter die Fristenvorgaben des SGB IX fallen, sind dabei speziell gekennzeichnet, um mit höherer Priorität bearbeitet werden zu können.

Die Leistungsabteilung erwartet **bei jedem Rehabilitationsantrag eine Prüfung der persönlichen Voraussetzungen**. Zu berücksichtigen ist dabei konkret:

1. der bisherige diagnostische und therapeutische Verlauf
2. die Rehabilitationsbedürftigkeit
3. die Rehabilitationsfähigkeit
(ausreichende Belastbarkeit für die Maßnahme)
4. die Motivation des Antragstellers
(Bereitschaft zur Mitwirkung)
5. die Erfolgsaussicht der beantragten Maßnahme
Für den Rehabilitationsträger Rentenversicherung gilt es hierbei zu klären, ob durch Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich die Erwerbsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit wieder hergestellt werden kann bzw., falls dieses nicht erreichbar ist, ein über 3-stündiges Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit realisierbar ist.

In der Mehrzahl werden Rehabilitationsanträge durch Empfehlungen und / oder **Gutachten nach Aktenlage**, also ohne persönliche Untersuchung des Probanden, entschieden. Dieses Verfahren ist möglich, wenn die zu beurteilenden Gesundheitsstörungen und die hieraus resultierenden Funktionseinschränkungen durch ärztliche Unterlagen und evtl. weitere sozialmedizinischen Informationen hinreichend belegt sind.

Ob über die aktenmäßig bekannten Tatsachen hinaus **weitere Sachaufklärung** erforderlich ist, **entscheidet sich aus der jeweiligen Art der Fragestellung**. Je nach Verfahrensweise bergen Gutachten nach Aktenlage auch Risiken, wenn es darum geht, den konkreten Rehabilitationsbedarf, die Rehabilitationsfähigkeit und – prognose zu beurteilen sowie Leitdiagnosen, Neben- und Begleiterkrankungen richtig zuzuordnen. Eine **Schwäche der Begutachtungen nach Aktenlage** liegt insbesondere in der **eingeschränkten Klärung der Motivation** des Antragstellers und in einer möglicherweise **unzureichenden oder einseitigen Informationsübermittlung**. Sie sind aber angesichts hoher Antragszahlen und begrenzter finanzieller und personeller Ressourcen unverzichtbar. Bei den verschiedenen Rentenversicherungsträgern werden **im medizinischen Rehabilitationsverfahren zwischen 60 und nahezu 100% der Anträge nach Aktenlage entschieden**.

3. Stichprobe Juli 2004¹

Um einen Einblick zu geben, wie sich gesetzliche Vorgaben, hier speziell der §14 Abs.2, auf die konkrete Arbeitsgestaltung in einem ärztlichen Dienst auswirken, wurde eine (**nicht repräsentative**) **Aktenstichprobe** aus der 2. Julihälfte 2004 genauer untersucht. Die ausgewerteten **112 Akten** umfassten Anträge betr. Anschlussrehabilitation / Anschlussheilbehandlungen, Entwöhnungsbehandlungen, psychosomatische Heilbehandlungen, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Anträge gemäß §51 SGB V und §125 SGB III.

Für das gestellte Thema interessierte in erster Linie die Frage, bei welchen Fallgestaltungen die vorgegebenen Fristen eingehalten werden konnten und wo und warum dieses bei anderen Fallgruppen nicht gelang.

Das Ergebnis ist eindeutig: **Dort, wo mit hohem technischen und personellen Aufwand recherchiert werden kann oder muss, bilden die Fristen kein Problem**. Dazu gehört beispielsweise die **Anschlussrehabilitation**, bei der es um eine

¹ Vgl. die Tabellen auf den Seiten 10 bis 12.

medizinische Rehabilitation im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung geht, bei ca. 50% als direkte Verlegung vom Krankenhaus in die Rehabilitationsklinik. Bearbeitet werden diese **Anträge, knapp 4.000 pro Jahr, in der LVA SH von einer kleinen Verwaltungseinheit, die dem Ärztlichen Dienst räumlich angegliedert** ist. Die Anträge gehen dort direkt per Fax aus den Akutkrankenhäusern ein, die Zuständigkeit wird umgehend geprüft, im Hause vorhandene Alt- und Parallelvorgänge sofort beigezogen. Bei fehlender Zuständigkeit ist eine umgehende Weiterleitung an den zuständigen Rehabilitationsträger möglich. Die ärztliche Bearbeitung erfolgt am selben oder spätestens nächsten Werktag, fehlende Daten werden ggfs. telefonisch ermittelt. **Ergebnis: Die Aktenlaufzeit beträgt im Normalfall 1 Tag.**

Ähnlich unproblematisch sind die Fristen bei den Anträgen, die in der Tabelle als **Kliniksprechtag** festgehalten sind. Hierbei handelt es sich um ein **Sonderverfahren bei Abhängigkeitskrankheiten**, also Alkohol- und oder Drogenabhängigkeit, wenn vom Entgiftungskrankenhaus eine direkte Verlegung in eine Entwöhnungsbehandlung beantragt wird. Auch hier gehen die Anträge per Fax ein, die Zuständigkeit wird umgehend geprüft, es erfolgt eine ärztliche Bewertung. Mit diesen Ergebnissen suchen die KollegInnen des Sozialdienstes die Versicherten während der Entgiftung im Akutkrankenhaus auf und legen das weitere Verfahren direkt vor Ort fest. Die formale Bescheiderteilung erfolgt am nächsten Werktag in der Leistungsabteilung. Mit diesem Sonderverfahren werden ca. 250 Anträge pro Jahr entschieden, mit einer **Gesamtbearbeitungszeit von wenigen Tagen.**

Aus der Stichprobe mit **112 Fällen konnten somit 40 weit unterhalb der Fristen** erledigt werden. Bei **den anderen Fallgestaltungen** werden die Alltagsprobleme deutlicher: Bei 18 von 26 Anträgen auf **allgemeine Heilbehandlung** reichten die eingereichten Befundunterlagen nicht aus, um die o.g. Fragestellungen zu beantworten, **weitere Ermittlungen und / oder Begutachtungen waren erforderlich.** **Ähnlich** sah es bei normalen Anträgen auf **Entwöhnungsbehandlung** und solchen auf **psychosomatische Heilbehandlungen** aus und leider auch bei den **Anträgen gemäß §51 SGB V und 125 SGB III.** Der hohe Nachermittlungsbedarf bei den letzten beiden Fallgruppen, also den **von anderen Rehabilitationsträgern veranlassten Anträgen**, ist in erster Linie durch die **zunehmende Tendenz der dortigen ärztlichen Dienste** bedingt, **nur noch kurze Stellungnahmen nach Aktenlage** zu fertigen und auf persönliche Begutachtungen möglichst zu verzichten. Hintergrund für diese Entwicklung sind u.a. dortige strukturelle Veränderungen aufgrund ökonomischer Zwänge mit Verschlankung der ärztlichen Dienste. **Solche Stellungnahmen reichen nicht** aus, um die für uns relevanten Fragen, insbesondere die dahinterstehende Rentenfiktion, auch nur annähernd zu beantworten. **Nachteilig** wirkt sich hier auch aus, dass **generell die nicht selbst erhobenen Daten**, z. B. Krankenhausentlassungsberichte, aus Datenschutzgründen **zwischen den ärztlichen Diensten der Sozialleistungsträger nicht weitergeleitet werden dürfen, sondern jeweils neu beim Urheber mit Schweigepflichtentbindung angefordert werden müssen.**

Kurz zusammengefasst konnte **in den 28 Fällen mit weiterem Ermittlungsbedarf die 3-Wochenfrist nicht eingehalten** werden, zumal in diese Frist auch noch die Zeitspanne bis zur primären Zuständigkeitsklärung mit einfließt. Für die 23 Anträge, für die Begutachtungen eingeleitet wurden, stellten sich neue Fristen entsprechend Abs. 5 des §14.

Laufzeitbeeinflussende Faktoren

Auf Seiten der Versicherten sind dieses unvollständige Angaben zu vorbehandelnden Ärzten, Krankenhäusern und Untersuchungen beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen oder Agentur für Arbeit oder auch nicht unterschriebene Schweigepflichtentbindungen. Etwas weiter gefasst gehören hierher **auch Defizite auf Seiten der antragsaufnehmenden Stellen**, wenn diese die Antragsunterlagen nicht auf Vollständigkeit überprüfen. Weiter gibt es **besondere Wünsche zu Rehabilitationseinrichtungen**, die gesondert geprüft werden müssen, wenn diese nicht zu den üblicherweise belegten Einrichtungen gehören. Auch sind spezielle **Wünsche zu Rehabilitationsterminen**, z. B. wegen erforderlicher Abstimmung mit dem Arbeitgeber oder Versorgung von Kindern bzw. pflegebedürftigen Angehörigen zu berücksichtigen. Gleiches gilt auch für **Begutachtungstermine** in den sozialmedizinischen Untersuchungsstellen oder bei externen Gutachtern. Weitere bedeutsame Faktoren sind die **Mitwirkung der Versicherten bei ergänzenden Ermittlungen oder Nicht-erscheinen zu Begutachtungen ohne vorherige Absage**.

Wesentliche Zeitfaktoren bei ergänzenden Ermittlungen liegen im **Antwortverhalten der niedergelassenen Ärzte, Krankenhäuser, medizinischen Dienste der Krankenkassen und Agentur für Arbeit**. Verzögerungen hier beeinflussen die Gesamtbearbeitungsdauer erheblich.

Beeinflussbar sind für uns in erster Linie **die reinen Bearbeitungszeiten in unserem eigenen ärztlichen Dienst** durch adäquate personelle und technische Ausstattung. Hier werden ständig Anpassungen vorgenommen, begrenzt wiederum durch ökonomische Zwänge.

Fristen für die Gutachtenerstellung

Die Rehabilitationsträger wurden verpflichtet, für verschiedene Bereiche, die kooperativ zu gestalten sind, gemeinsame Empfehlungen zu vereinbaren. Mehrere dieser Empfehlungen sind bereits in Kraft getreten, z.B. die Vereinbarung über die Zuständigkeitsklärung und für Sozialmediziner hochaktuell auch die **Vereinbarung über die Durchführung von Begutachtungen nach einheitlichen Grundsätzen, in Kraft getreten am 01.07.2004²**. Es handelt sich hierbei um eine Anleitung / Leitlinie für eine umfassende **Begutachtung zu allen rehabilitationsspezifischen Fragen**, also Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationsprognose, **auf der Grundlage der ICF – Klassifikation** (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit). Benannt werden in der gemeinsamen Vereinbarung neben trägerübergreifenden Aspekten eines Gutachtens auch trägerspezifische Aufgaben mit Angabe der jeweiligen Teilhabeziele. Inbegriffen sind sowohl Gutachten mit persönlicher Untersuchung und Befragung als auch solche auf der Grundlage vorhandener Aktenunterlagen.

Ein gemeinsamer Standard für die Gutachten der verschiedenen Rehabilitationsträger ist **sicher zu begrüßen, allerdings sind die hier gestellten umfangreichen Anforderungen nur mit entsprechendem Schulungsaufwand und Qualitätssicherungsprogrammen** zu realisieren. Ein Ziel dieses Gutachtens

² Vgl. <http://www.bar-frankfurt.de/arbeit/pdf/GE%20Begutachtung.pdf> .

besteht darin, dem Antragsteller möglichst wenig belastende Untersuchungen zuzumuten und dennoch ein breit gefächertes Bild der gesundheitlichen Situation darzustellen. Damit soll das Gutachten stärker als bisher auch für andere Träger verwertbar sein. Es ergibt sich damit allerdings die **Problematik einer „Datenerhebung auf Vorrat“**. **Dieses widerspricht den Grundsätzen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit** im Verwaltungshandeln der einzelnen Träger. Zu berücksichtigen ist auch, dass die erhobenen Daten im Zeitfenster nur begrenzt aussagefähig sind. In Schleswig – Holstein war es zudem **bisher nicht üblich, alle ärztlichen Unterlagen** der verschiedenen Rehabilitationsträger ohne Einschränkungen **untereinander zur Verfügung zu stellen**.

Die gesetzliche Vorgabe des **§14 Abs. 5**, dass ein Gutachten innerhalb von 2 Wochen (nach Auftragseingang) vom Sachverständigen erstellt werden muss, ist **schon in der jetzigen Praxis nicht zu erfüllen, mit den erweiterten Anforderungen der gemeinsamen Vereinbarung dürfte es noch weitaus schwieriger** sein. Diese 2 – Wochenfrist, ist aus ärztlicher Sicht ausgesprochen praxisfremd. Es ist unrealistisch, einen Antragsteller innerhalb von 2 Wochen einzubestellen, zu untersuchen, ggfs. Vorbefunde beizuziehen und das schriftliche Gutachten zu erstellen incl. erforderlicher Postlaufzeiten. Terminwünsche des Versicherten, z. B. wegen beruflicher Erfordernisse, können bei derart starren Fristen ebenfalls nicht berücksichtigt werden, dieses entspricht gerade nicht den versichertenorientierten Zielvorstellungen des SGB IX.

Zusätzliche Verwirrung ergibt sich zur Zeit durch die seit 1.4.04 gültige **Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses** (nach § 92 Abs. 1 Nr. 8 SGB V)³. Diese regelt die **Beratungspflichten des niedergelassenen Vertragsarztes zu Rehabilitations- und Teilhabeleistungen im Verhältnis zu den gesetzlichen Krankenkassen, ersetzt inhaltlich aber nicht das o.g. Gutachten**.

Zusammenfassung

- Die Fristen des SGB IX sollen dazu beitragen, eine zeitgerechte zügige Erbringung von Leistungen zur Teilhabe zu verwirklichen. Dieses liegt im Interesse sowohl der Leistungsberechtigten als auch der Rehabilitationsträger.
- Die Bestimmungen des SGB IX haben erhebliche Veränderungen in den Arbeitsabläufen der ärztlichen Dienste der beteiligten Leistungsträger nach sich gezogen.
- Beeinflussbar für die Rehabilitationsträger sind die Bearbeitungszeiten in den eigenen Häusern durch adäquate technische und personelle Ausstattungen. Unsere eigene Stichprobe hat noch einmal bestätigt, dass bei Vorlage vollständiger ärztlicher Unterlagen die Einhaltung der Fristen kaum Probleme bereitet.
- Nicht oder nur gering beeinflussbar ist das Antwortverhalten bei erforderlichen Ermittlungen, also der niedergelassenen Ärzte, Krankenhäuser, der medizinischen Dienste anderer Sozialleistungsträger. Verzögernd wirken sich

³ vgl. <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=41621> .

hier auch die unterschiedlichen Datenschutzauffassungen der beteiligten Institutionen aus.

- Laufzeitbeeinflussende Faktoren auf Seiten der Antragsteller, insbesondere unvollständige Angaben zu Gesundheitsstörungen, behandelnden Ärzten und Krankenhäusern, Gutachten anderer Sozialleistungsträger erfordern zukünftig noch stärkere Anstrengungen auf Seiten der antragsaufnehmenden Stellen.
- Die gesetzten Fristen führen allerdings auch dazu, dass Ermittlungen von Vorbefunden und ergänzende Diagnostik in die Rehabilitationskliniken verlagert werden müssen, die ohnehin schon durch die 3wöchige Regelbehandlungszeit mit einem engen Zeitkorridor zurecht kommen müssen.

Stichprobe Juli 2004

	N
Anschlussrehabilitationen	33
Allg. Heilbehandlungen	26
Entwöhnungsbehandlungen	20
Psychosomatische Heilbehandlungen	11
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	10
§ 51 SGB V	8
§ 125 SGB III	4
Gesamtstichprobe	112

Stichprobe Juli 2004

	Anzahl	Unterlagen vollständig	Unterlagen nicht vollständig
Anschluss- rehabilitationen	33	33	0
Allgemeine Heilbehandlungen	26	8	18
Entwöhnungs- behandlungen	13	7	6
E. mit Kliniksprechtag	7	6	1
Psychosomatische Heilbehandlungen	11	3	8
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	10	5	5
§ 51 SGB V	8	3	5
§ 125 SGB III	4	0	4
	112	65	47

Nordische Sozialrechtstage 2004

Dr. Schäfer

Stichprobe Juli 2004

	Befund- unter- lagen unvoll- ständig	Ermitt- lungen erforder- lich	Gutachten erforder- lich
Anschluss- rehabilitationen	0	0	0
Allgemeine Heilbehandlungen	18	12	9
Entwöhnungs- behandlungen	6	4	1
E. mit Kliniksprechtag	1	1	0
Psychosomatische Heilbehandlungen	8	7	3
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	5	2	3
§ 51 SGB V	5	1	4
§ 125 SGB III	4	1	3
	47	28	23



Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.