



**Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg,
Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein e.V.**

**Optimierung der Zusammenarbeit von Reha-
Kostenträgern, Reha-Einrichtungen und am-
bulanter Versorgung**

Projekt-Nr. 146

Projektleiter: Dr. Ruth Deck, Prof. Dr. Martin Scherer
& Prof. Dr. Jens-Martin Träder

Projektmitarbeiterin: Dipl.-Psych. Nadine Pohontsch

Abschlussbericht

Januar 2012

Korrespondenzadresse: Dr. Ruth Deck
Institut für Sozialmedizin
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
Tel. : (0451) 500 58 47
ruth.deck@uk-sh.de

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------------|---|-----------|
| A | EINLEITUNG..... | 5 |
| 1 | HINTERGRUND..... | 5 |
| 2 | STUDIE UND STUDIENZIEL | 8 |
| 3 | FRAGESTELLUNGEN..... | 8 |
| 3.1 | KONKRETE FRAGESTELLUNGEN DER ERSTEN PROJEKTPHASE | 8 |
| 3.2 | FRAGESTELLUNG DER ZWEITEN PROJEKTPHASE | 9 |
| 3.3 | FRAGESTELLUNG DER DRITTEN PROJEKTPHASE | 9 |
| B | HAUPTTEIL | 10 |
| 4 | METHODE..... | 10 |
| 4.1 | 1. PHASE – HOMOGENE GRUPPEN..... | 12 |
| 4.1.1 | REKRUTIERUNG UND STICHPROBE – HOMOGENE GRUPPEN | 12 |
| 4.1.2 | DATENERHEBUNG – HOMOGENE GRUPPEN | 14 |
| 4.1.3 | AUSWERTUNG – HOMOGENE GRUPPEN..... | 15 |
| 4.2 | 2. PHASE – INTERDISZIPLINÄRE GRUPPEN..... | 15 |
| 4.2.1 | REKRUTIERUNG UND STICHPROBE – INTERDISZIPLINÄRE GRUPPEN | 15 |
| 4.2.2 | DATENERHEBUNG – INTERDISZIPLINÄRE GRUPPEN | 16 |
| 4.2.3 | AUSWERTUNG – INTERDISZIPLINÄRE GRUPPEN | 16 |
| 4.3 | 3. PHASE – ABSCHLUSSKONFERENZ | 17 |
| 4.3.1 | REKRUTIERUNG UND STICHPROBE ABSCHLUSSKONFERENZ | 17 |
| 4.3.2 | DATENERHEBUNG - ABSCHLUSSKONFERENZ | 17 |
| 4.3.3 | AUSWERTUNG – ABSCHLUSSKONFERENZ | 17 |
| 5 | ERGEBNISSE..... | 19 |
| 5.1 | HOMOGENE GRUPPEN | 19 |
| 5.1.1 | SCHNITTSTELLENPROBLEME AUS SICHT DER REHABILITANDEN | 19 |
| 5.1.1.1 | MIT DEN KOSTENTRÄGERN | 20 |
| 5.1.1.2 | MIT DEN REHABILITATIONSKLINIKERN | 23 |
| 5.1.2 | SCHNITTSTELLENPROBLEME AUS SICHT DER NIEDERGELASSENEN ÄRZTE..... | 24 |
| 5.1.2.1 | MIT DEN KOSTENTRÄGERN | 25 |
| 5.1.2.2 | MIT DEN REHA-KLINIKERN | 34 |
| 5.1.3 | SCHNITTSTELLENPROBLEME AUS SICHT DER KOSTENTRÄGER-VERTRETER | 36 |
| 5.1.3.1 | MIT DEN NIEDERGELASSENEN ÄRZTEN | 38 |
| 5.1.3.2 | MIT DEN REHA-KLINIKERN | 40 |
| 5.1.4 | SCHNITTSTELLENPROBLEME AUS SICHT DER REHABILITATIONS-KLINIKER..... | 42 |
| 5.1.4.1 | MIT DEN NIEDERGELASSENEN ÄRZTEN..... | 43 |

| | | |
|---------|--|-----|
| 5.1.4.2 | MIT DEN KOSTENTRÄGERN | 48 |
| 5.2 | INTERDISZIPLINÄRE GRUPPEN..... | 53 |
| 5.2.1 | LÖSUNGSVORSCHLÄGE AUS DEN INTERDISZIPLINÄREN GRUPPEN | 53 |
| 5.2.1.1 | EXPERTENRUNDE AUS NIEDERGELASSENEN ÄRZTEN UND KOSTENTRÄGERVERTRETERN (GRUPPE 1)..... | 53 |
| 5.2.1.2 | EXPERTENRUNDE AUS NIEDERGELASSENEN ÄRZTEN, REHA-KLINIKERN UND KOSTENTRÄGERVERTRETERN (GRUPPE 2) | 58 |
| 5.2.1.3 | EXPERTENRUNDE AUS NIEDERGELASSENEN ÄRZTEN, REHA-KLINIKERN UND KOSTENTRÄGERVERTRETERN (GRUPPE 3) | 61 |
| 5.3 | ABSCHLUSSKONFERENZ..... | 66 |
| 5.3.1 | PROTOKOLL DER ABSCHLUSSKONFERENZ..... | 66 |
| 6 | DISKUSSION..... | 83 |
| 6.1 | SCHNITTSTELLENPROBLEME UND LÖSUNGSMÖGLICHKEITEN | 83 |
| 6.2 | STÄRKEN UND POTENTIELLE LIMITATIONEN DER STUDIE | 95 |
| 6.3 | EMPFEHLUNGEN ZUR ÜBERWINDUNG VON SCHNITTSTELLENPROBLEMEN IN DER REHABILITATIONSKETTE | 97 |
| C | SCHLUSSTEIL..... | 100 |
| 7 | ZUSAMMENFASSUNG | 100 |
| 8 | SCHLUSSFOLGERUNGEN UND PRAKTISCHE RELEVANZ DER ERGEBNISSE | 102 |
| 9 | WEITERE ANALYSEN NACH STUDIENENDE | 103 |
| | ÜBERSICHT DER ANHÄNGE | 104 |
| | LITERATUR | 144 |

Vorbemerkungen

„Medizinische Rehabilitation (Reha) ist eine der unverzichtbaren und an Gewicht gewinnenden Grundfunktionen unseres Gesundheitswesens“ (S. 47 [1]). Umso schwerer wiegen die Schnittstellenprobleme, die nicht nur, aber besonders augenfällig, in diesem Bereich des Gesundheitssystems bestehen. Diese Probleme wollen wir mit diesem Projekt versuchen zu schmälern.

Unser Dank gilt dem vffr e.V. der uns durch die Förderung dieses Projekts bei diesem Vorhaben unterstützt hat. Weiterer und nicht geringerer Dank geht an alle Gesprächspartner (Reha-Kliniker, Rehabilitanden, niedergelassene Ärzte und Kostenträger-Vertreter), die im Rahmen von Fokusgruppen, interdisziplinären Sitzungen und der Abschlusskonferenz ihre Zeit geopfert haben, um uns aus ihrer Sicht von Schnittstellenproblemen zu berichten, mögliche Lösungen zu entwerfen und diese zu diskutieren. Alle Namen zu nennen würde hier den Rahmen sprengen. Erwähnt seien stellvertretend Dr. Nathalie Glaser-Möller von der DRV Nord, Jürgen Janetzek von der IKK Nord, Arne Hansohm von der BEK und Prof. Dr. Jens-Martin Träder, die jeweils selbst an den Gesprächen teilgenommen haben, aber auch Kontakte zu anderen Gesprächspartnern angebahnt haben.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde für den vorliegenden Bericht jeweils die männliche Form genutzt. Es sei jedoch an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass stets sowohl männliche als auch weibliche Personen gemeint sind und dieses Vorgehen keine Wertung beinhaltet.

Lübeck, Januar 2012

Für die Antragsteller und das Projektteam

Nadine Pohontsch & Ruth Deck

A Einleitung

1 Hintergrund

Dass die Segmentierung des deutschen Gesundheitssystems an vielen Stellen zu Kommunikations- und Koordinationsproblemen führt, ist keine neue Erkenntnis. Der daraus resultierende Wunsch nach stärkerer Verzahnung von rehabilitativen Maßnahmen mit der ambulanten Versorgung ist ebenfalls nicht neu. Die politische Umsetzung einer integrierten Versorgung wurde mit dem Inkrafttreten des SGB IX im Jahr 2001 in Angriff genommen. Die praktische Umsetzung hingegen verläuft schleppend bzw. gar nicht [2]. Die Aufrechterhaltung starrer Sektorengrenzen (z. B. zwischen ambulanter und stationärer Versorgung) und eine starke Orientierung an sektoralen Budgets kennzeichnen das deutsche Gesundheitssystem [3]. Die daraus resultierende unzureichende Abstimmung und Vernetzung von Versorgungsabläufen ist seit längerem Gegenstand der Diskussion um die Zukunft des Gesundheitswesens [4]. Dies zeigt sich auch und besonders im System der medizinischen Rehabilitation, das aufgrund des demografischen Wandels und den damit einhergehenden Veränderungen des Krankheitsspektrums noch stärker zu einem tragenden Element der Gesundheitsversorgung geworden ist [5,6,7]. Die Rehabilitationskette hat viele Schnittstellen: die niedergelassenen Ärzte (Haus- und / oder Fachärzte), die Kostenträger (allen voran Rentenversicherungen und gesetzliche Krankenkassen), die Rehabilitationskliniken/r und nicht zuletzt die Rehabilitanden selbst. Die Zusammenarbeit dieser verschiedenen Akteure verläuft nicht immer reibungslos. Neben ökonomischen Interessen sind auch unterschiedliche Werte- und Deutungsmuster der einzelnen Handelnden dafür verantwortlich. Die Folgen dieser Reibungsverluste können z. B. in geringer Ergebnisqualität oder mangelnder Wirtschaftlichkeit bestehen [4]. Seit über zwei Jahrzehnten werden Anstrengungen unternommen, die Schnittstellenprobleme die durch die Iterativität und mangelnde Linearität des Rehabilitationsprozesses (d.h. schrittweises, sich wiederholendes und oft nicht auf ein gemeinsames Ziel ausgerichtetes Vorgehen) entstehen, zu identifizieren und Lösungen zu finden [5,8,9,10].

All diese Anstrengungen haben bisher jedoch noch nicht zu einer optimalen Verzahnung der Bemühungen von niedergelassenen Ärzten, Kostenträgern und Rehabilitationsklinikern geführt [11]. Informations- und Kommunikationsdefizite und die Zusammenarbeit erschwerende Vorurteile lassen sich bei allen am Rehabilitationsprozess Beteiligten ausmachen. Der Hausarzt oder auch der Facharzt (z.B. der Orthopäde oder Psychotherapeut) ist für Perso-

nen, die ein Heilverfahren anstreben, die erste Bezugsperson auf dem Weg zur Rehabilitation [12]. Sie entscheidet mit, ob ein Patient einen Rehabilitationsantrag stellt. Des Weiteren kann sie geeignete Informationen zur Vorbereitung einer möglichst effektiven Rehabilitationsmaßnahme an den Reha-Antragsteller weitergeben. Auch die Erstellung von Befundberichten, die für den jeweiligen Kostenträger die Grundlage für die Entscheidung über den Antrag auf Rehabilitation darstellen und den Rehabilitationsklinikern als Basis der Therapieplanung dienen, fällt in den Aufgabenbereich der niedergelassenen Ärzte. Obwohl die Mehrheit der niedergelassenen Ärzte eine generell positive Einstellung zur Rehabilitation hat [5], beklagen sie im Vorfeld der Rehabilitation den vermeintlich hohen Aufwand, den eine Rehabilitationsantragstellung für sie bedeutet [10] und in diesem Zusammenhang auch die Intransparenz der Prozesse beim Kostenträger bezüglich des Bearbeitungsstands und des Ergebnisses des gestellten Antrags. Nach der Rehabilitation wird oft Kritik an den wenig nachvollziehbaren Therapieempfehlungen oder Therapieumstellungen der Rehabilitationskliniken geübt [13,14].

Zu den Schnittstellenproblemen, die sich aus Sicht der anderen Beteiligten, der Kostenträger und Rehabilitationskliniker ergeben, wissen wir nur wenig. Die bislang vorliegenden Untersuchungen fokussieren hauptsächlich auf die Rolle des Hausarztes im Rehabilitationsprozess. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Kostenträger die Funktionen des niedergelassenen Arztes im Rehabilitationsgeschehen ebenso kritisch beurteilen. So wird den niedergelassenen Ärzten (speziell den Hausärzten) etwa eine mangelnde Befähigung zur Erkennung von Rehabilitationsbedarf, mangelndes Interesse an Konzept und Inhalten der Rehabilitation und fehlende Kooperationsbereitschaft attestiert. Rehabilitationskliniker auf der anderen Seite kritisieren vor allem die mangelnde Kooperation bezüglich der Befundberichte und die unzureichende Vorbereitung der Patienten auf die Rehabilitation.

Diese, in der Regel nicht direkt thematisierte, wechselseitige Kritik können Störungen im Versorgungsablauf verursachen und nahtlose Übergänge ohne Reibungsverluste zwischen den unterschiedlichen Stationen des Systems (ambulante, rehabilitative und dann wieder ambulante Versorgung) verhindern. Auch die Zusammenarbeit der einzelnen Akteure der Rehabilitationskette (niedergelassene Ärzte, Kostenträger, Rehabilitationskliniker und betroffene Patienten) wird durch diese „Sollbruchstellen“ [15] erschwert. Die Opfer sind vor allem die betroffenen Patienten, deren Versorgung durch diese Probleme nicht optimal gewährleistet ist. Sie erreichen die Rehabilitation zu spät oder gar nicht [13]; sind schlecht auf-

geklärt und nicht motiviert, was Adhärenzprobleme zur Folge haben kann [16]. Schließlich leidet eine ausreichende, einen längerfristig anhaltenden Rehabilitationserfolg gewährleistende, Nachsorge darunter [17]. Die Patienten sind jedoch nicht die einzigen Leidtragenden, auch den „Professionellen“ wird eine effektive und effiziente Arbeit schwerer gemacht als nötig. Die wirtschaftlichen Kosten der Zusammenarbeit an diesen Sollbruchstellen lassen sich kaum abschätzen, sind aber sicherlich nicht vernachlässigbar.

Bereits im Jahr 1999 versuchte sich der Reha-Wissenschaftliche Arbeitskreis Schleswig-Holstein dem Problem der Schnittstelle Hausarzt - medizinische Rehabilitation zu nähern. Eine Kerngruppe des Arbeitskreises erarbeitete einen Fragebogen für Hausärzte, um in Erfahrung zu bringen, auf welchem Weg und mit welchen Angeboten Hausärzte besser erreicht und stärker in den Reha-Prozess integriert werden könnten um eine Optimierung der Patientenversorgung zu erreichen [5]. Im Jahr 2003 konstituierte sich die Arbeitsgruppe „Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Trägern der Rehabilitation in Schleswig-Holstein“ u. a. mit dem Ziel, den Zugang zur ambulanten/stationären Rehabilitation über den Hausarzt zu optimieren. Dabei ging es sowohl um Früherkennung von Reha-Bedarf als auch um Vorbereitung des Patienten auf eine stationäre/ambulante Rehabilitation. Neben positiven inhaltlichen Ergebnissen war die Beteiligung der niedergelassenen Ärzte enttäuschend gering. Dahinter liegende Gründe machen auf einige generellen Probleme und Vorurteile aufmerksam: zusätzlicher „Bürokratismus“, ein gewisses Negativ-Image von Rehabilitation und Kostenträgern, das sich insbesondere auf (immer noch) mangelnde Kommunikation beider Seiten zurückführen lässt. Erfahrungen einzelner Ärzte, dass es Differenzen zwischen den im Reha-Entlassungsbericht und den vom Patienten berichteten Therapien gibt und unbegründete Therapieumstellungen in der Reha-Klinik verstärken dieses noch. Defizitäres Wissen über Inhalte und Ziele der medizinischen Rehabilitation seitens der niedergelassenen Ärzte tun das Übrige [11].

Insbesondere die schon vor längerem beschriebenen Schnittstellenprobleme zwischen kasernenärztlicher Versorgung und Rehabilitation, vor allem die Einbindung von niedergelassenen Hausärzten in das Rehabilitationsgeschehen [5,18,19,20,21,22], haben auch heute nichts an ihrer Aktualität verloren. Neuere Versuche, das Problem in Angriff zu nehmen oder zu lösen sind rar [8,11,23].

2 Studie und Studienziel

Im Rahmen der vorliegenden dreiphasigen qualitativen Studie sollten zunächst in professionshomogenen Gruppengesprächen Informationsdefizite, Meinungen und Einstellungen sowie Vorurteile der einzelnen am Reha-Prozeß beteiligten Institutionen und Personen erfasst werden. Bezugspunkte waren sowohl das System der Reha selbst als auch die jeweiligen beteiligten Institutionen. In einem zweiten Schritt wurden Strategien zur Überwindung der Schnittstellenprobleme in interdisziplinären Gruppen erarbeitet. Den letzten Schritt bildete eine institutionenübergreifende Abschlusskonferenz, bei der Vertreter aller Bereiche beteiligt sind. Dort sollten die relevantesten Probleme und die im zweiten Schritt erarbeiteten Lösungsmöglichkeiten vorgestellt und die Praktikabilität der einzelnen potentiellen Ansätze diskutiert werden. In der Abschlusskonferenz sollten konkrete Handlungsempfehlungen erarbeitet und weitere Schritte beschlossen werden.

3 Fragestellungen

Im Rahmen der drei Phasen des Projekts ergaben sich jeweils unterschiedliche phasenspezifische Fragestellungen. In der ersten Projektphase waren je nach befragter Profession unterschiedliche Aspekte relevant, die weiter unten aufgeführt werden. Die zweite Projektphase diente der Beantwortung der Frage, wie die in der ersten Phase identifizierten Schnittstellenprobleme überwunden werden können. In der dritten Phase sollte die Machbarkeit der verschiedenen Lösungsmöglichkeiten diskutiert und konkrete Handlungsempfehlungen für die Beteiligten der Rehabilitationskette entworfen werden.

3.1 Konkrete Fragestellungen der ersten Projektphase

In den Gruppen der **niedergelassenen Allgemeinmediziner** (mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie) und **Orthopäden** sollten folgende Aspekte beleuchtet werden:

- Wissen über die medizinische Rehabilitation
- Wissen über die Abläufe der Reha-Antragstellung und Antragsentscheidung
- Vorerfahrungen mit der Reha-Antragstellung
- Wie wird die Zusammenarbeit mit Kostenträgern eingeschätzt?
- direkte Kontakte mit dem Kostenträger
- Wie wird die Zusammenarbeit mit Reha-Kliniken eingeschätzt?
- Bisherige direkte Kontakte mit der Reha-Einrichtung
- Eigene Vorstellungen, wie bestehende Abläufe verbessert werden könnten
- Welche Verbesserungen sind im eigenen Umfeld vorstellbar

Bezüglich der **Kostenträger-Vertreter** standen u. a. folgende Fragen im Vordergrund:

- Wie wird die Zusammenarbeit mit Hausärzten eingeschätzt?

- Bestehen Probleme, wenn ja, welche und warum?
- Wissen über die Abläufe in einer Hausarztpraxis, quantitativer Stellenwert der Reha
- direkte Kontakte mit dem Hausarzt
- Eigene Vorstellungen wie bestehende Abläufe verbessert werden könnten
- Welche Verbesserungen sind im eigenen Umfeld vorstellbar?

Für die Gruppe der Reha-Kliniker sollten folgende Aspekte aufgegriffen werden:

- Wie wird die Zusammenarbeit mit Hausärzten eingeschätzt?
- Werden Befunde und Vorbehandlungen vom Hausarzt berücksichtigt?
- Wenn nein, warum?
- direkte Kontakte mit dem Hausarzt
- Eigene Vorstellungen wie bestehende Abläufe verbessert werden könnten
- Welche Verbesserungen sind im eigenen Umfeld vorstellbar

In der Gruppe der **Rehabilitanden** standen folgende Fragen im Vordergrund:

- Wer hat die Reha-Maßnahme empfohlen?
- Wer hat die Ausarbeitung des Reha-Antrags unterstützt?
- Wenn mehrere Personen daran beteiligt waren, war die Unterstützung konsistent?
- Hat die Reha-Klinik die Behandlung des Hausarztes fortgeführt? Wenn nein, warum nicht? Wurden Therapieänderungen mit dem Hausarzt abgesprochen?
- Hat der Hausarzt die Empfehlungen der Reha-Klinik berücksichtigt? Wenn nein, warum nicht?
- Wurden Änderungen der Reha-Empfehlungen mit der Reha-Klinik abgesprochen?
- Wie wird die Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Reha-Klinik bewertet?
- Was könnte aus der Sicht der Patienten besser gemacht werden?

3.2 Fragestellung der zweiten Projektphase

Welche potentiellen Lösungsmöglichkeiten können für die in der ersten Projektphase identifizierten Probleme gefunden werden?

3.3 Fragestellung der dritten Projektphase

Welche der in der zweiten Projektphase entworfenen Lösungsansätze haben Potential in der Praxis umgesetzt zu werden? Von wem und wie können die Lösungsansätze umgesetzt werden? Welche Empfehlungen für die Praxis können aus den Projektergebnissen abgeleitet werden?

B Hauptteil

4 Methode

Das Projekt verlief in drei Phasen (siehe Abbildung 1). 1) Im ersten Schritt wurden Fokusgruppen durchgeführt, die sich jeweils aus Teilnehmern derselben Profession zusammensetzten. D. h. an diesen Gruppen nahmen z. B. nur niedergelassene Allgemeinärzte, orthopädische Reha-Kliniker oder psychosomatische Rehabilitanden teil. Diese werden im Folgenden homogene Gruppen genannt. 2) Im zweiten Schritt wurden Diskussionsrunden durchgeführt, die sich aus Vertretern der verschiedenen Professionen zusammensetzten. Diese werden im Folgenden interdisziplinäre Gruppen genannt. In diesen Gruppen wurden die Ergebnisse der homogenen Gruppen diskutiert und Lösungsvorschläge erarbeitet. 3) Im letzten Schritt wurde eine Abschlusskonferenz mit Vertretern aller Professionen durchgeführt, in die Umsetzungsmöglichkeiten der Lösungsvorschläge aus dem zweiten Schritt geprüft, Empfehlungen ausgearbeitet und Aufgaben verteilt wurden.

Alle homogenen und interdisziplinären Gruppengespräche wurden mithilfe eines digitalen Aufnahmegeräts aufgezeichnet und ihr Ablauf zeitgleich handschriftlich protokolliert. Die Aufnahmen wurden von einer medizinischen Dokumentarin vollständig transkribiert. Auf die Transkription paraverbalen Äußerungen wurde dabei weitgehend verzichtet. Die Abschlusskonferenz wurde ebenfalls digital aufgezeichnet. Auf eine handschriftliche Protokollierung des Gesprächsverlaufs wurde hier verzichtet. Die Aufnahme wurde von NP vollständig transkribiert. Auch hier wurde auf die Transkription paraverbalen Äußerungen weitgehend verzichtet.

In den folgenden drei Abschnitten sind jeweils die Datenerhebung, die Auswertung und die Stichprobe für jede einzelne der drei Projektphasen dargestellt.

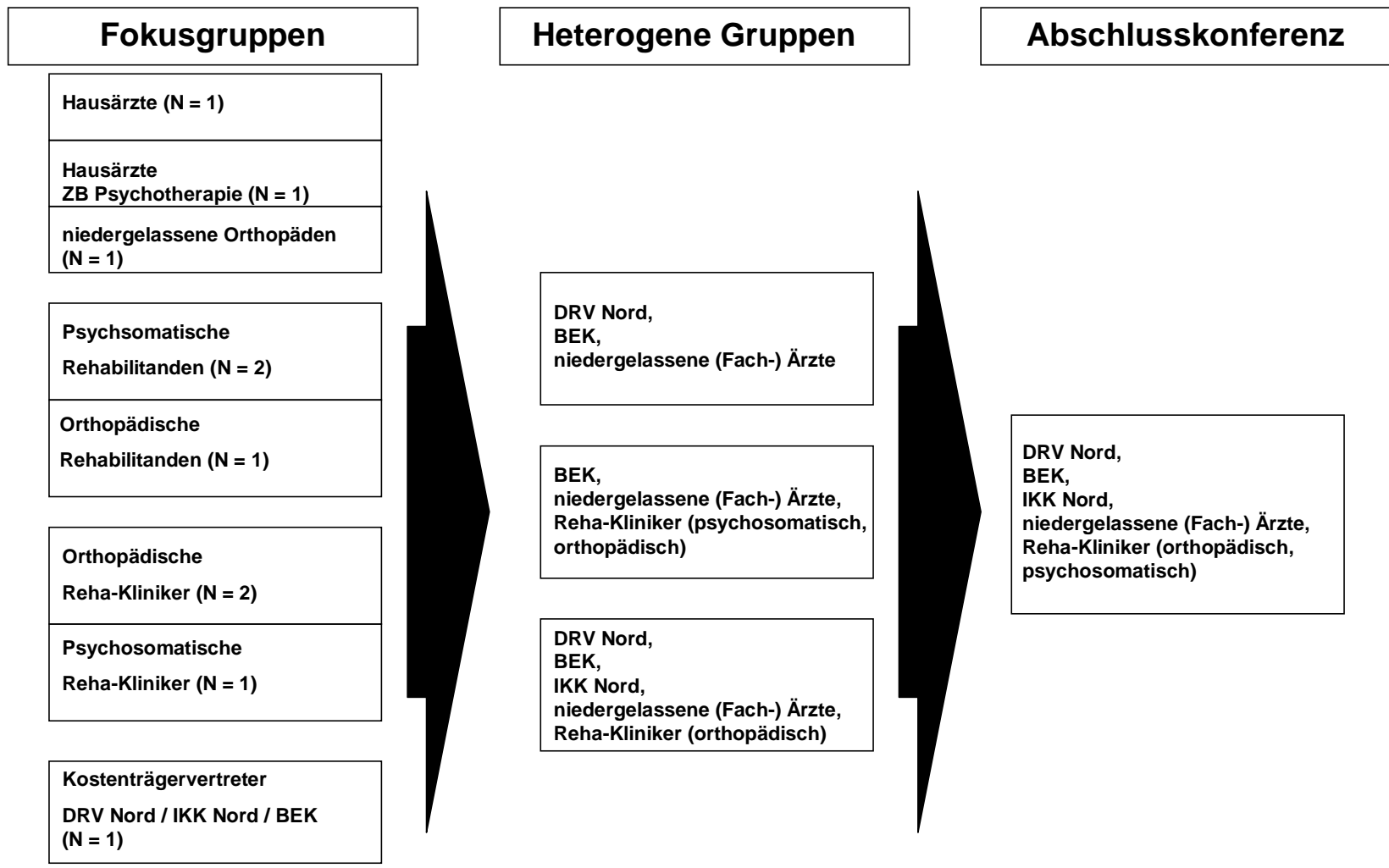


Abbildung 1: Ablauf der einzelnen Studienphasen

4.1 1. Phase – homogene Gruppen

4.1.1 Rekrutierung und Stichprobe – homogene Gruppen

In der Tabelle 1 findet sich eine Übersicht über die Teilnehmer der homogenen Gruppen und dem der Gruppe zugeordneten Kode. Der Kode kennzeichnet im Ergebnisteil aus welcher Gruppe ein Zitat entnommen wurde.

Tabelle 1: Übersicht über Gruppenteilnehmer und Gruppen-Kodes

| Gruppen-Kode | Teilnehmer |
|----------------------------|--|
| Reha-ortho1 | Rehabilitationskliniker (Ärzte), Klinikum Bad Bramstedt |
| Reha-ortho2 | Rehabilitationskliniker (Ärzte), Mühlenbergklinik Bad Malente |
| Reha-psycho | Rehabilitationskliniker (Psychologen, Ärzte, Sozialarbeiter), Schön-Klinik Bad Bramstedt |
| Rehabil-psycho1 | ehemalige Rehabilitanden (psychosomatische Indikationen), Schön-Klinik Bad Bramstedt |
| Rehabil-psycho2 | aktuelle Rehabilitanden (psychosomatische Indikationen), Schön-Klinik Bad Bramstedt |
| Rehabil-ortho | ehemalige Rehabilitanden (orthopädische Indikationen), Mühlenbergklinik Bad Malente |
| Hausärzte | Hausärzte, Teilnehmer des Hausärztlichen Qualitätszirkels (Lübeck) |
| Hausärzte-ZB-psycho | Lübecker Hausärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie, Teilnehmer des Hausärztlichen Qualitätszirkels (Lübeck) |
| Orthopäden | niedergelassene Orthopäden (Lübeck) |
| Kostenträger | Vertreter der BEK (Landesgeschäftsstelle Nord), IKK Nord, DRV Nord |

Reha-Kliniker

Insgesamt wurden 3 Fokusgruppen mit Reha-Klinikern durchgeführt. Es wurden dabei Kliniken ausgewählt, die zum einen ihren Schwerpunkt auf der Behandlung orthopädischer (N=2) bzw. psychosomatischer Erkrankungen (N=1) haben und zum anderen schon länger in verschiedenen Forschungsprojekten mit dem Institut für Sozialmedizin kooperieren. Die Rekrutierung der Teilnehmer erfolgte dabei über die jeweiligen Kooperationspartner in den Kliniken¹. Den Kooperationspartnern wurden dafür schriftliche Informationen über die Studie zur Verfügung gestellt (siehe Anhang 1).

¹ Dr. C. Arlt (Klinikum Bad Bramstedt), Dr. M. Vogel (Mühlenbergklinik, Bad Malente), Dr. G. Langs (Schön Klinik, Bad Bramstedt)

In den zwei orthopädischen Kliniken nahmen sieben bzw. sechs Kliniker verschiedener Fachbereiche (Orthopädie, Verhaltensmedizin, Innere Medizin, Psychotherapie, Allgemeinmedizin, Kardiologie, Geriatrie, physikalische und Reha-Medizin, Neurologie und Sozialmedizin) an den Fokusgruppen teil. In der psychosomatisch ausgerichteten Klinik nahmen fünf Kliniker unterschiedlicher Professionen teil (Psychologen, Ärzte, Sozialarbeiter).

Niedergelassene Ärzte

Die niedergelassenen Ärzte wurden im Raum Lübeck und Umgebung durch Herrn Prof. Dr. Träger rekrutiert. Die Teilnehmer erhielten im Vorfeld schriftliche Informationen über das Projekt (siehe Anhang 2).

Anstelle der geplanten fünf Teilnehmer konnten für die Fokusgruppe mit den niedergelassenen Orthopäden nur drei Teilnehmer rekrutiert werden. Am Gruppengespräch nahmen schließlich nur zwei niedergelassene Orthopäden teil. Die beiden Teilnehmer an dieser Fokusgruppe konnten aufgrund regelmäßiger Reha-Antragstellungen und (in einem Fall) einer Gutachtertätigkeit umfassend von ihren Erfahrungen mit Schnittstellen im System der medizinischen Rehabilitation berichten. Aufgrund der Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von niedergelassenen Ärzten und dem hohen theoretischen Sättigungsgrad dieses Gesprächs wurde auf eine Nachrekrutierung bzw. die Durchführung einer zweiten Fokusgruppe verzichtet, da dadurch kein wesentlich neuer Erkenntnisgewinn erwartet wurde.

In zwei weiteren Gruppen wurden Allgemeinmediziner (N=6) und Allgemeinmediziner mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie (N=3) befragt. Bei den Befragten handelte es sich um Teilnehmer des Hausärztlichen Qualitätszirkels Lübeck.

Rehabilitanden

Die Teilnehmer der Rehabilitanden-Gruppen wurden von den Kooperationspartnern in einer der beiden orthopädischen und der psychosomatischen Klinik rekrutiert. Die Teilnehmer erhielten im Vorfeld schriftliche Informationen über das Projekt (siehe Anhang 3) und unterzeichneten eine Einverständniserklärung (siehe Anhang 4). Die Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Fokusgruppe waren: Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme in der entsprechenden Klinik und ausreichende deutsche Sprachkenntnisse um an einem Gruppengespräch aktiv teilnehmen zu können. Weitere Einschlusskriterien gab es nicht. Ausschlusskriterium waren mangelnde deutsche Sprachkenntnisse. Es kamen insgesamt drei Fokusgruppen mit Rehabilitanden zustande. Zwei Fokusgruppen wurden mit psychosomatischen

Rehabilitanden durchgeführt (nach der Reha N=2 / in der Reha N=5). An der Fokusgruppe mit orthopädischen Rehabilitanden (nach der Rehabilitation) nahmen acht Personen teil.

Vertreter der Kostenträger

Die Teilnehmer dieser Gruppe wurden über verschiedene Kooperationspartner aus aktuellen und vergangenen Forschungsprojekten rekrutiert (Informationsschreiben siehe Anhang 3). An dem Gruppengespräch nahmen drei Vertreter der Barmer GEK (Abteilungsleiter der Barmer Landesgeschäftsstelle Nord, Sachgebietsleiter Entgeltersatzleistungen, Fallmanager Entgeltersatzleistungen), zwei Vertreterinnen der IKK Nord (Sachbearbeiterin Bereich Sachleistungen und Reha, Sachbearbeiterin Krankengeld-Fallmanagement) und zwei Vertreterinnen der DRV Nord (Mitarbeiterin Stabsstelle Strategie und Steuerung/ Rehabilitation, Leiterin des Sozialmedizinischen Diensts) teil.

4.1.2 Datenerhebung – homogene Gruppen

Die Datenerhebung in den homogenen Gruppen erfolgte in Form von leitfadengestützten Fokusgruppen. Für jede befragte Profession bzw. für die Rehabilitandengruppen gab es unterschiedliche Leitfäden, da unterschiedliche Themen aus der jeweiligen Sicht (Reha-Kliniker, niedergelassene Ärzte, Kostenträger und Rehabilitanden²) als relevant betrachtet wurden. Die Leitfäden für die Gruppengespräche finden sich in Anhang 6. Die Fokusgruppen wurden jeweils von zwei wissenschaftlichen Mitarbeitern des Instituts für Sozialmedizin bzw. des Instituts für Allgemeinmedizin moderiert (Moderator und Komoderator, Nadine Pohontsch, Ruth Deck, Jens-Martin Träder und Martin Scherer). Eine Gruppe mit niedergelassenen Allgemeinärzten (Zusatzbezeichnung Psychotherapie) wurde von NP allein moderiert. Der Moderator war hauptsächlich für die Gesprächsführung verantwortlich, während der Komoderator ggf. Nachfragen stellte. Zusätzlich war in jeder Gruppe ein Protokollant anwesend.

Die Rehabilitationskliniker wurden innerhalb ihrer regulären Arbeitszeit in den jeweiligen Kliniken befragt. Die Rehabilitanden wurden während bzw. nach ihrer Rehabilitation in der Rehabilitationsklinik, in der sie zur Rehabilitation waren, befragt. Die niedergelassenen Ärzte wurden während einer Veranstaltung des Lübecker Qualitätszirkels (Leitung: Prof. Dr. Träder) bzw. im Institut für Sozialmedizin (Orthopäden) befragt. Die Kostenträgervertreter trafen sich in der DRV Nord.

² Die Rehabilitanden erhielten für ihre Teilnahme an den Fokusgruppen eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 25.- Euro. Ihre Fahrtkosten wurden in ihnen bis zu einer Höhe von 25.- Euro erstattet. Alle anderen Teilnehmer erhielten eine Aufwandsentschädigung von 50.- Euro (keine zusätzliche Erstattung der Fahrtkosten).

4.1.3 Auswertung – homogene Gruppen

Die Auswertung der ersten zehn Fokusgruppen (homogene Gruppen) wurde von NP in enger Absprache mit RD vorgenommen und orientierte sich am Konzept der Inhaltsanalyse [24]. Das Ziel der Inhaltsanalyse war dabei nicht die Bildung einer neuen Theorie oder Hypothese, sondern die Darstellung der gegenwärtig von den verschiedenen beteiligten Gruppen gesehenen Schnittstellenprobleme, Ressourcen und Lösungsmöglichkeiten. Als Auswertungssoftware wurde MAXqda2007 genutzt. Das grundlegende Kategoriensystem orientierte sich an den Fragestellungen der Studie. Im Laufe der Materialdurchsicht wurde es durch weitere relevante Kategorien ergänzt und erweitert. Kodierregeln:

1. Es werden Sinneinheiten codiert. Die kleinste Kodiereinheit ist ein Satz. Bei Bedarf werden der ganze Absatz oder mehrere Absätze inklusive der einleitenden Moderatorenfrage codiert.
2. Gleiche Informationen werden mehr als einmal codiert um die Facetten zu erhalten.
3. Eine Sinneinheit wird mit mehreren Codes versehen, wenn sie verschiedene relevante Aspekte enthält.

Aufgrund der begrenzten zeitlichen und personellen Mittel, die für das Projekt zur Verfügung standen, wurde nur ein Kodierdurchgang vorgenommen.

4.2 2. Phase – interdisziplinäre Gruppen

4.2.1 Rekrutierung und Stichprobe – interdisziplinäre Gruppen

Die Teilnehmer der interdisziplinären Gruppen wurden aus dem Teilnehmerpool der vorangegangenen homogenen Gruppen rekrutiert. Auf eine Rekrutierung von Rehabilitanden wurde jedoch verzichtet, da auf Basis der Ergebnisse der homogenen Gruppen davon ausgegangen wurde, dass die Rehabilitanden aufgrund ihrer mangelnden Kenntnisse der Strukturen des Gesundheitswesens nur wenig zur Lösung der identifizierten Schnittstellenprobleme, die aus ihrer Sicht auch nicht besonders differenziert wahrgenommen wurden, beitragen können. Die Teilnehmer der homogenen Gruppen wurden erneut angeschrieben und zur Teilnahme an den interdisziplinären Gruppen eingeladen (Einladungsschreiben und Terminabfrage siehe Anhang 7).

Eine Übersicht der Teilnehmer der drei interdisziplinären Gruppen zeigt Tabelle 2.

Tabelle 2: Teilnehmer der interdisziplinären Fokusgruppen

| Gruppe 1 | Gruppe 2 | Gruppe 3 |
|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Vertreterin DRV Nord | Klinikerin (PS) | Vertreter Krankenkasse (BEK) |
| Vertreter Krankenkasse (BEK) | Klinikerin (PS) | Vertreter Krankenkasse (IKK Nord) |
| Hausärztin (ZB Psychotherapie) | Kliniker (Orthopädie) | Kliniker (Orthopädie) |
| Hausarzt | Klinikerin (Orthopädie) | Vertreterin SMD (DRV Nord) |
| | Vertreter Krankenkasse (BEK) | Orthopäde |
| | Hausärztin (PS) | Hausarzt |
| | Hausarzt | |

BEK = Barmer Gemeinsame Ersatzkasse, ZB = Zusatzbezeichnung, PS= Psychosomatik, IKK Nord = Innungskrankenkasse Nord, SMD = Sozialmedizinischer Dienst, DRV Nord = Deutsche Rentenversicherung Nord

4.2.2 Datenerhebung – interdisziplinäre Gruppen

Die interdisziplinären Gruppen wurden in ähnlicher Weise wie die homogenen Gruppen durchgeführt. Anstelle eines Gesprächsleitfadens gab es jedoch Input über die in den vorangehenden homogenen Gruppen identifizierten Probleme. Dieser Input wurde in Form einer PowerPoint-Präsentation, in der die Probleme und illustrierende Zitate dargestellt wurden, geliefert (die Präsentationen sind im Anhang nicht gesondert, sondern als Teil der Protokolle der interdisziplinären Gruppengespräche ausgeführt, siehe Anhang 8). Während des Gruppengesprächs wurden in der Gruppe entwickelte Lösungsideen auf Metaplankarten gesammelt. Die Gruppen wurden im Institut für Sozialmedizin durchgeführt.

4.2.3 Auswertung – interdisziplinäre Gruppen

Die drei interdisziplinären Gruppengespräche wurden auf Basis der vollständigen Transkripte in Form von Protokollen zusammengefasst. Die Protokolle werden durch eine Darstellung der auf Metaplankarten gesammelten Lösungsideen ergänzt. Die gesammelten Lösungsmöglichkeiten sind in Kapitel 5.2 dargestellt. Die kompletten Protokolle befinden sich in Anhang 8. Die Protokolle wurden an die Diskussionsteilnehmer zurückgemeldet. Es gab von deren Seite keine Anmerkungen dazu.

Die Protokolle wurden wiederum für die Präsentation in der Abschlusskonferenz aufgearbeitet. Die relevantesten Probleme mit dazu erarbeiteten Lösungen und Umsetzungsschritten wurden als Inputmaterial in einer Präsentation (siehe Anhang 9) zusammengestellt.

4.3 3. Phase – Abschlusskonferenz

4.3.1 Rekrutierung und Stichprobe Abschlusskonferenz

Die Teilnehmer der Abschlusskonferenz wurden aus dem Teilnehmerpool der ersten beiden Studienphasen rekrutiert. Es wurden nur diejenigen Teilnehmer eingeladen, die während der interdisziplinären Gruppengespräche Ihre weitere Teilnahmebereitschaft eindeutig signalisiert hatten. Die Eingeladenen erhielten eine schriftliche Einladung (Vorbereitungsmaterial und Terminabfrage siehe Anhang 10). Tabelle 3 zeigt eine Übersicht der neun Teilnehmer der Abschlusskonferenz. Der Vertreter der DRV Nord hatte an keinem der vorherigen Gespräche teilgenommen. Der Geschäftsführer und der Leiter des Medizinischen Diensts der Krankenkassen (Nord) wurden um ihre Teilnahme gebeten, haben aber nicht an der Abschlusskonferenz teilgenommen.

Tabelle 3: Teilnehmer Abschlusskonferenz

| |
|-----------------------------------|
| Vertreterin DRV Nord |
| Vertreter DRV Nord |
| Vertreterin SMD (DRV Nord) |
| Vertreter Krankenkasse (IKK Nord) |
| Vertreter Krankenkasse (BEK) |
| Orthopäde |
| Hausarzt |
| Kliniker (Psychosomatik) |
| Kliniker (Orthopädie) |

4.3.2 Datenerhebung - Abschlusskonferenz

Bei der Abschlusskonferenz wurden die aufbereiteten Ergebnisse (siehe Anhang 9) der interdisziplinären Gruppen als Input für die Diskussion verwendet. Während der Abschlusskonferenz wurden alle im Inputmaterial enthaltenen Probleme und Lösungsmöglichkeiten kritisch diskutiert.

4.3.3 Auswertung – Abschlusskonferenz

Die Ergebnisse der Abschlusskonferenz wurden auf Basis der vollständigen Transkripte in einem Protokoll zusammengetragen. Das Protokoll enthält jeweils eine Zusammenfassung der Diskussion zu den einzelnen Unterpunkten (Problem, erarbeitete Lösung) des Inputmaterials sowie die aus der Diskussion resultierenden Empfehlungen und eine To-Do-Liste. Das

Protokoll wurde an alle Teilnehmer der Abschlusskonferenz mit der Bitte um Kenntnisnahme und Rückmeldung zugesandt. Das Protokoll wurde gemäß den Rückmeldungen überarbeitet.

5 Ergebnisse

5.1 Homogene Gruppen

Schnittstellenprobleme stellen sich aus verschiedenen Blickwinkeln unterschiedlich dar. Dabei ist der Blick der Akteure oft durch ihre professionsbedingten bzw. institutionellen Werte- und Deutungsmuster gefärbt. Häufig sind die Beteiligten einer Schnittstelle versucht, dem jeweils anderen Beteiligten den „schwarzen Peter“ zuzuschieben. Umso wichtiger ist es, alle Mitglieder der Rehabilitationskette nach ihrer Sicht auf die gemeinsame Arbeit am Rehabilitationsprozess zu befragen. Dies wurde in den homogenen Gruppen getan. Im Folgenden sind die Schnittstellenprobleme aus der Sicht der einzelnen an der Rehabilitationskette beteiligten Gruppen dargestellt. Dabei werden die Probleme zunächst kurz zusammenfassend dargestellt. In einer tabellarischen Übersicht finden sich die jeweils relevantesten Probleme. Die Probleme werden dann einzeln erläutert und durch Beispielzitate illustriert. Es wird jeweils die Sicht einer Gruppe auf ihre Probleme mit den anderen an der Rehabilitationskette beteiligten Gruppen dargestellt.

5.1.1 Schnittstellenprobleme aus Sicht der Rehabilitanden

Rehabilitanden haben kaum Probleme mit der für sie relevantesten direkten Schnittstelle, dem niedergelassenen Arzt. Hier funktioniert die Zusammenarbeit fast immer problemlos. In der Zusammenarbeit mit den Kostenträgern, also hauptsächlich den Rentenversicherungen und den gesetzlichen Krankenkassen sowie den Rehabilitationskliniken zeichnet sich ein anderes Bild ab (siehe Tabelle 4). Von den Rehabilitanden werden vor allem die langen Wartezeiten auf einen Platz in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik, häufig in Kombination mit einer schließlich sehr kurzfristigen Einbestellung beklagt. Noch wichtiger als die Wartezeit an sich, scheint jedoch der Umgang mit diesen Wartezeiten von Seiten der Kostenträger und Rehabilitationskliniken zu sein. Die (zukünftigen) Rehabilitanden erhalten aus ihrer Sicht nur wenig Auskunft über die Abläufe bezüglich der Aufnahme in die psychosomatische Klinik, z. B. bezüglich der Dauer der voraussichtlichen Wartezeit, der Möglichkeiten eines Eilantrags und der notwendigen Eigenaktivitäten (z.B. Nachfragen in der bewilligten Klinik). Im Vorfeld der Reha wird auch die schlechte Erreichbarkeit der Ansprechpartner der Rentenversicherung beklagt, telefonische Kontaktaufnahme wird z. B. durch lange Warteschleifen, elektronische Kontaktaufnahme durch nicht zugängliche E-Mail-Adressen erschwert. Auch scheinen häufiger die Zuständigkeiten verschiedener Kostenträger (z. B. für die Nachsorge)

aus Rehabilitandensicht nicht klar zu sein. Schon aus anderen Projekten sind die Kommunikationsprobleme mit den Kostenträgern bekannt, z. B. bei der Bescheidung zu geäußerten Klinikwünschen im Rahmen des Wunsch- und Wahlrechts [25].

Der Austausch von Unterlagen (z.B. Befunden und Entlassungsberichten) weist in den Augen der Rehabilitanden ebenfalls Defizite auf. Hier fallen den Betroffenen vor allem Mängel bei der Weitergabe von Befundberichten durch die niedergelassenen Ärzte an die Rehabilitationskliniken sowie der zeitliche Verzug bei der Übermittlung von Entlassungsberichten der Rehabilitationskliniken an die niedergelassenen Ärzte auf.

Tabelle 4: Sicht der Rehabilitanden: Probleme in der Zusammenarbeit mit

| ... Kostenträgern | ... Rehabilitationsklinikern |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> – lange Wartezeiten bei psychosomatischer Rehabilitation – mangelnde Information über Wartezeiten und Abläufe – schlechte Erreichbarkeit von DRV-Ansprechpartnern – unklare Zuständigkeiten (z. B. für Nachsorge) | <ul style="list-style-type: none"> – unklare Auskünfte über den formalen Ablauf – kurzfristige Einbestellungen bei psychosomatischer Rehabilitation – lange Laufzeiten der Reha-Berichte |

5.1.1.1 Mit den Kostenträgern

Lange Wartezeiten bei psychosomatischer Rehabilitation

Rehabilitanden, die eine psychosomatische Rehabilitation bewilligt bekommen haben, berichten häufig über lange Wartezeiten zwischen der Bewilligung ihres Rehabilitationsantrags und der tatsächlichen Aufnahme in der Rehabilitationsklinik. Die berichteten Wartezeiten betragen häufig zwischen mindestens zwei und fünf Monaten. Diese langen Wartezeiten belasten die psychisch erkrankten Menschen oft zusätzlich sehr. Oft wird den Rehabilitanden vermittelt, dass es notwendig wäre, sich regelmäßig in der "bewilligten" Klinik zu melden und nachzufragen. Dies bedeutet für beide Seiten unnötigen Aufwand.

„Bei mir war das so, mein Hausarzt hatte gesagt, ich sollte gucken, dass ich in ´ne Reha komm. Hatte auch gesagt, ich sollte mal an Psychologen, da war ich auch schon damit in Behandlung. Hab ich gesagt, ich red mal mit dem da drüber. Ja und dann hat er mir auch geholfen beim Antrag, der Psychologe. Und dann, ich weiß gar nicht, im März glaub ich haben wir ´s weggeschickt. Im Mai hab ich, ja, am 21.05. hab ich von der Rentenversicherung Bescheid bekommen, dass es im Eilverfahren genehmigt worden ist. Und am 31. 05. hab ich von der Klinik hier Bescheid bekommen. Am 31. 05. hab ich von der Klinik Bescheid bekom-

men, das ich, eh, die Bestätigung zur stationären Behandlung. Ja, und dann hab ich sofort den Koffer schon mal angefangen zu packen, hab Schuhe geputzt. Dann saß ich da auf meinem gepackten Koffer. Und da hab ich dann gedacht, nach drei Wochen rufst dann mal an. Ja also ich hab dann irgendwie pro Woche einmal angerufen, drei Wochen hintereinander. Und beim ersten Mal hieß es: Ja Ende Juli, dann hieß es, eh: Ende, [...], August, Anfang August. Beim dritten Anruf hieß es im Laufe des August. Und dann bin ich hierhergekommen am 30. August. [...]"(Abschnitt 57, Rehabil-psycho2)

„Das klingt jetzt ´n bisschen blöde, weil natürlich beides eigentlich nicht so sein soll. Das Hauptproblem ist eher, vorher diese lange Strecke zu überbrücken. Wo sie selber die Psychotherapeutin sind. Ich mach zumindest, mach zwar keine Antragspsychotherapie, aber ich hab ja 5 probatorische Sitzungen und zwei biographische Sitzungen, dann hab ich schon mal 7 Stunden und wenn ich die noch teil, was ich darf, hab ich 14 Stunden, das ist über ´n Vierteljahr, was ich, wo ich einfach anbieten kann. [...] Von daher geht es oft. Aber es ist wirklich nur so, wenn man wirklich ganz wachsam ist und sagt, wenn wir jetzt ´ne Reha beantragen, wissen wir, das wir lange warten. Wir wissen, dass es höchstwahrscheinlich ist, dass sie ´ne Psychotherapie brauchen, die müssen sie gleich mit beantragen, sonst klappt das Modell nämlich nicht.“ (Abschnitt 203-205, Hausärzte-ZB-psycho)

Mangelnde Informationen über Wartezeiten und Abläufe

Rehabilitanden beklagen einen mangelnden Informationsfluss bezüglich der zu erwartenden Wartezeiten nach der Bewilligung der psychosomatischen Rehabilitation. Eine mit dem Bescheid eingehende Information über zu erwartende Wartezeiten würden einerseits die eigene Planung und andererseits auch die Kommunikation mit dem Arbeitgeber bzgl. der voraussichtlichen Wiederaufnahme der Arbeit erleichtern.

„[...] So d. h. es wurde immer geschoben. Und der Arbeitgeber hing mir natürlich auch auf der Pelle und sagt: Mensch, kümmer´ dich mal, wie lange dauert ´n das noch. Weil, ich war ja krankgeschrieben während der Zeit nach der, nach dem Aufenthalt in der Klinik in B (Stadt). Stand da auch natürlich so ´n bisschen unter Druck dann auch. Ich sag, ich kann nicht mehr machen. Denn hatt´ ich noch mit der Krankenversicherung gesprochen. So, die Krankenversicherung sagten auch, ehm, gut, die können da ´n Schreiben rausschicken, eh, dass die Klinik halt zusieht, dass ich schneller aufgenommen werde. Aber die versprechen sich da auch nicht allzu viel von. Dann hatt´ ich mit dem Chefarzt gesprochen in B. Der signalisierte: Hm, ob ich da anrufe oder in China fällt ´n Sack Reis um, das nimmt sich nicht viel. Ja dann war ich schon

wieder mit meinem Latein am Ende. So und denn hatte ich denn noch mal gewartet bis Anfang September. Hatte denn hier, aufn Freitagmorgen war 's, angerufen. Hab gesagt: Mensch, wie sieht 's denn aus. Ist jetzt was frei. „Nee, aktuell haben wir Wartezeiten von 5 bis 6 Monaten. ‘ Also die Wartezeiten wurden immer länger. Ich dachte, ich brech’ zusammen. Ich sag: Ja, denn muss ich wieder arbeiten gehen. So geht das nicht weiter. „Ja denn müssen Sie halt arbeiten gehen.‘ So nach dem Motto ging 's dann weiter. Ja dann war ich natürlich erst mal fix und fertig dann auch. Ehm, und denn kriegt ich aber Gott sei Dank nachmittags denn wieder einen Anruf, kurioserweise hier aus der Klinik, wo dann gesagt wurde: „Mensch, es ist 'n Platz frei geworden, Sie können Montag kommen.“ (Abschnitt 40, Rehabil-psycho2)

Schlechte Erreichbarkeit von DRV-Ansprechpartnern

Von den Rehabilitanden wird über massive Schwierigkeiten die jeweiligen Ansprechpartner bei der DRV (Bund) zu identifizieren und telefonisch zu erreichen. Auch eine Erreichbarkeit per E-Mail ist aus Rehabilitandensicht nicht gegeben. Dieses Problem wird auch von den Reha-Klinikern und den niedergelassenen Ärzten angesprochen.

„Ein ganz wichtiger Punkt ist, die Rentenversicherung hat keine Email. Das find ich genial. Das ist das einzige Unternehmen in der ganzen Welt, die keine Email-Adresse haben. Das hab ich noch nie erlebt vorher. Ich hab das große Glück, das ich 'n Fax zu Hause hab. Aber ich hab mich gefragt, wie andere das machen. Wenn den Briefweg dort zu warten, das verzögert das unheimlich. [...]“ (Abschnitt 172, Rehabil-psycho2)

„Problematisch war bei mir auch diese Anruferei bei der Rentenversicherung. Wenn ich Fragen hatte, die schicken mir Wahnsinnsbögen zu, die ich ausfüllen soll, da widersprach sich da auch irgendwas drinne, da wusst' ich nicht, was soll ich jetzt ankreuzen. Ich hab gedacht, dann ruft'se mal eben da an. Hab 'n Fragezeichen da ran gemacht und dann ging und ging da keiner ans Telefon oder es war ständig besetzt, ne. Das ist also wirklich ein Riesenproblem.“ (Abschnitt 171, Rehabil-psycho2)

Unklare Zuständigkeiten (z. B. für Nachsorge)

Den Rehabilitanden ist z. T. nicht klar, wer für die von den Reha-Klinikern empfohlene Nachsorge zuständig ist. Anscheinend reicht die Aufklärung in der Rehabilitationsklinik über (kostenträgerfinanzierte) Nachsorgemöglichkeiten nicht aus oder erreicht die Rehabilitanden nicht. Auch die Hausärzte scheinen Wissenslücken bezüglich der Zuständigkeiten für die Finanzierung von Nachsorge zu haben.

„Ja aber das ging ja darum, ich hab ja gesagt, das Portmonee ist ja nicht immer gleich dick gefüllt. Sag ich mal so. So wenn der Rentenversicherungsträger doch etwas empfiehlt, weiter zu machen, so und das, das Schriftstück liegt bei der Krankenkasse auch vor. Und dann ist das so, dann bin ich zum Arzt, und hab ihn gefragt, ob er das machen würde. Er hat wörtlich gesagt: Ich darf das zwar machen, aber ich darf dann nicht so viel aufschreiben. So. Und dann kam der Deal zustande: Mal er, mal ich. Ja? Weil das nicht immer die Krankenkasse bezahlt hat. So. Nachher kam dann die Krankenkasse, der Chef von der Krankenkasse selber an und hat gesagt: Ja so haben wir's nicht gewollt. Wir würden schon gerne für 2, 3 Jahre finanzieren wollen, hab ich nur gedacht, weitergedacht natürlich als Patient. Ich sag: Und was kommt danach? Dann hab ich verloren. Ja? So jetzt ist es natürlich so, ich hab jetzt mein künstliches Gelenk drin. Muss ich selber sehen, wie ich da klar komm. Ne. Und ich hab ja gesagt, wenn ich so weitermach wie bis jetzt, dann geht's mir auch weiterhin gut.“ (Abschnitt 138, Rehabil-ortho)

5.1.1.2 Mit den Rehabilitationsklinikern

Unklare Auskünfte über den formalen Ablauf

Auch von Seiten der Rehabilitationskliniker/n erhalten die Rehabilitanden aus eigener Sicht wenig Aufklärung über den formalen Ablauf nach Bewilligung einer Rehabilitation bezüglich der Aufnahme in die Reha-Klinik. Sie berichten immer wieder darüber, dass ihnen die tatsächlichen organisatorischen Abläufe zwischen Bewilligung und Antritt der Rehabilitationsmaßnahme unklar blieben. Dies betrifft wieder vor allem die psychosomatische Rehabilitation.

„Während des Aufenthalts in B hatte ich dann am 04.06. den Bewilligungsbescheid bekommen von der Rentenstelle, dass die Kur bewilligt wurde. Und Mitte Juni kam dann das Schreiben von der Klinik Bad A, eh, mit den entsprechenden Anmeldeunterlagen. Da dacht ich, gut, dann wird es ja bald weitergehen. Ehm, hatte denn mit dem Chefarzt dort vor Ort gesprochen. Dort bin ich dann am 30. 06. entlassen worden. Halt mit dem Hintergrund, weil die wussten, ich krieg ja eine Anschluss-Reha. So, denn hatt ich mich am 30.06. auch hier gleich gemeldet, hab gesagt: Hallo, ich bin jetzt zu Hause. Eh, möchte aber gern noch so ein, zwei Wochen zu Hause bleiben. Denn könnt ihr mir, eh, oder kann ich denn kommen. So dann kam erst mal gar nichts. So denn hab ich nach zwei Wochen angerufen. Und denn hieß es: Ja, wir haben vier bis acht Wochen Wartezeit. Ne, eher geht das gar nicht. So und Ihr's ist ja auch kein eilbedürftiger Fall. Eh, und wenn Sie sich aber bereit erklären, innerhalb von 24 Stunden

anzureisen, kann es auch passieren, das Sie eher drankommen. So. Dann war es im Anfang August, hatt ich denn wieder angerufen. Dann hieß es: Ja im Moment haben wir zwei bis drei Monate Wartezeit. Ich sag: Moment mal, das ist ja noch länger. ‚Ja Ihrs ist ja kein- ‘ Ich sag: Was muss ich denn machen, das es ´n Eilantrag wird. ‚ Ja denn müssen Se zu Ihrem Hausarzt gehen. ‘ Ne. Denn bin ich ´n gleichen Tag noch zum Hausarzt hin. Der hatte das gleich verfasst alles. Hatte das zugeschickt dann auch dort hin an die Rentenversicherungsst-, an den Rentenversicherungsträger. So und ich dachte denn, das läuft. Denn hatt ich nochmal so nach 14 Tagen, drei Wochen hier angerufen, da hört ich dann aber: Nee, vom Rentenversicherungsträger liegt hier noch nichts vor.“ (Abschnitt 36, Rehabil-psycho2)

Kurzfristige Einbestellungen bei psychosomatischer Rehabilitation

Ein mit den langen Wartezeiten auf psychosomatische Rehabilitation häufig verbundenes Problem stellen kurzfristigen Anreiseaufforderungen dar. Der damit verbundene Zeitdruck und Organisationsaufwand stellt für psychisch erkrankte Personen oft eine große Herausforderung und Belastung dar.

„Das hat mich auch ins Schleudern gebracht, diese Kurzfristigkeit. [...]“ (Abschnitt 87, Rehabil-psycho2)

Lange Laufzeiten der Reha-Berichte

Die Rehabilitanden beklagen, dass zwischen ihrer Entlassung aus der Reha-Klinik und der Verfügbarkeit des vollständigen Entlassbriefs für den niedergelassenen Arzt oftmals große Zeiträume liegen. Dies beeinträchtigt ihre Weiterbehandlung, da wichtige Informationen für den niedergelassenen Hausarzt fehlen.

„[...] Es ist nach 4 Wochen kein Bericht, eh, da.[...]“ (Abschnitt 9, Rehabil-psycho1)

5.1.2 Schnittstellenprobleme aus Sicht der niedergelassenen Ärzte

Auch die niedergelassenen Ärzte berichten keine Probleme in der Zusammenarbeit mit ihren Patienten, die eine Rehabilitation in Anspruch nehmen möchten. Aus ihrer Sicht zeigen sich die Probleme ebenfalls vor allem an den Schnittstellen zu den Kostenträgern und Rehabilitationsklinike(r)n (siehe Tabelle 5). Die niedergelassenen Ärzte berichten in der Zusammenarbeit mit den Kostenträgern vor allem über Probleme, die sich unter die Kategorien „Bürokratie bzw. Formularwut“, Schwierigkeiten / Intransparenz bei der Antragstellung und Bewilligung sowie nicht zumutbare Belastungen subsumieren lassen. Oftmals resultieren diese Probleme, besonders die subjektiv empfundene Intransparenz bezüglich von Bewilligungs- bzw. Ablehnungskriterien, in dem Gefühl, dass die geleistete Arbeit hinsichtlich der Antrag-

stellung und die fachliche Kompetenz des niedergelassenen Arzt nur sehr geringe Wertschätzung erfährt.

Bezüglich der Zusammenarbeit mit den Rehabilitationsklinike(r)n gibt es aus Sicht der niedergelassenen Ärzte vor allem Mängel in der Vernetzung. Ein systematischer Austausch über die Patienten fände nicht statt, weder im Vorfeld noch im Nachgang der Rehabilitation. Darüber hinaus geben die niedergelassenen Ärzte aber auch z. T. zu, dass ihnen selbst Informationen dazu fehlen, welche Patienten wirklich für die Rehabilitation geeignet sind und davon am meisten profitieren könnten (was auch von den Kostenträger-Vertretern als Defizit bei den niedergelassenen Ärzten wahrgenommen wird). Sowohl Rehabilitationskliniker als auch niedergelassenen Ärzte betonen, dass es aufgrund der großen Einzugsgebiete der Kliniken keinen regelmäßigen Kontakt zwischen Ihnen gäbe. Die niedergelassenen Ärzte halten außerdem die hohe personelle Fluktuation in den Kliniken für problematisch.

An den Rehabilitationsentlassungsberichten werden vor allem die Länge und die „Text-Bausteininitis“ (Abschnitt 605, Hausärzte) beklagt; Umstände, die auch die Rehabilitationskliniker selbst an den Pranger stellen. Zuweilen seien auch die Angaben in den Entlassungsberichten, vor allem zu den durchgeführten Therapien, nicht konsistent mit dem, was die Rehabilitanden nach der Reha-Maßnahme berichten.

Tabelle 5: Sicht der niedergelassenen Ärzte: Probleme in der Zusammenarbeit mit

| ... Kostenträgern | ... Rehabilitationsklinike(r)n |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> – Formulare (zu lang, Antrag auf Antragsformular, nicht geeignet) – Bürokratismus – intransparente Zuständigkeiten bei der DRV – mangelnde Nachvollziehbarkeit der Bewilligung / Ablehnung von Anträgen – Arzt vs. anonymer Sachbearbeiter / mangelnde Wertschätzung der Arztmeinung – starke (Zeit-) Ressourcenbindung durch Antragstellungen – Vergütung erfolgt nicht immer / entspricht nicht dem Aufwand | <ul style="list-style-type: none"> – mangelnde Informationen über Eignung / Qualität einer Klinik – keine Strategie für systematischen Kontakt / Austausch bzgl. der Patienten – Entlassberichte zu lang – Entlassberichte nach Patientenangaben nicht immer konsistent – Unkenntnis über den „idealen“ / von den Kliniken gewünschten Reha-Patient |

5.1.2.1 Mit den Kostenträgern

Formulare

Die niedergelassenen Ärzte bemängeln zum Formularwesen der Kostenträger (sowohl GKV als auch RV) verschiedene Dinge.

Antrag auf Antrag:

Die Krankenkasse stellt vor die Beantragung der Rehabilitation die Hürde des Formulars 60. Als Argument für die Krankenkassen für dieses Vorgehen gilt, dass viele Ärzte eben nicht genau wissen, wann sie einen Reha-Antrag stellen können oder sollten. Hier wird durch das Formular 60 "gesiebt" und es besteht die Möglichkeit mit dem Arzt telefonisch Rücksprache über die Sinnhaftigkeit eines Reha-Antrags zu halten, bevor dieser überhaupt gestellt wird. Die niedergelassenen Ärzte berichten, dass dieses kurze Formular zwar einerseits nicht sehr aufwendig auszufüllen ist, aber andererseits trotzdem ein Ärgernis darstellt. Das Ausfüllen dieses Formulars wird nicht vergütet, macht Aufwand, die Durchschläge müssen archiviert werden (Problem für "EDV-Praxen"), das Formular dient scheinbar nur zur Klärung der Kostenträger-Zuständigkeiten, ist nicht für die "Praxis" (Abschnitt 111, Hausärzte) geeignet und eigentlich "überflüssig" (Abschnitt 133, Hausärzte).

„Es ist bescheuert. Man hat das Formular nicht im Haus, man muss es sich bestellen. Wenn die Helferin es vergeigt auf dem Computer, weil irgendwas falsch eingedruckt ist, kann man sich das noch mal bestellen. Ehm, also es ist schon ´ne ganz erhebliche Hürde, wo man, wo ich mich konzentriert hinsetzen muss und sagen: So jetzt muss jetzt alles klappen. Weil, wenn es jetzt nicht klappt, verliert der Patient wieder ´ne Woche bis wir das noch mal beantragt haben und geklärt usw. Und das wir das auch ja für keinen andern Patienten nehmen. Es ist ´n unseliges Verfahren.“ (Abschnitt 37, Hausärzte-ZB-psycho)

Zu umfangreiche / schwierige / lange Formulare:

Insgesamt wird der Umfang und Aufbau der Formulare (Formular 61 der GKV, Wiederholungen), die von den Kostenträgern zur Antragstellung zur Verfügung gestellt werden, sehr häufig bemängelt. Dazu gehört auch die Kritik an der Unverständlichkeit mancher Formularbestandteile, die nur einem Verwaltungsakt dienend wirken (Formular 60). Viele Ärzte weichen auf Freitextangaben aus, da ihnen dies als sinnvoller erscheint; auch die Vertreter der Kostenträger geben zu, für Freitextangaben manchmal sehr dankbar zu sein.

„[...] und dann kommt dieser unsägliche 4-seitige Antrag.“ (Abschnitt 13, Orthopäden)

„[...] In diesem Formular 61, was wir alle so ungern ausfüllen. Eh, das ist für mich z.T. auch gar nicht verständlich, weil, weil viele Fragen sich irgendwie wiederholen usw.“ (Abschnitt 230, Hausärzte)

„Also für Freitext bin ich dankbar. Weil das gibt meistens mehr her, als, als, als irgendwelche Kreuze.“ (Abschnitt 178, Kostenträger)

Formulare zur Darstellung der Patienten nicht geeignet / zu standardisiert:

Hier zeigt sich das Spannungsfeld zwischen der einerseits notwendigen Standardisierung von Formularen und der andererseits nicht immer möglichen Standardisierung der Darstellung des Reha-Antragstellers mit seinen individuellen Problemlagen im Antrag. An einigen Stellen werden Formalitäten in den Formularen abgefragt, die für manche Patienten gar nicht relevant sind. Manchmal haben die Ärzte das Gefühl, sie könnten einen Patienten in einem freien Brief besser darstellen als per Formular, dies wird in ihrer Wahrnehmung jedoch von einigen Kostenträgern nicht akzeptiert.

„[...] Bisher hat mir noch kein Antrag so gefallen, wie ich das, was ich hausärztlich sagen will, da einbringen kann.“ (Abschnitt 10, Hausärzte-ZB-psycho)

Uneinheitliche Formulare:

Eine Problematik bei der Beantragung einer Rehabilitation stellt die Tatsache dar, dass jede DRV ein unterschiedliches Formular hat und auch alle Rehabilitationsformen mit unterschiedlichen Formularen beantragt werden müssen. Einige Hausärzte umgehen dieses Problem, indem sie einfach jedem Rentenversicherungsträger dasselbe Formular ausgefüllt schicken oder jedem Kostenträger einen "ausführlichen" Brief schicken.

„Aber, eh, das ist sozusagen meine Reaktion auf die unterschiedlichen Formulare. Die kriegen immer nur eine Antwort, die heißt: 'n ausführlichen Brief. [...]“ (Abschnitt 262, Hausärzte)

Bürokratismus

Häufig berichten die niedergelassenen Ärzte davon, bürokratische oder administrative Vorgänge bei den Kostenträgern nicht nachvollziehen zu können. Dies erzeugt bei der niedergelassenen Ärzteschaft Frustration und ein Gefühl von Machtlosigkeit. Beispiele sind z.B. der Modus der Zuständigkeitsklärung der Kostenträger oder die (Geschwindigkeit der) Bearbeitung von Anträgen generell. Einige Ärzte berichten von Anfragen der Kostenträger, die nicht nachvollziehbar sind, wie z.B. die Nachfrage nach einem psychotherapeutischen Gutachten, wenn ein auf Psychosomatik und Therapie spezialisierter Arzt den Reha-Antrag gestellt hat oder wenn die Stellung eines Reha-Antrags vom Kostenträger zu einem im Heilungsverlauf ungünstigen Zeitpunkt gefordert wird. Es herrscht das Gefühl vor, dass anonyme Sachbearbeiter, die scheinbar wenig Ahnung von "der Sache" (Abschnitt 58, Hausärzte-ZB-psycho) haben, die Anträge mit Textblöcken bearbeiten bzw. beantworten.

„Wobei sich die Bürokratie ja nicht in die Karten schauen lässt, auf welchem Stapel nun der Antrag liegt und ob er nun nächste Woche oder übernächste Woche fertig ist. Also, die Frage,

denk ich, ist nicht so, ehm, bürokratisch gesehen, nicht relevant. Weil, das liegt aufm Schreibtisch und denn, deswegen wird's nicht schneller bearbeitet.“ (Abschnitt 206, Hausärzte)

„[...] -unlogisch und ich denk, da sitzen einfach Sachbearbeiter, die geben auch irgendwie die Textblöcke ein. Die haben von der Sache keine Ahnung, - [...] -die haben fachlich keine Ahnung. Und die sehen die Patienten nicht. Und ich kann 's noch so gut beschreiben. Es gibt's immer irgendwelche Dinge, wo sie sagen: Hat sie das gemacht? Hat sie das gemacht? Hat sie? Nein, hat sie nicht gemacht, also kommen wir als Kostenträger nicht in Frage. Die sind ja gehalten, Geld zu sparen und zu gucken, ob ein anderer Kostenträger nicht jetzt zunächst dran wäre. Nichts anderes ist das. (Abschnitt 58-60, Hausärzte-ZB-psycho)

„Ich würde mir wünschen, das in B Sachbearbeiter sitzen, die das was wir Ärzte schreiben, ernst nehmen. Und, eh, das wir das wirklich ja, eh, mit dem Patienten besprochen haben und das, wenn wir das glauben und die soziale Situation so ist und das ja alles aufschreiben, das man dem Glauben schenkt. Und nicht immer, man hat, hat immer das Gefühl, die würfeln, wen sie da nehmen und wen sie nicht nehmen. Oder so, das ist so 'ne, eh, so ähnlich, wie wenn wir 'n Rezept schreiben, ist es auch nötig. Und so könnten sie auch ja mal sagen: Gut. Wenn die das machen und meistens steht das ja auch drin. Und die Kasse fragt, das regt mich immer so auf, die Kasse fragt immer, ob die jeden Zettel den man jede Woche oder alle 14 Tage ausfüllt für die Arbeitsunfähigkeit: Ist eine Reha-Maßnahme zu empfehlen? Man schreibt immer: Ja. Ja. Das können sie 'n halbes Jahr schreiben, können 'n ganzes Jahr schreiben, es ist, es ist der Kasse so inzwischen anscheinend schnuppe und die in B würfeln. So kommt einem das vor. Und das, das die das irgendwie ernster nehmen. Das, das geht um Menschen, die in Notsituationen sind. Und meistens nicht nur wegen der Krankheit, sondern eigentlich ja immer um 'ne soziale Schwierigkeit. Arbeitslosigkeit ist so die Hauptursache. Und solange die nicht gesund werden, finden die keine neue Arbeit. Und das, finde ich, ist totale Verschwendung von Ressourcen. Von Zeit. Von Arbeitskräften.“ (Abschnitt 216, Hausärzte-ZB-psycho)

Mangelnde Nachvollziehbarkeit der Bewilligung / Ablehnung von Anträgen

Aus Sicht der niedergelassenen Ärzte sind die Kriterien / Abläufe nach denen Reha-Anträge bewilligt oder abgelehnt werden in vielen Fällen nicht nachvollziehbar. Sie vermuten eine vorgegebene Ablehnungsquote bei den Kostenträgern, die zu aus ihrer Sicht nicht nachvollziehbaren Antrags-Ablehnungen führt. Die Tatsache, dass erfahrungsgemäß abgelehnte Anträge im Widerspruchsverfahren oftmals doch bewilligt werden, bestärkt sie in ihrem Unver-

ständnis für die von den Kostenträgern angelegten Kriterien, nach denen die Reha-Anträge beurteilt werden.

„Also ich, ich hab, möchte vielleicht noch mal anmerken, wenn, ehm, ehm, ja wenn ich beim Patienten ich so richtig so aus, aus, aus meinem tiefsten Inneren heraus denke: Der, der muss einfach jetzt ´ne Reha haben, dann geb´ ich dem Patienten das eigentlich schon mit auf ´n Weg und sag denen: ‚Stellen Sie sich mal drauf ein, das wird mit allergrößter Wahrscheinlichkeit abgelehnt und, ehm, überlegen Sie sich vorher schon mal, wie Sie den Widerspruch formulieren. Mit zwei Sätzen. Wundern Sie sich nicht, wenn ´s abgelehnt wird. Ehm, formulieren Sie schon mal ´n kleinen Widerspruch und, hm, den legen Sie unbedingt ein. Nach ´m Widerspruch sieht die Welt denn oft schon ganz anders aus. ´Also wir sind eigentlich in unserm Denken schon so weit, das wir eigentlich von vornherein den Patienten schon mal, oder wir uns ja auch schon sagen: Es wird ja sowieso abgelehnt. [...]“ (Abschnitt 25, Orthopäden)

„[...] Dann wird es dem Kostenträger vorgelegt. Und wenn ich jetzt vom gesetzlichen Versicherten ausgehe, dann haben wir hier ganz krasse Fälle von Fehlentscheidungen. Das hab ich mal an den Leiter der, des MDK-Nord geschrieben, weil es einfach zu viel wurde. 2006 hab ich das geschrieben, als Beispiel mal einfach aus dem Leben gegriffen: ‚In der poststationären Phase 2004 nach Polytrauma Armplexus-Lähmung. Reha abgelehnt, weil der Patient nicht selbst hilfefähig sei. Die daraufhin beanf-, anf-, -tragte Pflegestufe 1 wurde ebenfalls vom selben Kostenträger abgelehnt, weil der Patient selbst hilfefähig sei. Ja? Nur mal als Beispiel. Die machen sich nicht mals die Mühe, die eigene Akte kommen zu lassen, ja. Zweitens: ‚Junger Mann, hier operiert. Neurochirurgie, Bandscheibenvorfall, postoperativ.´ Empfehlung von, hier Chefarzt der Neurochirurgie und von mir als niedergelassener Orthopäde, ´ne Reha zu machen. Kostenträger hat abgelehnt. Ja? Wenn sie dann nachfragen: Wer hat das denn abgelehnt? Dann sind das, entschuldigen Sie, aber vielleicht mal ´n Allgemeinarzt oder ´n Chirurg, der einfach da fehl am Platz ist. Ja? Ehm, dann hab ich auch herausgefunden, dass diese, eh, Fälle z. T. gar nicht vor Ort entschieden werden, sondern in C. D.h. wir beantragen hier in D ´ne Reha, bei einem Patienten, der vielleicht noch auf, im Krankenhaus ist und der MDK macht sich nicht mals die Mühe, jemanden ins Krankenhaus zu schicken und sich das mal anzugucken. Sondern die Akte landet in C und die Mitarbeiterin irgendeiner mir nicht bekannten fachlichen Ausbildung sagt dann: ‚Nein.´ Ja? Eh, ich hab keine Antwort auf das Schreiben erhalten, ne. Ja das ist eben der zweite Punkt, das also der Kostenträger, eh, keine, ehm, durchschnittliche Qualität gewährleistet, was die Beurteilung von Reha-Anträgen, eh,

eh, angeht. Sondern da gibt's auch so zeitliche, ehm, Phasen, wenn die Reha-Kliniken gegen Jahresende nicht ausgebucht sind, dann wird auch wieder mal ein Schwung genehmigt. Und, eh, eh, dann kommt wieder 'ne Phase, wo man egal, mit welcher Indikationsstellung, gar nicht weiterkommt. Ne. Krasses Beispiel noch mal zu nennen: „Ne Frau mit schwerem Übergewicht, die zur TEP anstand. Die Operation wurde abgelehnt wegen dieses Übergewichtes. Und ambulant waren Maßnahmen eingeleitet. Sie nahm aber nicht ab. Sicherlich 'ne psychi-eh, ne psychosomatische Komponente. Sicher 'ne Distanzierung von der Familie wünschenswert. Reha wurde aber abgelehnt. Ja? Und da hab ich glaub ich drei Anträge geschrieben und immer wieder 'n Widerspruch eingelegt, ja? Da kommen sie aber nicht mehr durch. Ja, das ist, ich weiß nicht, vor welche Wände man da redet. Ja. [...]“ (Abschnitt 13, Orthopäden)

„So das ich, ehm, in meinem selbstformulierten Text eigentlich immer die besondere Situation desjenigen Menschen anführen kann. Ich lasse mir in der Regel aus Erfahrung klug geworden gewisse Reserven für das Widerspruchsverfahren, weil ich keine psychosomatische, psychotherapeutischen Rehabilitation glaub ich in den letzten 5 Jahren erlebt habe, die im ersten Rutsch durchgegangen ist.“ (Abschnitt 26, Hausärzte-ZB-psycho)

Die Bewilligungs- bzw. Ablehnungskriterien für Rehabilitationsanträge müssen auch aus Sicht der Kostenträger transparenter gemacht werden. Der Hausarzt darf nicht das Gefühl bekommen, Reha-Anträge für den Papierkorb zu schreiben. Die Aufklärung in welchen Fällen aus Sicht der Kostenträger ambulante Maßnahmen ausreichen oder welche Angaben zu einer Ablehnung des Reha-Antrags führen muss offensiver stattfinden. Hier finden sich starke Überschneidungen mit den Empfindungen der niedergelassenen Ärzte, dass anonyme Sachbearbeiter nach einem nicht nachvollziehbaren System über ihre Anträge entscheiden.

„Ja und die Transparenz. Wie Sie's auch ansprechen. Also ich finde, als niedergelassener Arzt möchte ich wissen, von vornherein auch wissen, eh, wie viel Chance hat denn mein Antrag auch das der bewilligt werden kann. D.h. ich muss wissen, welche Erkrankung in welchem Krankheitsstadium 'ne gute Aussicht für 'ne Reha- Bewilligung haben. Damit ich das nicht immer für den Papierkorb mache und hinterher nicht weiß, warum ist das abgelehnt worden. Da reicht auch nicht 'n formaler Textbaustein, den gibt es bei Ihnen genauso wie bei uns. Das hilft denen nicht. Da muss wirklich drin stehen konkret: Weil die und die ambulanten Maßnahmen hier in diesem Fall ausreichen, die, das Krankheitsbild zu behandeln. Als Beispiel. Und das muss man natürlich fachlich auch vermitteln. Aber das kann man eben auch nicht

rein ohne medizinischen Sachverstand. Das ist ´n schwieriger Spagat. Aber anders funktioniert das nicht.“ (Abschnitt 165, Kostenträger)

Arzt vs. anonymer Sachbearbeiter / mangelnde Wertschätzung der Arztmeinung

Die niedergelassenen Ärzte beschreiben das Gefühl, dass sie bei der Beantragung einer Rehabilitation mit einem Anonymus (dem Sachbearbeiter) zusammen arbeiten, der völlig andere Interessen verfolgt als sie selbst. Der Arzt möchte „seinen“ Antragsteller in die Rehabilitation bringen, während der Sachbearbeiter (der ihrer Wahrnehmung nach wahrscheinlich kein oder wenig medizinisches Fachwissen hat) Aktenfälle per Standardverfahren erledigen muss. Dabei wird unterstellt, dass die Sachbearbeiter Vorgaben hätten, wie viele Anträge abgelehnt werden müssen bzw. bewilligt werden dürfen. Auch das Wegfallen des engen Kontakts zum Vertrauensarzt und das Fehlen eines ärztlichen Ansprechpartners bei dem Kostenträger bezüglich Bewilligung und Ablehnung von Anträgen werden bedauert.

„Ich würde mir wünschen, dass in C (Stadt) Sachbearbeiter sitzen, die das, was wir Ärzte schreiben, ernst nehmen. Und, eh, dass wir das wirklich ja, eh, mit dem Patienten besprochen haben und dass, wenn wir das glauben und die soziale Situation so ist und das ja alles aufschreiben, dass man dem Glauben schenkt. Und nicht immer, man hat, hat immer das Gefühl, die würfeln, wen sie da nehmen und wen sie nicht nehmen. [...]“ (Abschnitt 216, Hausärzte-ZB-psycho)

„Ich glaube, das Problem für den Dialog zwischen den beiden Parteien ‚Hausarzt und irgendein Anonymus‘, der dann Versicherung, ist der: Wir wollen wie eine, wie ein Pate die Gesundheit unseres Patienten vertreten und dort scheint es mir so zu sein, da sitzt jemand, der will einen neueren Aktenfall erledigen. Vielleicht damit der Vorgesetzte auch zufrieden ist, der Schlüssel stimmt und es keine Scherereien gibt. Und das kann einfach nicht zusammen passen, wenn einer seine Aktenfälle abtragen muss und wir wollen die Patienten vertreten. Das sind zwei völlig verschiedene Interessen.“ (Abschnitt 61, Hausärzte-ZB-psycho)

Starke (Zeit-) Ressourcenbindung durch Antragstellungen

Die Stellung von Reha-Anträgen bzw. das Ausfüllen des ärztlichen Formularteils bindet in hohem Maße Zeitressourcen. Im Falle einer Ablehnung des (vom niedergelassenen Arzt als gerechtfertigt betrachteten) Reha-Antrags muss erneut Zeit für die Beratung des Patienten und die Unterstützung des Widerspruchs aufgewendet werden. Dadurch werden Zeitressourcen gebunden, die dann nicht für die Behandlung anderer Patienten eingesetzt werden

können. Auch die Erholungszeiten des niedergelassenen Arztes leiden unter der Mehrbelastung.

„Und wenn ich dann da um 19 Uhr am Schreibtisch sitze und, hm, so ´n Ding ausfülle und mir, eh, von vornherein schon im Kopf habe. Eh, naja, es wird ja eh abgelehnt. Dann fragt man sich: Warum macht man das Ganze? Das ist, kostet Geld. Das bindet Ressourcen. Die Zeit könnte ich ganz anders nutzen. Ob nun beruflich oder auch privat. Ich hätte auch mal was. Ehm, es ist also einfach schlicht und ergreifend vertane Zeit, weil wir einen, einen Bürokratismus erfüllen müssen. Und, ehm, es wird dann eben in sehr vielen Fällen, das mag sein mit den 70%, gefühlte 70 bestimmt, wenn nicht mehr, ehm, mit den Ablehnungen. Ehm, die Patienten kommen dann tatsächlich wieder und sagen dann: ‚Ja Mensch, das ist wirklich abgelehnt worden. Wie geht’s denn jetzt weiter. ‘ Dann sitzt der wieder bei mir. Wir haben schon mal, sind 4 Wochen ins Land gegangen, oder 3, 4 Wochen. Er sitzt wieder bei mir in, der müsste gar nicht mehr hier sitzen, er müsste eigentlich in ´ner Reha sitzen. Jetzt sitzt er aber bei mir, und vorne steht ein Patient mit der Leistenzerrung, den ich leider nicht mehr dran nehmen kann. Weil ich mich mit dem Patienten unterhalte: Wie geht’s denn jetzt weiter, wie kommt der denn doch zu seinem Recht, zu seiner Reha.“ (Abschnitt 25, Orthopäden)

Vergütung erfolgt nicht immer / entspricht nicht dem Aufwand

Die niedergelassenen Ärzte berichten, dass das Ausfüllen des Formulars 60 der GKV nicht und das Ausfüllen der anderen Formulare zu gering vergütet würden. Spätestens dann, wenn der niedergelassene Arzt telefonisch mit dem Kostenträger Kontakt bezüglich des Reha-Antrags aufnehmen muss, entspricht die Vergütung nicht mehr dem Aufwand.

„[...] Und die Erfahrung hab ich eigentlich schon, das, wenn ich das aggressiver angehe oder grade noch zum Telefonhörer greif. Aber das ist dann wieder ein immenser Einsatz. Das ist immer wieder das gleiche Thema, das wir eigentlich einen Einsatz bringen, für den wir nicht bezahlt werden. [...]“ (Abschnitt 112, Hausärzte-ZB-psycho)

„[...] Und da hab ich, ich weiß nicht, ob du das auch erlebt hast, aber ich hab ´ne Zeitlang, ehm, ich hab diese Dinger immer schön ausgefüllt und irgendwann ist uns aufgefallen, dass wir von der DRV-Nord, ehm, häufig unsere, ehm, Kostenpauschale nicht bekommen haben. Fürs Ausfüllen.“ (Abschnitt 15, Orthopäden)

Intransparente Zuständigkeiten bei der DRV (Bund)

Die niedergelassenen Ärzte nehmen es z. T. als sehr schwierig wahr, den richtigen Ansprechpartner für Fragen oder Austausch zum Rehaantrag zu finden. Sie berichten genau wie die

Rehabilitanden, dass sie oft in Warteschleifen hängen und nicht zu Sachbearbeitern „durchkommen“. Zumal der erreichte Sachbearbeiter oft nicht für den zu besprechenden Fall zuständig zu sein scheint.

„Also, ehm, ab und zu brauch ich das mal, mich, mich empört ans Telefon zu hängen. Hm, auch wenn´s dann manchmal falsche trifft, aber mir geht´s hinterher besser. Erreichen tu ich trotzdem nix, aber es befreit so ´n bisschen. Das Problem ist ja ganz einfach: Wenn ´s die Krankenkasse ist: Ok. Dann find ich auch irgend ´nen Ansprechpartner, auch wenn der, eh, mir dann glaubwürdig versichert, das er da gar nicht für zuständig ist. Aber, ehm, beim Rentenversicherungsträger ist das schon schwieriger. Da wirklich auch ´n Ansprechpartner zu finden: An, an wem kann ich jetzt meine Empörung dann raus lassen? Das ist schwierig. In D klappt´s vielleicht manchmal. Ist aber auch ganz schwierig, da wirklich an jemanden ranzukommen, weil wir ja auch nicht erfahren: Wer hat das Ganze denn bearbeitet und wer ist dafür zuständig? Also wir landen halt beim Pförtner. Und, hm, insofern würde ich mich gerne mal auch mal öfter empört ans Telefon hängen. Und, ehm, manchmal, wenn so die erste, ehm, die erste Luft dann mal raus gelassen ist, ehm, dann kommen manchmal ja sogar konstruktive Gespräche dabei raus. Nicht immer. Manchmal ist der andere verständlicher Weise, ehm, auch angefasst. Und sagt sich auch: ‚Mensch hier, blöder Affe, ich hab da doch gar nix mit zu tun. ´ Und hat auch keine Lust mehr, mit mir zu reden. Aber manchmal, bei Krankenkassen hab ich das dann doch schon häufiger gehabt, dass dann sogar vernünftige Gespräche dann zustande gekommen sind. Aber die Leute, mit denen ich dann rede, die können eigentlich auch nix bewegen. Und insofern ka-, hat man sich dann zwar mal Luft gemacht und fühlt sich ´n bisschen besser, aber, eh, man erreicht nicht wirklich was für die Sache.“ (Abschnitt 37, Orthopäden)

Weitere Probleme

Vereinzelt wurden in den Gruppen mit den niedergelassenen Ärzten weitere Probleme mit den Kostenträgern angesprochen. Unter anderem wurde bemängelt, dass man sich von der Kassenärztlichen Vereinigung eine Erlaubnis zur Abrechnung von Verordnungen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erteilen lassen muss(te). Damit ging die Problematik einher, dass verordnungsberechtigte Ärzte von nicht berechtigten Kollegen um die Übernahme ihrer Reha-Anträge gebeten wurden. Dies bedeutet zusätzlichen Zeitaufwand für den betroffenen Arzt, der zudem den Patienten meist nicht kennt. Des Weiteren wurden die

fehlenden Möglichkeiten, Befunde auf elektronischem Weg an die Reha-Kostenträger weiterzuleiten, bemängelt.

5.1.2.2 Mit den Reha-Klinikern

Kein standardisierter / systematischer Kontakt / Austausch bzgl. der Patienten

Zwischen den niedergelassenen Ärzten und den Reha-Klinikern gibt es so gut wie keinen Kontakt bzw. Austausch über Patienten. Dies liegt zum einen an der schlechten Erreichbarkeit der jeweils anderen Gruppe und zeitlichen Restriktionen, zum anderen aber auch daran, dass ein systematischer Kontakt nicht gewünscht wird bzw. auch nicht für sinnvoll erachtet wird. Dies gilt insbesondere für „Routine-Fälle“.

„Also Kommunikation gibt’s eher gar nicht. Also, ich sagte ja vorhin schon, wir haben so jetzt von unserer Praxis aus sicherlich den größten Anteil, eh, rein orthopädisch orientierte Reha’s die man prima ambulant machen kann. Die eigentlich hier in D, finde ich, auch ganz gut gemacht werden. Hmhm, ehm, und auch ’n rein persönlicher Kontakt eh, ist, ist eben zumindest zu Bad I auch gegeben, mit dem, ehm, Chef hab ich zusammen studiert. Und, ehm, insofern könnte da, und ganz, ganz, ganz gelegentlich kommt es auch mal vor, das mal angerufen wird. Aber zum einen, ehm, ist das Problem auf beiden Seiten: Die haben nicht die Zeit dazu und ich hab auch nicht die Zeit dazu. Also wenn mich mitten in der, eh, vollen Sprechstunde, eh, jemand aus der Reha-Klinik anruft, der jetzt grade mal 10 min Zeit hat und das, eh, vielleicht auch berechtigte Bedürfnis hat, übern Patienten mit mir zu reden, und, eh, ich bin mit meiner Zeit absolut in Verzug, und ,ehem, hab noch jede Menge unangemeldeter Akut-Fälle vor der Tür stehen, die von Minu-Minute zu Minute ungehaltener werden, ehm, ist auch meine Motivation extrem gering, hmhm, da mit jemandem zu komm-kommunizieren. Ehm, insofern, also, findet ’ne Kommunikation extrem selten statt. Und ich glaube, beide beteiligten Seiten sind auch ganz froh darüber.“ (Abschnitt 49, Hausärzte)

Entlassberichte zu lang

An den Entlass-Berichten aus der Rehabilitationsklinik bemängeln die Ärzte vor allem, dass sie nicht der eigentliche Adressat der Informationen sind. Dadurch, dass die Briefe den Qualitätssicherungs-Kriterien der DRVen genügen müssen, sind diese sehr lang und enthalten viele aus Sicht des niedergelassenen Arzt unnötige Informationen. Auch bezüglich der Gliederung der Briefe sehen sie aus ihrer Sicht Überarbeitungsbedarf. Für den niedergelassenen Arzt, der die Weiterbehandlung des Patienten organisieren soll, sind vor allem die Diagnosen, die Medikation, die sozialmedizinische Einschätzung und die Epikrise wichtig. Alle übr-

gen Angaben, die den niedergelassenen Ärzten oft als mit Textbausteinen erstellt erscheinen, sind eher von sekundärem Interesse und blähen den Umfang der Entlass-Briefe unnötig auf.

„Briefmonster“ (Abschnitt 9, Hausärzte)

„[...]aber ich finde was man noch einmal rausstellen soll, ist diese Text-Bausteinitis. Und auch die, die umfangreichen, ehm, Abschlussberichte, nich, die also zumindest nicht so, nicht im normalen Alltag lesen kann. Also das, eh, erfüllt bestimmt alle Kriterien von QM, aber letztlich ist es an der Realität vorbei. Also es ist ein, ein, ein, denen ist nicht klar, glaub ich, an welchen As-, Adressaten er das da abschickt, der das da schreibt, nich. Also. Oder auch teilweise wirklich schon so, dass das, ehm, die eigentlichen Fakten teilweise ja nicht mehr so, so, eh, auffindbar sind. [...]“ (Abschnitt 605, Hausärzte)

Entlassberichte falsch / nach Patientenangaben nicht immer konsistent

Die Hausärzte berichten häufiger das Problem, dass nach Patientenaussagen die Reha-Entlassberichte nicht stimmen. Die Patienten berichten ihren Ärzten meist davon, dass weniger Therapien als aufgeführt stattgefunden haben. Des Weiteren kommt es ab und an zu Falschangaben bezüglich relevanter Parameter z. B. Arbeitsfähigkeit.

„[...] Eh, wenn ich dann mit den Patienten, eh, diesen, diesen Befundbericht durchgehe, muss ich sagen, das, auf der zweiten Seite steht immer, was sie alles dort angegeben bekommen haben. Das zähl ich dann immer auf, nich. Von ganz viel haben die gar nichts gemerkt, nich. Donnerwetter: 12x das, und nochmal 5x das usw. Das ist natürlich ein umfangreicher Katalog, der da immer steht. Da, davon haben viele gar nicht alles gemerkt, nich. Das ist also dann, denk ich immer, so ´n bisschen übertrieben, was sie dann da so reinschreiben. [...]“ (Abschnitt 483, Hausärzte)

„[...] Häufig kommen die dann nochmal wieder und sagen: Da steht dann das und das drin. Und dann geht’s da drum: Das ist aber gar nicht gewesen. Das steht in dem Bericht drin. Da steht drin: Ich war dann und dann und dann-das stimmt aber gar nicht. Ehm, es ist auch oft schon so gewesen, das ich durchaus auch bei der BFA, also DRV heißt es jetzt ja, angerufen hab und gesagt: Hören Sie mal, in der Klinik steht das und das drin und es ist mir jetzt bei ein paar Patienten untergekommen, die sagen: Das stimmt überhaupt gar nicht. Bitte gucken Sie, ob wirklich das stattfindet, was da drin steht. [...]“ (Abschnitt 170, Hausärzte-ZB-psycho)

„Manchmal passieren da kuriose Dinge. Ich hab schon gele-, erlebt, dass jemand eingeschätzt wurde unter drei Stunden in seiner ausgeübten Tätigkeit und als arbeitsfähig für die ausgeüb-

te Tätigkeit entlassen wurde. Solche Konstellationen hat's da auch schon gegeben.“ (Abschnitt 535, Hausärzte)

Mangelnde Informationen über Eignung / Qualität einer Klinik

Den Hausärzten fehlen Informationen dazu, welche Reha-Kliniken für ihre Patienten geeignet sein könnten und qualitativ hochwertige Rehabilitationen anbieten. Qualitätssicherungsdaten sind nicht öffentlich zugänglich.

„Ich kann mir momentan keinen Referenten vorstellen, der einen, einen Überblick geben könnte, wo was, ehm, gut, ehm, also, wo die Re-, Reha-Patienten gut, ehm, hinkönnen. Ist natürlich auch immer subjektiv. Aber man kann das irgendwie schon auch objektivieren. Ehm, wie gesagt, das sind jetzt, waren jetzt drei Kliniken vielleicht, wo du sagst: Super, da schick ich meine ganz hartnäckigen Problem-Patienten hin. Aber es, man muss ja doch irgendwie einen Blick dafür bekommen: Wie, wie ist das denn in P oder auch weiter weg. Oder bestimmte Krankheitsbilder. Und da jede Klinik sich selber nur bewirbt und im besten Licht darstellt, ist es sehr schwierig, einen Überblick zu bekommen. Und ich könnt mir auch gar nicht vorstellen, wer das machen könnte und wie das sein könnte.“ (Abschnitt 363, Hausärzte)

Unkenntnis über den „idealen“ / von den Kliniken gewünschten Reha-Patient

Von den Kostenträger-Vertretern wurde häufig beklagt, dass die niedergelassenen (Haus-)Ärzte wenig Wissen über Reha-Bedarf haben und diesen nicht immer (rechtzeitig) erkennen oder auch „Nicht“-Bedarf identifizieren können. Die niedergelassenen Ärzte teilen z. T. diese Meinung, sie würden Patienten teilweise zu spät in die Rehabilitation schicken bzw. unsicher darüber sein, welchen Patienten in der Rehabilitation eigentlich geholfen werden könnte.

„Ja aber trotzdem, ich denk, die Frage ist noch offen: Welche Patienten wünscht sich denn der Reha-Kliniker?“ (Abschnitt 719, Hausärzte)

5.1.3 Schnittstellenprobleme aus Sicht der Kostenträger-Vertreter

An der Schnittstelle Rehabilitationsantragsteller – Kostenträger wurden kaum Probleme benannt. Lediglich die Selbstauskunftsbögen seien oftmals nicht sorgfältig ausgefüllt, was die Arbeit des Medizinischen Diensts erschwere. Kostenträger beklagen allerdings ihrerseits Probleme mit niedergelassenen Ärzten und Rehabilitationsklinike(r)n. Tabelle 6 zeigt eine Übersicht der relevantesten Problemen. Bei der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten entstehen Probleme vor allem dort, wo der niedergelassene Arzt nur über ein mangelndes Wissen über Rehabilitations- und Vorsorge-Indikationen verfüge und Rehabilitationsbedarf nicht rechtzeitig oder zu spät erkenne. Hinsichtlich der psychosomatischen Indika-

tionen treten Schwierigkeiten auf, wenn Rehabilitationsmaßnahmen beantragt werden, obwohl keine Einbindung in eine ambulante psychologische oder psychiatrische Betreuung vorhanden ist. Ein weiteres Problemfeld hier stellen „F“-Diagnosen (nach ICD 10) dar, die bei Patienten mit primär somatischen Störungen an die Stelle der Erstindikation rutschen und somit zu Fehlzweisungen in psychosomatische Rehabilitationskliniken führen. Lange Wartezeiten auf psychosomatische Rehabilitationsplätze kämen u. a. auch durch solche Problemkonstellationen bzw. Fehlzweisungen zustande.

Aus Sicht der Krankenkassenvertreter stellt der Fakt, dass die Rehabilitations-Entlassungsberichte seit der Entscheidung des GBA nicht mehr direkt an sie weitergeleitet werden, ein Hindernis für die kontinuierliche Versorgung der Patienten im Rehabilitationsprozess dar. Der niedergelassene Arzt könne nicht als alleiniger Ansprechpartner und Organisator für die Nachsorge dienen. Wenn von der Rehabilitationsklinik Empfehlungen zur Weiterbehandlung, wie z. B. Ernährungsberatung, gegeben werden, so müsse die Krankenkasse davon erfahren um geeignete Schritte einzuleiten bzw. eine zweckmäßige Beratung durchführen zu können.

Die Zuweisung von Patienten zur Rehabilitation laufe oft aufgrund der kurzen (vom Gesetzgeber vorgegebenen) Bearbeitungsfristen nicht optimal ab. Wenn es an Unterlagen von den niedergelassenen Ärzten fehle, kämen schon einmal nicht-rehabilitationsfähige bzw. -bedürftige Patienten in die Rehabilitation. Des Weiteren kann der medizinische Dienst die Rehabilitationskliniken nicht immer mit vollständigen Unterlagen ausstatten, da die engen Bearbeitungsfristen eine umfassende Diagnostik von Gesundheitsstörungen nicht zuließen. Dieser Mangel wurde auch von den Rehabilitationsklinikern benannt, denen die fachgerechte Aufnahme und Therapieplanung dadurch erschwert wird.

Tabelle 6: Aus Sicht der Kostenträger-Vertreter: Probleme in der Zusammenarbeit mit

| ... niedergelassenen Ärzten | ... Rehabilitationsklinikern |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> – mangelnde Kompetenzen bei der Erkennung von Reha-Bedarf – mangelndes Wissen bzgl. Rehabilitations-Indikationen – Anträge auf psychosomatische Rehabilitation ohne Einbindung in ambulante Psychotherapie – Fehlzweisung durch falsche ICD 10 - „F“-Erstdiagnosen | <ul style="list-style-type: none"> – Krankenkassen bekommen keine Rehabilitations-Entlassberichte (Weiterbehandlungsempfehlungen „gehen unter“) – Zuweisung (Indikation + Zeitpunkt) zu Reha kann nicht immer korrekt gesteuert werden |

5.1.3.1 Mit den niedergelassenen Ärzten

mangelnde Kompetenzen bei der Erkennung von Reha-Bedarf / mangelndes Wissen bzgl. Rehabilitations-Indikationen

Die Kostenträgervertreter unterstellen einem Großteil der niedergelassenen Ärzte mangelnde Kompetenzen bei der Erkennung von Reha-Bedarf (siehe auch 5.1.2.2, Unkenntnis über den „idealen“ / von den Kliniken gewünschten Reha-Patient). Oftmals werden Rehabilitationen zu früh oder zu spät beantragt. Auch die Unterscheidung zwischen Vorsorge- und Rehabilitationsbedarf / -indikation wird oft nicht klar getroffen. In einigen Fällen werden Rehabilitationen beantragt, obwohl kein Bedarf an einem ganzheitlichen Behandlungskonzept vorliegt oder die ambulanten Therapiemöglichkeiten bei weitem noch nicht ausgeschöpft sind.

„[...] wir haben eben eher den Eindruck, das viel zu früh ein ganzheitlicher Reha-Ansatz bei Erkrankungen gewählt wird, wo wirklich eine monokausale, aber gezielte und auch häufige ambulante Therapie völlig ausreichend wär. Unser Problem sind dann eher, dass viel zu wenig Krankengymnastik verordnet. Mit 6 Einheiten Krankengymnastik kann man keinen muskulären Schaden in irgendeiner Weise adäquat. Da ist unsere Sichtweise, geb ich zu, andere Fälle vielleicht. Aber wir kommen zunehmend zu dem Thema, das wir immer dann dieser Grenze natürlich miteinander auch Ringen, ja auch durchaus gemeinsam, oder auch mal gegeneinander Ringen, das ambulant viel mehr möglich wäre, wenn denn gemacht würde. Ich sag ´s jetzt mal im Konjunktiv. Deswegen, also Reha ist doch kein Allheilmittel. Man muss nicht jeden Bandscheibenschaden eh, ganzheitlich, multikausal in einer Reha-Klinik, ob jetzt ambulant oder stationär, behandeln. In der Regel ist das doch ´ne klare Indikation für ´ne sorgfältige ambulante Diagnostik, Therapie. Mit bestimmten Schritten was man zuerst machen, was als nächstes. Das muss nur ausreichend häufig auch gemacht werden. Wir kriegen ja in der Regel die Berichte. Im letzten Jahr keine Krankengymnastik. Vor zwei Jahren zuletzt Physiotherapie. Da ist nix gelaufen. Das ist unser Problem. Und dann gibt´s natürlich die Ablehnungsempfehlung: Ambulante Maßnahmen sind ausreichend. [...]“ (Abschnitt 58, Kostenträger)

„Also ich glaube, das die Akzeptanz, also so ´n Antrag auszufüllen eher ganz weit hinten angesiedelt ist. Also die Ärzte denk ich mal, selbst wenn sie dann Reha-Bedarf erkennen, wobei ich also auch immer wieder die Feststellung machen muss, das vielfach die Ärzte nicht mal da drüber informiert sind, was für eine berufliche Tätigkeit der überhaupt macht, um letztendlich also auch über einen schnellen Reha-Bedarf entscheiden zu können. So, eh, hat, ist also

unsere Erfahrung, das also auf unsere Arztanfrage jetzt in dem Bogen mal die Reha angekreuzt wird. Aber letztendlich in letzter Konsequenz sich keine Gedanken drüber gemacht werden, stellt derjenige jetzt ´n Reha-Antrag oder wird er dahingehend beraten. Und, eh, das, das Problem wird also letztendlich aus der Arztpraxis so ´n bisschen herausgeschoben. Und, eh, wir laufen dann nachher den Krankenkassen hinter diesen Informationen her, um über den Medizinischen Dienst eben den Reha-Bedarf ermitteln zu können. Also ich glaub, so meine Erfahrungen sind zu mindestens die, das in den Arztpraxen oder bei den niedergelassenen Ärzten, also die, das nicht so fortgeschritten ist, wie das sein könnte, ne, um ´n schnellen Reha-Bedarf zu erkennen.“ (Abschnitt 17, Kostenträger)

Anträge auf psychosomatische Rehabilitation ohne Einbindung in ambulante Psychotherapie

Ein großes Problem aus Sicht der Kostenträger ist die Stellung von Anträgen auf psychosomatische Rehabilitation durch Hausärzte, deren Patienten (noch) keinen Facharztkontakt hatten und nicht in eine ambulante psychotherapeutische Behandlung eingebunden sind. Die Rehabilitation darf nicht als Ersatz für eine ambulante Behandlung beantragt werden, auch wenn die Wartezeiten dafür teilweise mehrere Monate betragen. In diesem Fall ist die Rehabilitation, vor allem, wenn sich auch keine ambulante Behandlung anschließt, aus Sicht der Kostenträger nicht sinnvoll.

„[...] Unser Problem sind sehr viele Anträge, wo nur, ich sag jetzt mal nur der Hausarzt eine Diagnose stellt. Nie bei einem Facharzt gewesen, nie eine ambulante Psychotherapie. Es kann nicht sein, das der Reha-Antrag deswegen gestellt wird, weil der Arzt uns mitteilt: Ich habe 8 Monate Wartezeit für ´ne ambulante Psychotherapie. Der, der, der Reha-Antrag ist aber nicht Ersatz. Das haben wir in der Vergangenheit relativ häufig zugelassen. Mit dem Erfolg, das wir eine Maßnahme durchführen. Danach muss natürlich unbedingt eine ambulante Psychotherapie weiterlaufen. Die läuft aber nicht. Weil 8 Monate Wartezeit. D.h. die gesamte Reha ist eigentlich völlig vergeudete Zeit und Geld. [...]“ (Abschnitt 345, Kostenträger)

Fehlzuweisung durch falsche oder fehlende ICD 10 - „F“-Erstdiagnosen

Das von den Kostenträger-Vertretern thematisierte hier Problem ist, dass es Fälle gibt, in denen eine psychosomatische Rehabilitation beantragt (und bewilligt) wird, obwohl der Antragsteller nicht in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung war und auch keine anschließende Nachsorge stattfindet (wg. der langen Wartezeiten auf eine ambulante Therapie, s. o.). Es gibt jedoch auch die umgekehrten Fälle, in denen der Hausarzt die evtl. auch

vorhandene F-Diagnose nach vorne stellt, obwohl der Antragsteller wichtigere andere Morbiditäten aufweist. Dies hat zur Folge, dass die Antragsteller in eine für sie ungeeignete Klinik eingewiesen werden.

„[...] Und auch wissen, dass die ein Psychotherapieverständnis mit bringen und nicht der Hausarzt der einzige ist, der die Enddiagnose nach vorne stellt und dann wird daraus ´ne psychosomatische Reha und die Reha-Klinik steht da natürlich mit völlig falschen Angaben. [...]“
(Abschnitt 197, Kostenträger)

„Ja das wollt ich ja nur damit sagen, dass manchmal Formulare, so wie die Ärzte sie ausfüllen, das ist ja vielfach gar nicht das richtige Bild widerspiegelt. Der be-, beklagt Rückenschmerzen und der, der, eh, verordnende Arzt begutachtet das auch orthopädisch oder bescheinigt das auch orthopädisch, obwohl vielleicht die Psychosomatik daran ´ne wesentlich größere Rolle spielt. Und da müsste man ja vielleicht mal sehen, wo ist das Hauptaugenmerk der, der Reha, der notwendigen Reha. Ist das jetzt ´ne Psychosomatik oder ist es ´ne orthopädische.“ (Abschnitt 211, Kostenträger)

5.1.3.2 Mit den Reha-Klinikern

Krankenkassen bekommen keine Rehabilitations-Entlassberichte (Weiterbehandlungsempfehlungen „gehen unter“)

Die Krankenkassen bekommen aus Datenschutzgründen nicht mehr (wie früher üblich) die Reha-Berichte zur Verfügung gestellt. Dies hat zur Folge, dass die Krankenkassen aus ihrer Sicht ihre Lotsenfunktion bzgl. des Patienten nicht in vollem Umfang wahrnehmen und sich nur schwer um die weitere Versorgung des (und Nachsorge für den) Patienten kümmern kann, da sie weder den Behandlungsverlauf in der Reha-Klinik noch deren "Nachsorge-Empfehlungen" kennt.

„Das sind ja Programme, die von den Reha-Klinikern letztlich eingeleitet werden. Ich glaube, da funktioniert es auch. Jemand, der in der Reha war, da funktioniert es auch. Viel schlimmer ist es ja mit allem andern, was angestoßen wird an Diagnostik und Therapie, wenn da steht: Hier muss ´ne Ernährungsberatung, eh, erfolgen. Bitte: Dann muss die Krankenkasse das natürlich erfahren! Und sie muss es auch einleiten. Wer, wenn nicht der Hausarzt soll das koordinieren. Oder die Praxis des Hausarztes, um auf das Modell zurückzukommen. Es muss ja jemand tun. Das kann keine Reha-Klinik. Es sei denn, man hat ´n ganz vernetzte Bereich nur noch. Und machen nur noch regionale, eh, Reha und Akut-Medizin. Dann kann man das, dann weiß ich von meiner Klinik hier in A, wie das funktioniert als Hausarzt. Das kriegen wir

aber nicht flächendeckend hin. Also ich glaub, man muss, die Umsetzung, da den Hausarzt alleine kann man da auch nicht, überhaupt nicht in die Pflicht nehmen. Da ist die Krankenkasse auch stark in Pflicht. Wenn da steht, da muss ambulante Ergotherapie erfolgen, dann muss die auch passieren.“ (Abschnitt 228, Kostenträger)

Aus Sicht der niedergelassenen Ärzte umgehen einige Krankenkassen dieses Problem, indem sie den Rehabilitanden Schweigepflichtsentbindungen am Ende der Rehabilitation „unterschieben“. Dies wird vor allem in Bezug auf psychosomatische Problemstellungen kritisch betrachtet.

„Doch ich finde auch, die schreiben meistens sehr ausführliche und genaue Berichte. Und, eh, eine Sache stört mich immer und inzwischen warn ich meine Patienten sogar. Die haben bei den, in diesen Entlassungsbüro 's am Schluss, das ist wohl von der Krankenkasse eh, so, eh, fingiert irgendwie, ein, eh, 'ne Schweige-also da fragen die: Wer soll den Arztbericht kriegen? Und dann haben sie gleich eine Schweigepflichtentbindung dort liegen gegenüber der Krankenkasse und das find ich so unmöglich. Das wir immer auf, auf unsere Schweigepflicht achten. Und ich sage eigentlich all meinen Patienten: Und wenn Sie ganz am Schluss ganz in Eile sind und Sie gehen noch ins Büro und holen die Entlassungspapiere, dann lassen Sie sich nicht so einen Zettel unterschieben. Gucken Sie genau, was Sie unterschreiben. Weil das grad in der Psychotherapie sind das ja nun wirklich ganz intime Berichte. Und, eh, die Krankenkasse möchte, dass das gleich bei ihr aufm Tisch landet. Und das find ich auch eine, also, das kann mich auch unheimlich ärgern. Das das einfach so, eh, gemacht wird. Und eine Patientin, die mir das erzählte, durch die ich das dann rausgekriegt hab, die war dann doch so mutig, das sie sofort an die Klinik geschrieben hat: Sie möchte diese Schweigepflichtentbindung unbedingt zurücknehmen und möchte darauf eine Antwort haben. Und da haben die ihr geschrieben: ‚Ja gut. Das nehmen wir zur Kenntnis. Wir haben diese Schweigepflichtentbindung gelöscht. ‘ Also da sind diese Institutionen auch wieder so, dass sie irgendwie versuchen, eh, das mag bei orthopädischen Dingen nicht so schlimm sein. Aber im Rahmen der Psychotherapie ist es eigentlich 'ne Katastrophe, wenn sowas dann aufm lan- aufm Tisch der Krankenkasse nachher landet.“ (Abschnitt 139, Hausärzte-ZB-psycho)

Zuweisung (Indikation + Zeitpunkt) zu Reha kann nicht immer korrekt gesteuert werden

Die Kostenträger sind nicht immer in der Lage, die Zuweisungen von Reha-Antragstellern in die richtigen Kliniken zu gewährleisten. Dazu trägt unter anderen bei, dass die Fristen für die Bearbeitung der Rehabilitationsanträge immer kürzer geworden sind und gleichzeitig we-

sentlich weniger Antragsteller persönlich medizinisch begutachtet werden können. Dieser Punkt wurde auch immer wieder von den Reha-Klinikern angesprochen (siehe auch 5.1.4.2). „[...] Der Hausarzt teilt uns immer weniger mit. Wir bemühen uns sehr viel, sehr rasch Fristen des SGB IX nach Aktenlage zu beurteilen. Wir können die Leute ja gar nicht begutachten, weil wir in kürzester Zeit einen Bescheid erteilen müssen. Machen da nicht die vielleicht sinnvolle Diagnostik der Gesundheitsstörung und stattdessen die Reha-Klinik nicht mit den richtigen Daten aus. Das würde uns jeder Reha-Arzt hier am Tisch sofort auch negativ entgegen werfen. Weil wir, das führt zu Fehl-Einweisungen, das führt natürlich zu einer, manchmal zu 'ner Verlängerung der Reha. Wenn sie es denn machen. Oder auch zu 'ner Entlassung, weil gar nicht reha-fähig zum Zeitpunkt. All diese Dinge sind an der Schnittstelle natürlich 'n Problem, die nicht ganz zielgerichtet Reha steuern kann.“ (Abschnitt 327, Kostenträger)

5.1.4 Schnittstellenprobleme aus Sicht der Rehabilitations-Kliniker

Die Rehabilitationskliniker berichten bezüglich der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten vor allem Probleme, die sich unter den Kategorien Bürokratie, Kommunikationsdefizite, reharelevante Vorarbeiten und Nachsorge subsumieren lassen (siehe Tabelle 7 und [26]). Oft scheitert eine reibungslose Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten daran, dass zu wenig Zeit zur Verfügung steht, um (vor allem) telefonische Kontaktpflege zu betreiben. Gründe dafür sind zum einen die großen Einzugsgebiete der Kliniken und damit die große Zahl der potenziellen Kontaktpartner sowie zum anderen die schlechte telefonische Erreichbarkeit der Hausärzte. Die Kommunikation zwischen Rehabilitationsklinik und niedergelassenen Ärzten erfolgt meist „ausschließlich per Brief“ (Abschnitt 23, Reha-ortho1). Viele Probleme bestehen aufgrund der bürokratischen Zwänge, die den Rehabilitationsprozess beherrschen. Von den Entlassungsberichten, die die Rehabilitationskliniker aufgrund der Qualitätssicherungsanforderungen sehr ausführlich verfassen, würde der niedergelassene Arzt nur wenige, für ihn relevante Teile (z. B. Empfehlungen) rezipieren. Wichtige Informationen, wie z. B. Begründungen für Therapieumstellungen, werden dabei manchmal übersehen. Die vom Hausarzt oftmals nur unzureichend gelieferten Befunde oder Dokumentationen über erfolgte Behandlungen und die aktuelle Medikation sind Folge der aufwendig auszufüllenden Formulare. Diese Formulare bieten offensichtlich weder genug Raum noch passenden Anlass, die Vorbehandlung des Patienten ausführlich zu erläutern. Fehlende Daten und Informationen werden andererseits von den Medizinischen Diensten der Krankenkassen

und Rentenversicherungen auch nicht in ausreichendem Maß im Antragsprozess korrigiert bzw. ergänzt.

Die Rehabilitationskliniker sehen die niedergelassenen Ärzte (noch) nicht zwingend als Ansprechpartner (des Patienten) für die Nachsorge an. Entsprechende Empfehlungen für die Zeit nach der Rehabilitation werden den Rehabilitanden von den Rehabilitationsklinikern verordnet bzw. nahe gelegt. Im Fall der ambulanten psychosomatischen Weiterbehandlung wird versucht, diese, falls notwendig, anzubahnen. Über diesen Prozess wird der niedergelassene Arzt lediglich im Entlassungsbericht informiert, aber nicht in ihn eingebunden. Die Rehabilitationskliniker und Kostenträger-Vertreter befürworten dieses Vorgehen zum Teil sogar. Es wird auch kein Bedarf an einer engeren Einbindung des niedergelassenen Arztes in diesen Prozess gesehen.

Tabelle 7: Sicht der Rehabilitationskliniker: Probleme in der Zusammenarbeit mit

| ... niedergelassenen Ärzten | ... Kostenträgern |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> – Schwierigkeiten bei der Kontaktpflege (großes Einzugsgebiet, schlechte Erreichbarkeit) – Kommunikation fast nur „per Brief“ – unzureichende, veraltete Befunde / Dokumentation von Vorbehandlungen – Formulare / Bürokratie – unzureichende Rezeption der Entlassbriefe – Verordnung der Nachsorge am niedergelassenen Arzt „vorbei“ | <ul style="list-style-type: none"> – (zu) lange Entlassbriefe wg. Qualitätssicherungsanforderungen – intransparente Zuständigkeiten bei der DRV – Formulare (Umfang / Darstellungsmöglichkeiten) – (Fehl-) Zuweisung („falsche“ Indikationen / mangelnde Rehabilitationsfähigkeit) – Therapiestandards vs. Vergütung – zu wenig Reha-Berater |

5.1.4.1 Mit den niedergelassenen Ärzten

Schwierigkeiten bei der Kontaktpflege (großes Einzugsgebiet, schlechte Erreichbarkeit)

Der Aufbau persönlicher, dauerhafter Kontakte zwischen Reha-Klinikern und niedergelassenen Ärzten, die den Austausch über Patienten erleichtern könnten, wird von den Beteiligten als fast unmöglich angesehen. Dies liegt aus Sicht der Reha-Kliniker vor allem an den großen Einzugsgebieten der meisten Rehabilitationskliniken. Aus Sicht der niedergelassenen Ärzte liegt dies auch an der hohen Personalfluktuation in den Rehabilitationskliniken.

„Das ist eben auch die, die, ehm, die, eh, das, das Problem des Einzugsgebietes, anders als jetzt, meinetwegen, in einer chirurgischen Klinik, haben wir ja keine Haupteinweiser, wo man dann seine, seine, fünf Orthopäden kennt, die zur Hüftoperation schicken. Ehm, da ist es ja leichter Kontakt zu halten, zu den, zu den sogenannten Haupteinweisern. Aber das haben wir

eben ja nicht, ehm das heißt, ehm, es ist im Grunde immer ein neuer Kontakt.“ (Abschnitt 40, Reha-ortho1)

„Eh, man hat da im Prinzip sowieso nach einem Jahr wieder eine komplett neue Besetzung. D.h. wenn man schon mal jemanden kennengelernt hat und sagt: Den ruf ich mal an, ich weiß ja wenigstens, wie das Gesicht aussieht. ´N Jahr später ist der wieder weg. Ist ´n anderer da. Ehm, also so richtig ´ne gewachsene, vernetzte Kooperation stell ich mir anders vor.“ (Abschnitt 331, Hausärzte)

Kommunikation fast nur „per Brief“

Die Kommunikation zwischen Reha-Klinikern und niedergelassenen Ärzten findet im Regelfall ausschließlich schriftlich statt. Dies wird aus Sicht der Reha-Kliniker zum Großteil aber nicht kritisch bewertet. Die Kommunikation per Brief ist im Endeffekt eine indirekte. Die Reha-Kliniker erhalten von den niedergelassenen Ärzten die an den Kostenträger eingereichten Befundberichte, während die niedergelassenen Ärzte den nach den Kostenträger-Anforderungen gefertigten Entlassbericht erhalten. Nur in Ausnahmefällen wird bei „Problempatienten“ telefonisch Kontakt aufgenommen (meist von Seiten der Reha-Kliniker).

„Joa, ich hab, muss ich sagen eher weniger mit Hausärzten zu tun. Die schreiben natürlich jedes Mal nen Brief für den Patienten aber das war´s dann meistens auch. Sind es komplizierte Patienten ruf ich sie an, dann sag ich: ‚Da ist was kompliziertes, bitte darauf achten‘, ansonsten hab ich eher wenig zu tun. Es kommt auch keine Rückmeldung, dass mal n Hausarzt mich anruft und sagt ‚Mensch, ich hab hier mal ne Frage‘, hab ich noch nie erlebt. Also wir kommunizieren eigentlich ausschließlich per Brief und das scheint zu klappen.“ (Abschnitt 23, Reha-ortho1)

„[...] und da finde ich, muss man in solchen Fällen nicht zum Hörer greifen, da muss es ausreichen, wenn man das schriftlich festhält [...]“ (Abschnitt 108, Reha-ortho1)

unzureichende, veraltete Befunde / Dokumentation von Vorbehandlungen

An den von den niedergelassenen Ärzten gelieferten Befundberichten bemängeln die Reha-Kliniker verschiedene Punkte: Viele Befundberichte enthalten nur unspezifische Einweisungsdiagnosen, wie z. B. „chronische Rückenschmerzen“ oder „depressive Episode“, die für den Reha-Kliniker keine ausreichende Arbeitsgrundlage schaffen. Gerade die „F-Diagnosen“ stellen oft (in orthopädischen Kliniken) ein Problem dar, da erstmal sondiert werden muss, ob diese wirklich bei dem Patienten gerechtfertigt sind. Oftmals enthalten die Unterlagen länger zurückliegende irrelevante Befunde unter denen die relevanten Befunde durch die

Reha-Kliniker herausgefiltert werden müssen. Des Weiteren sind die Befunde oft lückenhaft, so dass Unterlagen nachgefordert werden müssen. Auch die Kostenträger können nicht immer dafür sorgen, dass die Kliniker mit vollständigen Unterlagen ausgestattet werden. „[...]wir statten die Reha-Kliniken als Kostenträger mit immer weniger medizinischen Unterlagen aus. [...]“ (Abschnitt 327, Kostenträger). Aus Zeitmangel können die Unterlagen oft nicht ausreichend nachgebessert werden. Auch die Dokumentation von Vorbehandlungen (Art/Umfang) ist oft nicht ausreichend oder beschränkt auf die Feststellung, dass ambulant konservative Therapien ausgeschöpft sind.

„Also die, es fehlt oft sogar richtig konkret die Diagnose. Mit welcher Diagnose kommt der Patient? Ehm, und das finde ich, da ist n großer Mangel.“ (Abschnitt 26, Reha-ortho1)

„Ja, also, was, was am ehesten von den Niedergelassenen dann mitgegeben oder mitgeleitet wird sind dann, eh, dann doch eher die, die technischen, eh, Befunde oder Therapien, ehm. Röntgen/Labor. Aber was, was doch sehr dürftig ist, ist, eh, da steht dann immer so n Standardsatz, eh: ‚konservative Behandlung‘, eh, ‚erfolglos‘, ne? Und dann, und dann, eh, fragt man den Patienten: ‚Was, was, was, haben Sie denn gehabt?‘, ne? ‚Hatten Sie Physiotherapie, hatten Bewegungsbad? Elektrother-?‘. Und, und, und da, eh, da kriegen wir wenig bis keine Information, was jetzt wirklich schon an Therapien ambulant gelaufen ist. Ehm, und, eh, und meine Erfahrung ist auch die, die Patienten können das nur sehr lückenhaft wiedergeben. Die sagen: ‚Joa, ich glaub im letzten Jahr hab ich mal Massage gehabt‘. – ‚Wie oft und wann?‘ - ‚Ehm, weiß ich nicht.‘ So, eh, das, das ist natürlich auch, eh, für unseren Verlauf irgendwo oder für, für die, für die, ehm, für die Eingangsbeurteilung in die Reha für das Aufstellen des Therapieplans ist das ja schon, eh, wichtig. Wir können natürlich sagen: ‚Ist uns alles egal, wir kriegen keine Informationen, wir fangen quasi bei null an.‘. Aber wir können ja schon mal, eh, meinetwegen bei einer Elektrotherapie, eh, die ja zum Beispiel ob vielleicht nicht vertragen hat oder die nichts gefruchtet hat, dann, dann ist die Frage: ‚Fangen wir damit jetzt an oder machen wir, machen wir ne Alternative?‘ Aber da sind wirklich, ehm, ganz, ganz, spärlich bis keine Informationen.“ (Abschnitt 83, Reha-ortho2)

Die Reha-Kliniker führen diese Mängel vor allem auf das Unwissen der niedergelassenen Ärzte über die Rehabilitation und den Prozess der Reha-Antragstellung zurück. Im psychosomatischen Bereich wird von den Klinikern die Vermischung von Reha, Kur und Akuteinweisungen durch niedergelassene Ärzte beklagt.

„Man hat den Eindruck, die wissen eigentlich gar nicht: ‚Was hat die Rehaklinik für ´ne Funktion, ne? ´ So kommt das manchmal einem vor, also, dass das gar nicht geklärt ist so richtig, was wir hier eigentlich machen.“ (Abschnitt 29, Reha-ortho1)

„Da bin ich mir eben manchmal nicht sicher, ob die, ehm, Hausärzte, ehm, über alle Möglichkeiten informiert sind sozusagen. Ob die wissen: akute Krankenhauseinweisung, Krankenkasse, Reha oder Deutsche Rentenversicherung. Manchmal gewinn ich den Eindruck, dass, eh, die Hausärzte recht schnell sagen, ehm: ‚Dann gehen, fahren sie mal zur Kur. ´ Sozusagen und dann direkt ´n Reha-Antrag an die Deutsche Rentenversicherung schreiben. Ohne vielleicht nochmal zu versuchen vorher ´ne Krankenhauseinweisung zu stellen. Zum Beispiel bei eher instabilen Patienten, das weiß ich aber nicht, das ist was ich vermute.“ (Abschnitt 67, Reha-psycho)

Formulare / Bürokratie

Der Austausch über den Patienten wird aus Sicht der Reha-Kliniker durch die Formulare erschwert. Sowohl die Vorgaben denen der niedergelassene Arzt folgen muss (z. B. Dokumentation von allen Konsultationsindikationen), als auch die denen die Reha-Kliniker unterliegen (z. B. Qualitätssicherungsanforderungen der DRV) behindern in vielen Fällen den konkreten Austausch über die Eigenheiten und Besonderheiten eines Patienten (siehe auch 5.1.4.1., Kommunikation fast nur „per Brief“ und 5.1.2.2 Entlassbriefe zu lang).

„Jaja, auch diese-dieser Zwang zur Vollständigkeit und Dokumentation verhindert genau das. Nämlich, dass einer sich aber mal hinsetzt und sagt: ‚Was hatten der Mann eigentlich, ne? Also das, da muss man eben vielleicht auch vieles einfach mal weglassen und einfach sagen: ‚Das ist ein chronischer Schmerzpatient, der sich in seinen Schmerzen verloren hat.´ [...] Aber die Hausärzte werden ja durch die, nicht nur durch die Kostenträger, sondern, naja doch, durch auch die anderen Kostenträger gezwungen, diese, diese, eh, formalisierten Briefe, die immer weitergeschrieben werden, im Computer, das sind die Systeme mit denen die arbeiten, ne? Also die, und das brauchen sie, weil sie auf diese Art und Weise ihre Arbeit dokumentieren, können sie gleich nachweisen. Und das verhindert das Denken, so wie unsere langen Briefe auch das Denken verhindern.“ (Abschnitt 94-96, Reha-ortho1)

unzureichende Rezeption der Entlassbriefe

Die Reha-Kliniker gehen davon aus, dass bei der aktuellen Länge der Entlassbriefe es mehr oder weniger zwangsläufig dazu kommt, dass Informationen vom niedergelassenen Arzt

nicht wahrgenommen werden. Den niedergelassenen Ärzten fehle die Zeit, diese langen Briefe durchzulesen (siehe auch 5.1.2.2, Entlassberichte zu lang).

„[...] Die Hausärzte interessiert nicht, was wir da auf 13 Seiten schreiben. Sondern die nehmen die Diagnosen-Liste und vielleicht die Empfehlung für die Weiterbehandlung aber der Rest ist uninteressant. So ist mein Eindruck und so hab ich's auch von vielen Hausärzten schon mal gehört.“ (Abschnitt 28, Reha-ortho2)

„Ich ergänz das auch noch mal, weil ich glaube, das wir z. B. diese Medikamentenumstellung oder Ergänzung in den 13-seitigen Briefen immer erklären und genau da liegt dann das Problem, das man als Hausarzt keine Zeit hat, keine Zeit hat, 13 Seiten zu lesen.[...]“ (Abschnitt 79, Reha-ortho2)

Verordnung der Nachsorge am niedergelassenen Arzt „vorbei“

Die Rehabilitations-Nachsorge (z. B. IRENA) wird von den Reha-Klinikern verordnet. Der niedergelassene Arzt ist in die Organisation der Nachsorge in diesem Fall kaum eingebunden. Er wird lediglich im Entlassungsbrief über die Verordnung informiert. Der niedergelassene Arzt ist aus Sicht der Reha-Kliniker auch nicht der Ansprechpartner für die Nachsorge. Besonders die psychosomatischen Kliniker sehen den niedergelassenen (Haus-) Arzt nicht in der Verantwortung für die Weiterbetreuung des Patienten, dies würde den Hausarzt überfordern. Dass die Verordnung von Nachsorge oder psychotherapeutischer Weiterbehandlung ohne Rücksprache mit dem niedergelassenen Arzt geschieht, wird aus Sicht der Reha-Kliniker jedoch nicht kritisch beurteilt.

„Aber da seh', da seh' ich nicht die Rehaklinik, ehm, als, als quasi, ehm, Initiator. Also ich, ich würd mich als, als Hausarzt bedanken, wenn ich 'n Anruf von 'ner Rehaklinik krieg und, eh, und gesagt bekomm: Erinnern Sie bitte, eh, Herrn Müller, eh, bei jedem Arztkontakt, das er, das er mehr Salat essen soll. So. Würd ich sagen: „Hm? Also, was meinen Sie, was ich seit 20 Jahren mit Herrn Müller mach.“ Ehm. Also ich. Ne? Also ich, ich möcht mal jetzt sagen, wie das in der Pra- oder fragen, wie das in der Praxis laufen soll. Ehm. Natürlich, Lebensstiländerung ist, ist, ist im Grunde für, für, für viele Erkrankungen wirklich das zentrale Thema. Aber, eh, dass das jetzt mit einer Kommunikation zwischen Rehaklinik, eh, und Hausarzt verbessert werden kann, da, da hab ich Zweifel.“ (Abschnitt 190, Reha-ortho1)

„Also ich bin der Meinung, dass also wenn dann die Nachsorge nach 'ner Reha notwendig ist, sollte das also schon durch die Reha-Einrichtung eingeleitet werden. Also ich glaube, das der medizinische, dass der, der Arzt letztendlich da 'n bisschen überfordert ist, wenn nicht explizit

gesagt wird, dass also hier noch ´ne weiterführende Diagnostik oder weiterführende Therapie notwendig sind, also bin ich schon der Meinung, dass da so die Reha-Einrichtung die weitere Nachsorge steuern sollte oder einleiten sollte. Ich denke mal, dass, dass die Hausärzte da vielleicht ´n bisschen überfordert sind.“ (Abschnitt 224, Kostenträger)

5.1.4.2 Mit den Kostenträgern

(zu) lange Entlassbriefe wg. Qualitätssicherungsanforderungen

Die Reha-Kliniker bemängeln den hohen Arbeits- und Zeitaufwand der dadurch entsteht, dass die Reha-Entlass-Briefe den aus ihrer Sicht teilweise nicht nachvollziehbaren Qualitätssicherungsanforderungen entsprechen müssen.

„Was ich daran auch schwierig finde ist, wir reden über Kostendruck, wenn ich überlege, was ich die Stunde koste, um solche Briefe zu erarbeiten. Und das in der Masse gesehen, andern Kollegen oder alle, der damit zu hat, die Schreibdienste usw., das ist für mich so ´n, auch so ´n Punkt, was ich nicht ganz verstehe. Das hat mit Kosten-Nutzungs-Effekt da irgendwie für mich ´n bisschen in Frage zu stellen ist. [...] Aber solche Dinge, die müssen wir abfragen und ist für mich hat das nichts mit der eigentlichen Aufgabe, die wir hier eigentlich wahrnehmen sollten zu tun.“ (Abschnitt 111, Reha-ortho2)

Durch die Anforderung, die komplette Krankenvorgeschichte im Entlassbrief dokumentieren zu müssen, entstehen Probleme an der Schnittstelle niedergelassener Arzt - Reha-Klinik. Die vom niedergelassenen Arzt gelieferten Befunde sind nicht immer vollständig. Es herrscht die Meinung vor, dass der MDK oder der SMD sich eigentlich schon im Vorfeld der Reha um Vollständigkeit dieser Unterlagen kümmern müsse und dies nicht die Aufgabe der Reha-Klinik sein sollte (siehe auch 5.1.4.1 unzureichende, veraltete Befunde / Dokumentation von Vorbehandlungen).

„[...] Also das war auch mein Anliegen schon öfter mal. Das ich gesagt hab: „Verdammt, die Akte ist unvollständig. Gebt sie doch dem Rentenversicherer zurück, der soll sie vervollständigen, dann nehmen wir sie wieder.“ [...]“ (Abschnitt 51, Reha-ortho2)

Zum Teil werden die Beurteilungen im Peer-Review-Verfahren (Qualitätssicherung) als Schikane empfunden. Es herrscht die Empfindung vor, dass die Entlass-Berichte nicht für den weiterbehandelnden Arzt, sondern für den "Peer" (gemeint ist der Gutachter im Peer-Review-Verfahren der DRV) geschrieben werden. *„Wofür tun wir ´s? Und es ist eigentlich schon so Sprachgebrauch, das wir sagen: Wir tun es für den Peer. Ne. Also dafür machen wir das.“ (Abschnitt 108, Reha-ortho2).* Auch der Zwang mit Textbausteinen arbeiten zu müssen

um die Anforderungen überhaupt bewältigen zu können wird negativ beurteilt. Große Teile des Entlass-Berichts werden als für den weiterbehandelnden (Haus-) Arzt als irrelevant empfunden, die Erkrankungsvorgeschichte z.B. sollte dieser kennen (siehe auch 5.1.4.1, unzureichende Rezeption der Entlassbriefe).

„Textbausteine. [...] Es gibt, es gibt, ich weiß nicht, ob Sie darüber informiert sind, es gibt ein Peer-Review- Verfahren und da gibt es bestimmte, ehm, Mängellisten oder die müssen das sozusagen abkreuzen und, eh, bestimmte Dinge die für uns völlig irrelevant sind, werden als schwere Mängel angekreuzt, eh, wenn die nicht vorhanden sind. Und wir denken an ganz vielen Stellen müsste das nicht sein und, eh.“ (Abschnitt 95-97, Reha-ortho2)

intransparente Zuständigkeiten bei der DRV

Bei der Zusammenarbeit mit den Rehabilitationsträgern wünschen sich die Rehabilitationskliniker mehr Transparenz bezüglich der Zuständigkeiten einzelner Stellen beim Kostenträger. Die Fahndung nach zuständigen Abteilungen oder Empfängern von Formularen (z. B. zur Wiedereingliederung) kostet Zeit, die die Rehabilitationskliniker nicht haben oder für Behandlungen besser einsetzen könnten.

„Da hab ich einen ganz konkreten (...). Und zwar, ehm, was mir jetzt erst beim Patienten aufgefallen ist. Ich hab ein Stufenweise Wiedereingliederungs-Formular ausgefüllt. Und was muss ich machen? Auf dem Stufenweise Wiedereingliederungs-Formular steht unten: Bitte schicken Sie am Tag der Entlassung, faxen Sie am Tag der Entlassung die, an die, sowohl an die Krankenkasse als auch an die DRV. Was muss ich tun, ich muss sowohl bei der Krankenkasse als auch bei der Deutschen Rentenversicherung anrufen und eine Faxnummer erfragen, ehm, und, ehm, ja, das würde ich mir zumindest wünschen, dass ich das nicht tun müsste. Sondern das mir klar ist, wer bei der Deutschen Rentenversicherung ist für den Patienten welches, keine Ahnung, Dezernat in Berlin XYZ zuständig ist für den Patienten. So. Damit es irgendwie leichter wird.“ (Abschnitt 196, Reha-psycho)

Formulare (Umfang / Darstellungsmöglichkeiten)

Auch an den Formularen selbst sehen Reha-Kliniker Überarbeitungsbedarf, z. B. sind diese wenig geeignet um die Beeinträchtigungen psychosomatischer Rehabilitanden angemessen darzustellen. Auch der Umfang der auszufüllenden Formulare und ihre Form wurden bemängelt und negative Folgen aufgezeigt: *„[...] das da gerne das versucht wird, in den Hausarzt, Hausarztbereich, zu verschieben, das Formulare ausfüllen, auch die, die stufenweise Wiedereingliederung, oder so etwas, das ja alles Formularwesen, was laufen muss. Ehm. Und*

es ist sicherlich denk ich nicht sinnvoll, das in den, in den ambulanten Bereich zu verschieben, weil ´s eben eigentlich nur dann ein Verschieben eines Problems ist, da sind wir nicht so für. Sondern dann wär ´s eben genau die Frage ist, kann man das nicht verkürzen. Kann man da nicht weniger machen.“ (Abschnitt 195, Reha-psycho)

(Fehl-) Zuweisung („falsche“ Indikationen / mangelnde Rehabilitationsfähigkeit)

In Hinblick auf die Zuweisung von Rehabilitanden zur Rehabilitation wurden u. a. strengere Bewilligungskriterien für Rehabilitationsmaßnahmen (z. B. starke sozialmedizinische Belastung) vorgeschlagen. Sie würden eine intensivere Beschäftigung mit dem Einzelfall erlauben, was zu einem besseren Outcome führen könnte. Der gesamte Rehabilitationsbetrieb würde dadurch entlastet.

„Was wir aber ändern müssen, wir müssen gucken, wer braucht denn was. Im Moment ist es so, das per Gesetz, `par ordre de Mufti` geregelt ist: Alle kriegen alles. Das ist doch Quatsch. Ja. Also wenn wir uns um die paar sozialmedizinisch, wirklich kranken Menschen intensiv kümmern könnten und dafür die ganzen, ich sag mal, eh, andern Patienten nicht haben müssten. Dann würden wir das tun. Dann würden wir uns hochintensiv mit diesen Leuten befassen und sicher bessere Ergebnisse schaffen.“ (Abschnitt 265, Reha-ortho1)

Auch die Zuweisung nicht-rehafähiger Patienten stellt für die Orthopädie ein Problem dar.

„Also regelmäßig, nicht in großer Zahl, aber regelmäßig kommt es vor, dass Patienten aus dem Bereich Onkologie z. B. in die Reha geschickt werden. Wobei die Rehafähigkeit ´n großes Problem darstellt. Die sind also durch ihre Grunderkrankung so stark beeinträchtigt, das sie das alles, was hier eigentlich ansteht, nicht können. Hausärzte sind manchmal auch nicht so recht eingedacht in das, was Patienten hier sollen. Und wollen dem Patienten was Gutes tun, das setz ich mal voraus. Aber dabei kommt dann raus, das die Angehörigen, der Patient selber, den Wunsch haben: Da muss doch was passieren. Dann werden sie in die Reha geschickt, und hier scheitert das Ganze dann daran, dass sie nicht laufen können, dass großer Pflegebedarf besteht. Und der hier nicht zu bieten ist, ne. Also wie jemand der nun, eh, eher bettlägerig ist wegen Luftnot oder Amputation oder solcher Geschichten, eh, mit ´ner malignen Grunderkrankung, der kann in der Reha nicht betreut werden und der wird auch nicht wesentlich besser dabei. Grundsätzlich ist da eben die Rehafähigkeit nicht gegeben aber das wird eben bisweilen nicht so gesehen.“ (Abschnitt 147, Reha-ortho2)

Eine Herausforderung für die Psychosomatik sind die Patienten, die aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung nicht für einen Rehaaufenthalt in Frage kommen, während die Orthopädie

eher mit anscheinend austherapierten Patienten oder Patienten, die eher psychosomatisch behandelt werden müssten, zu kämpfen hat. Bei der letztgenannten Art der „Fehlzuweisung“ sind Verlegungen allerdings nicht immer konfliktfrei möglich.

„Und ich finde auch, also ich seh manchmal auch, ich weiß nicht, ob das ein Schnittstellenproblem ist, aber überhaupt ist es in der Orthopädie, weil Sie ja auch mehrfach schon verglichen haben, die Reha-Fähigkeit festzustellen viel einfacher finde ich als in der, im psychischen Bereich. Wo, wo, wenn der Patient ´ne Woche hier ist, haben wir ihn ja eigentlich schon unter unsere Fittiche und aufgenommen. Aber er bleibt trotzdem instabil und da ist es auch, denk ich auch für den Hausarzt viel schwieriger, die Reha-Fähigkeit zu beurteilen dann.“ (Abschnitt 60, Reha-psycho)

„Was mir manchmal noch vielleicht aus unserm Bereich manchmal, eh, hm, ansteht, ist, ehm, hm, es geht, eh, bei Fehlbelegungen. Wenn wir Patienten haben und irgendwie die aus der, aus der Akte anders einschätzen, als sie dann uns erscheinen. Dass man dann überlegt, was macht man. Also jetzt grad, wenn es sozusagen zur Schnittstelle Psychosomatik geht, Verhaltensmedizin, Psychosomatik, das dann, eh, sozusagen eine Veränderung, ´ne schnelle Veränderung oft schwierig ist. Nich. Es sein denn sozusagen, man hat die Möglichkeit, ehm, zu verlegen. Bei manchen Kostenträgern geht es, bei andern geht es nicht. Weil die dann keinen Vertrag mit andern Häusern haben. Also wir haben hier zum Beispiel hier innerhalb, ehm, von H ganz gute Kontakte zu den Nachbarkliniken. Und, ehm, dann kann, muss man erst mal sagen, welcher Kostenträger das ist. Und dann geht oder geht nicht. Das ist dann schade, weil es nicht, ehm, um Inhalte geht, ne.“ (Abschnitt 277, Reha-ortho2)

Des Weiteren werden Aufnahmen ohne Kostenzusagen und Zuweisungen mit Kostenzusagen für zu kurze Zeiträume beklagt.

„[...] Ehm, so wie unser, auch unsere indikativen Gruppen sind z. B. auf 4 Wochen ausgelegt. Ehm. Da erklärt sich allein schon, dass das, ehm, das schwierig macht in drei Wochen ´ne adäquate und auch gute und erfolgreiche Reha-Behandlung durchzuführen. Und das bedeutet für die Kollegen Arbeit. Weil, sie müssen Anträge diktieren. Das bindet Ressourcen, das bindet Zeit. [...]“ (Abschnitt 125, Reha-psycho)

„Also ich hab immer wieder den Fall, das sind Einzelfälle, das kommt nicht häufig vor, aber es kommt eben vor, dass Patienten zur Reha kommen, und zwei, drei Tage später heißt es denn: ‚Tja, tut mir leid, Kasse hat das Ganze gar nicht genehmigt.‘ Und dann reist er wieder ab. Oder eben ist es entweder generell nicht genehmigt oder eben nicht für diese Klinik. Und

dann muss der Patient woanders hin. Das haben wir immer wieder, das ist jetzt nicht häufig, aber es kommt vor. Und das find ich extrem schlimm. Das ist für alle schlimm. Für den Patienten ganz, ganz übel. Der da nach zwei Tagen dann nach Hause muss, weil 's keine Genehmigung gibt, das kommt immer mal wieder vor.“ (Abschnitt 237, Reha-ortho1)

Therapiestandards vs. Vergütung

Bezüglich der von der Deutschen Rentenversicherung vorgegebenen Therapiestandards gibt es aus den beiden Klinikergruppen der Orthopädie unterschiedliche Rückmeldungen. Während die einen die Therapiestandards als „entlastend“ (Abschnitt 263, Reha-ortho2) und „hilfreich“ (Abschnitt 265, Reha-ortho2) ansehen, weil sie eine „Struktur“ (Abschnitt 263, Reha-ortho2) vermitteln, können die anderen zwar anerkennen, dass durch Therapiestandards die „Qualität hoch(ge)halten“ (Abschnitt 257, Reha-ortho1) wird, bemängeln aber auch die Lücke, die zwischen den geforderten Therapieleistungen und der Vergütung klafft. Hier wird eine „saubere Kostenrechnung“ (Abschnitt 263, Reha-ortho1) gefordert. In der Psychosomatik liegen außer einer Pilotversion für die Behandlung Depressiver Störungen noch keine Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung vor.

zu wenig Reha-Berater

Sowohl für die Rehabilitanden als auch für die Kliniker würde es aus Klinikersicht hilfreich sein, wenn in der Klinik regelmäßig ein Ansprechpartner / Vertreter der Kostenträger anwesend und konsultierbar wäre. Die Rehabilitanden wären somit nicht auf die ausschließliche Hilfe der klinikeigenen Sozialarbeiter angewiesen (die auch nur begrenzte Kapazität haben), sondern könnten im direkten Kontakt mit dem Reha-Berater schon in Klinik Anträge auf Leistungen zur Teilhabe stellen oder anderes in die Wege leiten. Auf der Klinikseite wird vom Reha-Berater vor allem Hilfe bei der Leistungsbeurteilung und bezüglich der Empfehlungen für den Rehabilitanden und seine weitere berufliche Situation erwartet. Auch die Idee eines Patienten-Lotsen zumindest für die Zeit nach der Rehabilitation wird befürwortet.

„[...] Und der Reha-Berater wäre im Prinzip noch mal unterstützend dafür da und auch Ansprechpartner für die Patienten selbst. Also das die z.B. von hier aus auch schon Anträge für Teilhabeleistungen am Arbeitsleben stellen können. Ne und das könnte der Reha-Berater hier direkt mit dem Patienten machen z.B. oder könnte uns auch noch mal vielleicht zur Seite stehen, was in der Leistungsbeurteilung stehen müsste sozusagen, wenn wir möchten, wenn wir glauben, dass der Patient auf jeden Fall 'ne Umschulung benötigt, also, der ist glaub ich, da, könnte Frau AA dann noch mehr zur Seite stehen so und uns.“ (Abschnitt 144, psychoKliniker)

5.2 Interdisziplinäre Gruppen

Im Folgenden werden die in den interdisziplinären Gruppen herausgearbeiteten Lösungsvorschläge dargestellt. Die ausführlichen Protokolle der Gruppengespräche befinden sich in Anhang 8.

5.2.1 Lösungsvorschläge aus den interdisziplinären Gruppen

Die Lösungsvorschläge, die in den interdisziplinären Gruppen erarbeitet wurden, sind während der Gruppen auf Metaplan®-Karten dokumentiert worden. Im Folgenden finden sich die Darstellungen der gesammelten Lösungsvorschläge aus den drei verschiedenen Diskussionsrunden. Die auf den Metaplan®-Karten gesammelten Lösungsvorschläge werden im Folgenden einzeln erläutert und in ihrer Gesamtschau pro Gruppe dargestellt.

5.2.1.1 Expertenrunde aus niedergelassenen Ärzten und Kostenträgervertretern (Gruppe 1)

Da in dieser Fokusgruppe aufgrund einer kurzfristigen Absage kein Reha-Kliniker vertreten war, wurden hauptsächlich Probleme an der Schnittstelle niedergelassener Arzt – Kostenträger diskutiert. Abbildung 2 zeigt die Gesamtschau der Lösungsvorschläge dieser ersten Gruppe.

1. Selbstbeurteilungsbogen Patient

Dem Selbstbeurteilungsbogen des Patienten wird für den Rehabilitationsantrag sowohl von Seiten des niedergelassenen Arztes als auch der Kostenträger eine hohe Bedeutung zugemessen.

2. DRV-Projekt: Antragscheck mit Antragsteller

Es gibt schon ein Projekt der DRV, welches sich mit der Optimierung des Antragsprozesses bzgl. der Vollständigkeit der Antragsunterlagen und der medizinischen Begutachtung beschäftigt („Kurzbegutachtung“). Im Rahmen dieses Projekts kann der Antragsteller einen Termin vereinbaren, zu dem sein „Antragspaket“ auf Vollständigkeit überprüft wird und er Hilfe beim Ausfüllen der Unterlagen bekommt. Dies soll das Antragsverfahren weniger anonym machen und die Mitwirkung des Antragstellers betonen und stärken. Hier wird die Möglichkeit gesehen, diese befürwortenswerte Vorgehensweise noch dadurch zu optimieren,

dass ein Formblatt entworfen wird, mit dem der niedergelassene Haus- oder Facharzt darüber informiert werden kann, welche Unterlagen von seiner Seite im Antrag noch fehlen.

Mögliche Lösungsansätze für Schnittstellenprobleme zwischen niedergelassenen Ärzten und Kostenträgern

Selbstbeurteilungsbogen Patient

Kontaktpersonen beim Kostenträger transparent machen

DRV-Projekt*: Antragscheck mit Antragsteller

Rückmeldung Sachbearbeiternamenach Antragstellung

Rückmeldung: bewilligt / abgelehnt / bei Rückfragen

Rückrufanforderung nutzen!

schneller Erstgesprächstermin bei psychosom. Reha-Antragstellern

Kontakt nur bei „schwierigen Fällen“

bei ärztl. Antragsbefürwortung →Telefonat vor Ablehnung

Psychiater / Facharzt von DRV / KK zur Indikationssicherung

Weiterbildung: Verfahren Rehaantrag für Hausärzte

Internetseite: Informationen zum Rehaantrag für den niedergelassenen Arzt

Diskussion: Bedeutung Fach-/ Hausarzt als Antragsteller für Antragsbewilligung

Checkliste: Was muss dem Reha-Antrag zwingend vorangehen?

Forum / Treffen: niedergelassene Ärzte / Kostenträger / med. Dienste sprechen miteinander

Weiterbildung: Checkliste Reha-Bedarf

**Expertenrunde am 05.04.2011:
Kostenträger und niedergelassene Ärzte**

*"Reha-Sofortbegutachtung"
(Franke & Jost)

Abbildung 2: Lösungsvorschläge 1. Interdisziplinäre Gruppe

3.1 Diskussion: Bedeutung Fach- vs. Hausarzt als Antragsteller für die Antragbewilligung

Die Bedeutung des Unterschieds zwischen niedergelassenen Haus- und Fachärzten als Antragstellers für die Bewilligung / Ablehnung eines Antrags wurde diskutiert. Hier wünschen sich die niedergelassenen Hausärzte einen offenen Umgang mit der Information, ob der Antrag, der durch einen niedergelassenen Facharzt gestellt wird, höhere Bewilligungschancen hat, als der durch sie gestellte. Diese Frage stellt sich besonders bei Anträgen auf psychosomatische Rehabilitation, wo von Kostenträgerseite eine abgeschlossene fachärztliche Diagnostik Voraussetzung für die Bewilligung des Reha-Antrags ist. Im Bereich der Psychosomatik ergeben sich besondere Schwierigkeiten bei der Antragstellung aus den langen Wartezeiten auf ambulante Therapieplätze und Facharzttermine. Hier befindet sich der niedergelassene Hausarzt (mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie) im Dilemma, vor allem wenn er mit einer Krankenkassenanfrage bezüglich der Einleitung der Rehabilitation und gleichzeitig den langen Wartezeiten auf fachärztliche Versorgung seines Patienten konfrontiert ist.

3.2 schnellere Erstgesprächstermine bei psychosomatischen Reha-Antragstellern

Von Seiten der niedergelassenen Ärzte wird gefordert, dass Patienten, die eine Antrag auf psychosomatische Rehabilitation stellen und noch keinen Facharztbefund haben, zügig einen Termin für eine psychiatrische Konsiliaruntersuchung bekommen um die Bewilligung des Reha-Antrags zu ermöglichen.

3.3 Psychiater / Facharzt von der DRV / KK zur Indikationssicherung

Die niedergelassenen Hausärzte fordern, dass wenn eine psychiatrische Konsiliaruntersuchung des Patienten, der einen Antrag auf eine psychosomatische Reha stellt für die Bewilligung der Rehabilitation zwingend notwendig, die dafür benötigten Kapazitäten von den Kostenträgern gestellt werden müssten.

4.1 Rückmeldung bewilligt / abgelehnt / bei Rückfragen

Die Forderung der Hausärzte nach mehr Informationen über den Verlauf des Reha-Antrags ergibt sich vor allem aus ihrer Position als Ansprechpartner für alle gesundheitlichen Fragen des Patienten, somit auch für den Rehaantrag. Im Endeffekt ist es der niedergelassene Arzt der sich mit den Fragen des Patienten zu seinem Rehaantrag als erstes auseinander setzen muss. Die niedergelassenen Hausärzte würden eine Information (bewilligt/ abgelehnt/ Rück-

fragen) über den Fortgang des Antragsverfahrens nach Ablauf der gesetzlichen Zwei-Wochen-Frist für die Bescheidung bevorzugen.

4.2 Rückrufanforderung nutzen!

Falls Klärungsbedarf von vorneherein absehbar ist, z.B. wenn der niedergelassene Arzt den Rehabilitationsantrag nicht unterstützt, sollte unbedingt die Bitte um Rückruf durch den Bearbeiter des Kostenträgers vom niedergelassenen Arzt im Antrag festgehalten werden (DRV).

4.3 bei ärztlicher Antragsbefürwortung → Telefonat vor Ablehnung

Kommunikation zwischen „Entscheider“ und Arzt wird als essentiell betrachtet. Dies gilt besonders dann, wenn der niedergelassene Arzt die Stellung des Reha-Antrags befürwortet hat (dies ist laut DRV Nord in den häufigsten Fällen der Fall). Ein Telefonkontakt ist in den Fällen notwendig, in denen der Rehaantrag aus medizinischen Gründen abgelehnt wird. Dagegen spricht, dass im „Massengeschäft“ der Reha-Begutachtung Telefonate in diesem Umfang nur schwierig machbar sein dürften. Auch die schlechte (telefonische) Erreichbarkeit der niedergelassenen Ärzte steht dem im Wege.

4.4 Kontakt nur bei „schwierigen“ Fällen

Besonders bei „schwierigen“ Fällen, also solchen die nicht regulär beschieden werden, besteht aufgrund der Nachfragen der Patienten beim niedergelassenen Arzt ein starkes Informationsbedürfnis. In diesen Fällen sollte von der Kostenträgerseite Kontakt mit dem niedergelassenen Arzt aufgenommen werden.

5.1 Kontaktperson beim Kostenträger transparent machen

Das Problem der nicht erreichbaren bzw. nicht bekannten Kontaktpersonen beim Kostenträger stellt sich vor allem bei der DRV Bund, wird von den niedergelassenen Ärzten aber auch bei den anderen DRVen wahrgenommen. Es gibt zwar immer die Möglichkeit sich über die Zentrale verbinden zu lassen, z.B. zum Sozialmedizinischen Dienst, aber welcher Ansprechpartner genau für welches Anliegen zuständig ist, ist vielen niedergelassenen Ärzten nicht bekannt. Hier könnte durch gezielte Informationen zu Zuständigkeiten Abhilfe geschaffen werden.

5.2 Rückmeldung Sachbearbeiternamen nach Antragstellung

Hier wäre denkbar, den Antragseingang beim Kostenträger schriftlich zu bestätigen und gleichzeitig den zuständigen Sachbearbeiter zu benennen. Dies sollte an den Antragsteller,

nicht an den niedergelassenen Arzt gehen. Dagegen spricht der organisatorische Mehraufwand auf der Kostenträgerseite.

6.1 Weiterbildung: Verfahren Rehaantrag für Hausärzte

Insgesamt melden die niedergelassenen Ärzte Weiterbildungsbedarf bezüglich des gesamten Prozesses der Reha-Antragstellung an. Nach wie vor gibt es viele Unklarheiten, Intransparenzen und Irrglauben, die zu Schnittstellenproblemen führen. Eine stärkere Auseinandersetzung der niedergelassenen Ärzte mit dem Reha-Antragsverfahren wird gefordert und befürwortet. Themen der Fortbildung könnten z.B. Begutachungskriterien der einzelnen Kostenträger, Ablauf des Antragsprozesses, Bedeutung der Ablehnungsgründe u. ä. sein.

6.2 Checkliste: Was muss dem Rehaantrag zwingend vorgehen?

Die niedergelassenen Ärzte wünschen sich eine Checkliste, die die vor der Reha-Antragstellung „abzuarbeitenden“ Punkte (z.B. Facharztkonsultation, ambulante Therapien) enthält, damit der Rehaantrag nicht „automatisch“ abgelehnt wird.

6.3 Weiterbildung Checkliste Rehabedarf

Es wird vorgeschlagen, die vorhandenen Reha-Bedarfschecklisten in Weiterbildungsveranstaltungen für niedergelassene Ärzte publik zu machen.

7. Internetseite: Informationen zum Rehaantrag für den niedergelassenen Arzt

Die Ausarbeitung einer Internetseite, die niedergelassenen Ärzten die Möglichkeit gibt, sich niedrigschwellig über alle Fragen bezüglich des Reha-Antrags-Verfahrens zu informieren, wird sowohl von Kostenträgerseite als auch von den niedergelassenen Ärzten befürwortet. An der Ausgestaltung der Seite müssen sowohl Leistungserbringer als auch zukünftige Nutzer beteiligt sein.

8. Forum / Treffen: niedergelassene Ärzte / Kostenträger / medizinischer Dienst sprechen miteinander

Eine regelmäßig stattfindende Veranstaltung, bei der niedergelassene Ärzte, Kostenträgervertreter und Vertreter des medizinischen Dienstes zusammen kommen und sich über reha(antrags)relevante Themen austauschen können, wurde angedacht.

5.2.1.2 Expertenrunde aus niedergelassenen Ärzten, Reha-Klinikern und Kostenträgervertretern (Gruppe 2)

Abbildung 3 zeigt die Gesamtschau der Lösungsvorschläge dieser zweiten Gruppe.



Abbildung 3: Lösungsvorschläge 2. Interdisziplinäre Gruppe

1. Kurzbrief für jeden Rehabilitanden

Viele Reha-Kliniken entlassen ihre Rehabilitanden mit einem Kurzbrief, in dem die wichtigsten Dinge (Diagnosen, Medikation, Empfehlungen und genauer Arbeitsfähigkeitsstatus) zusammengefasst sind. Dies sollte für alle Kliniken verbindlich werden.

2. Bericht über MDK / SMD

Die Krankenkassen können den Entlassungsbericht, das Einverständnis des Patienten vorausgesetzt, über den MDK / SMD anfordern. Den Bericht können sie dann entnehmen, ob weitere Schritte von ihrer Seite notwendig sind.

3.1 Was braucht der niedergelassene Arzt im Entlassungsbericht?

Empfehlungen, Diagnosen, Medikation und sozialmedizinische Einschätzung

Im Entlassungsbericht sind für den niedergelassenen Arzt vor allem die Empfehlungen, Diagnosen, Medikation und sozialmedizinische Einschätzung interessant und für seine weitere Behandlung relevant. Im psychosomatischen Bereich ist zusätzlich auch noch die ausführliche Anamnese interessant.

3.2 KTL im Bericht nicht zusätzlich kommentieren

Der KTL-Bogen gibt Auskunft über alle erfolgten Therapien. Er muss nur in Ausnahmefällen zusätzlich kommentiert werden.

4. Fortbildungen zu / Austausch über Leistungen zur Teilhabe

(mehr Infos für den niedergelassenen Arzt)

Viele niedergelassene Ärzte scheinen wenig über Leistungen zur Teilhabe (am Arbeitsleben) zu wissen. Hier müssten Fortbildungen angeboten werden.

5.1 Kommunikation: Rückrufbitte per Fax / Email von Klinikerseite

Niedergelassene Ärzte und Kliniker waren sich einig, dass man gegenseitige Bitten um Kontaktaufnahme am besten per Fax oder Email, unter der Angabe günstiger Erreichbarkeitszeiten, austauschen sollte. Dies setzt zumindest von Klinikerseite voraus, dass die Kontaktdaten des niedergelassenen Arztes bekannt sind (siehe 5.2, 5.4).

5.2 Emailadressen vom niedergelassenen Arzt auf den Antrag

Die Emailadresse des niedergelassenen Arztes sollte auf den Antragsunterlagen vermerkt werden, um Kontaktaufnahmen von Klinikerseite zu erleichtern.

5.3 Kontakt über den Patienten vermitteln (Rückrufbitte des Klinikers)

Es wird auch die Möglichkeit gesehen, den Rehabilitanden zu bitten Kontakt mit dem niedergelassenen Arzt herzustellen oder Befunde einzufordern.

5.4 Kontaktdaten per Visitenkarte (über den Patienten) austauschen

Ein weiterer Vorschlag war die Übermittlung der Kontaktdaten (Emailadresse, Telefonnummer) des niedergelassenen Arztes über den Rehabilitanden per Visitenkarte.

6.1 Telefon- / Fax-Kontakt Kliniker / niedergelassener Arzt wg. Befunden

Das Nachfordern von Befundberichten über telefonische Anfragen oder per Fax wird sowohl von Seiten der Reha-Kliniker als auch von den niedergelassenen Hausärzten als potentiell unproblematisch empfunden und teilweise auch schon so praktiziert. Die Erreichbarkeit der niedergelassenen Ärzte stellt hier jedoch ein Erschwernis dar, da ja auch die Zustimmung des Patienten zur Übermittlung der Daten gegeben werden muss. Das Vorliegen des vollständigen Befundberichts zur Aufnahme des Patienten sollte aus Sicht der Reha-Kliniker jedoch den Standard darstellen. Das nur unvollständige Vorliegen von Befundberichten kann aus Sicht der niedergelassenen Ärzte auch daran liegen, dass sie für die Antragstellung zwar die Notwendigkeit der Rehabilitation darlegen wollen / müssen, dazu aber aus ihrer Sicht nicht einen kompletten Befundbericht liefern müssen.

6.2 1 Blatt: Diagnosen / Medikation als Befund vom niedergelassenen Arzt

Von Klinikerseite wurde vorgeschlagen, den Befundbericht durch ein Blatt zu ergänzen auf dem die relevanten Dauerdiagnosen und die aktuelle Medikation aufgeführt werden. Dies soll nicht die ausführlichen Befundberichte ersetzen, kann aber dazu dienen schnell Klarheit über das vollständige Krankheitsbild des Rehabilitanden zu bekommen. Außerdem wäre so sichergestellt, dass keine relevante Diagnose/ Erkrankung in den teilweise sehr ausführlichen Befundmaterialien übersehen wird.

6.3 Kein Krankenkassenausdruck!

Die Diagnosenübersicht sollte nicht dem „Krankenkassenausdruck“ (über die Patientenkontakte, Ziffern) der letzten zehn Jahre entsprechen. Es sollten nur wichtige und reharelevante Diagnosen aufgeführt sein.

7.1 Keine psychosomatische Reha ohne vorherige Begutachtung / Diagnostik durch einen Facharzt

Diagnostik ist keine Aufgabe der Rehabilitation. Bei Rehabilitanden, die ohne ausreichende Diagnostik in die Rehabilitation kommen, geht wertvolle Zeit verloren, die für die Behandlung zur Wiederherstellung der Teilhabe gebraucht würde. Aus diesem Grund muss jeder in eine psychosomatische Rehabilitationsklinik eingewiesene Patient eine ausreichende Vordiagnostik durchlaufen haben. Dieser Punkt überschneidet sich mit dem Punkt 3.1-3.3 der vorherigen Gruppendiskussion.

7.2 Persönliche Begutachtung in einigen Fällen wichtig!

Die niedergelassenen Ärzte gehen davon aus, dass es Reha-Antragsteller gibt, deren Reha-Bedarf sich ausschließlich in einer persönlichen, medizinischen Begutachtung, positiv feststellen lässt. In diesen „Spezialfällen“ sei eine Begutachtung unumgänglich.

5.2.1.3 Expertenrunde aus niedergelassenen Ärzten, Reha-Klinikern und Kostenträgervertretern (Gruppe 3)

Abbildung 4 zeigt die Gesamtschau der Lösungsvorschläge dieser zweiten Gruppe.

1.1 Kurzbrief für jeden Rehabilitanden

Der Kurzbrief in dem nur die wichtigsten Informationen (z.B. Diagnosen, Empfehlungen) enthalten sind, wird von jeder Klinik für jeden Rehabilitanden gefordert.

1.2 2 Versionen des E-Briefs (kurz/lang)

Am besten wäre es, eine Kurz- und eine Langversion des Entlassbriefs zu erstellen. Die Kurzversion wird bei der Entlassung für den niedergelassenen weiterbehandelnden Arzt mitgegeben. Der ausführliche Brief (Qualitätssicherungsanforderung der Kostenträger) kann später kommen.

2 Hinweise an den Kostenträger über „Falschangaben“ im E-Brief

Liegen konkrete Hinweise dazu vor, dass eine Klinik systematisch Falschangaben zu den stattgefundenen Therapien in ihren Entlassbriefen macht, sollte dies vom niedergelassenen Arzt unbedingt an den Kostenträger gemeldet werden.

Mögliche Lösungsansätze für Schnittstellenprobleme zwischen niedergelassenen Ärzten, Kostenträgern und Reha-Kliniker/n



**Expertenrunde am 13.04.2011:
Reha-Kliniker, Kostenträger und niedergelassene Ärzte**

Abbildung 4: Lösungsvorschläge 3. Interdisziplinäre Gruppe

3.1 Reha-Info-Nummer / Reha-Info-Mailadresse

Unter einer zentralen Reha-Info-Nummer oder Reha-Info-Mailadresse könnten Informationen über die Rehabilitation schneller abgerufen werden als über die zentrale Hotline der DRV Bund.

3.2 Bundesweite Nummer mit örtl. Zuweisung

Die Erleichterung der telefonischen Kontaktaufnahme (siehe 5.1) könnte auch über eine zentrale Nummer, bei der die Anrufer (über ihre Vorwahl) an die zuständige RV weitergeleitet werden, realisiert werden.

4 „Intranet“ – verlässliche und sichere Kommunikation

Die niedergelassenen Ärzte wünschen sich den Ausbau eines datensicheren Weges („Intranet“) um mit den Reha-Kostenträgern über die Patienten zu kommunizieren. Innerhalb der KV ist diese Art der Kommunikation schon üblich und den Ärzten vertraut. Dies würde Kommunikationszeiten (z. B. Postwege) deutlich reduzieren. Auch für die Kommunikation zwischen den Kostenträgern wäre dies eine Erleichterung. Vereinheitlichte Datenschutzrichtlinien wären hier jedoch nur eine der notwendigen Voraussetzungen.

5.1 Checkliste wichtigster Punkte für den Rehaantrag: Reha-Schwerpunkt, Sprache usw.

Ausgehend von dem häufiger auftretenden Problem, dass Rehabilitanden mit unzureichenden deutschen Sprachkenntnissen in Reha-Kliniken eingewiesen werden, die dafür keine Kompetenzen haben, wurde die Ergänzung des Reha-Antrags durch eine kurze Checkliste, vorgeschlagen. In dieser Checkliste sollten wichtige Punkte wie z. B. Sprachverständnis und gewünschter Reha-Schwerpunkt der behandelnden Ärzte aufgeführt sein.

5.2 Alternative: freier Brief zum Antrag (+ Checkliste was rein muss)

Die Kostenträgervertreter befürworten es, wenn der niedergelassene Arzt den ärztlichen Teil des Reha-Antrags durch einen freien Brief ergänzt. Die niedergelassenen Ärzte sehen in freien Briefen bessere Darstellungsmöglichkeiten für den einzelnen Patienten. Es müsste aber wiederum eine Festlegung (Checkliste) geben, welche Punkte dieser Brief auf jeden Fall enthalten muss (siehe 5.1, Sprachverständnis, Reha-Fähigkeit).

6 Nachverfolgungsnummer für Reha-Anträge (wie beim Paket)

Das Prinzip der Paketnachverfolgungsnummer soll auf den Reha-Antrag übertragen werden. Der „Weg“ des Antrags soll somit vom Eingang beim Kostenträger bis zur Bewilligung online nachverfolgt werden können. Neben dem Stand der Bearbeitung müssten auch die jeweiligen Ansprechpartner beim Kostenträger genannt werden.

7.1 Infoveranstaltung / Weiterbildung zum Rehaantrag für niedergelassene Ärzte

Informationsveranstaltungen, die einen Einblick in die Arbeit des SMD / MDK und die Vorgänge bei der Entscheidung über Reha-Anträge geben, müssten von Kostenträgerseite angeboten werden.

7.2 Kleingruppengespräche à la Qualitätszirkel

Kleingruppengespräche (in den Qualitätszirkeln oder orientiert daran) zu Fortbildungszwecken könnten neben Plenarveranstaltungen stattfinden. Dort könnte der direkte Austausch zwischen Kostenträgern und niedergelassenen Ärzten sowie das Verständnis für die jeweils andere Position, auch am Beispiel von Einzelfällen, gefördert werden. Die Reha-Kliniker könnten hier zwecks Vernetzung auch noch dazu gebeten werden.

8 Reha-Kompetenz-Zentren ARGE / MDK / SMD (Begutachtung unklarer Fälle)

In diesen Kompetenzzentren, die vom MDK und dem SMD gemeinsam betrieben werden sollten, könnten Problemgruppen von Patienten (Langzeitarbeitsunfähige, Langzeitarbeitslose, § 51) sozialmedizinisch begutachtet und beraten werden.

9.1 Ärzte und Kliniken koppeln

Die Kommunikation zwischen Reha-Klinikern und niedergelassenen Ärzten könnte auch dadurch verbessert werden, dass bestimmte niedergelassene Ärzte ihre Patienten (natürlich indikationsgerecht) immer in dieselben Kliniken schicken. Ein Austausch zwischen den beiden Gruppen könnte somit gefördert werden. Ansprechpartner wären bekannt und es könnten Kommunikationsstrukturen aufgebaut werden. Dies sollte gleichzeitig mit den Reha-Kompetenz-Zentren (siehe 8) bzw. der Möglichkeit einen engen Kontakt zu einem beratend tätigem Sozialmediziner verbunden sein.

9.2 Reha regional!

Die Rehabilitation sollte für die meisten Rehabilitanden wohnortnah stattfinden. Dabei wäre auch die in Punkt 9.1 genannte Kopplung von niedergelassenen Ärzten und Reha-Kliniken positiv zu bewerten.

5.3 Abschlusskonferenz

Die Ergebnisse der Abschlusskonferenz wurden im Protokoll wie folgt festgehalten. Im Protokoll steht zunächst das identifizierte Problem mit den zugehörigen, im zweiten Projektabschnitt (interdisziplinäre Gruppen) erarbeiteten, Lösungsmöglichkeiten. Im Anschluss an die Darstellung des Problems und seiner Lösungsmöglichkeiten werden die wesentlichen Aspekte der Diskussion der Teilnehmer zusammenfassend dargestellt. Am Ende des Protokolls werden die daraus abzuleitenden Empfehlungen und eine kurze To Do-Liste als Ergebnisse der Abschlusskonferenz festgehalten.

5.3.1 Protokoll der Abschlusskonferenz

Termin: 24.08.2011

Dauer: 15:00 – 18.25 Uhr

Teilnehmer: Dr. W. Egelkraut, A. Hansohm, Dr. C. Schäfer, J. Janetzek, Dr. Bettina Fallenbacher, Dr. W. Strich, Dr. M. Vogel, Dr. G. Langs, Dr. JM Träder, Dipl.-Psych. N. Pohontsch, Dr. R. Deck

Begrüßung der Teilnehmer / Einführung durch R. Deck

1. Problem: unzureichende Befunde bei Antragstellung (Adressat: Kliniker, niedergelassene Ärzte)

Erarbeitete Lösung:

- Ergänzung des Antrags durch den Hausarzt um eine Seite: (ICD 10-) Diagnosen- und Medikationsübersicht
- Checkliste zum Rehaantrag (evtl. als freier Brief)
 1. gewünschter Reha- Schwerpunkt des antragstellenden Arztes
 2. gewünschter Reha- Schwerpunkt des Versicherten
 3. Sprachverständnis und Selbsthilfefähigkeit des Versicherten
 4. Prognose der Erwerbsfähigkeit
 5. Begründung der Reha-Bedürftigkeit

Diskussion:

- eine Doppelung gewisser Information im Antrag (z. B. auf einem Extra-Checklisten-Blatt bzw. als freier Text) wird nicht als sinnvoll angesehen
- stattdessen sollten auf der Homepage Informationen zur Verfügung gestellt werden, die den niedergelassenen Arzt dafür sensibilisieren, welche Punkte des Antrags aus welchem Grund besonders wichtig sind und unbedingt sorgfältig ausgefüllt werden

müssen (unter Erwähnung möglicher Konsequenzen fehlender Informationen); betrifft vor allem Sprachverständnis, reharelevante Diagnosen und Medikation, sowie den gewünschten Reha-Schwerpunkt

- des Weiteren soll der Leistungsbereich der DRV Nord darauf hingewiesen werden, verstärkt darauf zu achten, z. B. Personen mit mangelndem Sprachverständnis nicht in für sie ungeeignete Kliniken zu verweisen; in diesem Bereich sind auch Fehler der Sachbearbeiter denkbar, die gemachte Kreuze bezüglich des Sprachverständnisses u. U. nicht übertragen

„[...] dass wenn man auf der Homepage ist und klickt niedergelassene Ärzte, dann müsste man sofort einen Bereich haben für niedergelassene Ärzte und wenn man klickt Sprachprobleme des Patienten, hat man direkt eine Information. So was. Also, wenn man sagt künftig sollten die Informationen der Rentenversicherungsträger an die niedergelassenen Ärzte verbessert werden. In ihrem Zugang, damit wirklich man schnell die Information bekommt, die man braucht. Damit könnte man in solchen, auf diesem Homepagebereich z. B. auch die, auf bestimmte Aspekte hinweisen, denn ich finde eine Angabe zweimal zu machen, das werden vielleicht zwei Ärzte machen, aber mehr auch nicht. Denn ganz schnell werden Sie sehen, warum soll ich das zweimal schreiben. Aber wenn man eine Information gibt und sagt: Das und das ist besonders wichtig. Also, wenn es einen Punkt gibt: Worauf muss ich achten?! A) Das Wichtigste ist... Oder dann, vielleicht hätte man dann diese Akzentuierung, die man braucht. So, das ist das Eine. Das andere, das Sie Herr X gesagt haben: Wir haben erlebt, dass, und wahrscheinlich andere Kliniker auch so, dass immer mal wieder Versicherte kommen, die die Sprache nicht kennen. und sie waren in einer Klinik, wo eben diese Sprache nicht beherrscht, diese fremde Sprache. Das ist natürlich ein Problem. Das ist eine blöde Situation, d. h. einerseits auf diesem Homepage-Bereich für die niedergelassenen Ärzte muss man einen Hinweis geben, Achtung hier Versicherte, die. Es ist ganz wichtig, dass man im Antrag sagt, der Versicherte spricht nicht Deutsch. Und b) wir würden im Leistungsbereich noch mal darauf hinweisen, dass man besser auf diesen Hinweis achten muss und dass man, wenn man keine Klinik bekommt, dann lieber ablehnen sollte. Aber nicht in eine Klinik schicken, wo der Patient, also...“ (Zeile 210-229, DRV Nord-Vertreterin)

- es wird darauf hingewiesen, dass es zumindest im Bereich der Betriebsärzte schon eine Art Checkliste für Reha-Bedarf (der DRV) als Denkanstoß gibt
- Checklisten-Punkte sollen jedoch nicht als Ausschlusskriterien bzw. Abbruch-Kriterien für die Antragstellung verstanden werden, dies ist nicht Ziel
- die Idee der Pflichtfelder wird diskutiert, für Diagnosen, Reha-Schwerpunkt etc.; Rücksendung des Formulars, wenn Pflichtfelder schlecht ausgefüllt sind

„[...] Im Internet gibt es ja auch diese Sternchen Pflichtfeld. Basta ja. Und dann machen Sie Sternchen dran, da steht Pflichtfeld. und wenn bei der ersten Durchsicht dieses Formulars schon erkannt ist, dass das nicht ausgefüllt ist, dann geht es direkt wieder an den Antragsteller zurück. und ohne Kommentar: Bitte Pflichtfeld ausfüllen.“ (Zeile 425-429, niedergelassener Arzt)

- die Akzeptanz zusätzlicher Materialien wird aus Hausärztesicht angezweifelt
- Angaben zum Sprachverständnis werden im Versicherten-Formular nicht abgefragt: Empfehlung dies zu ändern?
- Bürokratiendebatte wird schon seit Jahren geführt, da sollte nicht noch mehr Formularwesen eingeführt werden
- Medikations- und Diagnosenzettel darf nicht ein reiner „Krankenkassenausdruck“ sein, wichtig alle an der Behandlung beteiligten Ärzte zu fragen (wichtige Information für die Webseite)

„Also, viele Niedergelassenen schicken uns ja diesen Krankenkassenausdruck da über Medistar, wo dann alle Diagnosen der letzten zehn Jahre kommen. Das hilft einem nicht.“ (Zeile 452-453, Reha-Kliniker)

- der Versicherte muss nach/mit der Bewilligung einen Hinweis bekommen, dass er die Informationen von allen behandelnden Ärzten in die Klinik mitbringen muss/ wonach er sich erkundigen muss (siehe Punkt 1 auf der Folie)

„Mit der Bewilligung der Versicherte einen Hinweis bekommt, dass er vom Hausarzt oder von sämtlichen Ärzten, die und die Informationen bereit halten und mitbringen soll, in die Klinik.“ (Zeile 522-524, DRV Nord-Vertreter)

„Ja, das gibt es ja mittlerweile auch schon. Das machen ja die Kliniken in aller Regel. Aber ich finde, der Prozess müsste sehr viel früher. Früher beginnen. Das also auch nicht so unter diesem Zeitdruck. Das weiß ich auch aus Erfahrung. Die

Versicherten kommen einen Tag vorher zu ihrem Hausarzt und jetzt füll mal noch diesen Bogen aus und morgen fährt um sieben bitte mein Zug.“ (Zeile 526-530, IKK Nord-Vertreter)

- Erläuterung der Punkte 1-16 des ärztlichen Befundberichts auf der Webseite (DRV Nord)
„Das wir einfach so wie bei der Steuererklärung, einmal erklären, warum bitte Punkt 1 wichtig ist. Und das für die Punkte, die da drin stehen. Sind ja die, die hier genannt wurden. Einmal erklären, da hat man zumindest im Internet eine Plattform, auf der das einmal erläutert ist. Vielleicht machen das ja schon andere Rentenversicherungsträger, mal schauen, ob das nicht längst schon jemand hat.“ (Zeile 565-569, DRV Nord-Vertreterin)
- die 4-Tage-Frist für die Bescheinigung der Reha-Fähigkeit wird diskutiert

2. Problem: mangelnde Kenntnis des Antragstellungsprozess (Adressat: Kostenträger, niedergelassene Ärzte)

Erarbeitete Lösung:

- Erstellung einer Internetseite bzw. eines Web-Auftritts mit der Zielgruppe niedergelassene Fach- und Allgemeinärzte, Gestaltung unter Mitwirkung aller Beteiligten
 1. Informationen zu Rehabilitationsantrag/ Rehabilitation
 2. Voraussetzungen, Ablauf des Antragsprozesses
 3. Fristen und Wartezeiten
 4. Informationen zu Reha-Bedarf
 5. Bereitstellung der Bedarfscheckliste zum Download

Diskussion:

- Abwägung Ärztefortbildung gegen Homepage: Fortbildung nicht für jeden machbar, Webseite ist niedrigschwelliger und jederzeit kurzfristig erreichbar
„Ich würde ganz gerne mal eine Frage stellen, es ist, die niedergelassenen Ärzte sagen: Mensch, ich weiß, ich stell da so einen Antrag und ich hör da nichts. ich weiß gar nicht: Was macht die KK mit dem Ding, wie lange lassen die das liegen, bevor das an den MDK geht? Also, ich sag mal: So ein grundlegendes Unverständnis. Und das ist ja Ihnen auch entgegen geschlagen, der DRV. Ich hab damals gesagt: Woran liegt das? Weil wir uns nicht unterhalten, ne? Die Frage

ist ja nur: Den Aufwand, den man da betreiben muss um da so eine Webseite zu machen, der ist ja enorm. Wenn das denn wirklich so wäre, dass die ganzen Ärzte gerne mal wissen wollten, wie das eigentlich abgeht hinter den Kulissen. Bei der Antragsbearbeitung, Antragsprüfung. Und die wirklich immer wieder darauf zugreifen, dann könnte man den Aufwand ja betreiben. Ansonsten würde ich einfach vorschlagen, alle Ärzte, die interessiert sind, diese Prozesse mal kennenzulernen, werden eingeladen über die Ärztekammer und dann kommt ein Referent der DRV Nord und Referenten des MDK und vielleicht Referenten der Kassen und der erklärt Ihnen das mal. Und dann wissen die einmal Bescheid, was da passiert. (Zeile 745-757, BEK-Vertreter)

- Verlinkung der Webseite auf KV- bzw. Ärztekammer-Webseite
- Vorschlag : Intranet für Reha-Antragstellung, Online-Kommunikation
- anstelle der Webseite wird eine Aufbereitung und Veröffentlichung der Informationen im Nordlicht vorgeschlagen
- es wird ein „Hilfe-Button“ vorgeschlagen, der das elektronische Ausfüllen des Reha-Antrags erleichtert (bei Unsicherheiten wird der Hilfebutton geklickt und man erhält Erläuterungen bezüglich der einzelnen auszufüllenden Punkte)

„Ich denke, das was momentan hauptsächlich fehlt, ist so eine Art Hilfebutton, das man eben sagt, an dem Punkt, da weiß ich nicht, was schreibe ich da am besten hin und dann klickt man auf den Hilfebutton und dann geht das auf und der sagt: Wenn Sie das schreiben, passiert das und wenn Sie das schreiben passiert das. Ne? Mal so vereinfacht.“ (Zeile 892-895, niedergelassener Hausarzt)

- Diskussion, wodurch die Probleme mit den langen Reha-Anträgen entstehen; Diskussion der Fehlerquelle freier Brief ohne korrektes/komplettes Ausfüllen des Formulars
- Bitte der DRV an die niedergelassenen Ärzte den Rehaantrag durch freie Briefe zu ergänzen

„Das man tatsächlich die Frage stellen muss, ob dieser Reha-Antrag richtig ist und die Bedarfe von Klinikern, aber auch Hausärzten berücksichtigt. Das ist ne Wahnsinnsarbeit, aber ich denke, wenn es in der Tat so ist, dass man mit dem Vordruck nicht ordnungsgemäß arbeiten kann, weil er nicht adäquat die richtigen Fragen stellt. Dann muss man den Mut haben, so etwas ins Ärztegremium zu

geben und zu sagen, das muss Bittesehr überarbeitet werden. Wen man das dadurch umgehen kann, dass man pragmatisch sagt: Liebe Leute, wir machen zackzackzack, diese eine Seite oder zwei Seiten und von unserer Seite, also der RV, RV Nord wird die Empfehlung dazu geschrieben: Wenn Sie wollen, können Sie gerne freitextlich mit Unterlagen etwas beifügen. Dann ist das vielleicht eine pragmatische Lösung.“ (Zeile 969-977, DRV Nord-Vertreter)

- Webseite der DRV Bund ist zur Zeit in Überarbeitung
- es muss eine Art „Pflichtenheft“ geben, das definiert welche Informationen in welcher Form / welchem Umfang sich die Enduser (niedergelassene Ärzte) wünschen, bei der Erstellung der Webseite müssen niedergelassene Ärzte von Anfang an involviert sein

„Im Raum steht ja die Frage, ob es eine Arbeitsgruppe Webseite geben soll. Ich glaube, aus der, aus den verschiedenen Äußerungen herausgehört zu haben, dass man in der heutigen Zeit kommunizieren sollte über Internet und das man schon aus Praktikabilitätsgründen über Internet diese Information zugänglich machen müsste. Und dazu, da hat die RV genauso wie die KV eine Bringschuld. D. h. die müssen das zur Verfügung stellen. Das ein richtiger Ansatz zu sagen: Da sollte eine Arbeitsgruppe mal einen Forderungskatalog zusammenstellen, den man an die Leistungsträger, also an die KV und die RV gibt, dann sozusagen. Als Ergebnis der Arbeitsgruppe. [...] Ja, aber es muss ja von einer Arbeitsgruppe aufbereitet werden, welche Anforderungen man in Grunde genommen von Seiten der User an diese Webseite hat und ich glaube, das wäre schon ein wahnsinniger Gewinn, wenn wir hier, wenn so eine Arbeitsgruppe existieren würde, die diese Anforderungen definieren würde. Die gibt man dann an die DRV entweder Nord oder Bund. Um sie ins Verfahren zu geben.“ (Zeile 1024-1031 und 1050-1054, DRV-Nord-Vertreter)

- Webseite braucht eine gut strukturierte/umgesetzte Suchfunktion
- Herr Egelkraut bittet Frau Glaser-Möller in der Arbeitsgruppe, die die Inhalte der Webseite definieren soll, mit-/weiterzuarbeiten
- die Rahmenbedingungen für die Webseitengestaltung müssen intern (DRV Nord) definiert werden, sobald es um die Gestaltung geht, sollten die User dazukommen

- als User-Vertreter kommt der Fachausschuss hausärztliche Versorgung bei der KV in Frage, Herr Träder erklärt sich bereit, den Kontakt zu vermitteln
- Herr Strich möchte den Berufsverband kontaktieren
- die psychosomatische Reha (Ansprechpartner Psychotherapeuten etc.) darf dabei nicht vernachlässigt werden

**3. Problem: mangelnde Information beim Hausarzt
(Adressat: Kostenträger, niedergelassene Ärzte)**

Erarbeitete Lösung:

- Überarbeitung der „Informationen zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe – Rehabilitationsantrag“

Diskussion:

- das oben genannte Informationsschreiben ist nicht für den niedergelassenen Arzt gedacht, sondern dienen der Aufklärung des Versicherten
- bei Fragen sollte der Versicherte an die Berater der Krankenkasse oder RV bzw. die gemeinsamen Servicestellen verwiesen werden

„Also, die Empfehlung, die ich eigentlich geben würde, dass der niedergelassene Arzt sich mit diesen Unterlagen nicht beschäftigt. Das in jedem Fall, denn das stimmt. Das ist so ein Paket. Und es gibt so sehr gute Berater bei den Krankenkassen, bei unseren Beratungsstellen und.“ (Zeile 1216-1219, DRV Nord-Vertreterin)

- es ist nicht die Aufgabe des Arztes dem Versicherten die in dem o. g. Informationsschreiben enthaltenen Informationen zu „übersetzen“
- trotzdem ist Bedarf an Weiterbildung zu den in diesem Informationsschreiben behandelten Themen bei den niedergelassenen Ärzten vorhanden
- attraktive eintägige Weiterbildungsveranstaltung zu Antragsverfahren und damit zusammenhängenden Themen, bei Bedarf wird die RV diese Veranstaltungen anbieten (evtl. Primärzielgruppe: frisch niedergelassene Ärzte)

4. Problem: mangelnde Information über Reha-Inhalte

(Adressat: Kostenträger, Kliniker, niedergelassene Ärzte)

Erarbeitete Lösung:

- Informationen in Kleingruppengesprächen / Qualitätszirkeln
- Informationsveranstaltungen von Klinik- und Kostenträgerseite
- Teilnahme niedergelassener Ärzte an klinikinternen Veranstaltungen

Diskussion:

- regelmäßige Veranstaltungen, die der Kontaktförderung zwischen niedergelassenen Ärzten und Reha-Klinikern dienen, könnten als zu zeitaufwändig empfunden werden
- Kurzvorträge in der Kreisstellenversammlung zu Änderungen bei Reha-Anträgen/Updates denkbar

„Und wenn sich jetzt tatsächlich was im Kassenbereich ändert, im Formular oder Reha-Antrag dann wäre es eine Möglichkeit, das an die Kreisstellenversammlung anzubinden und zu sagen: Da hat sich was geändert. Kurzvortrag, zehn Minuten, so sieht im Kassenbereich jetzt die Beantragung von Rehabilitation aus. Das hat sich geändert. Diese Voraussetzungen von Ärzten müssen erfüllt werden. Wäre das ein Forum, wo automatisch viele Leute da sind und wo man sich mit zehn Minuten Vortrag nicht unbeliebt macht. z. B., das wären so Dinge, die mir einfielen. Denn nach Segeberg fährt man, wenn man sich wirklich dran interessiert. Auf der Kassenarztsitzung sitzen aber viele, die aus ganz anderen Gründen da sind. Und das einfach mit abspeichern und vielleicht tatsächlich was mitkriegen.“ (Zeile 1393-1402, niedergelassene Hausärztin ZB Psychotherapie)

- Exkurs (Ergebnis von Dr. Fallenbachers Nachfrage bei der Ärztekammer SH):
 - o es gab/gibt keine Veranstaltung zum Thema Reha-Wesen
 - o Anfragen laufen nur bezüglich des 16-Stunden-Kurses (Berechtigung zur Stellung und Abrechnung von Reha-Anträgen im KK-Bereich), diese werden an die KVSH verwiesen
 - o die KVSH verweist mangels Nachfrage an diesen Kursen (ca. 8/Jahr) an andere Akademien (KVHH, KVMVP, Inselakademie Sylt)
- es gibt also eigentlich bisher kein Angebot, bei dem sich Ärzte „live“ informieren könnten

5. Problem: Unklarheiten bei der Antragstellung

(Adressat: Kostenträger, niedergelassene Ärzte)

Erarbeitete Lösung:

- Fortbildungen zum Prozess der Reha-Antragstellung, Einblick in Kriterien, Prozesse und Handlungshintergründe, Leistungen zur Teilhabe allgemein

Diskussion:

- diese Aspekte sollen in Fortbildungsveranstaltungen bzw. auf der Webseite berücksichtigt werden

6. Problem: Unsicherheit bzgl. Reha-Bedarf

(Adressat: Kostenträger, niedergelassene Ärzte)

Erarbeitete Lösung:

- Reha-Bedarfcheckliste für alle niedergelassenen Ärzte verbindlich, Fortbildung, Vergütung?!
- Checkliste: zwingend einer Rehaantragstellung vorangehende Maßnahmen

Diskussion:

- die Betriebsarzt-Checkliste der DRV Nord ist hierfür nur bedingt geeignet
- Bitte von Seiten der niedergelassenen Ärzte, die bestehenden Checklisten publik zu machen

„[...] Ich sag nur bei uns in der einen Veranstaltung ein Erwachen, dass es tatsächlich so eine Checkliste gibt. [...] Aber da habe ich glaube ich ein paar Jahre zu gebraucht und ein paar Anträge um mir das aus learning by doing zu erarbeiten und wenn es da eine Checkliste gibt, dann würde ich sagen, ja wunderbar. Das ist doch das Einfachste von der Welt, dass das einfach notwendig ist, dass man sich das überhaupt erst mal anguckt, ob es notwendig ist, diesen Antrag zu stellen. Dass das noch nicht unter die Massen verbreitet worden ist, ist irgendwie nicht vorstellbar. Auch da bietet sich natürlich wieder die Internetlösung an. Aber grundsätzlich würde ich sagen: Ist das geheim oder dürfen wir das wissen? Es würde allen viel Zeit, Arbeit und möglicherweise auch Kosten ersparen und vielleicht dazu führen, weswegen wir ja vielleicht auch hier sitzen, dass das Reha-Geld, also dass das Geld, das für Reha vorhanden ist tatsächlich an der richtigen Stelle ankommt. Das ist ja eigentlich so der ganz gro-

ße Überbau. Das wär wunderbar, wenn wir es hätten.“ (Zeile 1529-1530 und 1534-1544, niedergelassene Hausärztin ZB Psychotherapie)

- die bereits vorhandenen Reha-Bedarfchecklisten der DRV Nord und von Deck, Träger & Raspe 2009 sollen durch Artikel im Nordlicht erneut publik gemacht/ in das Bewusstsein der Ärzte gebracht werden
- Leitlinie Rehabilitationsbedürftigkeit von der DRV müsste in Kurzform aufgearbeitet und im Netz zugänglich gemacht werden
- Dr. Deck und Dr. Schäfer könnten evtl. zusammen Erläuterungen zu der Betriebsarzt-Checkliste ausarbeiten um diese den Hausärzten zugänglicher zu machen
- eine Checkliste, was einem Antrag vorangehen sollte („Voraussetzungen“) wird von der DRV befürwortet, es dürfen jedoch keine „Schwarz-Weiß-Listen“ entstehen (auf Webseite)

„Zu dem zweiten Punkt da: Zwingend einem Reha-Antrag vorangehende Maßnahmen. Das würde ich gerne etwas relativieren. Wir tun uns keinen Gefallen, wenn wir Schwarz-Weiß-Listen machen, ein Reha-Antrag bleibt eine Ermessensentscheidung. Und jeder Einzelfall ist wieder anders. Wenn man in solch eine Schwarz-Weiß-Liste bringt ist es ja nicht. Was für einen Lübecker Patienten so entschieden wird, kann für jemanden, der auf Helgoland lebt, weil dort ne ganz andere Versorgung vor Ort nicht vorhanden ist. Also, wenn man das zu sehr einengt, dann tut man sich keinen Gefallen. Es können wirklich nur Anhaltspunkte sein, die einen bei der Überlegung beeinflussen, weil sie uns auch beeinflussen. Wenn wir ärztlich uns über einen Antrag Gedanken machen, das ist kein Schwarz-Weiß.“ (Zeile 1627-1635, DRV Nord-Vertreterin)

7. Problem: Kommunikation generell

(Adressat: Kostenträger, niedergelassene Ärzte)

Erarbeitete Lösung:

- Forum zum Austausch, Kontakt von Kostenträgervertretern, medizinischen Diensten und niedergelassenen Ärzten

Diskussion:

- elektronisches Forum mit Email-Option und Rückruf-Funktion wäre besser als die Implementation einer neuen Arbeitsgruppe

„[...] Da hilft das elektronische Forum deutlich besser weiter. Und wenn wir das schon neu planen, dann kann da sicherlich auch eine Fragebox rein, dass man Emails schreibt. Und bitte um Rückruf wegen Patient sowieso. Und dann wird das konkret auch gemacht im Einzelfall. Und es ist, wenn man schon bei Online-Verfahren ist, ein wesentlich hilfreicherer Verfahren als noch eine Arbeitsgruppe zu implementieren.“ (Zeile 1880-1884, DRV Nord-Vertreterin)

- auf die Webseite sollten unbedingt eine Rubrik „Frequently Asked Questions“ aufgenommen werden, die Antworten auf die wichtigsten / immer wieder gestellten Fragen gibt
- Rückrufbitte sollte bei Fragen vermehrt genutzt werden
- momentan muss bei Fragen weiterhin die DRV-Hotline kontaktiert werden (diese Möglichkeit der Kontaktaufnahme muss publik gemacht werden)

„Aber im Moment würde ich dazu raten, wenn wirklich ne akute Frage ist, die Hotline anzurufen. Das sind ja Menschen, die aus dem Alltagsgeschäft hier Erfahrung haben und die können natürlich Kontakte herstellen. Das ist besser als die Pforte, die Info, sondern die Hotline, das sind ja Sachbearbeiter die viel Erfahrung haben. Die können die Fragen alle beantworten. Die können Sie an die richtige Stelle weiterleiten. Das würde ich immer tun. Steht auf der Homepage. Wir werden häufig von denen auch kontaktiert und müssen dann auch die Dinge erledigen, aber das glaube ich ist eine sichere Nummer. Die ist auch ziemlich lang am Tag geöffnet.“ (Zeile 1939-1946, DRV Nord-Vertreterin)

8. Problem: zu langer Entlassbrief

(Adressat: Kliniker, niedergelassene Ärzte)

Erarbeitete Lösung:

- Erstellung eines Kurzbriefts für jeden Rehabilitanden (am Ende der Reha auszuhändigen), Ermittlung der von niedergelassenen Arzt in diesem Brief wirklich benötigten Informationen (Empfehlungen, Diagnosen, Medikation, Nachsorgeverordnungen und sozialmedizinische Einschätzung)

Diskussion:

- es gibt schon eine Arbeitsgruppe der DRV Bund zum Thema „Kurzbrief“ (Süddeutschland)

- eine weitere Arbeitsgruppe wird somit nicht als nötig erachtet
- Kurzbriefe gibt es schon in verschiedenen Kliniken
- Dr. Langs und Dr. Vogel stellen Dr. Deck Kurzbriefe aus ihren Kliniken zur Ansicht zur Verfügung (evtl. Erarbeitung eines allg. Vorschlags)
- Entlassungsbriefe in Langform sollen erhalten bleiben, aber der Kurzbrief muss auch ausgegeben werden (mehr Inhalt als nur Arbeitsfähigkeit)

**9. Problem: Ablehnung ärztlich befürwortete Reha-Anträge
(Adressat: Kostenträger)**

Erarbeitete Lösung:

- bei ärztl. Antragsbefürwortung → Kontaktaufnahme vor Ablehnung

Diskussion:

- Emails sind aus Datenschutzgründen tabu, Telefonaufwand wird als zu groß erachtet (bei 15000 abgelehnten Anträgen jährlich)
- Abhilfe schafft hier nur die Übernahme der medizinischen Ablehnungsgründe in den Bescheid, wenn es solche gibt
- Sachbearbeitung soll angewiesen werden, vermehrt medizinische Gründe in die Ablehnungsschreiben zu übernehmen (so das unter Umständen auch die Zwecklosigkeit eines Widerspruchs deutlich wird)

„[...] Manche sind auch einfach klar: Schwere Erkrankung, Akutbehandlung vorrangig. Diagnostik nicht gelaufen, ich erfinde jetzt mal so ein paar Begründungen. Das sind ja die Begründungen, die sie gerne auch lesen möchten. und da wäre es tatsächlich auch anzufragen, ob wir im höheren Ausmaß das in die Bescheidliste reinkriegen. Ich weiß noch aus dem AHB-Verfahren, weil ich da letztlich relativ viel mit umstrukturiert habe. Da schreiben wir es häufig jetzt rein. Also in die Texte jetzt rein bei den Ablehnern, damit auch die KK die häufig ja dann zuständig ist gleich weiß: Warum haben wir denn ditte abgelehnt und weitergeleitet. Das ist natürlich ein Aufwand, das ist Einzelfallaufwand, weil das kann man nicht maschinell. Sie haben einen allgemeinen Textbaustein und müssen den halt ergänzen durch die entsprechende Zeile. Aber ich denke, das müssten wir intern dann mal, zumindest, wenn Sie es als Empfehlung geben. Mal konkreter überprüfen, wie wir das hinkriegen, dass diese medizinischen Begründungen auch ein... Wir sagen das dann häufig im Widerspruch dann natürlich

auch. Mein Gott, wir haben es doch geschrieben, warum habt ihr es denn nicht in den Bescheid genommen? Dann würde dem Hausarzt das auch bewusst, dass er sich den Widerspruch hätte sparen können.“ (Zeile 2337-2351, DRV Nord-Vertreterin)

- Formulierung der Textbausteine muss auf Bundesebene laufen
- Dr. Glaser-Möller leitet Dr. Träders Vorschlag, den Ablehnungsbescheid um ein Ankreuz-Kästchen „Ablehnung aus nichtmedizinischen Gründen“ an die Arbeitsgruppe aus dem Bereich Reha-Grundsatz, die sich mit den Ablehnungsbescheiden auseinandersetzt weiter

„Juristisch ist es verständlich und sicherlich notwendig, aber der Informationsgehalt für uns ist 2000% bzw. eigentlich Null. Weil wir uns durch dieses juristische Kauderwelsch da durch flöhen müssen, ohne dass wir die eigentlichen Keywords schnell erfassen können. Nicht? Also, insofern bäte ich drum, der Text muss da natürlich trotzdem stehen, aber wenn da drunter eine Zeile mit einem Kasten: Ablehnung aus nicht medizinischen Gründen wäre. Dann würde ich natürlich zuerst dahin gucken. Ist das Kreuz da, kannst du die ganze Geschichte wegpacken. dann meistens ist es ja so, dass wir dann diejenigen sind die sagen: Widerspruch.“ (Zeile 2459-2465, niedergelassener Hausarzt)

„Richtig, das ist eine sehr gute Anregung. Und das kann man auch annehmen. Als Schlussfolgerung und ich würde diese Anregung an unseren Bereich Reha-Grundsatz, denn da gibt es auch Leute, die in dieser Arbeitsgruppe arbeiten. Und vielleicht lässt sich das machen. Scheint ja nicht so kompliziert zu sein.“ (Zeile 2468-2471, DRV-Nord-Vertreterin)

10. Problem: Blackbox Bewilligungsprozess

(Adressat: Kostenträger)

Erarbeitete Lösung:

- Antrag-Nachverfolgungsnummer
- Informationen über den Bearbeitungsstand / Probleme
- Kontaktdaten des zuständigen Sachbearbeiters leicht abrufbar (Internet)

Diskussion:

- gegen die Idee der Antrag-Nachverfolgungsnummer gibt es Datenschutzbedenken von Seiten der DRV Nord
- die Fallzahl, bei denen so eine Nummer und somit die Möglichkeit der Nachverfolgung aufgrund auftretender Komplikationen für nützlich erachtet würde, ist eher gering (schlechtes Aufwand-Nutzen-Verhältnis wird unterstellt)
- Dr. Schäfer nimmt die Anregung jedoch auf
- von Krankenkassenseite wird die Antrag-Nachverfolgungsnummer für überflüssig gehalten
- von DRV –Seite wird der Nutzen der Information, wo der Antrag gerade bearbeitet wird, für den Antragsteller als eher gering betrachtet (hier wird die Auskunft bei telefonischer Nachfrage als ausreichend erachtet)
- es bleibt der Vorschlag von Klinikenseite, trotz relativ guter Abläufe bei der DRV Nord, doch ein Modellprojekt zur Nachverfolgungsnummer zu versuchen (Stichwort Transparenz) und somit mit gutem Vorbild für alle DRVen voran zu gehen
- der Vorteil an der Nachverfolgungsnummer besteht darin, dass man unter Umständen die (manchmal aufwendige) telefonische Kontaktaufnahme umgehen kann
- die DRV Bund arbeitet zurzeit an einem Konzept zu ihrer Erreichbarkeit (einzelne Mitarbeiter erreichen zu können, scheint aber nicht zu dem Konzept zu gehören)
- es wird betont, dass die DRV auch eine gewisse Servicefunktion zu erfüllen hat, zu der auch gehört, für den Versicherten transparent zu machen, wie der Stand der Antragsbearbeitung ist (interne Klärung notwendig, wie dieser Service verbessert werden kann)

„Also, vielleicht wäre, wir werden heute keine Lösung haben, das ist klar. Aber vielleicht wäre es eine Schlussfolgerung des Projekts, das der Versicherte eigentlich eine Art von Recht hat, eine schnelle Information zu bekommen über den Stand seines Antrags. Da haben wir eine gewisse Servicefunktion zu erfüllen. Und das ist unser Kunde und wir müssen auch natürlich auch einen vernünftigen Service anbieten. Das ist, da wäre ich völlig d'accord. Über das wie, das glaube ich werden wir heute nicht unbedingt entscheiden können. Vorstellbar wäre, dass man auch über Hotline oder Internet einfach diese Frage stellt. und dass der Hausarzt eine Antwort schnell erhält, das ist glaube ich heute egal.“

Wir müssen dafür sorgen, das praktisch, wir als RV-Träger müssen dafür sorgen, dass der Versicherte die Information erhält die er braucht. Und er hat ein Recht dafür. und ich glaube, heute, es ist auch schon ein bisschen spät, vor allem für die DRV Bund können wir sowieso nichts sagen und für uns, das müssen wir noch mal intern klären, wie wir das noch besser machen, als was wir machen.“ (Zeile 2861-2872, DRV Nord-Vertreterin)

11. Problem: Wohnortferne Rehabilitation

(Adressat: Kostenträger)

Erarbeitete Lösung:

- Reha regional!, niedergelassene Ärzte und Reha-Kliniken einer Region koppeln

Diskussion:

- Gegenargument: Wunsch- und Wahlrecht
- eigentlich haben sich alle RV-Träger dem Konzept der wohnortnahen Reha verschrieben

„Wie integrierte Versorgung letztendlich, das feste Verbünde hergestellt werden.“

(Zeile 2907, niedergelassene Hausärztin ZB Psychotherapie)

„Ich könnte mir aber vorstellen, wenn die Indikationen stimmen und das ist ja eine Voraussetzung für dieses Vorgehen, das dann wenn man die Kolleginnen und Kollegen vom Leistungserbringer im Haus kennt, dass dann die Wege kürzer sind und wenn sich dann herausstellt, dass man die gleiche Sprache spricht vieles erleichtert sein könnte. Also, ich würde mich dann auch nicht eingeschränkt fühlen oder so. Wenn ich auch die Möglichkeit hätte zu widersprechen, zu sagen: Ne, das passt bei dem nicht. Aber im Prinzip würde ich mir davon positive Effekte versprechen.“ (Zeile 2922-2928, niedergelassener Orthopäde)

Ergebnisse der Abschlusskonferenz

Empfehlungen:

- Erstellung einer Webseite (Rehabilitationsantrag, Zielgruppe: niedergelassene Ärzte)
 - o Verlinkung der Webseite auf KV- bzw. Ärztekammer-Webseite
 - o elektronisches Forum mit Email-Option und Rückruf-Funktion
 - o Frequently Asked Questions
- Rehafähigkeitsbescheinigung-Frist von 4 auf 7 Tage verlängern, um den Informationsaustausch von Arzt und Patient im Vorfeld der Reha zu erleichtern (Kopien etc.)
- Information an den Versicherten (nach/mit der Bewilligung), dass er die Informationen von allen behandelnden Ärzten in die Klinik mitbringen muss/ wonach er sich erkundigen muss
- Abfrage des Sprachverständnisses in den Versichertenbogen aufnehmen
- Hinweis Leistungsbereich der DRV Nord: verstärkt darauf zu achten, z. B. Personen mit mangelndem Sprachverständnis nicht in für sie ungeeignete Kliniken zu verweisen
- Kurzvorträge in der Kreisstellenversammlung zu Änderungen bei Reha-Anträgen/Updates
- Bitte der DRV an die niedergelassenen Ärzte den Rehaantrag durch freie Briefe zu ergänzen
- über die Checkliste Reha-Bedarf der DRV Nord informieren
- attraktive eintägige Weiterbildungsveranstaltung zu Antragsverfahren und damit zusammenhängenden Themen (evtl. Primärzielgruppe: frisch niedergelassene Ärzte)
- Übernahme der medizinischen Ablehnungsgründe in den Bescheid, wenn es solche gibt / Sachbearbeitung anweisen, vermehrt medizinische Gründe in die Ablehnungsschreiben zu übernehmen
- Leitlinie Rehabilitationsbedürftigkeit von der DRV in Kurzform aufarbeiten und im Netz zugänglich machen

To Do:

- Frau Glaser-Möller und Frau Schäfer erarbeiten Vorschläge für die Gestaltung der DRV Nord-Webseite zum Rehaantrag

- Dr. Schäfer nimmt die Anregung zur Antragsnachverfolgungsnummer auf und trägt sie weiter
- Dr. Glaser-Möller leitet Dr. Träders Vorschlag, den Ablehnungsbescheid um ein Ankreuz-Kästchen „Ablehnung aus nichtmedizinischen Gründen“ an die Arbeitsgruppe aus dem Bereich Reha-Grundsatz, die sich mit den Ablehnungsbescheiden auseinandersetzt weiter
- bestehende Checklisten Reha-Bedarf der DRV Nord und Deck, Träder & Raspe 2009 werden für das Nordlicht aufgearbeitet

6 Diskussion

Im Rahmen der vorliegenden dreiphasigen qualitativen Studie sollten zunächst in der ersten Projektphase Schnittstellenprobleme aus der Sicht aller am Rehabilitationsprozess beteiligten Institutionen und Personen erfasst werden. Bezugspunkte waren dabei sowohl das System der Reha selbst als auch die jeweiligen beteiligten Institutionen. In einem zweiten Schritt wurden Strategien zur Überwindung der Schnittstellenprobleme in interdisziplinären Gruppen erarbeitet. Während der letzten Projektphase fand eine institutionenübergreifende Abschlusskonferenz statt bei der Vertreter aller Berufsgruppen und Institutionen beteiligt waren. Dort wurden die relevantesten Probleme und erarbeiteten Lösungsmöglichkeiten diskutiert. Die Ergebnisse der drei Projektphasen werden im Folgenden noch einmal kurz zusammengefasst und diskutiert. Dem folgt eine Diskussion der Stärken und Schwächen der Studie. Abschließend sollen Empfehlungen zum weiteren Vorgehen zur Überwindung der Schnittstellenproblematik gegeben werden.

6.1 Schnittstellenprobleme und Lösungsmöglichkeiten

Im Folgenden orientiert sich die zusammenfassende Darstellung der Erkenntnisse aus den drei Projektphasen grob an der Sicht der einzelnen beteiligten Gruppen des Rehabilitationsprozesses. Probleme, die sich nur aus der Sicht einer der beteiligten Gruppen zeigen, jedoch mit den Problemen anderer Gruppen zusammen hängen, werden von diesem Schema abweichend als Problemkomplex diskutiert.

Aus Sicht der Rehabilitanden

Aus Sicht der Betroffenen, also der Reha-Antragsteller bzw. Rehabilitanden, lassen sich Schnittstellenprobleme der medizinischen Rehabilitation in eher geringem Umfang feststellen. Nichtsdestotrotz kann die Relevanz dieser Probleme nicht geleugnet werden. Es zeigten sich verschiedene Hinweise darauf, dass die Befragten insgesamt zu wenig über die Abläufe bei der Beantragung einer Rehabilitation, Bewilligung bzw. Ablehnung eines Reha-Antrags, dem Antritt und der Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme Bescheid wissen. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich auch schon in anderen Studien, z. B. sind zukünftige Rehabilitanden schlecht aufgeklärt [16], kennen nur zum Teil ihr Wunsch- und Wahlrecht [25,27] und haben nur unkonkrete Reha-Ziele [28]. Dieses Problem kann nur durch eine bessere Aufklärung und Beratung von Reha-Antragstellern gelöst werden. Die gemeinsamen Servicestellen scheinen diesbezüglich ihren Auftrag nur unzureichend zu erfüllen bzw. von den Reha-Antragstellern nicht in ausreichendem Maße in Anspruch genommen zu werden [29]. Die

niedergelassenen Ärzte, die laut der „Gemeinsamen Empfehlungen“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation beratende bzw. beratungsveranlassende Funktionen übernehmen sollen, scheinen mit dieser Aufgabe zum Teil überfordert. Oftmals haben sie selbst nur unzureichende Kenntnisse über das Rehabilitationswesen [10,13], z.B. wurden nur ein geringer Anteil der Neu-Kunden der Gemeinsamen Servicestellen von ihrem Arzt über deren Existenz informiert [30]. Auch in unserer Studie zeigen sich arztseitige Informationsdefizite. Nicht nur der Informationsstand der Versicherten über die Rehabilitation ist eher schlecht, auch die Identifikation und Erreichbarkeit von Ansprechpartnern vor allem bei der DRV Bund ist aus Sicht der Versicherten eher schwierig. Dies bestätigen auch niedergelassene Ärzte und Rehabilitationskliniker. Die einzig denkbare Lösung hier ist eine Verbesserung der Erreichbarkeit der Ansprechpartner. Telefonate dürfen nicht in der Warteschleife einer Hotline enden. Ansprechpartner für die jeweiligen Belange, sei es ein aktueller Rehabilitationsantrag oder die Anbahnung einer stufenweisen Wiedereingliederung, müssen transparent und leicht identifizierbar gemacht werden. Dies muss von Seiten der Rentenversicherungsträger gewährleistet werden.

Ein besonders schwerwiegendes Problem stellen die langen Wartezeiten auf einen Rehabilitationsplatz nach der Bewilligung einer Rehabilitation wegen einer psychosomatischen Erkrankung dar. Vielen Antragstellern auf eine psychosomatische Rehabilitation mangelt es außerdem an einer Einbindung in die ambulante psychotherapeutische bzw. psychiatrische Versorgung. Auch hier liegt eine Ursache der Problematik oft in den überlangen Wartezeiten auf eine Versorgung aufgrund einer nicht ausreichenden Versorgungsdichte im ambulanten Bereich [31,32]. Durch die langen Wartezeiten auf den Antritt der Rehabilitation entstehen verschiedene Probleme für die Betroffenen. Zum einen können sich die rehabilitationsrelevanten Erkrankungen verschlimmern oder auch soweit verbessern, dass entweder eine Akutbehandlung notwendig oder der Rehabilitationsaufenthalt überflüssig wird. Zum anderen kann es passieren, dass bestimmte Fristen z.B. der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall oder des Krankengelds auslaufen. Mehr als ein Viertel der psychosomatischen Rehabilitanden ist vor Reha-Antritt mehr als sechs Monate lang arbeitsunfähig geschrieben gewesen [32]. Die oftmals mit den langen Wartezeiten verbundenen kurzfristigen Einbestellungen zur Rehabilitation (nämlich dann, wenn plötzlich ein Platz in der Klinik frei wird) stellen oft erhebliche organisatorische Anforderungen an den Patienten, die für viele Betroffene eine große Herausforderung sind, weiteren Stress verursachen und somit einen destabilisieren-

den Faktor darstellen. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese Aspekte einen eher abträglichen Einfluss auf den Rehabilitationserfolg haben. Über die potentiell eher langen Wartezeiten auf Erhalt eines Platzes in der Rehabilitationsklinik werden die Reha-Antragsteller im Vorfeld anscheinend nicht ausreichend informiert. Die Enttäuschung über die langen Wartezeiten stellt für viele Reha-Antragsteller mit psychosomatischen Indikationen eine zusätzlich psychische Belastung dar.

Die Ergebnisse spiegeln zum Teil ein grundlegendes Problem der psychotherapeutischen (Unter-) Versorgung [31] in Deutschland wieder. Solange die Wartezeiten auf ambulante psychotherapeutische Versorgung bei durchschnittlich 2,5 Monaten auf ein Erstgespräch [31] und ca. 4,8 Monaten auf einen Therapieplatz [33] liegen, wird es weiterhin niedergelassene Ärzte geben, die ihren vielleicht schon chronisch kranken Patienten eine psychosomatische Rehabilitation auch dann anraten, wenn sie nicht in eine ambulante psychotherapeutische Behandlung eingebunden sind. Dies kann von Kostenträgerseite nicht gewollt sein: „Kurative und rehabilitative Behandlungen ergänzen einander, sind nicht austauschbar!“ (S.3 [32]). Eine höhere Versorgungsdichte im Bereich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung könnte mehrere positive Auswirkungen auf die Versorgung der Betroffenen haben: Wenn sich die Wartezeiten auf eine ambulante psychotherapeutische Versorgung verkürzen, könnte die Tendenz der niedergelassenen Ärzte, ihren Patienten zur Beantragung einer Rehabilitation zu raten um diese überhaupt versorgt zu wissen, abnehmen. Dies würde zum einen die Kostenträger entlasten und zum anderen eventuell dafür sorgen, dass weniger Personen, die aufgrund ihrer fehlenden Einbindung in die ambulante psychotherapeutische Versorgung, nur in geringem Umfang von der Reha profitieren bzw. eigentlich nicht die Indikation für eine psychosomatische Rehabilitation erfüllen, Plätze in psychosomatischen Rehabilitationskliniken belegen, die für andere Patienten dringender gebraucht würden. Eine bessere ambulante psychotherapeutische Versorgung, eine Anpassung der Zahl der Rehabilitationsplätze an den wachsenden prozentualen Anteil an psychosomatischen Rehabilitanden [32] und eine korrektere Zuweisungssteuerung könnten letztendlich zur Reduktion der Wartezeiten auf eine psychosomatische Rehabilitation beitragen.

Aus Sicht der niedergelassenen Ärzte

In Bezug auf die Zusammenarbeit mit den Kostenträgern haben die niedergelassenen Ärzte viele Probleme genannt, die sich unter den Stichworten Formularwesen und Bürokratismus zusammenfassen lassen. Eine dominante Stellung nehmen dabei vor allem die Klagen über

das zweistufige Antragsverfahren der Krankenkassen, das in der Rehabilitations-Richtlinie [34] von 2004 eingeführt wurde, ein. Dass viele Ärzte das zweistufige Antragsverfahren als übermäßig bürokratisch empfinden, wurde schon in anderen Kontexten erwähnt [35,36]. Einige niedergelassene Ärzte wiederum schätzen die Möglichkeit mit dem Muster 60 den zuständigen Kostenträger klären zu lassen. Die Krankenkassen argumentieren mit der oftmals festgestellten Unsicherheit der niedergelassenen Ärzte bezüglich des Rehabilitationsbedarfs eines Patienten für das Muster 60. Hier ließe sich schon feststellen, ob eventuell Rücksprache mit dem Arzt getroffen werden müsste. Trotzdem herrscht das Gefühl bei den niedergelassenen Ärzten vor, dass mit dem zweistufigen Antragsverfahren der Krankenkassen die Hürde zur Rehabilitation höher gelegt wird. In anderen Kontexten wurde die Rehabilitations-Richtlinie auch „Reha-Verhinderungsrichtlinie“ getauft [36].

Ein noch wichtigerer zentraler Punkt ist jedoch die mangelnde Einheitlichkeit der Formulare sowohl der unterschiedlichen DRVen untereinander als auch der Krankenkassen. Die Vereinheitlichung der Antragsformulare wird auch von anderer Seite gefordert [35]. Der Neuentwurf des Musters 61 wurde von der Kassenärztlichen Vereinigung sichtlich ohne Bezugnahme auf die Antragsformulare der Rentenversicherungsträger vorgelegt. Des Weiteren werden neben der Uneinheitlichkeit der Formulare auch Wiederholungen im Muster 61 und insgesamt mangelnde Möglichkeiten den Patienten in der Gesamtheit seines Leidens darzustellen bemängelt. Eine nicht repräsentative Umfrage beim virtuellen landesweiten Stammtisch für Allgemeinärzte (Listserver Allgmed-L) ergab ein ähnliches Stimmungsbild bezüglich der mangelnden Sinnhaftigkeit des „Antrags auf Antrag“, der Gestaltung der Antragsformulare, der nicht ausreichenden Vergütung und der mangelnden Möglichkeit den Patienten richtig im Formular darzustellen (persönliche Kommunikation Prof. Dr. Träder). Abhilfe könnte hier nur eine Überarbeitung der Rehabilitationsantragsformulare sowohl der DRVen als auch der Krankenkassen schaffen. Dies sollte möglichst in einer Arbeitsgruppe geschehen, die sowohl Vertreter der Kostenträger als auch der niedergelassenen Ärzteschaft zusammenbringt.

Niedergelassene Ärzte sind sich teilweise bezüglich ihrer Fähigkeiten zur Einschätzung von Rehabilitationsbedarf ziemlich sicher und würden die Rehabilitation gerne „verordnen“ dürfen. Warum sie z. B. eine Krankenhauseinweisung für eine Lebertransplantation vornehmen dürfen, aber nicht die Fähigkeit haben sollen, eine Rehabilitation zu verordnen, scheint vielen nicht schlüssig [35]. Aus dieser Diskrepanz entsteht das Gefühl der mangelnden Wert-

schätzung der Arztmeinung in Bezug auf Rehabilitationsbedarf. Verstärkt wird die Problematik auch durch die Regelungen der Rehabilitations-Richtlinie [34], die bestimmte Qualifikationen für Ärzte verlangen, bevor diese eine Rehabilitation verordnen dürfen. Für die Argumentation der Ärzte spricht verschiedenes: Für die Unterstützung des Rehabilitationsantrags bei der DRV werden keine besonderen Qualifikationen verlangt. Die Rehabilitationsanträge werden sowohl bei den Krankenkassen als auch bei den DRVen von den jeweiligen Medizinischen Diensten begutachtet, womit eine zweite Prüfinstanz vorliegt. Wenn Patienten sich im Falle der Beantragung einer Rehabilitation bei der Krankenkasse von einem „fremden“ Arzt unterstützen lassen müssen, weil ihr behandelnder Arzt die Qualifikation zur Reha-Verordnung nicht besitzt, kann das auch nicht im Sinne der Krankenkassen sein. Des Weiteren scheint es trotz dieser Voraussetzungen immer noch viele Probleme bei der Reha-Antragstellung zu geben. Es scheint als erfülle diese Regelung nicht ihren Zweck. Ebenfalls gegen die Abschaffung dieser „Hürden“ spricht, dass viele Rehabilitationsanträge mit der Begründung „ambulante ärztliche Behandlung ausreichend“ [37,38] abgelehnt werden. Auch dies kann ein Indiz dafür sein, dass rehabilitationsbezogene Themen einen größeren Anteil der Mediziner Ausbildung ausmachen sollten bzw. die niedergelassenen Ärzte noch besser über Rehabilitation und ihre Voraussetzungen informiert werden müssen.

Andererseits geben die niedergelassenen Ärzte auch selbst Unsicherheiten bei der Erkennung von Rehabilitationsbedarf zu und fordern die Publizierung und Offenlegung von Reha-Bedarfs-Checklisten. Dies ist eine legitime Forderung, besonders in Hinblick auf die „Gemeinsamen Empfehlungen“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, in denen Folgendes festgeschrieben ist: „Zur Unterstützung der Erkennung eines möglichen Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe stellen die Rehabilitationsträger [...] Informationen mit entsprechenden Hinweisen auf Hilfeangebote und weitere Beratungsmöglichkeiten zur Verfügung. Sie fördern die Entwicklung und den Einsatz von [...] Assessmentverfahren, [...] Screeningverfahren oder Selbstauskunftsbögen, die der Konkretisierung eines möglichen Teilhabebedarfs dienen.“ (S. 45 [43]). Auch Reha-Kliniker und Kostenträger bezweifeln zum Teil die Kompetenzen der niedergelassenen Ärzte bezüglich der Erkennung von Rehabilitationsbedarf, hinsichtlich des korrekten Ausfüllens des Reha-Antrags (z.B. Reihenfolge der Diagnosen / „F-Diagnosen“) und der Bereitstellung von Befundunterlagen für die Begutachtung. Nicht nur die Bereitstellung von Checklisten zur Erkennung von Reha-Bedarfs, sondern auch die umfassende Information der niedergelassenen Ärzte zur Reha ist also zwingend notwendig. Ers-

te Schritte zur Umsetzung dieser Projektergebnisse wurden diesbezüglich schon gegangen. Die vor einigen Jahren von Deck und Kollegen [13] entwickelte Checkliste für niedergelassene Ärzte, die sie bei der Erkennung von Reha-Bedarf unterstützen soll, wurde im Herbst 2011 im Nordlicht dargestellt [39].

Die Stellung von Rehabilitationsanträgen und die damit verbundenen Beratungsleistungen, vor allem im Falle eines Widerspruchs, binden unter Umständen umfangreiche Zeitressourcen des niedergelassenen Arztes. Diese Wahrnehmung ist auch in anderen Studien belegt [41]. Der niedergelassene Arzt wird aus Sicht der Patienten wohl immer erster Ansprechpartner für die Fragen zum Rehabilitationsantrag, die medizinischen Bezug haben, sein. Aber auch andere Dinge mit Bezug zum Rehaantrag werden beim Arzt zur Sprache kommen. Auch wenn die Kostenträger-Vertreter in einem solchen Fall dazu raten, den Versicherten/Patienten zur Beratung in die gemeinsamen Servicestellen zu schicken, hat der niedergelassene Arzt trotzdem eine Beratungspflicht bezüglich der Rehabilitation (§ 61 Abs. 1 SGB IX, Beratungspflicht zu Teilhabeleistungen niedergelassener Ärzte).

Für viele niedergelassene Ärzte scheint der Prozess der Reha-Antragstellung und die schlussendliche Bewilligung bzw. Ablehnung noch viele Unklarheiten zu bergen. Dies spiegelt sich vor allem in der Empfindung als niedergelassener Arzt mit dem Rehaantrag gegen einen anonymen Sachbearbeiter zu arbeiten, der kein medizinisches Fachwissen hat. Oftmals wird eine unverhältnismäßig hohe Ablehnungsquote wahrgenommen (siehe auch [41]). Eine Ursache hierfür könnte das Fehlen ausführlicher und für den Arzt nachvollziehbarer Angaben zu medizinischen Gründen der Antragsablehnung sein. Dem kann leicht Abhilfe geschaffen werden. Liegen im Gutachten zum Rehaantrag medizinische Ablehnungsgründe vor, so sollten diese von den Sachbearbeitern auch in den Ablehnungsbescheid übernommen werden. Dies kann dem Arzt zum einen das Gefühl vermitteln, dass seine medizinischen Fachkenntnisse ernst genommen und zum anderen Hinweise darauf geben, ob ein Widerspruch erfolgsversprechend sein könnte. Durch einen Verzicht auf von vorneherein aussichtslose Widersprüche könnte der bürokratische Aufwand auf beiden Seiten verringert werden. Ein solches Vorgehen ist ratsam, auch wenn nicht der niedergelassene Arzt, sondern der Versicherte der primäre Adressat des Bewilligungsbescheids ist. Ist der Versicherte gewillt, einen Widerspruch einzulegen, wird er sich an seinen niedergelassenen Arzt wenden. Dieser kann mithilfe der besseren Informationen im Ablehnungsbescheid unter Umständen seiner Beratungspflicht besser nachkommen und im Sinne eines Lotsen im Gesundheitssystem, wie im-

mer wieder gefordert wird (z. B. [40]), agieren. Dies gilt auch für niedergelassene Fachärzte, obwohl hier der Fokus weniger auf der Lotsenfunktion liegen dürfte.

Im Verlauf der Gruppengespräche beklagten die niedergelassenen Ärzte immer wieder ihre Informationsdefizite, sei es bezüglich 1) globaler Informationen zum generellen Ablauf, Voraussetzungen, Prozessen des Antragsverfahrens; 2) zu Begutachtungs- bzw. Bewilligungskriterien oder 3) zum Stand individueller Antragsverfahren. Immer wieder werden fehlende Rückmeldungen bezüglich des Verfahrensstands und des zuständigen Bearbeiters bemängelt. In einer anderen Studie klagten die niedergelassenen Ärzte auch über mangelnde Rückmeldungen zu Mängeln bzw. Aufklärung über Potentiale ihrer Befundberichte. Die Autoren schlussfolgern hier, dass die unzureichende Rückkopplung zwischen niedergelassenen Ärzten und Kostenträgern „Lerneffekte“ verhindert und auf Seiten der Ärzte Desinteresse und das Gefühl von Degradierung [41] forciert. Um die unter 1) und 2) geführten Probleme zu lösen, müssen den niedergelassenen Ärzten die von ihnen benötigten Informationen niedrigschwellig zugänglich gemacht werden. Hier würde sich eine Webseite der Rentenversicherungsträger als größter Kostenträger der Rehabilitation anbieten. Auf dieser Webseite könnten alle Informationen zur medizinischen Rehabilitation, angefangen bei Voraussetzungen der Antragstellung über die Darstellung des Prozesses der Antragstellung, Begutachtung und Bescheidung sowie häufig gestellte Fragen mit den dazugehörigen Antworten dargestellt werden. Des Weiteren wären ein Ausbau von Informations-/ Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Rehabilitation, sowie die regelmäßige Thematisierung der medizinischen Rehabilitation in (Hausärztlichen) Qualitätszirkeln und Kurzvorträge z. B. zu aktuellen Reha-relevanten Änderungen, denkbar. Eine Anfrage an die Ärztekammer Schleswig-Holstein im Rahmen dieser Studie ergab, dass es bisher keine solchen Angebote gibt, bei denen sich niedergelassene Ärzte zum Thema Rehabilitation informieren können. Solch ein Angebot muss dringend geschaffen werden, denn alle Ärzte sollten wissen wann eine Rehabilitation sinnvoll ist, was sie leisten kann, wie sie abläuft, wie sie beantragt werden muss und wie es nach dem Klinikaufenthalt weitergehen könnte. Des Weiteren müssen die Ärzte in der Lage sein, ihren Teil des Rehabilitationsantrags, die ärztliche Stellungnahme, richtig und vollständig auszufüllen [42]. Nur wenn die Ärzte schon während ihrer Ausbildung, aber auch danach ausreichend über die Rehabilitation informiert sind, können sie als niedergelassenen Ärzte überhaupt ihrer Beratungspflicht zu Teilhabeleistungen, wie sie in den Gemeinsame Empfehlungen „Frühzeitige Bedarfserkennung“ der gesetzlichen Krankenkassen, der Bundesagentur

für Arbeit, der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, der Träger der Alterssicherung der Landwirte, der Träger der Kriegsopferversorgung und der Träger der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden sowie die Integrationsämter [43], verankert ist, nachkommen. „Insbesondere niedergelassene (Fach-)Ärzte/Innen [...] sollen 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.“ (S.48 [43]).

Eine Möglichkeit, dem unter 3) geführten Problem Herr zu werden, wäre die Etablierung einer Struktur zur Nachverfolgung von Rehabilitationsanträgen bei der DRV im Sinne einer „Nachverfolgungsnummer“ in der Art, wie man sie z. B. von Paketlieferdiensten kennt. Unter der Nummer könnten für den Versicherten, der den Antrag gestellt hat und unter Umständen auch für den antragsunterstützenden Arzt, Informationen über den Bearbeitungsstand des Rehabilitationsantrags und den zuständigen Sachbearbeiter/Ansprechpartner hinterlegt werden. Damit würde auch dem häufig geäußerten Problem der fehlenden [41] bzw. unklaren Ansprechpartner Abhilfe geschafft werden können.

Zur Vereinfachung, Verbesserung und Systematisierung des Kontakts zwischen den niedergelassenen Ärzten und den Reha-Klinikern können relativ einfache Maßnahmen schon viel Wirkung haben. Hier bietet es sich an, dass die Kliniker ihre Rückrufbitten per Fax oder Email versenden oder über den Patienten vermitteln. Zusätzlich wäre es sehr hilfreich, wenn die vollständigen Kontaktdaten des niedergelassenen Arztes, von dem die Befundberichte kommen, auf dem Antragsformular vermerkt werden bzw. per Visitenkarte bekannt gemacht würden. In vielen Fällen ist ein Kontakt zwischen dem Reha-Kliniker und dem niedergelassenen Arzt jedoch auch nicht nötig („Routinefälle“). Auch die Kommunikation bezüglich von Nachsorgeaktivitäten wird nicht unbedingt als notwendig erachtet. Insgesamt wird der Aufbau dauerhafter, persönlicher Kontakte zwischen Reha-Klinikern und niedergelassenen Ärzten aufgrund der großen Einzugsgebiete der Reha-Kliniken (Kliniker-Sicht) und der vielen möglichen Kliniken, in die Patienten kommen könnten (Sicht der niedergelassenen Ärzte) als fast unmöglich und auch nicht nötig angesehen. Beide Seiten scheinen mit der Kommunikation „per Brief“ relativ zufrieden zu sein. Jedoch scheint der Austausch über den Patienten durch die Formulare der Kostenträger und die Vorgaben denen der niedergelassene Arzt und der Reha-Kliniker folgen müssen durchaus oftmals erschwert. Die regionale Vernetzung von

bestimmten Rehabilitationskliniken und niedergelassenen Ärzten zur Verbesserung der Zusammenarbeit der beiden Gruppen würde zwar den Austausch über die Patienten verbessern und den niedergelassenen Ärzten die Möglichkeit zu gewähren, mehr Einblicke in das Reha-Geschehen zu erlangen. Dadurch würde auch die Umsetzung des Prinzips der wohnortnahen Rehabilitation gefördert werden. Wohnortnahe Reha ist nicht nur in vielen Fällen ökonomischer, sie erlaubt auch ein hohes Maß an Partizipation: Der Rehabilitand kann Kontakte (z. B. zum Arbeitgeber) besser aufrechterhalten und leichter neue Verbindungen (z. B. zu Beratungsstellen, Nachsorgeangeboten) knüpfen [44]. Es gibt jedoch Barrieren, die der Umsetzung dieser Idee entgegenstehen. Neben organisatorischen Schwierigkeiten und der Befürchtung der niedergelassenen Ärzte zur Zusammenarbeit mit „schlechten“ Reha-Kliniken gezwungen zu sein, stehen auch rechtliche Regelungen wie z. B. das Wunsch- und Wahlrecht (SGB IX) dem entgegen.

Lange Entlassbriefe belasten sowohl deren Autoren, die Reha-Kliniker, als auch deren sekundäre Empfänger, die niedergelassenen Ärzte. Lange Laufzeiten der umfangreichen Entlassbriefe führen zu Verzögerungen bei der Weiterbehandlung des Patienten, wichtige Informationen gehen unter Umständen „unter“. Den Rehabilitationsklinikern geht wertvolle Zeit für die Rehabilitanden verloren, während sich die niedergelassenen Ärzte durch ein Labyrinth von Informationen kämpfen müssen. Relevante Informationen zu Gründen von Therapieumstellungen oder notwendigen Weiterbehandlungen sind unsystematisch über die Entlassbriefe verteilt und laufen so auch Gefahr vom weiterbehandelnden Arzt nicht rezipiert zu werden.

An den Qualitätssicherungskriterien der DRVen, die zum erheblichen Umfang der Briefe geführt haben, kann sicherlich nicht viel geändert werden. Die Länge der Entlassbriefe wird nicht abnehmen. Eine regelhafte Erstellung und Versendung von Kurzbrieffen für jeden Rehabilitanden am Ende der Rehabilitation könnte hier Abhilfe schaffen. Viele Kliniken gehen schon so vor, eine Regelung, die die Erstellung eines Kurzbriefts zu Reha-Ende verbindlich vorschreibt, würde dazu führen, dass das Vorgehen von allen Kliniken übernommen werden würde. Inhalte des Kurzbriefes sollten aus der Sicht des niedergelassenen Arzt die Diagnosen und aktuelle Medikation, die Empfehlungen zur Weiterbehandlung/ Nachsorgeverordnungen, der genaue Arbeits(un)fähigkeitsstatus und die sozialmedizinische Einschätzung sein. Der Verband der Hersteller von IT für das Gesundheitswesen (VHitG e. V.) hat im Rahmen der Initiative „Intersektorale Kommunikation“ den Implementierungsleitfaden eArztbrief

entwickelt. Die DRV Bund unterstützt diese Initiative und wird in deren Rahmen an der weiteren Gestaltung des eAztbriefs insbesondere auf dem Gebiet der Rehabilitation mitarbeiten. Im Implementierungsleitfaden „Reha-Kurzbrief“ [45] enthält der Kurzbrief nach der Reha folgende Informationen: Diagnosen, Medikation, Therapieverlauf/Bemerkungen, Therapieempfehlungen und Arbeitsfähigkeit. In diesem Leitfaden legt die DRV Bund auch dar, dass sie bestrebt ist die Resultate der Zusammenarbeit mit der VHitG e.V. auch praktisch umzusetzen. Eine Verwendung des Kurz-Arztbriefs Reha in allen Rehabilitationskliniken würde eine wesentliche Verbesserung in der intersektoralen Kommunikation und eine Erleichterung für den Hausarzt bedeuten.

Aus Sicht der Kostenträger-Vertreter

Viele der aus Sicht der Kostenträger-Vertreter existierenden Probleme wurden in den Abschnitten weiter oben schon erwähnt. Zwei weitere wichtige Probleme stellen aber die Tatsachen dar, dass die Krankenkassen nicht mehr automatisch den vollständigen Entlassbrief ihrer Patienten bekommen und die Kostenträger aufgrund oftmals mangelhafter Befundunterlagen und sehr kurzer gesetzlicher Fristen die Zuweisung sowohl bezüglich der Indikation und des Reha-Zeitpunkts nicht immer korrekt steuern können.

Die Krankenkassen bekommen regelhaft nur noch auf Anfrage Auszüge aus den Reha-Entlassbriefen, wobei es sich nur um sehr wenige medizinische und mehr verwaltungstechnische Daten handelt (§ 301 SGB V). Der vollständige Bericht kann nur über den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung angefordert werden. Dies erschwert aus ihrer Sicht für sie die Wahrnehmung ihrer Lotsenfunktion bezüglich der weiteren Versorgung / Nachsorge des Patienten. Eine Lösung hierfür konnte im Rahmen unseres Projekts nicht gefunden werden. Sicherlich wäre es wünschenswert, wenn die Krankenkasse erfährt, dass bei einem Patienten z. B. eine Ernährungsberatung o. ä. empfohlen wird, damit sie diesbezüglich beratend zur Seite stehen und eventuell Maßnahmen einleiten kann. Die Weitergabe dieser Informationen darf jedoch nicht auf Kosten des Datenschutzes geschehen. Die im Rahmen dieses Projekts berichtete Praxis, dem Rehabilitanden bei der Entlassung eine Schweigepflichts-Entbindungs-Erklärung der Reha-Klinik gegenüber der Krankenkasse „unterzuschieben“ kann sicherlich nicht als der richtige Weg betrachtet werden.

Sowohl die Kostenträger-Vertreter als auch die Reha-Kliniker bemängeln veraltete und unzureichende Befundberichte der niedergelassenen Ärzte bei Reha-Anträgen. Die ersten weil es ihnen die Begutachtung der Rehabilitationsanträge und Zuweisung der Rehabilitanden zur

richtigen Einrichtung erschwert, die anderen weil es dadurch zu Verzögerungen bei der Therapieplanung und Behandlung der Patienten in der Reha-Klinik kommt. Zudem verlangt die Qualitätssicherung der DRV auch vollständige Anamnese-Angaben im Entlassbrief, die bei nur unvollständigen Befund- und Vorbehandlungsunterlagen mühsam beschafft werden müssen. Auch hier könnte Abhilfe geschaffen werden, wenn die niedergelassenen Ärzte besser über ihre Rolle im Rehabilitationsprozess und die Bedeutung der vollständigen und aktuellen Befundunterlagen aufgeklärt werden würden. Sei es durch eine ausführliche Darstellung auf einer Webseite oder durch Fortbildungsveranstaltungen.

Die Idee der Erstellung einer leicht zugänglichen Webseite, die alle Informationen, die für die einzelnen beteiligten Parteien relevant sind, enthält, schwingt schon in den „Gemeinsamen Empfehlungen der BAR mit: „Eine ergebnisorientierte Zusammenarbeit erfordert eine den Beteiligten problemlos zugängliche Informations- und Kommunikationsplattform, die Wege und Ansprechpartner aufzeigt und sicherstellt, dass alle Beteiligten – mit Zustimmung des betroffenen Menschen - Rückmeldungen über den weiteren Verlauf des Verfahrens erhalten. Ziel ist die Weiterentwicklung einer Träger und Leistungserbringer übergreifenden „Kultur“ der frühzeitigen Rehabilitation, in der die wechselseitige Zusammenarbeit nicht nur von bestehenden Verfahrensvereinbarungen abhängt, sondern Ausdruck der kooperativen und kreativen Nutzung der vorhandenen Möglichkeiten durch alle Beteiligten ist. Die Schaffung und das Bekanntmachen einer solchen Plattform ist Aufgabe der Rehabilitationsträger.“ (S. 37-38 [43]). Diese Information- und Kommunikationsplattform in Form einer internetbasierten Web-Lösung zu gestalten ist in der heutigen Zeit naheliegend. Auf dieser Seite könnten neben ausführlichen Informationen auch Kontaktmöglichkeiten und der Log-In zur Nachverfolgung des eigenen Reha-Antrags per Nachverfolgungsnummer integriert werden.

Immer weniger Reha-Antragsteller können persönlich sozialmedizinisch begutachtet werden, wenn sie einen Antrag bei einer der DRVen stellen. Dies trägt zu höheren Zahlen von „Fehlzuweisungen“ bei, z. B. durch „F-Diagnosen“ als versehentliche Erstdiagnosen bei primär physischen Problemlagen. Auch die mittlerweile von den Kostenträgern als relativ kurz empfundenen gesetzlichen Fristen für die Begutachtung der Reha-Anträge tragen dazu bei, dass immer wieder Patienten in die Reha kommen, die noch nicht reha-fähig sind oder eine andere Hauptdiagnose haben als die, die letztendlich zuweisungsrelevant war. Wenn alle Reha-Antragsteller den Selbsteinschätzungsbogen der DRVen ausfüllen würden, würde dies sicherlich den Begutachtungs- und damit den Zuweisungsprozess unterstützen. Dieser ist zurzeit

jedoch noch in der Entwicklungs- und Evaluationsphase [46]. Auch die Reha-Sofortbegutachtung (Versicherter kann sich sofort nach der Beratung in der A & B-Stelle beim SMD vorstellen, medizinische Assistenzkraft berät und prüft die Unterlagen, dann Sichtung der Unterlagen durch den Arzt und Gespräch mit dem Patienten) erhöht die Entscheidungssicherheit für den Gutachter, auch wenn sie weder Begutachtung nach Aktenlage noch ausführliche Begutachtung nach DRV-Standard ersetzen kann [47]. Sie stößt auf positive Resonanz bei den Versicherten und ist ein erster Schritt in Richtung „unbürokratischer Service“ (S. 57, [ebd.]). Die Reha-Kliniker sehen in der strengeren und sorgfältigeren Begutachtung von Reha-Anträgen eine Möglichkeit, den gesamten Rehabilitationsbetrieb zu entlasten und somit mehr Kapazitäten für eine intensivere Betreuung des Einzelnen zu schaffen.

Aus Sicht der Reha-Kliniker

Einige Reha-Kliniker haben den Wunsch nach einer häufigeren Anwesenheit von Reha-Beratern (der DRVen) in der Rehabilitationsklinik geäußert. Dieser Reha-Berater, dessen Aufgabe es ist durch sein Beratungs- und Betreuungsangebot dafür zu sorgen, dass die Rehabilitanden berufstätig bleiben können, könnte die klinikeigenen Sozialarbeiter in ihrer Arbeit unterstützen und somit die Schnittstellenprobleme beim Übergang des Rehabilitanden aus der Reha zurück ins Arbeitsleben reduzieren helfen. Hierdurch könnten auch Probleme, wie z. B. die Intransparenz von Ansprechpartnern bei der DRV oder Erreichbarkeitsprobleme, reduziert werden. In eine ähnliche Richtung weist der Wunsch nach „Patientenlotsen“. Im Bereich der Suchterkrankungen gibt es schon das Pilotprojekt der Reha-Fallbegleitung (DRV Rheinland-Pfalz). Der Reha-Fallbegleiter unterstützt den Versicherten beim Erhalt der Abstinenz und der beruflichen Wiedereingliederung und ist außerdem für Krisen- und Kooperationsmanagement zuständig. Seine Leistungen können ab dem Zeitpunkt der Reha-Kostenzusage (bis vier Wochen nach Arbeitsaufnahme oder sechs Monate nach Ende der Reha) in Anspruch genommen werden. Das Stichwort ist hier: „weg von den Sektoren“ [48]. Sicherlich ist nicht für jeden Rehabilitanden ein Fallmanager notwendig. In vielen Fällen könnte ein jedoch ein Fallmanager oder Patientenlotse, besonders für die Zeit nach der Rehabilitation, hilfreich sein.

Während die einen Reha-Kliniker die Therapiestandards der DRVen als hilfreich, strukturgebend und qualitätsfordernd wahrnehmen, werden diese von anderen Reha-Klinikern vor allem in Hinblick auf die Vergütung kritisiert. Es klaffe eine Lücke zwischen dem, was in den Therapiestandards gefördert würde und der Vergütung, die die Rehabilitations-Klinik für die

Versorgung des Versicherten erhalte. Die Frage nach der Notwendigkeit einer Vergütungsreform für die Rehabilitation stellt sich spätestens seit der Einführung von Diagnosis Related Groups im Akutsektor [49]. Eine Abkehr von den einrichtungsspezifischen, vollpauschalieren, tagesgleichen Pflegesätzen, die unabhängig von der individuellen Krankheitsschwere der Person sind, hin zu bedarfsorientierteren Vergütungssystemen, wie z. B. den Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK, [49,50]) könnte hier ein richtiger Weg sein. Bei den RMK wird auf den Behandlungsbedarf und die zugeordneten Behandlungsanforderungen und nicht auf die Kosten als primäres Klassifikationskriterium zurückgegriffen. Dies soll die Grundlage für eine bedarfsorientiertere und wirtschaftlichere Leistungssteuerung bilden und zu mehr Transparenz führen [49]. In der Klinik könnte durch die RMK auch die Steuerung der vielfältigen Therapieangebote noch bedarfsgerechter werden.

6.2 Stärken und potentielle Limitationen der Studie

Stärken

In dieser Studie wurden zum ersten Mal alle Beteiligten der Rehabilitationskette zu ihrer Sicht auf die Schnittstellenprobleme in der medizinischen Rehabilitation befragt. In vergangenen und anderen aktuellen Projekten wurden immer nur Sichtweisen einzelner Berufsgruppen exploriert (z. B. [8,9,10,41,51]). Unsere Studie zeigt nicht nur die Meinungen, Erfahrungen und Ideen aller an der Rehabilitationskette Beteiligten in einer Zusammenschau, sondern hat auch allen Gruppen die Gelegenheit zum Austausch miteinander und der Zusammenarbeit zur gemeinsamen Entwicklung von Lösungen der Schnittstellenprobleme gegeben.

Potentielle Limitationen

Auf mögliche methodische Einschränkungen, die bei der Interpretation der Ergebnisse dieser Studie zu berücksichtigen sind, soll hingewiesen werden. Qualitative Studien sind in der Regel wenig dazu geeignet, generalisierbare Aussagen zu treffen. Zur Exploration eines Feldes über das schon einige Annahmen bestehen, sind sie jedoch hervorragend geeignet.

Es besteht jedoch z. B. die Gefahr der ungewollt selektiven Rekrutierung von Teilnehmern. Im Fall der niedergelassenen Ärzte könnten sich die Studienteilnehmer möglicherweise vom durchschnittlichen niedergelassenen Haus- bzw. Facharzt unterscheiden. Es ist anzunehmen, dass die niedergelassenen Ärzte, die an unserer Studie teilgenommen haben, der medizinischen Rehabilitation besonders positiv und aufgeschlossen gegenüber stehen und deswegen

besonders motiviert waren, an dem Forschungsprojekt teilzunehmen. Es zeigte sich jedoch, dass die niedergelassenen Ärzte nicht nur positive Erfahrungen mit dem Prozess der Reha-Antragsstellung und der Rehabilitation im Allgemeinen gemacht hatten. Sie berichteten insgesamt sowohl positive Meinungen über die Rehabilitation an sich als auch negative Erfahrungen mit dem Prozess der Reha-Antragstellung und der Zusammenarbeit mit den anderen Beteiligten der Rehabilitationskette. Insgesamt wurde ein breites Spektrum an Schnittstellenproblemen aus Sicht der niedergelassenen Ärzte berichtet. An vielen Punkten zeigten sich Unsicherheiten bezüglich des Ablaufs des Prozesses der Reha-Antragstellung und damit verbundener Formalien. Dies spricht dafür, mit der Stichprobe der niedergelassenen Ärzte keine selektive Auswahl hoch motivierter oder besonders gut informierter Gesprächspartner, gefunden zu haben. Dass die Gesprächspartner trotz ihrer Erfahrungen mit dem Prozess der Reha-Antragstellung noch so viele Unsicherheiten zeigten, spricht eher noch dafür, dass die Probleme im Schnitt noch stärker ausgeprägt sein dürften, als sie sich hier darstellen.

Die Sicht der Rehabilitanden auf Schnittstellenprobleme erwies sich als wenig ergiebig. Obwohl die befragten Rehabilitanden die Hauptpersonen im Prozess der Reha-Antragstellung waren, schienen sie den geringsten Einblick in die ablaufenden Prozesse zu haben und am wenigsten involviert zu sein. Zusätzlich musste aus organisatorischen Gründen eine der Rehabilitandengruppen (psychosomatische Indikationen) schon während der Rehabilitation stattfinden. Dies hat seine Ursache darin, dass gerade bei Rehabilitanden mit psychosomatischen Indikationen eine wohnortferne Reha bevorzugt wird, und eine Anreise nach der Reha für die meisten Rehabilitanden zu aufwendig gewesen wäre. So konnten in dieser Gruppe die Probleme, die nach der Entlassung aus der Reha auftreten können (z. B. Organisation der Nachsorge etc.) nicht exploriert werden.

In der Studie wurden nur Patienten und Reha-Kliniker aus dem Bereich der psychosomatischen und orthopädischen Indikationen befragt. Patienten und Reha-Kliniker aus anderen Indikationsbereichen hätten sicherlich noch andere Schnittstellenprobleme nennen können. Nichtsdestotrotz handelt es sich bei den psychosomatischen und orthopädischen Indikationen um die zwei zahlenstärksten Protagonisten der medizinischen Rehabilitation im Heilverfahren [52]. Im Großen und Ganzen gehen wir davon aus, dass viele in dieser Befragung gefundene Ergebnisse sich auch auf andere Indikationen übertragen lassen. Dafür spricht zum Einen, dass sich aus den Berichten der Hausärzte und Kostenträger-Vertretern kaum indikationsspezifischen Unterschiede in den Schnittstellenproblematiken ablesen lassen und zum

Anderen, dass die Rehabilitationskette im Allgemeinen bei allen Indikationen (bezüglich des Heilverfahrens) ähnlich geknüpft ist und die Prozesse ähnlich ablaufen.

6.3 Empfehlungen zur Überwindung von Schnittstellenproblemen in der Rehabilitationskette

Viele der in diesem Projekt genannten Probleme beruhen auf dem komplexen Zusammenspiel verschiedener Einstellungen, bürokratischer bzw. gesetzlicher Zwänge und Gesundheitssystemanforderungen und lassen sich nicht durch einfache Maßnahmen lösen. Für andere Probleme wiederum gibt es mehr oder weniger simple Lösungsmöglichkeiten. Einige dieser Lösungsmöglichkeiten klangen schon in den Empfehlungen, die im Protokoll der Abschlusskonferenz dargelegt sind (Kapitel XXX) und der Diskussion in Kapitel XXX an. Im Folgenden sind die Empfehlungen dargestellt, die sich aus unserer Sicht auf der Grundlage der Gesamtschau der Projektergebnisse ergeben.

Erstellung einer neuen Webseite der DRVen

1. Zielgruppe: Versicherte

Inhalte:

- Informationen zum Reha-Antrag
- Informationen zum Ablauf des Bewilligungsverfahrens (Stationen des Antrags, Fristen)
- Ansprechpartner, Hinweis auf Hotline und gemeinsame Servicestellen
- Log In für die Antragsnachverfolgung

Form:

- leicht verständliche Sprache, barrierefrei
- Hinweis auf die Webseite auf den Antragsformularen

2. Zielgruppe : niedergelassene Ärzte

Inhalte:

- Leitlinie Rehabilitationsbedürftigkeit von der DRV in Kurzform aufgearbeitet
- Checkliste Reha-Bedarf [13], aufgearbeitete Betriebsarzt-Checkliste Reha-Bedarf der DRV Nord
- Informationen zum Reha-Antrag (Allgemein, Voraussetzungen, Fristen und Wartezeiten, nach der Reha/Nachsorge)

- Informationen zum Ablauf des Bewilligungsverfahrens (Stationen des Antrags, Fristen)
- Erläuterung der Bedeutung der einzelnen Punkte im Befundbericht (Relevanz bestimmter Informationen, Erläuterung möglicher Konsequenzen fehlender Informationen), evtl. Hilfebutton zu einzelnen Antragspunkten
- Ansprechpartner, Hinweis auf Hotline und gemeinsame Servicestellen
- elektronisches Forum mit Email-Option und Rückruf-Funktion
- Frequently Asked Questions

Form:

- Verlinkung der Webseite auf KV- bzw. Ärztekammer-Webseite
- gut ausgearbeitete Suchfunktion

Änderungen an Formularen/Antrag/ Bescheiden

- Abfrage des Sprachverständnisses in den Versichertenbogen aufnehmen
- Bitte der DRV an die niedergelassenen Ärzte den Rehaantrag durch freie Briefe zu ergänzen
- Übernahme der medizinischen Ablehnungsgründe in den Bescheid, wenn es solche gibt / Sachbearbeitung anweisen, vermehrt medizinische Gründe in die Ablehnungsschreiben zu übernehmen
- Information an den Versicherten (nach/mit der Bewilligung), dass er die Informationen von allen behandelnden Ärzten in die Klinik mitbringen muss / wonach er sich erkundigen muss

Veränderung der Reha-Fähigkeitsbescheinigungs-Frist

- Rehafähigkeitsbescheinigung-Frist von 4 auf 7 Tage verlängern, um den Informationsaustausch von Arzt und Patient im Vorfeld der Reha zu erleichtern (Kopien etc.)

Änderung der Zuweisungsprozesse

- Hinweis Leistungsbereich der DRV Nord: verstärkt darauf zu achten, z. B. Personen mit mangelndem Sprachverständnis nicht in für sie ungeeignete Kliniken zu verweisen

Fort-/Weiterbildung

- Kurzvorträge in der Kreisstellenversammlung zu Änderungen bei Reha-Anträgen/Updates
- attraktive eintägige Weiterbildungsveranstaltung zu Antragsverfahren und damit zusammenhängenden Themen (evtl. Primärzielgruppe: frisch niedergelassene Ärzte)

Unterstützung der Erkennung von Reha-Bedarf

- über die Checkliste Reha-Bedarf der DRV Nord informieren
- die Kostenträger müssen ihrer in den Gemeinsamen Empfehlungen verankerten Verpflichtung zur Förderung der Entwicklung und des Einsatzes von Assessmentverfahren, Screeningverfahren oder Selbstauskunftsbögen, die der Erkennung eines möglichen Rehabilitationsbedarfs dienen noch stärker nachkommen

C Schlussteil

7 Zusammenfassung

Hintergrund

Aus den Kooperations- und Koordinationsproblemen, die Folge unterschiedlicher Zuständigkeiten im System der medizinischen Rehabilitation sind, ergeben sich für alle Beteiligten an der Rehabilitationskette (Kostenträger, Rehabilitationskliniken, ambulante Versorgung und Rehabilitanden) Nachteile. Im Projekt sollten die Barrieren für bedarfsgerechten Zugang, Kooperation und Kommunikation identifiziert sowie mögliche Lösungen zur Verbesserung der Zusammenarbeit, Gewährleistung effektiver Kooperation und Koordinationsstrukturen und die Möglichkeit ihrer Implementation in die Praxis diskutiert werden.

Methodik

In 10 leitfadengestützten, nach Professionen getrennten Fokusgruppen wurden aktuelle Schnittstellenprobleme identifiziert indem die Transkripte inhaltsanalytisch ausgewertet wurden. Für diese Probleme wurden anschließend in drei professionenübergreifenden Fokusgruppen mögliche Lösungsansätze erörtert. Die identifizierten Probleme und Lösungsvorschläge wurden den Teilnehmern jeweils zur Kommentierung rückgemeldet. Die Gruppengespräche dienten der Vorbereitung einer Abschlusskonferenz. Dort wurden die Praktikabilität der potentiellen Lösungsansätze der verschiedenen Gruppen mit Entscheidungsträgern diskutiert, Handlungsempfehlungen abgeleitet und erste Schritte für Problemlösungen vereinbart.

Ergebnisse

Bei der Befragung der verschiedenen Gruppen konnten verschiedenste Schnittstellenprobleme identifiziert werden. Die Ideen zur Überwindung von Schnittstellenproblemen zwischen niedergelassenen Ärzten und Kostenträgern umfassen verschiedene Strategien zur Weiterbildung niedergelassener Ärzte (Verfahren Rehaantrag, Reha-Bedarf, Umgang mit Bedarfs-Checklisten), die Verbesserung und Beschleunigung der Kommunikationsprozesse (Austausch- und Kontaktstrategien) und der Nachvollziehbarkeit des Antragsprozesses. Die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Reha-Klinikern könnte aus der Sicht der bisher Beteiligten z. B. durch verbesserte Strategien der (telefonischen) Erreichbarkeit füreinander, wohnortnahe Rehabilitationsangebote, Optimierung der Befundberichte und die Einführung von Kurzbriefen für jeden Rehabilitanden verbessert werden. Auch die Entwick-

lung einer klar strukturierten, leicht verständlichen Webseite zu allen rehabilitationsrelevanten Themen wird stark befürwortet.

In der Abschlusskonferenz konnten folgende weiterführenden Schritte vereinbart werden: Aufbau einer Webseite mit ausführlichen, leicht zugänglichen Informationen über Reha-Antragstellung und Antragsprozess sowie einem Kontaktformular; Verbreitung bereits bestehender Reha-Bedarfs-Checklisten; Prüfung der Möglichkeit eines Kurzbriefs für jeden Rehabilitanden und Entwicklung einer Checkliste von Maßnahmen, die einem Reha-Antrag vorausgehen sollten. Außerdem hat die Forschergruppe auf der Basis der Ergebnisse der Abschlusskonferenz weitere Empfehlungen (z. B. Überarbeitung der Antragsformulare) für die verschiedenen Kostenträger ausgearbeitet.

Diskussion / Ausblick

Die interdisziplinären Gruppen haben viele mögliche Lösungsansätze für die zurzeit bestehenden Kooperations- und Kommunikationsprobleme aufgezeigt. Auf der Abschlusskonferenz wurden erste Schritte in Richtung effektiverer Zusammenarbeit aller Beteiligten beschlossen. Die Umsetzung der Empfehlungen der Forschergruppe und die Implementation der auf der Abschlusskonferenz beschlossenen Strategien bleiben abzuwarten. Wenn die Bereitschaft neue Wege zu beschreiten auf allen Seiten vorhanden ist, können die Schnittstellenprobleme in der medizinischen Rehabilitation überwunden oder zumindest reduziert werden. Die bestehenden Schnittstellenprobleme werden jedoch nicht von heute auf morgen gelöst werden können.

8 Schlussfolgerungen und praktische Relevanz der Ergebnisse

Aufgrund der sektoralen Einteilung von Versorgungsstrukturen und der arbeitsteiligen größer werdenden Spezialisierung stellt die Überwindung von Schnittstellen eine enorme Herausforderung dar. Sie sollte gelingen, wenn die verschiedenen Akteure unvoreingenommen aufeinander zugehen, Kompetenzen teilen statt abzugrenzen und auch bereit sind, ungewöhnliche Wege zu gehen. Die Bereitschaft neue Wege zu beschreiten ist da: „[...] Und da ist die Frage natürlich, ob man ein Netzwerk von Reha-Kliniken hat, ehm, wo man ja auch durchaus dann irgendwie eine Art Fortbildung machen könnte oder Kontakt knüpfen könnte oder wie auch immer, ehm, um sich besser zu vernetzen. [...] Weil es gibt natürlich typische orthopädische oder kardiologische Kliniken auch in der Umgebung, [...] wo man vielleicht auch besser sich vernetzen könnte [...] für P (Bundesland) Ärzte.“ (Abschnitt 342-348, Hausärzte)

„Im Raum steht ja die Frage, ob es eine Arbeitsgruppe Webseite geben soll. Ich glaube, aus der, aus den verschiedenen Äußerungen herausgehört zu haben, dass man in der heutigen Zeit kommunizieren sollte über Internet und das man schon aus Praktikabilitätsgründen über Internet diese Information zugänglich machen müsste. Und dazu, da hat die RV genauso wie die KV eine Bringschuld. D. h. die müssen das zur Verfügung stellen. Das ein richtiger Ansatz zu sagen: Da sollte eine Arbeitsgruppe mal einen Forderungskatalog zusammenstellen, den man an die Leistungsträger, also an die KV und die RV gibt, dann sozusagen. Als Ergebnis der Arbeitsgruppe. [...] Ja, aber es muss ja von einer Arbeitsgruppe aufbereitet werden, welche Anforderungen man in Grunde genommen von Seiten der User an diese Webseite hat und ich glaube, das wäre schon ein wahnsinniger Gewinn, wenn wir hier, wenn so eine Arbeitsgruppe existieren würde, die diese Anforderungen definieren würde. Die gibt man dann an die DRV entweder Nord oder Bund. Um sie ins Verfahren zu geben. [...] Ja, das ist richtig, aber sie brauchen ja zunächst mal das Futter. Sie müssen wissen: Wie sind die Anforderungen? Und dann kommt man in das technische und sagt: Das und das ist machbar, das ist nicht machbar. Aber ich glaube wirklich, da brauchen wir jetzt gar nicht in die Tiefe hier zu gehen. Ich glaube, man braucht so eine Arbeitsgruppe.“ (Zeilen 1024-1031, 1050-1054, 1063-1066; Kostenträger-Vertreter)

9 Weitere Analysen nach Studienende

Die Transkripte der Fokusgruppen können weiteren Analysen unterzogen werden. Es bieten sich z. B. Analysen zum Selbstbild der Ärzte im Prozess der Beantragung einer Rehabilitation bzw. zu den Vorstellungen der Rehabilitationskliniker über die Rolle der niedergelassenen Ärzte in der Rehabilitationsnachsorge an. Hier könnten auch Unterschiede zwischen den Professionellen, die Patienten verschiedener Indikationen behandeln untersucht werden.

Über das Projekt hinausgehende, anknüpfende Fragestellungen: Die in den Empfehlungen vorgeschlagenen neuen Handlungs- und Verfahrensstrategien sowie Fortbildungsmaßnahmen könnten in der Praxis erprobt und evaluiert werden.

Übersicht der Anhänge

Anhang 1: Studieninformation Kliniker (homogene Gruppen)

Anhang 2: Studieninformation niedergelassene Ärzte (homogene Gruppen)

Anhang 3: Studieninformation Kostenträger-Vertreter (homogene Gruppen)

Anhang 4: Studieninformation Rehabilitanden (homogene Gruppen)

Anhang 5: Einverständniserklärung Rehabilitanden (homogene Gruppen)

Anhang 6: Leitfäden homogene Gruppen

Anhang 7: Einladung / Terminabfrage interdisziplinäre Gruppen

Anhang 8: Protokolle interdisziplinäre Gruppen

Anhang 9: Input Abschlusskonferenz

Anhang 10: Einladung / Terminabfrage / Infomaterial Abschlusskonferenz

Information zur Studie

„Optimierung der Zusammenarbeit von Reha-Kostenträgern, Reha-Einrichtungen und ambulanter Versorgung“

Das System der medizinischen Rehabilitation hat an verschiedenen Stellen Kooperations- und Koordinationsprobleme. In der Regel bestehen Kommunikationsbarrieren zwischen Reha-Klinikern und niedergelassenen Ärzten oder Therapeuten, denen verschiedene Ursachen zugrunde liegen. Mit der Studie möchten wir die Barrieren einer effizienten und konfliktfreien Kooperation und Kommunikation sowie deren Ursachen identifizieren und Lösungsvorschläge für diese Probleme erarbeiten.

Wie genau läuft die Studie ab?

In Gruppengesprächen mit den o.g. Berufs- und Institutionengruppen möchten wir die verschiedenen Konfliktfelder ansprechen und diskutieren. Die einzelnen Gruppen sollen jeweils ca. fünf Teilnehmer umfassen. Die Gruppengespräche werden wir in insgesamt drei Reha-Kliniken durchführen. Die Moderation und Leitung der einzelnen Gespräche übernimmt eine Mitarbeiterin des Instituts für Sozialmedizin.

Das Gespräch dauert etwa 1,5 Stunden. Wir möchten u.a. diese Themen mit Ihnen besprechen:

- Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit mit Hausärzten ein?
- Werden Befunde und Vorbehandlungen vom Hausarzt berücksichtigt?
- Wenn nein, warum?
- Erfahrungen / direkte Kontakte mit dem Hausarzt
- Eigene Vorstellungen wie bestehende Abläufe verbessert werden könnten
- Welche Verbesserungen können Sie sich im eigenen Umfeld vorstellen?

Wir werden das Gespräch – Ihr Einverständnis vorausgesetzt – auf Tonband aufnehmen und später transkribieren. Die Aussagen der Teilnehmer werden anonym behandelt, d.h. einzelne Diskussionsbeiträge werden den einzelnen Teilnehmern nicht zuzuordnen sein. Für Ihre Teilnahme würden wir uns mit einer Aufwandsentschädigung von 50,- Euro bedanken.

Die Studie wird vom Institut für Sozialmedizin in Lübeck durchgeführt, falls Sie weitere Fragen haben, können Sie sich jederzeit an die Projektmitarbeiterinnen am Institut für Sozialmedizin in Lübeck wenden (Frau Dr. Deck, Tel. 0451 / 500 58 47 und Frau Pohontsch, Tel. 0451 / 500 58 43).

Information zur Studie

„Optimierung der Zusammenarbeit von Reha-Kostenträgern, Reha-Einrichtungen und ambulanter Versorgung“

Das System der medizinischen Rehabilitation hat an verschiedenen Stellen Kooperations- und Koordinationsprobleme. In der Regel bestehen Kommunikationsbarrieren zwischen Reha-Klinikern und niedergelassenen Ärzten oder Therapeuten, denen verschiedene Ursachen zugrunde liegen. Mit der Studie möchten wir die Barrieren einer effizienten und konfliktfreien Kooperation und Kommunikation sowie deren Ursachen identifizieren und Lösungsvorschläge für diese Probleme erarbeiten.

Wie genau läuft die Studie ab?

In Gruppengesprächen mit den o.g. Berufs- und Institutionengruppen möchten wir die verschiedenen Konfliktfelder ansprechen und diskutieren. Die einzelnen Gruppen sollen jeweils ca. fünf Teilnehmer umfassen. Die Gruppengespräche werden wir voraussichtlich im Institut für Sozialmedizin durchführen. Die Moderation und Leitung der einzelnen Gespräche übernimmt eine Mitarbeiterin des Instituts für Sozialmedizin.

Das Gespräch dauert etwa 1,5 Stunden. Wir möchten u.a. diese Themen mit Ihnen besprechen:

- Abläufe der Reha-Antragstellung und Antragsentscheidung
- Vorerfahrungen mit der Reha-Antragstellung
- Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit mit Kostenträgern ein?
- Erfahrungen / direkte Kontakte mit dem Kostenträger
- Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit mit Reha-Kliniken ein?
- Erfahrungen / direkte Kontakte mit Reha-Einrichtungen
- Eigene Vorstellungen, wie bestehende Abläufe verbessert werden könnten
- Welche Verbesserungen können Sie sich im eigenen Umfeld vorstellen?

Wir werden das Gespräch – Ihr Einverständnis vorausgesetzt – auf Tonband aufnehmen und später transkribieren. Die Aussagen der Teilnehmer werden anonym behandelt, d.h. einzelne Diskussionsbeiträge werden den einzelnen Teilnehmern nicht zugeordnet. Für Ihre Teilnahme würden wir uns mit einer Aufwandsentschädigung von 50,- Euro bedanken.

Die Studie wird vom Institut für Sozialmedizin in Lübeck durchgeführt, falls Sie weitere Fragen haben, können Sie sich jederzeit an die Projektmitarbeiterinnen am Institut für Sozialmedizin in Lübeck wenden (Frau Dr. Deck, Tel. 0451 / 500 58 47 und Frau Pohontsch, Tel. 0451 / 500 58 43).

Information zur Studie**„Optimierung der Zusammenarbeit von Reha-Kostenträgern, Reha-Einrichtungen und ambulanter Versorgung“**

Das System der medizinischen Rehabilitation hat an verschiedenen Stellen Kooperations- und Koordinationsprobleme. In der Regel bestehen Kommunikationsbarrieren zwischen Reha-Kostenträgern und niedergelassenen Ärzten oder Therapeuten, denen verschiedene Ursachen zugrunde liegen. Mit der Studie möchten wir die Barrieren einer effizienten und konfliktfreien Kooperation und Kommunikation sowie deren Ursachen identifizieren und Lösungsvorschläge für diese Probleme erarbeiten.

Wie genau läuft die Studie ab?

In Gruppengesprächen mit den o.g. Berufs- und Institutionengruppen möchten wir die verschiedenen Konfliktfelder ansprechen und diskutieren. Die Gruppen sollen ca. fünf bis sieben Teilnehmer umfassen. Das Gruppengespräch werden wir in Lübeck durchführen. Die Moderation und Leitung des Gesprächs übernimmt eine Mitarbeiterin des Instituts für Sozialmedizin.

Das Gespräch dauert etwa 1,5 Stunden. Wir möchten u.a. diese Themen mit Ihnen besprechen:

- Wie wird die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Fachärzten / Hausärzten und Rehabilitationseinrichtungen eingeschätzt?
- Bestehen Probleme, wenn ja, welche und warum?
- Wissen über die Abläufe in einer Facharzt- / Hausarztpraxis, quantitativer Stellenwert der Reha
- direkte Kontakte mit dem Facharzt / Hausarzt
- Eigene Vorstellungen, wie bestehende Abläufe verbessert werden könnten
- Welche Verbesserungen sind im eigenen Umfeld vorstellbar?

Wir werden das Gespräch – Ihr Einverständnis vorausgesetzt – auf Tonband aufnehmen und später transkribieren. Die Aussagen der Teilnehmer werden anonym behandelt, d.h. einzelne Diskussionsbeiträge werden den einzelnen Teilnehmern nicht zugeordnet. Für Ihre Teilnahme würden wir uns mit einer Aufwandsentschädigung von 50,- Euro bedanken.

Die Studie wird vom Institut für Sozialmedizin in Lübeck durchgeführt, falls Sie weitere Fragen haben, können Sie sich jederzeit an die Projektmitarbeiterinnen am Institut für Sozialmedizin in Lübeck wenden (Frau Dr. Deck, Tel. 0451 / 500 58 47 und Frau Pohontsch, Tel. 0451 / 500 58 43).

Patienteninformation zur Studie „Optimierung der Zusammenarbeit von Reha-Kostenträgern, Reha-Einrichtungen und ambulanter Versorgung“

Liebe Rehabilitandin, lieber Rehabilitand,

mit diesem Schreiben möchten wir Sie über die Studie „Optimierung der Zusammenarbeit von Reha-Kostenträgern, Reha-Einrichtungen und ambulanter Versorgung“ informieren. Nachdem Sie dieses Infoblatt gelesen haben, können Sie entscheiden, ob Sie an dieser Studie teilnehmen möchten. Falls Ihnen etwas unklar ist oder Sie weitere Fragen haben, können Sie sich jederzeit an die Projektmitarbeiterinnen am Institut für Sozialmedizin in Lübeck wenden (Frau Dr. Deck, Tel. 0451 / 500 58 47 und Frau Pohontsch, Tel. 0451 / 500 58 43).

Warum sprechen wir Sie an?

Das System der medizinischen Rehabilitation hat an verschiedenen Stellen Kooperations- und Koordinationsprobleme. Sowohl vor als auch während und nach der Rehabilitation gibt es Schwachstellen: Vor einer Reha stellt sich das Problem des frühzeitigen Erkennens eines Reha-Bedarfs, der Motivation von Arzt und Patient und daraus resultierend der zügigen Beantragung einer Rehabilitation. Als kritische Schnittstellen sind hier die Kommunikation und Kooperation zwischen niedergelassenem Arzt und Reha-Kostenträger bekannt. Während und nach der Rehabilitation sind die Übertragung der Reha-Inhalte in den Alltag und die Weiterbehandlung problematisch. In der Regel bestehen hier Kommunikationsbarrieren zwischen Reha-Klinikern und niedergelassenen Ärzten oder Therapeuten, denen verschiedene Ursachen zugrunde liegen. Wir möchten in Gruppengesprächen mit Vertretern der einzelnen Berufs- und Institutionengruppen und - in Ihrem Fall - ehemaligen Rehabilitanden Barrieren einer effizienten und konfliktfreien Kooperation und Kommunikation sowie deren Ursachen identifizieren.

Wie genau läuft die Studie ab?

Um die Vorstellungen von ehemaligen Rehabilitanden aus erster Hand zu erfahren, möchten wir Gruppengespräche durchführen. Die Studie wird vom Institut für Sozialmedizin in Lübeck geleitet, an diesem Projekt beteiligen sich drei Rehabilitationskliniken. Die Gesprächsrunden sind aus Frauen und Männern zusammengesetzt. In einer Gruppe sind fünf bis acht Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer. Die Gruppen werden von einer Mitarbeiterin des Instituts für Sozialmedizin geleitet.

Wir laden Sie hiermit herzlich ein, sich an dem Projekt zu beteiligen. Wir würden uns ca. 6 Wochen nach Ihrem Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik an Sie wenden. Das Gespräch

findet in der Reha-Klinik statt und dauert etwa 1,5 Stunden. Wir möchten etwas über Ihre Erfahrungen mit Problemen bei der Zusammenarbeit verschiedener an Ihrer Behandlung und Rehabilitation beteiligter Personengruppen erfahren. Damit wir uns ganz auf das Gespräch konzentrieren können, werden wir es – Ihr Einverständnis vorausgesetzt – auf Tonband aufnehmen. Für Ihre Teilnahme würden wir uns mit einer Aufwandsentschädigung von 25,- Euro bedanken. Ihre Fahrtkosten zur Klinik werden Ihnen bis zu einer Höhe von 25,- Euro erstattet. Den Betrag werden wir Ihnen nach dem Gespräch überweisen. Dafür erfragen wir am Tag des Gruppengesprächs Ihre Kontoverbindung. Selbstverständlich werden auch diese Daten vertraulich behandelt und ausschließlich zum Zweck dieser Überweisung verwendet.

Ist die Teilnahme freiwillig?

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Die Tonbänder werden nur verwendet, wenn Sie die beiliegende Einwilligungserklärung unterschrieben haben. Durch eine kurze schriftliche Mitteilung an uns können Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen aus der Studie ausscheiden, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen. Es werden keine weiteren Daten von Ihnen erhoben. Auf Wunsch werden auch Ihre bisherigen Aufzeichnungen vollständig gelöscht.

Wird der Datenschutz beachtet?

Selbstverständlich werden alle Bestimmungen des Datenschutzgesetzes eingehalten. Die Datenerhebung erfolgt ausschließlich für dieses Forschungsprojekt. Alle Ihre Angaben werden absolut vertraulich behandelt, Mitarbeiter des Instituts für Sozialmedizin unterliegen der Schweigepflicht. Nur die Mitarbeiter des Instituts für Sozialmedizin haben Zugang zu den Tonbändern, sie sind vor fremdem Zugriff geschützt. Die Auswertung der Gruppengespräche erfolgt pseudonymisiert, d.h. ohne Bezug zu Ihrem Namen oder Ihrer Anschrift. Die Tonbandaufzeichnungen und alle Unterlagen, die eine Zuordnung zu Ihrer Person erlauben könnten, werden unmittelbar nach Abschluss des Projektes gelöscht.

Sind Sie während der Teilnahme an unserer Studie versichert?

Ja, es wurde eine Versicherung für Sie abgeschlossen. Tritt im Rahmen der Studiendurchführung ein Schaden auf, der den Studienteilnehmern durch das schuldhafte Verhalten eines Beschäftigten des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UK SH) zugefügt wurde, haftet die gesetzliche Haftpflicht des UK SH.

Wer finanziert die Studie?

Finanziert wird diese Studie vom vffr e. V. (Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein e.V.).

Welchen Nutzen haben Sie persönlich von der Studie?

Sie selbst werden wahrscheinlich durch die Teilnahme an dieser Studie keinen unmittelbaren Nutzen haben. Sie helfen jedoch mit, in Zukunft die Zusammenarbeit von Reha-Kostenträgern, Reha-Einrichtungen und ambulanten Versorgung zu verbessern!



UNIVERSITÄTSKLINIKUM SCHLESWIG-HOLSTEIN
Campus Lübeck
Institut für Sozialmedizin

Einwilligung zu einem Interview

„Rehabilitationsantrag abgelehnt – Was nun?“

Name und Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

.....

Ich bin über Inhalt und Zweck der Reha-Studie , welches von dem Institut für Sozialmedizin der Universität zu Lübeck durchgeführt wird, informiert worden. Zu diesem Zweck wurde mir ein Informationsschreiben ausgehändigt.

Ich erlaube hiermit, dass am Institut für Sozialmedizin der Universität Lübeck (Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck, Direktor Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiner Raspe) die pseudonymisierten Daten zur Auswertung verwendet werden. Personenbezogene Angaben (Name und Anschrift) werden nicht verwendet, so dass Rückschlüsse auf meine Person nicht möglich sind. Mit einer Veröffentlichung der in dieser Studie erhobenen Daten in anonymisierter Form und mit der Tonbandaufzeichnung der Gespräche erkläre ich mich einverstanden.

Ich bin darüber informiert, dass alle Anforderungen des Datenschutzes eingehalten werden. Unter den im Informationsblatt geschilderten Voraussetzungen erkläre ich mein Einverständnis für die Teilnahme an der Befragung.

Dieses Einverständnis erkläre ich freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich es jederzeit, ohne Angabe von Gründen und ohne dass mir daraus irgendwelche Nachteile entstehen, zurückziehen kann. Der Widerruf ist an das Institut für Sozialmedizin (Frau Nadine Pohontsch, Adresse s. o., nadine.pohontsch@uk-sh.de, 0451-500 58 43) zu richten.

.....

.....

Ort und Datum

Unterschrift der/des Patienten

Anhang 5: Einverständniserklärung Rehabilitanden (homogene Gruppen)

Ich habe die schriftlichen Erläuterungen gelesen.

.....

.....

Ort und Datum

Unterschrift der/des Patienten

| Formulierungen/Fragen | Thema |
|--|-------------------------------------|
| <p>Als Erstes möchte ich mich herzlich bei Ihnen dafür bedanken, dass Sie sich bereit erklärt haben, heute an diesem Gruppengespräch teilzunehmen. Es soll um die Frage der Zusammenarbeit und Kooperation verschiedener Leistungsträger in der medizinischen Rehabilitation gehen. Mein Name ist Nadine Pohontsch. Mein Kollege / meine Kollegin, der / die mich heute bei der Diskussion unterstützt, ist Martin Scherer / Jens-Martin Träder / Ruth Deck. Wir sind beide wissenschaftliche Mitarbeiter am Institut für Sozialmedizin und beschäftigen uns in unserer Forschungsarbeit mit dem Thema Schnittstellen in der Rehabilitation.</p> <p>Wir möchten gerne mit Ihnen über genau dieses Thema diskutieren. Wir interessieren uns für alle unterschiedlichen Sichtweisen zu Ihrer Kooperation / Nichtkooperation der verschiedenen Leistungsträger, konkret Hausärzte und Renten- bzw. Krankenversicherung. Bitte teilen Sie uns alles mit, was Ihnen Negatives oder aber Positives dazu einfällt. Ihre Erfahrungen, Meinungen und Vorbehalte. Wir würden das Gespräch mit Ihrem Einverständnis gerne auf Band aufnehmen, damit wir ganz auf das Gespräch konzentrieren können und nicht durch Mitschreiben abgelenkt sind. Alle Angaben werden anonym behandelt werden. In unseren Ergebnisberichten werden keine Namen genannt. Außerdem ist es uns wichtig zu betonen, dass es hier keine erwünschten oder zu vermeidende Aussagen gibt, Ihre Meinung ist uns wichtig. Um uns später das Transkribieren der Tonbänder zu erleichtern, wäre es schön, wenn Sie einander ausreden ließen und versuchen nicht gleichzeitig zu sprechen.</p> <p>Mein Kollege / meine Kollegin und ich werden die Gruppe moderieren, uns also bei der Diskussion selber zurückhalten.</p> | <p>Begrüßung/Einführung</p> |
| <p>Das Gespräch wird etwa anderthalb Stunden dauern. Jeder soll sich so äußern können, wie er es für richtig hält. Dazu können auch vertrauliche Dinge gehören. Daher sollten wir die Vereinbarung treffen: Alles was hier gesagt wird, anonym bleibt und nicht nach außen getragen wird.</p> <p>Bitte schalten Sie Ihre Handys aus oder auf lautlos. Um die Formalitäten für Ihre Aufwandsentschädigung kümmern wir uns nach Ende des Gesprächs.</p> | <p>Ablauf, Gruppenregeln</p> |

| | |
|--|--|
| <p>Wir würden heute gerne mit Ihnen über die wahrgenommene Zusammenarbeit zwischen Ihnen, den Reha-Kostenträgern, also Rentenversicherung und Krankenversicherung und den Rehabilitationskliniken sprechen. Dabei ist es uns wichtig zu erfahren, wie sie diese Zusammenarbeit einschätzen, wo Sie Probleme wahrnehmen und welche Lösungsmöglichkeiten sie sich vorstellen könnten. Außerdem interessiert uns, welche Verbesserungen Sie sich in Ihrem eigenen Umfeld vorstellen können.</p> | <p>Ziel der Gruppe</p> |
| <p>Wir wollen uns zuerst miteinander bekannt machen. Bitte erzählen Sie uns kurz: wie Sie heißen, wie lange Sie schon als Hausarzt / Orthopäde / Psychosomatiker tätig sind und wie viele Patienten sie ungefähr im letzten Jahr in eine Rehabilitationsmaßnahme geschickt haben. Ich stelle mich auch noch einmal kurz vor...</p> | <p>Eröffnungsfrage (Eisbrecher, Vorstellungsrunde): Vorerfahrung (mit der Rehaantragstellung)</p> |
| <p>Wie denken Sie über die medizinische Rehabilitation?</p> | <p>Einführungsfrage: Meinung zur medizinischen Rehabilitation</p> |
| <p>Wie beurteilen Sie Ihr persönliches Wissen über das Stellen von Rehabilitationsanträgen? Wo fühlen Sie sich eventuell unsicher? Und was wissen Sie über den Ablauf, die Methoden und die Erfolge von Rehabilitationsmaßnahmen?</p> | <p>Schlüsselfrage: Wissen über die medizinische Rehabilitation und die Antragstellung</p> |
| <p>Wie sieht Ihre persönliche Zusammenarbeit mit den Kostenträgern der Rehabilitation aus? Wie würden Sie diese Zusammenarbeit beurteilen? Ist Sie zufriedenstellend? Wo gibt es Verbesserungsbedarf?</p> | <p>Schlüsselfrage: Einschätzung der Zusammenarbeit mit den Kostenträgern</p> |
| <p>Was müsste sich Ihrer Meinung nach verändern, damit die Probleme mit den Kostenträgern, die wir gerade diskutiert haben, aufgelöst werden könnten / weniger würden?</p> | <p>Schlüsselfragen: Vorstellungen zur Verbesserung der Abläufe (Kostenträger)</p> |
| <p>Wie gestaltet sich Ihre Zusammenarbeit mit den Reha-Einrichtungen? Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit den Reha-Einrichtungen? Welchen Problemen sind Sie bei der Zusammenarbeit mit den Reha-Einrichtungen bisher begegnet?</p> | <p>Schlüsselfrage: Zusammenarbeit mit Reha-Einrichtungen</p> |
| <p>Was tun Sie, wenn einer Ihrer Patienten nach seiner Rehabilitation wieder zu Ihnen kommt?</p> | <p>Schlüsselfrage: Nachsorge</p> |
| <p>Gibt es nach Rehabilitation eines Ihrer Patienten Kommunikation mit der Reha-Einrichtung? Z.B. über die Fortführung von Medikation oder Therapien?</p> | <p>Schlüsselfrage: Kommunikation Arzt / Reha-Einrichtung</p> |
| <p>Wie gehen Sie mit Therapie- und Nachsorgeempfehlungen der Reha-Einrichtung um? Gibt es Umsetzungshindernisse?</p> | <p>Schlüsselfrage: arztseitiger Umgang mit Empfehlungen der Reha-Einrichtung</p> |

Anhang 6: Leitfäden homogene Gruppen

| | |
|---|--|
| <p>Was müsste sich Ihrer Meinung nach verändern, damit die Probleme mit den Reha-Einrichtungen, die wir gerade diskutiert haben, aufgelöst werden könnten / weniger würden?</p> | <p>Schlüsselfragen: Vorstellungen zur Verbesserung der Abläufe (Reha-Einrichtungen)</p> |
| <p>Welche Strukturen müssten geändert werden? Wie?</p> | <p>Schlüsselfrage: Strukturveränderungen</p> |
| <p>Könnten Sie sich vorstellen, selber etwas anders zu machen? Was müsste sich dafür ändern?</p> | <p>Schlüsselfrage: Verbesserungen im eigenen Umfeld</p> |
| <p>Möchte noch jemand von Ihnen etwas sagen, wozu er / sie bisher nicht gekommen ist? Haben wir noch etwas für unser Thema Zusammenarbeit von Reha-Einrichtungen und niedergelassenen Ärzten wichtiges vergessen?</p> | <p>Schlussfrage: Jeder ausreichend zu Wort gekommen, an alles gedacht?</p> |

| Formulierungen/Fragen | Thema |
|---|--------------------------------------|
| <p>Als Erstes möchte ich mich herzlich bei Ihnen dafür bedanken, dass Sie sich bereit erklärt haben, heute an diesem Gruppengespräch teilzunehmen. Es soll um die Frage der Zusammenarbeit und Kooperation verschiedener Leistungsträger in der medizinischen Rehabilitation gehen. Mein Name ist Nadine Pohontsch. Mein Kollege / meine Kollegin, der / die mich heute bei der Diskussion unterstützt, ist Martin Scherer / Ruth Deck. Wir sind beide wissenschaftliche Mitarbeiter am Institut für Sozialmedizin und beschäftigen uns in unserer Forschungsarbeit mit dem Thema Schnittstellen in der Rehabilitation. Wir möchten gerne mit Ihnen über genau dieses Thema diskutieren. Wir interessieren uns für alle unterschiedlichen Sichtweisen zu Ihrer Kooperation / Nichtkooperation der verschiedenen Leistungsträger, konkret Hausärzte und Renten- bzw. Krankenversicherung. Bitte teilen Sie uns alles mit, was Ihnen Negatives oder aber Positives dazu einfällt. Ihre Erfahrungen, Meinungen und Vorbehalte. Wir würden das Gespräch mit Ihrem Einverständnis gerne auf Band aufnehmen, damit wir ganz auf das Gespräch konzentrieren können und nicht durch Mitschreiben abgelenkt sind. Alle Angaben werden anonym behandelt werden. In unseren Ergebnisberichten werden keine Namen genannt. Außerdem ist es uns wichtig zu betonen, dass es hier keine erwünschten oder zu vermeidende Aussagen gibt, Ihre persönliche Meinung ist uns wichtig. Um uns später das Transkribieren der Tonbänder zu erleichtern, wäre es schön, wenn Sie versuchen nicht gleichzeitig zu sprechen.</p> <p>Mein Kollege / meine Kollegin und ich werden die Gruppe moderieren, uns also bei der Diskussion selber zurückhalten.</p> | <p>Begrüßung / Einführung</p> |
| <p>Das Gespräch wird etwa anderthalb Stunden dauern. Jeder soll sich so äußern können, wie er es für richtig hält. Dazu können auch vertrauliche Dinge gehören. Daher sollten wir die Vereinbarung treffen, dass alles was hier gesagt wird, anonym bleibt und nicht nach außen getragen wird.</p> <p>Bitte schalten Sie Ihre Handys / Pieper aus oder auf lautlos. Um die Formalitäten für Ihre Aufwandsentschädigung kümmern wir uns nach Ende des Gesprächs.</p> | <p>Ablauf, Gruppenregeln</p> |
| <p>Wir würden heute gerne mit Ihnen über die Zusammenarbeit zwischen</p> | <p>Ziel der Gruppe</p> |

| | |
|--|---|
| <p>Ihnen und v. a. niedergelassenen Ärzten sprechen. Wir wollen aber auch die Zusammenarbeit mit Kostenträgern, Rentenversicherung und Krankenversicherung, im Auge behalten. Uns ist es wichtig zu erfahren, wie sie diese Zusammenarbeit einschätzen, wo Sie Probleme wahrnehmen und welche Lösungsmöglichkeiten sie sich vorstellen könnten. Außerdem interessiert uns, welche Verbesserungen Sie sich in Ihrem eigenen Umfeld vorstellen können.</p> | |
| <p>Wir wollen uns zuerst miteinander bekannt machen. Bitte erzählen Sie uns: wie Sie heißen, wie lange Sie schon als Arzt in einer Rehabilitationsklinik tätig sind und wo sie gearbeitet haben, bevor sie hierhergekommen sind. Ich stelle mich auch noch einmal kurz vor...</p> | <p>Eröffnungsfrage (Eisbrecher, Vorstellungsrunde): Vorerfahrung (mit der Rehaantragstellung)</p> |
| <p>Lassen Sie uns jetzt mit der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Hausärzten beginnen. Wie sieht Ihre persönliche Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten aus? Wie würden Sie diese Zusammenarbeit beurteilen? Ist Sie zufriedenstellend? An welchen Stellen gibt es Probleme? Wo gibt es Verbesserungsbedarf?</p> | <p>Einführungsfrage: Einschätzung der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten</p> |
| <p>Werden die Befunde bzw. bisherigen Behandlungen des niedergelassenen Arztes berücksichtigt? Wenn Nein, warum nicht? Was hindert Sie daran?</p> | <p>Schlüsselfrage: Berücksichtigung von Befunden</p> |
| <p>Kommunizieren Sie mit den niedergelassenen Ärzten über die Nachsorge für Ihre Rehabilitanden? Gibt es Schwierigkeiten bei der Kommunikation?</p> | <p>Schlüsselfrage: Nachsorge</p> |
| <p>Was müsste sich Ihrer Meinung nach verändern, damit die Probleme bezüglich der Fortführung der Behandlung der niedergelassenen Ärzte, die wir gerade diskutiert haben, aufgelöst werden könnten / weniger würden?</p> | <p>Schlüsselfragen: Vorstellungen zur Verbesserung der Abläufe (Berücksichtigung von Befunden)</p> |
| <p>Was müsste sich Ihrer Meinung nach verändern, damit die Probleme bezüglich der Nachsorge durch die niedergelassenen Ärzte, die wir gerade diskutiert haben, aufgelöst werden könnten / weniger würden?</p> | <p>Schlüsselfragen: Vorstellungen zur Verbesserung der Abläufe (Nachsorge)</p> |
| <p>Welche Strukturen müssten geändert werden? Wie?</p> | <p>Schlüsselfrage: Strukturveränderungen</p> |
| <p>Was könnten Sie sich vorstellen, selber anders zu machen? Was müsste sich dafür ändern?</p> | <p>Schlüsselfrage: Verbesserungen im eigenen Umfeld</p> |
| <p>Lassen Sie uns jetzt noch einen Blick auf die Zusammenarbeit mit den Kostenträgern, also Rentenversicherung und Krankenkassen werfen. Gibt es hier Probleme? Welche? (notfalls Stichwort „Therapievorga-</p> | <p>Schlüsselfrage: Zusammenarbeit mit Kostenträgern</p> |

Anhang 6: Leitfäden homogene Gruppen

| | |
|--|--|
| ben“, Leitlinien). | |
| Welche Strukturen müssten geändert werden? Wie? | Schlüsselfrage: Strukturveränderungen |
| Möchte noch jemand von Ihnen etwas sagen, wozu Er/Sie bisher nicht gekommen ist? Haben wir noch etwas für unser Thema Zusammenarbeit von Reha-Einrichtungen und niedergelassenen Ärzten wichtiges vergessen? | Schlussfrage: Jeder ausreichend zu Wort gekommen, an alles gedacht? |

| Formulierungen/Fragen | Thema |
|--|--------------------------------------|
| <p>Als Erstes möchte ich mich herzlich bei Ihnen dafür bedanken, dass Sie sich bereit erklärt haben, heute an diesem Gruppengespräch teilzunehmen. Es soll um die Frage der Zusammenarbeit und Kooperation verschiedener Leistungsträger in der medizinischen Rehabilitation gehen. Mein Name ist Nadine Pohontsch. Mein Kollege / meine Kollegin, der / die mich heute bei der Diskussion unterstützt, ist Martin Scherer / Ruth Deck. Wir sind beide wissenschaftliche Mitarbeiter am Institut für Sozialmedizin und beschäftigen uns in unserer Forschungsarbeit mit dem Thema Schnittstellen in der Rehabilitation. Wir möchten gerne mit Ihnen über genau dieses Thema diskutieren. Wir interessieren uns für alle unterschiedlichen Sichtweisen zur Kooperation / Nichtkooperation der verschiedenen Leistungsträger, konkret Hausärzte und Renten- bzw. Krankenversicherung. Bitte teilen Sie uns alles mit, was Ihnen Negatives oder aber Positives dazu einfällt. Ihre Erfahrungen, Meinungen und Vorbehalte. Wir würden das Gespräch mit Ihrem Einverständnis gerne auf Band aufnehmen, damit wir ganz auf das Gespräch konzentrieren können und nicht durch Mitschreiben abgelenkt sind. Alle Angaben werden anonym behandelt werden. In unseren Ergebnisberichten werden keine Namen genannt. Außerdem ist es uns wichtig zu betonen, dass es hier keine erwünschten oder vermeidbaren Aussagen gibt, Ihre persönliche Meinung ist uns wichtig. Um uns später das Transkribieren der Tonbänder zu erleichtern, wäre es schön, wenn Sie einander ausreden ließen und versuchen nicht gleichzeitig zu sprechen. Mein Kollege / meine Kollegin und ich werden die Gruppe moderieren, uns also bei der Diskussion selber zurückhalten.</p> | <p>Begrüßung / Einführung</p> |
| <p>Das Gespräch wird etwa anderthalb Stunden dauern. Jeder soll sich so äußern können, wie er es für richtig hält. Dazu können auch vertrauliche Dinge gehören. Daher sollten wir die Vereinbarung treffen, dass alles was hier gesagt wird, anonym bleibt und nicht nach außen getragen wird.</p> <p>Bitte schalten Sie Ihre Handys aus oder auf lautlos. Um die Formalitäten für Ihre Aufwandsentschädigung kümmern wir uns nach Ende des Gesprächs.</p> | <p>Ablauf, Gruppenregeln</p> |
| <p>Wir würden heute gerne mit Ihnen über die Zusammenarbeit zwischen Ihnen und v.a. niedergelassenen Ärzten sprechen. Wir wollen aber</p> | <p>Ziel der Gruppe</p> |

| | |
|---|--|
| <p>auch die Zusammenarbeit mit den Reha-Einrichtungen im Auge behalten. Uns ist es wichtig, zu erfahren, wie sie diese Zusammenarbeit einschätzen, wo Sie Probleme wahrnehmen und welche Lösungsmöglichkeiten sie sich vorstellen könnten. Außerdem interessiert uns, welche Verbesserungen Sie sich in Ihrem eigenen Umfeld vorstellen können.</p> | |
| <p>Wir wollen uns zuerst miteinander bekannt machen. Bitte erzählen Sie uns: wie Sie heißen, welche Position Sie innehaben und Berührungspunkte Sie mit niedergelassenen Ärzten haben. Ich stelle mich auch noch einmal kurz vor...</p> | <p>Eröffnungsfrage (Eisbrecher, Vorstellungsrunde): Vorerfahrung (mit der Rehaantragstellung)</p> |
| <p>Lassen Sie uns jetzt mit der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Hausärzten beginnen. Wie schätzen Sie den Stellenwert der (Beantragung) medizinischer Rehas in der Praxis eines niedergelassenen Haus- oder Facharztes ein? Wie viel Aufwand muss ein niedergelassener Arzt Ihrer Meinung nach zur Beantragung einer Reha erbringen? Welche Schwierigkeiten hat er damit?</p> | <p>Einführungsfrage: quantitativer Stellenwert der med. Reha in Praxen</p> |
| <p>Wie sieht Ihre persönliche Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten in Bezug auf Rehabilitationen aus? Wie würden Sie diese Zusammenarbeit beurteilen? Ist Sie zufriedenstellend? An welchen Stellen gibt es Probleme? Wo gibt es Verbesserungsbedarf?</p> | <p>Schlüsselfrage: Einschätzung der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten</p> |
| <p>Kommunizieren Sie mit den niedergelassenen Ärzten über die Nachsorge für Rehabilitanden? Gibt es Schwierigkeiten bei der Kommunikation?</p> | <p>Schlüsselfrage: Nachsorge</p> |
| <p>Sehen / Haben Sie noch andere Probleme bei der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten?</p> | <p>Schlüsselfrage: andere Probleme</p> |
| <p>Was müsste sich Ihrer Meinung nach verändern, damit die Probleme bei der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, die wir gerade diskutiert haben, aufgelöst werden könnten / weniger würden?</p> | <p>Schlüsselfragen: Vorstellungen zur Verbesserung der Abläufe</p> |
| <p>Welche Strukturen müssten geändert werden? Wie?</p> | <p>Schlüsselfrage: Strukturveränderungen</p> |
| <p>Was könnten Sie sich vorstellen, selber anders zu machen? Was müsste sich dafür ändern?</p> | <p>Schlüsselfrage: Verbesserungen im eigenen Umfeld</p> |
| <p>Lassen Sie uns jetzt noch einen Blick auf die Zusammenarbeit mit den Reha-Einrichtungen werfen. Gibt es hier Probleme? Welche? (notfalls Stichwort Qualitätssicherung, Leitlinienadhärenz)</p> | <p>Zusammenarbeit mit Reha-Einrichtungen</p> |
| <p>Möchte noch jemand von Ihnen etwas sagen, wozu Er/Sie bisher nicht gekommen ist? Haben wir noch etwas für unser Thema Zusammenar-</p> | <p>Schlussfrage: Jeder ausreichend zu Wort gekommen, an alles gedacht?</p> |

| | |
|---|--|
| beit von Reha-Kostenträgern und niedergelassenen Ärzten wichtiges nicht aufgegriffen? | |
|---|--|

| Formulierungen/Fragen | Thema |
|---|-------------------------------------|
| <p>Als Erstes möchte ich mich herzlich bei Ihnen dafür bedanken, dass Sie heute hier her gekommen sind und an dieser Gesprächsrunde teilnehmen. Mein Name ist Nadine Pohontsch. Mein Kollege / meine Kollegin, der / die mich heute bei der Diskussion unterstützt, ist Martin Scherer / Jens-Martin Träger / Ruth Deck. Wir sind beide wissenschaftliche Mitarbeiter am Institut für Sozialmedizin und beschäftigen uns in unserer Forschungsarbeit mit dem Thema Schnittstellen in der Rehabilitation. Als Schnittstellen bezeichnet man die Übergänge von einem Versorgungssystem zum nächsten. Also vom Hausarzt in die Reha oder von der Reha zurück zum Hausarzt. Bei diesen Übergängen läuft manchmal nicht alles so reibungslos. Und darüber möchten wir uns mit Ihnen unterhalten. Welche Erfahrungen haben Sie mit solchen Schnittstellen gemacht? Teilen Sie uns alles hierzu mit, Positives und Negatives, Meinungen und Erwartungen. Wir würden das Gespräch mit Ihrem Einverständnis gerne auf Band aufnehmen, damit wir uns ganz auf das Gespräch konzentrieren können und nicht durch Mitschreiben abgelenkt sind. Alle Angaben werden anonym behandelt. In unseren Ergebnisberichten werden keine Namen genannt. Außerdem ist es uns wichtig zu betonen, dass es hier keine richtigen oder falschen Aussagen gibt, Ihre Meinung ist uns wichtig. Um uns später das Abschreiben der Tonbänder zu erleichtern, wäre es schön, wenn Sie versuchen nicht gleichzeitig zu sprechen.</p> <p>Mein Kollege / meine Kollegin und ich werden die Gruppe moderieren, uns also bei der Diskussion selber zurückhalten.</p> | <p>Begrüßung/Einführung</p> |
| <p>Das Gespräch wird etwa anderthalb Stunden dauern. Jeder soll sich so äußern können, wie er es für richtig hält. Dazu können auch vertrauliche Dinge gehören. Daher sollten wir die Vereinbarung treffen, dass alles was hier gesagt wird, anonym bleibt und nicht nach außen getragen wird.</p> <p>Bitte schalten Sie Ihre Handys aus oder auf lautlos. Um die Formalitäten für Ihre Aufwandsentschädigung kümmern wir uns nach Ende des Gesprächs.</p> | <p>Ablauf, Gruppenregeln</p> |
| <p>Wir würden heute gerne mit Ihnen über Ihre Erfahrungen mit der Zusammenarbeit zwischen Ihrem behandelnden Arzt und der Reha-Klinik sprechen. Dabei ist es uns wichtig zu erfahren, wie sie diese Zusam-</p> | <p>Ziel der Gruppe</p> |

Anhang 6: Leitfäden homogene Gruppen

| | |
|--|--|
| menarbeit einschätzen, wo Sie Probleme wahrgenommen haben und wo etwas hätte besser gemacht werden können. | |
| Wir wollen uns zuerst miteinander bekannt machen. Bitte erzählen Sie uns: wie Sie heißen, wie alt Sie sind und wer Ihnen die Teilnahme an der Rehabilitationsmaßnahme empfohlen hat. Ich stelle mich auch noch einmal kurz vor... | Eröffnungsfrage (Eisbrecher): Vorstellungsrunde |
| Hat Sie jemand bei der Reha-Antragstellung unterstützt? Wer? | Einführungsfrage: Unterstützung bei der Antragstellung |
| Gab es Probleme oder Fragen bei der Antragstellung? Ist jemand darauf eingegangen? Wer? War das zufriedenstellend? Wenn mehrere Personen bei der Antragstellung geholfen haben, war die Unterstützung konsistent? | Schlüsselfrage: Schwierigkeiten bei der Antragstellung, Konsistenz der Hilfe |
| Wenn Sie an die Zeit in der Rehabilitationsklinik zurückdenken, wurde dort die Behandlungsstrategie Ihres behandelnden Arztes weitergeführt? | Schlüsselfrage: Weiterführung der Behandlung durch ng-Arzt |
| Wenn nicht, was wurde Ihnen als Begründung für die Therapie-/ Medikationsumstellung genannt? Waren Sie damit einverstanden? Wurden diese Therapieänderungen mit Ihrem behandelnden Arzt zu Hause abgesprochen? | Schlüsselfrage: Begründung für Nicht-Weiterführung der Behandlung durch ng-Arzt |
| Gab es Empfehlungen zu (neuen) Therapien / Medikamenten der Reha-Klinik an ihren behandelnden Arzt zu Hause? Waren Sie damit einverstanden? Hat Ihr Hausarzt diese berücksichtigt und umgesetzt? | Schlüsselfrage: Nachsorge-Empfehlungen |
| Wenn nicht, wie hat er / sie das begründet? Waren Sie damit einverstanden? | Schlüsselfrage: Begründung für Nicht-Umsetzung der Empfehlungen |
| Hat Ihr Arzt mit der Reha-Klinik abgesprochen, warum er die Empfehlungen nicht umsetzen kann / will? | Schlüsselfrage: Absprache Arzt / Klinik hinsichtlich Empfehlungen |
| Wie haben Sie die Zusammenarbeit Ihres behandelnden Arztes und der Reha-Klinik empfunden? Gab es Probleme? Ist etwas schief gelaufen? | Schlüsselfragen: Bewertung der Zusammenarbeit von Arzt / Reha-Klinik |
| Was hätte besser gemacht werden können? Was sollte beim nächsten Mal anders laufen? | Schlüsselfragen: Bewertung der Zusammenarbeit von Arzt / Reha-Klinik |
| Möchte noch jemand von Ihnen etwas sagen, wozu er / sie bisher nicht gekommen ist? Haben wir noch etwas für unser Thema Zusammenarbeit von Reha-Kliniken und behandelnden Ärzten nicht aufgegriffen? | Schlussfrage: Jeder ausreichend zu Wort gekommen, an alles gedacht? |

Information zur Studie
„Optimierung der Zusammenarbeit von Reha-Kostenträgern, Reha-Einrichtungen und ambulanter Versorgung“

Sie haben vor einiger Zeit an einem Gruppengespräch im Rahmen unseres Forschungsprojekts zur Untersuchung von Schnittstellenproblemen in der medizinischen Rehabilitation teilgenommen. Dafür noch einmal vielen Dank! Wie im damaligen Gespräch schon angekündigt würden wir Sie heute gerne einladen, an einem weiteren, interdisziplinär zusammengesetzten Gruppengespräch teilzunehmen.

Wie genau läuft die Studie ab?

Nachdem wir in den ersten Gruppengesprächen die Meinungen innerhalb einer Berufsgruppe (z.B. niedergelassene Ärzte, Reha-Kliniker oder Kostenträgervertreter) ausgetauscht haben, möchten wir uns nun mit Ihnen in einer „gemischten“ Gesprächsrunde zusammensetzen.

Im Gespräch mit den Vertretern verschiedener Professionen möchten wir die einzelnen Konfliktfelder, die in den bisherigen Gruppen genannt wurden, und mögliche Lösungen diskutieren. Die Gruppe wird ca. fünf bis sieben Teilnehmer umfassen. Das Gruppengespräch werden wir in Lübeck im Institut für Sozialmedizin (Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck, Haus 50) durchführen. Die Moderation und Leitung des Gesprächs übernehmen zwei Mitarbeiterinnen des Instituts für Sozialmedizin. Das Gespräch dauert etwa 1,5 Stunden.

Wir werden das Gespräch – Ihr Einverständnis vorausgesetzt – auf Tonband aufnehmen und später transkribieren. Die Aussagen der Teilnehmer werden anonym behandelt, d.h. die Diskussionsbeiträge werden den einzelnen Teilnehmern nicht zugeordnet. Für Ihre Teilnahme bedanken wir uns mit einer Aufwandsentschädigung von 50,- Euro.

Die Studie wird vom Institut für Sozialmedizin in Lübeck durchgeführt, falls Sie weitere Fragen haben, können Sie sich jederzeit an die Projektmitarbeiterinnen am Institut für Sozialmedizin in Lübeck wenden (Frau Dr. Deck, Tel. 0451 / 500 58 47 und Frau Pohontsch, Tel. 0451 / 500 58 43).

Terminabfrage

Gruppengespräch: „Optimierung der Zusammenarbeit von Reha-Kostenträgern, Reha-Einrichtungen und ambulanter Versorgung“

Ich würde mich gern am Gruppengespräch beteiligen!

Mein Name (Vor- und Zuname):

Meine Telefonnummer:

Die Gruppengespräche werden an einem Abend im April 2011 in den Räumen des Instituts für Sozialmedizin (Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck, Haus 50) stattfinden. Bitte kreuzen Sie jeden Termin an, an dem Sie teilnehmen könnten.

- Dienstag, den 05.04.2011, 19.30 – 21.00 Uhr in Lübeck**
- Donnerstag, den 07.04.2011, 19.30 – 21.00 Uhr in Lübeck**
- Mittwoch, den 13.04.2011, 19.30 – 21.00 Uhr in Lübeck**

Wir setzen uns telefonisch mit Ihnen in Verbindung, wenn der endgültige Termin feststeht.

Bitte vergessen Sie nicht, Ihre Telefonnummer anzugeben!

Vielen Dank!

Kurzprotokoll Expertendiskussion 05.04.2011

Anwesende: Dr. Glaser-Möller (DRV Nord), Herr Hansohm (BEK), Dr. Fallenbacher (niedergelassene Ärztin), Dr. Riffert (niedergelassener Arzt), Dr. Deck, Dipl.-Psych. Pohontsch

Bürokratie / Formulare

- bürokratische Abläufe nicht nachvollziehbar

(z. B. Bewilligungen, Aufforderungen zum Rehaantrag, Zuständigkeiten)

- Formulare: zu umfangreich, kompliziert und standardisiert

- „Antrag auf Antrag“

(Formular 60 der Krankenkassen)

Lösungen?

- die Feststellung der zuständigen Ansprechpartner wird auch innerhalb der DRV als problematisch angesehen, Lösungsmöglichkeiten: Bitte um Rückruf im Antrag festhalten, Vermittlung über die Zentrale.
- Ablehnungsbescheide werden über standardisierte Textblöcke erstellt. Textblöcke befinden sich zurzeit in Überarbeitung um die Verständlichkeit zu verbessern.
- Projekt Antragscheck („Kurzbegutachtung“): sofortige Prüfung des „Antragspakets“ im Beisein des Antragstellers (für alle Antragsteller möglich, Terminvereinbarung), Antragsteller erhält Hinweise was fehlt, wo noch Informationen ergänzt werden müssen → stärkt die Mitwirkung des Antragstellers, Verfahren wird weniger anonym. Möglichkeit eines Formblatts (für den Arzt): Was muss im Antrag noch ergänzt werden
- von einigen Ärzten wird das Formblatt 60 als Basis für ein Gespräch mit dem Patienten über Reha und zur Klärung der Kostenträgerzuständigkeit genutzt
- identische Formulare von allen Kostenträgern wären sehr hilfreich im Antragsprozess
- ab dem Zeitpunkt der Einreichung des Antrags wird die Lage aus Sicht der niedergelassenen Ärzte unübersichtlich bzgl. des Verlaufs des Antragsverfahrens, hilfreich wären Rückmeldungen über den Stand des Verfahrens bzw. den zuständigen Sach-

bearbeiter (Information besonders dann relevant, wenn das Antragsverfahren nicht regelhaft verläuft), Kopie des Bescheids direkt an den Arzt (vor allem, wenn der Antrag auf Initiative / Rat des Arztes gestellt wurde)

- **in „komplizierten“ Fällen sind die Wartezeiten bzgl. der Bescheidung manchmal sehr lang, müssen dann vom niedergelassenen Arzt überbrückt werden → starker Wunsch nach mehr Informationen gerade in solchen Fällen**
- **Diskussion um die Bedeutung der fachärztlichen Diagnostik bei Anträgen auf psychosomatische Rehabilitation → Kostenträger (Ärzttekammer, KV) sollte möglichst Alternativen zur normalen Terminierung beim Facharzt zur Verfügung stellen, um längere Wartezeiten (6 Wochen – 3 Monate) für Antragsteller zu vermeiden**
- **Diskussion der nicht adäquaten kassenärztlichen bzw. kassenpsychotherapeutischen Versorgungsstruktur im psychosomatischen / psychiatrischen Bereich**
- **Reha-Bedarfs-Checkliste für niedergelassene Ärzte / Fortbildung**
- **Erstellung einer Internetseite mit Informationen über alle rehabilitations(antrags)relevanten Themen für niedergelassene Ärzte (Gestaltung unter Mitwirkung aller Beteiligten: Kostenträger, niedergelassene Ärzte)**
- **Überarbeitung der „Informationen zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe – Rehabilitationsantrag“ Begleitbriefs zum Rehaantrag aus Sicht der niedergelassenen Ärzte sinnvoll: kürzer und optisch besser aufbereitet**

Antragstellung / Bewilligung /Ablehnung

- Bewilligung / Ablehnung nicht nachvollziehbar
- niedergelassener Arzt vs. anonymer Sachbearbeiter
- Erkennung von Reha-Bedarf durch den niedergelassenen Arzt

Lösungen?

- Kommunikation zwischen Entscheider und Arzt, vor allem bei Ablehnungen, wichtig
- Verständnis für beide Seiten muss gefördert werden, z. B. durch Fortbildungen und Austausch (Telefonate)
- im „Massengeschäft“ der Rehabegutachtung sind Telefonate jedoch schwer umsetzbar, Erreichbarkeit der niedergelassenen Ärzte auch nicht immer gegeben
- Fortbildung zu Prozess der Reha-Antragstellung wichtig, Kostenträger muss Antragsteller (in diesem Fall die niedergelassenen Ärzte) Einblick in seine Prozesse, Kriterien und Handlungshintergründe geben
- Diskussion der Unterschiede zwischen fachärztlich und hausärztlich gestellten Anträgen auf psychosomatische Reha, „Kultur des Facharztes“
- Diskussion des Dilemmas des Hausarztes: Krankenkassenanfragen zur Einleitung einer Reha vs. lange Wartezeiten bei Fachärzten

Probleme des niedergelassenen Arztes

- Gefühl mangelnder Wertschätzung des Arztes
- (Antrags-) Vergütung erfolgt nicht / zu gering
- starke (Zeit-) Ressourcenbindung beim niedergelassenen Arzt

Lösungen?

- es muss ein gegenseitiges Verständnis und eine einheitliche Interpretation von „Rehabilitationsbedürftigkeit“ erreicht werden
- bei bestimmten Patienten muss persönlich begutachtet werden (Fälle nicht per Telefon o. Aktenlage klärbar)
- wichtig: Selbstbeurteilungsbogen des Patienten
- unklar ob Formulare 60 und 61 der Krankenkassen überarbeitet werden
- Frau Glaser-Möller will sich noch bezüglich der Antragsbearbeitungszeiten für psychosomatische Rehabilitationen kundig machen

Kurzprotokoll Expertendiskussion 07.04.2011

Anwesende: Dipl.-Psych. Pagel (psychosom. Klinikerin), Dr. Kiunke (psychosom. Klinikerin), Dr. Chamaly (orthopäd. Kliniker), Dr. Peschel (orthopäd. Klinikerin), Herr Freier (BEK), Dr. Burhorn (niedergelassene Ärztin), Dr. Federsel (niedergelassener Arzt), Dr. Deck, Dipl.-Psych. Pohontsch

Vordiagnostik / Befunde

- unzureichende / zu wenige Befundunterlagen vom niedergelassenen Arzt

Lösungen?

- Diskussion der Diskrepanz, der für den Antrag und die Rehabilitation notwendigen Befundberichte (in Antrag soll die Notwendigkeit der Reha dargestellt, aber kein vollständiger Befundbericht geliefert werden)
- Befundberichte können bei den niedergelassenen Ärzten angefordert werden (Fax), Problem: Erreichbarkeit der niedergelassenen Ärzte für die Kliniker
- Wunsch von Klinikerseite: 1 Seite (ICD-10-) Diagnosen- und Medikationsübersicht vom niedergelassenen Arzt
- für psychosomatische Rehabilitanden ist eine fachärztliche / psychologische Vorbehandlung sehr wünschenswert (deren Berichte wären für die Kliniker hilfreich), denn Diagnostik ist nicht Reha-Auftrag

Kontakt / Kommunikationsprobleme

- Kommunikation ausschließlich „per Brief“
- Kommunikation findet nicht systematisch statt

Lösungen?

- Kommunikation per Email besser als per Brief / Telefon, Emailadressen von niedergelassenen Ärzten sollten verfügbar sein
- Bahnung der Kommunikationswege über den Rehabilitanden (R. ruft selbst beim niedergelassenen Arzt an, bringt Emailadresse des Arztes mit)
- Emailadressen beider Kommunikationspartner (Kliniker und niedergelassene Ärzte) müssen bekannt sein
- KV-Arzt-Index um Emailadressen erweitern
- aus Datenschutzgründen dürfen manche Dinge (E-Briefe) nicht gefaxt oder gemailt werden (außer es liegt eine Einverständniserklärung der Rehabilitanden vor)
- Kontaktaufnahme von Seiten der niedergelassenen Ärzte nur wegen Zusatzinformationen, die über den Brief hinausgehen, gewünscht, am besten kurz vor der Entlassung des Rehabilitanden
- Visitenkarten mit Emailadresse / Kontaktzeiten an den Antrag heften

Belegung

- Reha-Fähigkeit bestimmter Patientengruppen
- Falschzuweisung durch Kostenträger
- psychosomatische Reha ohne
4 - bzw. 6 - Wochen-Kostenübernahme

Lösungen?

- **Ungünstige Kommunikation der Kostenträger mit den Versicherten, Möglichkeit der Verlängerung der psychosomatischen Reha wird in Aussicht gestellt, aber nicht vom Kostenträger getragen**
- **Gesprächsbedarf, welche Patienten (nicht) in die Reha gehören (z. B. suizidgefährdete)**
- **Sprachverständnis auf dem Antrag sehr wichtig (ausfüllen), zwingend notwendig um (Sprach-) Fehlzweisungen zu vermeiden**
- **Rehabilitanden können nach Aktensichtung durchaus abgelehnt werden, es besteht jedoch die Befürchtung, dass zu häufiges Zurückschicken negative Konsequenzen für die Reha-Klinik hat**

Bürokratie / Formulare

- Entlassbriefe (zu lang / „falsch“)
- Formulare / Regularien erschweren den Austausch über den Patienten

Lösungen?

- Informationsdefizite über Leistungen zur Teilhabe bei niedergelassenen Ärzten müssen überwunden werden
- Es besteht weiterhin Unklarheit darüber, wie es zu abweichenden Berichten der Patienten und der EDV über Therapien, die in der Rehabilitation stattgefunden haben kommen kann (Krankmeldungen / Therapieausfälle werden im Computersystem normalerweise dokumentiert), Manipulationsmöglichkeiten bestehen kaum
- Patienten sollten im berechtigten Fall vermehrt zu Beschwerden bei den Kostenträgern ermutigt werden, das Beschwerdemanagement ist dort jedoch wieder sehr bürokratisch
- Andererseits schätzen die Kliniker und Ärzte auch die Klärung auf dem kurzen Weg (Telefonat bzw. Beschwerde direkt bei der Klinik)
- Was braucht der niedergelassene Arzt an Informationen aus dem E-Brief?: sozialmedizinische Beurteilung, Medikation, Empfehlungen und Diagnosen (+ Anamnese bei psychosomatischen Patienten)
- Der „Verlust“ des Vertrauensarztes wird bedauert, Beurteilung nur nach Aktenlage nicht immer von Vorteil (aber objektiver)
- Wichtig: nicht den Ausdruck der ICD-10-Nummern der Patientenkontakte der letzten Jahre, sondern einen Bogen mit den wichtigsten Diagnosen beim Antrag mit-schicken

Kurzprotokoll Expertendiskussion 13.04.2011

Anwesende: Herr Meyer (BEK), Herr Janetzek (IKK Nord), Dr. Vogel (orthopäd. Kliniker), Dr. Schäfer (SMD, DRV Nord), Dr. Strich (niedergelassener Orthopäde), Prof. Dr. Träder (niedergelassener Arzt), Dr. Deck, Dipl.-Psych. Pohontsch

Belegung

- Reha-Fähigkeit bestimmter Patientengruppen
- Falschzuweisung durch Kostenträger

Lösungen?

- unvollständig ausgefüllte Reha-Anträge bzw. solche mit unvollständigen Befundberichten können nicht einfach zurückgegeben werden, da ihre Zahl viel zu hoch ist
- Problem: Sprachverständnis ausländischer Rehabilitanden, bei Begutachtung durch SMD wird nachgefragt
- Vorschlag Checkliste: gewünschter Reha-Schwerpunkt des einweisenden Arztes / des Hausarztes / des Patienten + z. B. Sprachverständnis, Selbsthilfefähigkeit
- Verfahren der Reha-Antragstellung sollte vereinheitlicht werden, gleiche Antragsformulare unabhängig vom Kostenträger
- Checkliste Reha-Bedarf wird befürwortet
- die DRV ist offen für die Rücknahme / Neuvermittlung „fehlzugewiesener“ Rehabilitanden, es werden aber kaum Rehabilitanden von den Reha-Kliniken abgelehnt (wirtschaftl. Aspekt des „leeren Betts“)
- in Reha-Verfahren werden von der DRV kaum Rehabilitanden persönlich begutachtet
- Diskussion: „Schnellebigkeit des stationären Bereichs“ vs. „Schwerfälligkeit des Antragswesens“
- Auch das Reha-System braucht ein Intranet zur Kommunikation der Stellen untereinander (schnelle und datenschutzsichere Kommunikation)

- **Vorschlag: Nachverfolgungsziffer für den Rehabilitationsantrag (wie bei der Paketendungsverfolgung), wenn möglich auch mit Kontaktdaten des gerade zuständigen Sachbearbeiters**
- **Vorschlag einer bundesweiten Auskunftsziffer, die abhängig von der Anrufer-Telefonnummer automatisch an die richtige RV weiterleitet**
- **Diskussion: Möglichkeit einer Direktweisung zur Reha vom verordnenden Arzt / Warum weichen Arzturteil und Kostenträgerurteil so oft voneinander ab?**

Bürokratie / Formulare

- Entlassbriefe (zu lang / „falsch“)
- Formulare / Regularien erschweren den Austausch über den Patienten

Lösungen?

- **Vorschlag: Kurzbrief für den niedergelassenen Arzt – Diagnosen, Empfehlungen**
- **Weder Kliniker noch niedergelassene Ärzte mögen die langen, der Qualitätssicherung geschuldeten, Entlassbriefe**
- **Diese werden computerisiert erstellt und können aus Klinikersicht eigentlich nicht falsch sein**
- **Einen Kurzbrief aus dem Langbrief zu verfassen, wäre im Grunde nur eine technische Aufgabe, die leicht gelöst werden könnte**
- **Elektronischer Austausch von Patientendaten wird von allen Seiten befürwortet, unter Datenschutzgesichtspunkten jedoch kritisch gesehen**
- **Diskussion über Paragraph 51-Rehabilitanden**
- **Vorschlag: Reha-Kompetenz-Zentren (gemeinsames Forum MDK / SMD / Agentur für Arbeit für schwierige Fälle)**
- **Reha-Sofortbegutachtung**
- **„Ambulant vor stationär“ muss weiter ausgebaut werden, engere Kontakte mit niedergelassenen Ärzten und SMD**
- **„Koppelung“ niedergelassener Ärzte an Reha-Kliniken wird befürwortet**

Bürokratie / Formulare

- bürokratische Abläufe nicht nachvollziehbar

(z. B. Bewilligungen, Aufforderungen zum Rehaantrag, Zuständigkeiten)

- Formulare: zu umfangreich, kompliziert und standardisiert

- „Antrag auf Antrag“

(Formular 60 der Krankenkassen)

Lösungen?

- **Formulare 60 / 61 sind von der Selbstverwaltung der KV erstellt worden, werden gut vergütet, sind aber nicht mit RV-Formularen abgestimmt worden**
- **Vorschlag Checkliste für freien Brief zum Rehaantrag : Sprache, Reha- bzw. Selbsthilfefähigkeit, Diagnosen, Prognose der Arbeitsfähigkeit, Begründung der Reha-Bedürftigkeit → schnelle Rückmeldung / Nachfragen, wenn Details fehlen**
- **Formulare aus Kostenträgersicht haben aber auch Vorteile gegenüber freien Briefen, Übersichtlichkeit / man weiß, wo welche Informationen stehen**
- **Der Verlauf des Reha-Antrags muss auch für den behandelnden Arzt transparenter werden, Rückmeldungen im Verlauf, mehr Kommunikation**
- **An den Begründungen für die Antragsablehnung muss noch gearbeitet werden, Bescheide müssen individueller werden – aber auch die Anträge / Befundberichte müssen besser werden**
- **Vorschlag: Informationsveranstaltungen von Klinik- und Kostenträgerseite für niedergelassene Ärzte**
- **Informationen vermitteln in Kleingruppengesprächen à la Qualitätszirkel, Experten vom Kostenträger klären dort auf**
- **MDK sollte wieder weiter ausgebaut werden, mehr Investition in den MDK, mehr Begutachtung**
- **Ablehnungsbescheide mit konkreten medizinischen Begründungen würden bevorzugt**

1. Problem: unzureichende Befunde bei Antragstellung

(Adressat: Kliniker, niedergelassene Ärzte)

Erarbeitete Lösung:

- Ergänzung des Antrags durch den Hausarzt um eine Seite: (ICD 10-) Diagnosen- und Medikationsübersicht
- Checkliste zum Rehaantrag (evtl. als freier Brief)
 1. gewünschter Reha- Schwerpunkt des antragstellenden Arztes
 2. gewünschter Reha- Schwerpunkt des Versicherten
 3. Sprachverständnis und Selbsthilfefähigkeit des Versicherten
 4. Prognose der Erwerbsfähigkeit
 5. Begründung der Reha-Bedürftigkeit

2. Problem: mangelnde Kenntnis des Antragstellungsprozess

(Adressat: Kostenträger, niedergelassene Ärzte)

Erarbeitete Lösung:

- Erstellung einer Internetseite bzw. eines Web-Auftritts mit der Zielgruppe niedergelassene Fach- und Allgemeinärzte, Gestaltung unter Mitwirkung aller Beteiligten
 1. Informationen zu Rehabilitationsantrag/ Rehabilitation
 2. Voraussetzungen, Ablauf des Antragsprozesses
 3. Fristen und Wartezeiten
 4. Informationen zu Reha-Bedarf
 5. Bereitstellung der Bedarfscheckliste zum Download

3. Problem: mangelnde Information beim Hausarzt

(Adressat: Kostenträger, niedergelassene Ärzte)

Erarbeitete Lösung:

- Überarbeitung der „Informationen zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe – Rehabilitationsantrag“

4. Problem: mangelnde Information über Reha-Inhalte

(Adressat: Kostenträger, Kliniker, niedergelassene Ärzte)

Erarbeitete Lösung:

- Informationen in Kleingruppengesprächen / Qualitätszirkeln

- Informationsveranstaltungen von Klinik- und Kostenträgerseite
- Teilnahme niedergelassener Ärzte an klinikinternen Veranstaltungen

5. Problem: Unklarheiten bei der Antragstellung

(Adressat: Kostenträger, niedergelassene Ärzte)

Erarbeitete Lösung:

- Fortbildungen zum Prozess der Reha-Antragstellung, Einblick in Kriterien, Prozesse und Handlungshintergründe, Leistungen zur Teilhabe allgemein

6. Problem: Unsicherheit bzgl. Reha-Bedarf

(Adressat: Kostenträger, niedergelassene Ärzte)

Erarbeitete Lösung:

- Reha-Bedarfcheckliste für alle niedergelassenen Ärzte verbindlich, Fortbildung, Vergütung?!
- Checkliste: zwingend einer Rehaantragstellung vorangehende Maßnahmen

7. Problem: Kommunikation generell

(Adressat: Kostenträger, niedergelassene Ärzte)

Erarbeitete Lösung:

- Forum zum Austausch, Kontakt von Kostenträgervertretern, medizinischen Diensten und niedergelassenen Ärzten

8. Problem: zu langer Entlassbrief

(Adressat: Kliniker, niedergelassene Ärzte)

Erarbeitete Lösung:

- Erstellung eines Kurzbriefts für jeden Rehabilitanden (am Ende der Reha auszuhändigen), Ermittlung der von niedergelassenen Arzt in diesem Brief wirklich benötigten Informationen (Empfehlungen, Diagnosen, Medikation, Nachsorgeverordnungen und sozialmedizinische Einschätzung)

9. Problem: Ablehnung ärztlich befürwortete Reha-Anträge

(Adressat: Kostenträger)

Erarbeitete Lösung:

- Bei ärztl. Antragsbefürwortung → Kontaktaufnahme vor Ablehnung

10. Problem: Blackbox Bewilligungsprozess

(Adressat: Kostenträger)

Erarbeitete Lösung:

- Antrag-Nachverfolgungsnummer
- Informationen über den Bearbeitungsstand / Probleme
- Kontaktdaten des zuständigen Sachbearbeiters leicht abrufbar (Internet)

11. Problem: Wohnortferne Rehabilitation (Adressat: Kostenträger)

Erarbeitete Lösung:

- Reha regional!, niedergelassene Ärzte und Reha-Kliniken einer Region koppeln

Universität zu Lübeck · Ratzeburger Allee 160 · 23538 Lübeck

Herrn

Institut für Sozialmedizin

Dipl.-Psych. Nadine Pohontsch

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

Tel.: +49 451 500 58 43

Fax: +49 451 500 58 72

e-mail: Nadine.Pohontsch@uk-sh.de

<http://www.uksh.de/sozialmedizin-luebeck>

Einladung zur Expertenrunde zu Schnittstellenproblemen in der medizinischen Rehabilitation

Sehr geehrter Herr,

die Segmentierung des deutschen Gesundheitssystems führt im System der medizinischen Rehabilitation an vielen Stellen zu Kooperations- und Koordinationsproblemen. Wir (Dr. Ruth Deck & Dipl.-Psych. Nadine Pohontsch) führen ein vom vffr gefördertes Forschungsprojekt zum Thema Schnittstellenprobleme in der medizinischen Rehabilitation durch. Alle an der Rehabilitationskette beteiligten Personen- bzw. Institutionengruppen wurden getrennt voneinander aber auch gemeinsam befragt, wo sie in ihrem jeweiligen Bereich solche Probleme wahrnehmen, um die Barrieren einer möglichst effizienten und konfliktfreien Kooperation und Kommunikation sowie deren Ursachen zu identifizieren und Lösungsmöglichkeiten zu diskutieren. Sie haben an einer oder mehreren dieser Gruppen teilgenommen und zu unseren bisherigen Ergebnissen beigetragen. Dafür bedanken wir uns an dieser Stelle herzlich!

Nun wollen wir in einer abschließenden Konferenz die mit Ihrer Hilfe identifizierten Lösungsansätze und deren Umsetzungsmöglichkeiten in der Praxis diskutieren. Deshalb laden wir Sie herzlich zu einer abschließenden Expertenrunde am Mittwoch, den **24. August 2011** von **15:00-18:00 Uhr** in den Räumlichkeiten der DRV Nord (Ziegelstr. 150, 23556 Lübeck) ein. Bitte melden Sie uns bis zum 15. Juli 2011 zurück, ob Sie an der Expertenrunde teilnehmen (Faxantwort beiliegend, Frau Nadine Pohontsch: Tel. 0451 500 58 43, Fax 0451 500 58 72, E-Mail: nadine.pohontsch@uk-sh.de). Sie werden im Vorfeld unseres Treffens eine Zusammenfassung der Ergebnisse der Fokusgruppen, einen Ablaufplan und eine Liste der anderen Teilnehmer erhalten. Für Rückfragen steht Ihnen Frau Nadine Pohontsch gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

Ruth Deck

Nadine Pohontsch

FAXANTWORT

**- z. Hd. Nadine Pohontsch, Institut für Sozialmedizin, Fax 0451 – 500 58
72 -**

Ich werde an der Expertenrunde am 24.08.2011 um 15:00 Uhr...

... teilnehmen

... nicht teilnehmen

Name:

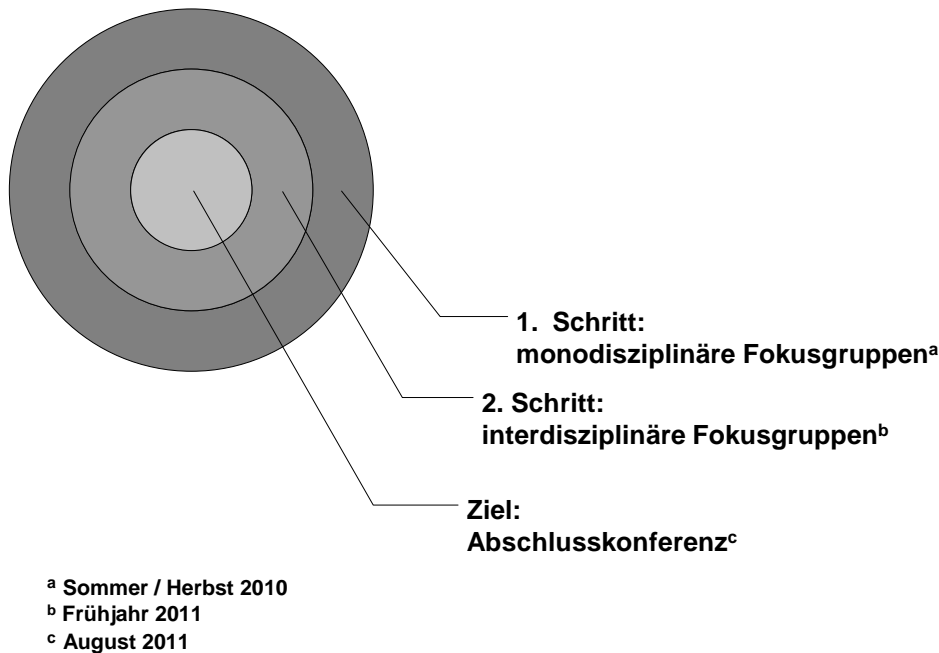
Email:

Telefon:

Fax:

Abschlusskonferenz: Schnittstellenprobleme in der medizinischen Rehabilitation

Die Laufzeit des Projekts „Optimierung der Zusammenarbeit von Reha-Kostenträgern, Reha-Einrichtungen und ambulanter Versorgung“³ neigt sich dem Ende zu. In drei Schritten wollten wir uns dem im Titel des Projekts genannten Ziel nähern (siehe Abbildung). Zwei dieser Schritte haben wir mit Ihrer Hilfe schon getan, der letzte Schritt, die Durchführung der Abschlusskonferenz, steht nun unmittelbar bevor.



Sie haben durch Ihre z. T. mehrmalige Teilnahme an unseren Gruppendiskussionen in den letzten 12 Monaten wesentlich zum bisherigen Erfolg dieses Projekts beigetragen. In der Schlussphase des Projekts wollen wir nun Ergebnisse erzielen, die über die Identifikation von Schnittstellenproblemen und Lösungsmöglichkeiten hinausgehen. In der Abschlusskonferenz an der Sie und andere Vertreter der Kostenträger, niedergelassene Fach- und Hausärzte und Rehabilitationskliniker teilnehmen werden, sollen konkrete Handlungsstrategien entworfen und Wege gebahnt werden, um die interdisziplinäre Kommunikationskultur und Zusammenarbeit aller an der Rehabilitationskette Beteiligten nachhaltig zu verbessern.

In den monodisziplinären Fokusgruppen wurde eine Vielzahl von Kommunikations-, Informations- und Zusammenarbeitsproblemen identifiziert⁴. Auch im zweiten Schritt, den interdisziplinären Gruppen wurden etliche Lösungsvorschläge entwickelt. Die Fülle aller Ergebnisse würde den Rahmen der Abschlusskonferenz sprengen, weshalb wir uns gerne mit Ihnen zu-

³ Antragsteller: Dr. R. Deck, Prof. Dr. J.-M. Träder, Prof. Dr. M. Scherer, gefördert vom vffr e.V. (Projekt Nr. 146); Projektmitarbeiterin: Dipl.-Psych. N. Pohontsch

⁴ Die Ergebnisse dieses ersten Projektschritts sind in den folgenden Arbeiten dargestellt: Pohontsch N, Deck R (2010) Überwindung von „Schnittstellenproblemen“ in der medizinischen Rehabilitation. Monitor Versorgungsforschung 6: 40 – 43 und Pohontsch N, Deck R (2011) Schnittstellenproblematik in der rehabilitativen Versorgung. Neuroreha 3: xxx-xxx

sammen auf einige wenige wesentliche Problemfelder und Lösungsansätze konzentrieren wollen, die im Folgenden dargestellt sind. Um Ihre Erinnerung aufzufrischen, sind zu jedem der Problemfelder ein paar kurze Stichworte angefügt.

Problemfelder Abschlusskonferenz:

- 1) unzureichende Befunde bei der Antragstellung (Kliniker, niedergelassene Ärzte)
 - a. Reha-relevante Diagnosen, bisherige Medikation nicht klar
 - b. Wichtige Informationen fehlen im Antrag (z. B. Sprachverständnis)
- 2) mangelnde Kenntnis des Antragstellungsprozess, mangelnde Information beim Hausarzt, mangelnde Information über Reha-Inhalte (Kostenträger, Kliniker, niedergelassene Ärzte)
 - a. fehlende Informationen zu Voraussetzungen, Ablauf des Antragsprozesses, Fristen + Wartezeiten, Reha-Bedarf
 - b. Informationen zum „Antrag auf Leistungen zur Teilhabe - Rehabilitationsantrag“ für den niedergelassenen Arzt wenig hilfreich
- 3) Unklarheiten bei der Antragstellung (Kostenträger, niedergelassene Ärzte)
 - a. fehlende Informationen zum Prozess der Reha-Antragstellung und Leistungen zur Teilhabe allgemein
 - b. kaum Einblick in Kriterien, Prozesse und Handlungshintergründe
- 4) Unsicherheit bzgl. Reha-Bedarf (Kostenträger, niedergelassene Ärzte)
 - a. Nichtverwendung zur Verfügung stehender Checklisten
 - b. mangelnde Kompetenzen bei der Erkennung von Reha-Bedarf
 - c. Unkenntnis über den „idealen“ / von den Kliniken gewünschten Reha-Patient
- 5) Kommunikation generell (Kostenträger, niedergelassene Ärzte)
 - a. Mangelnder Austausch / Kontakt aller Beteiligten über: Bearbeitungsstand der Anträge, Ablehnungsgründe
 - b. intransparente Zuständigkeiten bei der DRV
- 6) zu langer Entlassbrief (Kliniker, niedergelassene Ärzte)
 - a. unzureichende Rezeption der Entlassbriefe
- 7) Ablehnung ärztlich befürwortete Reha-Anträge
 - a. Mangelnde Nachvollziehbarkeit von Bewilligungs- und Ablehnungskriterien
 - b. Arzt vs. anonymer Sachbearbeiter, subjektiv empfundene mangelnde Wertschätzung der Arztmeinung
- 8) Blackbox Bewilligungsprozess
 - a. mangelnde Nachvollziehbarkeit der Bewilligung / Ablehnung von Anträgen
 - b. Bürokratismus
- 9) Wohnortferne Rehabilitation
 - a. Schwierigkeiten bei der Kontaktpflege (großes Einzugsgebiet, schlechte Erreichbarkeit)

Wir freuen uns auf eine konstruktive Abschlusskonferenz mit Ihnen!

Literatur

- ¹ Raspe H (2009). Medizinische Rehabilitation: „Change we need“. Die Rehabilitation; 48: 47-50
- ² Braun B (2009). Die Rehabilitation im System des Sozialleistungsrechts aus sozialpolitischer Sicht unter besonderer Berücksichtigung der Probleme der trägerübergreifenden Kooperation und Koordination. Rehabilitation; 48:174-181
- ³ Amelung VE, Sydow J, Windeler A (2009). Vernetzung im Gesundheitswesen im Spannungsfeld von Wettbewerb und Kooperation. In: Amelung VE, Sydow J, Windeler A. Vernetzung im Gesundheitswesen. Stuttgart: Kohlhammer
- ⁴ Pfaff H, Kowalski C, Ommen O (2009). Modelle zur Analyse von Integration und Koordination im Gesundheitssystem. In: Amelung VE, Sydow J, Windeler A. Vernetzung im Gesundheitswesen. Stuttgart: Kohlhammer
- ⁵ Deck R, Heinrichs K, Koch H, Kohlmann T, Mittag O, Peschel U, Ratschko KW, Welk H, Zimmermann M (2000). „Schnittstellenprobleme“ in der medizinischen Rehabilitation: die Entwicklung eines Kurzfragebogens zur Ermittlung des Informations- und Kommunikationsbedarfs bei Hausärzten. Gesundheitswesen; 62: 431-436
- ⁶ Peters E, Pritzkeleit R, Beske F, Katalinic A (2009). Demografischer Wandel und Krankheitshäufigkeiten. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz; 5: 417-426
- ⁷ Statistisches Bundesamt, (Hrsg.)(2009). Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- ⁸ Barth M, Hoffmann-Markwald A, Koch U, Potreck-Rose F, Wittmann WW (1989). Die Inanspruchnahme medizinischer Maßnahmen zur Rehabilitation - Die Sichtweise der Experten. Deutsche Rentenversicherung; 8-9: 514-529
- ⁹ Schliffke M (1999). Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Rehabilitationskliniken. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt; 6: 8-10
- ¹⁰ Träder J-M (2007). Rehabedarf aus Hausarztsicht. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation; 78: 184-186
- ¹¹ Deck R, Glaser-Möller N, Remé T (Hrsg.) (2009). Brücken bauen. Schnittstellenprobleme der medizinischen Rehabilitation. Lage: Hans Jacobs
- ¹² DEGAM (2002). Fachdefinition der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. <http://www.degam.de/index.php?id=303> (Zugriff am 24.01.2011)
- ¹³ Deck R, Träder J-M, Raspe H (2009). Identifikation von potenziellem Reha-Bedarf in der Hausarztpraxis: Idee und Wirklichkeit. Rehabilitation; 48: 73-83
- ¹⁴ Deck R, Hüppe A, Arlt AC (2009). Optimierung der Rehabilitationsnachsorge durch eine längerfristige Begleitung der Rehabilitanden – Ergebnisse einer Pilotstudie. Rehabilitation; 48: 39-46
- ¹⁵ Schlick GH (1999). Projektmanagement – Gruppenprozesse – Teamarbeit. Renningen-Malmsheim: expert
- ¹⁶ Deck R (2003). Welche Reha-Informationen erhalten Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen und welchen Einfluss haben diese auf die rehabilitationsbezogenen Erwartungen bzw. die Rehabilitationsergebnisse? DRV-Schriften; 40: 359-361
- ¹⁷ Deck R, Glaser-Möller N, Mittag O (2004). Rehabilitation und Nachsorge. Lage: Verlag Hans Jacobs
- ¹⁸ Brandt C (1989). Die medizinische Rehabilitation aus der Sicht des niedergelassenen Arztes. Rehabilitation; 28: 67-73.
- ¹⁹ Barth M, Hoffmann-Markwald A, Koch U, Potreck-Rose F, Wittmann WW (1989). Die Inanspruchnahme medizinischer Maßnahmen zur Rehabilitation - Die Sichtweise der Experten. Deutsche Rentenversicherung; 8-9: 514-529

-
- ²⁰ Schliffke, M. (1999): Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Rehabilitationskliniken. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, 6, 1999, S. 8-10
- ²¹ Petermann F, Pöschke A, Deuchert M, Vogel H, Seger W (1994). Verbesserung des Zugangs zur medizinischen Rehabilitation. Prävention und Rehabilitation; 6: 47 - 55
- ²² Krischke NR, Schmidt S, Petermann F, Seder W (1997). Einfluß niedergelassener Ärzte auf den Zugang zur medizinischen Rehabilitation. Münchner Medizinische Wochenschrift; 139: 425-428
- ²³ Muschalla, B., Vilain, M. Lawall, C., Lewerenz, M. Linden, M. (2009): Berufliche und soziale Partizipationsstörungen bei Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung. Rehabilitation; 48: 84-90.
- ²⁴ Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Deutscher Studien Verlag
- ²⁵ Pohontsch N, Raspe H, Welti F, Meyer T (2011). Die Bedeutung des Wunsch- und Wahlrechts des SGB IX, §9 für die medizinische Rehabilitation aus Sicht der Rehabilitanden. Rehabilitation; 50 (4): 244-250
- ²⁶ Pohontsch N, Deck R (2010). Überwindung von „Schnittstellenproblemen“ in der medizinischen Rehabilitation. Monitor Versorgungsforschung; 6: 40 - 43
- ²⁷ Pohontsch N, Welti F, Raspe H, Meyer T (zur Veröffentlichung angenommen). Das Wunsch- und Wahlrechts des SGB IX, §9 in der medizinischen Rehabilitation: Ergebnisse eines regionalen Surveys unter Versicherten der Gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung. Gesundheitswesen
- ²⁸ Meyer T, Pohontsch N, Raspe H (2009). Zielfestlegungen in der stationären somatischen Rehabilitation – die Herausforderung bleibt. Rehabilitation; 48:128-134
- ²⁹ Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2007). Zweiter Bericht über die Gemeinsamen Servicestellen vom 14. Dezember 2007. Frankfurt am Main: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
- ³⁰ Deutsche Rentenversicherung Bund / Berlin-Brandenburg (2009). Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation im Dialog. Abschlussbericht (http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/cae/servlet/contentblob/136728/publicationFile/21817/abschlussbericht_pdf.pdf;jsessionid=1593D44F2B55180E280CE4DDAFD95063.cae03, Zugriff 12.12.2011)
- ³¹ Walendzik A, Rabe-Menssen C, Lux G, Wasem J, Jahn R (2011). Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010. Abschlussbericht (http://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/fileadmin/main/g-datei-download/News/2011/Studie_DPtV.pdf, Zugriff 12.12.2011)
- ³² Irle H, Fischer K (2008). Psychosomatische Rehabilitation aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung Bund. 31. Ulmer Werkstatt (http://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/Kliniken/Psych_Medizin_Psychtherapie/Dokumente/Klinik/PS_Ulmer_Werkstatt_Irle_Fischer_Reha_aus_Sicht_der_RV_UlmerWerkstatt_080606.pdf, Zugriff 12.12.2011)
- ³³ Zepf S, Mengele U, Hartmann S (2001). Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland. Gießen: Psychosozial-Verlag
- ³⁴ Gemeinsamer Bundesausschuss (2004). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie). <http://www.g-ba.de/downloads/62-492-340/RL-Reha-2009-01-22.pdf> (Zugriff 14.12.2011)
- ³⁵ Hibbeler B (2008). Medizinische Rehabilitation. Die Reform greift noch nicht. Deutsches Ärzteblatt; 105 (16): A814-815

-
- ³⁶ Hibbeler B (2010). Vorsorge und Rehabilitation: Kassen legen erstmals Statistik vor. Deutsches Ärzteblatt; 107(49): A-2426 / B-2105 / C-2065
- ³⁷ Legner R (2010). Probleme der sozialmedizinischen Beurteilung bei Anträgen auf Leistungen zur Teilhabe: Medizinische Rehabilitation bei Defiziten in der ambulanten Versorgung. ([http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=Legner - MZF2-Mi-1300-02.pdf](http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=Legner-MZF2-Mi-1300-02.pdf)) (Zugriff 13.12.2011)
- ³⁸ Pohontsch N, Raspe H, Meyer T (2010a). Die Bedeutung des Wunsch- und Wahlrechts des SGB IX, §9 für die medizinische Rehabilitation – eine empirische Analyse (Projekt Nr. 128). Abschlussbericht für den Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein e.V. (vffr)
- ³⁹ Deck R (2011). Reha-Bedarf in der Hausarztpraxis. Nordlicht; 11: 33-35
- ⁴⁰ Korzilius H (2009). Hausärztliche Versorgung: Am Lotsen führt kein Weg vorbei. Deutsches Ärzteblatt; 106 (43): A-2132 / B-1828 / C-1788
- ⁴¹ Schubert M, Fiala K, Grundke S, Parthier K, Behrens J, Klement A, Mau W. Der Rehabilitationszugang aus Perspektive niedergelassener Ärzte. http://www.bbs.charite.de/aktuell/termine/Votr_Symp_2011/1.Vortrag_Schubert_SAT_11112011.pdf (Zugriff 08.12.2011)
- ⁴² Wächter U (2010). Reha: Netzwerke arbeiten besser. <http://www.ihre-vorsorge.de/magazin/aktuell-beleuchtet/reha-netzwerke-arbeiten-besser.html> (Zugriff 20.12.2012)
- ⁴³ Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.)(2005). Gemeinsame Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Frankfurt am Main: Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation
- ⁴⁴ Bochdanský T, Prager C, Ammer K (2002). Allgemeine Rehabilitation. Grundlagen und Prinzipien. Österreichische Zeitschrift für Physikalische Medizin und Rehabilitation; 12 (2): 47-53
- ⁴⁵ VHitG e.V., Intersektorale Kommunikation, Deutsche Rentenversicherung Bund (2007). Reha-Kurzbrief – Implementierungsleitfaden Version 1.0. http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/cae/servlet/contentblob/38014/publicationFile/4118/e_bericht_leitfaden_reha_kurzbrief.pdf;jsessionid=597AEC028EAC5C24FDBB92207AF11E2B.cae03 (Zugriff 15.12.2011)
- ⁴⁶ Gehrke J (2011). Sozialmedizinische Begutachtung - Welche Versichertenangaben unterstützen die sozialmedizinische Sachaufklärung. <http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=Gehrke-HZO20-Di-0830-03.pdf> (Zugriff 15.12.2011)
- ⁴⁷ Franke M, Jost M (2008). Reha-Sofortbegutachtung. In Deck R, Glaser-Möller N, Remé T (Hrsg.): Rehabilitation und Wiedereingliederung – Der Rehabilitand im Mittelpunkt. Lage: Jacobs Verlag
- ⁴⁸ Uhlmann A (2011). Symposium des rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Freiburg / Bad Säckingen zum Thema „Reha 2020 – Neue Vergütungssysteme in der Rehabilitation?“ vom 18. Bis 19. Februar 2011 in Freiburg. Rehabilitation, 50: 271-273
- ⁴⁹ Spyra K, Köhn S, Ammelburg N, Schmidt C, Missel P, Lindenmeyer J (2011). Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) – Entwicklungsprozess und ausgewählte Ergebnisse am Beispiel Suchtrehabilitation. Rehabilitation; 50: 298-307
- ⁵⁰ Haaf HG (2009). Das derzeitige Vergütungssystem in der Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung. http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=01_Haaf.pdf (Zugriff 20.12.2011)
- ⁵¹ Fiala K, Grundke S, Parthier K, Schubert M, Klement A, Mau W (2011). Probleme und Lösungsansätze eines rechtzeitigen, bedarfsgerechten Zugangs zu medizinischer Rehabilitation aus der

ambulanten rheumatologischen Versorgung. Zeitschrift für Rheumatologie; 70 (Supplement 1): 41 - 42

⁵² Deutsche Rentenversicherung Bund (2011). Rehabilitation 2010. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund