



**MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT**

**HALLE-WITTENBERG**

Medizinische Fakultät

Institut für Rehabilitationsmedizin

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Sektion Allgemeinmedizin

**ABSCHLUSSBERICHT**

**„Rehabilitationszugangs- und Schnittstellenoptimierung in der  
ambulanten Versorgung (RezuS)“**

Laufzeit

01.09.2010 – 30.04.2012

Dipl.-Soz. Katrin Parthier

Dr. phil. Susanne Grundke

Dipl.-Psych. Kajo Fiala

Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens

Dr. med. Andreas Klement

Dr. rer. medic. Michael Schubert

Prof. Dr. med. Wilfried Mau

<b>Zuwendungsempfänger</b>	Medizinische Fakultät der der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  Institut für Rehabilitationsmedizin Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft Sektion Allgemeinmedizin  Magdeburger Straße 8 06097 Halle (Saale)
<b>Vorhabensbezeichnung</b>	„Rehabilitationszugangs- und Schnittstellenoptimierung in der ambulanten Versorgung (RezuS)“
<b>Laufzeit des Vorhabens</b>	01.09.2010 – 30.04.2012
<b>Projektleitung</b>	Prof. Dr. med. Wilfried Mau Tel.: +49 (345) 557-4204 Fax: +49 (345) 557-4206 E-Mail: wilfried.mau@medizin.uni-halle.de Homepage: www.rehamedizin.uni-halle.de  Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens Tel.: +49 (345) 557-4450 Fax: +49 (345) 557-4466 E-Mail: johann.behrens@medizin.uni-halle.de Homepage: www.medicin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/
<b>Korrespondenz</b>	Dipl.-Soz. Katrin Parthier Tel.: +49 (345) 557-4267 E-Mail: katrin.parthier@medizin.uni-halle.de

## Vorbemerkungen

Qualitative Forschung ist maßgeblich von der Kooperations- und Auskunftsbereitschaft der Interviewpartner abhängig. Unser besonderer Dank gilt daher den zahlreichen Gesprächspartnern, die unsere Fragen mit viel Engagement und Geduld offen beantwortet und ihr wertvolles Wissen mit uns geteilt haben.

Weiterhin bedanken wir uns bei den im Laufe des Projektes tätigen wissenschaftlichen Hilfskräften Kristin Teichmann, Markus Wübbeler und Alexander Mauer für ihre fleißige und zuverlässige Unterstützung bei allen angefallenen Projektaufgaben.

Nicht zuletzt gebührt unser Dank der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland für die Bereitstellung der Mittel zur Umsetzung dieses Forschungsvorhabens sowie für die konstruktiven Beiträge bei der Diskussion der Ergebnisse im Untersuchungsverlauf.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Wir möchten deshalb darauf hinweisen, dass die ausschließliche Verwendung der männlichen Form explizit als geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>I.</b>	<b>HINTERGRUND UND FRAGESTELLUNG</b>	<b>1</b>
<b>II.</b>	<b>METHODISCHER ZUGANG UND FORSCHUNGSABLAUF DER UNTERSUCHUNG</b>	<b>5</b>
<b>1.</b>	<b>Methodischer Zugang</b>	<b>5</b>
<b>2.</b>	<b>Forschungsablauf</b>	<b>6</b>
2.1.	Literaturrecherche	6
2.2.	Fokusgruppeninterviews	7
2.3.	Entwicklung der Fallvignetten und Gesprächsleitfäden	8
<b>3.</b>	<b>Datenerhebung</b>	<b>9</b>
3.1.	Erhebungsstrategie (Experteninterviews)	9
3.2.	Rekrutierung der Gesprächspartner für Experteninterviews	9
3.3.	Datenbasis	10
3.4.	Aufbereitung der Daten	11
3.5.	Ethik und Datenschutz	12
<b>4.</b>	<b>Datenauswertung</b>	<b>12</b>
4.1.	Der Auswertungsschritt der Inhaltsanalyse	12
4.2.	Auswertung auf der Grundlage der Erkenntnislogik der Grounded Theory	13
<b>III.</b>	<b>ERGEBNISSE</b>	<b>14</b>
<b>5.</b>	<b>Ergebnisse der Literaturanalyse</b>	<b>14</b>
<b>6.</b>	<b>Ergebnisse der empirischen Erhebung</b>	<b>18</b>
6.1.	Mechanismen der Bedarfserkennung niedergelassener Allgemein- und spezialisierter Fachärzte	18
6.1.1.	Kriterien für die Initiierung eines Rehabilitationsantrags	19
6.1.2.	Vorgehen von Niedergelassenen bei der Einschätzung des Reha-Bedarfs	25
6.2.	Zum Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Befragten	29
6.2.1.	Abgrenzungsprobleme der verschiedenen Leistungsträger	29
6.2.2.	Antragsunterlagen und Formulare des ärztlichen Befundberichtes	32
6.2.3.	Aufwand vs. Honorierung	38
6.3.	Das sozialmedizinischen Entscheidungs- und Zuweisungsverfahren aus Sicht der Befragten	39
6.3.1.	Wahrgenommene Ablehnungsquote	40
6.3.2.	Unkenntnis der Bedarfskriterien und Infragestellung der sozialmedizinischen Entscheidungs- und Zuweisungsgrundlagen	41

6.3.3.	Intransparenter Entscheidungsprozess	45
6.4.	Informationsmöglichkeiten zu Rehabilitation und Rehabilitationszugang aus Perspektive der Befragten	50
6.4.1.	Bestehende Informationsangebote	50
6.4.2.	Angezeigter Informationsbedarf	51
6.5.	Die Zusammenarbeit zwischen Leistungsträgern (DRV), Allgemeinmedizinern, Rheumatologen und Rehabilitationskliniken	54
6.5.1.	Wissenschaftstheoretischer Rahmen der Datenanalyse	54
6.5.2.	Die Organisation der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Rehabilitationsprozessplanung	56
6.6.	Zusammenfassung der Ergebnisse	71
<b>IV.</b>	<b>DISKUSSION DER ERGEBNISSE UND ABLEITUNG VON HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN</b>	<b>77</b>
<b>V.</b>	<b>FAZIT</b>	<b>86</b>
<b>VI.</b>	<b>LITERATUR</b>	<b>87</b>
<b>VII.</b>	<b>ÜBERSICHT DER ANHÄNGE</b>	<b>91</b>

## I. Hintergrund und Fragestellung

Der Erhalt der Erwerbsfähigkeit ist wichtiges Ziel von Leistungen zur Teilhabe in Trägerschaft der Deutschen Rentenversicherung. Hierfür gilt es primär, krankheitsbedingte Aktivitäts- und Partizipationsbeschränkungen zu mindern oder zu verhüten, um einen möglichen vorzeitigen Rentenzugang zu verhindern bzw. zu verzögern. Zentrales Mittel der Deutschen Rentenversicherung (DRV) innerhalb der Leistungen zur Teilhabe sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Diese Leistungen erlangen durch die Zunahme chronischer Erkrankungen innerhalb des Krankheitsspektrums sowie durch den Anstieg der Zahl an Erwerbspersonen in für medizinische Rehabilitation besonders relevanten Altersgruppen ab 45 Jahren infolge demographischer Veränderungen an Bedeutung. Die Verlängerung der Lebensarbeitszeit und die Abschaffung von Möglichkeiten eines vorzeitigen regulären Rentenzugangs in den letzten Jahrzehnten erfordert zugleich die gesundheitliche Fähigkeit des Ausübens einer Erwerbstätigkeit bis 67 Jahren. Seitens der Rehabilitationsträger ist daher mit einem wachsenden Bedarf an medizinischen Rehabilitationsleistungen zu rechnen. Die Entwicklung der Antragszahlen bei der Deutschen Rentenversicherung sowie die aktuelle Diskussion um finanzielle Ressourcen (Stichwort: Reha-Budget) und Fragen der Priorisierung im Bereich Rehabilitation (u. a. Buschmann-Steinhage 2012, Mittag/Jäckel 2012) sowie im Gesundheitssystem insgesamt (Deutsches Ärzteblatt 2011; Bundesärztekammer 2007) sind hierfür Beleg.

Für bedarfsgerechte und effektive medizinische Rehabilitationsleistungen ist wiederum der Aspekt der Rechtzeitigkeit von entscheidender Bedeutung. Trotzdem erfolgt eine Vielzahl an gesundheitsbedingten Frühberentungen und somit der dauerhafte Austritt aus dem Erwerbsleben ohne vorherige medizinische Rehabilitationsleistung (Behrens et al. 2012) bzw. die Einleitung derartiger Leistungen zu spät im Krankheitsverlauf. Dabei „sinken [nicht nur] die Erfolgsaussichten einer Rehabilitationsmaßnahme, wenn sie zu einem späteren des Krankheitsverlaufs [...] eingeleitet wird“ (Glaser-Möller 2003), sondern es besteht auch eine negative Beziehung zwischen Chronifizierungsgrad und Rehabilitationserfolg. Chronische und chronifizierende Erkrankungen mit progredientem Verlauf sind daher von besonderer Relevanz. Entsprechender Handlungsbedarf kann beispielhaft anhand chronisch-entzündlich rheumatischer Erkrankungen für die Region Mitteldeutschland nachgezeichnet werden (Mau et al. 2008, Mau 2008). Für diese Region ist zudem eine anhaltend hohe Arbeitslosigkeit konstatierbar, die die Chancen auf einen Wiedereintritt in den Arbeitsmarkt im Fall eines krankheitsbedingten Verlustes der Erwerbsfähigkeit zusätzlich verringert.

Der Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen bei chronischen Erkrankungen und in Trägerschaft der Deutschen Rentenversicherung erfolgt in der Regel als Antragsleistung aus der ambulanten Versorgung. Hierbei muss der Versicherte/Patient, anders als bei Einweisung aus der Akutbehandlung, ent-

weder selbst oder auf ärztliche Anregung aktiv werden.<sup>1</sup> In welchem Umfang potentielle Rehabilitanden (mit Rehabilitationsbedarf, Rehabilitationsfähigkeit und positiver Rehabilitationsprognose) aus der ambulanten Versorgung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erreichen, ist somit maßgeblich davon abhängig, inwieweit niedergelassene Ärzte entsprechende Angebote initiieren und unterstützen. Dabei obliegt ihnen als „gatekeeper“ zu rehabilitativen Versorgungsangeboten nicht nur eine Schlüsselfunktion hinsichtlich der *Bedarfserkennung* (Raspe et al. 2005, Brandt 1989, Mau/Müller 2008), sondern auch bezüglich der *Bedarfsübermittlung*: Im Rahmen der Gestaltung eines entsprechenden Befundberichtes zum Antrag des Patienten liefern sie entscheidungsrelevante Daten für die Beurteilung des Rehabilitationsbedarfes durch die Prüfarzte der Rentenversicherung. Im Zusammenhang mit der Entscheidung und Zuweisung zu rehabilitativen Leistungen übernehmen Letztere eine zentrale Rolle.

Die Zugangssteuerung zu rehabilitativen Leistungen wird damit insgesamt durch das Wirken verschiedene externer Akteure bedingt, was, im Sinne einer kontinuierlichen Behandlungskette, immer ein gewisses Maß an Kooperation und Koordination sowie Integration der Beteiligten in den Gesamtprozess voraussetzt. Die Segmentierung des deutschen Gesundheitssystems führt jedoch hauptsächlich an den Schnittstellen dieser Rehabilitationskette zu Abstimmungs- und Koordinationsproblemen. Dabei ist der sozialrechtliche Handlungsrahmen der Ausgestaltung der Schnittstelle zwischen ambulanter medizinischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation bezüglich der Aufgaben der beteiligten Akteure klar umrissen: Nach § 61 Abs. 1 des Sozialgesetzbuchs (SGB) IX besteht eine Beratungspflicht zu Teilhabeleistungen seitens niedergelassener Ärzte. Laut §1 Abs. 2 der Gemeinsamen Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“ der Rehabilitationsträger stellen diese zur „Unterstützung der Erkennung eines möglichen Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe [...] Informationen mit entsprechenden Hinweisen auf Hilfeangebote und weitere Beratungsmöglichkeiten zur Verfügung [und] fördern [...] den Einsatz von [...] Assessmentverfahren, [...] Screeningverfahren oder Selbstauskunftsbögen, die der Konkretisierung eines möglichen Teilhabebedarfs dienen“ (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2004). Lt. §4 Abs. 3 (ebd.) sollen insbesondere „niedergelassene (Fach-)Ärzte/Innen [...] die betroffenen Menschen über geeignete Leistungen zur Teilhabe beraten, bei Verdacht auf einen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe bei der Antragstellung unterstützen oder eine Beratung veranlassen.“

Im Zusammenhang mit dieser Zugangsschnittstelle zeigen jedoch bisherige Forschungsarbeiten, dass aus Sicht von Vertragsärzten weitreichende Problembereiche und Hürden den Zugang zu medizinischer Rehabilitation aus der ambulanten Versorgung erschweren oder diesem entgegenstehen (u.a.

---

<sup>1</sup> Da Patienten den eigenen rehabilitationsbezogenen (Be-)Handlungsbedarf selbst vielfach zu spät im Krankheitsverlauf erkennen, ist der Hausarzt bzw. der behandelnde Facharzt „gatekeeper“ zu rehabilitativen Versorgungsangeboten und daher zentral in den Blick zu nehmen. Die Patientenperspektive auf den Rehabilitationszugang wird daher in diesem Forschungskontext nur randständig thematisiert.

Deck et al. 2009, van den Bussche/Dunkelberg 2003, Krischke et al. 1997, Petermann et al. 1994, Mau et al. 2004) und nicht selten zu Motivationsverlusten und/oder Demoralisierungstendenzen bei Ärzten im Hinblick auf die Reha-Antragssteuerung führen. Ebenso werden Screening-Instrumente für die Erkennung potenziellen Rehabilitationsbedarfs im Kontext ambulanter Versorgung – als wesentliche Möglichkeit frühzeitiger Bedarfserkennung – von niedergelassenen Ärzten schlecht angenommen (Deck et al. 2009). Viele zur Thematik vorliegenden Studien beziehen sich jedoch ausschließlich auf Sicht- und Handlungsweisen niedergelassener Hausärzte. Bezogen auf die Gruppe der spezialisierten Fachärzte sowie zu deren Abstimmung mit anderen Ärzten sind nur wenige Vorarbeiten bekannt, obwohl Vertreter *beider Fachgruppen* bei der langfristigen Versorgung chronisch Kranker vor der Aufgabe stehen, den geeigneten Versicherten zum richtigen Zeitpunkt den Weg in die richtige Rehabilitationsleistung zu bahnen. Auch die Perspektiven der entscheidungs(mit-)tragenden Prüfärzte seitens des Leistungsträgers fanden trotz vielseitiger Abstimmungsbedarfe im Gesamtprozess bisher kaum Raum in der wissenschaftlichen Fachdiskussion.

Vor dem Hintergrund der Zielstellungen

- der Weiterentwicklung eines bedarfsgerechten Rehabilitationszugangs und
- der Verbesserung der Einbindung niedergelassener Ärzte in den Prozess der Bedarfserkennung und des Rehabilitationszugangs erwerbsfähiger Personen

fragt die vorliegende Studie

- nach Faktoren und Bedingungen, die die Motivation und das Engagement von niedergelassenen Haus- und spezialisierten Fachärzten – hier internistische Rheumatologen<sup>2</sup> – bezüglich der Initiierung und Unterstützung von Anträgen auf Rehabilitationsleistungen bedingen und beeinflussen sowie darauf aufbauend
- nach Optimierungsmöglichkeiten der Zugangsprozesse zu medizinischer Rehabilitation an der Schnittstelle zwischen ambulanter Versorgung und rehabilitativen Leistungen in Trägerschaft der Deutschen Rentenversicherung, spezifisch kontextualisiert für Mittel- und Ostdeutschland<sup>3</sup>.

In der qualitativen, zweistufigen Studie wurden dazu sowohl rehabilitationsbezogene Grundeinstellungen als auch anhand von Fallbeschreibungen (Vignetten) konkrete Aspekte und Problemstellungen

---

<sup>2</sup> Internistische Rheumatologen, die Patienten mit chronischen oder chronifizierenden Krankheiten neben Hausärzten häufig ebenfalls langfristig betreuen, waren hier eine geeignete und bewusst begrenzt gewählte Zielgruppe, um exemplarisch die Sichtweise spezialisierter Fachärzte mit häufig dominierender akutmedizinischer Orientierung zu erfassen.

<sup>3</sup> Aspekte zur Versorgungskontinuität, etwa hinsichtlich ambulanter Nachbetreuung und indikationsspezifischer Nachsorge sowie Gesichtspunkte klinikinterner Kooperation oder Schnittstellen zu anderen Behandlungsbereichen, wie dem Zugang aus der akutmedizinischen Versorgung, werden als Rahmenbedingungen hinsichtlich des Gesamtprozesses Rehabilitation in den Blick genommen, jedoch nicht näher untersucht.



gen niedergelassener Haus- und Fachärzte sowie die Perspektive sozialmedizinischer Gutachter exploriert, sondiert und in weitere Untersuchungsschritte integriert. Damit wurde eine konkrete und dialogische Bezugnahme auf den akutmedizinisch vertragsärztlichen und sozialmedizinisch gutachterlichen Alltag gewährleistet. Daraus gewonnene Erkenntnisse bilden den Ausgangspunkt für umsetzungs- und praxisrelevante Handlungsempfehlungen mit der übergeordneten Zielstellung, den geeigneten Versicherten zum richtigen Zeitpunkt eine geeignete Rehabilitation zugänglich zu machen. Dies soll eine bedarfsgerechte Versorgung unterstützen, einem (dauerhaften) Verlust der Erwerbsfähigkeit vorbeugen und damit die Chancen für einen Verbleib im Berufsleben erhöhen. Mit Blick auf die für die Nachhaltigkeit wichtige bedarfsgerechte und rechtzeitige Einleitung einer Rehabilitationsleistung ergeben sich durch dieses Vorgehen Chancen für die Verbesserung der Reha-Indikationsstellung mit Vermeidung/Verminderung von Fehlversorgung und somit für eine zielgerichtete Ressourcenallokation.

## II. Methodischer Zugang und Forschungsablauf der Untersuchung

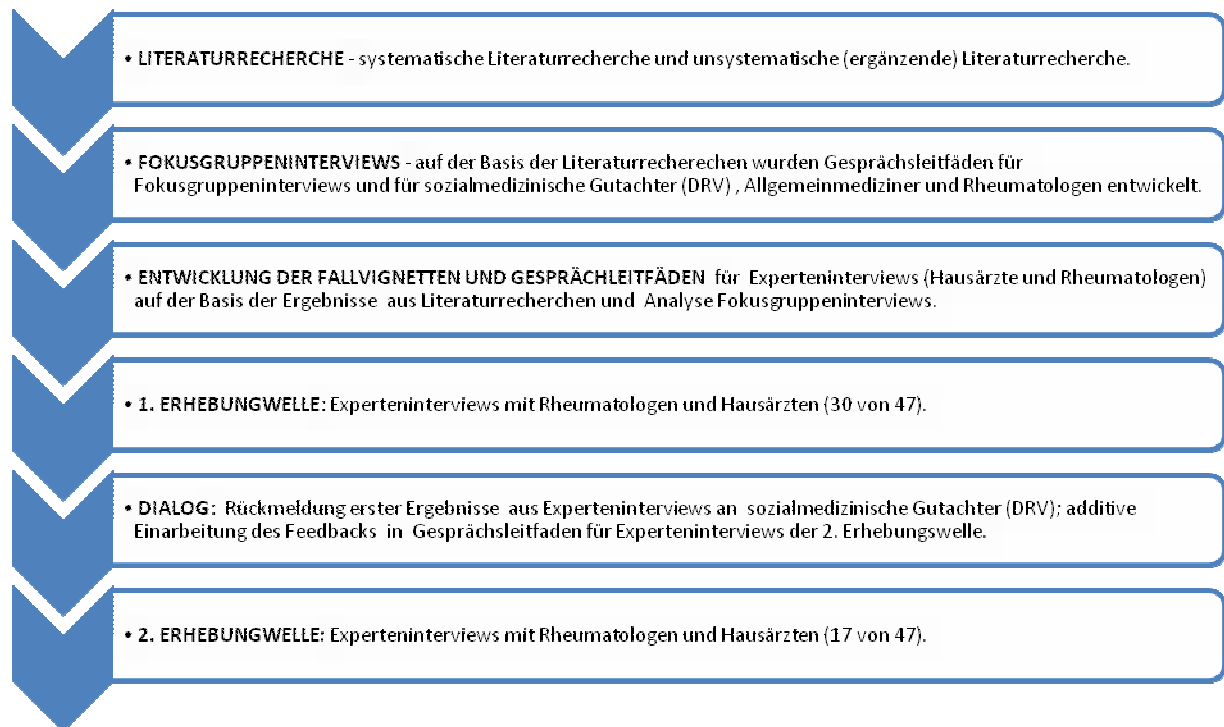
### 1. Methodischer Zugang

Als methodischer Zugang zum Forschungsgegenstand wurde das Forschungsparadigma der qualitativen Forschung gewählt, da die qualitative Forschung eine offene Vorgehensweise in der Untersuchung interessierender Fragestellungen darstellt (Schütze 2005). So wird es möglich, „Hürden“ und Optimierungspotenziale einer bedarfsgerechten und frühzeitigen rehabilitativen Versorgung aus der Sicht niedergelassener Allgemein- und spezialisierter Fachärzte und sozialmedizinischer Gutachter (DRV) heraus zu beschreiben.

Der Studie im Anwendungsfeld der Professionsforschung (Schütze 2005, 2007) liegt die Erkenntnislogik der *Inhaltanalyse* (Mayring 2010) und der *Grounded Theory* (Glaser/Strauß 1967/2005) zugrunde. Dabei geht es nicht darum, theoretische Vorannahmen hypothesentestend zu prüfen. Bezogen auf die vorliegende Untersuchung liegt die Chance der Forschungslogik der Qualitativen Forschung v. a. darin, das Handeln der befragten Ärzte und Gutachter im Prozess der Reha-Bedarfserkennung und Zuweisung zu verstehen, um bestehende Problemkonstellationen aus Sicht der befragten Experten heraus zu rekonstruieren und darauf bezogen Optimierungspotenziale herauszuarbeiten (Offenheit in der Theoriebildung).

## 2. Forschungsablauf

Der Forschungsablauf im Überblick:



### 2.1. Literaturrecherche

In Vorbereitung der Feldphase wurde eine systematische sowie ergänzend eine unsystematische Literaturrecherche durchgeführt.

Die systematische Literaturrecherche erfolgte mit Hilfe der Schlagwortkombinationen

- (Hausarzt OR Arzt OR Rheumatologe) AND (Rehabilitation) AND (Zugang OR Bedarf OR Allokation OR Antrag OR Bewilligung) NOT (Geri\$)
- (general practitioner OR family physician OR physician OR rheumatologist) AND (Rehabilitation) AND (access OR need OR demand OR allocation OR application OR approval) NOT (geri\$)

über die Datenbanken Pubmed und DIMDI (Zugriff u.a. auf Embase, Deutsches Ärzteblatt, PsycINFO, Medline), OPAC und den Katalog der Deutschen Nationalbibliothek. Die Tagungsbände der Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquien (2000-2010) der Deutschen Rentenversicherung wurden ebenfalls mit Hilfe der oben genannten Schlagwörter durchsucht. Die Literaturrecherche wurde auf Veröffentlichungen aus dem deutschsprachigen Raum begrenzt, da die Thematik durch die deutsche Gesetzgebung und die medizinischen Versorgungsstrukturen in der Bundesrepublik Deutschland be-

stimmt wird. Auf diesem Weg konnten im Zeitraum von 09/2010 bis 12/2010 56 Veröffentlichungen gefunden werden.

Über eine ergänzende unsystematische Literaturrecherche wurden weitere 121 Veröffentlichungen gefunden.

Auf Grundlage der Auswertung der Literaturrecherche wurde ein Gesprächsleitfaden für Fokusgruppeninterviews mit niedergelassenen Allgemeinärzten, Rheumatologen und sozialmedizinischen Gutachtern (DRV) entwickelt.

## **2.2. Fokusgruppeninterviews**

Im Zeitraum November 2010 bis Dezember 2010 wurden insgesamt vier Fokusgruppeninterviews getrennt nach Berufsgruppen mit zufällig teilnehmenden Ärzten/Gutachtern geführt: Rheumatologen, n = 4; Allgemeinärzte I, n = 7; Allgemeinärzte II, n = 8; sozialmedizinische Gutachter, n = 3.

Der Feldzugang für die Gruppe der Hausärzte erfolgt über eine im Rahmen der „Lehrarztfortbildung Allgemeinmedizin“ regelmäßig stattfindende Weiterbildungsveranstaltung des Instituts für Allgemeinmedizin. Der Feldzugang für die Facharztgruppe der Rheumatologen war angebunden an ein Symposium über die direkte Kontaktierung in den Praxen.

Um das Expertenwissen der befragten Allgemeinärzte, Rheumatologen und sozialmedizinischen Gutachter (DRV) zum zentralen Gegenstand der Fokusgruppeninterviews zu machen, wurde – auf der Grundlage der Literaturrecherchen – ein Leitfaden konzipiert, der die Entstehung selbstläufiger narrativer, deskriptiver und argumentativer Kommunikationspassagen förderte.

In den Fokusgruppen wurden die unterschiedlichen Perspektiven der Befragten bezogen auf Problemkonstellationen und Verbesserungsvorschläge hinsichtlich der Einbindung niedergelassener Ärzte in den Prozess der Reha-Bedarfserkennung und Zuweisung erfasst: Ziel war es, gemeinsam geteilte Erfahrungen und unterschiedliche Sichtweisen der Befragten herauszuarbeiten, um daraus ein Erhebungsinstrument (Gesprächsleitfaden, Fallvignetten) für Experteninterviews mit niedergelassenen Hausärzten und Rheumatologen zu erarbeiten.

Die Fokusgruppeninterviews wurden mit Einverständnis der Beteiligten aufgezeichnet und anschließend im Originalwortlaut verschriftlicht (siehe dazu auch Abschnitt 3.4.). Die Verschriftlichung der durch Audiomitschnitte aufgezeichneten Gruppeninterviews (Transkription) stellt die Grundlage einer systematischen und nachvollziehbaren Auswertung und damit die empirische Basis der (im nächstfolgenden Arbeitsschritt entwickelten) Fallvignetten und Gesprächsleitfäden dar.

### **2.3. Entwicklung der Fallvignetten und Gesprächsleitfäden**

Bei der Entwicklung der Leitfäden und der (berufsgruppenspezifischen) Fallvignetten flossen zum einen die in der Literaturrecherche herausgearbeiteten Problemdimensionen ebenso wie die aus den Fokusgruppeninterviews herausgearbeiteten Ergebniskategorien in den Gesprächsleitfäden ein. Zum anderen wurde darauf geachtet, dass die Leitfadenfragen offen sind und damit genügend Raum für das Kommunikationsschema der Beschreibung und der Argumentation anbieten.

Den Rheumatologen wurde eine Fallvignette zum Krankheitsbild Morbus Bechterew (Spondylitis ankylosans) und den Hausärzten eine Fallvignette zum Krankheitsbild Depression präsentiert. Zusätzlich wurde beiden Arztgruppen die Fallvignette einer an Fibromyalgie erkrankten Patientin vorgelegt. Diese drei Krankheiten sind typische Rehabilitationsindikationen der befragten Arztgruppen, bei denen sie in der ambulanten Versorgung vielfach an die Grenzen ihrer Möglichkeiten stoßen und die für die Rehabilitationsträger relevant sind. Zudem erfolgte die Auswahl, weil unterschiedliche Patientengruppen betroffen sind:

- Morbus Bechterew überwiegend Männer, bei denen die Erkrankung bereits im jungen Erwachsenenalter beginnt und die von Rheumatologen gehäuft betreut werden.
- Fibromyalgiesyndrom zu ca. 90% Frauen im mittleren Lebensalter, bei denen vielfach psychosoziale Belastungen prominent erscheinen und die von beiden Arztgruppen mit hohem Aufwand zu versorgen sind.
- Depression als eine der wichtigsten psychischen Erkrankungen vor allem in hausärztlichen Praxen und in der psychosomatischen Rehabilitation.

In Vorbereitung der Feldphase wurden sowohl die Fallvignetten als auch die Gesprächsleitfäden (zufällig ausgewählten) sozialmedizinischen Gutachtern der DRV-Mitteldeutschland zur Abstimmung vorgelegt (kommunikative Validierung). Der Pretest erfolgte an drei Hausärzten.

Die Fallvignetten und die Grundstruktur der Leitfäden hängen dem Abschlussbericht gesondert an (siehe Anhang).

### **3. Datenerhebung**

#### **3.1. Erhebungsstrategie (Experteninterviews)**

Als zentrales Erhebungs- und Analyseverfahren wurde das leitfadengestützte Experteninterview gewählt, da die Leitfadenstruktur die Interviewpartner zu einer umfassenden und detaillierten Erzählung anregt (Meuser/Nagel 2004). Die Erhebungsstrategie basierte auf einer offenen Gesprächsführung mit dem Ziel, eine möglichst lückenlose Darstellung zur Vorgehensweise in der Bedarfserkennung und Rehabilitationsplanung zu erhalten.

Die Interviews wurden zweigliedrig strukturiert: Im ersten Teil wurde mittels der dargestellten (berufsgruppenspezifischen) Fallvignetten routinemäßige Handlungsschemata im Prozess der Reha-Bedarfserkennung, Zuweisung und Rehabilitationsplanung erfragt. Im zweiten Interviewteil wurden – unabhängig von einem bestimmten Krankheitsbild – Beschreibungen und Argumentationen von Rahmenbedingungen, Schwierigkeiten und Optimierungspotenzialen bezogen auf den Prozess der Reha-Bedarfserkennung, Zuweisung und Rehabilitationsplanung erfasst.

Auch die Fallvignetten und Gesprächsleitfäden wurden so konzipiert, dass sich ein jeweils selbstläufiges narratives, deskriptives und argumentatives Kommunikationsschema entwickeln konnte.

Um die Perspektiven niedergelassener Haus- und spezialisierter Fachärzte mit den Sichtweisen der sozialmedizinischen Gutachter (RV) in Bezug setzen zu können, gliederte sich die Expertenbefragung in zwei zeitlich voneinander getrennte Abschnitte. Nachdem etwa ein Drittel der Interviews mit den niedergelassenen Hausärzten und Rheumatologen erhoben worden war, erfolgte auf Grundlage erster Auswertungsergebnisse ein Austausch mit sozialmedizinischen Gutachtern, die für die Rentenversicherung in Mitteldeutschland auf operativer Ebene tätig sind (n=4). Diesem Feedback (kommunikative Validierung) folgend sind die Gesprächsleitfäden/die Fallvignetten für die 2. Welle der Expertenbefragung (geringfügig) modifiziert worden.

#### **3.2. Rekrutierung der Gesprächspartner für Experteninterviews**

Zur Rekrutierung der Gesprächspartner für Experteninterviews wurden über die Kassenärztlichen Vereinigungen Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen 408 Praxisadressen von Fachärzten für Allgemeinmedizin sowie 57 niedergelassene internistische Rheumatologen ermittelt, in mehreren Wellen angeschrieben und um Ihre Teilnahme an der Studie gebeten. Die Rücklaufquote lag bei etwa 15 Prozent. Verbindliche Gesprächstermine konnten mit 51 Niedergelassenen vereinbart und durchgeführt werden.

Zu den häufigsten Ablehnungsgründen, die fermündlich durch die Forscher erfragt worden sind, zählten fehlende zeitliche Möglichkeitsrahmen und mangelndes Interesse an der Forschungsfrage.

Bei der Rekrutierung der Interviewpartner wurde v.a. auf ein ausgewogenes Verhältnis von Stadt- und Landarztpraxen in möglichst geographisch gleichmäßiger Verteilung pro Bundesland geachtet. Aufgrund der geringen Anzahl niedergelassener internistischer Rheumatologen, die sich bereit erklärten an einem Interview teilzunehmen, musste hier auf eine entsprechende Stadt-Land-Stratifizierung bezüglich der Praxislage verzichtet werden.

### 3.3. Datenbasis

Im Rahmen der Datenerhebung wurden insgesamt 51 Interviews geführt. Befragt wurden niedergelassene Allgemeinärzte und Rheumatologen sowie sozialmedizinische Gutachter der DRV Mitteldeutschland.

<b>Datenbasis Experteninterviews</b>	
<b>Interviewte insgesamt</b>	51
<b>Fachrichtung</b>	
<b>Hausärzte (insgesamt)</b>	32
<b>Rheumatologen (insgesamt)</b>	15
<b>soz.-med. Gutachter</b>	4
<b>Geschlecht</b>	
Hausärzte w/m	15/17
Rheumatologen w/m	6/9
<b>Praxisstandort</b>	
Rheumatologen Stadt/Land	11/4
Hausärzte Stadt/Land	19/13

Die Auswahl der Interviewpartner für die Experteninterviews erfolgte im Sinne des *Theoretical Sampling* (Glaser/Strauss 1967/2005) verbunden mit dem Ziel, ein möglichst breites Spektrum an Exper-

tenwissen, unterschiedlicher Berufserfahrung und regionalspezifischer Besonderheiten der Niederlassung (Praxis Stadt/Land) in die Analyse einzubeziehen. Dabei sind die Erhebung des Datenmaterials, die Datenanalyse und die Theoriebildung drei miteinander eng verflochtene, in einer Wechselbeziehung stehende und zeitlich parallel ablaufende Arbeitsaktivitäten. Die Erhebung weiterer Daten erfolgte systematisch, in sich wiederholenden Zyklen von Datenerhebung, Datenanalyse und der Formulierung von ersten Hypothesen, die wiederum an weiterem Datenmaterial geprüft wurden. Vereinfacht gesagt erfolgte die Auswahl der Interviewpartner parallel zur Datenauswertung, in Anlehnung an erste aus dem Datenmaterial hervortretende Analyseergebnisse. Glaser und Strauss (2005) sprechen in diesem Zusammenhang vom Prinzip der Sättigung: So konnte davon ausgegangen werden, dass eine Sättigung erreicht war, als die Datenerhebungen und Datenanalysen keine neuen Erkenntnisse zu der gestellten Forschungsfragen mehr brachten.

### 3.4. Aufbereitung der Daten

Die Gesamtheit der via Fokusgruppen- und Experteninterview erfassten qualitativ-empirischen Forschungsmaterialien wurden im Originalwortlaut verschriftlicht (transkribiert). Der Arbeitsschritt der Transkription umfasst die Darstellung verbaler und nonverbale Besonderheiten des Gesprächs für die wissenschaftliche Analyse (Schütze 2007):

<i>Die verwendeten Transkriptionszeichen:</i>	
(.)	= kurzes Absetzen
..	= Pause
(3sek.)	= Pause; Dauer in Sekunden
(,)	= Senken der Stimme
(´)	= Heben der Stimme
(-)	= Stimme in der Schwebe
(!)	= besonderer Ausruf
(selber ?)	= vermuteter Wortlaut
&	= auffällig schneller Anschluss
„.....“	= dialogische Rede
/	= Konstruktionsabbruch
(k)	= Korrektur
<u>Schulung</u>	= betont gesprochen



### **3.5. Ethik und Datenschutz**

Das Datenschutzkonzept orientiert sich an den datenschutzrechtlichen und forschungsethischen Vorgaben der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und umfasst die Einwilligung und Freiwilligkeit der Teilnahme an der Studie, die pseudonymisierte Verschriftlichung (Transkription) der Interviews und deren Zugriffskontrolle (Zugriff grundsätzlich passwortgeschützt), die sichere Aufbewahrung der Code-Listen getrennt von den Transkripten, das verschlüsselte Versenden und sichere Löschen der Originaldaten.

## **4. Datenauswertung**

Die Auswertung der transkribierten Fokusgruppen- und Experteninterviews erfolgte computergestützt und folgte der Erkenntnislogik der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2011) und der *Grounded Theory* (Glaser/Strauss 1967/2005).

### **4.1. Der Auswertungsschritt der Inhaltsanalyse**

Zu Beginn orientierte sich die Analyse an thematisch zusammengehörigen – oftmals auch über das Gespräch verteilten – Darstellungspassagen. Das Kategoriensystem, mit dessen Hilfe das Material „zerlegt“ worden ist, richtete sich (zunächst) am Gesprächsleitfaden der für die Expertenbefragung entwickelt worden war aus (deduktive Auswertungsstrategie). Der Interviewleitfaden entsprach also bereits ersten auswertungsrelevanten Kategorien.

Im nächsten Analyseschritt wurden neue Kategorien entwickelt (induktives Vorgehen). Dabei orientierte sich die (induktive) Kategorienbildung an systematischen, regelgeleiteten Reduktionsprozessen: Einzelne Aussagen werden durch Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung herausgearbeitet und fallübergreifend generalisiert (Mayring 2010). Im Zuge der schrittweisen induktiven Kategorienbildung wurden Definitionskriterien sowie das Abstraktionsniveau festgelegt, um die „neuen Kategorien“ entweder unter die schon bestehenden Kategorien subsumieren oder als neue Kategorien festlegen zu können.

Die an der Datenauswertung beteiligten Forscher vergewisserten sich regelmäßig darüber, dass die am gleichen Material zu gleichen bzw. ähnlichen Aussagen kommen (Interkoderreliabilität). Unterschiede in der Dateninterpretation wurden in regelmäßigen Arbeitstreffen diskutiert.

#### **4.2. Auswertung auf der Grundlage der Erkenntnislogik der Grounded Theory**

Die Ergebnisse der inhaltsanalytischen Auswertung bildeten das Fundament für die Auswertung der Experteninterviews mittels *Grounded Theory* (Glaser, Strauss, 1967/2005). Im analytischen Mittelpunkt stand die kontextabhängige Bedeutungsinterpretation der narrativen, deskriptiven und argumentativen Darstellungspassagen in den Experteninterviews.

In einem „Kodierprozess“ wurden Ergebniskategorien, ihre Merkmale und Charakteristika herausgearbeitet: Das offene Kodieren, also das analytische Herausarbeiten der einzelnen Phänomene und ihrer Merkmale und Charakteristika, erfolgte als erster Analyseschritt. Das offene Kodieren erfolgte mit dem Ziel der Klassifikation der im Datenmaterial liegenden Phänomene und des Bildens theoretischer Konzepte, mit denen die zu untersuchende Forschungsfrage Beantwortung finden kann. Im nächstfolgenden analytischen Schritt wurde es dann möglich, Codes zu entwickeln. Im Anschluss daran wurden diese Codes im Arbeitsschritt des so genannten axialen Kodierens differenziert, also Beziehungen zwischen den einzelnen Phänomenen/Kodes gesucht – dies mit dem Ergebnis, erste Kategorien zu formulieren. Im nachfolgenden Analyseschritt des selektiven Kodierens wurden dann so genannte Kernkategorien herausgearbeitet, deren Abstraktions- und Detaillierungsgrad es ermöglichte, die zentralen Phänomene des Untersuchungsgegenstands und ihre Zusammenhänge (über alle Kategorien hinweg) zu erfassen. Auf dieser Grundlage wurde es nunmehr möglich, gegenstandsbezogene Theorien zu statuieren. Von zentraler Wichtigkeit waren dabei die kontinuierlichen (kontrastive) Vergleichsprozesse, beispielsweise zwischen unterschiedlichen Auffassungen und Sichtweisen der Befragten (Minimal- und Maximalkontrastierungen). Verglichen wurden Gemeinsamkeiten in den Relevanzsetzungen, Handlungen und Interaktionen (wie beispielsweise gemeinsam geteilte Wissensbestände zur Rehabilitationsplanung) und Unterschiede des Erfahrungswissens (wie beispielsweise Erfahrungen im Antrags- und Bewilligungsverfahren). Aus diesem (berufsgruppenspezifischen) Vergleich wurden mittels Minimal- und Maximalkontrastierungen dann Ähnlichkeiten und Unterschiede aus dem empirischen Material herausgearbeitet, verbunden mit der Formulierung hypothetischer Beziehungen zwischen den einzelnen Phänomenen und einer theoretischen Generierung spezifischer Kategorien.

Die Vergleichbarkeit der Experteninterviews wurde v.a. durch die leitfadenorientierte Interviewführung in Verbindung mit (berufsgruppenspezifischen Fallvignetten) gewährleistet.

Die Validität des Datenmaterials ist gesichert a) durch die epistemische Kraft narrativen, deskriptiven und argumentativen Darstellungspassagen aus den Interviews und b) die lückenfrei aufgezeichnete Darstellungsweise der Transkription.

### III. Ergebnisse

#### 5. Ergebnisse der Literaturanalyse

Der Aspekt des Zugangs zu Rehabilitationsleistungen in Deutschland ist seit mehr als zwei Jahrzehnten Gegenstand wissenschaftlicher Forschungsarbeiten. Dabei wird dieses Forschungsfeld sowohl mittels unterschiedlicher methodischer Zugangswege als auch hinsichtlich verschiedener Kernthemen untersucht. In *methodischer* Hinsicht finden sich

- Befragungen im Design standardisierter Querschnittsbefragungen sowie entsprechende Kombinationen aus Interviews, schriftlicher Befragung und Dokumentenanalysen
- Analyse und Re-Analyse von Routinedaten
- Expertenmeinung / Sachtexte

Befragungen erfolgen hierbei größtenteils nach dem quantitativen Forschungsparadigma mittels Fragebogenerhebung und widmen sich überwiegend Einstellungen und Verhaltensweisen von bestimmten am Zugangsprozess beteiligten Berufsgruppen – vorrangig behandelnden Hausärzten – sowie von Versicherten/Patienten. Qualitative Forschungsdesigns sind dabei ebenso deutlich in der Unterzahl wie kontrollierte randomisierte Studien.

*Inhaltlich* sind Forschungsschwerpunkte insbesondere im Bereich der Rahmenbedingungen und Problembereiche im Zusammenhang mit dem Zugang zu medizinischer Rehabilitation zu finden:

Schnittstellen zwischen ambulanter Versorgung<sup>4</sup> und medizinischer Rehabilitation im Hinblick auf einen bedarfsgerechten Zugang zu rehabilitativen Leistungen finden sowohl in frühen als auch in jüngeren Arbeiten vor allem vor dem Hintergrund von Fehlversorgung Eingang in das Feld der Rehabilitationsforschung sowie entsprechender Publikationen. Dabei werden zum einen Leistungen bei nicht-rehabilitationsbedürftigen Patienten thematisiert (Übersorgung). Zum anderen gibt es patientenseitig Rehabilitationsbedarfe, die nicht oder zu spät im Krankheitsverlauf in eine Rehabilitationsleistung münden (Unterversorgung) (u.a. Barth et al. 1989, Brandt 1989, Vogel et al. 1997, Zimmermann et al. 2004, Mittag/Raspe 2007).

Bereits Barth et al. (1989) verwiesen in diesem Zusammenhang auf die hohen Folgekosten, die insbesondere die Gruppe der rehabilitationsbedürftigen Nicht-Inanspruchnehmer, etwa im Fall einer vorzeitigen Frühberentung, für das Sozialversicherungssystem verursachen und plädierten daher schon frühzeitig dafür, der Problematik der Unterversorgung größere Aufmerksamkeit zu widmen. Probleme der Unterinanspruchnahme und späten Inanspruchnahme sind untrennbar verbunden mit der Gefahr eines ungünstigen Krankheitsverlaufs, bis hin zur Chronifizierung des Leidens (Glaser-Möller

---

<sup>4</sup> Hier und im Folgenden verstanden als Leistungen zur Krankenbehandlung nach SGB V.

2001). Ohnehin sind chronische und chronifizierende Erkrankungen mit progredientem Verlauf hierbei von besonderer Relevanz. So ergaben sich etwa für die Region Mitteldeutschland am Beispiel chronisch-entzündlich rheumatischer Erkrankungen deutliche Hinweise auf eine Unterinanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Mau 2007). Eine Querschnittsbefragung mittels Fragebogenerhebungen von Mau et al. (2004) zeigte hier einen Rückgang der in Anspruch genommenen Rehabilitationsmaßnahmen bei cP-Patienten und SPA-Patienten, trotz des hohen Risikos der drohenden Erwerbsunfähigkeit und der Tatsache, dass ein Drittel der Patienten mit chronisch-entzündlicher Gelenkerkrankung ohne medizinische Rehabilitationsleistung berentet werden. Insgesamt sinkende Antragszahlen trotz gestiegener Rehabilitationsbedürftigkeit belegen diesen Trend (Vogel/Jäckel, 2007).

Faktoren, die hinsichtlich des Rehabilitationszugangs hemmend wirken und zur Unterinanspruchnahme rehabilitativer Leistungen führen können, sind in der recherchierten Literatur auf mindestens vier Ebenen zu finden:

- I) patientenseitig (Eigeninitiative und Inanspruchnahme)
- II) arztseitig (Antragsanregung und -Unterstützung)
- III) trägerseitig (Antrags- und sozialmedizinisches Entscheidungsverfahren, Leistungszuweisung und -steuerung)
- IV) akteursübergreifend (Kommunikation und Kooperation)

(I) Das Inanspruchnahmeverhalten von Versicherten/Patienten nahmen Zimmermann et al. (1999) in den Blick und verglichen in einer postalischen Befragung bei 4400 berufstätigen Versicherten der LVA Schleswig-Holstein subjektive Reha-Bedürftigkeit, Antragsintention und Antragsstellung. 59% der Versicherten, die sich selbst als rehabilitationsbedürftig einschätzten, hatten nicht die Absicht, eine Rehabilitationsmaßnahme zu beantragen, 89% von ihnen verzichteten tatsächlich darauf. Die Gründe für einen Antragsverzicht sind dabei vielfältig und reichen von arbeitsplatzbezogenen und finanziellen über familiäre Gründe bis hin zu unzureichender Informiertheit über das rehabilitative Versorgungsangebot (u.a. Zimmermann et al. 1999, Klosterhuis et al. 1999, Mau/Müller 2008).

(II) Angesichts dieser Ergebnisse scheint das Empfehlungs- und Unterstützungsverhalten behandelnder Ärzte umso bedeutsamer in der Diskussion um eine bedarfsgerechte Zuweisungspraxis. Insbesondere Hausärzten kommt hierbei eine zentrale Steuerungsfunktion zu (u.a. Deck et al. 2000, 2009, van den Bussche/Dunkelberg 2003, Krischke et al. 1997, Petermann et al 1994, Mau et al 2004). Jedoch verhalten sich Ärzte im Erkennungs- und Zugangsprozess eher passiv und neigen oftmals nur in geringem Ausmaß dazu, ihre „gatekeeper-Funktion“ (intensiver) wahrzunehmen (Badura/Staender 2002, Krischke et al. 1997). Einstellungen und Erwartungen gegenüber rehabilitativen Leistungen

gelten dabei sowohl bei Hausärzten (u.a. Deck et al. 2000, Krischke et al. 1997) als auch bei spezialisierten Fachärzten, wie Kusak et al. (2006) in einer Fragebogenstudie an internistischen und orthopädischen Rheumatologen belegen, als wesentliche Einflussfaktoren auf den ärztlichen Entscheidungsprozess. In diesem Zusammenhang belegen Untersuchungen auch ein nach wie vor problematisches Image von Rehabilitation bei befragten Ärzten (u.a. Petermann et al. 1994, Deck et al. 2009, Wirth et al. 2010): (ablehnende) Einstellungen und (falsche) Erwartungen korrelieren dabei mit den vorhandenen Kenntnissen und Erfahrungen hinsichtlich medizinischer Rehabilitation, die sich nachweislich sowohl bei Patienten als auch bei Vertragsärzten als defizitär erweisen (u.a. Deck et al. 2009, Dunkelberg/van den Bussche 2002).

(III) Weitere Forschungsarbeiten belegen zudem hemmende Problembereiche, die sich vorwiegend auf das Antragsverfahren sowie den sozialmedizinischen Entscheidungsprozess beziehen. So empfinden viele Ärzte den Aufwand des Antragsverfahrens – einschließlich Befundbeschaffung, nicht nachvollziehbaren Ablehnungsbescheiden sowie Bemühungen im Rahmen des Widerspruchsverfahrens – als Hürde (u.a. Deck et al. 2009, Mau et al. 2004, van den Bussche/Dunkelberg 2003, Mau et al. 2008).

Ein weiteres zentrales Problem ergibt sich aus der nur schwer objektivierbaren Rehabilitationsbedürftigkeit (u.a. Meng et al. 2005, 2007, Kobelt et al. 2009, Raspe et al. 2005, Gerdes et al., 2007). Das bisherige Antragsverfahren scheint in diesem Zusammenhang als „Screeningverfahren“ eher ungeeignet, da der Begriff der Rehabilitationsbedürftigkeit zu unscharf definiert ist (Hansmeier et al. 1999, Kobelt et al. 2009) und validierte Beurteilungskriterien zur sozialmedizinischen Objektivierung von Rehabilitationsbedarf zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht vorliegen (u.a. Meng et al. 2005, 2007, Raspe et al. 2005). Die Teilnahmebereitschaft zur Entwicklung und Erprobung ausgewiesener Screeninginstrumente als wesentliche Möglichkeit frühzeitiger Bedarfserkennung ist unter der Ärzteschaft allerdings nur als sehr gering einzuschätzen (Deck et al. 2009).

Auch durch fehlende „harte Messkriterien“ für Zugang und Einweisung sowie intransparente Allokationskriterien nehmen niedergelassene Ärzte daher sowohl das Antragsgeschehen als auch den Entscheidungsvorgang durch den Leistungsträger oftmals nicht als wissensbasierte Objektivierung, sondern insgesamt als hochbürokratischen und undurchsichtigen Vorgang wahr, was nachgewiesenermaßen ihre Bereitschaft senkt, eine Empfehlung für einen Rehabilitationsantrag an die Patienten heranzutragen (van den Bussche/Dunkelberg 2003, Deck et al. 2000).

(IV) Probleme bestehen zudem in der interdisziplinären Informationsübermittlung, Kommunikation und Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten, Rehabilitationseinrichtungen, Akutkliniken und Leistungsträgern (Best/Gerdes 2005, Deck et al. 2000, 2009). Daneben ist im Hinblick auf die Nachhaltigkeit von Rehabilitationserfolgen eine Optimierung der Schnittstelle zwischen ambulan-

ter/stationärer Rehabilitation und dem sozialen Alltag des Patienten unverzichtbar (Maier-Riehle/Schliehe 1999, Marnetoft et al. 1999, Mittag/Jäckel 2009, Kobelt et al. 2005). Braun (2009) konstatiert in diesem Zusammenhang, dass sich trotz der gesetzlichen Verpflichtung zur Zusammenarbeit der am Gesamtprozess beteiligten Akteure, im Zuge des SGB IX, eine integrierte und trägerübergreifende Kooperation und Koordination rehabilitativer Leistungen nur schleppend bis gar nicht vollzieht.

Die vorliegenden Ergebnisse der Literaturrecherche lassen damit insgesamt zwar eine gewisse Methodenvielfalt erkennen, jedoch mangelt es nach wie vor sowohl an systematischen Übersichtsarbeiten als auch an randomisierten kontrollierten sowie an kombinierten oder rein qualitativen Untersuchungen. Dabei können vor allem Letztere dazu beitragen, die dynamischen und vielschichtigen Prozesse im und um das System medizinischer Rehabilitation und dessen Akteure in den Blick zu nehmen, insbesondere um subjektive Situationsdeutungen und Sinnzusammenhänge, die subjektiven Dimension von Rehabilitationsprozessen – etwa hinsichtlich der Inanspruchnahme oder aber der subjektiven Verortung im System – zu verstehen. Trotz eines deutlichen Erkenntnisgewinns durch die vorliegenden Forschungsarbeiten scheint insbesondere der Transfer der Untersuchungsergebnisse in die Praxis nur zögerlich zu gelingen. Hier weisen frühe Forschungsarbeiten (1989 – 1999) teilweise die gleichen Problemhorizonte hinsichtlich des Zugangs zu rehabilitativen Leistungen auf, wie aktuelle Studien.

Daher kann man an dieser Stelle festhalten, dass trotz der (zu gewissen Themen zahlreich) vorliegenden Studien eine Vielzahl rehabilitationswissenschaftlicher Fragestellungen nach wie vor durch das Fehlen evaluierter (und evidenzbasierter) Lösungsstrategien gekennzeichnet ist, wodurch weiterhin ein umfangreicher Forschungsbedarf angezeigt ist. Hierzu zählen insbesondere

- die Notwendigkeit einer eindeutigen, operationalen Definition von Reha-Bedarskriterien und damit einhergehend
- die Steigerung von Transparenz und Nachvollziehbarkeit im Verwaltungsverfahren sowie Objektivierung des sozialmedizinischen Entscheidungsprozesses sowie
- die Überwindung von Schnittstellenproblemen der verschiedenen am Rehabilitationsprozess beteiligten Akteure.

## 6. Ergebnisse der empirischen Erhebung

Auf Grundlage des Datenmaterials erschlossen sich der Forschergruppe hinsichtlich des Rehabilitationszugangs aus der ambulanten Versorgung Hürden und Problembereiche auf folgenden drei Ebenen

- Bedarfserkennung,
- Antragsverfahren,
- sozialmedizinischer Entscheidungs- und Zuweisungsprozess,

die im Folgenden handlungslogisch und aus der Sichtweise der Befragten dargestellt werden sollen.

Allen drei Problemdimensionen immanent sind dabei Aspekte der

- rehabilitationsbezogenen Informationswege sowie
- der (interdisziplinären) Zusammenarbeit und Kommunikation,

die im Anschluss betrachtet werden sollen.

Da sich bei Letzterem zeigte, dass auch die Gesamtrehabilitationsprozessplanung betreffende Faktoren einen bedarfsgerechten Rehabilitationszugang aus der ambulanten Versorgung (negativ) bedingen können, werden diese Aspekte in die Betrachtung eines übergreifenden Kapitels mit einbezogen, welches sich mittels eines wissenschaftstheoretischen Rahmenkonzeptes des komplexen Sachverhaltes analytisch nähert.

Aufbauend auf den sondierten Problembereichen werden innerhalb der Kapitel die verschiedenen Perspektiven der Befragten auf Potentiale zur Verringerung der wahrgenommenen Barrieren vorgestellt, um diese in einem nächsten Schritt resümierend zu diskutieren und umsetzungs- und praxisrelevante Handlungsempfehlungen abzuleiten.

Die hier im Überblick benannten Themenkomplexe werden nachfolgend abschnittsweise ausführlich betrachtet und mit exemplarischen Erzählpassagen der Befragten belegt.

### 6.1. Mechanismen der Bedarfserkennung niedergelassener Allgemein- und spezialisierter Fachärzte

Die Bedarfserkennung und die Formulierung des Rehabilitationsbedarfs im Reha-Antrag sollen vor dem Hintergrund des Konzeptes der funktionalen Gesundheit mit Fokus auf Krankheitsfolgen auf Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe geschehen, wie es in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) grundgelegt ist. Zentral sind dabei gesundheitliche Auswirkungen auf die Ausübung der beruflichen Tätigkeit. Hinsichtlich der Bedarfserkennung haben dies die für diese Studie interviewten sozialmedizinischen Gutachter (DRV) als Anforderung an niedergelassene Allgemein- und spezialisierte Fachärzte einstimmig formuliert:

*„Ja, im Prinzip die (.) ja, da muss er doch ins ICF-Denken eigentlich rein, ne. Also das was jetzt die größte Funktionseinschränkung für den Versicherten ist in seiner Teilhabe am Arbeitsleben. Das ist ja das, was für uns eigentlich die Rolle spielt, ne.“ (Zitat Gutachter)*

Der Forderung der sozialmedizinischen Gutachter (DRV) nach Einschätzung und Beschreibung von Krankheitsfolgen v.a. auf den Bereich der Partizipation am Erwerbsleben (Teilhabe) und deren Beeinträchtigung steht die Bedarfserkennungsroutine der befragten Allgemeinärzte und Rheumatologen wesentlich gegenüber. Die Auswertung des Datenmaterials machte deutlich, dass sich die für diese Studie befragten Allgemeinärzte und Rheumatologen hinsichtlich der Bedarfserkennung kaum am Konzept der ICF, sondern an den singular-fallspezifischen Besonderheiten des Patientenleidens orientieren, wenn sie Rehabilitationsbedarf entdecken. Genau an dieser Stelle findet sich ein Nährboden für Missverständnisse zwischen der Betrachtung von Gesundheit (Teilhabe) und Krankheit durch sozialmedizinischen Gutachter und den (für diese Studie befragten) antragunterstützenden Allgemeinmediziner und Rheumatologen. Umso wichtiger ist es herauszuarbeiten, anhand welcher Beurteilungskriterien sich niedergelassene Allgemein- und spezialisierte Fachärzte gehalten sehen, einen Rehabilitationsantrag zu initiieren und wie bei der Einschätzung des Rehabilitationsbedarfs vorgegangen wird, um den subjektiv empfundenen Rehabilitationsbedarf (messbar) zu objektivieren.

### **6.1.1. Kriterien für die Initiierung eines Rehabilitationsantrags**

Die Analyse des Datenmaterials hat gezeigt, dass die befragten Allgemeinärzte und Rheumatologen hinsichtlich der Reha-Bedarfserkennung jeweils für sich Beurteilungsroutinen entwickelt haben, die maßgeblich von der Fachrichtung der befragten Ärzte abhängen. Während etwa die befragten Allgemeinmediziner den Rehabilitationsbedarf ihrer Patienten häufig anhand psychosozialer Kriterien identifizieren, die sich sowohl auf familiäre und persönliche Faktoren als auch auf die Probleme im Berufsleben beziehen können, orientieren sich Rheumatologen eher an somatischen Aspekten wie Funktionseinschränkungen und klinischen Befunden. Unterschiedliche Kriterien der Bedarfserkennung gehen dabei oftmals einher mit jeweils unterschiedlichen Zielsetzungen, die die Befragten mit Rehabilitation verbinden. Hier zeigte insbesondere die Analyse der Fallvignetten, dass Rheumatologen primär das Ziel der Symptomlinderung verfolgen. Hausärzte hingegen, die mit der berufs- und lebensweltlichen Belastungssituation ihrer Patienten oftmals langjährig vertraut sind, sehen im räumlichen Abstand zur (oftmals psychosozial belasteten) Berufs- und Alltagswelt der Patienten ein zentrales Bedarfsmerkmal und intendieren in erster Linie den therapeutischen Effekt der situativen Entlastung des Patienten – den so genannten Milieuwechsel – im Rahmen stationärer Rehabilitation:

*„(...) fernab der Heimat, also ohne Kinder noch, ohne Saubermachen, Einkaufen, Kochen zuhause, sie mal Zeit hat sich eingehend mit Therapien zu beschäftigen.“ (Zitat Hausarzt)*



In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass für eine Vielzahl der befragten Allgemeinmediziner und Rheumatologen der Erhalt der Erwerbsfähigkeit – von den befragten Gutachtern als zentrales Kriterium benannt – den Charakter eines Fernziels aufweist, wobei die Bedarfserkennungsroutine niedergelassener Ärzte zugleich vor allem Nahziele fokussieren, wenn es um die Entscheidung für eine Rehabilitation geht. Aus gutachterlicher Sicht wird dabei das Bedarfskriterium des "Erhalts der Erwerbsfähigkeit" durch niedergelassene Ärzte nicht hinreichend rezipiert:

*„Wir erleben aber auch sehr unterschiedliche Auffassungen der Kollegen zu medizinischer Reha. Das ist spannend. also ich glaube ganz sicher, dass ganz viel im Denken der Ärzte sich verändern muss.“ (Zitat Gutachter)*

Die Entscheidung, einen Rehabilitationsantrag zu initiieren, erwächst bei nahezu allen Befragten beider Arztgruppen vielmehr aus einem Abwägungsprozess zwischen der fallindividuellen Einschätzung der persönlichen Ressourcen, die der Patient zur Krankheitsbewältigung mobilisieren kann, der Möglichkeiten ambulanter Maßnahmen vor Ort, dem erwarteten Krankheitsverlauf (Prognose) und vorliegenden klinischen Befunden.

Hierbei beziehen Hausärzte und Rheumatologen vor allem folgende (Bedarfs-) Merkmale ein:

- Bedarfsmerkmal Arbeitsunfähigkeitszeiten,
- Ausschöpfung ambulanter Maßnahmen,
- stationäre Rehabilitation als Chance, den Krankheitsverlauf (frühzeitig) positiv zu beeinflussen,
- Erreichbarkeit und Verfügbarkeit von Angeboten ganztägiger ambulanter Rehabilitation.

### **Bedarfsmerkmal Arbeitsunfähigkeiten**

Insbesondere Hausärzte geben an, sich durch hohe Arbeitsunfähigkeitszeiten alarmiert zu fühlen, eine Rehabilitation zu erwägen/zu initiieren. Dies gilt insbesondere für die Patientengruppen, die häufig bzw. immer häufiger eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vom Arzt (zumeist Hausarzt) erbitten. Gleichzeitig betonen jedoch beide befragten Arztgruppen, dass die Arbeitsunfähigkeitszeiten in der Versorgungsrealität kein belastbares Bedarfsmerkmal (im Sinne objektiver Messbarkeit) im Bewilligungsvorgang sein sollten, da dies eine Verteilungsungerechtigkeit impliziere: So würden Patienten, die sich (zumeist aus beruflich-existenziellen Gründen) um Vermeidung von AU-Zeiten bemüht zeigten, bestraft, wenn sie wegen geringer Arbeitsausfallzeiten keine medizinische Rehabilitation bewilligt bekämen. Diese Patienten würden wider ärztlichen Rat und zum Schaden ihrer aktuellen gesundheitlichen Situation bei erheblichem Leidensdruck darauf drängen, im Arbeitsprozess zu blei-

ben und dem Reha-Antrag erst bei unaufhaltbarem Leidensdruck zustimmen. Die fehlende Zeit der Regeneration respektive gesundheitlichen Stabilisierung sichere jedoch nur kurzfristig die berufliche Existenz. Bei langfristiger Betrachtung des Krankheitsverlaufs seien die Verweigerung der Krankenschreibung und die damit paradoxerweise verbundene Ablehnungswahrscheinlichkeit eines Reha-Antrages unweigerlich mit der Gefahr einer drohenden Erwerbsminderung verbunden. Mit dieser Problematik sehen sich Hausärzte und Rheumatologen gleichermaßen häufig konfrontiert:

*„Also es ist schwieriger für jemanden ne Reha zu bekommen, der regelmäßig arbeiten geht (,) wie dieser Maurer (.) und sich nicht krankschreiben lässt (.) der es eigentlich aber nötig hätte / als bei jemandem der irgendwelchen lapidaren Rückenschmerz hat und schon ein halbes Jahr krankgeschrieben ist. Was nicht immer nachvollziehbar ist, und der bekommt dann die Reha.“  
(Zitat Rheumatologe)*

*„Und /ehm/ da gibt's ne ein ganzes breites /ehm/ Patienten Klientel, die Beru.. oder die vollschichtigen LKW-Fahrer, ne. (...) Diejenigen können zum Beispiel nicht überall jetzt zu ner Ambu... zum... zum... zum Gesundheitssport, was weiß ich, irgendwas gehen. Das geht für diejenigen nicht, die... die irgendwo außerhalb unterwegs sind. Das geht für diejenigen nicht, die Schichten arbeiten. Da ist das meistens gar nicht einordenbar, so. Und die haben auch nicht Zeit, von einem Facharzt zum andern zu laufen. Und diejenigen sind die, die durchs Raster fallen. Die erwisch ich irgendwann mal, wenn die mal hier mit Husten, Schnupfen mal drei Tage mal irgendwie ne... ne Krankschreibung brauchen.“  
(Zitat Hausarzt)*

Diese Patienten würden mit einem möglichen Ablehnungsbescheid noch tiefer in die Problematik der Erkrankungsfolgen und des damit verbundenen Leidens hinein geraten. Patienten, die trotz geringem Leidensdruck häufig Krankschreibung fordern, würden hingegen leichter eine Bewilligung erwirken.

Im Zusammenhang mit der fächerübergreifenden, gemeinsamen Fallvignette zum Krankheitsbild Fibromyalgie beklagten die Rheumatologen, dass sie „gar keinen Einblick“ (Zitat Rheumatologe) in die Entwicklung des Krankheitsverlauf insgesamt und in die singulär-fallspezifischen Besonderheiten (Lebensarrangement, privat-familiäre und/oder berufliche Belastungssituationen) hätten, da die Krankschreibungen in der Regel vom Hausarzt durchgeführt würden. Somit sehen sich mehr als die Hälfte der befragten Rheumatologen außerstande, im Rahmen des Antragsverfahrens Angaben zu(r) (möglichen Häufung von) Arbeitsunfähigkeitszeiten zu machen.

An dieser Stelle kann festgehalten werden, dass die Quantität der Arbeitsunfähigkeitszeiten für Hausärzte ein zentraler Indikator für Reha-Bedarf ist. Die Bedarfserkennung anhand Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage setzt allerdings voraus, dass der Patient auch willens ist, einerseits eine Krankenschreibung als Chance der Stabilisierung respektive Regeneration in Anspruch zu nehmen, andererseits nicht bereits wegen geringer Beschwerden dem Arbeitsplatz fern zu bleiben.

## **Ausschöpfung ambulanter Maßnahmen**

Die Ausschöpfung ambulanter Maßnahmen (z.B. Heilmittelanwendungen und Psychotherapie in Leistungsträgerschaft der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)) wird von der Rentenversicherung als eines der Kriterien für die Feststellung der Notwendigkeit einer Rehabilitationsbehandlung gesehen.

Genau diese geforderte „Ausschöpfung“ ist aus Sicht der niedergelassenen Ärzte jedoch problematisch wenn (a) das Heilmittelbudget nicht ausreicht und/oder (b) ambulante Maßnahmen nach SGB V schwierig oder nicht verfügbar sind<sup>5</sup>.

### **(a) Unzureichendes Heilmittelbudget**

Jeweils zwei Drittel der befragten Hausärzte und Rheumatologen kritisieren, dass das Heilmittelbudget insbesondere für Physiotherapie viel zu eng bemessen sei, um die Möglichkeiten ambulanter GKV- Leistungen tatsächlich ausschöpfen zu können:

*„(...) solange wie diese Budgetbegrenzungen nicht fallen und die Ärzte die / denen ständig gedroht wird mit Regressforderungen, können sie natürlich diese ambulanten Therapiemaßnahmen nicht ausschöpfen.“ (Zitat Rheumatologe)*

*„(...) oder dass du dir überlegen musst, kann ich denn jetzt die Physiotherapie aus Budgetgründen aufschreiben. Das finde ich eigentlich schlimm.“ (Zitat Hausarzt)*

### **(b) Verfügbarkeit ambulanter GKV-Leistungen**

Die Auswertung der Fallvignetten legt nahe, dass die meisten der befragten Allgemeinärzte und Rheumatologen um das Leistungsspektrum der Angebote einzelner Anbieter ambulanter Maßnahmen wissen und gewillt sind, die entsprechende Behandlung sorgfältig und vorausschauend zu planen. Jedoch sei hierbei die regionale Verfügbarkeit und somit auch Erreichbarkeit regional teilweise sehr unterschiedlich. Hausärzte kritisieren hier die langen Wartezeiten bei ambulanten Facharztterminen sowie bei Terminen für andere ambulante Leistungen. Rund ein Drittel der befragten Rheumatologen sehen ein Problem darin, zügig Termine für ein Funktionstraining zu bekommen:

*„Also in (Ortsauslassung) ist die ambulante Reha sehr sehr gut (.) es gibt mindestens drei ganz große Zentren. Eins ist zum Beispiel am Fußballstadion (.) Die sind sehr sehr gut (.) Die am Fußballstadion haben eine Wartezeit von länger als einem Jahr (.) Da muss ich mal sagen, dann braucht der Patient die Rehabilitation nicht mehr (.)“ (Zitat Rheumatologe)*

---

<sup>5</sup> Bei der Datenauswertung fiel auf, dass sowohl die befragten Rheumatologen als auch die Allgemeinärzte hinsichtlich der Differenzierung zwischen ambulanten Maßnahmen wie Funktionstraining und Rehabilitationssport einerseits und ganztägiger ambulanter Rehabilitation andererseits schwer unterscheiden können. In vielen Falldarstellungen verschwimmen daher beide Begrifflichkeiten miteinander.

Besonders prekär sei dabei die massive Auslastung psychotherapeutischer Versorgungsangebote und die damit verbundenen langen Wartezeiten:

*„Es steht zwar oft drin, ambulante Maßnahmen wären nicht ausgeschöpft, ja (.) gut (.) da muss man dann auch immer die regionalen Gegebenheiten sehen, was hab ich überhaupt für ambulante Möglichkeiten hier. Die sind ja zwar theoretisch da aber praktisch nicht vorhanden. Zum Beispiel Psychotherapie.“ (Zitat Allgemeinarzt)*

Zudem sei es insbesondere für Berufstätige (vor allem Schichtarbeiter und Berufspendler) und Patienten mit Fürsorgeverantwortungen (den Kindern oder pflegenden Angehörigen gegenüber) häufig unmöglich, ambulante Maßnahmen in organisatorischen Einklang mit dem Berufsalltag und der familiären Fürsorgeverantwortung zu bringen:

*„Ich hab ein sehr großes Einzugsgebiet. Es kommen viele vom Dorf (-) arbeiten vielleicht noch irgendwo ganz anders (-) so dass also die Möglichkeit einer adäquaten Physiotherapie schwierig ist (.) weil der Zugang nicht so leicht ist & Zum einen durch die Verordnungsmöglichkeiten (') zum andern regional sehr unterschiedlich (') zum Teil keine Physiotherapieeinrichtung am Ort (!) oder der Patient kommt so von der Arbeit, dass er dann gar keine Möglichkeit mehr hat zu gehen. Das muss man auf jeden Fall mit beachten.“ (Zitat Rheumatologe)*

### **Stationäre Rehabilitation als Chance, den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen**

Etwa jeder zweite befragte Allgemein- und niedergelassene Facharzt hebt hervor, dass die Sinnhaftigkeit des Ausschöpfens ambulanter Maßnahmen einzelfallorientiert betrachtet werden sollte. Schätzt der behandelnde Arzt die Schwere des Krankheitsverlaufs und -prognose ungünstig ein, sollte der Patient bereits früh im Krankheitsverlauf von den weitreichenden therapeutischen Möglichkeiten einer Rehabilitation profitieren dürfen, unabhängig davon, ob die Möglichkeiten ambulanter Leistungen bereits ausgeschöpft worden sind oder nicht. Denn Rehabilitation wird von den Befragten beider Arztgruppen auch gleichermaßen als Chance gesehen, v. a. den chronisch kranken Patienten rechtzeitig im Krankheitsverlauf Bewältigungsstrategien zu vermitteln, um ihn zu einem eigenverantwortlichen, gesundheitsbewussten und krankheitsadäquatem Verhalten zu befähigen. So zeigt die Auswertung der Fallvignette Morbus Bechterew, dass sich etwas mehr als die Hälfte der befragten Rheumatologen dafür aussprechen, dass im Rahmen einer Rehabilitation der Umgang mit der Erkrankung wesentlicher Lerngegenstand ist.

Dabei verdeutlichen sich uneinheitliche Betrachtungswinkel der gleichen Befragten: Hinsichtlich Therapiezielen auf der somatischen Ebene, die - wie dargestellt - für die Rheumatologen besondere Bedeutung hat, ist Rehabilitation eher am Ende des ambulanten Behandlungsprozesses verortet. So

brachte die Auswertung der Fallvignetten „Fibromyalgie“ und „Depression“ auch hervor, dass insbesondere für Hausärzte (insgesamt 19), aber auch für einige Rheumatologen (insgesamt 5) ein wichtiges Reha-Bedarfsmerkmal mit der Feststellung verbunden ist, an der Grenze der Möglichkeiten des eigenen ärztlichen Handelns angelangt zu sein:

*„Ja (.) na Reha-Bedarf sehen wir oft an der Stelle, wo wir (.) wo wir nicht mehr weiter kommen (.) also wo wir ambulant mit dem Patienten dasitzen und sagen: ´eigentlich all das, was wir jetzt getan haben, hat nicht zum Ziel geführt (.) mehr können wir ambulant nicht machen´ (.)“ (Zitat Allgemeinarzt)*

*„Wenn ich merke, ich komme hier nicht so zurecht.“ (Zitat Rheumatologe)*

Zugleich findet sich auch eine Wertschätzung von Therapieinhalten zur Krankheitsbewältigung innerhalb der Rehabilitation, deren Vermittlung im Krankheitsverlauf frühzeitig erfolgen sollte. Inhaltlich werden dabei besonders die positiven Effekte des Lernens durch Beobachtung anderer Betroffener und das Erlernen krankengymnastischer Übungen hervorgehoben:

*Aber eigentlich würde man sagen / wie müsste es sauber laufe (') / denke ich vor allem alle neu diagnostizierten Patienten (...) mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen vor allem. Das ist nicht nur der Bechterew, sondern auch Patienten mit Polyarthritiserkrankungen oder teilweise Kollagenosen (.) gerade am Anfang, irgendwann in der Anfangsphase der Erkrankung ´ne ordentliche Reha-Behandlung mit Patientenschulung und wo sie lernen, Gelenkschutzmaßnahmen, Ergotherapie und lernen dort die richtige Krankengymnastik. Das ist eigentlich ´ne Sache, die sollte eigentlich fast zur regulären Therapie dazu gehören. (Zitat Rheumatologe)*

Ebenfalls bezogen auf die Fallvignette „Morbus Bechterew“ sehen nahezu alle befragten Rheumatologen (insgesamt 12) gerade auch dann einen Rehabilitationsbedarf, wenn die Behandlung beim Rheumatologen keine wesentliche Verbesserung der Schmerzsymptomatik und der Funktionseinschränkung herbeiführen kann – unabhängig davon, ob die ambulanten Maßnahmen (hier vor allem Krankengymnastik) ausgeschöpft worden sind oder nicht.

### **Erreichbarkeit und Verfügbarkeit von Angeboten ganztägiger ambulanter Rehabilitation**

Die meisten der befragten Hausärzte und Rheumatologen zeigen sich mit dem angebotenen Leistungsspektrum von Angeboten ganztägiger ambulanter Rehabilitation zufrieden. Jedoch sei auch hier die Verfügbarkeit regional sehr unterschiedlich. Damit würde sich eine Vielzahl der befragten Hausärzte (insgesamt 23) und Rheumatologen (insgesamt 7) zur Beantragung einer stationären Rehabilitation gehalten sehen.

Die Gutachter ihrerseits bewerten die Verfügbarkeit ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen deutlich positiver als die vergleichsweise befragten Ärzte beider Befragungsgruppen:

*„Es gibt natürlich ein Stadt-Land-Gefälle, das ist ganz klar. (...) Jede stationäre Einrichtung von uns kann auch ganztätig ambulante Reha-Leistung erbringen (.) und damit ist das Netz derer, die ambulante Reha-Leistung erbringen, dann schon deutlich breiter. (...) Das ist weniger bekannt / auch den (k) ich denke auch den Niedergelassenen weniger bekannt, was man unter ambulant versteht, ne. (...) fünfzig Kilometer, das ist so ungefähr der Radius, den wir für einen Rehabilitanden für zumutbar halten. Ist aber bundesweit so. So dass natürlich es auch Ecken gibt, wo jemand wirklich keine ambulante Reha-Einrichtung nutzen kann, weil er einfach zu weit weg wohnt.“ (Zitat Gutachter)*

Der hier exemplarisch zitierte sozialmedizinische Gutachter vermutet eine Unkenntnis unter niedergelassenen Ärzten darüber, was die Möglichkeiten ganztätig ambulanter Rehabilitation und die organisatorischen Rahmenbedingungen ihrer Durchführung anbetrifft.

Zudem kann festgestellt werden, dass sich im Datenmaterial zahlreiche Hinweise darauf finden lassen, dass das Initiieren eines Antrags auf stationäre Rehabilitation ein Versuch des beantragenden Arztes sein kann, zu lange Fahrtwege zur ganztägigen ambulanten Rehabilitation und lange Wartezeiten bei ambulanten Leistungen nach SGB V zu umgehen, damit dem Patienten zeitnah zum Erkennen gesundheitsbezogenen Handlungsbedarfs die benötigte therapeutische Hilfe zukommen kann. In diesem Zusammenhang sei betont, dass die Verhältnismäßigkeit von Fahrtwegen nicht unbedingt mit geografischen Maßen zu beschreiben ist. Die Ärzte beider Befragungsgruppen weisen hier darauf hin, dass das alleinige Vorhandensein ambulanter Rehabilitationseinrichtungen in der (entfernteren) Umgebung keinesfalls die tatsächliche Versorgung sichern würde. Auch hier zeigt die Auswertung der drei Fallvignetten, dass berufliche Eingebundenheit (Schichtarbeit, pendeln zum Arbeitsort) oder familiäre Fürsorgeverantwortung (Pflege Angehöriger, beaufsichtigungsbedürftige Kinder) organisatorische Schwierigkeiten darstellen, die dem Wahrnehmen einer ambulanten Angebote entgegenstehen können.

### **6.1.2. Vorgehen von Niedergelassenen bei der Einschätzung des Reha-Bedarfs**

Sozialmedizinische Gutachter (DRV) erwarten, wie bereits ausgeführt, eine am Konzept der ICF ausgerichtete Ausgestaltung der Befundberichte, wobei insbesondere gesundheitliche Auswirkungen im Bereich der Erwerbsausübung darzustellen sind. Die Auswertung des Datenmaterials hat jedoch gezeigt, dass sich kaum einer der befragten Hausärzte oder Rheumatologen an der ICF orientiert, wenn es darum geht, den subjektiv empfundenen Reha-Bedarf für den Antrag nachvollziehbar darzulegen

und möglichst messbar zu objektivieren. An dieser Stelle sei hervorgehoben, dass der Mehrzahl der Befragten beider Arztgruppen die ICF inhaltlich unbekannt ist (siehe dazu auch Kapitel 6.2.2.2.).

In diesem Unterkapitel wird der Frage nachgegangen, wie bei der Einschätzung des Reha-Bedarfs durch niedergelassene Ärzte verfahren wird. Im Rahmen des erhobenen Datenmaterials nehmen die Befragten dabei hinsichtlich zweier Vorgehensweisen Bezug:

- Intuitives Vorgehen auf der Grundlage von Erfahrungswissen
- Verwendung von Checklisten

### **Intuitives Vorgehen auf der Grundlage von Erfahrungswissen**

Objektive Messkriterien werden bei der Einschätzung des Reha-Bedarfs kaum zugrunde gelegt. Insbesondere die Analyse der drei Fallvignetten zeigte, dass das intuitive erfahrungsbasierte Vorgehen bei der Einschätzung des Reha-Bedarfs überwiegt. Diese erfahrungsgelenkte Einschätzung des Rehabilitationsbedarfes steht auch in Verbindung mit der oftmals langjährigen Vertrautheit mit dem Lebensarrangement der Patienten sowie der Entwicklung von Krankheitsverläufen und deren Bewertungsroutinen, die ausschließlich auf Erfahrungswissen fußen. Im Zusammenhang mit der Fallvignette „Depression“ betonten nahezu zwei Drittel der befragten Hausärzte, dass der zu erwartende subjektive Nutzen für den Patienten der Reha ausschlaggebend dafür sei, ob eine Reha letztlich initiiert würde oder nicht – unabhängig vom Befinden/der Arbeitsfähigkeit des Patienten:

*„Da muss ich (k) das ist kein „messen“, das ist ein „kennen“ der Patienten und damit auch eine Einschätzung der Patienten: erreiche ich mit ´ner Reha was (´) oder erreich ich nichts (,) ja (´).“ (Zitat Hausarzt)*

Die Analyse der Fallvignette „Depression“, die ausschließlich Hausärzten vorgelegt worden war, hat zudem gezeigt, dass trotz der offensichtlichen Beeinträchtigungen der Patientin keine Reha initiiert wird, wenn die Gesamtprognose des Krankheitsverlauf und damit die Rehabilitationsprognose als ungünstig eingeschätzt werden:

*„Ich gebe natürlich Recht (k) oder ich gebe zu, dass eine gewisse Gefährdung der Erwerbsfähigkeit hier natürlich auch durch die Zeilen guckt (.) das ist gar keine Frage. Aber die Frau krieg´ ich nie im Leben mit ´ner Reha gebessert, dass die Gefährdung wegfiel. Nie im Leben.“ (Zitat Hausarzt)*

Ähnliche Einschätzroutinen werden von vielen der befragten Rheumatologen praktiziert, wenn es um die Einschätzung des Reha-Bedarfs von Fibromyalgie-Patienten geht. Hier sehen sich Rheumatologen zumeist nur zum Ausschluss chronisch entzündlicher Aktivität verpflichtet:

*„Es gibt keine Laborveränderung, es gibt keine histologische Veränderung, es gibt keine radiologische Veränderung, nix. Es gibt nur die Beschwerden des Patienten und die sind subjektiv (.) wie Beschwerden eigentlich generell (.) und natürlich teilweise objektiv begründet aber subjektiv dargestellt.“ (Zitat Rheumatologe)*

Die Zuständigkeit für Behandlung und Bedarfserkennung von Fibromyalgie-Patienten weisen Rheumatologen zumeist ab. Ausschlussdiagnostik und Rücküberweisung zum Hausarzt erscheinen als angemessenes Konsultationsziel (insgesamt 11 derartige Fallschilderungen). Diese „Zuordnung von Zuständigkeiten“ soll am nachfolgenden Textbeispiel belegt werden (siehe dazu auch Kapitel 6.5.2.1.):

*„(...) muss der Hausarzt einschätzen, wie sieht's mit seinen Begleiterkrankungen aus? Herz-Kreislauf, Diabetes, Blutdruck. Ist er rehabilitationsfähig oder nicht, ne. Das ist (.) das ist auf der Hausarztstrecke.“ (Zitat Rheumatologe)*

Morbus-Bechterew Patienten hingegen würden von den befragten Rheumatologen häufig als „typischer Reha-Fall“ (Zitat Rheumatologe) erachtet – sofern keine zu hohe entzündliche Aktivität feststellbar ist – da die Reha-Prognose hier deutlich günstiger eingeschätzt wird.

Nahezu die Hälfte der befragten Hausärzte (insgesamt 19) und einige Rheumatologen (insgesamt 4) sehen ein Problem darin, den oftmals diffusen Symptomschilderungen der Patienten eine konkrete Diagnose zuzuweisen, „wenn ein Patient sich nicht ordentlich klar äußert“ (Zitat Rheumatologe). Ein Hausarzt bemerkt dazu:

*„In vielen Fällen leben wir ja mit Patienten, die uns Symptome schildern und wo's uns sehr, sehr schwer fällt zu nem Namen zu kommen. Zum Beispiel das am Ende für 'nen Patienten schon die Diagnose Fibromyalgiesyndrom in irgend 'ner Form steht, ist ja oft schon ein sehr, sehr langer Weg. Wobei ja die Symptome ja oft nicht so geschildert werden, wie wir's gerne hören wollen. (.) Ähnlich wie die Diagnose Depression ja oft nicht so ganz, ganz leicht auf der Hand liegt, ja. Sondern nicht selten ja doch irgendwie larviert ist und ganz andere Sachen geschildert werden. Und ob man sich vielleicht auch oft gar nicht so sicher ist bei den Symptomen, die der Patient schildert. (.) Stimmt denn das nun alles, will er nur grad den Krankenschein haben, weil er seine Wohnung renovieren will? Was ist wirklich dran?“ (Zitat Hausarzt)*

An dieser Stelle kann festgehalten werden, dass die intuitive Bedarfseinschätzung trotz der hierin ausgedrückten wertvollen Erfahrungen des Arztes unter anderem aus der „erlebten Anamnese“ fehleranfällig ist. Rehabilitationsbedarf an sich wird zwar erkannt, die konkreten Dimensionen des Reha-Bedarfs und die Chancen von Rehabilitation werden jedoch nicht zuverlässig erfasst und nur unzureichend interdisziplinär besprochen. In Einzelfällen kann durch ein vorurteilsbehaftetes Prognostizieren eines (möglicherweise ausbleibenden) Rehabilitationserfolges die Initiierung des Reha-Antrags unterbleiben.



## Verwendung von Checklisten

Checklisten zur Reha-Bedarfserkennung (in Abgrenzung von Checklisten zur Funktionsdiagnostik) werden – mit Ausnahme einer Hausärztin und einem Rheumatologen – von den befragten Allgemeinärzten und Rheumatologen nicht verwendet. Einerseits sind den meisten der befragten Ärzte – Hausärzten wie Rheumatologen gleichermaßen – Checklisten als Assessmentinstrumente für Rehabilitationsbedarf unbekannt. Andererseits fürchtet eine Vielzahl der befragten Ärzte, dass die verbindliche Einführung einer solchen Checkliste mit neuen bürokratischen Anforderungen und erheblichem Zeitaufwand verbunden sein würde. Hauptsächlich aus diesen genannten Gründen stehen die meisten der befragten Hausärzte und Rheumatologen der (verbindlichen) Einführung eines Assessmentinstruments für Rehabilitationsbedarf in Form einer „Checkliste“ kritisch bis ablehnend gegenüber. Als Erklärung dafür führen Hausärzte ebenso wie Rheumatologen an, dass das Erfahrungswissen in Verbindung mit dem fachärztliche Kompetenzprofil einen optimalen Wissensvorrat bieten würde, um Reha-Anträge urteilsfähig und fachkundig auszufüllen:

*„Also, ich sag mal so. Ich hab sechs Jahre Medizin studiert, hab mein Facharzt abgeschlossen. Nach einigen Jahren / war mehrere Jahre in der Klinik, jetzt schon seit vier Jahren an der Niederlassung. Also ich denke nicht, dass ich ne Checkliste brauch, um irgendwelche Anträge zu schreiben, ne. Also ich schreib die Anträge mit meinem medizinischen Wissen und mit meinem Erkenntnis drüber, ob der Patient das brauch oder nicht. Und da brauch ich keine Checkliste, sondern ein vernünftiges Deutsch, und das ist gut.“ (Zitat Hausarzt)*

*„Also wie gesagt (.) also Anamnese, Funktionsscores, klinische Untersuchung. Da denk ich stellen wir den Reha-Bedarf schon fest (,) ja (-)“ (Zitat Rheumatologe)*

Zudem können sich die Wenigsten dabei einen möglichen Mehrwert versprechen und vermuten angesichts ihres engen zeitlichen Handlungsspielraums im Praxisalltag dahinter eher einen Mehraufwand.

*„Ich hab hier zehn Minuten für nen Patienten. Da können sie nicht noch Checklisten abarbeiten“. (Zitat Rheumatologe)*

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die befragten Ärzte zwar Checklisten benutzen, diese erfassen jedoch v.a. Funktionseinschränkungen und dienen gerade Rheumatologen zur Absicherung klinischer Befunde. Reha-bezogene Assessmentinstrumente, die bei der Bedarfserkennung hilfreich wären, sind Hausärzten und Rheumatologen zumeist unbekannt und werden als Optimierungsmöglichkeit überwiegend abgelehnt.

## **6.2. Zum Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Befragten**

Leistungen zur (medizinischen) Rehabilitation sind in Deutschland Antragsleistungen und werden aus der ambulanten Versorgung heraus erst durchgeführt, wenn der Versicherte/Patient selbst, ggf. auf ärztliche Anregung, aktiv wird und ein entsprechender Antrag positiv beschieden wird. Diesem Antrag des Patienten/Versicherten müssen dabei entscheidungsrelevante Daten zum Gesundheitsstatus sowie zur Erforderlichkeit der Rehabilitation durch den behandelnden Arzt im Rahmen eines Befundberichtes beigefügt werden. Die Entscheidung, ob bei dem Versicherten/Patienten entsprechende sozialrechtliche Voraussetzungen erfüllt sind und die Notwendigkeit einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme besteht, trifft der Leistungsträger.

Die Mitwirkung des behandelnden Arztes ist so Voraussetzung, dass der richtige Patient zur richtigen Zeit die richtige Rehabilitationsleistung erreicht. Hier hat er nicht nur, wie das vorherige Kapitel zeigte, hinsichtlich der Bedarfserkennung eine Schlüsselstellung inne, sondern bildet mit der Gestaltung des Befundberichtes auch die Informationsgrundlage für die Beurteilung des Rehabilitationsbedarfes durch die Prüfarzte der Rentenversicherung. Da die entsprechende sozialmedizinische Begutachtung in Mitteldeutschland zum überwiegenden Teil nach Aktenlage erfolgt, sind die begutachtenden Sozialmediziner umso mehr auf zielgerichtete ärztliche Informationen und differenziert dokumentierte Bedarfs-Kriterien im Befundbericht des behandelten Arztes angewiesen.

Die Analyse des Datenmaterials verweist an dieser Stelle jedoch auf weitreichende Problembereiche, wechselseitig aufeinander bezogene Kritik und Zuschreibungen sowie Fehlwahrnehmungen durch die befragten Akteursgruppen, die, wie die folgende Übersicht verdeutlichen soll, in der Konsequenz einem rechtzeitigen und bedarfsgerechten Rehabilitationszugang geeigneter Patienten entgegenstehen können.

### **6.2.1. Abgrenzungsprobleme der verschiedenen Leistungsträger**

Die Antragsverfahren zwischen den Trägern der medizinischen Rehabilitation (vor allem Renten- und Krankenversicherung) unterscheiden sich in Deutschland nicht nur hinsichtlich der Antragsformulare, sondern auch in Bezug auf Verfahrensabläufe und Zugangswege<sup>6</sup>. Wenngleich entsprechende Zuständigkeiten sozialrechtlich definiert sind, bestehen bei den befragten Ärzten in diesem Zusammen-

---

<sup>6</sup> Die Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme in Trägerschaft der Gesetzlichen Krankenkassen verläuft in Deutschland über ein zweistufiges Verfahren: So muss das eigentliche Antragsformular (Formular 61) zunächst mittels eines Anforderungsformulars (Formular 60) – das unter den Befragten als „Antrag zum Antrag“ bezeichnet wird – beantragt werden. Bei Leistungen im Rahmen der Deutschen Rentenversicherung entfällt diese Vorbeantragung. Dabei sind beide Leistungsträger nach § 14 SGB IX verpflichtet, die Zuständigkeiten untereinander abzuklären. Ist der Leistungsträger, bei dem der Antrag eingereicht wurde, nicht zuständig, hat dieser den Antrag innerhalb einer Frist von 14 Tagen an den Zuständigen weiterzuleiten.

hang beträchtliche Abgrenzungsprobleme. Dies machte sich zum einen im Rahmen der Interviewführung bemerkbar – insofern, als dass die interviewenden Wissenschaftler, obwohl der Kern des Forschungsinteresses im Vorfeld deutlich auf Rehabilitation in Trägerschaft der Deutschen Rentenversicherung abgesteckt wurde, vermehrt auf diese Abgrenzung hinweisen und zurück auf diesen Fokus lenken mussten, da die Befragten zur Vermengung neigten. Zum anderen ergeben sich nach Einschätzung der Befragten aus der für sie mangelnden Trennschärfe der Zuständigkeiten grundlegende Unsicherheiten, die sich arzt- und patientenseitig als hemmende Faktoren auf das Vorgehen bei der Reha-Antragsstellung auswirken würden.

Der Eindruck mangelnder Trennschärfe der Trägerzuständigkeiten wird offenbar z. T. auch durch diese Institutionen – zumindest in der Wahrnehmung ihrer Nutzer – selbst produziert. So seien nicht nur behandelnde Ärzte, sondern auch ihre Patienten schlicht überfordert vom „Zuständigkeitsgerangel“ (Zitat Hausarzt) der Rehabilitationsträger. Patienten würden dabei „verschaukelt“ (Zitat Hausarzt) und Verantwortlichkeiten zu Lasten der Patienten „hin und her geschoben“ (Zitat Hausarzt), wodurch von den Patienten oftmals eine arztseitige Hilfestellung beansprucht werde. Ein Großteil sieht sich jedoch vor dem Hintergrund der hohen Arbeitsbelastung im alltäglichen Handeln oftmals nicht in der Lage, manche auch nicht in der Pflicht, die Frage der Zuständigkeit im Vorfeld einer möglichen Beantragung mit den oder für die Patienten zu klären. Viele der Befragten nutzen an dieser Stelle – aus Gründen der Unkenntnis und Unsicherheit – zwar den Weg der Zuständigkeitsklärung durch die Leistungsträger, wählen hierbei aber regelmäßig den Weg über die Krankenkasse und somit über das zweistufige Antragsverfahren:

*„Denn wir stellen den Antrag, der Patient geht damit zu seiner Krankenkasse und dort wird gesehen (‘) Rentner Krankenkassen, (‘) erwerbstätig Rentenversicherung. Ist ja nur der Kostenträger. (...) Aber der Antrag geht erst mal über die Krankenkasse.“ (Zitat Rheumatologe)*

In der Folge empfindet ein Großteil der Ärzte den Prozess der Beantragung als bürokratisch, langwierig und umständlich, weswegen medizinische Rehabilitation oftmals erst zeitverzögert erfolgen könne. Für viele der Ärzte schwinde dadurch der Anreiz, die Anträge ihrer Patienten zu unterstützen:

*„Wenn's nachher (k) wenn der Antrag von der Rentenversicherung, dann ist ja der Antrag schon genehmigt und dann is es kein Thema (.) dann füllt man diesen Befundbericht aus, und dann geht das alles seinen Gang. Aber ehe die Patienten überhaupt dazu kommen, ist das ein Wahnsinns bürokratischer Aufwand, so dass man da zunehmend zurückhaltender wird.“ (Zitat Rheumatologe).*

Eine Wahrnehmung, die den befragten Gutachter mehrheitlich begegnen zu scheint:

*„Und wir erleben ja bis hin zu Kollegen mit denen wir sprechen, dass die nach wie vor nicht unterscheiden können zwischen Reha-Antragsstellung durch Krankenversicherung und Ren-*

*tenversicherung. (.) Das ist also nach wie vor alles so was von vermischt und so schwierig nachvollziehbar. Der Wust der Sozialgesetzbücher, ja? Man kann's den Kollegen auch gar nicht verübeln, denke ich. Die haben ihren Kopf mit Abrechnungen und sonst was voll, und jetzt kommt da auch noch einer, der hat nen Antrag nach Rentenversicherung zu stellen und der andere nach Krankenversicherung.“ (Zitat Gutachter)*

Ein weiterer hemmender Faktor betrifft die teilweise massiv geäußerte Kritik am befähigenden Curriculum als Voraussetzung zur Verordnung von Rehabilitation durch die GKV<sup>7</sup>. Dies betrifft die Beantragung von Rehabilitationsleistungen in Zuständigkeit der Rentenversicherung zwar nicht direkt, tangiert sie aber insofern, als dass diese durch die genannten Abgrenzungsprobleme der Ärzte negativ konnotiert werden. So wird die entsprechende Fortbildung, insbesondere seitens der Rheumatologen, als Farce und Degradierung sowie insgesamt als „*behindernde Geschichte, auf bürokratisch skandalöse Art und Weise*“ (Zitat Rheumatologe) erlebt und überwiegend abgelehnt:

*„(...) ich bin also seit Anfang meiner Ausbildung als Rheumatologe eigentlich tätig und darf gar nicht mehr für alle Patienten einen Reha-Antrag ausfüllen. Das wurde ja abgelehnt, weil ich da irgendwelche Fortbildungskurse nicht besucht habe. Und ich muss auch sagen, ich hab mich auch geweigert.“ (Zitat Rheumatologe)*

In Bezug auf das Antragsverfahren der Rentenversicherung führt dies dazu, dass aus Unwissenheit hinsichtlich der Leistungsträgerzuständigkeiten bei einigen Befragten der Irrglaube herrscht, sie dürften ohne entsprechende Absolvierung generell keine Rehabilitationsanträge bearbeiten:

*„Ich weiß gar nicht, ob ich überhaupt noch solche Anträge ausfüllen darf. (.) Da gibt's so ne Art (.) wie soll man sagen (.) Qualifikationsnachweis. Also ich hab den (.) damals nicht erlangt. Bewusst nicht, weil ich gesagt hab' ich halt das für albern.“ (Zitat Rheumatologe)*

Andere berichten von Kollegen, die sich aus diesem Grund generell der Beantragung von Leistungen zur Rehabilitation verweigern, was sich wiederum zu Lasten der Patienten auswirke:

*„Zum Beispiel aber unser Orthopäde hier im Ort, der behauptet auch, er kann das nicht schreiben. Das ist aber nicht mein Problem (.) wenn er den angeregt hat, schreibe ich es nicht. Das kommt überhaupt nicht in Frage. Aber Hallo ('). Da muss er sich einen suchen in seiner Gemeinschaftspraxis, der es halt kann oder einer muss es machen. Das geht ja nicht (.) Die Patienten sind dann die Dummen. Wie gesagt, stellen Sie sich mal vor, Sie schreiben für Pati-*

---

<sup>7</sup> Seit dem 1.4.2006 erfordert die ärztliche Verordnung einer Rehabilitationsmaßnahme über die Krankenkasse eine Zusatzqualifikation. Die Befähigung umfasste ursprünglich einen zum Teil kostenpflichtigen 16-Stunden-Kurs. Auf Grund der geringen Bereitschaft der Ärzte, an den geforderten Qualifikationsmaßnahmen teilzunehmen, wurden neben alternativen Qualifikationsanforderungen die Anwesenheitsstunden im Kurs auf 8 Stunden reduziert (plus 8 Stunden Selbststudium).

*enten, den Sie nicht kennen einen Kurantrag oder umgekehrt, der denkt sich das aus. Ich bin nicht seine Sekretärin. Ja, das geht nicht.“ (Zitat Hausarzt)*

## **6.2.2. Antragsunterlagen und Formulare des ärztlichen Befundberichtes**

### **Praktikabilität der Unterlagen**

Da die meisten Befragten die Papierformulare zu nutzen scheinen, die sie von den Patienten ausgehändigt bekommen oder sich im pdf-Format auf den Seiten der Rentenversicherung downloaden, bezieht sich ein wesentlicher Kritikpunkt in Bezug auf die Antragsunterlagen auf die (Papier-) Form der Formulare sowie auf die – in der Wahrnehmung der befragten Niedergelassenen – mangelnde Integration in die Praxissoftware und fehlende Möglichkeit, die Unterlagen auf elektronischem Weg zu versenden. Das Ausfüllen per Hand bedeute arztseitig zum einen einen erheblichen Mehraufwand, zum anderen sei diese Art der Gestaltung – etwa durch den Verweis auf Formulare mit Blaupapier – weder zeitgemäß noch zweckmäßig. Hinsichtlich der erschwerten Lesbarkeit der von Hand ausgefüllten Anträge wird dieser Kritikpunkt von den befragten Gutachtern indirekt bestätigt:

*„Und dann wird das alles (k) muss das alles per Hand ausgefüllt werden. (.) Ist eigentlich sehr rückschrittig. Ja, und dann kommt dazu, dass Kollegen (k) dass es immer Kollegen geben / oder Handschriften sind einfach unterschiedlich und manchmal schwierig.“ (Zitat Gutachter)*

Deutliche Optimierungspotentiale sehen die befragten Ärzte daher hinsichtlich der Rahmenbedingungen zur Gestaltung des Befundberichtes bzw. im Bezug auf die Antragsformulare: So würde das Einpflegen der Anträge in die Praxis-EDV für einige der Befragten eine wesentliche Arbeitserleichterung darstellen:

*„Das ist nicht das Problem, hier ein PDF-File runterzuladen, sondern es geht darum, dass das ins Programm eingepflegt ist. Es gibt da (k) es sind im Prinzip alle anderen Formulare, ob das ein Überweisungsformular ist oder ne Krankschreibung oder was weiß ich / das ist eingepflegt. Und dann hat man ganz wenige Klicks, kann seine Diagnosen einfügen, kann die Therapien einfügen, nimmt das aus der Akte sozusagen, muss nicht alle noch mal neu schreiben, und die Akte noch mal neu durchwälzen.“ (Zitat Rheumatologe)*

Andere sehen durch (bundes-)einheitliche und im besten Fall papierlose Formulare, welche auch via Fax oder per E-Mail verschickt werden können, die Möglichkeit Bürokratie zu reduzieren.

### **Inhaltliche Ausgestaltung und Anforderungen des ärztlichen Befundberichtes**

Während ein großer Teil der Befragten die kompakte und übersichtliche Gestaltung des Formularsatzes schätzt, wird durch einen kleineren Teil der befragten Ärzte bemängelt, dass die Formulare nur

wenig Platz böten, um komplexe Erkrankungen und/oder Krankheitsverläufe darzustellen. Gutachter verweisen in diesem Zusammenhang auf die Möglichkeit, einen frei formulierten Befundbericht anzufertigen:

*„Die füllen sogar meistens das hier aus, siehe Anlage oder so und schreiben das im Computer. Natürlich es muss ja nicht hier / das ist keine Pflicht, dass dieser Befundbericht da ausgefüllt sein muss. (.) Der Befundbericht ist nicht zwingend erforderlich. Es sind aktuelle verwertbare medizinische Unterlagen. Welche auch das immer sind“ (Zitat Gutachter).*

Dies scheint unter den Niedergelassenen allerdings nicht bekannt zu sein, da sich ausnahmslos alle Befragten auf die Nutzung der Vordrucke der Rentenversicherung beziehen.

Auf die Frage, ob sie wüssten, was der Leistungsträger im Rahmen des Befundberichtes inhaltlich von ihnen erwartet, antwortete ein großer Teil verneinend. Vereinzelt wurden Vermutungen geäußert, hinsichtlich der Begutachtungsentscheidungen würde es auf Formalien ankommen:

*„(...) so formale Aspekte sind da viel, viel wichtiger als jetzt irgendwo, als das, was ich geschrieben habe. Und das ist mein großes Problem.“ (Zitat Gutachter)*

Andere vermuteten bestimmte Schlüsselwörter als Entscheidungsgrundlage:

*„(...) oder ob´s nun auf Schlüsselworte ankommt, die ich nicht kenne“ (Zitat Hausarzt).*

Insgesamt wird daher deutlich, dass sich für die befragten Ärzte keine deutliche und/oder differenzierte Zielstellung in Hinblick auf sozialmedizinische Entscheidungsgrundlagen aus den Antragsunterlagen ergibt.

Eine (inhaltliche) Überarbeitung der Formulare sei, so eine Ärztin, als Handlungsfeld nur unter Einbeziehung aller beteiligten Akteure, also auch der ärztlichen, zielführend. Ein Großteil der Befragten plädiert hier nachdrücklich dafür, festgelegte Kriterien zur Beurteilung des Rehabilitationsbedarfes im Rahmen des Befundberichtes abzufragen – sofern es diese gebe:

*„Wenn es für den Rentenversicherungsträger womöglich fixierte Kriterien gibt, die den Einstieg in so ne Rehabilitationsmaßnahme rechtfertigen, dann sollen sie doch diese Kriterien abfragen. Wenn sie die belegt haben möchten, müssen sie halt einen Hinweis dazu geben.“ (Zitat Hausarzt)*

Für die befragten Gutachter beinhalte ein „gut ausgefüllter“ Antrag u.a.

- den klinischen Befund,
- die Beschreibung von Bewegungseinschränkungen,
- die Beschreibung der bisher erfolgten ambulanten Therapie,
- die berufliche Perspektive,
- Patientenunterlagen der letzten zwei Jahre.

Weniger gut erstellte Befundberichte würden hingegen u.a. folgende Fehlerquellen enthalten:

- die fehlerhafte Gewichtung bzw. Reihung der aufgeführten Diagnosen nach rehabilitationsbezogener Relevanz,
- den fehlenden Bezug zur Erwerbsfähigkeit,
- die mangelnde Passung zwischen klinischen Angaben und Funktionseinschränkungen,
- generelle Unvollständigkeit,
- die unzureichende Darlegung der Ausschöpfung ambulanter Maßnahmen.

Wobei hier die Aspekte der Gewichtung bzw. Reihung sowie der fehlende Bezug zur Erwerbsfähigkeit insbesondere und mehrfach betont wurden:

*„Also es wird häufig nicht das relevante Leiden an erster Stelle gestellt. Also häufig sieht man an erster Stelle der Bluthochdruck, der eigentlich gut medikamentös eingestellt ist. Und das worauf's ankommt, die /eh/ kranke Hüfte mit ner erheblichen Bewegungseinschränkung findet man an vierter Stelle. Ja? Und das ist auch für die Klinikauswahl für uns ja wichtig. Und deswegen / also da haben die zuweisenden oder antragsstellenden Ärzte ihre Probleme, denke ich.“ (Zitat Gutachter)*

Die vorgenommene Reihung steht dabei direkt im Bezug zum Aspekt der Erwerbsfähigkeit:

*„Ja, im Prinzip die (k) ja, da muss er doch ins ICF-Denken eigentlich rein, ne. Also das was jetzt die größte Funktionseinschränkung für den Versicherten ist in seiner Teilhabe am Arbeitsleben. Das ist ja das, was für uns eigentlich die Rolle spielt, ne. Also /eh/ hat er ein Handicap mit dem er auf Arbeit so nicht weiter arbeiten kann, ja, in seiner Tätigkeit? Kann man dadurch oder kann man ihm mit irgendwelchen Mitteln helfen, dass er weiter in der Tätigkeit tätig sein kann? Also er müsste dann doch schon in die Richtung Funktionsstörung denken. Also was beeinträchtigt ihn am meisten? Wie gesagt, eine Hypertonie, die gut medikamentös eingestellt ist, beeinträchtigt ihn nicht in seiner Tätigkeit. Sicher muss man dann noch Faktoren beachten, die er meiden sollte. Aber er ist eigentlich, wenn er gut eingestellt ist (.) nicht eingeschränkt.“ (Zitat Gutachter)*

Mit diesen beiden Gesichtspunkten wurden die Niedergelassenen daher im modifizierten Leitfaden direkt konfrontiert, zu anderen Kriterien nahmen sie ohne gesonderte Nachfrage Stellung.

Zur Problematik der von den Ärzten vorgenommenen Reihung der rehabilitationsrelevanten Diagnosen zeigten sich nur geringe Defizite, überwiegend bei den niedergelassenen Rheumatologen:

*„Das kann einfach daraus resultieren, wir sollen erstmal eine Reihenfolge aufgeben, ohne eigentlich richtig zu wissen, was wollen die denn da.“ (Zitat Rheumatologe)*

Der Großteil der niedergelassenen Ärzte gibt an, diese Anforderung zu kennen und dieser auch nachzukommen. Diess ergab auch die Auswertung der Fallvignetten: Hier wurden ausschließlich die rehabilitationsrelevanten Diagnosen genannt und auch entsprechend gewichtet. Inwiefern dies der sonstigen Praxis entspricht, kann jedoch im Rahmen der vorliegenden Studie nicht geprüft werden.

Hinsichtlich der Bezugnahme zur Erwerbsfähigkeit verweisen zahlreiche Befragte darauf, dass dieser Aspekt einerseits im Rahmen der ärztlichen Stellungnahme – also im Formular – nicht gezielt abgefragt werde:

*„Da wird überhaupt nichts dargestellt. Die Frage steht da gar nicht“ (Zitat Rheumatologe).*

Die befragten Gutachter wenden an dieser Stelle zudem ein, dass die behandelnden Ärzte oftmals nur begrenzte Kenntnisse zur beruflichen Situation ihrer Patienten haben (und haben können), wodurch eine aussagekräftige Stellungnahme, wenn überhaupt, nur beschränkt möglich sei:

*„(...) und dann also zur Teilhabe müsste er genaue Kenntnisse des Arbeitsplatzes haben (.) der Belastung am Arbeitsplatz. Und dann welche Rolle spielt tatsächlich im Alltag eines niedergelassenen Kollegen die Erhebung der Berufsanamnese?“ (Zitat Hausarzt).*

Darüber hinaus erschwere nach Meinung der befragten Ärzte die fehlende Stringenz und wahrgenommene Befundorientierung in Bezug auf die inhaltliche Gestaltung der Formulare die differenzierte artzseitige Darstellung des Rehabilitationsbedarfs:

*„Also mir ist es n bisschen zu sehr befundorientiert. (.) Aber letztendlich die Befunde, die da drin stehen, (.) die sagen meistens, glaube ich, überhaupt nichts darüber, ob ein Reha-Bedarf vorliegt oder nicht.“ (Zitat Hausarzt)*

Einige der Befragten hätten in diesem Zusammenhang wesentliche Schwierigkeiten, Sachverhalte so darzustellen, dass die Notwendigkeit von Rehabilitation deutlich würde:

*„Weil man, weil so bestimmte Dinge kann man gar nicht so vielleicht formulieren, dass die Dringlichkeit des Reha-Antrages vielleicht dann so für den anderen sichtbar wird. Das ist sicherlich /. manchmal wird da ein Patient über den Verwaltungsakt fehlbeurteilt. Oder fehl eingestuft. Das denk ich schon, das passiert ganz oft.“(Zitat Hausarzt)*

Viele Fragen seien unlogisch und unpräzise, irrelevant und nicht situationsgerecht.

*„Das Rehabilitationsziel und die Kontextfaktoren, die keiner versteht. Das ist völliger Schwachsinn, dieses Antragsformular. Das brauche ich auch gar nicht auszufüllen. Das ist auch völlig egal, was ich da schreibe.“ (Zitat Rheumatologe)*



Auf Grund mangelnder Kongruenz zur ICD-10 äußern auch weitere Niedergelassene Schwierigkeiten im Umgang mit der ICF, was unweigerlich von den Gutachtern zurückmeldet wird, die auf unzureichende Beschreibungen der Funktionseinschränkungen im Befundbericht verweisen:

*„Also, die müssen uns ja auch sagen, was sie sehen, ne? Wie ist also jetzt die Einschränkung der Beweglichkeit / wenn wir mal beim Orthopäden bleiben. Oder dass man da also auch wirklich beschreibt, wie eben der Verlauf ist. Es reicht dann also nicht nur hin, siehe laut Schema (‘), oder so. Auch wie die Therapie ist. Ich denke so diese Überlegung (k) also so bisschen zumindest ICF-orientiert, wär schon ganz schön. Es soll ja Niemand ne ICF-Verschlüsselung machen. Machen wir ja auch nicht. Aber das man einfach sich mal überlegt, welche Kontextfaktoren sind denn eigentlich da? Was ist eigentlich die Notwendigkeit um dem Prüfarzt, der den nicht gesehen hat, klarzumachen, warum der zur Reha muss. (.) Also dieser (k) schon allein der Bezug in Richtung Tätigkeit, der wird ja ganz selten nur aufgezeigt.“*  
(Zitat Gutachter)

Eine Nachvollziehbarkeit des Gesundheitszustandes sei so nur schwer zu leisten, was insbesondere für die Begutachtung nach Aktenlage gelte. Die befragten Gutachter sehen daher insbesondere in der zunehmenden ICF-Orientierung im Rahmen der ärztlichen Stellungnahmen wesentliche Optimierungsmöglichkeiten. Hier müsse etwa deutlicher herausgestellt werden

- was die größte Funktionseinschränkung bei der Teilhabe am Arbeitsleben ist,
- was erforderlich ist, um die Erwerbsfähigkeit zu erhalten,
- wofür der Rehabilitationsbedarf angesetzt wird.

Auch durch teilweise unvollständige Anträge würden die befragten Gutachter ihre Arbeit erheblich beeinträchtigt sehen:

*„Und dann fehlen uns natürlich Angaben, Größe, Gewicht, die nicht unbedingt / aber gerade der Blutdruck oder so was. Kann ja durchaus mal ein Kriterium sein, wo man sagt Ja oder Nein.“* (Zitat Gutachter)

Im gemeinsamen Ausfüllen von Antrag und Befundbericht sehen viele der befragten Ärzte einen ziel-führenden Weg, solche Unvollständigkeiten zu vermeiden. Darüber hinaus sei eine Vielzahl von Pati-enten schlicht auf Unterstützung bei der Antragsstellung angewiesen:

*„Also ich mache es mit den Patienten und ich bitte auch immer darum, dass er seinen Antrag mitbringt. (...) Viele sind ja noch nicht mal in der Lage überhaupt allein einen Reha-Antrag auszufüllen.“* (Zitat Hausarzt)

Eine Ärztin berichtet von der Problematik, dass Patienten sie mit der Bearbeitung des Befundberich-tes beauftragen, den Patientenantrag letztlich selbst jedoch nicht ausfüllen und es daher nicht zur

Beantragung der Leistung komme. Auch sie sehe in der gemeinschaftlichen Bearbeitung einen adäquaten Weg, dies zu unterbinden. Zudem habe dieses Vorgehen den Vorteil, dass die Anträge abgestimmt und gemeinsam beim Leistungsträger eingehen, wodurch insgesamt eine höhere Bewilligungschance erwartet wird. In diesem Zusammenhang verweisen auch die befragten Gutachter auf den Vorzug, Patientenantrag und Befundbericht gemeinsam zu versenden:

*„Wir sagen also immer, auch gerade wenn es um Anträge auf Leistungen zur Teilhabe geht, dass man sagt, bitte den Antrag plus Befundbericht zusammen.“ (Zitat Gutachter)*

Neben solchen durchaus positiv zu bewertenden Strategien auf mögliche Fehlerquellen zu reagieren, neigen einige der Befragten gleichzeitig zur Entwicklung fragwürdiger Antragsstrategien zur Steigerung der Bewilligungswahrscheinlichkeit. So beschreibt etwa ein Befragter, dass der Weg über den Rentenantrag der Sicherste wäre:

*„Genau, wenn wir ein Rentenantrag (.) stellen, dann ist er akut die Arbeitsfähigkeit gefährdet (.) Die stellen einen Rentenantrag (.) ja (.) und dann wird der Rentenversicherungsträger sofort hellhörig und bewilligt auch sofort eine Reha. Das geht dann immer ganz schnell und das klappt dann auch relativ unkompliziert.“ (Zitat Rheumatologe)*

Die Auswertung des Datenmaterials brachte eine weitere (suboptimale) Strategie zur Steigerung der Bewilligungswahrscheinlichkeit hervor: Insbesondere Hausärzte fügen ihrem Antrag eine „Befundsammlung“ bei, verbunden mit der Annahme, dass der Nachweis einer Vielzahl unterschiedlicher Patientenleiden als quantitatives Kriterium die Bewilligungschance deutlich erhöhen würde.

Abschließend sollte bei aller geäußerten Kritik erwähnt werden, dass es vermehrt auch deutlich positive Äußerungen hinsichtlich des Antragsverfahrens der Rentenversicherung gab – wenngleich diese Aussagen in den meisten Fällen im Vergleich zu den Formularen der Krankenversicherung getroffen wurden. So seien diese Formulare im Gegensatz zu Anträgen der Krankenkassen

- kompakt und übersichtlich,
- unkompliziert,
- gut gegliedert.

Folglich hat sich eine Vielzahl der Ärzte damit arrangiert und empfindet die Bearbeitung insgesamt als routiniert, flüssig und weniger belastend. Viele machen in diesem Zusammenhang daher deutlich, dass nicht primär die Beantragung, sondern vielmehr die Bewilligung als *die* entscheidende Hürde beim Zugang gesehen werde:

*„Ansonsten hab ich im Antragsverfahren keine Probleme. Vielmehr eher im Entscheidungsverfahren zur Kur.“ (Zitat Hausarzt)*

### **6.2.3. Aufwand vs. Honorierung**

Mit etwas größerem Gewicht bei den Hausärzten besteht bei den befragten Niedergelassenen ein deutliches Unbehagen in Hinblick auf die Honorierung im Rahmen der Berichterstellung. Als hoch wahrgenommene Ablehnungsquoten, Zeitaufwand (Befundsammlung, Schreib- und Kopierarbeit, der erwähnte Umgang mit den Formularen) sowie anfallende Kosten (Kopien) stünden in keinem Verhältnis zur Honorierung von derzeit 25,20 Euro.

*„Dann die häufige Ablehnung der Anträge, dass die Arbeit aus der Sicht umsonst war für nen finanziellen Aufwand, der sich nicht lohnt. (.) Und diese fünfundzwanzig/.“ (Zitat Hausarzt).*

Um teilweise lange Krankheitsverläufe darzustellen, weichen vor allem befragte Hausärzte auf die heimische Arbeit am Abend oder Wochenende aus, wobei die Angaben zu Dauer und Intensität, die für die Bearbeitung des Befundberichtes aufgewendet werden, laut Angaben der Befragten, doch stark zwischen etwa 15 und 60 Minuten variieren.

In der Konsequenz trägt dieser Faktor wesentlich zur Entmutigung der Niedergelassenen bei, wodurch die Motivation, einen Antrag zu initiieren und/oder zu unterstützen weiter sinkt:

*„Und das Ausfüllen eines Reha-Antrages ist ja auch mit Arbeit und vor allem mit Zeit verbunden. Und wenn die Aussichten, dass der Patient ne Reha bekommt, nicht so sehr hoch sind, dann hat man natürlich weniger Anreiz das auszufüllen.“ (Zitat Rheumatologe)*

Eine Vergütung nach Aufwand sei in den Augen der befragten Ärzte daher eine Möglichkeit, die erlebte Inanspruchnahme zu vergüten. Die befragten Gutachter sehen hierfür jedoch kaum adäquate Umsetzungsmöglichkeiten.

### **6.3. Das sozialmedizinischen Entscheidungs- und Zuweisungsverfahren aus Sicht der Befragten**

Die Entscheidung über die Ausführung einer Rehabilitationsmaßnahme ist abhängig von der Bewilligung seitens des Leistungsträgers. Dieser Entscheidungsprozess im Rehabilitationsantragsverfahren stellt dabei einen komplexen Vorgang dar.

Nach formaler Prüfung der *versicherungsrechtlichen* Voraussetzungen des Antragstellers durch die Rehabilitationssachbearbeitung werden die Antragsunterlagen der Versicherten an den Sozialmedizinischen Dienst des Leistungsträgers weitergeleitet, der die *persönlichen* (sozialmedizinischen) Voraussetzungen prüft. Maßgebliches Entscheidungskriterium für Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung ist nach § 10 Abs. 1 SGB VI, dass die Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist. Zudem muss die Möglichkeit bestehen, durch die Rehabilitation eine drohende Minderung der Erwerbsfähigkeit abzuwenden. Sollte diese bereits gemindert sein, ist zu prüfen, ob sie durch die Rehabilitation wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann.

Da im Zuständigkeitsbereich der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland die sozialmedizinische Beurteilung in der Regel nicht durch Begutachtung mit persönlicher Untersuchung, sondern ausschließlich nach Aktenlage erfolgt, bildet der „Ärztliche Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ (Formular G SMB 100 (Bl. 2) 11/2008), der als Anlage dem Versichertenantrag beigelegt wird, die wesentliche Entscheidungsgrundlage. Auf Basis der darin enthaltenen Informationen wird beurteilt, welche Funktionsstörungen sowie Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe bestehen, ob die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert ist und ob die beantragte Leistung eine positive Prognose aufweist. Das Ergebnis dieser sozialmedizinischen Beurteilung von Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -prognose bildet die Grundlage für die Empfehlung an die Sozialverwaltung, die die Entscheidung über die beantragte Leistung trifft und diese ausschließlich an den Versicherten adressiert.

Wie das zugrunde liegende Datenmaterial jedoch zeigt, scheinen für die niedergelassenen Ärzte nicht zuletzt aufgrund dieser einseitigen Informationsübermittlung die beschriebenen Abläufe der Entscheidungspraxis nach außen wenig transparent und nachvollziehbar zu wirken. Daher soll im Folgenden nachgezeichnet werden, welche Problemhorizonte dieser Prozess im Hinblick auf einen bedarfsgerechten Zugang zu Rehabilitationsleistungen birgt und welche Optimierungspotentiale daraus möglicherweise abgeleitet werden können.

### 6.3.1. Wahrgenommene Ablehnungsquote

Hinsichtlich des Entscheidungsprozesses nehmen beide Arztgruppen zum Teil hohe Ablehnungsquoten („Fünfzig Prozent“ Zitat Rheumatologe) wahr<sup>8</sup>. Viele ihrer unterstützten Anträge würden dabei nicht im ersten Anlauf, sondern erst über das Widerspruchsverfahren bewilligt werden:

*„Ich versuch das den Patienten, den ich rate, dass sie ´ne Reha machen sollen, auch schon vorher zu erklären (.) Sie werden wahrscheinlich abgelehnt (.) gehen Sie in Widerspruch (.) ja (.) sie haben halt einen längeren Weg vor sich. Aber machen sie das ruhig und sie haben davon einen Benefit (.) Und dann verstehen sie´s auch und dann machen sie´s auch und dann halten sie auch meistens diesen bürokratischen Marathon durch (.)“ (Zitat Rheumatologe).*

Die Bearbeitungszeit könne sich daher teilweise über mehrere Monate erstrecken. Durch diese oft beklagte lange Bearbeitungszeit würden viele Patienten die Rehabilitation erst erreichen, wenn ihr Leiden bereits chronifiziert und/oder das Potential für den Erhalt der Erwerbsfähigkeit begrenzt ist. Einige der befragten Ärzte zweifeln zudem insgesamt am Konzept des Widerspruchsverfahrens und sehen darin ein Indiz dafür, dass nicht der Bedürftigste, sondern eher der hartnäckigste Patient eine Bewilligung der Leistung erhält:

*„Dass ich oft auch nicht weiß, warum abgelehnt oder angenommen wird und dass man schon das Gefühl hat, dass es schon ein großes Stück eben (.) sozusagen an der Ellbogenmentalität oder an der Durchsetzungsfähigkeit des Patienten liegt. Wenn er nur, sag ich mal energisch genug in Widerspruch geht, dann klappt ´s schon eher. Was ja auch nur kein objektives Kriterium ist und schon gar kein medizinisches. Das bedeutet ja, dass dann sozusagen die Stärksten durchkommen.“ (Zitat Hausarzt)*

Um von positiven Rehabilitationsprognosen der Patienten zu profitieren und Chronifizierungen vermeiden zu können, sei hier eine zeitgerechte Bearbeitung der Anträge zu gewährleisten. Dies sei einerseits durch engmaschigere Bearbeitungsfristen sicherzustellen. Andererseits sprechen sich mehrere Ärzte für die Möglichkeit aus, im Rahmen der Anträge verschiedene Dringlichkeitsstufen anzugeben:

*„Zur optimalen Zeit hätt ich einen Vorschlag (.) sozusagen. Man macht einen / wie ´ne Ampel (lachen) und wenn wir sagen (.) „grün“ muss ganz dringend zur Reha (.) dann muss er halt schnell hin oder (.) das man das irgendwo ankreuzen wie schnell und wie dringend man das sieht. Wenn wir schreiben in einem Jahr, dann ist es jetzt nicht so ganz so wichtig. Aber (.) wenn man das irgendwo zeitlich angeben könnte, wenn wir dann reinschreiben (.) „sofort“ oder „in zwei Wochen“ oder „in vier Wochen“ (.) dann würde das vielleicht auch für den Ren-*

---

<sup>8</sup> Zu berücksichtigen ist, dass es vielen Ärzten aufgrund der bereits aufgeführten Abgrenzungsprobleme schwer fällt, zwischen Ablehnungen durch die Krankenkasse und Rentenversicherung zu unterscheiden.

*tenversicherungsträger ersichtlicher sein, das ist wirklich ein dringendes Problem und dass sie sich da auch mal irgendwo drum kümmern müssen.“ (Zitat Rheumatologe)*

Eine Möglichkeit, von vornherein über den Verbleib des Antrages informiert zu werden, sei ein Eingangsbescheid, auch an den Arzt, im besten Fall unter Angabe des zuständigen Bearbeiters bzw. einer ID-Auftragsnummer zur Nachverfolgung im Internet.

### **6.3.2. Unkenntnis der Bedarfskriterien und Infragestellung der sozialmedizinischen Entscheidungs- und Zuweisungsgrundlagen**

Hinsichtlich der Frage nach ihrem Wissen zu Kriterien, die vom Leistungsträger im sozialmedizinischen Begutachtungsprozess angelegt werden, um Rehabilitationsbedarf zu beurteilen, verwiesen die befragten Ärzte fast ausschließlich auf ihre Unkenntnis:

*„Also ich bin mit den Bewilligungskriterien nicht vertraut. Überhaupt nicht. Ich weiß auch nicht, nach welchen Gesichtspunkten die gehen.“ (Zitat Hausarzt)*

Nur Wenige konnten, zudem eher vage formuliert, den Grundsatz „Reha vor Rente“ und die damit verbundene Zielsetzung, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten, benennen. Insgesamt stützten sich die Aussagen hierzu weniger auf dezidiertes Wissen, sondern erschließen sich den Ärzten in den meisten Fällen aus „Erfahrungswerten“, vagen Zuschreibungen oder aber aus den Ablehnungs- und/oder Bewilligungsschreiben der Patienten (sofern ihnen diese durch die Patienten zugänglich gemacht werden). Die auf diesen Wegen hergeleiteten Kriterien werden zudem, wie bereits in Kapitel 6.1. aufgeführt, als wenig praktikabel bewertet, da sich insbesondere durch die mangelnde Belastbarkeit Verteilungungerechtigkeiten ergeben würden – was insbesondere für die Kriterien „Arbeitsunfähigkeitszeiten“ und „Ausschöpfen ambulanter Maßnahmen“ gelte.

Hier äußern die befragten Niedergelassenen massive Zweifel, ob die Begutachtungsentscheidungen dem medizinischen Behandlungsbedarf entsprechen. Dies begründen sie sowohl damit, dass Leistungen aus Sicht der Niedergelassenen auch bei zweifelhaftem Bedarf gewährt werden, aber auch weil Anträge nach deren Auffassung trotz klarer Indikation erfolglos bleiben:

*„Also es ist schwieriger für jemanden ne Reha zu bekommen, der regelmäßig arbeiten geht, wie dieser Maurer und sich nicht krankschreiben lässt. Der es eigentlich aber nötig hätte, als bei jemand, der irgendwelchen lapidaren Rückenschmerz hat und schon ein halbes Jahr krankgeschrieben ist. Was nicht immer nachvollziehbar ist (.) und der bekommt dann die Reha.“ (Zitat Rheumatologe)*

Dabei sehen die Ärzte hier sowohl akuten Handlungsbedarf als auch, bei rechtzeitiger rehabilitativer Intervention, entscheidendes Erfolgspotential hinsichtlich des Erhalts der Erwerbsfähigkeit:

*„Und da sag ich immer, das sind so die Leute, wo ich denke, das ist so dieses Potential wo wir ja Arbeitsfähigkeit erhalten wollen und die auch wollen und die einfach nur mal dieses an die Hand nehmen brauchen und wo ich denke, das ist so ganz wichtig. Und die Leute werden mir zu oft abgelehnt. Die eigentlich nie krank waren, wissen Sie, die aber im Endeffekt immer funktioniert haben. Und wo ich dann sage (.) ja das wär eigentlich der typische Fall, wo man sagt, dem müsste man eigentlich da was Gutes tun. Und der würde dann hinterher auch wieder für zwei oder drei Jahre total gesund sein. Also (.) ja das sind ja auch diese präventiven Rehabilitationen.“ (Zitat Hausarzt)*

Damit empfinden die befragten Ärzte eine gewisse Willkür im Entscheidungsprozess des Leistungsträgers:

*„Auch so, dass manchmal der Eindruck entstanden ist, es wird (k) es stimmt nicht ganz, aber teilweise hat man den Eindruck, dass da Leute sitzen in diesem Bereich der Bewilligung, die generell einfach es erst mal ablehnen und damit erst mal noch ein Widerspruchsverfahren in die Wege leiten. Denn das hab ich öfter erlebt.“ (Zitat Rheumatologe)*

Teilweise werden hier „pragmatische“ Vorgehensweisen vermutet, die sich an ökonomischen und/oder kommerziellen Gesichtspunkten, wie „Kassenlage“ oder „Kooperationsverträgen“ ausrichten würden. Um diesen Kriterien Rechnung zu tragen, würde eine Vielzahl von Anträgen vom Leistungsträger zunächst abgelehnt oder gar nicht erst gelesen, um abzuwarten, wie sehr sich der Patient zu bemühen bereit ist:

*„Also ich hab eher so das Gefühl, dass die eben auch überlastet sind. Dass sie ganz häufig wenn's keine eindeutigen Kriterien sind erst mal ablehnen und gucken, was passiert (.) so. Ich hab das Gefühl, dass sie eben sehr pragmatisch rangehen.“ (Zitat Hausarzt)*

Derartige Vermutungen weisen die befragten Gutachter teils entschieden zurück. Die entsprechende Begutachtung erfolge nach differenzierten sozialmedizinischen Kriterien. Originäre Entscheidungsgrundlagen seien hierbei:

- Rehabilitationsbedarf
- Rehabilitationsprognose
- Rehabilitationsfähigkeit

Präzisierungen, abgesehen von ihren Anforderungen an den ärztlichen Befundbericht, nehmen die befragten Gutachter dabei nicht weiter vor. Vielmehr wird in diesem Zusammenhang angemerkt, dass es für bestimmte Indikationsbereiche keine „harten“ Kriterien gäbe:

*„(...) bei manchen Erkrankungen gibt's schon harte Kriterien. Ja zum Beispiel im Herz-Kreislauf-Bereich. Wo ich mit der Ergometrie / also wenn ich die Ergebnisse habe, sehe was*

*bringt der noch für ne Herzleistung? Ist die schon so weit runter, dass der gar nicht mehr, dass der dann gar nicht mehr rehafähig ist in unserem Sinne? So was, eben(.) In vielen anderen Bereichen gibt's keine harten Kriterien“ (Zitat Gutachter).*

Zudem liege auch dem Begutachtungs- und Entscheidungsprozess ein gewisses Maß an Erfahrung und Intuition zu Grunde:

*„Ich sehe, was der Hausarzt oder der Facharzt zu diesem Reha-Antrag meint. Das kann man sofort sehen. Wenn er sehr umfangreich ausgefüllt ist und auch unten steht: „er befürwortet vom Hausarzt, Facharzt“. Dann ist das klar, dann steht er dahinter. Wenn der nur so lapidar ganz grob und kaum Funktionsangaben da sind, sag ich mir, der Versicherte ist gekommen, hat ihm das Formular hingelegt und hat gesagt: füllen sie es mal aus. Und dann sind da so minimale Angaben(.) unten steht: Nicht auf seine Veranlassung.“ (Zitat Gutachter)*

Wie man in diesem Zusammenhang jedoch zwischen bewusst und unbewusst schlecht ausgefüllten Anträgen unterscheidet, wird jedoch nicht weiter ausgeführt.

Auch das Kriterium „ausgeschöpfter ambulanter Maßnahmen“ könne und sollte nicht als willkürliche Festlegung, sondern vielmehr als „*kritisches Hinschauen*“ (Zitat Gutachter) bewertet werden. Einheitliche Maßstäbe, was „ausgeschöpft“ in diesem Zusammenhang genau bedeute, gebe es dabei jedoch nicht. Hier komme es auf das sozialmedizinische Know-how der beteiligten Akteure an, die im Sinne einer bedarfsgerechten Behandlung zu prüfen haben haben, wann in diesem Zusammenhang der Bedarf zu medizinischen Rehabilitationsleistungen angezeigt sei und wann nicht:

*„Genauso wenig können wir jedem ne Reha gewähren nur weil er nen Rentenantrag stellt und der Meinung ist, er kann nicht mehr. (.) Muss man natürlich da kritisch drauf gucken. Und es ist ein Abwägen. Und für dieses Abwägen haben sie erst mal sozialmedizinische Kenntnisse und zum anderen wird sich natürlich auch fachlich ausgetauscht.“ (Zitat Gutachter)*

Vielmehr noch sei aber häufig nicht das Ausschöpfen der ambulanten Maßnahmen ablehnungsbe gründend, sondern eher die unzureichende Darstellung der drohenden Erwerbsfähigkeit im Sinne der DRV:

*„Aber oftmals ist es eben gar nicht mal das Ausschöpfen der/eh/der Leistung durch die Krankenversicherung, sondern wirklich die, dass die Erwerbsfähigkeit nicht erheblich gefährdet ist. Das ist schon eher der häufigere (.) für mich der häufigere Ablehnungsgrund. Dass die Maßnahmen zwar brauchen und die auch kriegen, aber diese (k) dass im Prinzip ne Vorsorgemaßnahme oft ausreichend ist. Dass die (.) einem gut tun würde, aber doch nicht im Sinne der Rentenversicherung ne erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit vorliegt.“ (Zitat Gutachter)*



Die Ursache für mögliche Fehlentscheidungen und/oder -zuweisungen tangiert so auch eine unzureichende Qualität der ärztlichen Befundberichte.

Bewilligungskriterien, sofern es einheitliche gebe, seien daher, so die befragten Niedergelassenen, zielgerichtet an die Ärzte zu adressieren. Obgleich eine Befragte hier die Gefahr einer „Anleitung für Gefälligkeitsanträge“ (Zitat Hausarzt) sieht, müssten nach Einschätzung der Mehrheit der Befragten seitens des Leistungsträgers detaillierte Eckpunkte geliefert werden:

*„Ja im Prinzip müsste wahrscheinlich der Rentenversicherungsträger sagen, wer ist der richtige in der richtigen dort (.) dort. Also im Prinzip das definieren. Also meinetwegen kann er auch (.) meinetwegen (k) drei Patientengruppen irgendwo, für die das besonders geeignet sein soll. Dagegen hab ich jetzt nichts, ja. In dem Moment / ja, dann könnt ich mich darauf einstellen und dann würde man das, glaub ich, so ausfüllen“ (Zitat Rheumatologe)*

Neben dem gezielten Abfragen im Rahmen des Antragsformulars/Befundberichtes werden hier weitere Umsetzungspotentiale in der Veröffentlichung dieser Kriterien in Form einer Broschüre oder eines detaillierten Merkblattes zum Antrag gesehen.

Darüber hinaus besteht seitens der befragten Ärzte ein gewisses Misstrauen gegenüber den (Fach-) Kompetenzen des begutachtenden Personals der Rentenversicherung:

*„Ich sage mal, ich kenne weder die Kollegen, ich weiß weder, ob sie diese Krankheitsbilder kennen, noch weiß ich, wer der Rehaberater ist, noch weiß ich nach welchen Dings /.“ (Zitat Rheumatologe)*

Während ein Teil der Befragten die Frage aufwirft, ob es sich überhaupt um medizinische Entscheidungsträger handelt oder es nicht vielmehr Verwaltungsangestellte sind, die über für die Leistungsgewährung befinden, zweifeln andere nicht an der Qualifizierung, doch aber an der indikationsbezogenen Spezialisierung.

Solche Vermutungen über nicht ausreichend qualifizierte Gutachter in den eigenen Reihen weisen die befragten Sozialmediziner zurück und sehen den Grund dieser Wahrnehmung in der artzseitigen Unkenntnis verwaltungsinterner Abläufe. Ausschließlich die versicherungsrechtliche Prüfung der Zuständigkeit erfolge in den Beratungsstellen durch Sozialversicherungsfachangestellte. Nach entsprechender Klärung erfolge die Weiterleitung zum Sozialmedizinischen Dienst, bei dem Fachärzte, die alle über eine sozialmedizinische Zusatzausbildung verfügen, nach genannten Eckpunkten die Notwendigkeit feststellen, ob eine medizinische Rehabilitation notwendig ist:

*„Ich denke mal, da wissen sie nicht, was für Zwischenschritte da alles stattfinden. Die Frage ist, wie man das transparenter machen kann (.) also es gibt natürlich diese, (k) die Ärzte, die in den Prozess einbezogen sind, die machen ja ne fachliche Entscheidung. Und letztendlich*

*wird dann aus medizinischer Sicht der Verwaltung empfohlen, was sie dem Versicherten antwortet. So muss man's ja sagen. Der Bescheid wird ja nicht vom Mediziner erstellt. Wir sind letztendlich der medizinische Fachdienst, der der Verwaltung sagt, ob eine solche Behandlung oder Maßnahme notwendig ist. Und /eh/ in einem, in einem doch mehr oder weniger routinierten Betrieb der Rentenversicherung muss natürlich auch die Verwaltungsentscheidung irgendwo dann in einen bestimmten Text gefasst werden. Ich beschreib's mal so“ (Zitat Gutachter)*

Hinsichtlich der Begutachtungs- und Entscheidungsgrundlagen wünscht sich ein Großteil der befragten Ärzte eine höhere Gewichtung der Meinung der niedergelassenen Ärzte. Zudem seien Entscheidungen nicht ausschließlich nach Aktenlage zu treffen – zumindest Patienten, die ein Widerspruchsverfahren einleiten, seien vom Leistungsträger einzuladen. Bedarfsgerechte Entscheidungen sowie indikationsgerechte Zuweisungen sehen viele der befragten Ärzte nur durch kompetente Entscheidungsträger seitens der Rentenversicherung gewährleistet. In diesem Zusammenhang sei, insbesondere nach Einschätzung der befragten Rheumatologen, daher im besten Fall eine Differenzierung der Bearbeitung nach Fachgebieten anzustreben:

*„Und man sollte vor allen Dingen die Rheumatologie oder diese einzelnen Fachgebiete untereinander trennen und / Selbst der Gutachter ist sicher nicht mehr in der Lage alles zu überblicken und man sollte eben sagen, der ist für den Bewegungsapparat (-) oder der ist für was weiß ich, für Psychiatrie und so weiter zuständig.“ (Zitat Rheumatologe)*

Hier gehen Unkenntnis zu bzw. Zweifel an ausreichend belastbaren Bedarfs- und Beurteilungskriterien, der Vorwurf der Beurteilungswillkür sowie die Infragestellung der gutachterlichen Fachkompetenz nicht nur unmittelbar mit dem Vorurteil der mangelnden *Entscheidungsgerechtigkeit*, sondern auch mit der Zuschreibung nicht indikationsgerechter *Zu- und Einweisungen* einher, wodurch rehabilitative Leistungen teils ineffektiv bliebe:

*„Denn ich erlebe oft, dass die Patienten meines Erachtens eben nicht dorthin geschickt werden, wo sie eigentlich hingehören (.).“ (Zitat Rheumatologe)*

### **6.3.3. Intransparenter Entscheidungsprozess**

Insgesamt empfindet der überwiegende Teil der befragten Ärzte den Entscheidungsprozess und die Kommunikation dessen Ergebnis durch den Leistungsträger als einen undurchsichtigen Vorgang. Ohnehin schwer verständliche organisatorische Entscheidungen der „*Black Box*“ (Zitat Hausarzt) Rentenversicherung können oftmals nicht nachvollzogen werden. Mit Unkenntnis der Bewilligungskriterien scheint zudem insbesondere der Bereich der Entscheidungsfindung intransparent und unklar. Dies liege grundlegend in der mangelnden Interaktion zwischen Rentenversicherung und Niederge-

lassen, wobei der Großteil der befragten Ärzte Defizite ausschließlich seitens des Leistungsträgers sieht. Wie in Kapitel 6.3. noch ausführlich aufgezeigt werden wird, fehle es hier an kontinuierlich erreichbaren Ansprechpartnern. Auch werde viel zu wenig Rücksprache mit den Ärzten vorgenommen – etwa durch (telefonische) Rückfragen im Fall von Unklarheiten und/oder bei offenen Fragen im Zuge der Entscheidungsfindung. Andere Ärzte wiederum geben an, dass sie mangels zeitlicher Kapazitäten ohnehin keine Möglichkeit sehen, die Interaktion mit dem Leistungsträger zu intensivieren. Einen Eindruck, den auch die befragten Gutachter teilen:

*„Und ich denke auch, dass die Hausärzte so zeitlich begrenzt sind, ob sie da zurückrufen würden? Das ist (.) oder uns anrufen würden(.) Ich hab es noch nicht erlebt. Wichtige Sachen sind ja sagen wir mal: Alkoholismus und so was. Da rufen wir von uns an. Dann ist aber auch immer die Frage: es hat bis jetzt immer gut geklappt, telefonisch. Aber manche wollen auch telefonisch keine Auskunft geben.“(Zitat Gutachter)*

Die größte Unzulänglichkeit sehen die Befragten jedoch in der fehlenden direkten Interaktion des Leistungsträgers zu Antrag und Entscheidung per se, womit sie darauf verweisen, dass nicht sie, sondern nur die Patienten Adressaten der Rückmeldung zum Prüfergebnis sind. Auch gebe es keinerlei Rückmeldung zu Antragseingang, Verfahrensstand und/oder Bearbeiter:

*„(...) man wird dann auch nicht informiert als Arzt, das halte ich auch für ein sehr großes Negativum (.) also der Patient wird informiert. Ich werde gar nicht informiert. Ich schreibe da so einen Antrag und kriege keine Rückinformation. Das ist auch schlecht.“ (Zitat Hausarzt)*

Informationen würden sie so ausschließlich über das standardisierte und an Patienten gerichtete Schreiben erhalten – sofern diese ihnen einen Einblick gewähren. Jedoch sei auch dies äußerst begrenzt in seinem Informationsgehalt, enthalte es doch weder differenzierte Einlassungen zu den Prüfkriterien, noch wie auch immer geartete Stellungnahmen zu möglichen Behandlungsalternativen:

*„Nicht transparent, und frustrierend. Weil ohne direkte /hmm/ Anleitung zur Alternative. Ne. Es steht dann irgendwann im vorletzten Satz hinter einem Behördenschreiben, das könnte genauso vom Finanzamt kommen. Man versteht die ersten anderthalb Seiten überhaupt nicht.“ (Zitat Hausarzt)*

Viele Patienten könnten daher insbesondere den normierten Ablehnungsbescheiden nur wenig bzw. nichts Gehaltvolles entnehmen und würden frustriert von ihren behandelnden Ärzten Aufklärung ersuchen. Mangels Informationen seien diese jedoch oftmals nicht in der Lage, den Sachverhalt aufzuklären, wodurch einige der Befragten das Arzt-Patienten-Verhältnis belastet sehen.

Zudem verhindere die fehlende Rückkopplung und damit mangelnde Resonanz zu Potentialen und Defiziten der ärztlichen Befundberichte artzseitig wesentliche Lerneffekte:

*„(...) die fehlende Rückkopplung ist noch so 'ne Geschichte. Weil man lernt ja auch daraus, was wollen die eigentlich wissen? Warum lehnen die jetzt etwas ab? Oder warum wollen sie ablehnen? Das wär ja noch schöner, wenn's vor der Ablehnung mal ne Rücksprache gegeben hat. Was hab ich vielleicht falsch dargestellt? Was hab ich nicht richtig oder unverständlich dargestellt? Warum teilen die meine Meinung nicht? Ich kenne doch den Patienten.“ (Zitat Hausarzt)*

Durch dieses passivierende Vorgehen fühlen sich viele unter den befragten Ärzten in ihrer Kompetenz maßgeblich in Frage gestellt:

*„Der Arzt, wir haben das Gefühl, dass der Arzt eigentlich doch gar nichts mehr zu entscheiden hat. Man kann hier auch nen Roboter hinsetzen, ne. Der macht das so, wie das die Krankenkassen oder die Versicherung haben möchte. Ne. Der Arzt hat überhaupt nichts mehr zu entscheiden. Wenn der behandelnde Hausarzt oder der Rheumatologe der Meinung ist, für den Patienten wäre eine Rehabilitation (k) Rehabilitationsmaßnahme sinnvoll, dann kann ich doch den Antrag ausfüllen. Und dann kann doch die Genehmigung seinen Gang gehen. Warum muss da noch der drauf gucken, ob das rechtens ist / und dann muss es noch zum medizinischen Dienst, ob das indiziert ist. Und dann muss es noch dahin. Da wird der Patient von Leuten betreut im medizinischen Dienst und angeschaut, die es zehnte Mal von dieser rheumatischen Erkrankung noch nicht mal was gehört haben. Die sollen aber entscheiden, ob mein Vorschlag rechtens ist. Ja“ (Zitat Rheumatologe).*

Für viele forcieren sich hier das Gefühl von Desinteresse und Degradierung, so dass das Verhältnis zum Leistungsträger eher von Kritik, Misstrauen und vagen Zuschreibungen geprägt ist, als durch eine zielführende Kooperation:

*„Aber die Frage ist sozusagen dann eigentlich, sitzen wir alle in einem Boot und wollen für den Patienten dasselbe irgendwie? (.) Und das ist natürlich das Problem, das muss man natürlich von unserer Seite sehen, man hat nicht den Eindruck, dass man sozusagen als gleichwertiger Partner oder überhaupt als interessierender Partner angesehen wird.“ (Zitat Rheumatologe)*

Eine Erhöhung der Transparenz im gesamten Entscheidungs- und Zuweisungsprozess durch den Leistungsträger sehen die befragten Ärzte zudem in der Optimierung der Bewilligungs- und viel mehr noch der Ablehnungsbescheide hinsichtlich individueller Einlassungen, statt ausschließlich auf normierte Textbausteine zurückzugreifen.

*„Also ich hab auch nichts dagegen, wenn die sagen: Diese Art von Reha bewilligen wir nicht. Wir könnten aber das und das vorschlagen. So als Alternativen. Genau. Dann kann man das ja auch erstmal nutzen, dass man entsprechend eine Rückinfo bekommt (.) wäre eine Idee (...).“ (Zitat Hausarzt)*

Klare Empfehlungen zu Behandlungsalternativen könnten darüber hinaus Behandlungskontinuität gewährleisten.

Auch und insbesondere könne durch eine bessere Einbindung der Ärzte in den Entscheidungs- und Zuweisungsprozess eine Erhöhung der Transparenz gewährleistet werden – vor allem durch die direkte Rückmeldung an den behandelnden Arzt zum Begutachtungsergebnis:

*„Also, vielleicht wirklich auch noch mal zu diesem Reha (k) zu diesem Antrag noch mal. So einen Austausch auch zu haben, wo ein Stück vielleicht auch geguckt werden kann, was veränderbar ist (-) oder was ein Stück weit / vielleicht auch einfach eine Rückmeldung. Was (k) wo oft Schwierigkeiten sind in der Wahrnehmung / Wir haben ja gar kein Feedback. Vielleicht ist das alles Murks was wir machen. Und der Murks äußert sich so, dass der Patient abgelehnt wird, aber vielleicht wäre es da auch schön ´ne Rückmeldung zu bekommen (,) ´ne (´) Nicht nur, dass der Patient ´ne Rückmeldung bekommt (.) so ´ne Standardrückmeldung „ambulante Maßnahmen nicht ausgeschöpft“ (´) sondern vielleicht irgendwie da ein Stück was Differenzierteres. Gar nicht ´ne Fortbildung, sondern vielleicht wirklich auch ´ne Rückmeldung oder einen Austausch.“ (Zitat Hausarzt)*

Ogleich sie auf administrative Erfordernisse (gegliedertes System, Datenschutz) verweisen, die arztseitig zur Verschärfung dieser Wahrnehmung führen können, können die befragten Gutachter die Wahrnehmung eines intransparenten Verfahrens grundsätzlich teilen:

*„Das könnte mit den Ablehnungsgründen zusammenhängen. Ich weiß ja nicht / sie müssen sich sicher diese Vordrucke besorgen, die Ablehnungsgründe wie die formuliert sind, pauschal und das kann sein, dass dort, wenn der Versicherte mit son einem Ablehnungsschreiben zu dem Hausarzt, das auch nicht so sehr akzeptiert wird. Das kann natürlich auch damit zusammenhängen, dass die Hausärzte unserer Kriterien nicht unbedingt kennen. (...) Also dieses Ablehnungsverhalten und das dahinter steckt, es ist ihnen nicht unbedingt bekannt.“ (Zitat Gutachter)*

So würden die sozialmedizinischen Gutachter als ein beratender Fachdienst agieren, der der sozialversicherungsrechtlichen Verwaltungsinstanz aus medizinischer Sicht Empfehlungen zum Bedarf an Rehabilitationsleistungen ausspricht. Diese würde auf Grundlage der gutachterlichen Empfehlung die entsprechenden Ablehnungs- oder Bewilligungsbescheide verfassen. Insofern würde sich der genaue Wortlaut der Schreiben ihrem Einfluss entziehen. Auch wenn sie hier einräumen, dass die durchaus standardisierten Bescheidtexte eine Nachvollziehbarkeit von Leistungsge- oder -verwahrung in einem insgesamt doch recht undurchsichtigen System erschweren könnten, sei ausgehend von der medizinischen Akte die Entscheidung jeweils nachvollziehbar. Allerdings würde insbesondere der geltende (Sozial-)Datenschutz den Handlungsspielraum der Verwaltung hinsichtlich differenzierter Einlassun-

gen zur Entscheidung im Rahmen der Bescheidtexte stark eingrenzen. Zudem sehe man sich ausschließlich dem Versicherten zur Rückmeldung verpflichtet, was wie folgt begründet wird:

*„Und unser Partner ist ja in dem Moment der Versicherte und nicht der Arzt. Denn den Antrag auf medizinische Reha stellt der Versicherte und der Arzt ist ja nur quasi der, der das medizinisch letztendlich untermauert. So dass also der Partner in dem gesamten Verfahren der Bewilligung und Ablehnung ist jeder Versicherte selbst und nicht der Arzt.“ (Zitat Gutachter)*

Individuellere Einlassungen werden aufgrund datenschutzrechtlicher Erfordernisse eher problematisch kommentiert. Obgleich sie hier die Gefahr äußern, den Niedergelassenen Vorschriften zu machen:

*„Dann ist das aber schon wieder so, als ob wir vorschreiben, was der Hausarzt nun noch zu machen hätte. Das ist schwierig und der Versicherte steht dazwischen. Das wäre dann zu überlegen (.) das müsste aber dann gemeinsam mit den Hausärzten diskutiert werden, wie sie es wollen.“ (Zitat Gutachter),*

sei als Kompromiss das Aufzeigen von Behandlungsalternativen aber prinzipiell denkbar:

*„[Vorstellen kann man] sich das. Denn wir müssen wir ja zumindest im Kopf haben, warum wir das ablehnen. Und was für andere Möglichkeiten es gibt, die wir nicht verpflichtet sind aufzuschreiben jetzt im Moment.“ (Zitat Gutachter)*

#### **6.4. Informationsmöglichkeiten zu Rehabilitation und Rehabilitationszugang aus Perspektive der Befragten**

Um dem ihnen zukommenden (teilweise eigenen, aber auch und vor allem gesetzlich festgelegten) Anspruch der aktiven Mitwirkung bei der bedarfsgerechten Initiierung von rehabilitativen Leistungen aus dem ambulanten Versorgung Rechnung zu tragen, bedarf es arztseitig mindestens rehabilitationsbezogener Grundkenntnisse, etwa zu Einleitungsmodalitäten, Schwerpunkten/Konzepten und Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen, entsprechenden Versorgungsstrukturen und sozialversicherungsrechtlichen Grundlagen. Vor diesem Hintergrund erscheint es umso wichtiger zu ergründen, wie niedergelassene Ärzte das ihnen zur Verfügung stehende Angebot an Informationen nutzen und verwerten, aus welchen Gründen sie es möglicherweise ablehnen und worin sie Potentiale sehen, die Zugangswege zu rehabilitationsrelevanten Informationen zu verbessern.

##### **6.4.1. Bestehende Informationsangebote**

Obleich (oder gerade weil) die Ergebnisse arztseitig wesentliche rehabilitationsbezogene Wissenslücken aufweisen, findet eine aktive und strukturierte rehabilitationsbezogene Informationsbeschaffung beim Großteil der Befragten nicht statt, was in den meisten Fällen mit dem empfundenen Mangel an entsprechenden Angeboten mit Potential für einen Erkenntnisgewinn begründet wird:

*„Na da gibt es gar keine Quellen. Da gibt es gar keine Quellen. Das erschließt sich / da schnappst du hier mal was auf und liest da mal was und dann ist es ja relativ zumindest im stationären Bereich konstant geblieben. Zumindest was die Antragsformulare anbetrifft. Und insofern / Ab und zu kriegst de natürlich mal so n Katalog geschickt von irgend ne Reha-Einrichtung. Das hilft mir auch nicht weiter, weil ich nicht derjenige bin, der entscheidet, wo die Leute hingeschickt werden. Das entscheidet der Rentenversicherungsträger und insofern nutzt es mir nicht so sehr viel.“ (Zitat Hausarzt).*

Klassische Fortbildungsformate werden aber zugleich mangels erwartbaren Wissenszuwachses und darüber hinaus durch die bereits aufgeführte negative Konnotation mit dem 16-Stunden- (Fortbildungs-) Kurs gemäß Reha-Richtlinie (§ 135 Abs. 2 SGB V) fast schon kategorisch abgelehnt.

Zielführende Alternativen sind jedoch kaum bekannt. Als wesentliche Quellen dienen den Befragten nach eigenen Angaben daher unstrukturierte Internetrecherchen, Reha-Entlassungsberichte, Patienten, Werbebroschüren meist regionaler Rehabilitationseinrichtungen sowie vereinzelt Fachzeitschriften und Kongressbeiträge.

Dabei sind sich die Befragten der bestehenden Wissensdefizite zum größten Teil durchaus bewusst. Wenngleich die Bereitschaft, diese zu schließen, grundsätzlich (noch) vorhanden ist, zeigen viele hier zwar einen *Informationsbedarf* an, nicht aber einen rehabilitationsbezogenen *Fortbildungsbedarf*.

#### **6.4.2. Angezeigter Informationsbedarf**

Viele der befragten Niedergelassenen zeigen arztseitig Aufklärungsbedarf. Dieser bezieht sich insbesondere auf

- Möglichkeiten und Ziele von medizinischer Rehabilitation – ambulant/stationär,
- regionale und überregionale Angebote – in Form einer strukturierten und aktuellen Übersicht,
- sozialmedizinische Zusammenhänge Bedarfs- und Beurteilungskriterien (z.B. des Zusammenhangs zwischen Rehabilitationsbedarf und Erwerbsfähigkeit,),
- Modalitäten des Zugangsprozesses – „*der Weg vom Antrag zur Klinik*“.

Dabei variieren die Vorstellungen hinsichtlich der Zugangswege zu diesen Informationen teils erheblich und reichen von dem Wunsch nach zielgruppenspezifischen Broschüren über Wissensvermittlung in kontinuierlich bestehenden Kleingruppen wie Ärzttestammtischen und/oder Qualitätszirkeln bis hin zu Veranstaltungen in Einrichtungen der Rehabilitation. Nahezu allen gemeinsam ist jedoch der Wunsch nach komprimierten, strukturierten und praxisnahen Inhalten und Formaten.

Auf dem Feld der Aufklärung und Schulung der deutschen Ärzteschaft sehen die befragten Gutachter inhaltlich weitreichende Optimierungspotentiale und damit den größten Handlungsbedarf. Hierbei sei gezielt aufzuklären und zu schulen hinsichtlich:

- der Sozialgesetzgebung,
- der ICF,
- sozialmedizinischem KnowHow,
- der Ansprüche des Antragsverfahrens,
- der Abläufe im Entscheidungsprozess.

Aussagen über Form und Ausgestaltung werden in diesem Zusammenhang jedoch nicht getroffen, die allgemeine Informations- und Fortbildungsbereitschaft als gering eingeschätzt und kommentiert. Mehr noch als eine an die ärztliche Zielgruppe gerichtete Schulung müsse nach Einschätzung der befragten Niedergelassenen wiederum insbesondere der Aufklärung der Patienten/Versicherten und damit auch einer Stärkung der patientenseitigen Verantwortung (bestenfalls im gesamten Rehabilitationsprozess) Rechnung getragen werden. Eine erfolgreiche medizinische Rehabilitation setze auch immer die Aktivität der Patienten voraus. Viele Patienten würden jedoch dazu neigen, sich im gesam-



ten Rehabilitationsprozess eher passiv zu verhalten, statt sich aktiv zu beteiligen und/oder eine aktive Haltung gegenüber der Erkrankung zu entwickeln, beklagen Hausärzte wie Rheumatologen. Ein Entgegenwirken entsprechend falscher patientenseitiger Erwartungen an rehabilitative Leistungen und analog dazu die Förderung von Eigeninitiative seitens der Patienten/Versicherten erfordert nach Einschätzung der Befragten in diesem Zusammenhang die gezielte Aufklärung der Patienten über Anforderungen und Zielstellungen von Rehabilitation: *„Sie müssen die Patienten besser informieren, nicht uns“ (Zitat Rheumatologe)*. Eine Beratung seitens des Leistungsträgers bei Aushändigung der Anträge sei hierfür eine Möglichkeit.

Ein nicht unerheblicher Teil der Befragten sieht Optimierungspotentiale hier allerdings nicht ausschließlich auf Seiten einzelner Akteure, sondern verweist darüber hinaus auf eine sektoren- und fachübergreifende Informationspflicht:

*„Ich meine, eigentlich wär der Ansatz der, dass man eine gute Betreuung der Krankenkasse über die Reha (.)und Information über den Hausarzt oder die entsprechenden Fachkollegen macht. Und der Grundgedanke ist immer: wenn man es gemeinsam macht, klappt es besser, aber die Realität in der Bundesrepublik Deutschland ist so, dass das nie (k) also ich glaube nicht, dass ich das bis zur Rente noch miterlebe.“ (Zitat Hausarzt)*

Ein Ansatz, den auch die befragten Gutachter teilen:

*„Also da denk ich, ist ganz viel Aufklärungsbedarf notwendig. Und der Gesprächsbedarf von (k) also die Reha-Kollegen sagen, die möchten gerne mit den Niedergelassen viel mehr ins Gespräch kommen. Also dass man so / ich sag mal nicht Ärzttestammtisch, aber so was gibt's ja auch, dass mal also vielmehr so'n Erfahrungsaustausch hat. Und genauso, wie die Reha-Ärzte wenig wissen über die Arbeitswelt, ja. Und dann ganz /und da haben wir also auch Kontakte geknüpft, dass also Kollegen von Reha-Einrichtungen in die Betriebe fahren, sich die Arbeitsplätze mal angucken. Um auch mal ein Gefühl dafür zu haben, was macht denn der eigentlich. Also das hat was mit Kommunikation zu tun.“ (Zitat Gutachter)*

Ein engmaschiger Austausch sowie gezielte Aufklärung über die Zielgruppe der Ärzte hinaus sei auch insofern elementar, als dass sich bereits beschriebene Patientengruppen durch „Fehlverhalten“ (Disimulation, Präsentismus – siehe Kapitel 6.1.) hinsichtlich einer rechtzeitigen Bedarfserkennung dem ärztlichen Handlungsrahmen weitgehend entziehen. In diesem Zusammenhang sei, so sowohl die befragten Gutachter als auch die niedergelassenen Ärzte, die Einbindung und rehabilitationsbezogene Aufklärung unbedingt um die Akteursgruppen der Arbeitgeber und Betriebsärzte zu erweitern.

*„Wie könnte der Reha-Zugang für Erwerbsfähige, die trotz Bedarf keinen Antrag stellen verbessert werden (liest die Frage leise vor) (.) Das wäre eigentlich Sache des Betriebsarztes, der Betriebsmedizin (.) an dem Punkt da bisschen wachsamer zu sein.“ (Zitat Hausarzt)*

*„Wir sind ja doch am arbeiten jetzt in der Zusammenarbeit mit Betriebs- und Werksärzten. Also da sehen wir ein großes Potential. //eh/ Weil ja gerade die Betriebs- und Werksärzte auch die Arbeitsstellen derjenigen kennen und am ehesten einschätzen können, ist da die Erwerbsfähigkeit gefährdet bezüglich der Tätigkeit, die er gerade ausübt. Und /ehm/ da sehen wir noch ein großes Potential, da zu erkennen, ob Reha-Bedarf vorliegt. Und wir haben ja auch die Möglichkeit über Betriebs- und Werksärzte die Antragsstellung vorzunehmen.“ (Zitat Gutachter)*

## **6.5. Die Zusammenarbeit zwischen Leistungsträgern (DRV), Allgemeinmedizinern, Rheumatologen und Rehabilitationskliniken**

Die effektive interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation zwischen Leistungsträgern, niedergelassenen Allgemein- und spezialisierten Fachärzten und Rehabilitationskliniken ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass die Rehabilitation von der Bedarfserkennung über die Zuweisung bis hin zur Nachsorge reibungslos verlaufen kann. Doch wie kann die Zusammenarbeit gelingen zwischen einem Hausarzt, der sich als „*niedergelassenen Alleinkämpfern*“ (Zitat Hausarzt) beschreibt, einem Rheumatologen, der seine Berufsrolle im Rehabilitationsprozess wahrnimmt als derjenige, der „*Kreuzchen setzt*“ (Zitat Rheumatologe), einem Leistungsträger (RV), der als „*imaginäres großes Haus*“ (Zitat Hausarzt) erlebt wird und einem Gutachter, der „*fachärztliches Kastendenken*“ (Zitat Gutachter) als Hemmnis in der Antragstellung erlebt?

Die Rehabilitation als eigenständiger Zweig des Gesundheitsversorgungssystems muss mit verschiedenen Institutionen und Berufsgruppen reibungslos zusammenarbeiten, damit der Rehabilitationsprozess von der (frühzeitigen) Beantragung über die bedarfsgerechte Zuweisung bis hin zur Rehabilitationsnachsorge optimal verläuft. Die Segmentierung des deutschen Gesundheitssystems führt jedoch hauptsächlich an den Schnittstellen in der Rehabilitationskette zu Abstimmungs- und Kooperationsproblemen. Dieses Kapitel nimmt die Kommunikation und Kooperation zwischen Leistungsträgern (RV), niedergelassenen Allgemeinärzten, Rheumatologen und Rehabilitationseinrichtungen in den Blick. Im Zentrum des analytischen Interesses stehen die Schwierigkeiten und Optimierungspotenziale in der gemeinsamen Patientenbetreuung und der interdisziplinären bereichsübergreifenden Gesamtrehabilitationsplanung:

- Wie gut ist die fächerübergreifende, interdisziplinäre Rehabilitationsplanung zwischen den Leistungsträgern (RV), den niedergelassenen Allgemein- und spezialisierten Fachärzten (Rheumatologen) und Rehabilitationskliniken organisiert?
- Wo liegen Potentiale die genutzt werden können, um die Zusammenarbeit effektiver zu gestalten, so dass eine rechtzeitige bedarfsgerechte Zuweisung ebenso wie die nachhaltige Sicherung des Rehabilitationserfolgs sichergestellt werden kann?

### **6.5.1. Wissenschaftstheoretischer Rahmen der Datenanalyse**

Die Analyse der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Leistungsträgern (DRV) niedergelassenen Hausärzten, Rheumatologen und Rehabilitationseinrichtungen erfolgt auf der Grundlage des so genannten „Arbeitsbogenkonzepts“ („arc of work“) von Anselm Strauss (1985) zur Untersuchung komplexer Arbeitsabläufe im „Arbeitsfeld“ der Medizin und Pflege. Das Konzept des „arc of work“ wurde von Anselm Strauss entwickelt, um Arbeitsvollzüge und -aufgaben, vor allem in Verbindung

mit der Versorgung chronisch kranker Patienten, konzeptuell zu erfassen (Strauss et al. 1991). Der von Anselm Strauss geprägte Begriff des "arc of work" wurde zu Beginn der 80iger Jahre von Fritz Schütze als „Arbeitsbogenkonzept“ in den deutschsprachigen Raum eingeführt und theoretisch weiterentwickelt (vgl. Schütze 2000).

Dem Konzept des Arbeitsbogens liegt die Überlegung zugrunde, dass die einzelnen Arbeitsschritte der Versorgung von Patienten mit chronisch-progredientem Krankheitsverlauf langfristig im Versorgungsprozess und effektiv multiprofessionell vernetzt werden müssen. Der Arbeitsbogen wird von Anselm Strauss verstanden als „...die Gesamtheit der Arbeit, die nötig ist, um den Verlauf der Krankheit zu kontrollieren und die Gesundheit des Patienten wiederherzustellen“ (Strauss et al. 1991, S.30). Bezogen auf den Rehabilitationsprozess und die fächerübergreifende gemeinsamen Patientenbetreuung heißt das: Ein „Arbeitsbogen“ umfasst alle Arbeitsaufgaben und deren Aufteilung die erforderlich sind, um fächerübergreifend gemeinsame Behandlungsziele abzusprechen, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten auszuhandeln, eine rechtzeitige bedarfsgerechte Zuweisung zu organisieren und Rehabilitationserfolge langfristig zu sichern.

In Anlehnung an die „Original-Komponenten“ des Arbeitsbogenkonzepts (Artikulations-, Planungs- und Evaluationsarbeit u.a.) (Strauss et al. 1991) setzt sich ein Arbeitsbogen im Prozess der Reha-Bedarferkennung, Zuweisung und Nachsorge, der sich über die Leistungsträger (RV), niedergelassenen Allgemeinärzte, Rheumatologen und Rehabilitationskliniken spannt, aus folgenden Elementen zusammen:

- a) *Artikulationsarbeit*: Aufgaben und Leistungsspektren von Leistungsträgern, Hausärzten und Rheumatologen in der gemeinsamen Patientenbetreuung (und später im Behandlungsverlauf der Rehabilitationskliniken) werden verbindlich abgesprochen und Zuständigkeiten festgelegt.
- b) *Planungs- und Kooperationsarbeit*: Organisation der (fallindividuell notwendigen und sinnvollen) Vernetzung mit dem Ziel der Sicherstellung einer durchlaufend konsistenten Versorgung rehabilitationsbedürftiger Patienten im erwerbsfähigen Alter; die fachärztliche Behandlungsplanung wird mit denen mitbehandelnden Kollegen zu einem gemeinsamen Ziel abgestimmt.
- c) *Evaluationsarbeit*: Zu den Metaaktivitäten der Evaluationskomponente des Arbeitsbogens gehören 1. die Evaluation der Wirkung des ärztlichen Handelns in Bezug auf die ziel-, problem- und ressourcenorientierte Rehabilitationsprozessplanung, 2. das Identifizieren von Fehlertendenzen und 3. die kontinuierliche (Neu-) Aushandlung von Arbeitsteilung und die Absprache bezüglich der Hintereinanderschaltung von Arbeitsschritten im interdisziplinären Team.

Das Konzept des Arbeitsbogens wird auf die Aussagen der Experteninterviews bezogen: Die im Datenmaterial repräsentierten Schwierigkeiten und Optimierungspotenziale der fächerübergreifenden gemeinsamen Patientenbetreuung werden identifiziert und dann bezogen auf die Artikulations-, Planungs- und Evaluationsarbeit anhand empirischer Belege analysiert. Dabei ist die „Eigenleistung“ des Patienten am Rehabilitationserfolg unbestritten auch ein zentrales Element des Arbeitsbogens, wird aber vor dem Hintergrund der analytischen Fokussierung auf interdisziplinäre Zusammenarbeit nur implizit abgehandelt.

### **6.5.2. Die Organisation der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Rehabilitationsprozessplanung**

Der Gesamtarbeitsbogen der Rehabilitationsprozessplanung – vom rechtzeitigen Erkennen des Rehabilitationsbedarfs, über die bedarfsgerechte Zuweisung bis hin zur Sicherung des Rehabilitationserfolges – spannt sich um ein interdisziplinäres Team, bestehend aus Ärzten unterschiedlicher Fachspezialisierungen, Therapeuten, Leistungsträger und deren Gutachter, Beratungsstellen (gemeinsame Servicestelle), ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen, Vertretern unterschiedlichster Gesundheitsberufe (bspw. Physiotherapeuten), Verbänden/Organisationen wie bspw. die „Deutsche Rheuma-Liga“ sowie Selbsthilfegruppen. Jede dieser Institutionen, Laienorganisationen und Berufsgruppe ist in ihre eigenen übergeordneten Strukturen und Verfahrensabläufe eingebunden. Insbesondere niedergelassene Allgemeinärzte werden hier in ihrer Rolle als „Hausarzt“ vor die Aufgabe gestellt, die Zusammenarbeit der einzelnen Akteure des interdisziplinären Teams strukturiert und effektiv zu koordinieren.

In diesem Abschnitt wird die Organisation der interdisziplinären Zusammenarbeit im Hinblick auf die Problematik der fächerübergreifenden (situativen und fallindividuellen) Aushandlung von Zuständigkeiten/Verantwortlichkeiten zwischen niedergelassenen Allgemeinärzten, Rheumatologen, Leistungsträger (RV) und deren Gutachter sowie Einrichtungen der ambulanten und stationären Rehabilitation (fall-)analytisch betrachtet.

Die Organisation der sektoren- und fächerübergreifenden Zusammenarbeit sollte idealerweise unter der Prämisse erfolgen, gemeinsam mit den Akteuren des interdisziplinären Teams sowie auch gemeinsam mit dem Patienten eine tragfähige Interaktionsbeziehung zu etablieren, um (zunächst einmal) einen rechtzeitigen und bedarfsgerechten Rehabilitationszugang zu ermöglichen bzw. sicherzustellen. Die Auswertung des Datenmaterials macht jedoch deutlich, dass die Interaktionsbeziehungen innerhalb des interdisziplinären Teams äußerst voraussetzungsreich sind. Die Schwierigkeiten beziehen sich dabei im Einzelnen auf

- mangelnde Absprachen zwischen Rheumatologen, Hausärzten bezüglich der Aufgaben und Verantwortlichkeiten im Zusammenhang mit der Initiierung von Antragsverfahren (Artikulationsarbeit);
- unzureichende fachärztliche und sektorenübergreifende Verständigung auf gemeinsame Behandlungsziele sowie fallindividuell sinnvolle und notwendige Rehabilitationsprozessplanung (Planungs- und Kooperationsarbeit);
- strukturelle Schwierigkeiten als Erschwernis für die Organisation interdisziplinärer Kooperation;
- weitgehender Verzicht seitens der Rehabilitationskliniken, Hausärzte und Rheumatologen in die Nachsorgeplanung einzubeziehen;
- Kommunikationsschwierigkeiten zwischen DRV und niedergelassenen Ärzten

Die hier überblickshaft dargestellten Schwierigkeiten werden nun folgend ausführlich betrachtet.

### **Kommunikation und Kooperation zwischen niedergelassenen Haus- und spezialisierten Fachärzten**

Die interdisziplinäre Abstimmung über Aufgaben und Zuständigkeiten in der gemeinsamen Patientenbetreuung ist essentiell, um eine durchlaufend konsistente Versorgung des Patienten zu planen. Zwar ist die hausärztliche Koordinierungsverantwortung geregelt (§ 73 SGB V), nicht aber die Verteilung der Aufgaben zwischen den niedergelassenen Ärzten. Die Auswertung des Datenmaterials hat gezeigt, dass mit der Aushandlung von Verantwortlichkeiten (Artikulationsarbeit) derart gravierende Schwierigkeiten in der interdisziplinären Kommunikation gesetzt sind, dass eine sektoren- und fächerübergreifende Kooperation schlimmstenfalls gar nicht zustande kommt. Ein Problembündel das sich wie ein „roter Faden“ durch das Datenmaterial zieht ist der weitgehende Verzicht niedergelassener Ärzte untereinander, die Zuständigkeit der Initiierung eines Rehabilitationsantrags abzusprechen.

#### ***(a) Mangelnde Absprachen zu Verantwortlichkeiten der Rehabilitationsinitiierung (Artikulationsarbeit)***

Eine rechtzeitige Reha-Zuweisung wird gefährdet, wenn als „Routinevereinfachungsmittel“ davon ausgegangen wird, dass die Initiierung des Antragsverfahrens „automatisch“ vom Hausarzt oder einem mitbehandelnden Facharzt (v.a. Orthopäden oder Psychiater) zu leisten sei, wie das folgende exemplarische Zitat illustriert:

*„Meine Zusammenarbeit sieht leider eher nur so aus, dass ich vielleicht zum Orthopäden überweise und hoffe, dass der einen Antrag stellt, was im Einzelfall auch mal klappt (.) oder zum Psychologen, Psychiater, Neurologen. Aber dass wirklich so ´ne Teamarbeit stattfindet, das ist hier überhaupt nicht, kann ich nicht bestätigen. (4sek) Dass ich von Gutachtern rückgefragt werde, hab´ ich bisher auch noch nicht erlebt (.) bei den Leistungsträgern, dass mich jemand anruft.“(Zitat Hausarzt)*

Das Problembündel des wechselseitigen „Zuschiebens von Zuständigkeiten“ fiel besonders auf bei der Auswertung der Fallvignetten „Fibromyalgie“ und „Depression“. Bezogen auf die Fallvignette „Fibromyalgie“ fühlen sich die meisten der befragten Rheumatologen (11 von 14) lediglich für den Ausschluss entzündlicher rheumatischer Erkrankungen zuständig – also für die Diagnosestellung und -sicherung. Mit der Diagnose „Fibromyalgie“ würden die Patienten dann zur Weiterbehandlung „weggeschickt“, so ein befragter Rheumatologe, ohne dass ein Rehabilitationsbedarf erkannt respektive eine interdisziplinäre Absprache zur Rehabilitationsprozessplanung stattgefunden hätte:

*„Ich behandle diese Patienten nicht. Wir schließen ´ne entzündlich-rheumatische Erkrankung aus (.) und wenn es wirklich in die Richtung Fibromyalgie geht, dann müssen die Patienten in psychotherapeutische Betreuung. Die haben dann eigentlich beim Rheumatologen gar nichts mehr verloren.“(Zitat Rheumatologe)*

Eine zentrale Schwierigkeit besteht darin, dass die befragten Rheumatologen das „Wegschicken“ von Fibromyalgie-Patienten nicht als Fehlerquelle für professionelles Handeln erkennen (Evaluationsarbeit). Die Fehlerquelle liegt darin, die wahrgenommene Fallproblematik der Fibromyalgie-Patientin über eine „Abkürzungsstrategie“ einer bestimmten „Zuständigkeits-Kategorie“ – im o.g. Textbeispiel die psychotherapeutische Versorgungsbedürftigkeit – zuzuordnen. Diese Zuordnung wird dann für die meisten der befragten Rheumatologen derart orientierungsmächtig, dass sie nicht mehr vorrangig auf die Chancen einer interdisziplinären Absprache bezüglich gemeinsamer Behandlungsziele/Ingangsetzung eines Antrags auf Rehabilitation (beispielsweise gemeinsam mit Hausarzt und Psychotherapeuten) achten. Dabei gerät schlimmstenfalls die individuelle Fallproblematik der Patienten mit dringendem Rehabilitationsbedarf aus dem Blick – Rehabilitationsbedarf wird auf diese Weise schlichtweg „übersehen“. Eine patientenorientierte Rehabilitationsplanung, die sich an der singulär-fallspezifischen Problematik des Fibromyalgie-Patientin ebenso wie an deren individuellen Ressourcen orientiert, ist auf der Grundlage der fehlenden Artikulationsarbeit ausgeschlossen.

Vergleicht man die Motivation der befragten Rheumatologen, Patienten mit der Diagnose „Morbus Bechterw“ und „Fibromyalgie“ im Reha-Antragsverfahren zu unterstützen so fällt auf, dass die (Mit-) Behandlung von Fibromyalgie-Patienten in den meisten Fällen auf ein Minimum reduziert wird. Das

Initiieren eines Rehabilitationsantrages kommt für die wenigsten der befragten Rheumatologen in Betracht:

*„Allerdings geb' ich zu, ist bei mir der Umfang des Briefes kürzer bei einem Fibromyalgie-Patienten, als bei einem Patienten mit einer chronisch entzündlich rheumatischen Erkrankung.“ (Zitat Rheumatologe)*

Dahingegen scheint es Hausärzten eher selbstverständlich, für Fibromyalgie-Patienten einen Antrag auf Rehabilitation zu stellen und dabei die Koordinierungsverantwortung im interdisziplinären Behandlungsteam zu übernehmen (in 28 von 32 Fällen), wie das nachfolgende Textbeispiel veranschaulicht:

*„Ja, man würde auf jeden Fall die Behandlung als Allgemein (k) oder praktischer Arzt die Behandlung koordinieren (.) Im Zusammenhang mit Psychologen (,) Psychiatern würde man sie betreuen (.) mindestens auch bezüglich der Fettstoffwechselstörung und des Blutdrucks. Also es müsste schon ein Gesamtkonzept / was die Fachrichtungen gemeinsam angehen. Ja, so müsste es sein.“(Zitat Hausarzt)*

Der hier zitierte Hausarzt formuliert im Konjunktiv, dass es ein Gesamtkonzept geben müsste. Die sprachsoziologische Analyse dieses Erzählsegments legt die Vermutung nahe, dass – bezogen auf das zitierte Erzählsegment – die hausärztlichen Planungsarbeit nicht auf einer interdisziplinären Absprache fußt. Stattdessen scheint das Vorgehen des Hausarztes „von sich aus“ zu geschehen. Gleichzeitig legt das o. g. Zitat nahe, dass aus hausärztlicher Sicht durchaus der Wunsch nach einem fächerübergreifenden, gemeinsam geplanten Vorgehen im Sinne eines ambulanten Behandlungspfades besteht.

Ebenso wie die Auswertung der Fallvignette „Fibromyalgie“ führt auch die Betrachtung der Fallvignette „Depression“ zu der Erkenntnis, dass fehlende verbindliche Strukturen in der fächerübergreifenden Abstimmung von Behandlungszielen (Artikulationsarbeit) und abgestimmtem Vorgehen (Planungs- und Kooperationsarbeit) dazu führen, dass der Rehabilitationsbedarf von Hausärzten entweder übersehen oder die Zuständigkeit für die Antragsinitiierung anderen Fachärzten zugeschrieben wird. Im Datenmaterial finden sich auffallend viele Hinweise dafür, dass niedergelassene Allgemeinärzte kaum eine Kooperation mit spezialisierten Fachärzten (hier v.a. Psychiater und Psychotherapeuten) suchen, um das weitere Vorgehen, gemeinsame Behandlungsziele und Zuständigkeiten – wie beispielsweise die Initiierung eines Rehabilitationsantrags – abzustimmen. Demnach wird die rechtzeitige bedarfsgerechte Zuweisung von Patienten mit Depression gefährdet, wenn der Hausarzt auf die aktive Aushandlung von Verantwortlichkeiten – gemeint ist die verbindliche Absprache, welcher mitbehandelnde Facharzt den Rehabilitationsantrag stellt – verzichtet. Auffallend häufig wird, neben der Überweisung zu einem spezialisierten Facharzt, die medikamentöse Therapie und Motivierung des Patienten zur Eigeninitiative hinsichtlich Ernährungsumstellung und sportlicher Aktivität als „Er-



satzaktivität“ für interdisziplinäre Zusammenarbeit unternommen. Das Datenmaterial bringt diesbezüglich eine klar umrissene Fehlerquelle hervor: Die Initiierung interdisziplinärer Zusammenarbeit zum Zweck der Rehabilitationsplanung durch den Hausarzt steht in engem Zusammenhang mit dessen Erfolgsbeurteilung einer Rehabilitationsmaßnahme. Die Erfolgsaussichten von Rehabilitationsmaßnahmen für Patienten mit Depression werden seitens der Hausärzte häufig negativ eingeschätzt (in 25 von 32 Fällen). Dies führt wiederum dazu, dass eine Rehabilitation für Patienten mit Depression nicht systematisch initiiert wird. Die Problematik wird besonders deutlich in der Aussage des nachfolgend zitierten Hausarztes, der einem Rehabilitationsantrag für eine Patientin mit Depression mit weniger Zuversicht auf Erreichen eines Rehabilitationserfolgs begegnet als vergleichsweise bei einer Patientin mit Fibromyalgie

*E: Ich würde auch mit der ganz klar reden (.) also auch in der wenigen Zeit / und würd' sagen: „Ich hab' kein Problem, sie krank zu schreiben. Aber früher oder später werden sie ihre Arbeit verlieren (,) ne ('). Also wenn sie hier einen Krankenschein /“ würd' sagen: „Sie müssen sich selber /“ Pflegedienst, da ist Schichtdienst. Ich sag': „Sie müssen selber versuchen, neben den Medikamenten und neben den Behandlungen, die wir machen (-) sich irgendein Hobby, irgendwas zu suchen. Und wenn sie, was weiß ich, in ein Fitness-Center gehen oder irgend so was.“ Und das wär' die einzige Schiene, dass die vielleicht dann aus der Depression oder so, aus ihrer so (-) Vereinsamung (.) sagen wir mal, raus kommt. (...) Da würd ich auch die, sag ich mal, die Befunde sammeln (' ) und das eigentlich ausfüllen. Aber sicher (,) sicher ein wenig oberflächlicher, wie in dem ersten Fall ((Anmerkung: der „erste Fall“ bezieht sich auf die „Fallvignette Fibromyalgie“)*

*I: Und warum?*

*E: Na, weil ich 's persönlich einschätz',  
dass das / die hat sicher 'nen Reha-Bedarf, aber da wird denk' ich, wenig raus-kommen.*

*I: Also sie würden den nicht initiieren?*

*E: Nee. (...) Wenn die / wenn die (-) / Ich sag' mal ganz klar, wenn die mich fragt, ob sie 'nen Kurantrag stellt, ob ich ihr behilflich bin den auszufüllen, würd' ich das machen. Aber ich täte nie auf die Idee kommen, die zur Kur zu schicken. (...) das hat aber dann mehr der Psychiater in der Hand. Weil das, das Problem liegt wirklich hier in ihrer depressiven Stimmungslage und /eh/ ich würde ihm hier sicher zuarbeiten. Ich würde auch den ganzen Vorgang ausfüllen, aber er müsste die Hauptarbeit leisten.  
(Zitat Hausarzt)*

Die befragten Gutachter erachten in diesem Zusammenhang überwiegend den Hausarzt in der Posi-

tion und Aufgabe, Indikationsstellung und Initiierung rehabilitativen Leistungen zu koordinieren und begründen dies etwa wie folgt:

*„Weil wirklich der Hausarzt eigentlich ja diese besondere Schlüsselstellung hat. Er ist ja der, der quasi interdisziplinär guckt und genau das, was ich im Vorfeld gesagt hab, mit dieser strengen Fachlichkeit ja eigentlich überspringt.“ (Zitat Gutachter)*

### **(b) Geringe Verständigung bei der Rehabilitationsprozessplanung (Planungs- und Kooperationsarbeit)**

Zu den Aktivitätsdimensionen der Planungs- und Kooperationsarbeit der singulär-fallspezifischen Rehabilitationsprozessplanung gehört die Auswahl der „Spezialisten“, um das Behandlungsziel – hier die Verhinderung, Beseitigung oder Verringerung von Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit – zu planen. Bezogen auf den Prozess der Planungs- und Kooperationsarbeit kommt dem Hausarzt in seinem Selbstverständnis mit der sogenannten „Integrations- und Koordinationsfunktion“ eine Schlüsselrolle hinsichtlich der biopsychosozialen Gesamtheit und individuellen Fallproblematik des Patienten zu (Fachdefinition der DEGAM<sup>9</sup>). Die Auswertung des Datenmaterials zeigt jedoch, dass weder Fachärzte noch Rehabilitationskliniken oder Leistungsträger eine Kooperation im Sinne einer fächer- und sektorenübergreifenden Verständigung auf ein gemeinsam geplantes Vorgehen hinsichtlich der Rehabilitationsplanung Hausarzt suchen. Stattdessen erlebt sich etwa die Hälfte der befragten Rheumatologen als „Zuarbeiter“ für die primärärztliche Versorgung, wie das nachfolgende Textbeispiel zeigt:

*„Also ich hab noch nie vorher mit dem Hausarzt Kontakt gehabt weil (.) die mir die Anträge immer direkt reinreichen und ich die ja ausfülle (.) so dass ich nicht sehe, warum ich den Hausarzt konsultieren sollte.“ (Zitat Rheumatologe)*

Aus den Experteninterviews, insbesondere aus der Auswertung der Fallvignette „Morbus Bechterew“ geht hervor, dass sich die meisten befragten Rheumatologen (12 von 14) zwar engagiert zeigten, einen Antrag auf Rehabilitation in Gang zu setzen bzw. auch den Hausarzt mit ausführlichen Facharztgutachten zu unterstützen, auf eine aktive Aushandlung eines gemeinsamen Vorgehens mit dem Hausarzt und damit auf eine fächerübergreifende gemeinsame Rehabilitationsplanung verzichten:

*„Da würde ich den Hausarzt vorher nicht fragen, weil der sowieso das mir gibt um das auszufüllen.“ (Zitat Rheumatologe)*

---

<sup>9</sup> DEGAM: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin

An dieser Stelle eröffnet sich ein neuer Problemhorizont: Wie soll der Hausarzt seiner Steuerungsfunktion und Koordinierungsverantwortung gerecht werden, wenn er von Seiten der Fachärzte nicht in die Rehabilitationsplanung involviert wird?

Die Gesamtkoordination der Rehabilitationsplanung gestaltet sich für den Hausarzt schwierig, wenn die Übersicht darüber fehlt, wo der Patient (möglicherweise auch ohne hausärztliche Überweisung) fachärztliche Behandlung in Anspruch genommen hat. Das „Sammeln“ von Befunden seitens der Hausärzte wird zu einer „Ersatzaktivität“ für persönlichen interdisziplinären Austausch:

*„Na, ´ne richtige Koordination gibt es nicht. Ich sage, man muss / ich sammle alles, was ich weiß (.) wo der Patient in Behandlung ist.“ (Zitat Hausarzt)*

Insbesondere Rheumatologen beklagen, dass eine gemeinsame Patientenbetreuung respektive Rehabilitationsplanung im interdisziplinären Ärzteteam oftmals an einer fehlenden Übersicht über alle in die Antragstellung/Behandlung involvierten Fachärzte scheitern würde:

*„Also auch / was auch vollkommen unklar ist für mich / Ich bin ja Facharzt und die Patienten geben ja mehrere behandelnde Ärzte an. Mir ist ja nicht bekannt, was haben andere Ärzte dort schon eingereicht, was liegt doppelt vor.“ (Zitat Rheumatologe)*

### **(c) Schwierige strukturelle Möglichkeitsrahmen für die Organisation interdisziplinärer Kooperation**

Die Auswertung des Datenmaterials hat gezeigt, dass schwierige strukturelle Möglichkeitsrahmen das Zustandekommen einer interdisziplinären Zusammenarbeit erschweren oder gar unmöglich werden lassen – vor allem wenn Facharzttermine nicht zeitnah zum Konsultationsbedarf des Patienten vereinbar sind oder der entsprechend benötigte Facharzt bzw. ambulante Therapieangebote in der Region nicht verfügbar sind.

Wichtig für eine schnelle Einleitung von Rehabilitationsanträgen ist die zügige Terminierung von Facharztkonsultationen – beispielsweise zur Diagnosesicherung durch Facharztbefunde. Mehr als die Hälfte der befragten Rheumatologen und etwa ein Drittel der befragten Hausärzte erachten die Vereinbarung von Facharztkonsultationen zuvorderst deswegen als schwierig, da die Patienten sehr lange (oftmals mehrere Monate) warten müssten, bis der Facharzttermin wahrgenommen werden könne:

*„Ja, das sind alles die erschwerenden Sachen, die wir hier haben. Ich sage auch immer zu den Patienten: „Bevor wir überhaupt einen Reha-Antrag stellen, müssen wir Hausaufgaben machen. Wir müssen Befunde zusammen sammeln, dass diejenigen, die darüber entscheiden, ´ja´ oder ´nein´ (-) Reha (.) auch etwas in den Händen halten können und dadurch verschiebt sich eine Reha. Dort, wo wir schnell Hilfe brauchen, zieht sich das hin. Ein neurologischer Ter-*

*min ist 8-12 Wochen, ein orthopädischer Termin sind so ungefähr 8 Wochen (4) Dann muss man noch beachten (.) bestimmte Ärzte geben nur am ersten den Monats überhaupt einen Termin raus, sodass die Situation äußerst schwierig ist.“ (Zitat Hausarzt)*

Zur Schwierigkeit, einen Facharzttermin zeitnah zum Konsultationsbedarf des Patienten zu vereinbaren kommt hinzu, dass in manchen Regionen keine Niederlassung des benötigten Facharztes bzw. der benötigten ambulanten Therapien besteht. Nachfolgend angeführte Erzählsegmente unterstreichen die Problematik:

*„Wir haben hier bei uns in der Nähe keine Rheumatologen. Die nächsten sitzen in Erfurt (.) ´ne (´) und von der Seite sind die natürlich überlaufen ohne Ende. Normalerweise wäre es günstiger, wenn der Rheumatologe den, Ko (k) den Bericht schreibt. Aber der wird das bei uns hier nicht machen (.) also hier wäre ich fällig. Na klar (.) ne (´) Also wir schreiben dann also das das Notwendigste. Dazu kommen natürlich sämtliche Kopien von Sachen die wir haben.“ (Zitat Hausarzt)*

*„Man muss dann auch sehen, wo wohnt der Patient, gibt 's dort in der Nähe überhaupt ´ne Physiotherapie. Ich hab´ ein sehr großes Einzugsgebiet (,) es kommen viele vom Dorf, arbeiten vielleicht noch irgendwo ganz anders. Sodass also die Möglichkeit einer adäquaten Physiotherapie schwierig ist, weil der Zugang nicht so leicht ist. (Zitat Rheumatologe)*

Hausärzte als auch Rheumatologen beklagen gleichermaßen, dass die Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit Gesundheitsberufen (wie beispielsweise Physiotherapeuten) vor allem auch aus budgetären Gründen (Heilmittelverordnung) limitiert seien:

*„(...) was die Rheumatologen an Budget haben für sieben Rezepte bei über tausend Patienten ((Anmerkung: zynisch gesprochen)) im Quartal (.) also im Prinzip man jetzt nicht fortlaufend Physiotherapie verordnen kann (.) was sicherlich sinnvoll wär bei so ´ner Erkrankung (Anmerkung: gemeint ist Morbus Bechterew).“ (Zitat Rheumatologe)*

*„(...) dass du dir überlegen musst, kann ich den jetzt die Physiotherapie aus Budgetgründen aufschreiben. Das finde ich eigentlich schlimm.“ (Zitat Hausarzt)*

Die Kooperation gestaltet sich zudem schwierig, wenn die Übersicht über ambulante Therapieangebote fehlt.

*„Was wir auch nicht genau wissen, welche Reha-Möglichkeiten gibt 's denn hier bei uns überhaupt. Die Möglichkeit von Reha-Sport zum Beispiel. Das hab ich erst später entdeckt, weil ich ´nen Kollegen getroffen hab´ aus der Klinik (,) hier in der Nähe (,) die gesagt hat: „Mensch, wir haben Reha-Sportmöglichkeiten, die werden von euch gar nicht genutzt. Schickt uns die Leute“ / oder Herzsportgruppen, Lungensportgruppen (.) so was. Das muss man sich mühsam*

*selber raussuchen. Wenn zum Beispiel die Deutsche Rentenversicherung mir schreiben würde: „es gibt da und da und da und da diese ambulanten Möglichkeiten“, wär' es für mich leichter.“ (Zitat Hausarzt)*

## **Kommunikation und Kooperation zwischen Rehabilitationskliniken und niedergelassenen Ärzten**

### **(a) Entlassungsberichte – Nutzen vs. Informationsflut**

Nachsorgeempfehlungen sind fester Bestandteil der Entlassungsberichte aus der Rehabilitation. Die meisten der befragten Hausärzte äußern sich zufrieden mit den Entlassungsbriefen. So würden Kurzberichte zeitnah zur Entlassung des Patienten einen ersten Überblick verschaffen und die Planung Rehabilitationsnachsorge erleichtern.

*„Was regelmäßig nahezu ausnahmslos immer gut ist, ist der Abschlussbericht aus den Reha-Einrichtungen. Mit konkreten Messdaten, mit verwertbaren Befunden, mit ´ner aktuellen Zusammenstellung der Krankheitskarriere, der aktuellen Vorgeschichte. Da beißt die Maus kein Faden ab (.) die sind gut (,) die sind sehr gut strukturiert.“ (Zitat Hausarzt)*

Dem Kurzbericht folgt eine ausführliche Langfassung, deren Umfang und Detaillierungstiefe jedoch von Allgemeinärzten als unnötig umfassend erachtet wird. Zu viele Informationen seien für die hausärztliche Planung nicht von Relevanz. Darüber hinaus sei der Selektionsprozess, also das separieren behandlungswichtiger und unwichtiger Informationen sehr zeitaufwendig.

*„Dann (.) Reha-Einrichtung (.) kommt ein ausführlichster Reha-Bericht in der Regel wieder. Den brauch ich überhaupt nicht in diesem Umfang. Also dass die Nervenaustrittspunkte frei waren und wie viele Sitzungen er am Kochkurs teilgenommen hat, das ist für mich nicht so richtig relevant. Sondern mich interessiert eigentlich mehr oder weniger die letzte Seite. Das heißt, das ist das Ergebnis, das haben wir herausgefunden und das sind die Empfehlungen für die Praxis. Ansonsten gibt es außer diesem Bericht keine weitere Kooperation mit der Reha-Einrichtung.“ (Zitat Hausarzt)*

### **(b) Mangelnde Einbindung in die Nachsorgeplanung**

Die Mehrzahl der befragten Hausärzte (26 von 32) beklagt, dass eine Kommunikation seitens der Rehabilitationsklinik, die über Entlassungsbriefe und Anfragen zu nachzureichenden Befunden hinausgeht ebenso zu vermissen bleibt, wie die Einbeziehung der Hausärzte in die Nachsorgeplanung. Etwa ein Drittel der befragten Hausärzte gibt an, sich zum Zweck der nachhaltigen Sicherung des Rehabilitationserfolgs eigeninitiativ um Kooperation zu bemühen.

*„Es gibt fast keine Kooperation. Wenn ich da nicht im Interesse meiner Patienten einfach sage, ich geh mal anrufen.“ (Zitat Hausarzt)*

Rheumatologen bekommen in der Regel – ob ihrer Involvierung in Therapie, ggf. Initiierung der Rehabilitation und Nachsorge – keinen Entlassungsbrief durch die Rehabilitationsklinik zugestellt. Stattdessen müssen sie diese Berichte vom Hausarzt anfordern oder den Patienten konsultieren:

*„Und wenn wir Glück haben, bringen sie uns dann in der nächsten Sprechstunde mal ein paar Seiten von dem Entlassungsbericht aus der Reha mit (.) weil der geht ja primär an den Hausarzt, ne (‘) und relativ selten dann auch mit an den betreuenden Rheumatologen. Da muss man dann immer den Hausarzt bitten: „Machen sie mir mal ´ne Kopie der wichtigsten Seiten“.“ (Zitat Rheumatologe)*

Die Beschaffung des Entlassungsberichts wird vor allem dann zum organisatorischen Aufwand, wenn der Patient sich ohne jeglichen Befund und sehr viel später nach Beendigung der Rehabilitation beim behandelnden Rheumatologen vorstellt. Besonders schwierig gestaltet sich die Nachsorge, wenn dem behandelnden Arzt nicht nur der Gesamtüberblick über mitbehandelnde Kollegen, sondern auch über bereits bestehende Verordnungen fehlt:

*„Der Patient geht zum Tresen zu seinem Hausarzt, holt sich eine Überweisung. Rheumatologe, Orthopäde, sonst wo hin. Und kein (k) sieht seinen Doktor manchmal zwei drei Jahre nicht, seinen Hausarzt. Und dann kommt er hier an und hat nicht einen Befund der anderen Fachkollegen. Der nächste Fachkollege weiß gar nicht, dass er bei, beim Rheumatologen ist. Der Orthopäde weiß es nicht, der Schmerztherapeut, jeder verordnet seine Medikamente. Der eine macht Ibuprofen, der Chirurg gibt Celebrex und zu uns kommt er dann noch mit Diclac von seinem Hausarzt und hat drei Schmerzmedikamente mit Interaktion. Traurig.“ (Zitat Rheumatologe)*

Daher würden mehr als die Hälfte der Rheumatologen und zwei Drittel der Hausärzte einen aktiven Einbezug in die Nachsorgeplanung – und hier im Besonderen bei der Gestaltung der medikamentösen Therapie – begrüßen:

*„Ja, also ich würd´ mir auch mal wünschen, dass mich mal einer von der Reha mal anruft und vielleicht mal persönlich mit mir redet, wenn er ein Problem hat. Also die Zeit hätt´ ich dann schon (.) mit dem Mitarbeiter da mal drei Minuten über den Fall zu sprechen.“ (Zitat Rheumatologe)*

*„(...) und da würd´ ich mir schon durchaus wünschen, dass das ein bisschen enger auch gestaltet wird und öfter auch gemacht wird. Viel häufiger passiert ´s, dass ich hier Patienten*

*über Jahre mühsam relativ gut medikamentös eingestellt hab. Was mir dann einfach ohne Rücksprache in der Reha abgesetzt wird (...).“ (Zitat Rheumatologe)*

### **(c) Die Unvollständige Befundübermittlung von der DRV an die Rehabilitationskliniken**

Mehr als die Hälfte der befragten Allgemeinmediziner zeigen sich verwundert über Rückfragen aus Rehabilitationskliniken, die verbunden sind mit der Bitte um Nachreichen einzelner Befunde. Immerhin sei die „Befundsammlung“, die dem Rehabilitationsantrag vollständig beigefügt worden sei, zeitintensiv und engagiert zusammengetragen worden, so die Mehrheit der befragten Hausärzte. Umso unverständlicher erscheine es dann, dass Nachkopien von Befunden erbeten würden, die dem Antrag bereits beigefügt gewesen seien:

*„Sie müssen die Akten wälzen, sie müssen die Befunde kopieren. Die müssen sie mitschicken und dann kriegen sie / haben alles mitgeschickt, und dann schreibt ihnen die Reha-Einrichtung, wo derjenige hin gegangen ist: „wir brauchen die Befunde“. Da frag ich mich, wo versacken die denn? (...) Da sitzt der Patient wieder vor mir mit einer, mit einem Briefchen, bringen Sie bitte alle Röntgenbilder und schriftlichen Befunde und Befundbericht. Und dann machen sie dem Patienten mal klar, und ich bin ja jetzt so, dass ich dann sage, es muss alles da sein. Ich hab alles mit geschickt. Da muss sich die Rehabilitationsklinik kümmern. Da hat sich dann auch oft keiner mehr gemeldet. Also haben sie sich ja irgendwo das Zeug hergeholt.“ (Zitat Hausarzt)*

Insbesondere die befragten Hausärzte wünschen sich gesicherte Strukturen und ein verbindliches Vorgehen bei der Übermittlung der Befunde von der DRV an die Rehabilitationskliniken. Dies würde zum einen den organisatorischen Aufwand für das neuerliche Zusammenstellen der nachgeforderten Unterlagen und die entsprechenden Aufwandskosten senken. Zum anderen würde eine verbindliche Versendep Praxis der Befundberichte gewährleisten, dass der jeweiligen Rehabilitationsklinik alle antrags- bzw. bewilligungsrelevanten Unterlagen stets in Vollständigkeit vorliegen.

### **(d) „Konsumfördernde“ Entlassungsgespräche**

Rheumatologen und Hausärzte zeigen sich gleichermaßen von aus ihrer Sicht fragwürdigen Entlassungspraktiken von Rehabilitationskliniken irritiert. So würden teilweise Patienten bereits im Entlassungsgespräch darauf hingewiesen, wann die nächstfolgende Rehabilitation zu beantragen sei. Diese Praxis der Entlassungsgespräche, mit der eine Art „Konsumhaltung“ erzeugt werde, wird von mehr als der Hälfte der befragten Hausärzte und Rheumatologen kritisiert; jegliche haus- und fachärztliche Bemühung um nachhaltige Sicherung des Rehabilitationserfolgs würde unterminiert.

*„Und gefördert wird das häufig auch, gerade solche, solche Reha-Begehren von den Patienten, dass die Patienten aus der Reha-Einrichtung kommen und dann (,) ja / Aber die Ärzte haben dort gesagt: „Ich muss unbedingt nächstes Jahr wieder ´ne Kur beantragen“ (...) Auch wenn die Reha gut angesprochen hat (,) so. Bei dem Abschlussgespräch dann nachher, wo der Patient vielleicht mit dem Anspruch rausgeht, gut „Das hat mir gut getan“ / „Mal sehen wie sich ´s entwickelt und in drei, vier Jahren können wir dann mal wieder eine beantragen, wenn's erforderlich ist.“ Dass man dann da schon wieder eins drauf gesetzt hat und dem Patienten irgendwie suggeriert, „naja, eigentlich bin ich ja schwer krank, ich müsste schon nächstes Jahr wieder zur Kur“ ne (´) und da macht man schon ´nen Teil der eigenen Reha-Arbeit im Abschlussgespräch schon wieder zunichte.“ (Zitat Rheumatologe)*

Die Suche nach Optimierungspotenzialen (Evaluationsarbeit) im Prozess der fachärztlichen und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit führt einen Allgemeinmediziner zu der Überlegung, dass eine längsschnittliche und sektorenübergreifende Evaluierung des Rehabilitationserfolgs wichtig für die Bewertung der eigenen Arbeitserfolge und die perspektivische Planung der Patientenbetreuung sei. Denkbar sei, dass die Rehabilitationskliniken mit der Evaluation betraut würden:

*„Aber die Nachsorge hinterher (.) den Reha-Bedarf oder den Reha-Erfolg zu evaluieren, dass wäre für den Reha-Träger durchaus möglich. Das müsste eigentlich jede Klinik machen, dass sie sagt „ok (.) wir haben uns hier drei, mindestens drei Wochen, oder vier fünf sechs“ / ich weiß gar nicht wo das Limit ist / „haben wir uns intensiv gekümmert, es interessiert uns wie es weitergeht mit dem Menschen“ (.) Das wäre eigentlich ´ne ganz tolle Sache.“ (Zitat Hausarzt)*

## **Kommunikation zwischen DRV und niedergelassenen Allgemein- und spezialisierten Fachärzten**

### **(a) Nichtinanspruchnahme des „Rückrufangebotes“**

Nahezu alle befragten Hausärzte und Rheumatologen beklagen, dass trotz ihrer ausdrücklichen Einwilligung („Rückruf-Kreuz“ im Antrag)<sup>10</sup> seitens der Gutachter von einer Kontaktaufnahme kein Gebrauch gemacht würde. Die Mehrzahl der befragten Rheumatologen und Hausärzte bedauern, dass im Bewilligungsverfahren „(...) zu wenig Rücksprache mit dem Vorbehandler genommen wird“ (Zitat Rheumatologe). Auf diese Weise könnten die Antrags- und Bewilligungswege nach Vorstellung der befragten Ärzte zeitlich deutlich verkürzt und die Verständigungssicherung wesentlich verbessert werden. Auch sei denkbar, dass gutachterliche Rückfragen zur fallindividuellen Rehabilitationsnot-

---

<sup>10</sup> Der behandelnde Arzt hat im Rahmen des Befundberichtes die Möglichkeit über ein Ankreuzfeld den Rückruf durch den zuständigen Arzt des Sozialmedizinischen Dienstes des Rentenversicherungsträgers und/oder der Rehabilitationseinrichtung zu erbitten.



wendigkeit, die aus dem gestellten Antrag nicht hervorgehen, in einem persönlichen Gespräch auf kurzem, unbürokratischem Weg rückgefragt werden: „(...) *warum ich jetzt die Rehabilitationsnotwendigkeit unbedingt sehe.* (Zitat Hausarzt). Zudem sei wünschenswert, dass fernmündlich auf fehlende Informationen und/oder notwendige Beifügungen hingewiesen würde.

Hausärzte und Rheumatologen wünschen sich gleichermaßen, dass sie bei Fragen die sich seitens des Leistungsträgers im Zuge des Bewilligungsverfahrens ergeben auf „kurzem Weg“ und unbürokratisch durch die Gutachter zurückgerufen zu werden, wie die folgenden Textbeispiele belegen:

*„(...) es steht zwar immer unten drunter, dass also bei Rückfragen, es hat mich noch nie jemand angerufen, warum oder wenn sie's jetzt ablehnen, was ich dazu sagen würde. Oder /ehm/ dass sie vielleicht sagen, sie brauchen dazu noch 'ne Ergänzung oder so. Oder warum ich jetzt die Rehabilitationsnotwendigkeit unbedingt sehe.“ (Zitat Hausarzt)*

*Es hat noch nicht einer in zehn Jahren versucht. Nicht ein einziger. Weder ein Fax, noch sonst irgendetwas. Ich habe eine Rückfrage, wie sieht es denn aus, irgendwas. Nicht ein einziger. Und ich kann sagen in zehn Jahren habe ich wenigstens ein paar Tausend Reha-Anträge ausgefüllt. Das können Sie sich ja ausrechnen. Zweitausend Patienten pro Quartal, zehn Prozent. Das sind zweihundert. Das sind allein schon fünfhundert im Jahr. (Zitat Rheumatologe)*

#### **(b) Auskunftsfähige Ansprechpartner nicht bekannt**

Die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und DRV gestaltet sich aus Sicht niedergelassener Allgemeinärzte und Rheumatologen vor allem auch deswegen schwierig, weil den niedergelassenen Ärzten Ansprechpartner seitens des Leistungsträgers für Rückfragen nicht bekannt sind. Aus nahezu allen Experteninterviews geht hervor, dass der Wunsch nach einem Ansprechpartner besteht, um Fragen zum Antrags- und Bewilligungsverfahren fernmündlich adressieren zu können

*„Also ich hab' niemanden, den ich da ansprechen könnte. Da wüsste ich gar nicht, wo ich / und wenn ich da anrufe ja (') dann ist es so, dass ich vielleicht da einen halben Tag zu tun hab', ehe ich da einen Ansprechpartner da finde. Das ist nicht (k) also das ist meines Erachtens nicht gut geregelt.“ (Zitat Rheumatologe)*

Allein die Präsenz eines Ansprechpartners reicht jedoch nicht aus. Diejenigen unter den befragten Ärzten, die nach zeitintensivem Bemühen einen Ansprechpartner beim Leistungsträger erreicht haben, beklagen, dass der Gegenstand der Frage/der interessierende Sachverhalt vom Gesprächspartner oftmals nicht erfasst oder die Zuständigkeit abgewiesen worden sei:

*„Da gibt es tatsächlich auch Defizite. Ich denke (k) Ich muss sagen (k) Also ich finde, dass ist immer sehr schlimm wenn ich mal ein Telefonat führe und merke, der dafür Zuständige (.) hat das medizinische Problem gar nicht verstanden. Das ist, denk' ich (.) schlimm (.) und hieran sollte man eben arbeiten.“ (Zitat Rheumatologe)*

In diesem Zusammenhang wünscht sich ein großer Teil der Niedergelassenen persönliche und kontinuierlich erreichbare Ansprechpartner sowie telefonische Rückfragen durch den jeweiligen Mitarbeiter und/oder Prüfarzt.

*„Vielleicht bräuchte ich auch ein Servicetelefon (lachen) oder für meinen Bereich einen festen Ansprechpartner. An dem Punkt ist es auch gut, nicht wechselnde Gesichter zu haben, sondern es müsste sich ein Vertrauensverhältnis zum Sachbearbeiter aufbauen. Das wäre optimal, wenn ich wüsste, für meinen Bereich gibt es nun den einen Sachbearbeiter, den kann ich anrufen. Das wäre herrlich“. (Zitat Hausarzt)*

### **(c) Gemeinsame Servicestellen nicht bekannt**

Die Rehabilitationsträger erfüllen mit der Einrichtung gemeinsamer Servicestellen die gesetzliche Verpflichtung entsprechend § 22 ff. des Sozialgesetzbuches IX nach der Etablierung von trägerübergreifender Strukturen zur Beratung und Unterstützung Ratsuchender. Diese jeweils regional etablierten Servicestellen sind niedergelassenen Allgemeinärzten und Rheumatologen jedoch zumeist unbekannt:

*I: „Gemeinsame Servicestellen (‘)“*

*E: „ Kenn' ich nicht, gibt 's nicht. Kenn' ich keine Anschrift. Kenn' ich keine Telefonnummer. Hab' ich noch nicht gefunden. Hat noch nie jemand einen Brief geschrieben. Hab noch nie 'ne Information bekommen (.) eh (-) Kenn' ich auch nicht zum Beispiel von meinem Rentenversorgungswerk.“ (Zitat Hausarzt)*

Die Analyse der Interviews mit Gutachtern der DRV brachte wiederum hervor, dass das Problem der Unkenntnis der gemeinsamen Servicestellen unter niedergelassenen Ärzten durchaus bekannt sei. So stellte einer der befragten Gutachter heraus, dass die Aufhebung der Anonymität und der persönliche Austausch zwischen Ansprechpartnern der Leistungsträger und niedergelassenen Ärzten die tragfähigste Grundlage einer interdisziplinären Verständigung sei.

*„Weil ich da schon merk' (,) da ist die Kommunikation schon ein Problem. Ich will aber erreichen mit solchen Treffen, dass die sich kennen, sagen: „Ach, das war die Kollegin von da (!) die ruf' ich mal an. Mit der hab ich schon mal gesprochen.“ Das funktioniert dann einfach. Als wenn da so (-) so 'n imaginärer Rententräger da sitzt (-) ein Arzt (',) weiß ich nicht wie der*

*heißt. Da sitzt einer, den rufen sie doch nicht an. Und das ist, denk' ich auch dieses / das ist die Crux dieser (-) dieser Servicestellen. Dass das auch / eigentlich müssten die ja sozusagen offensiv auf die Ärzte zugehen (.) müssten sagen: „Wir helfen ihren Patienten. Wir wissen wo 's langgeht.“ oder so. Haben sie so was schon mal gesehen? Ich noch nicht.“ (Zitat Gutachter).*

## 6.6. Zusammenfassung der Ergebnisse

Der Zugang zu medizinischen Rehabilitationsleistungen in Trägerschaft der Deutschen Rentenversicherung erfolgt in Deutschland meist aus der ambulanten Versorgung und somit

- an der Schnittstelle zwischen verschiedenen Leistungssektoren sowie
- unter Einbindung verschiedener Akteure im Rahmen eines vorgeschalteten Antrags- und Bewilligungsverfahrens.

Betrachtet man die beteiligten Akteure im Prozess des Rehabilitationszuges aus der ambulanten Versorgung, finden sich im Wesentlichen drei Hauptakteure, denen unterschiedliche Kooperations- und Aktionsmuster zugeordnet werden können (Abbildung 1):

- der Patient selbst (inklusive seines sozialen Umfeldes)<sup>11</sup>,
- die niedergelassenen Ärzte, bei denen zwischen dem Hausarzt bzw. Allgemeinmediziner und spezialisiertem Facharzt zu unterscheiden ist sowie
- der Leistungsträger als (sozialrechtliche und -medizinische) Entscheidungsinstanz.

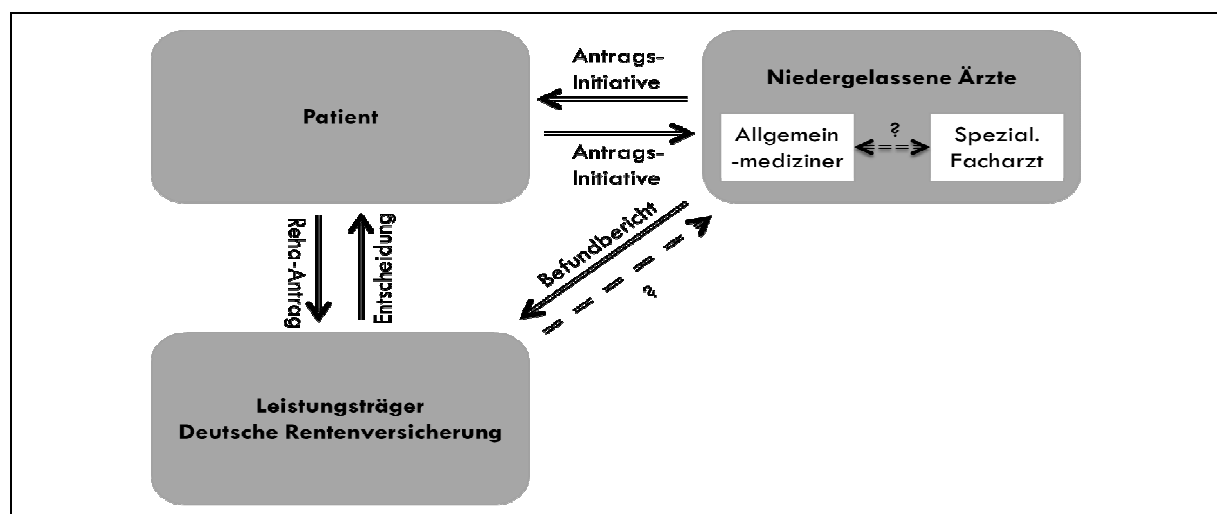


Abb.1: modellhafte Darstellung von Beteiligten und ausgewählter Interaktionsprozesse beim Zugang zu einer Rehabilitationsleistung bei Rehabilitationsträgerschaft der Deutschen Rentenversicherung

Um Brüche an den Schnittstellen zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen und Akteuren zu vermeiden, ist der Handlungsrahmen für eine sektorenübergreifende und abgestimmte Kooperation sowohl rechtlich (SGB IX) als auch durch gemeinsame Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) prinzipiell festgelegt. Jedoch verweisen die Ergebnisse der vorliegenden Studie auf zahlreiche Faktoren und Problembereiche, die einer frühzeitigen und bedarfsgerechten Einleitung von Rehabilitationsleistungen entgegenwirken.

<sup>11</sup> Aus genannten Gründen wird die Patientenperspektive hinsichtlich des Zugangs zu Rehabilitationsleistungen hier nur randständig betrachtet.

Auf Grundlage des analysierten Datenmaterials lassen sich die Problembereiche und damit verbundenen Optimierungspotentiale zum Rehabilitationszugangsprozess aus der ambulanten Versorgung hierbei sowohl chronologisch in

- Bedarfserkennung
- Antragsstellung sowie
- sozialmedizinischer Entscheidungs- und Bewilligungsprozess differenzieren,

als auch in den übergreifenden Problemdimensionen

- rehabilitationsbezogene Informationswege und
- interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kooperation bündeln.

Der erste Schritt auf dem Weg zu einer erfolgreichen Rehabilitationsleistung ist das **Erkennen des Rehabilitationsbedarfes**. Wird hier nach Merkmalen (Kriterien) für einen potentiellen Rehabilitationsbedarf sowie nach dem Vorgehen bei der Erkennung eines solchen gefragt, zeigen die vorliegenden Ergebnisse, dass sich niedergelassene Ärzte hier nicht als homogene Gruppe mit gleichem Rehabilitationsverständnis zusammenfassen lassen. Die je nach Fachrichtung unterschiedlich angelegten Kriterien zur Identifizierung des Rehabilitationsbedarfs lassen sich dabei unmittelbar auf unterschiedliche Zielsetzungen zurückführen, die die befragten Ärzte mit der Teilhabeleistung verbinden. Eine Vielzahl der Befragten beider Fachrichtungen hat in ihren fallindividuellen Bedarfseinschätzungen hierbei eher „Nahziele“ im Blick als den durch die sozialmedizinischen Gutachter der Deutschen Rentenversicherung betonten zentralen Aspekt und das „Fernziel“ der Bewältigung einer gefährdeten Erwerbsfähigkeit.

Aus sozialmedizinischer Sicht wird die Gefährdung der Erwerbsfähigkeit häufig über die „Arbeitsunfähigkeitszeiten“ der Patienten ermessend. Die befragten Hausärzte und Rheumatologen kritisieren in diesem Zusammenhang, dass gerade die Patienten, die eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung aus Pflichtbewusstsein oder existenzieller Not heraus ablehnen (Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes respektive Einkommenseinbußen), trotz vorliegender Indikation kaum eine Chance auf Anerkennung ihres Rehabilitationsbedarfes hätten. Demnach führt aus Sicht der befragten niedergelassenen Ärzte das Heranziehen der Arbeitsunfähigkeitszeiten als Messgröße für Rehabilitationsbedarf zu einer Verteilungsungerechtigkeit.

Beide Arztgruppen begreifen „Rehabilitation“ zudem als „therapeutisches Angebot“, dass dann einzusetzen ist, wenn ambulante Behandlungen (SGB V) entweder wegen „Budgetbegrenzungen“ nicht ausreichend oder wegen langen Wartezeiten, etwa im Bereich der Psychotherapie, nicht zeitnah „auszuschöpfen“ sind. Rehabilitation wird in diesem Zusammenhang häufig als Ersatzleistung für ambulante Behandlungen funktionalisiert und muss an vielen Stellen leisten, was mit dem limitierten Zeitpensum, dem Budget der Ärzte und der ambulanten Versorgungssituation sowie teilweise durch

die Lebensbedingungen der Patienten nicht zu bewältigen ist. Ein Umstand, auf den die Gutachter der Leistungsträger nur begrenzt Rücksicht nehmen können, da auch sie sich zwischen begrenzten Budgets und gesetzlichen Vorgaben bewegen und ihre Entscheidung vor allem unter Bewertung des Grades der Gefährdung der Erwerbsfähigkeit zu fällen haben.

Gleichfalls für beide Ärzteguppen ähnlich ist die grundsätzliche Vorgehensweise beim Erkennen von potenziellem Rehabilitationsbedarf, dass sich eher als intuitives, erfahrungsgeleitetes Vorgehen beschreiben lässt. Nur vereinzelt verbinden niedergelassene Ärzte das Erkennen des Rehabilitationsbedarfs mit einem fächerübergreifenden Austausch zur gemeinsamen Planung des Rehabilitationsantrages. Assessmentinstrumente werden häufig im Bereich der Diagnosesicherung (z.B. Depression), Graduierung der Krankheitsschwere und/oder zur Absicherung der Rehabilitationsfähigkeit (z.B. Barthel-Index) benutzt. Hingegen werden Checklisten zumeist abgelehnt, da diesen von niedergelassenen Ärzten ein zeitlicher Mehraufwand zugeschrieben wird, der im ohnehin zeitlich gestrafften Praxisalltag nur schwer zu integrieren sei. Viele der befragten niedergelassenen Ärzte wünschen sich einen intensiveren Austausch mit Fachkollegen und sozialmedizinischen Gutachtern, gerade wenn es um die interdisziplinäre Rehabilitationsprozessplanung geht. Die arbeitsalltägliche Zeitnot und fehlende Kooperationsstrukturen und letztlich auch ein fehlender Überblick über die Mitbehandler stehen dem jedoch entgegen.

Hinsichtlich des **Antragsverfahrens** für medizinische Rehabilitationsleistungen zeigen die Befragungsergebnisse seitens der niedergelassenen Ärzte zunächst deutliche Schwierigkeiten bei der Unterscheidung der verschiedenen Leistungsträger, wodurch oftmals auch bei Zuständigkeit der Rentenversicherung eine Leistungseinleitung über das zweistufige Verfahren der Krankenkassen (Muster 60/61) erfolgt. Das Antragsverfahren wird daher als langwierig und bürokratisch beschrieben. Dieser Eindruck wird durch die als häufig (zu) lang wahrgenommene Bearbeitungszeit verstärkt.

Die Erwartungen der Gutachter zu aussagekräftigen ärztlichen Befundberichten sowie zu entsprechenden Anforderungen an deren inhaltliche Ausgestaltung weichen dabei weit von den Vorstellungen der behandelnden Ärzte ab: Die ICF als gewünschtes konzeptionelles Bezugssystem in der medizinischen Rehabilitation verfehlt hier durch Unkenntnis der Ärzte und/oder mangelnde Routine im Umgang ihre Wirkung und Funktion zur Steigerung der Nachvollziehbarkeit der im Befundbericht dargestellten Gesundheitsdaten und Krankheitsfolgen – was insbesondere für die sozialmedizinischen Entscheidungsfindung nach Aktenlage gilt. Angesichts in diesem Zusammenhang beklagter unabgestimmter, undifferenzierter und ICF-ferner Indikationsstellungen im Rahmen der ärztlichen Befundberichte sehen die befragten Gutachter in der Schärfung der ICF-Orientierung wesentliche Optimierungspotentiale.

Aus Sicht der Ärzte wiederum würden hauptsächlich sowohl die mangelnde Praktikabilität der Antragsunterlagen als auch und insbesondere undurchsichtige inhaltliche Anforderungen eine differenzierte Darstellung des facettenreichen rehabilitationsrelevanten Gesundheitszustandes ihrer Patienten verhindern, wobei Letzteres insbesondere für den von den Gutachtern geforderten Bezug zur Gefährdung der Erwerbsfähigkeit gelte. Eine praktikable Bearbeitung und Übermittlung der Antragsunterlagen (Praxis-Software) sowie eine inhaltliche Überarbeitung hin zu stringenteren Formularen könnte in den Augen der befragten Niedergelassenen hier Abhilfe verschaffen.

Angesichts zahlreich von den Befragten benannter Vorzüge des Antragsverfahrens der Rentenversicherung im Gegensatz zu dem der Krankenversicherung betonen viele der Niedergelassenen jedoch, dass hinsichtlich des gesamten Zugangsprozesses nicht das Antragsverfahren per se, sondern vielmehr der intransparente **(sozialmedizinische) Entscheidungsvorgang** entmutigend im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Rehabilitations-Einleitung wirke. In diesem Zusammenhang werden von den befragten niedergelassenen Ärzten Entscheidungs- und Zuweisungsgerechtigkeit maßgeblich in Frage gestellt, was mit einer wahrgenommenen unzureichenden Transparenz des Bewilligungsvorgangs und der Bewilligungskriterien in Verbindung gebracht wird. Oftmals wird auch die (krankheitsbildspezifische) Fachkompetenz der Gutachter sowie der (gutachterliche) Überblick über die singulär-fallspezifischen Besonderheiten im Krankheitsverlauf in Frage gestellt. Auffallend viele der befragten niedergelassenen Ärzte schätzen die Ablehnungsquote ihrer Rehabilitationsanträge als hoch ein. Dies wiederum würde die Motivation zur Initiierung von Rehabilitationsanträgen deutlich senken. Die Bewilligungspraxis des Leistungsträgers wird, durch die niedergelassenen Ärzte im Wesentlichen als intransparent wahrgenommen. Einerseits bekommen die Ärzte seitens des Leistungsträgers keine Mitteilung über die individuelle Entscheidung zum Rehabilitationsantrag. Andererseits enthalten die normierten Ablehnungsbescheide eine als (z.T. völlig) unzureichend charakterisierte Darlegung von Ablehnungsgründen. Dies – so die vorliegenden Ergebnisse – erschwert nicht nur das Nachvollziehen der Entscheidung im individuellen Fall, sondern erschwert zudem ein zukünftig verbessertes Antragsverhalten. So wird beispielsweise die fehlende Angabe von Behandlungsalternativen sowie bestehenden Potenzialen und Mängeln der jeweiligen Befundberichte kritisiert. Hier entstünden in Teilen auch nicht erfüllbare Erwartungen seitens der Patienten, die Entscheidung des Leistungsträgers durch die niedergelassenen Ärzte aufklären und begründen zu können.

Eine Steigerung der Transparenz könne nach Meinung der befragten Ärzte daher zum einen durch eine Optimierung der Ablehnungs- und Bewilligungsbescheide durch auf den Einzelfall bezogene Entscheidungsgründe zum Begutachtungsergebnis erreicht werden. Zum anderen könne über eine bessere Einbindung der behandelnden Ärzte mittels direkter Rückmeldung zum Begutachtungsergebnis an den Niedergelassenen und direkter Rückfragen bei Unklarheiten im Begutachtungsprozess erzielt werden.

**Kommunikations- und Kooperationsbarrieren** zwischen den am Zugangsprozess beteiligten Akteuren erschweren einen rechtzeitigen und bedarfsgerechten Zugang zu rehabilitativen Leistungen. Ein wenig abgestimmtes Vorgehen zwischen niedergelassenen Haus- und Fachärzten bei der Rehabilitationsinitiierung (und damit verbunden bei der Beantragung entsprechender Leistungen) sowie die geringe Verständigung auf eine gemeinsame Rehabilitationsprozessplanung kann auf Grund mangelnder verbindlicher Kooperationsstrukturen maßgeblich zum Übersehen von Rehabilitationsbedarf durch die Niedergelassenen führen. Obgleich auch von den befragten Gutachtern an dieser Stelle eingefordert, kann insbesondere der behandelnde Hausarzt seiner Integrations- und Koordinationsfunktion hier nur schwerlich nachkommen. Zudem verhindert der strukturelle Möglichkeitsrahmen (fehlender Überblick über mitbehandelnde Fachkollegen, budgetäre Gründe, unzureichend verfügbare Facharzttermine) das Zustandekommen einer integrierten Bedarfsplanung. Das Sammeln von Befunden wird in diesem Zusammenhang oftmals zur Ersatzaktivität im Hinblick auf die Unterstützung der Antragsstellung. Obgleich Kommunikations- und Kooperationsdefizite benannt wurden, werden nur wenige Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten (z.B. gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen) aufgezeigt. Eindringlich wünschen sich die Befragten eine Verbesserung der als nicht zufriedenstellend wahrgenommenen ambulanten Versorgungssituation durch einige Facharztgruppen, sehen dies aber nicht in ihrem Handlungsrahmen.

Ebenso signalisieren die befragten Ärzte im Hinblick auf die Interaktion mit den Rehabilitationseinrichtungen mangelnde Kommunikation mit den Leistungserbringern. Dies gilt insbesondere für die Zusendung der Entlassungsberichte an den mitbehandelnden Rheumatologen. Rheumatologen und Hausärzte wünschen sich zudem gleichermaßen in die Nachsorgeplanung mit einbezogen zu werden.

Die wohl vorrangigste Notwendigkeit Interaktionsprozesse zu verbessern, scheint nach Auffassung der befragten Ärzte zwischen dem Leistungsträger und dem behandelnden Arzt zu bestehen. Als entsprechende Kommunikationsbarrieren werden hier das Ausbleiben gutachterlicher Rückfragen zur fallindividuellen Rehabilitationsnotwendigkeit und fehlende auskunftsfähige Ansprechpartner angeführt. Herauszuheben ist, dass den befragten Ärzten weder die Funktion noch die Existenz der gemeinsamen Servicestellen bekannt war. Ebenso herauszustellen ist an dieser Stelle, dass nahezu alle der befragten Ärzte sich mehr Informationen zum Aufgaben- und Leistungsspektrum der gemeinsamen Servicestellen wünschen.

Darüber hinaus wird deutlich, dass bestehende Unklarheiten im gesamten Zugangsprozess nicht selten wesentlich durch rehabilitationsbezogene **Wissensdefizite** befördert werden. Handlungsoptionen und -erfordernisse werden daher auf dem Gebiet der Aufklärung und Schulung gesehen. Obgleich die Vorstellungen zu entsprechenden Themen und Inhalten sowie zu Form, Umfang und Ort variieren, gibt es doch übereinstimmende Auffassungen darüber, dass dies im Sinne einer sektorenübergrei-



fenden Zusammenarbeit nur unter Einbindung *aller* am Prozess beteiligten Akteure zielführend sein kann.

Insgesamt zeigt sich damit, dass die Vorstellungen der befragten Akteursgruppen zu Handlungsfeldern und Optimierungspotentialen in Bezug auf einen rechtzeitigen und bedarfsgerechten Zugang zu rehabilitativen Leistungen oftmals sehr nah beieinander liegen und sich hinsichtlich der *Schnittstellen* durchaus *Schnittmengen* und dadurch Chancen im Zusammenhang mit einer zu optimierenden Zugangssteuerung ergeben. Ihre praktischen Umsetzungspotentiale sollen daher im Folgenden diskutiert werden.

## IV. Diskussion der Ergebnisse und Ableitung von Handlungsempfehlungen

Der Zugang zu medizinischer Rehabilitation aus der ambulanten Versorgung befindet sich an der Schnittstelle verschiedener Versorgungssektoren, involviert unterschiedliche Akteursgruppen und wird daher durch ein mehrdimensionales Wirkungsgeflecht bedingt.

Da ein vorgeschaltetes Antrags- und Bewilligungsverfahren besonders einer Über-Inanspruchnahme entgegenwirkt, bleiben behandelnde Allgemeinmediziner und/oder spezialisierte Fachärzte zentrale Akteure, wenn es darum geht, Rehabilitationsbedarf frühzeitig zu erkennen und einzuleiten.

Die Ausgangsfrage, wie niedergelassene Ärzte in die Reha-Bedarfserkennung und den Rehabilitationszugang besser eingebunden werden können, ist dabei keine grundsätzlich neue. Die vorliegenden Ergebnisse sind sowohl an frühe, wie auch an jüngere Ergebnisse bisheriger Arbeiten anschlussfähig (u.a. Brandt 1989, Mau et al. 2004, Deck et al. 2009, van den Bussche/Dunkelberg 2003, Krischke et al. 1997, Pohontsch/Deck 2010, 2011). Sie bestätigen diese im Wesentlichen, indem sie auf Problemhorizonte mit hemmender Wirkung auf einen frühzeitigen, bedarfsgerechten Rehabilitationszugang verweisen, die in der Konsequenz schlimmstenfalls in Demotivation bei einer Rehabilitations-Initiierung mündet oder aber zu suboptimalen Vermeidungs- und Antragsstrategien führen. Hierzu zählen etwa

- Informationsdefizite zur Thematik Rehabilitation (Angebote, Inhalte, Zugangsprozess, sozialrechtliche Voraussetzungen),
- als unzureichend transparent wahrgenommenes Antrags-/Bewilligungsverfahren,
- häufig bestehende Kooperationslücken zwischen den verschiedenen Akteuren sowie
- bestehende Skepsis gegenüber dem bürokratischen Aufwand der Antragstellung.

Daraus lässt sich ableiten, dass bisherige Empfehlungen und entsprechende Bemühungen, aber auch gesetzliche Festlegungen bis zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht den gewünschten Erfolg erbrachten.

Ein zentrales Handlungsfeld stellt dabei die Forderung dar, trägerübergreifend vorzugehen und Leistungen und Leistungsinitiierung wie „aus einer Hand“ zu erbringen. Hier ist zu überlegen, ob es angesichts bereits existenter Festlegungen nicht an (Rechts-)Vorschriften, sondern vielmehr an deren konsequenter Umsetzung mangelt. Nehmen viele frühere Studien das „Was“ in den Blick, muss in diesem Zusammenhang möglicherweise ein Umdenken zugunsten der Frage nach dem „Wie“ erfolgen. So gilt das Forschungsinteresse vieler Studien zum Beispiel hinsichtlich des Bewilligungsverfahrens häufig ausschließlich dem sozialmedizinischen Begutachtungsprozess und den daraus resultierenden Begutachtungsentscheidungen, nicht aber der Entscheidungsgrundlage – den ärztlichen Be-

fundberichten – und der damit verbundenen Notwendigkeit, Wege aufzuzeigen, um entsprechende ärztliche Kompetenzen zu stärken.

Aus den vorliegenden empirischen Ergebnissen lässt sich ein mehrdimensionales Wirkungsgefüge ableiten, aus dem sich drei grundlegende Handlungsfelder ergeben, auf dessen Grundlage im Folgenden Optimierungspotentiale diskutiert werden sollen:

- 1. Fortbildungsbedarf hinsichtlich des rehabilitationsbezogenen Kenntnisstands der Ärzte**
- 2. Transparenzsteigerung im Rahmen des Antrags- und Bewilligungsverfahrens**
- 3. Strukturen für eine interdisziplinär abgestimmte Rehabilitationsprozessplanung**

### **1. Fortbildungsbedarf hinsichtlich des rehabilitationsbezogenen Kenntnisstands der Ärzte**

Die vorliegenden Ergebnisse verweisen auf wesentliche Diskrepanzen zwischen der zunehmenden Bedeutung von Rehabilitation und dem erforderlichen rehabilitationsbezogenen Kenntnisstand seitens niedergelassener Ärzte. Trotz ihrer zentralen Steuerungsfunktion verfügen die befragten Niedergelassenen hier über Informationsdefizite, auf die sich viele der geäußerten Zugangsbarrieren aus der ambulanten Versorgung zurückführen lassen.

Im Zusammenhang mit der Reha-Bedarfserkennung betrifft das insbesondere einzelne rehabilitative Leistungsformen und deren Inhalte sowie *sozialmedizinische* Faktoren, wie Kriterien und Vorgehensweisen bei der Reha-Bedarfseinschätzung. Letztere orientiert sich arztseitig eher an gesundheits- bzw. krankheitsbezogenen Kriterien, statt an Krankheitsfolgen, wie den Risiken der Erwerbsfähigkeit. Ein so entstehendes Missverhältnis zwischen gesundheits- und sozialpolitischer Festlegung und arzt- sowie patientenseitiger Vorstellung zu Funktion und Zielsetzung von Rehabilitation impliziert in der Konsequenz die Gefährdung individueller, fallspezifischer Rehabilitationsprognosen.

Auch wahrgenommene Problembereiche zum Antragsverfahren, etwa die fehlende Trennschärfe zwischen den Zuständigkeiten der Leistungsträger sowie die Unkenntnis entsprechender leistungsrechtlicher Voraussetzungen, können ebenso auf Informationsdefizite – hier insbesondere auf *sozialrechtliche* – zurückgeführt werden.

Ein unzureichender Kenntnisstand im Bezug auf das Entscheidungs- und Zuweisungsverfahren, etwa die hoch empfundene, jedoch der DRV-Realität nicht entsprechende Ablehnungsquote durch den Leistungsträger, der mangelnde Wissensstand zu den sozialmedizinischen Beurteilungskriterien sowie zu sozialverwaltungstechnischen Abläufen, kann ebenfalls als maßgebliche Zugangshürde zu rehabilitativen Leistungen bewertet werden.

Prekär ist dies in zweierlei Hinsicht: Zum einen entfalten derartige Informationslücken seitens niedergelassener Ärzte eine demoralisierende und demotivierende Wirkung, die sich als hemmend hinsichtlich der Reha-Bedarferkennung und Reha-Zugangssteuerung erweist – suboptimale Bewältigungsstrategien können in diesem Zusammenhang als Möglichkeit des Umgangs mit dieser Frustration interpretiert werden, der unbedingt begegnet werden sollte. Zudem können nur ausreichend gut informierte Ärzte ihrer Informationsfunktion gerecht werden – als Informationsquelle und -grundlage für den Entscheidungsträger sowie als Motivations- und Aufklärungsinstanz für die Patienten/Versicherten.

Bestehende, klassische Wege der Wissensvermittlung – etwa Fortbildungen mit Frontalvortrag – scheinen sich als Option der arztseitigen Kompetenzsteigerung zu verwehren. Hier signalisieren die befragten Ärzte, diese Angebote mangels Mehrwert nicht zu nutzen, was wiederum darauf zurückzuführen ist, dass mögliche Fehlerquellen wenig selbstreflektiv externalisiert und weniger im eigenen Handeln verortet werden. Obgleich sie jedoch ihre bestehenden Wissenslücken nicht direkt ursächlich für rehabilitationsbezogene Fehlversorgung erachten, sind sich viele der befragten Ärzte ihrer Informationsdefizite bewusst und daher auch bereit, diese ein- und auszuräumen. Diese Chance muss von den Leistungsträgern unbedingt und konsequent(er) genutzt werden. Als wesentliches Element von Informationsangeboten muss daher die **Anleitung zur Bewusstseinsbildung sowie zur Reflexion** des eigenen Handelns gelten.

Darüber hinaus gilt es hier, bestehende Informationsmaterialien und -möglichkeiten so weiterzuentwickeln (Inhalte, Aufbereitung, Verfügbarkeit etc.), dass sie ihre erhoffte Wirkung entfalten. Da das Internet zudem zu den akzeptierten und auch gängigsten Wegen der ärztlichen Informationsbeschaffung zählt, könnte hier ein niederschwelliger Schritt sein, so wie es auch Pohontsch und Deck (2011) für die DRV-Nord empfehlen, den Internetauftritt des Leistungsträgers zu überarbeiten und zielgruppengerechter zu gestalten. Ähnlich wie es bereits bei der Deutschen Rentenversicherung Westfalen erfolgt, ist die Ärzteschaft auf der entsprechenden **DRV-Website** als Zielgruppe direkt (und nicht subsumiert mit anderen Akteuren) über ein entsprechendes Auswahlfenster anzusprechen. Auf diesem Weg können Informationen, etwa zu Rehabilitationsinhalten, -zielstellungen und -zugangswegen strukturiert, anleitend und vor allem ziel- bzw. berufsgruppenspezifisch vermittelt werden.

Zudem müssen neue Zugangswege gefunden, etabliert und weiterentwickelt werden. Als eine vielversprechende Möglichkeit zur Vermittlung von Wissensinhalten und Kompetenzen zur Verbesserung der Bedarfserkennung und Antragsstellung im Rehabilitationsverfahren bieten sich hier regelmäßig stattfindende Kleingruppen wie **Qualitätszirkel** an, die aufgrund ihres interaktiven Kleingruppencharakters, Wohnortnähe und durch kontinuierliche kollegiale Kontakte für Vertragsärzte eine gleichermaßen glaubwürdige wie beliebte Fortbildungsoption darstellen.

Ein entsprechendes **Konzept**, das sowohl den Zugangsweg über die Qualitätszirkel wählt als auch die besprochenen Inhalte sowie wesentliche selbstreflektive Anteile umfasst, findet sich im Anhang dieses Berichtes.

## **2. Transparenzsteigerung im Rahmen des Antrags- und Bewilligungsverfahrens**

Die Ergebnisse dieser Arbeit verweisen im Einklang mit anderen Studien (u.a. Petermann et al. 1999) auf eine variierende Qualität und Ausführlichkeit der ärztlichen Befundberichte und davon abhängige gutachterliche Entscheidungen. Damit kann konstatiert werden, dass es Ablehnungsentscheidungen gibt, die maßgeblich von der durch die befragten Gutachter bemängelten Qualität der ärztlichen Stellungnahmen abhängen, da es vordergründig die Befundberichte sind, die bei Entscheidungen nach Aktenlage – wie es im Zuständigkeitsbereich der DRV Mitteldeutschland mehrheitlich praktiziert wird – die Informationsgrundlage für die sozialmedizinische Entscheidung bilden. Die Ergebnisse lassen zudem vermuten, dass es einen unmittelbaren Zusammenhang geben muss zwischen der Qualität der ärztlichen Befundberichte und der Motivation bzw. dem Engagement, mit denen die Ärzte die Unterlagen bearbeiten. Hierbei zeigt sich, dass dem Antrags- und Bewilligungsverfahren Faktoren immanent sind, die diese Motivation und Bereitschaft maßgeblich schmälern. Diese beziehen sich sowohl auf Antrags- und Verfahrensmodalitäten als auch auf die mangelnde Nachvollziehbarkeit und Transparenz der Beurteilungsgrundlagen und -entscheidungen.

So wurde etwa hinsichtlich der Ausgestaltung des ärztlichen Befundberichts seitens der befragten Gutachter bemängelt, dass vor allem der Bezug zur Gefährdung der Erwerbsfähigkeit als das zentrale Beurteilungskriterium durch niedergelassene Ärzte nicht hinreichend genug herausgestellt wird. Auf die betonte Relevanz wird aber im Antrag selbst nicht eindeutig verwiesen. Wenn also der Aspekt der Erwerbsfähigkeit weder, wie oben beschrieben, in den ärztlichen Zielvorstellungen verankert ist, noch im Antragsformular deutlich abgefragt wird, muss – neben allen Forderungen um Kompetenzzuwachs – auch hinterfragt werden, ob sich die derzeitige inhaltliche Ausgestaltung der Befundformulare als Informationsgrundlage für die Begutachtung nach Aktenlage eignet.

Darüber hinaus konnte, wengleich laut Aussagen der Gutachter durchaus angebracht, nur an wenigen Stellen artseitige Selbstkritik an der Gestaltung des Befundberichtes beobachtet werden. Ein Ergebnis, das insofern nicht überrascht, als das den behandelnden Ärzten jegliches, direktes Feedback zu den Mängeln und Potentialen in der Ausgestaltung der Befundberichte fehlt. Ein Umstand, der sich zum einen in der beschriebenen Unkenntnis der Bewilligungskriterien niederschlägt. Zum anderen ist die subjektiv auch sehr hoch wahrgenommenen Ablehnungsquote, die im Zuständigkeitsbereich der DRV in der Realität jedoch nicht nachzeichnen lässt, direkt damit in Verbindung zu bringen: Die Disparität zwischen tatsächlicher Bewilligungspraxis und Einschätzung durch die behan-

delnden Ärzte, kann darauf zurückgeführt werden, dass Ärzte nicht zu den Adressaten des Bewilligungs- und/oder Ablehnungsbescheids zählen. Informationen über eine Bewilligung erhalten sie, sofern von den Patienten kommuniziert, oftmals erst mit Erhalt des Entlassungsberichtes durch den Leistungserbringer. Dies erfolgt damit teilweise erst mehrere Monate nach Einleitung der Leistung und entsprechender Bearbeitung des Befundberichtes, wodurch eine direkte Verbindung mit der jeweiligen Beantragung nur noch schwer nachvollziehbar ist. Mit Ablehnungsbescheiden jedoch werden sie insofern schneller, direkter und häufiger konfrontiert, als dass Patienten bei Erhalt der standardisierten Schreiben vermehrt die ärztliche Aufklärung und/oder Mithilfe beim Widerspruchsverfahren ersuchen.

Die aus diesen Umständen resultierenden Motivationsverluste, Demoralisierungstendenzen und Akzeptanzprobleme hinsichtlich rehabilitativer Leistungen können in der Konsequenz entweder zu fragwürdigen Bewältigungsstrategien im Hinblick auf die Reha-Antragsgestaltung oder gänzlich zur Verweigerung der Auseinandersetzung mit diesem Thema führen, wodurch rehabilitationsbedürftige Patienten Gefahr laufen, bewusst oder unbewusst unentdeckt zu bleiben. Um die artzseitige Motivation für einen engagierten Umgang mit der Informationsübermittlung an den Leistungsträger zu steigern, muss es also darum gehen, das Antrags- und Bewilligungsverfahren so zu optimieren, dass die im Befundbericht erhobenen Daten ausreichend verwertbar für eine bedarfsgerechte Entscheidung nach Aktenlage sind. Dies bedingt die übergeordnete Zielstellung, den niedergelassenen Arzt in die Lage zu versetzen, die ärztlichen Kompetenzen zu schärfen. Dafür sehen wir entsprechend der aufgeführten Problemdimensionen praktische Umsetzungspotentiale sowohl auf der Ebene der (a) Antrags- und Verfahrensmodalitäten als auch in der (b) Verbesserung der Nachvollziehbarkeit und Transparenz der Beurteilungsgrundlagen und -entscheidungen. Dabei ist anzumerken, dass es hier bereits wesentliche Anknüpfungspunkte gibt.

(a) Bereits Mau und Müller (2008) sowie Deck et al. (2009) verweisen darauf, bürokratische Hürden im Beantragungsverfahren zu reduzieren, um einem möglicherweise zurückhaltenden ärztlichen Anregungsverhalten entgegenzuwirken. In diesem Sinne konnten etwa im Rahmen des Projektes „INVIP“ – Implementierung von Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL) durch die Integration in Praxis-EDV mit Entscheidungshilfe zur Reha-Antragsstellung“ unter Beteiligung der Deutschen Rentenversicherung Bund erste Bestrebungen gemacht werden, die Antragsformulare in das beim Arzt vorhandene **Praxisverwaltungssystem** zu integrieren (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin 2010a/2010b). Patientenparameter werden hier mit NVL-Inhalten verknüpft und bieten bei entsprechender Indikation automatisch eine Entscheidungshilfe zur Beantragung einer Rehabilitationsleistung an. Durch ein elektronisches Formularmanagement können so bereits vorausgefüllte Anträge ausgedruckt werden. Jedoch stießen die Forscher bei der Rekrutierung geeigneter Testpraxen auf sehr geringe Resonanz, weswegen das Projekt Ende 2010 ohne abschließende Evaluation beendet

wurde. Das Deutsche Ärzteblatt berichtete im Juni 2011 (und damit nach unserem Erhebungszeitraum). Auf den Websites der Deutschen Rentenversicherung wird auf den gängigen Pfaden jedoch nicht darauf verwiesen. Künftig wird daher also kritisch zu beobachten und unbedingt weiterzuerfolgen sein, auf welches Interesse diese Möglichkeit bei entsprechender Verbreitung stoßen wird.

Die von den Befragten teilweise gewünschte Möglichkeit zum **elektronischen Versand der Antragsunterlagen**, sei derzeit, laut der befragten Gutachter, noch nicht möglich. Jedoch gibt es auch in diesem Zusammenhang Bemühungen, wie diese *datentechnischen* Bedenken ausgeräumt werden könnten. Träder (2007) verweist hier auf die elektronische Datenübertragung im Zusammenhang mit Disease Management Programmen (eDMP). Dabei werden die Daten der bisherigen Dokumentationsbögen auf einer Diskette, einer CD oder über ein gesichertes Online-Verfahren übertragen. Allerdings ist parallel die Unterschrift des Arztes auf einem „Begleitschein“ oder einer „Versandliste“ notwendig, da es aktuell noch keine zugelassene elektronische Arztunterschrift gibt.

Eine Angleichung **der Antragsformulare sowie des Antragsverfahrens von GKV und DRV** wäre im Sinne eines trägerübergreifenden Ansatzes zwar durchaus erstrebenswert und auch von den Niedergelassenen erwünscht, angesichts der teilweise massiv geäußerten Kritik zum Antragsverfahren der GKV ausschließlich zugunsten des einstufigen Zugangsverfahrens der DRV zu realisieren. Hierbei muss es insbesondere darum gehen, einen gemeinsamen Rahmen der Rehabilitationseinleitung zu eröffnen, zugleich aber Raum zu lassen für die trägerspezifischen Aspekte. Eine intensiviertere Weiterverfolgung bereits begonnener Aktivitäten der Leistungsträger in dieser Richtung ist einerseits sehr zu befürworten. Andererseits wäre hier eine zielgerichtete, trägerübergreifende Verständigung notwendig.

(b) Die Ergebnisse machen einmal mehr die Notwendigkeit deutlich, dass eine Optimierung des sozialmedizinischen Entscheidungsverfahrens durch den Leistungsträger nicht allein mit der Entwicklung einer einheitlichen Entscheidungsgrundlage und einer eindeutigen, operationalen Definition von Bedarfskriterien sowie expliziten und objektivierbaren Entscheidungsregeln einhergeht, sondern insbesondere auch deren Transparenz erfordert, wie bereits frühere Studien empfehlen (u.a. Dunkelberg/van den Bussche 2002, Meng et al. 2007, Kobelt et al. 2009).

Eine bessere Nachvollziehbarkeit bzw. Transparenz von trägerseitigen Entscheidungsgrundlagen und -prozessen kann zum einen dadurch erreicht werden, indem die sozialmedizinischen Anforderungen an die fachärztliche Antragsgestaltung von Befundberichten präzise und differenziert adressiert werden. In diesem Zusammenhang wäre denkbar, Aussagen zur Gefährdung der Erwerbsfähigkeit in einem extra ausgewiesenen und **frei zu formulierenden Antwortfeld** abzufragen. Auch das zum Befundbericht gehörende „**Merkblatt**“ für Ärzte (Formular G SMB (Bl. 1) 11/2008) weist hier noch wesentlichen Optimierungsbedarf hinsichtlich der Darstellungstiefe auf.

Zudem bieten **auf den Einzelfall bezogene Entscheidungsgründe in den Bescheidtexten** die Chance, dem Adressaten die durch den Leistungsträger getroffene Entscheidung transparent zu machen und durch eine verständliche und stringente Darstellung der Sach- und Rechtslage sowohl eine höhere Akzeptanz bei Betroffenen und behandelnden Ärzten, als auch Lerneffekte bei Niedergelassenen hinsichtlich der künftigen Befundberichtgestaltung zu erzielen. Erste Anstrengungen gibt es hier durch die Deutsche Rentenversicherungen Baden Württemberg und Bayern Nord, die in neuen Vorlagen für Widerspruchsbescheide ohne schablonenhafte Vorgaben Raum für individuelle Einlassungen geben und somit eine nachvollziehbare Darstellung der getroffenen Entscheidungen gewährleisten (DRV Baden-Württemberg 2011). In diesem Zusammenhang sind zudem Ausführungen zu möglichen Behandlungsalternativen denkbar.

Hinsichtlich der **geforderten Übermittlung der Begutachtungsentscheidung an den behandelnden Arzt** gibt es trägerseits Einwände datenschutzrechtlicher Natur. Dabei könnte eine Rückmeldung zur Entscheidung des Leistungsträgers niedergelassene Ärzte durch eine Erweiterung der bisherigen „Befundungs-Dienstleister-Rolle“ stärker in den Gesamtprozess einbinden. Eine entsprechende Einwilligung des Patienten kann für das zu berücksichtigende informationelle Selbstbestimmungsrecht eine adäquate Lösung sein. Zugleich bliebe der Versicherte bzw. Antragsteller hier zentraler Ansprechpartner des Leistungsträgers und selbstbestimmter Akteur eigener Belange.

### **3. Strukturen für eine interdisziplinär abgestimmte Rehabilitationsprozessplanung**

Ein Austausch zwischen Gutachtern der Leistungsträger und Niedergelassenen scheint angesichts der vorliegenden Ergebnisse eher unüblich. Gründe hierfür sind darin zu sehen, dass zum Teil „Berührungängste“ sowie Vorurteile bestehen, aber auch der Nutzen einer Kooperation unterschätzt wird. Die Ergebnisse verweisen aber umso mehr auf einen ausgewiesenen Bedarf, da ein abgestimmtes Vorgehen vor allem durch unklare und konflikträchtige Erwartungserhaltungen und ein divergierendes (internes und externes) Rollenverständnis der Akteure verhindert wird. Dabei bedingen sich die Faktoren dieses Problems und damit Handlungsfeldes gegenseitig: Ein fehlender Austausch erschwert die Perspektivübernahme. Durch mangelnde Perspektivübernahme wird die Vorteilhaftigkeit eines interdisziplinären Austausches verkannt.

So wird etwa zur Weiterentwicklung der primärärztlichen Integrations- und Koordinationsfunktion hinsichtlich der Leistungsinitiierung von behandelnden (Haus-) Ärzten eine aktive(re) Rolle gefordert – und auch nach der Rehabilitation, nämlich im Rahmen der Nachsorge, soll der behandelnde Arzt wieder die aktive Koordinationsfunktion übernehmen. Gleichzeitig wird der niedergelassene Arzt in diesem Prozess ganz wesentlich passiviert: Ihm obliegt hinsichtlich der rehabilitativen Versorgung seiner Patienten nicht die Experten-, Definitions- und Steuerungsmacht, wie sie sonst der Arztrolle



immanent ist (Parsons 1951), denn über Bedarf und Zuweisung entscheidet der Träger, der Anspruch an den ärztlichen Befundbericht ist hingegen ausschließlich ein empfehlender. In den Augen des Leistungsträgers nimmt der Niedergelassene hier damit ausschließlich eine Art „Befundungs-Dienstleister-Rolle“ ein, was sich unter anderem darin widerspiegelt, dass er vom Leistungsträger nicht in die entsprechende Rückmeldung zum Begutachtungsergebnis eingebunden wird – ausschließlich der Patient gilt hier als Antragssteller und somit als Partner. So wird in der Wahrnehmung der niedergelassenen Ärzte die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den begutachtenden Ärzten der Rentenversicherung durch fehlende Wertschätzung konterkariert, eine Begegnung auf Augenhöhe durch mangelnde Einbindung der niedergelassenen Ärzte verhindert.

Die medizinische Kompetenz von sozialmedizinischen Gutachtern wird durch niedergelassene Ärzte in Frage gestellt. Um unproduktive Spannungsverhältnisse aufzuheben und Verständnis für die Gutachter Tätigkeit zu erreichen, scheint es wichtig, durch einen wechselseitigen Informationsaustausch aus der Anonymität herauszutreten und das Tätigkeitsprofil von sozialmedizinischen Gutachtern transparenter zu machen. Eine stärkere Möglichkeit der dialogischen Kommunikation zwischen niedergelassenen Ärzten und Sozialmedizinern der Leistungsträger, etwa bei möglichen Rückfragen, wäre zudem über die Benennung von kompetenten, konstanten, persönlichen und regionalen **Ansprechpartnern** erreichbar. Zudem sollte die Möglichkeit, gutachterliche Rückfragen und/oder Forderungen nachzureichender Unterlagen fermündlich mit dem beantragenden Arzt unbürokratisch und auf „kurzem Weg“ via „**Rückrufkreuz**“ zu klären, nicht weiter nahezu unbenutzt bleiben. Auf der Basis eines wechselseitigen Verständnisses der jeweiligen sektorenspezifischen Handlungs routinen können neue Strukturen entwickelt werden, in die perspektivisch eine gemeinsame Rehabilitationsplanung einzubetten möglich ist.

Ähnliches gilt hierbei für die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Allgemein- und spezialisierten Fachärzten: Während die hausärztliche Koordinierungs- und Steuerverantwortung laut § 73 SGB V sogar gesetzlich geregelt ist, existieren hinsichtlich der Verteilung von Aufgaben/Verantwortlichkeiten zwischen niedergelassenen Allgemein- und spezialisierten Fachärzten keine Festlegungen. Vor allem die unterschiedlichen Erwartungen hinsichtlich der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen erschweren die Zusammenarbeit oder lassen eine fächerübergreifende Zusammenarbeit in der Gesamtrehabilitationsplanung gar unmöglich erscheinen. Das Hauptproblem liegt darin, dass Aufgaben und Verantwortlichkeiten im Zusammenhang mit der Ingangsetzung von Antragsverfahren kaum abgesprochen werden (Artikulationsarbeit). Die fachärztliche und sektorenübergreifende Verständigung auf eine fallindividuell sinnvolle und notwendige Rehabilitationsprozessplanung (Planungs- und Kooperationsarbeit) ist derart unzureichend, dass die rechtzeitige Ingangsetzung des Antragsverfahrens durch wechselseitiges „Zuschieben von Zuständigkeiten“ gefährdet wird.

Zur fächerübergreifenden Aushandlung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten im Prozess der Reha-Bedarfserkennung und rechtzeitigen Zuweisung sollten daher (leistungsträgerseitig) Empfehlungen an niedergelassene Allgemein- und spezialisierte Fachärzte bezüglich einer (gemeinsamen) fallindividuellen Rehabilitationsplanung ausgesprochen und Rahmenbedingungen für eine fächer- und sektorenübergreifende gemeinsame Rehabilitationsplanung angeboten werden. Hierfür ist etwa die Schaffung von Strukturen denkbar, die eine **Übersicht über mitbehandelnde Kollegen** und deren Verordnungen/Behandlungsplan erlaubt.

## V. Fazit

Probleme des Rehabilitationszugangs an den Schnittstellen zur ambulanten ärztlichen Versorgung sind multifaktoriell bedingt und betreffen alle beteiligten Akteure. Um nachhaltige Lösungsansätze prüfen zu können, sollten daher die in der vorliegenden Arbeit dargestellten prozess-bedingenden Faktoren unter Einbeziehung aller Akteure lösungsorientiert diskutiert werden. Hierbei bedarf es einer Umorientierung von kurzfristigem pragmatischem Denken hin zu einer langfristigen und sektorübergreifenden Versorgungsplanung.

Niedergelassenen Ärzten kommt eine Schlüsselrolle bei der Identifikation und Information „des richtigen Patienten zum richtigen Zeitpunkt für die richtige Reha“ ebenso zu, wie bei der Absicherung des Rehabilitationserfolges. Für diese anspruchsvollen Aufgaben müssen niedergelassenen Ärzten notwendige Kenntnisse und Kompetenzen zielgruppengerecht vermittelt werden. Hierfür bieten sich insbesondere interaktive Fortbildungsformate wie moderierte Qualitätszirkel zur Überprüfung und Weiterentwicklung eigener Handlungsroutrinen über reinen Wissenszuwachs hinaus an. Vertrauenswürdigen Anbietern von solchen Fortbildungsformaten kommt die Aufgabe zu, bei niedergelassenen Ärzten zunächst erheblich gewachsene Barrieren gegenüber dem Antrags- und Bewilligungsverfahren abzutragen.

Eine entsprechende Veränderung der rehabilitationsbezogenen Einstellung sowie die (selbst-) kritische Überprüfung eigener Arbeitsweisen bedarf neben wechselseitiger Akzeptanz auch struktureller Veränderungen in der Kooperation von Rehabilitationsträger und Niedergelassenen. Hierbei werden niedergelassene Ärzte – und damit auch die Versicherten – absehbar nur dann ihr Verhalten in einem langfristigen Prozess ändern, wenn sie in einem kontinuierlichen Dialog erkennen, dass auch die Leistungsträger ihre Verantwortung für die vielfältig angesprochenen Verbesserungschancen in ihrem Wirkungsbereich sichtbar wahrnehmen. Schnittstellenoptimierung verlangt von allen beteiligten Akteuren Integrationsarbeit und Transparenz, die auch die offene Benennung förderlicher und hinderlicher Rahmenbedingungen einschließt. Insofern muss bei allen Beteiligten in diesem Zusammenhang eine Kultur der Bewusstseinsbildung und Reflektion des jeweiligen Selbstverständnisses sowie der Nutzung von Handlungsmöglichkeiten weiterentwickelt und gepflegt werden. Das vorgestellte Projekt konnte hierfür Perspektiven öffnen.

## VI. Literatur

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2010a): Implementierung von Nationalen Versorgungsleitlinien in Praxis EDV. [http://www.kbv.de/media/pdf/100331\\_Seminar\\_3\\_Implementierung\\_von\\_Leitlinien\\_AEQZ.pdf](http://www.kbv.de/media/pdf/100331_Seminar_3_Implementierung_von_Leitlinien_AEQZ.pdf).

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2010b): Qualität im Fokus - Tätigkeitsbericht 2010. [www.aeqz.de/mdb/edocs/pdf/taetigkeitsberichte/tb10.pdf](http://www.aeqz.de/mdb/edocs/pdf/taetigkeitsberichte/tb10.pdf). (abgerufen am 10.10.2011).

Barth, M., Koch, U., Hoffmann-Markwald, A., Wittmann, W.W., Potreck-Rose, F. (1989): Die Inanspruchnahme medizinischer Maßnahmen zur Rehabilitation. Die Sichtweise der Experten. In: Deutsche Rentenversicherung 8-9: 514-530.

Behrens, J., Langer, G., Zimmermann, M. (2012): Frühberentete ohne Rehabilitation. Bern: Hans Huber, (im Erscheinen).

Best, S., Gerdes, N. (2005): Praxisrelevante Kooperationen und Vernetzungen in der Rehabilitation. In: Stein, V., Greitemann, B. (Hrsg.): Rehabilitation in Orthopädie und Unfallchirurgie Methoden - Therapiestrategien - Behandlungsempfehlungen. Springer. Heidelberg.

Brandt, C. (1989): Die medizinische Rehabilitation aus Sicht des niedergelassenen Arztes. In: Rehabilitation, 28: 67-73.

Braun, B. (2009): Die Rehabilitation im System des Sozialleistungsrechts aus sozialpolitischer Sicht unter besonderer Berücksichtigung der Probleme der trägerübergreifenden Kooperation und Koordination. In: Rehabilitation 48: 174-181.

Bundesärztekammer - Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2007): Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung. <http://www.zentrale-ethikkommission.de/page.asp?his=0.1.53>.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2004): Gemeinsame Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“ gem. §13 Abs.2 Nr.2 SGB IX vom 16. Dezember 2004. [http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/Gemeinsame\\_Empfehlung\\_Fruehzeitige\\_Bedarfserkennung.pdf](http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/Gemeinsame_Empfehlung_Fruehzeitige_Bedarfserkennung.pdf)

Buschmann-Steinhage, R. (2012): Budgetprobleme in der Rehabilitation. In: Rehabilitation, 51 (2): 81-88.

Deck, R., Heinrichs, K, Koch, H., Kohlmann, T., Mittag, O., Peschel, U., Ratschko, K.H., Welk, H., Zimmermann, M. (2000): „Schnittstellenprobleme“ in der medizinischen Rehabilitation: die Entwicklung eines Kurzfragebogens zur Ermittlung des Informations- und Kommunikationsbedarfs bei Hausärzten. In: Gesundheitswesen, 62: 431-436.

Deck, R., Träder, J.-M., Raspe, H. (2009): Identifikation von potentiellm Reha-Bedarf in der Hausarztpraxis: Idee und Wirklichkeit. Rehabilitation, 48: 73-83.

Deutsches Ärzteblatt (2011): Dossier Priorisierung. <http://www.aerzteblatt.de/down.asp?id=8476>.

DRV Baden-Württemberg (2011): Ein großer Schritt vorwärts. In: Spektrum, 1: 74-77.

Dunkelberg, S., van den Bussche, H. (2002): Der Nutzen von Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation aus hausärztlicher Sicht - Abschlußbericht. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Gerdes, N., Karl, E. L., Jäckel, W.H. (2007): Computergestützte Entscheidungshilfen zur Bewertung von Reha-Anträgen. In: Rehabilitation 46: 16-23.

Glaser, B. G., Strauss, A. (1967/2005): Grounded Theory. Strategien qualitativer Sozialforschung. 2. korrigierte Auflage. Bern: Huber 2005.

Glaser-Möller, N. (2001): „PETRA“: ein Modellprojekt von Krankenkassen und LVA in Schleswig-Holstein zur Früherkennung von Rehabilitationsbedarf. In: 10. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium. Halle/Saale, VDR. 26: 157-158.

Glaser-Möller, N. (2003): Strategien der LVA Schleswig-Holstein zur Identifikation des Rehabilitationsbedarfs. In: Praxis Klinische Verhaltenstherapie und Rehabilitation, 63: 265-271.

Hansmeier, T., Vogt, K., Spyra, K., Müller-Fahrnow, W. (1999): Zum Begriff der Meßbarkeit der Rehabilitationsbedürftigkeit – Ein Rahmenkonzept für einen mehrdimensionalen Untersuchungsansatz. In: Rehabilitation 38 (2): 86-92.

Klosterhuis, H., Stallmann, M., Löffler, H. E., Wegscheider, K. (1999): Subjektive Gesundheit, Rehabilitationsbedürftigkeit und -inanspruchnahme in West-Ost-Vergleich. Ergebnisse einer Versichertenbefragung der BfA und der LVA Sachsen. In: Rehabilitation 38: 128-133.

Krischke, N. R., Schmidt, S., Petermann, F., Seder, W. (1997): Einfluss niedergelassener Ärzte auf den Zugang zur medizinischen Rehabilitation. In: Münchner Medizinische Wochenschrift 1997, 139: 425-428.

Kobelt, A., Grosch, E.V., Gutenbrunner, C. (2005): Wie werden Empfehlungen, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) zu prüfen, gehandhabt? Ein Vergleich zwischen den Indikationsbereichen Psychosomatik und Orthopädie/Innere. 14. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Hannover, VDR. 59: 260-261.

Kobelt, A., Karpinski, N., Gutenbrunner, C., Ehlebracht-König, I., Schmidt-Ott, G., Jacobi, C. (2009): Reliabilität und Validität des Hannoverschen Screenings der subjektiven Rehabilitationsbedürftigkeit für den Einsatz in der ärztlichen Praxis. In: Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 19: 333-339.

Kusak, G. M., S; Hülsemann, JL; Gutenbrunner, C; Mau, W. (2006): Medizinische Rehabilitation bei Patienten mit chronischer Polyarthritiden aus Sicht von Vertragsärzten mit unterschiedlicher Spezialisierung. In: Aktuelle Rheumatologie 31: 94 – 100.

Marnetoft, S.-U., Selander, J., Bergroth, A., Ekholm, J. (1999): Vocational rehabilitation – early versus delayed. The effect of early vocational rehabilitation compared to delayed vocational rehabilitation among employed and unemployed, long-term sick-listed people. In: Int J Rehabil Res. 22 (3): 161-170.

Mau, W. (2007): Defizite bei der Rehabilitation. Endzündlich-rheumatische Erkrankungen in Deutschland aus sozialmedizinisch-wissenschaftlicher Sicht. In: Gesellschaftspolitische Kommentare (gpk) Sonderausgabe 3/07: 11 - 16.

Mau W. (2008): Begutachtung. In: Zeidler H, Hiepe F, Zacher J (Hrsg). Interdisziplinäre klinische Rheumatologie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

- Mau, W., Beyer, W.F., Ehlebracht-König, I., Engel, M., Genth, E., Greitemann, B., Jäckel, W. H., Zink, A. (2008): Krankheitslast: Erste Routineberichterstattung zu sozialmedizinischen Folgen entzündlich-rheumatischer Erkrankungen in Deutschland. In: *Z Rheumatol*, 67: 157-164.
- Mau, W., Mattussek, S., Kusak, G., Hülsemann, J. L., Guttenbrunner, C. (2004): Einstellungen zur Rehabilitation bei vertragsärztlich tätigen Rheumatologen und Patienten mit chronischer Polyarthritits oder Spondyloarthritis ankylosans. In: *Akt Rheumatol*, 29: 238
- Mau W, Müller A. (2008): Rehabilitative und ambulante physikalisch-medizinische Versorgung von Rheumakranken. Ergebnisse der Befragungen von Patienten mit Rheumatoider Arthritis oder ankylosierender Spondylitis und Rheumatologen. In: *Zeitschrift für Rheumatologie*, 67: 542-53.
- Mayring P. (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Maier-Riehle, B., Schliehe, F. (1999). Rehabilitationsbedarf und Antragsverhalten. In: *Rehabilitation* 38: 100-115.
- Meng, K., Holderied, A., Vogel, H. (2007): Rehabilitationsbedarf in der sozialmedizinischen Begutachtung - Entwicklung und Evaluation eines Entscheidungsalgorithmus: *Rehabilitation* 46: 41-49.
- Meng, K., Zdrahal-Urbaneck, J., Frank, S., Holderied, A., Vogel, H. (2005): Kriterien des Rehabilitationsbedarfs - Die Würzburger Checkliste zur Erfassung des Rehabilitationsbedarfs in der sozialmedizinischen Begutachtung. In: *Rehabilitation*, 67: 701-708.
- Meuser, M, Nagel, U. (2009): Das Experteninterview – konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In: Pickel, S., Pickel, G., Lauth, H.J., Jahn, D. (Hrsg.): *Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft*. Wiesbaden: VS.
- Mittag, O., Jäckel, W.H. (2009): Versorgungsmodelle in der medizinischen Rehabilitation – neue Befunde und Konzepte. In: *Rehabilitation*, 48: 2-3.
- Mittag, O., Jäckel, W. H. (2012): Priorisierung: (k)ein Thema für die Rehabilitation? In: *Rehabilitation*, 51 (2): 71-72.
- Mittag, O., Raspe, H. (2007): Selbstauffüllbogen zur Unterstützung der Begutachtung von Rehabbedarf: Probleme und Lösungen. In: *Rehabilitation*, 46: 50-56.
- Parsons, T. (1951): *The Social System*. New York: The Free Press.
- Petermann, F., Pötschke, A., Deuchert, M., Vogel, H., Seger, W. (1994): Verbesserung des Zugangs zur medizinischen Rehabilitation. In: *Prävention und Rehabilitation*, 6 (2): 47-55.
- Pohontsch N, Deck R. (2010): Überwindung von „Schnittstellenproblemen“ in der medizinischen Rehabilitation. In: *Monitor Versorgungsforschung*, 6: 40-43.
- Pohontsch N, Deck R. (2011): Schnittstellenproblematik in der rehabilitativen Versorgung. In: *Neuroreha*, 3: 114-119.
- Raspe, H., Ekkernkamp, M., Matthis, C., Raspe, A., Mittag, O. (2005): Bedarf an rehabilitativen Leistungen: Theorie und Empirie. In: *Rehabilitation*, 44: 325-334.
- Schütze, F. (2000): Schwierigkeiten bei der Arbeit und Paradoxien des professionellen Handelns. Ein grundlagentheoretischer Aufriss. In: *ZBBS*, Jg. 1, H 1., S. 49 - 96

Schütze F. (2005): Eine sehr persönlich generalisierte Sicht auf qualitative Forschung. Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung, 6 (2): 211-248.

Schütze F. (2007): Biography Analysis on the Empirical Base of Autobiographical Narratives: How to Analyse Autobiographical Narrative Interviews – Part I + II. In: Betts S, Griffiths A, Schütze F, Straus P (Hrsg.). INVITE – Biographical Counselling in Rehabilitative Vocational Training – Further Education Curriculum.

Strauss, A. (1985): Work and the division of labor. In: The Sociological Quarterly 26 (1), 1-19.

Strauss, A.; Fagerhaugh, S.; Suszek, B.; Wiener, C. (1991): Social Organization of Medical Work. Chicago: The University Chicago Press

Träder, J.-M. (2007): Rehabedarf aus Hausarztsicht. In: Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 78: 184-186.

van den Bussche, H., Dunkelberg, S. (2003): Wer sollte über Anträge zur medizinischen Rehabilitation entscheiden? In: Rehabilitation, 42: 350-353.

Vogel, H., Jäckel, W. H. (2007). Zugang zur Rehabilitation. Entwicklungen in der sozialmedizinischen Begutachtung. In: Rehabilitation 46: 1-2.

Vogel, H., Petermann, F., Schillegger, P., Schmidt, S., Seger, W. (1997). Einstellungen niedergelassener Ärzte zur Rehabilitation: Eine empirische Untersuchung zur Problematik des Zugangs zur Rehabilitation. In: Rehabilitation 36: 96 – 105.

Wirth, A., Klein, G., Lepthin, H.-J., (2010): Medizinische Rehabilitation. Bessere Vernetzung notwendig. In: Deutsches Ärzteblatt 107: B1104 - 1107.

Zimmermann, M., Glaser-Möller, N., Deck, R., Raspe, H. (1999): Subjektive Rehabilitationsbedürftigkeit, Antragsintention und Antragsstellung auf medizinische Rehabilitation - Ergebnisse einer Befragung von LVA-Versicherten. In: Rehabilitation 38 (2): 122-127.

Zimmermann, M., Langer, G., Behrens, J., Dreyer-Tümmel, A., Berg, A. (2004): Frühberentete ohne Rehabilitation - Fehlsteuerung oder fehlende subjektive Rehabilitationsbedürftigkeit? In: 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium Düsseldorf, VDR. 52: 333-335.

## VII. Übersicht der Anhänge

- Anhang 1:** Leitfaden der Fokusgruppeninterviews
- Anhang 2:** Leitfaden und Fallvignetten für die Befragung von Haus- und Fachärzten –  
1. Erhebungswelle
- Anhang 3:** Leitfaden und Fallvignetten für die Befragung von Haus- und Fachärzten –  
2. Erhebungswelle
- Anhang 4:** Leitfaden für die Befragung der Gutachter
- Anhang 5:** Publikationen
- Anhang 6:** Rahmenkonzept für eine ärztliche Fortbildung zur Bedarfserkennung und Einleitung  
von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen



## Leitfaden der Fokusgruppeninterviews

### Wie wird der Zugang zur Rehabilitation in der täglichen Praxis erlebt?

1. Was sind Merkmale dafür, dass die Beantragung einer Rehabilitation von Menschen im erwerbsfähigen Alter gut läuft und was sind Merkmale dafür, dass sie schlecht läuft?
  - erfolgreicher Fall
  - schwieriger (erfolgloser) Fall
2. Wo liegen (wiederkehrend auftretende) Schwierigkeiten/Fehlerquellen?
  - bezüglich
    - Akzeptanz/Motivation
    - Information/Wissen
    - Kooperation/Schnittstellenmanagement
    - Antrags- und Bewilligungsverfahren
3. Wie gestaltet sich der Umgang mit derartigen Schwierigkeiten?
4. Verbesserungsvorschläge/Wünsche?
  - bezüglich
    - Akzeptanz (Was könnte die Bereitschaft/Motivation (der Ärzte) im Rahmen des Reha-zugangs verbessern?)
    - Information (Verbesserung des Reha-zugangs durch Beratungen, Empfehlungen, Fortbildungen etc.?)
    - Kooperation/Schnittstellenmanagement (Wie könnte Kooperation, Kommunikation und Informationsaustausch zwischen den Akteuren beschleunigt/verbessert werden?)
    - Antrags- und Bewilligungsverfahren (Aufwand? Verständlichkeit?)

## Leitfaden und Fallvignetten für die Befragung von Haus- und Fachärzten

### 1. Erhebungswelle

#### **A) Fallvignette 1 – übergreifende Vignette**

- Frau, 44, gelernte Bürokauffrau, alleinerziehend mit 2 Kindern
- Behandlungsanlass: Schmerzen mit wechselnder Stärke in mehreren Körperregionen. Keine organischen Ursachen und Begleiterkrankungen bekannt.
- Ist seit 5 Jahren wegen starken Rücken- und Gliederschmerzen in der Praxis bekannt
- Diagnose Fibromyalgie wurde vor einem Jahr durch einen internistischen Rheumatologen gestellt
  - o Patientin gibt an sich häufig müde und erschöpft zu fühlen
  - o Patientin klagt über Durchschlafstörungen, Kopfschmerzen sowie über ein belastungsabhängiges symmetrisches Mißempfinden in Händen und Füßen
  - o hat aufgrund ihrer Beschwerden ihre Berufstätigkeit auf 30h pro Woche reduzieren müssen, äußert jedoch die Befürchtung, diese angesichts der Schmerzen bald gar nicht mehr ausüben zu können
- aufgrund ihrer Beschwerden war die Patientin innerhalb der letzten 12 Monate bereits mehrfach und mit einer Gesamtdauer von 4 Wochen arbeitsunfähig
- trotz ausführlicher Abklärung konnte keine Ursache gefunden werden
- neben der Einnahme von Ibuprofen und Baldrian wurden Entspannungsübungen und Physiotherapie (Wärmetherapie und klassische Massage) gewünscht, die sie zum Teil auch selbst bezahlt; eine nachhaltige Besserung der Beschwerden wurde bisher nicht erreicht.
- den jeweils mitbehandelnden Rheumatologen und Orthopäden konsultiert sie regelmäßig, eine verhaltenstherapeutische Mitbehandlung lehnt sie jedoch ab

**B1) spezifische Fallvignette für Allgemeinmediziner /Hausärzte**

- Frau, geschieden, kinderlos, 45, arbeitet als Altenpflegerin in einem ambulanten Pflegedienst
- Beratungsanlass: Patientin fühle sich zunehmend überfordert von den alltäglichen und beruflichen Anforderungen und bittet um erneute AU
- Diagnose rezidivierende depressive Störung wurde vor 4 Jahren vom Facharzt für Psychiatrie gestellt,
  - o wiederholte depressive Episoden, gegenwärtig mittelgradige Episode
  - o Kaum noch soziale Kontakte, zieht sich zunehmend zurück und wisse auch nicht, wie es weiter gehen solle
  - o wird parallel vom FA für Psychiatrie behandelt
- im letzten Quartal 4 Wochen AU
- seitdem erneut in psychotherapeutischer Behandlung
- verschiedene leitliniengerechte Psychopharmakotherapien, die zu zwischenzeitlichen Stabilisierungen, aber nicht zu einer nachhaltigen Besserung geführt haben
- diätetisch eingestellte Fettstoffwechselstörung;
- medikamentös eingestellter Bluthochdruck

**B1) spezifische Fallvignette für Rheumatologen**

- Mann, 30, verheiratet, ein Kind,
- beschäftigt als Maurer in einem kleinem Familienbetrieb, Arbeitsumfang: 40-50 h/Woche
- Behandlungsanlass: Kreuzschmerzen
- Seit 5 Jahren mit der Diagnose Morbus Bechterew in internistisch-rheumatologischer Behandlung
  - o Frühmorgendliches Erwachen wegen des Kreuzschmerzes, Schmerz bessert sich beim Bewegen
  - o Zunehmende Bewegungseinschränkung, Einschränkung der beschwerdefreien Gehzeit auf 30 Minuten mit Beteiligung des rechten Hüftgelenks, beginnende Beugekontraktur
  - o Seit 6 Monaten Nackenschmerzen neu hinzugetreten mit erheblicher Einschränkung der Halswirbelsäulen-Rotation
- aufgrund seiner Kreuzschmerzen ist der Patient immer weniger in der Lage, körperliche anstrengende Tätigkeiten (Anheben und Einfügen von Mauersteinen) auszuüben
- Patient lehnt AU strikt ab, da er sich große Sorgen um seinen Job macht
- bekommt seit einem Jahr Biologika, diese führten zwar zu einer Linderung der Beschwerden und einer Verminderung der vorher sehr hohen laborchemischen Entzündungswerte, aber die Schmerzen und Funktionseinschränkungen konnten nicht ausreichend beseitigt werden
- zusätzlich nimmt der Patient regelmäßig hochdosiert nichtsteroidale Antirheumatika ein
- Patient hat in den letzten 12 Monaten insgesamt 18 krankengymnastische Einzelbehandlungen erhalten und führt morgens zuhause ein in der Physiotherapie erlerntes Selbstübungsprogramm durch

### **C) Fragen zu den Vignetten**

- 1. Wie beurteilen Sie die gesundheitliche Situation des Patienten? Welche Aspekte sind für Sie besonders relevant?**
- 2. Wie gestaltet sich Ihre kurz- und mittelfristige Behandlungsstrategie?**
  - Werden ggf. weitere Informationen zur Einschätzung des Falles benötigt? (Wenn ja, von wem?)
- 3. Wie schätzen Sie den Rehabilitationsbedarf und die Rehabilitationsprognose des Patienten bzw. der Patientin ein?**
  - Was wird notwendig sein, um den Rehabilitationserfolg nachhaltig (ambulant) zu sichern?
- 4. Gehen wir davon aus, dass bei diesem Patienten/dieser Patientin ist eine medizinische Rehabilitation sinnvoll und notwendig ist: Wie gestaltet sich das weitere Vorgehen und welche Rolle kommt Ihnen dabei zu?**
  - Wie gestalten Sie Ihren ärztlichen Befundbericht? (Umfang, Aufwand, Inhalt)
  - Inwieweit würden Sie sich im Vorfeld der Einreichung eines Reha-Antrags mit dem Hausarzt bzw. dem Rheumatologen darüber verständigen?

➔ **NACH der 2. Vignette:**

**Waren die darlegten Fälle aus Ihrer Sicht „typische“ Reha-Fälle? Inwiefern unterscheiden sich diese von „typischen“ Reha-Patienten ihres Arbeitsalltags?**

## **D) Allgemeiner Fragenteil – erste Erhebungswelle**

- 1. Bitte beschreiben Sie den Stellenwert medizinischer Rehabilitation in Ihrem Arbeitsalltag sowie ihre Rolle beim Reha-Zugang.**
  - Wird Reha arztseitig häufig empfohlen?
  - Welche Bedeutung kommt rehabilitativen Aspekten bei der kurativen Behandlung zu?
  - Wer sollte Initiator eines Reha-Antrages sein?
  
- 2. Bitte beschreiben Sie, wie Sie bei einem Patienten zu einer Rehaempfehlung gelangen.**
  - Wie ermitteln sie die Rehabilitationsbedürftigkeit ihrer Patienten?
  - Verwenden sie Checklisten zum „messen“ der objektiven Rehabilitationsbedürftigkeit?
  - Wie beurteilen Sie die Rehabilitationsfähigkeit ihrer Patienten?
  - Was könnten Gründe dafür sein, dass der Rehabilitationsbedarf eines Patienten „übersehen“ wird?
  
- 3. Welche Kriterien veranlassen Sie, einen Rehabilitationsantrag zu initiieren oder zu unterstützen?**
  - Gibt es aus Ihrer Sicht für den Rehabilitationsantrag neben der Indikationsstellung noch weitere wichtige Aspekte?
  - Inwieweit beeinflussen psychosoziale Belastungen des Patienten, die zusätzlich zu einem somatischen Rehabilitationsbedarf auffallen, Ihre Entscheidung, eine Rehabilitation zu empfehlen?
  - Inwieweit fühlen Sie sich bei der Unterstützung eines Rehabilitationsantrages beeinflusst durch das „Kur-Begehren“ der Patienten?
  
- 4. Wie könnte der Rehabilitationszugang für Erwerbsfähige, die trotz Bedarf keinen Antrag stellen (z.B. aus Unwissenheit, familiären oder beruflichen Gründen), verbessert werden?**
  - Woran erkennen Sie die Notwendigkeit eines Beratungsgespräches?
  - Wie gestalten sie ein Beratungsgespräch?

## **Antrags- und Bewilligungsverfahren**

### **5. Bezogen auf die medizinische Rehabilitation bei Erwerbsfähigen: Wie beurteilen Sie das Antragsverfahren?**

- Wo erleben Sie Schwierigkeiten? Was könnte verbessert werden?
- Bitte beschreiben Sie aus Ihrer Sicht die Erwartungshaltung der Rehabilitationsträger an die inhaltliche Ausgestaltung Ihrer Befundberichte!
- Inwieweit findet eine Abstimmung/Koordination zwischen Ihnen und Ihren ambulanten Fachkollegen statt (gemeinsamer Antrag, umfassende Infos, etc.)?

### **6. Wie beurteilen Sie das Bewilligungsverfahren bei Erwerbsfähigen?**

- Wo sehen Sie Schwierigkeiten?
- Sind sie vertraut mit den Beurteilungskriterien des Kostenträgers (DRV)?
- Wie schätzen Sie die Praxistauglichkeit (z.B. „Messgenauigkeit“) der Beurteilungskriterien der Leistungsträger ein?
- Wo sehen sie Verbesserungsmöglichkeiten im Bewilligungsverfahren?
- Wie könnte die Transparenz der Kostenträgerentscheidung aus Ihrer Sicht verbessert werden?

## **Versorgungskette (nach Entscheidung für Reha)**

### **7. Beschreiben Sie ihre interdisziplinäre Kooperation und fachlichen Austausch bei Rehabilitationsverfahren von Erwerbsfähigen**

- mit ärztlichen Kollegen: Wird Ihr Rat bei Mit- oder Weiterbehandlung erbeten?
- mit Leistungsträgern: Haben Sie Ansprechpartner für Rückfragen zum Antrags- und Bewilligungsverfahren? Werden Sie von Gutachtern rückgefragt?
- mit Rehabilitationseinrichtungen: Werden Sie in die Therapieplanung oder die Planung der Nachsorge einbezogen?
  
- Erleben Sie „Überleitungsprobleme“ von einer Behandlungsinstanz zur anderen?
- Wie schätzen Sie die interdisziplinäre Informationsübermittlung (behandlungswichtige Informationen) ein?

An welchen Stellen müsste die fachübergreifende Zusammenarbeit verbessert werden?

### **8. Wie zufrieden sind Sie mit dem Angebot an (ambulanten) Rehabilitationsmaßnahmen für Erwerbsfähige?**

## **Erfahrungswissen / Informationsgewinnung und -quellen**

### **9. Wie informieren Sie sich zum Thema Rehabilitation?**

- Welche Quellen und Medien nutzen sie, um sich zum Thema „medizinische Rehabilitation“ zu informieren?
- Wie bewerten sie das ihnen zugängliche Informationsangebot?
- Beschreiben sie ihren Informationsbedarf – was wünschen sie sich?
- Woher beziehen ihre Patienten Informationen zum Thema „Medizinische Rehabilitation“?

## **Ausblick**

**10. Die Reha-Träger wünschen sich für einen optimalen Reha-Verlauf den richtigen Patient zur richtigen Zeit in die richtige Rehabilitation. Wie ist dies aus Ihrer Sicht erreichbar, welche Veränderungen wären dazu ggf. wünschenswert und inwiefern können Sie als niedergelassener Arzt dazu beitragen?**

## Leitfaden und Fallvignetten für die Befragung von Haus- und Fachärzten

### 2. Erhebungswelle

#### **A) Fallvignette 1 – übergreifende Vignette**

- Frau, 44, gelernte Bürokauffrau, alleinerziehend mit 2 Kindern
- Behandlungsanlass: Schmerzen mit wechselnder Stärke in mehreren Körperregionen. Keine organischen Ursachen und Begleiterkrankungen bekannt.
- Ist seit 5 Jahren wegen starken Rücken- und Gliederschmerzen in der Praxis bekannt
- Diagnose Fibromyalgie wurde vor einem Jahr durch einen internistischen Rheumatologen gestellt
  - Patientin gibt an sich häufig müde und erschöpft zu fühlen
  - Patientin klagt über Durchschlafstörungen, Kopfschmerzen sowie über ein belastungsabhängiges symmetrisches Mißempfinden in Händen und Füßen
  - hat aufgrund ihrer Beschwerden ihre Berufstätigkeit auf 30h pro Woche reduzieren müssen, äußert jedoch die Befürchtung, diese angesichts der Schmerzen bald gar nicht mehr ausüben zu können
- aufgrund ihrer Beschwerden war die Patientin innerhalb der letzten 12 Monate bereits mehrfach und mit einer Gesamtdauer von 4 Wochen arbeitsunfähig
- trotz ausführlicher Abklärung konnte keine Ursache gefunden werden
- neben der Einnahme von Ibuprofen und Baldrian wurden Entspannungsübungen und Physiotherapie (Wärmetherapie und klassische Massage) gewünscht, die sie zum Teil auch selbst bezahlt; eine nachhaltige Besserung der Beschwerden wurde bisher nicht erreicht.
- den jeweils mitbehandelnden Rheumatologen und Orthopäden konsultiert sie regelmäßig, eine verhaltenstherapeutische Mitbehandlung lehnt sie jedoch ab



**B1) spezifische Fallvignette für Allgemeinmediziner /Hausärzte**

- Frau, geschieden, kinderlos, 45, arbeitet als Altenpflegerin in einem ambulanten Pflegedienst
- Beratungsanlass: Patientin fühle sich zunehmend überfordert von den alltäglichen und beruflichen Anforderungen und bittet um erneute AU
- Diagnose rezidivierende depressive Störung wurde vor 4 Jahren vom Facharzt für Psychiatrie gestellt,
  - o wiederholte depressive Episoden, gegenwärtig mittelgradige Episode
  - o Kaum noch soziale Kontakte, zieht sich zunehmend zurück und wisse auch nicht, wie es weiter gehen solle
  - o wird parallel vom FA für Psychiatrie behandelt
- im letzten Quartal 4 Wochen AU
- seitdem erneut in psychotherapeutischer Behandlung
- verschiedene leitliniengerechte Psychopharmakotherapien, die zu zwischenzeitlichen Stabilisierungen, aber nicht zu einer nachhaltigen Besserung geführt haben
- diätetisch eingestellte Fettstoffwechselstörung;
- medikamentös eingestellter Bluthochdruck

**B1) spezifische Fallvignette für Rheumatologen**

- Mann, 30, verheiratet, ein Kind,
- beschäftigt als Maurer in einem kleinem Familienbetrieb, Arbeitsumfang: 40-50 h/Woche
- Behandlungsanlass: Kreuzschmerzen
- Seit 5 Jahren mit der Diagnose Morbus Bechterew in internistisch-rheumatologischer Behandlung
  - o Frühmorgendliches Erwachen wegen des Kreuzschmerzes, Schmerz bessert sich beim Bewegen
  - o Zunehmende Bewegungseinschränkung, Einschränkung der beschwerdefreien Gehzeit auf 30 Minuten mit Beteiligung des rechten Hüftgelenks, beginnende Beugekontraktur
  - o Seit 6 Monaten Nackenschmerzen neu hinzugetreten mit erheblicher Einschränkung der Halswirbelsäulen-Rotation
- aufgrund seiner Kreuzschmerzen ist der Patient immer weniger in der Lage, körperliche anstrengende Tätigkeiten (Anheben und Einfügen von Mauersteinen) auszuüben
- Patient lehnt AU strikt ab, da er sich große Sorgen um seinen Job macht
- bekommt seit einem Jahr Biologika, diese führten zwar zu einer Linderung der Beschwerden und einer Verminderung der vorher sehr hohen laborchemischen Entzündungswerte, aber die Schmerzen und Funktionseinschränkungen konnten nicht ausreichend beseitigt werden
- zusätzlich nimmt der Patient regelmäßig hochdosiert nichtsteroidale Antirheumatika ein
- Patient hat in den letzten 12 Monaten insgesamt 18 krankengymnastische Einzelbehandlungen erhalten und führt morgens zuhause ein in der Physiotherapie erlerntes Selbstübungsprogramm durch

### **C) Fragen zu den Vignetten**

5. **Wie beurteilen Sie die gesundheitliche Situation des Patienten? Welche Aspekte sind für Sie besonders relevant?**
6. **Wie gestaltet sich Ihre kurz- und mittelfristige Behandlungsstrategie?**
  - Werden ggf. weitere Informationen zur Einschätzung des Falles benötigt? (Wenn ja, von wem?)
7. **Wie schätzen Sie den Rehabilitationsbedarf und die Rehabilitationsprognose des Patienten bzw. der Patientin ein?**
  - Was wird notwendig sein, um den Rehabilitationserfolg nachhaltig (ambulant) zu sichern?
8. **Gehen wir davon aus, dass bei diesem Patienten/dieser Patientin ist eine medizinische Rehabilitation sinnvoll und notwendig ist: Wie gestaltet sich das weitere Vorgehen und welche Rolle kommt Ihnen dabei zu?**
  - Wie gestalten Sie Ihren ärztlichen Befundbericht? (Umfang, Aufwand, Inhalt)
  - Inwieweit würden Sie sich im Vorfeld der Einreichung eines Reha-Antrags mit dem Hausarzt bzw. dem Rheumatologen darüber verständigen?

➔ **NACH der 2. Vignette:**

**Waren die darlegten Fälle aus Ihrer Sicht „typische“ Reha-Fälle? Inwiefern unterscheiden sich diese von „typischen“ Reha-Patienten ihres Arbeitsalltags?**

### **D) Allgemeiner Fragenteil**

5. **Bitte beschreiben Sie den Stellenwert medizinischer Rehabilitation in Ihrem Arbeitsalltag sowie ihre Rolle beim Reha-Zugang.**
  - Wird Reha artzseitig häufig empfohlen?
  - Welche Bedeutung kommt rehabilitativen Aspekten bei der kurativen Behandlung zu?
  - Wer sollte Initiator eines Reha-Antrages sein?

**6. Bitte beschreiben Sie, wie Sie bei einem Patienten zu einer Rehaempfehlung gelangen.**

- Wie ermitteln sie die Rehabilitationsbedürftigkeit ihrer Patienten?
- Verwenden sie Checklisten zum „messen“ der objektiven Rehabilitationsbedürftigkeit?
- Wie beurteilen Sie die Rehabilitationsfähigkeit ihrer Patienten?
- Was könnten Gründe dafür sein, dass der Rehabilitationsbedarf eines Patienten „übersehen“ wird?
- Was erachten sie als wünschenswert, um den Reha-Erfolg ihrer Patienten zu sichern und wodurch könnte dieser Erfolg gefährdet werden?
- Wie positionieren sie sich zu der Aussage, dass es, mit regionalen Einschränkungen, zwar ein zufriedenstellendes Angebot an Nachsorgeleistungen gebe, dieses jedoch nicht ausreichend genutzt werde?

**7. Welche Kriterien veranlassen Sie, einen Rehabilitationsantrag zu initiieren oder zu unterstützen?**

- Gibt es aus Ihrer Sicht für den Rehabilitationsantrag neben der Indikationsstellung noch weitere wichtige Aspekte?
- Inwieweit beeinflussen psychosoziale Belastungen des Patienten, die zusätzlich zu einem somatischen Rehabilitationsbedarf auffallen, Ihre Entscheidung, eine Rehabilitation zu empfehlen?
- Inwieweit fühlen Sie sich bei der Unterstützung eines Rehabilitationsantrages beeinflusst durch das „Kur-Begehren“ der Patienten?

**8. Wie könnte der Rehabilitationszugang für Erwerbsfähige, die trotz Bedarf keinen Antrag stellen (z.B. aus Unwissenheit, familiären oder beruflichen Gründen), verbessert werden?**

- Woran erkennen Sie die Notwendigkeit eines Beratungsgespräches?
- Wie gestalten sie ein Beratungsgespräch?

**Antrags- und Bewilligungsverfahren****5. Bezogen auf die medizinische Rehabilitation bei Erwerbsfähigen: Wie beurteilen Sie das Antragsverfahren?**

- Wo erleben Sie Schwierigkeiten? Was könnte verbessert werden?
- Bitte beschreiben Sie aus Ihrer Sicht die Erwartungshaltung der Rehabilitationsträger an die inhaltliche Ausgestaltung Ihrer Befundberichte!
- Wie positionieren sie sich zu der Aussage, dass die von ihnen im Antrag vorgenommene Reihenfolge reha-relevanter Erkrankungen und Funktionseinschränkungen oftmals nicht den Reha-Bedarf der Patienten charakterisieren?
- Was halten sie von der Einschätzung, dass die Gefährdung der Erwerbsfähigkeit in den Anträgen nicht ausreichend dargestellt wird?

- Inwieweit findet eine Abstimmung/Koordination zwischen Ihnen und Ihren ambulanten Fachkollegen statt (gemeinsamer Antrag, umfassende Infos, etc.)?

#### **6. Wie beurteilen Sie das Bewilligungsverfahren bei Erwerbsfähigen?**

- Wo sehen Sie Schwierigkeiten?
- Sind sie vertraut mit den Beurteilungskriterien des Kostenträgers (DRV)?
- Wie schätzen Sie die Praxistauglichkeit (z.B. „Messgenauigkeit“) der Beurteilungskriterien der Leistungsträger ein?
- Wo sehen sie Verbesserungsmöglichkeiten im Bewilligungsverfahren?
- Wie könnte die Transparenz der Kostenträgerentscheidung aus Ihrer Sicht verbessert werden?

### **Versorgungskette (nach Entscheidung für Reha)**

#### **7. Beschreiben Sie ihre interdisziplinäre Kooperation und fachlichen Austausch bei Rehabilitationsverfahren von Erwerbsfähigen**

- mit ärztlichen Kollegen: Wird Ihr Rat bei Mit- oder Weiterbehandlung erbeten?
- mit Leistungsträgern: Haben Sie Ansprechpartner für Rückfragen zum Antrags- und Bewilligungsverfahren? Werden Sie von Gutachtern rückgefragt?
- mit Rehabilitationseinrichtungen: Werden Sie in die Therapieplanung oder die Planung der Nachsorge einbezogen?
  
- Erleben Sie „Überleitungsprobleme“ von einer Behandlungsinstanz zur anderen?
- Wie schätzen Sie die interdisziplinäre Informationsübermittlung (behandlungswichtige Informationen) ein?

An welchen Stellen müsste die fachübergreifende Zusammenarbeit verbessert werden?

#### **8. Wie zufrieden sind Sie mit dem Angebot an (ambulanten) Rehabilitationsmaßnahmen für Erwerbsfähige?**

### **Erfahrungswissen / Informationsgewinnung und -quellen**

#### **9. Wie informieren Sie sich zum Thema Rehabilitation?**

- Welche Quellen und Medien nutzen sie, um sich zum Thema „medizinische Rehabilitation“ zu informieren?
- Wie bewerten sie das ihnen zugängliche Informationsangebot?
- Beschreiben sie ihren Informationsbedarf – was wünschen sie sich?
- Woher beziehen ihre Patienten Informationen zum Thema „Medizinische Rehabilitation“?
- Zu welchen Themen hinsichtlich medizinischer Rehabilitation wünschen sie fortgebildet zu werden – und wie?

## **Ausblick**

**10. Die Reha-Träger wünschen sich für einen optimalen Reha-Verlauf den richtigen Patient zur richtigen Zeit in die richtige Rehabilitation. Wie ist dies aus Ihrer Sicht erreichbar, welche Veränderungen wären dazu ggf. wünschenswert und inwiefern können Sie als niedergelassener Arzt dazu beitragen?**

## **Leitfaden für die Befragung von Gutachtern/Prüfärzten der DRV- Mitteldeutschland**

### **Beantragung**

- 1. Welche häufigen Fehler sehen Sie in den Anträgen von niedergelassenen Ärzten?**
  - Wie können in der Zukunft diese Fehler vermieden werden?
  - Welche Bedeutung hat der Umfang für Sie?
  
- 2. Wie deutlich wünschen Sie sich eine Zuordnung von Krankheiten sowie deren Ursachen und Folgen**
  - a) zur Einschränkung der Teilhabe am Erwerbsleben und
  - b) zu Einschränkungen der Teilhabe in anderen Bereichen, außerhalb des Bereichs „Gefährdung der Erwerbsfähigkeit“?
  - Wie soll mit Multimorbidität umgegangen werden?
  
- 3. Welchen Stellenwert hat für Sie die Antragstellung durch einen Allgemeinarzt im Vergleich zur Antragstellung durch einen Facharzt.**
  - Sollten dem hausärztlichen Antrag noch andere fachärztliche Befunde beigelegt werden?
  - Wenn ja, in welcher Form sollte dies geschehen?
  
- 4. Was genau verstehen Sie unter „ausgeschöpfter ambulanter Therapie“?**
  
- 5. Inwieweit unterscheiden Sie bei der Bewilligung zwischen „Gefährdung der Teilhabe“ und „bereits eingetretener Einschränkung“ der (beruflichen) Teilhabe.**

### **Bewilligungsverfahren**

- 6. Niedergelassene Ärzte berichten, dass sie das Bewilligungsverfahren nicht selten als undurchsichtig und Ablehnungsgründe als intransparent, teils willkürlich erleben.**
  - Wo sehen Sie die Ursachen dafür und was denken Sie (als Gutachter) darüber?
  - Wie könnte dies aus Ihrer Sicht das Bewilligungsverfahren verbessert werden?
  - Wäre in diesem Zusammenhang eine Konkretisierung der Ablehnungsgründe denkbar?  
Wenn ja, in welcher Form?

**7. Was denken Sie über die Umsetzung des Wunsch- und Wahlrechts der Versicherten?**

- Reha-Form (amb./stat.) & Reha-Ort

**8. Viele niedergelassene Ärzte sehen durch bestehende Budgetgrenzen Schwierigkeiten, die geforderte Ausschöpfung ambulanter Gesundheitsleistungen im Vorfeld eines Reha-Antrags zu gewährleisten. Was sehen Sie das?****Kooperation/Versorgungskette****9. Der Großteil der befragten Ärzte wünscht sich einen festen und auskunftsfähigen Ansprechpartner sowie einen kontinuierlichen Informationsfluss seitens und innerhalb des Kostenträgers. Wie ist Ihre Meinung dazu?****10. Durch die befragten niedergelassenen Ärzte wird insbesondere für den ländlichen Raum ein Mangel an ambulanten Reha-Zentren angezeigt. Können Sie diese Wahrnehmung teilen?****11. Wie positionieren Sie sich zu der Aussage von befragten Ärzten, der Reha-Erfolg würde durch fehlende Nachsorgeangebote nicht hinreichend gesichert?****Ausblick****12. Wie könnte aus Ihrer Sicht der Rehabilitationszugang für Erwerbsfähige, die trotz Bedarf keinen Antrag stellen, verbessert werden?**

- arztseitig?
- trägerseitig?
- durch sonstige Akteure?

**13. Haben wir etwas vergessen zu fragen, wie wir den richtigen Patienten zur richtigen Zeit in die richtige Reha bekommen?**

- Was könnte der Beitrag niedergelassener Ärzte sein?

## Publikationen

Fiala, K., Grundke, S., Klement, A., Parthier, K., Schubert, M., Mau, W. (2011): Probleme und Lösungsansätze eines rechtzeitigen, bedarfsgerechten Zugangs zur medizinischen Rehabilitation aus der ambulanten rehabilitativen Versorgung. Zeitschrift für Rheumatologie 70 (1), S. 41

Grundke, S., Parthier, K., Fiala, K., Schubert, M., Mau, W., Klement, A. (2011): Probleme und Lösungsansätze für einen rechtzeitigen bedarfsgerechten Zugang zu medizinischer Rehabilitation aus der ambulanten hausärztlichen Versorgung. Z Allg Med., Sonderausgabe Abstractband, S. 76.

Parthier, K., Fiala, K., Grundke, S., Behrens, J., Klement, A., Mau, W., Schubert, M. (2012) Zugang zu medizinischer Rehabilitation aus Sicht von Hausärzten, Rheumatologen und sozialmedizinischen Gutachtern. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium Rehabilitation: Flexible Antworten auf neue Herausforderungen vom 5. bis 7. März 2012 in Hamburg. Deutsche Rentenversicherung, Berlin, 121-123.

Schubert, M., Fiala, K., Grundke, S., Parthier, K., Behrens, J., Klement, A., Mau, W. (2012) Der Zugang zu medizinischer Rehabilitation aus Perspektive niedergelassener Ärzte – Probleme und Optimierungsmöglichkeiten. In: Zeitschrift für physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin und Kurortmedizin (im Erscheinen).



## **Rahmenkonzept für eine ärztliche Fortbildung zur Bedarfserkennung und Einleitung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen**

Die Ergebnisse aus der RezuS-Studie verweisen im Zusammenhang mit der Bedarfserkennung und Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen arztseitig auf verbesserungsbedürftige und -fähige Handlungsroutrinen sowie auf erhebliche Informationsdefizite zur Thematik „Rahmenbedingungen und Formen der Rehabilitation“. Ferner zeigen die Ergebnisse, dass das bestehende rehabilitationsrelevante Fortbildungsangebot nicht als ausreichend attraktives Angebot für konkrete Hilfestellungen und Möglichkeit zur Beseitigung von bestehenden Wissenslücken durch die befragten Niedergelassenen bewertet wird und daher von dieser Zielgruppe weitgehend ungenutzt bleibt.

Praxisferne, nicht zielgruppengerechte Fortbildungsinhalte bergen das Risiko, den Fortbildungsteilnehmern die Aussicht auf subjektiv erwartbare relevante und unmittelbare Vorteile für ihr ärztliches Handeln zu verstellen. Zudem werden von der Zielgruppe mögliche Lernerfolge insbesondere bei Nutzung konventioneller *didaktischer Methoden* (z.B. Frontalvortrag) eher gering eingeschätzt. Diese zu passive, überwiegend rezeptive Lernform ohne bzw. mit nur wenig interaktiven Anteilen kann zwar zu Wissenszuwachs führen, nicht aber notwendigerweise die erforderliche Handlungskompetenz stärken.

Ziel einer adressatengerechten Verbesserung von Fortbildungsangeboten sollte es daher sein, didaktische Methoden und Formate (I), Konzepte (II) und Inhalte (III) so weiterzuentwickeln, dass eine dauerhafte und aktive Informationsbereitschaft sowie der Transfer der Fortbildungsinhalte in die Praxis ärztlichen Handelns nachhaltig gefördert und sichergestellt werden.

Eine vielversprechende Möglichkeit des interaktiven Wissens- und Kompetenzzuwachses im Hinblick auf die Verbesserung der Bedarfserkennung und Antragsstellung bietet sich im Rahmen von **Qualitätszirkeln** (I): Entsprechend der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Sachsen-Anhalt ist die Mitarbeit in Qualitätszirkeln für teilnehmende Vertragsärzte obligatorisch. Aufgrund des interaktiven Kleingruppencharakters, der Wohnortnähe und durch kontinuierliche kollegiale Kontakte sind Qualitätszirkel für Vertragsärzte eine gleichermaßen glaubwürdige wie beliebte Fortbildungsoption, um zu konkreten und praxisbezogenen Hilfestellungen zu gelangen.

Hierbei schließen sich ein fester Teilnehmerkreis von Niedergelassenen (5-20 Personen) unter Leitung eines Moderators zusammen, um im kollegialen Austausch praxisbezogen ihre eigenen Handlungsweisen untereinander sowie mit vorgegebenen Qualitätsstandards zu vergleichen und zu diskutieren und daraus Vorschläge bzw. praktische Anleitungen zur Problemlösungen und Optimierung

täglicher Arbeitsabläufe zu erarbeiten. Dabei werden die Themen von den Zirkel-Teilnehmern selbst bestimmt.<sup>12</sup>

Qualitätszirkeln liegt das didaktische Konzept des **problemorientierten Lernens (POL)** (II) zugrunde. Hierbei bildet die kritische Selbstüberprüfung, die Reflexion eigener Handlungsrouinen den Ausgangspunkt des ärztlichen Lernprozesses. Die Diskussion praxisnaher Problemstellungen zielt dabei auf die Selbstreflexion eigener Handlungsweisen und Problembearbeitungsrouinen ab. Fehler oder Verbesserungsmöglichkeiten im alltäglichen Arbeitshandeln sowie Wissenslücken werden bewusst und können im gemeinsamen kollegialen Diskurs bearbeitet werden. Lerninhalte können so bezogen auf die eigene Handlungspraxis und im Diskurs mit den Teilnehmern des Qualitätszirkels besprochen werden sowie mit entsprechendem Material (Folien und auszuhändigende Handlungsanleitungen) vertiefend be- und erarbeitet werden.

Auf Grund der im Rahmen von RezuS vorgestellten Ergebnisse, erschließt sich Informationsbedarf auf folgenden 5 **Themengebieten** (III):

#### 1. Themengebiet: Rechtliche Grundlagen von Rehabilitation

- allgemeine Grundlagen, begriffliche Abgrenzungen
  - Leistungsarten und Rehabilitationsträger
    - insbesondere Abgrenzung SGB V, SGB VI
    - übergreifende Wirkung SGB IX
  - Ziele und Inhalte von Leistungen
- Verweis auf entsprechende Informationsquellen

#### 2. Themengebiet: Trägerspezifische Ziele und Anspruchsvoraussetzungen

- Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: „Reha vor Pflege“
  - Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung: „Reha vor Rente“
- Verweis auf entsprechende Informationsquellen

#### 3. Themengebiet: Bedarfserkennung und Leistungsinitiierung bei Rehabilitationsleistungen in Leistungsträgerschaft der Deutschen Rentenversicherung

- Grundlagen zur Bedarfserkennung und Initiierung von Leistungen durch den Arzt
  - ICF, Beurteilung der funktionalen Gesundheit und der Kontextfaktoren
  - Assessments und Checklisten
- Verweis auf entsprechende Informationsquellen

---

<sup>12</sup> Die Bearbeitung der Inhalte, die didaktische Aufarbeitung und Schulung der Moderatoren der Qualitätszirkel folgt einem bereits vielfach erprobten und positiv evaluierten Konzept, dem „Standardisierten Informationsmanagement für Qualitätszirkel“ (SIQ). Das SIQ wird getragen und Implementiert von den Vertragspartnern im HZV-Vertrag, u.a. der AOK, dem Hausärzterverband Sachsen-Anhalt und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt.

4. Themengebiet: Ärztlicher Befundbericht bei Rehabilitationsleistungen in Leistungsträgerschaft der Deutschen Rentenversicherung

- Antragsformulare und -modalitäten
- Schwerpunkt: Bezug zur Erwerbsfähigkeit
- Verweis auf entsprechende Informationsquellen

5. Themengebiet: Der Weg vom Antrag zur Leistung

- Grundlagen zum Antrags- und Bewilligungsverfahren der DRV
- sozialmedizinische Beurteilung
- Besonderheiten sozialverwalterischer Abläufe
- Reha im Spiegel der Statistik: Übersicht über tatsächliche Ablehnungs- und Bewilligungsquoten
- Verweis auf entsprechende Informationsquellen

Zusammenfassung

- v.a. Fehlerquellen und Optimierungspotentiale und -strategien
- Aushändigung Handlungsanleitung

Einen möglichen Ablauf eines ca. 90-minütigen Treffens im Qualitätszirkel soll die nachfolgende Abbildung verdeutlichen:

<b>Zeit</b>	<b>Format</b>	<b>Inhalt</b>
3-5 min.	<b>Begrüßung</b>	Themeneinführung und kurze Vorstellung der Befragungsergebnisse
5-10 min.	<b>Eröffnungsdiskussion</b>  <i>Moderation: Was wird hinsichtlich der täglichen Handlungspraxis mit Reha verbunden? Hinleitung zu zentralen Begriffen – Wissensstand ausreichend? → Was wird genau gemeint - gibt es möglicherweise Abgrenzungsprobleme?</i>	Erste Reflexion zu eigener Auffassung von Rehabilitation und Risiken für fehlende und/oder fehlerhafte Routinen
10 min.  5 min.	<b>Einführung Themengebiet 1</b>  <b>Diskussion</b>  <i>Moderation: Sind trägerspezifische Reha-Ziele sowie entsprechende Bedarfskriterien bekannt? Gibt es hier möglicherweise Fehlerquellen?</i>	Abgrenzung SGB V und SGB VI, SGB IX (ppt)  Reflexion zu Kenntnissen hinsichtlich trägerspezifische Reha-Ziele und Anspruchsvoraussetzungen
5-10 min.  5-10 min.	<b>Einführung Themengebiet 2</b>  <b>Diskussion &amp; Fallbeispiel</b>  <i>Moderation: Diskussion am Fallbeispiel: Wie ist das Vorgehen bei der Bedarfserkennung? Fehlerhafte Handlungsabläufe?</i>	Reha-Ziele und Anspruchsvoraussetzungen (ppt)  Reflexion zum Vorgehen bei der Bedarfserkennung

10 min.	<b>Einführung Themengebiet 3</b>	Bedarfserkennung und Leistungsinitiierung (ppt)
5 min.	<b>Diskussion &amp; Fallbeispiel</b>	Reflexion zu Handlungsrouninen bei der Bearbeitung des ärztlichen Befundberichtes
	<i>Moderation:</i>	
		<i>Weiterführung des Fallbeispiels: Wie kann der aufgedeckte Bedarf im Rahmen des Befundberichtes umgesetzt werden? Gibt es hier möglicherweise Fehlerquellen?</i>
5-10 min.	<b>Einführung Themengebiet 4</b>	ärztlicher Befundbericht (ppt)
5-10 min.	<b>Diskussion</b>	Umgang mit Antragsaufwand und Verhalten bei Leistungsablehnung
	<i>Moderation:</i>	
		<i>Wie ist der alltägliche Umgang mit der Antragsbearbeitung? Wie wird das Bewilligungsverfahren erlebt? Wie/Wo verortet sich der Niedergelassene in diesem Gefüge? Rollenverständnis, vermutete Bewilligungs- und Ablehnungsquoten etc.</i>
5 min.	<b>Einführung Themengebiet 5</b>	Der Weg vom Antrag zur Leistungsbewilligung (ppt)
5 min.	<b>Diskussion</b>	Abschließende Überlegungen zur Optimierung eigener Handlungsrouninen
10 min.	<b>Zusammenfassung &amp; Aushändigung Handlungsanleitung (HaRa) Evaluation</b>	

Um nachhaltige Lernerfolge zu erzielen, ist die didaktische Konzeption des Qualitätszirkels so angelegt, dass geeignete Fortbildungsinhalte gezielt gebündelt werden (didaktische Reduktion), die Fortbildungsbedürfnisse der Qualitätszirkelteilnehmer in die Formulierung der Lehrinhalte und Lehrziele des geplanten Fortbildungskonzeptes einfließen, und adressatengerechte Vermittlungsmethoden Verwendung finden. Die Vermittlung von Beurteilungs- und Entscheidungskompetenzen gelingt am besten mittels handlungsorientierter Wissensvermittlung. Dabei werden die Fortbildungsinhalte vom Moderator der Qualitätszirkel präsentiert (Vortragsfolien) und darüber hinaus (selbst erlebte) Problemkonstellationen aus dem alltäglichen Arbeitshandeln vertiefend moderiert diskutiert. So haben die Teilnehmer der Qualitätszirkel die Möglichkeit, Vorkenntnisse zu (re-)aktivieren, Expertenwissen zu rezipieren und sich untereinander lösungsorientiert auszutauschen. Problemorientiertes Lernen anhand von exemplarisch angeführten Fallbeispielen (Vortrag) und „realer“ Beispiele aus der Erfahrung der Teilnehmer begünstigt die Verknüpfung mit erworbenem Wissen und der Entwicklung neuer Entscheidungs- und Beurteilungsroutinen nachhaltig positiv. Zwischenzusammenfassungen des Moderators sowie ein Abschlussfeedback sichern den Lernerfolg.

Indem Wissensdefizite selbstkritisch aufgedeckt und aufgearbeitet werden ergibt sich zudem die Motivation die Notwendigkeit des Wissenszuwachses und Kompetenzerwerbs kontinuierlich und selbstverantwortlich fortzusetzen. Hierfür werden den Teilnehmern nicht nur Informationen selbst, sondern auch Hinweise auf Informationsquellen und -strategien vermittelt.

Mit dem Ziel ärztliche Kompetenzen hinsichtlich der Bedarfserkennung und Einleitung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen zu stärken, ermöglicht das vorgestellte Konzept daher im Einzelnen

- die ärztliche Motivation sich rehabilitationsbezogen fortzubilden sowie kontinuierlich zu informieren zu fördern,
- Fähigkeiten und Strategien zu entwickeln, sich selbstverantwortlich fortzubilden und zu informieren,
- das Neuerlernte zu strukturieren und in den Alltag zu transferieren,
- effektive Urteilsfähigkeit und Selbstreflexion zu üben sowie
- den interkollegialen Austausch zu fördern.