

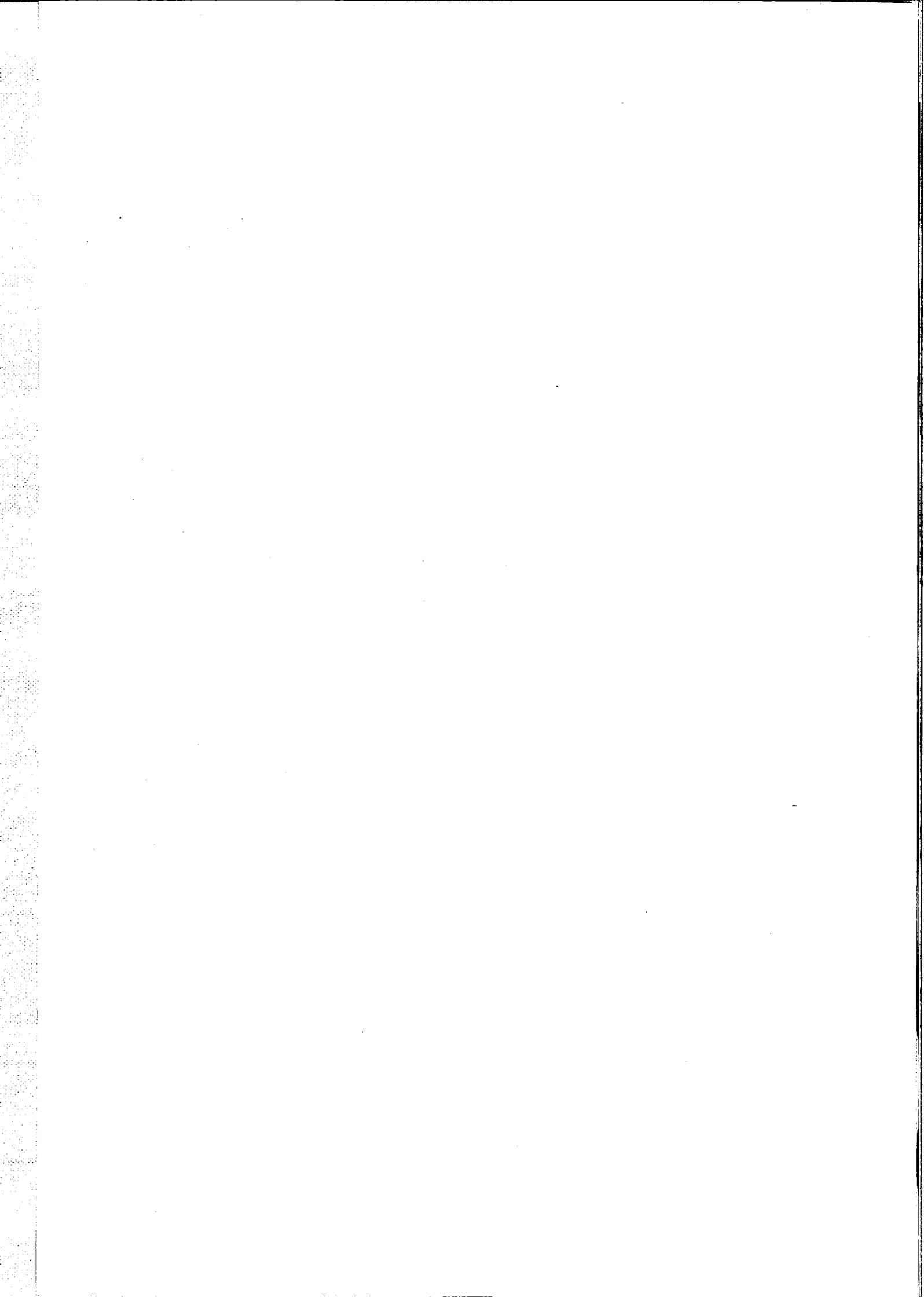
**Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in
Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und
Schleswig-Holstein**

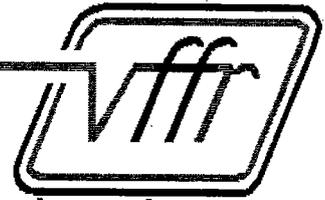
**Die Bedeutung des Wunsch- und Wahlrechts
des SGB IX, §9 für die medizinische
Rehabilitation – eine empirische Analyse**

T. Meyer & H. Raspe

Abschlußbericht

September 2010





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

**Die Bedeutung des Wunsch- und Wahl-
rechts des SGB IX, §9 für die medizinische
Rehabilitation –
eine empirische Analyse (Projekt-Nr. 128)**

**Projektleiter: Dr. phil. Thorsten Meyer, Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiner
Raspe**

Projektmitarbeiterin: Dipl.-Psych. Nadine Pohontsch

**Kooperationspartner: Prof. Dr. iur. Felix Welti, B. Sc. Susan Bendig,
B. Sc. Diana Ramm**

Abschlussbericht

September 2010

Korrespondenzadresse:

Dr. Thorsten Meyer

Institut für Sozialmedizin, Universität zu Lübeck / UK-SH

Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck

Thorsten.meyer@uk-sh.de

Tel. : 0451-500 58 46, Fax : 0451-500 58 72

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkungen.....	5
1 Einleitung.....	7
1.1 Das Wunsch- und Wahlrecht aus rechtswissenschaftlicher Perspektive	7
1.2 Das Wunsch- und Wahlrecht im Kontext deliberativer Entscheidungsmodelle in der Arzt-Patient-Interaktion	9
2 Fragestellungen.....	11
3 Forschungsmethodischer Ansatz.....	13
<u>Teil A: Qualitative Studienphase</u>	
4 Methode	14
4.1 Datenerhebung und Auswertung.....	14
4.2 Stichprobe	14
4.3 Übersicht über die Fokusgruppen	15
5 Ergebnisse	22
5.1 Fallvignetten	22
5.1.1 Anschlussheilbehandlung	23
5.1.2 Heilverfahren	25
5.2 Der Weg in die Rehabilitation.....	28
5.2.1 Anstoß zum Rehaantrag	28
5.2.2 Rehaantragstellung.....	31
5.3 Wünsche.....	42
5.5 Anderes Vorgehen beim nächsten Rehaantrag.....	59
5.6 Argumente der Rehabilitanden für und gegen das Wunsch- und Wahlrecht	61
5.7 Widerspruch	68
5.8 Passive Konsumentenhaltung.....	69
5.9 Einrichtungsmerkmale mit Relevanz für zukünftige Auswahlentscheidungen.....	73
5.9.1 Behandlung des Rehabilitanden i. S. einer Rehabilitandenorientierung	74
5.9.2 Medizinische / psychologische Behandlung / Betreuung des Rehabilitanden	77
5.9.3 Merkmale des Behandlungsteams	79
5.9.4 Passung von individuellen Patientenmerkmalen zur Rehabilitations-Einrichtung...80	
5.9.5 Einrichtungsstruktur bzw. -organisation.....	82
5.9.6 Organisation / Angebot der Nachsorge durch die Einrichtung	83
5.10 Vermittlung von Einrichtungs- Informationen an die Rehabilitanden.....	84
6 Qualitative Studienphase - Experteninterviews	86
7 Expertenkommission	156
7.1 Protokoll.....	156
7.2 Umsetzung im Survey-Fragebogen.....	158
<u>Teil B: Quantitative Studienphase</u>	
8 Methode	159
8.1 Entwicklung eines ersten Fragebogenentwurfs	159
8.1.1 Zwei-Phasen-Pretest.....	159
8.2 Rekrutierung der Studienteilnehmer (Hauptstudie)	160
8.2.1 Rücklauf IKK Nord	162
8.2.2 Rücklauf DRV Nord.....	162
8.3 Plausibilitätskorrekturen im Datensatz	163
8.4 Ergebnisse.....	164
8.4.1 Merkmale der Stichproben	164
8.4.2 Ergebnisse des Fragebogens	170
9 Diskussion	209
10 Weitere Analysen nach Studienende	215
Literatur.....	216

Vorbemerkungen

Dieses vom Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein e.V. (vffr) geförderte Projekt wurde von zwei Arbeitsgruppen an unterschiedlichen Standorten umgesetzt. Ein Projektteil (Erfassung der Expertensicht zum Wunsch- und Wahlrecht auf der Basis von Experteninterviews) war der Arbeitsgruppe um Prof. Dr. Felix Welti an der Hochschule Neubrandenburg mit den Projektmitarbeiterinnen B. Sc. Susan Bendig und B. Sc. Diana Ramm zugeordnet. Der Bericht zu diesem Projektteil findet sich in Kapitel 6. Die Erfassung der Rehabilitandensicht bzw. der Sicht der Rehaantragsteller erfolgte durch die Lübecker Arbeitsgruppe um Dr. Thorsten Meyer und Prof. Heiner Raspe mit der Projektmitarbeiterin Dipl.-Psych. Nadine Pohontsch in Form von Fokusgruppen und einem repräsentativen postalischem Survey. Die Ergebnisse dieser Projektteile finden sich in den Kapiteln 5 (Fokusgruppen) und 8.4 (Survey). Mit der Integration von empirisch-sozialwissenschaftlicher Forschung sowie den Rechtswissenschaften steht das Projekt in einer für Deutschland noch jungen Tradition der empirischen Rechtsfolgeforschung im Bereich des Sozialrechts.

Wir bedanken uns bei allen an der Befragung beteiligten Rehabilitanden, Rehaantragstellern und Experten. Außerdem bedanken wir uns bei Frau Dr. Susanne Richter für die Komoderation einiger Fokusgruppen. Ebenso möchten wir unseren Dank für die Unterstützung der jeweiligen Befragungen durch verschiedene Institutionen aussprechen, der Deutschen Rentenversicherung Nord (insbesondere Frau Dr. Natalie Glaser-Möller) und der IKK Nord (insbesondere Herrn Jürgen Janetzek & Frau Kerstin Frank), sowie dem vffr für die finanzielle Förderung und Unterstützung der Studie.

1 Einleitung

§9 SGB IX räumt behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen ein Wunsch- und Wahlrecht (WuW) in Bezug auf alle Fragen ein, die zur Konkretisierung rehabilitativer Leistungen von Bedeutung sind. Im Fokus der öffentlichen Diskussion und der Leistungsträger steht für die medizinische Rehabilitation vor allem die Auswahl der die Rehabilitation durchführenden Institution (Leistungserbringer). Es stellt sich die Frage, welche Kriterien bei der Auswahl einer Institution aus Sicht der Rehabilitanden wichtig sind, wie diese durch Hintergrundwissen und Informationen der relevanten beratenden Institutionen vermittelt und wie die gegenwärtige Beratungspraxis und der Umgang mit dem Wunsch- und Wahlrecht der Rehabilitanden gestaltet werden. Schon 1991 wurde von der Rehakommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) betont, dass individuelle Dispositionen der Patienten Einfluss auf den Erfolg der Rehabilitation nehmen können. Individuelle Erwartungen, Ziele und Motivationen der Patienten sollen Anhaltspunkte für die Auswahl und Ausgestaltung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen geben können (Rehakommission 1991). Das Gebot der Patientenorientierung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen wird auch im Rahmenkonzept der Rehabilitation der DRV Bund (2007) aufgegriffen. Die Orientierung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen an den Wünschen der Rehabilitanden wurde immer wieder eingefordert. Dennoch finden sich kaum konkrete Forschungsergebnisse zu Art, Gründen und Umfang der Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts durch Rehabilitanden. Lediglich die Discrete-Choice-Experimente von Bethge und Mühlbacher (2009) geben Anhaltspunkte, welche Patientenpräferenzen in der Rehabilitation eine Rolle spielen (z. B. Erreichen des Rehabilitationsziels, Freundlichkeit des Personals und Häufigkeit der Arztkontakte).

1.1 Das Wunsch- und Wahlrecht aus rechtswissenschaftlicher Perspektive

Mit dem SGB IX hat der Gesetzgeber angestrebt, die Selbstbestimmung der behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen als zentrales Rehabilitationsziel zu verankern (§ 10 SGB I, §§ 1, 4 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX). Dazu gehört auch die Selbstbestimmung im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe. Nach § 9 Abs. 1 Satz 1 SGB IX wird bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen (vgl. ausführlich Welti 2003; Schütte 2003; Neumann 2003). Wünsche, die im Rahmen des Leistungsrechts liegen, sind zu beachten. Besonders gilt dies für Wünsche, die sich auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie und die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse beziehen (§ 9

Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB IX). Damit trägt das Gesetz den verfassungsrechtlich hervorgehobenen Rechtspositionen aus Grundrechten und Benachteiligungsverboten Rechnung. Zusätzlich zum Wunsch- und Wahlrecht gilt nach § 33 Satz 1 SGB I das Individualisierungsgebot für alle Sozialleistungen, die nicht schon durch das Gesetz im Einzelnen bestimmt sind (vgl. Welti & Sulek 2000). Danach sind die persönlichen Verhältnisse der Berechtigten, ihr Bedarf, ihre Leistungsfähigkeit und die örtlichen Verhältnisse zu berücksichtigen. Diese Rechtsnorm zeigt deutlich, dass der Individualisierungsgrundsatz über das Eingehen auf explizit geäußerte Wünsche im Einzelfall hinausgeht, sondern im Rahmen der Amtsermittlung vom Rehabilitationsträger die Ermittlung der individuellen Verhältnisse und Wünsche fordert. Dies findet seinen Ausdruck u. a. darin, dass über das Wunsch- und Wahlrecht im Rahmen des Beratungsauftrags der Rehabilitationsträger nach §§ 14, 15 SGB I und ihrer gemeinsamen Servicestellen nach § 22 SGB IX aufzuklären und zu beraten ist. Wird ein Wunsch abgelehnt, ist dies vom Rehabilitationsträger durch Bescheid zu begründen (§ 9 Abs. 2 Satz 3 SGB IX), gegen den Widerspruch und Klage möglich sind.

Das Wunsch- und Wahlrecht aus dem SGB IX gilt bei der Anwendung der Leistungsgesetze, soweit sich aus diesen nichts Abweichendes ergibt (§ 7 Satz 1 SGB IX). Es ist im Rahmen der pflichtgemäßen Ermessensausübung der Rentenversicherungsträger nach § 13 Abs. 1 Satz 1 SGB VI und der Krankenkassen nach § 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V zu beachten. In der Rechtsanwendung, in der Literatur und in der Rechtsprechung sind einige Fragen des Wunsch- und Wahlrechts strittig. Insbesondere ist umstritten, welche Auswirkungen die rechtliche Regelung der Leistungserbringung durch Verträge zwischen Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern (§ 21 SGB IX; § 111 SGB V) auf das Wunsch- und Wahlrecht hat. Zum Teil wird vertreten, dass das Wunsch- und Wahlrecht stets auf diejenigen Einrichtungen beschränkt sei, mit denen die Rehabilitationsträger Verträge geschlossen haben (LSG Rheinland-Pfalz vom 12.01.2004, Az. L 2 RJ 160/03; Lawall 2006). Dagegen steht die Position, dass die Auswahl unter geeigneten Einrichtungen grundsätzlich nicht durch unterbliebene Vertragsschlüsse eingeschränkt werden dürfe und ggf. Verträge neu abzuschließen seien (Fuchs & Welti 2007). In der Praxis wird auch ein Vorrang der Eigeneinrichtungen der Rentenversicherung behauptet. In § 40 Abs. 2 Satz 2 SGB V ist durch das GKV-WSG für den Bereich der Krankenkassen geregelt worden, dass Versicherte die Mehrkosten zu tragen haben, wenn sie eine andere nach § 20 Abs. 2a SGB IX zertifizierte Einrichtung wählen als von der Krankenkasse vorgeschlagen, mit der kein Versorgungsvertrag besteht. Damit wird deutlich, dass der Gesetzgeber die Zertifizierung als ein hinreichendes Qualitätsmerkmal ansieht. Ob das Wunsch- und Wahlrecht unter einem generellen Mehrkostenvorbehalt steht, ist ebenfalls eine Streitfrage. Dagegen wird vorgebracht, dass jedenfalls bei Vertragseinrichtungen die Vereinbarung einer Vergütung indiziert, dass diese auch angemessen ist.

1.2 Das Wunsch- und Wahlrecht im Kontext deliberativer Entscheidungsmodelle in der Arzt-Patient-Interaktion

Wunsch- und Wahlrechte stehen aus Sicht der Rehabilitations- bzw. Gesundheitsforschung im Kontext der Literatur zur „Patientenorientierung“ – ein nicht nur in der Praxis der Rehabilitation gern verwendetes Schlagwort. Ein Aspekt der Patientenorientierung besteht darin; den Patienten als Experten für die eigenen Bedürfnisse und die eigene Lebenssituation zu verstehen (Leplege et al. 2007). Das „Shared Decision Making“ (SDM) ist ein Beziehungsmodell zur Arzt-Patient-Interaktion, in dem der Gedanke der Selbstbestimmung, neben der Teilhabe eines der beiden im SGB IX §1 festgelegten prioritären Ziele der Rehabilitation, einen zentralen Ausdruck findet. SDM liegt zwischen zwei Extremen: dem paternalistischen Modell, in dem der Arzt sich als Hüter über die Gesundheit seiner Patienten versteht und für ihn entscheidet, und dem informativen Modell, in dem der Patient autonom seine Entscheidungen trifft und der Arzt die Rolle eines kompetenten technischen Experten erfüllt, der den Patienten mit relevanten Informationen für dessen Entscheidung versorgt, ohne an der Abwägung und der Entscheidung beteiligt zu sein. Das Shared Decision Making-Modell stellt das vielversprechende Modell der Arzt-Patient-Beziehung im 21. Jahrhundert dar (Fenton 2003). Der Patient¹ ist dabei als aktiver Teilnehmer im Rehabilitationsprozess zu verstehen, die Begegnung zwischen Therapeut und Patient erfolgt auf partnerschaftlicher Grundlage. Beide Gesprächspartner machen ihre Präferenzen explizit, konflikthafte Wertvorstellungen sollen offen angesprochen werden. Die Behandlungsentscheidung sollte von beiden Parteien getragen und respektiert werden. Mit dem SDM soll neben der Ausführungsqualität auch die Entscheidungsqualität verbessert werden, die die Voraussetzung für eine gute Versorgungsqualität darstellt.

Dieses auch deliberativ genannte Modell des SDM ist nicht nur aus normativen und theoretischen Überlegungen attraktiv. Es liegen mittlerweile zahlreiche empirische Studien zu den Implikationen einer höheren Entscheidungsautonomie der Patienten gegenüber eher paternalistisch-fürsorglichen Modellen vor (vgl. Faller 2003, Loh et al. 2007, Scheibler et al. 2003). Es gibt Hinweise für positive Effekte partizipativer Entscheidungsfindung u. a. auf die Patientencompliance / Adhärenz und auf relevante Outcomes (Rückgang der Leiden, funktionelle Kapazität, Gesundheitszustand, Wiedererlangen der normalen Funktion). In systematischen Übersichtsarbeiten konnte gezeigt werden, dass Maßnahmen zur Förderung von Patientenentscheidungen zu einer Zunahme des Wissens über die eigene Erkrankung und Behandlung und ein realistischere Erwartungen über die Erkrankungsverläufe führen. Sie fördern die

¹ Der Begriff *Patient* ist im Kontext der Rehabilitation nicht unstrittig, da er eine deutliche medizinische Grundorientierung der Rehabilitation kennzeichnet. Generell befürworten wir daher die Kennzeichnung der Betroffenen in der Rehabilitation als *Rehabilitanden*. Im Kontext des Shared-Decision-Making, der sich aus der Interaktion der Arzt-Patient-Interaktion herleitet, ist allerdings die Kennzeichnung der Betroffenen als *Patient* verbreitet.

aktivere Beteiligung am medizinischen Entscheidungsprozess, verringern Entscheidungskonflikte bzw. reduzieren Unentschlossenheit gegenüber Behandlungsentscheidungen. Uneindeutig waren Effekte auf das Ausmaß der Ängstlichkeit, der Patientenzufriedenheit oder auch der Lebensqualität, sowie auf das Inanspruchnahmeverhalten bzw. die Präferenzen für bestimmte Behandlungsoptionen. Somit liegen von Seiten der Forschung deutliche Hinweise für die Bedeutung einer stärkeren Einbindung der Patienten in behandlungsrelevante Entscheidungen vor. Umfragen mit Patienten zeigen ein verstärktes Bedürfnis nach Beteiligung auf. Allerdings ist das Informationsbedürfnis deutlich höher als der Wunsch, Verantwortung für getroffene Entscheidungen zu übernehmen (Klemperer 2003). Faller (2003) verweist auf das Problem fehlender Passung zwischen Wunsch und Realisierung einer kooperativen Beteiligung an Entscheidungen, die auch von geringen Präferenzen für Beteiligungen an Entscheidungen geprägt sein kann. Das Wunsch- und Wahlrecht könnte vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse nicht nur einen normativen Wert, sondern auch eine wichtige Grundlage für eine erfolgreiche Rehabilitation darstellen. Dazu gilt es näher zu untersuchen, welche Effekte Maßnahmen zur Stärkung der Selbstbestimmung im Rehabilitationsprozess aufzeigen, wie ausgeprägt diese Effekte ggf. sind und in welcher Weise sie zustande kommen. Zu beachten ist allerdings, dass das Konzept von Shared-Decision-Making in seinem theoretischen Rahmen auf die Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten zugeschnitten ist und nicht vollständig auf die Beziehung zwischen Versicherten und Leistungsträger übertragen werden kann. Vielmehr ist zu bedenken, dass im sozialrechtlichen Verhältnis in Deutschland grundsätzlich eine Dreiecksbeziehung zwischen Leistungsberechtigtem, Leistungsträger und Leistungserbringer besteht.

2 Fragestellungen

Das vorliegende Projekt ist in zwei Phasen unterteilt, einer ersten explorativen qualitativ orientierten Phase und einer zweiten, auf repräsentative Aussagen zielenden quantitativ orientierten Phase. Phase 1a der ersten Projektphase (in der Verantwortung der Lübecker Arbeitsgruppe) zielt darauf, die für die Auswahl der Rehabilitationseinrichtung relevanten Wünsche von Rehaantragstellern zu identifizieren und ihre Entstehung und Hintergründe nachzuvollziehen. Dabei sollen sowohl Rehaantragsteller der gesetzlichen Rentenversicherungsträger (GRV) als auch der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) qualitativ befragt werden. In einer parallelen Projektphase (1b, unter der Leitung von Prof. Welti) soll ermittelt werden, welche Informationen die Rehaantragsteller in Bezug auf ihr Wunsch- und Wahlrecht durch beratende Institutionen bekommen und wie dort das Wunsch- und Wahlrecht der Rehaantragsteller umgesetzt wird. Die erste Projektphase zielt im Wesentlichen darauf zu explorieren, inwieweit die Wünsche der Rehabilitanden mit der gegenwärtig praktizierten Ausgestaltung der Zugänge zur Rehabilitationseinrichtung korrespondieren. Die zweite, quantitative Projektphase (in der Verantwortung der Lübecker Arbeitsgruppe) zielt darauf, die aus epidemiologischer Perspektive bedeutsamsten Wünsche bzw. Präferenzen der Rehabilitanden zu identifizieren und den Umgang mit diesen Wünschen zu erfassen (Phase 2a).

Konkrete Fragestellungen zu Phase 1a:

- Welche Präferenzen bzw. „Wünsche“ spielen bei der Auswahl der Form der Rehabilitation (ambulant / stationär) und der Rehaeinrichtung aus Sicht der Rehabilitanden eine zentrale Rolle? Welchen zugrunde liegenden Kriterien sind für die Präferenzen bzw. „Wünsche“ der Rehabilitanden ausschlaggebend? Welche Rolle spielen Erfahrungen der Rehabilitanden mit der Rehabilitation bzw. der Informationsstand bzgl. der Erkrankung oder Erfahrungen aus dem sozialen Umfeld des Rehabilitanden? Welche Rolle spielen ökonomische Aspekte bei der Wahl der Rehabilitationseinrichtung?
- Welche Informationen bekommen die Rehabilitanden aus ihrer Sicht bzgl. der Möglichkeit, sich an der Auswahl einer Rehabilitationsform und -einrichtung zu beteiligen?
- Welche Art von Informationen suchen und erhalten die Rehabilitanden von Seiten des Rehabilitations- bzw. Gesundheitssystems bezüglich ihrer Rehabilitation und der möglichen Institutionswahl?
- Wie nehmen die Rehabilitanden den Umgang mit ihren Präferenzen bzw. „Wünschen“ wahr?

- Welche Gründe werden aus Sicht der Rehabilitanden im Fall einer Zurückweisung der Wünsche vorgebracht?

Konkrete Fragestellungen zu Phase 1b:

- Wie werden die Präferenzen bzw. „Wünsche“ der Rehabilitanden vor der Rehabilitation aus Sicht der beratenden Personen wahrgenommen und umgesetzt?
- Welche Informationen bekommen die Rehabilitanden aus der Sicht der Institutionen bzgl. der Möglichkeit, sich an der Auswahl einer Rehabilitationsform und der Rehabilitationseinrichtung zu beteiligen?
- Welche Art von Informationen bekommen die Rehabilitanden von Seiten des Rehabilitations- bzw. Gesundheitssystems bezüglich ihrer Rehabilitation und der möglichen Wahl der Rehabilitationseinrichtung?
- Welche Gründe werden im Fall einer Zurückweisung der Wünsche vorgebracht? Welche Rolle spielen hier ökonomische Aspekte?
- Welche Unterschiede liegen zwischen den verschiedenen beratenden Institutionen im Umgang mit den Wünschen der Rehabilitanden vor?

Konkrete Fragestellungen zu Phase 2a:

- Wie häufig kommen die unterschiedlichen Wünsche der Rehabilitanden zur Umsetzung des Wunsch- und Wahlrechts bei der Wahl der Einrichtung vor?
- Mit welchen Rehabilitandeneigenschaften hängen bestimmte Wünsche zusammen?
- Wie häufig werden diese Wünsche berücksichtigt?
- Welche Gründe für die mögliche Ablehnung von Wünschen kommen wie häufig vor?

Das übergeordnete Ziel des Projekts besteht darin, die Vorstellungen von Rehabilitanden bei der Ausgestaltung des Wunsch- und Wahlrechts und damit den Individualisierungsgrundsatz im SGB IX angemessener berücksichtigen zu können. Es ist zu vermuten, dass eine stärkere Orientierung an den individuellen Vorstellungen der Rehabilitanden im Rehabilitationsprozess zu einer höheren Motivation und indirekt zu besseren Rehabilitationsergebnissen beitragen kann. Diese evaluative Fragestellung kann allerdings nicht im Rahmen des Projektes untersucht werden, sondern muss weiterführenden Projekten vorbehalten bleiben.

3 Forschungsmethodischer Ansatz

Zur Beantwortung der o. g. Fragestellungen wurde sowohl ein qualitativer als auch ein quantitativer Forschungsansatz gewählt. Da die Datenlage in Deutschland zum Thema Wunsch- und Wahlrecht sehr begrenzt ist, dient die in Teil A des Berichts dargestellte qualitative Phase 1a) dazu in einem ersten Schritt in Gruppengesprächen herauszufinden, welche Erfahrungen Rehabilitanden bezüglich des Wunsch- und Wahlrechts gemacht haben, welche Informationen sie zu diesem Thema erhalten haben und wie mit eventuell vorhandenen Wünschen umgegangen bzw. deren Ablehnung vermittelt wurde. Des Weiteren sollte geklärt werden, was relevante Auswahlkriterien für die Wahl zwischen verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen sein könnten. Die während der qualitativen Phase 1b) geführten Experteninterviews dienten der Klärung, wie die aktuelle Praxis im Umgang mit dem Wunsch- und Wahlrecht aus professioneller Sicht gestaltet wird.

Im Anschluss an die Auswertung und Diskussion der Ergebnisse in einer Expertenrunde wurde in der in Teil B des Berichts dargestellten quantitativen Phase ein Survey-Fragebogen entwickelt. Der Fragebogen basiert auf den Ergebnissen der qualitativen Phase (Fokusgruppen, Experteninterviews und Diskussion in der Expertenrunde) und beschäftigt sich ebenfalls mit den Erfahrungen von Rehabilitationsantragstellern, ihren Wünschen (und deren Häufigkeit) und deren Berücksichtigung.

Die Darstellung der Ergebnisse der beiden qualitativen Phasen und der quantitativen Phase erfolgt getrennt. Die Ergebnisse werden in der abschließenden Diskussion zusammenfassend gewürdigt.

Teil A: Qualitative Studienphase - Fokusgruppen

4 Methode

4.1 Datenerhebung und Auswertung

Die Datenerhebung erfolgte in Form von leitfadengestützten Fokusgruppen. Der Leitfaden für das Gruppengespräch findet sich in Anhang 2. Die Fokusgruppen wurden jeweils von zwei wissenschaftlichen Mitarbeitern des Instituts für Sozialmedizin moderiert (Moderator und Komoderator). Der Moderator war hauptsächlich für die Gesprächsführung verantwortlich, während der Komoderator die Flipcharts beschriftete und ggf. Nachfragen stellte. Zusätzlich war in jeder Gruppe ein Protokollant anwesend.

Alle Fokusgruppenteilnehmer erhielten eine Aufwandsentschädigung von 25.- Euro (zuzüglich einer Erstattung der Fahrtkosten). Die Gruppengespräche wurden mithilfe eines digitalen Aufnahmegeräts aufgezeichnet und ihr Ablauf zeitgleich handschriftlich protokolliert. Die Aufnahmen wurden von NP und einer studentischen Hilfskraft vollständig transkribiert. Auf die Transkription paraverbalen Äußerungen wurde dabei weitgehend verzichtet. Die Auswertung wurde von NP in enger Absprache mit TM vorgenommen und orientierte sich an den Konzepten des thematischen Kodierens (Flick 2005) und der Inhaltsanalyse (Mayring 2007). Sie wurde durch die Software MAXqda2007 unterstützt. Das grundlegende Kategoriensystem orientierte sich an den Fragestellungen der Studie. Im Laufe der Materialdurchsicht wurde es durch weitere relevante Kategorien ergänzt und erweitert. Aufgrund der begrenzten zeitlichen und personellen Mittel, die für das Projekt zur Verfügung standen, wurde nur ein Kodierdurchgang vorgenommen. Zusätzlich zur Kodierung der Textstellen wurde für jeden Fokusgruppenteilnehmer eine kurze Fallvignette erstellt, die seinen „Weg in die Rehabilitation“ mit Bezug zum Wunsch- und Wahlrecht beschreibt. In Kapitel 5.1 sind exemplarisch je drei positive, negative und neutrale „Wege in die Rehabilitation“ dargestellt (getrennt für Anschlussrehabilitationen und Heilverfahren), die übrigen Fallvignetten finden sich in Anhang 3. Auf die Darstellung der Fallvignetten folgt die forschungsfragengeleitete Darstellung des entwickelten Kategoriensystems. Die Darstellung gliedert sich in die Kapitel Weg in die Rehabilitation, Wünsche, Umgang mit Wünschen, Auswahlkriterien und Vermittlung von Einrichtungsinformationen an die Rehabilitanden.

4.2 Stichprobe

Die Einschlusskriterien für die Teilnahme an den Fokusgruppen waren:

- Zugehörigkeit zu einem der fünf in Tabelle 1 dargestellten Indikationsbereichen
- wohnhaft in Lübeck (PLZ 23552) oder Neubrandenburg (PLZ 17033, 17034 und 17036) und jeweils 40km Umkreis

- Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme vor maximal 6 Monaten, Leistungsträger der Maßnahme DRV Nord oder IKK Nord.

Ausschlusskriterium war die Indikation Suchterkrankung. Die Rekrutierung der Fokusgruppenteilnehmer erfolgte in Zusammenarbeit mit der DRV Nord und der IKK Nord.

Tabelle 1: Indikationsbereiche und Diagnoseschlüsselzahlen

Indikation	Diagnoseschlüsselzahl
Muskuloskeletale Erkrankungen	M00-M99
Onkologische Erkrankungen	C00-D48
Herz-Kreislauf Erkrankungen	I00-I99
Psychosomatische Erkrankungen	F00-F99 (außer F10-F19)
Andere somatische Indikationen	G00-G99, J00-J99, K00-K93, L00-L99

Es wurden insgesamt zehn Fokusgruppen durchgeführt. Ursprünglich war es geplant, die Fokusgruppenteilnehmer getrennt nach Geschlechtern und Indikationen zusammen zu stellen (also 2x5 Gruppen). Im Fall der Rehabilitanden mit den sonstigen Indikationen wäre bei einer Geschlechtertrennung jedoch keine ausreichend hohe Teilnehmerzahl erreicht worden, um eine Fokusgruppe durchzuführen. Deshalb wurden anstelle von zwei einzelnen eine gemischtgeschlechtliche Fokusgruppe durchgeführt. Da sich dagegen sehr viele teilnahmebereite Rehabilitandinnen mit psychosomatischen Indikationen gemeldet hatten, wurden zwei Fokusgruppen mit dieser Personengruppe durchgeführt, so dass letztendlich die geplante Anzahl von zehn Fokusgruppen erreicht werden konnte. Die Fokusgruppe mit Teilnehmerinnen mit einer orthopädischen Indikation wurde durch einige männliche Teilnehmer verstärkt, um auf eine ausreichende Teilnehmerzahl zu kommen.

4.3 Übersicht über die Fokusgruppen

Es wurden insgesamt 71 Rehabilitanden in zehn Gruppen befragt. An den Fokusgruppen haben jeweils zwischen 5-9 Rehabilitanden teilgenommen. Tabelle 37 (im Anhang 1) gibt eine Übersicht über die an den Fokusgruppen beteiligten Moderatoren und Protokollanten sowie die jeweilige Anzahl der Teilnehmer. Die Tabelle 2 - 11 geben eine Übersicht über die einzelnen Fokusgruppen und die selbstberichteten Merkmale der Teilnehmer².

² Für die verschiedenen Rehabilitationsformen bestehen, abhängig vom Leistungsträger, verschiedene Begrifflichkeiten. Zur Erhöhung der Lesbarkeit des Berichts wird im Folgenden unter dem Begriff Anschlussrehabilitation (AR) sowohl die Anschlussrehabilitation als auch die Anschlussheilbehandlung verstanden. Unter dem Begriff Heilverfahren sind die medizinische Rehabilitation, das Heilverfahren und die Heilbehandlung zu verstehen.

Teil A: Qualitative Studienphase

Tabelle 2: Merkmale der Teilnehmer von Fokusgruppe 1 (Selbstauskunft), Männer und Frauen mit sonstigen somatischen Indikationen (Lübeck)

Pseudonym	Alter	Beruf	Höchster Schulabschluss	Reha-Anlass	Rehabilitations-Art
Frau A1	34	MTA	Realschule	Operation am Spinalkanal	AR
Herr A2	54	Kraftfahrer	Haupt- / Volksschule	Lähmungserscheinungen in den Beinen	AR
Herr A3	60	Elektroinstallateur	Hochschulreife / Abitur	Darm-OPs	AR
Herr A4	46	Busfahrer	Haupt- / Volksschule	Stress / allergisches Asthma	HV
Frau A5	28	Reiseverkehrskauffrau	Fachhochschulreife	Multiple Sklerose	HV
Herr A6	35	Kraftfahrer	Kein Schulabschluss	Lähmungserscheinungen in den Beinen	HV
Herr A7	48	Haustechniker	Realschule	Psoriasis	HV

Anmerkung: AR = Anschlussrehabilitation, HV = Heilverfahren

Tabelle 3: Merkmale der Teilnehmer von Fokusgruppe 2 (Selbstauskunft), Männer mit muskuloskeletalen Erkrankungen (Neubrandenburg)

Pseudonym	Alter	Beruf	Höchster Schulabschluss	Rehabilitations-Anlass	Rehabilitations-Art
Herr B1	53	Aufzugsmonteur	POS	Bandscheiben-OP	AR
Herr B2	49	Zimmermann	POS	Hüftbeschwerden	HV
Herr B3	50	Kfz-Schlosser	POS	Rheuma / Knieprobleme	HV
Herr B4	59	Hufschmied / Straßenbauer	8. Klasse	Kniegelenks-Ersatz	AR
Herr B5	51	Bauhelfer	POS	Osteoporose	HV
Herr B6	50	Bauhelfer	POS	Spätfolgen Belastungsbruch Brustwirbel	HV
Herr B7	57	Elektromonteur	POS	Rückenschmerzen	HV

Anmerkung: AR = Anschlussrehabilitation, HV = Heilverfahren, POS = Polytechnische Oberschule

Teil A: Qualitative Studienphase

Tabelle 4: Merkmale der Teilnehmer von Fokusgruppe 3 (Selbstauskunft), Frauen und Männer mit muskuloskeletalen Erkrankungen (Neubrandenburg)

Pseudonym	Alter	Beruf	Höchster Schulabschluss	Rehabilitations-Anlass	Rehabilitations-Art
Herr C1	48	Lagerist	POS	Rheuma / Osteoporose	AR
Herr C2	30	Mauerer / Trockenbau	Realschule	Bandscheiben-OP	AR
Herr C3	49	Bauarbeiter	POS	Kniegelenks-OP	HV
Frau C4	58	Verkäuferin	POS	Knie-OP	AR
Frau C5	59	Bürokauffrau	POS	Bandscheibenvorfall	AR
Frau C6	54	Verkäuferin	POS	Hüftgelenks-Ersatz	AR
Frau C7	55	Köchin	POS	Knie-OP	AR
Frau C8	51	Sekretärin	POS	Gelenkbeschwerden	HV
Frau C9	26	Diplom-Sozialpädagogin	Abitur	Bandscheibenvorfall im LWS-Bereich (OP)	HV

Anmerkung: AR = Anschlussrehabilitation, HV = Heilverfahren, POS = Polytechnische Oberschule

Teil A: Qualitative Studienphase

Tabelle 5: Merkmale der Teilnehmer von Fokusgruppe 4 (Selbstauskunft), Männer mit Krankheiten des Kreislaufsystems (Lübeck)

Pseudonym	Alter	Beruf	Höchster Schulabschluss	Rehabilitations-Anlass	Rehabilitations-Art
Herr D1	58	Hausmeister	Kein Schulabschluss	Herzinfarkt	AR
Herr D2	60	Rentner	Haupt- / Volksschule	Diabetes	HV
Herr D3	41	Brauer	Haupt- / Volksschule	Bluthochdruck, Erschöpfung, HWS-Syndrom	HV
Herr D4	52	Industrieelektroniker	Realschule	Schlaganfall	HV
Herr D5	56	Straßenwart (öD)	Haupt- / Volksschule	Schlaganfall	AR
Herr D6	35	IT-Kaufmann	Realschule	Pulmonale Hypertonie (OP)	AR
Herr D7	55	Krafffahrer	Haupt- / Volksschule	Schlaganfall nach OP	AR
Herr D8	54	Rentner	Haupt- / Volksschule	Herzinfarkt	AR
Herr D9	51	Monteur	Kein Schulabschluss	Herzinfarkt	AR

Anmerkung: AR = Anschlussrehabilitation, HV = Heilverfahren

Tabelle 6: Merkmale der Teilnehmer von Fokusgruppe 5 (Selbstauskunft), Frauen mit Krankheiten des Kreislaufsystems (Lübeck)

Pseudonym	Alter	Beruf	Höchster Schulabschluss	Rehabilitations-Anlass	Rehabilitations-Art
Frau E1	58	Krankenhaustelefon-zentrale	Realschule	Bluthochdruck, Schlafstörungen	HV
Frau E2	44	Hausfrau	Haupt- / Volksschule	Schlaganfall	AR
Frau E3	55	Raumpflegerin	Haupt- / Volksschule	Lungenembolie	AR
Frau E4	37	Aushilfe Tierheim / Gastronomie	Haupt- / Volksschule	Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen	HV
Frau E5	61	Raumpflegerin	Haupt- / Volksschule	Hirnblutung	AR

Anmerkung: AR = Anschlussrehabilitation, HV = Heilverfahren

Teil A: Qualitative Studienphase

Tabelle 7: Merkmale der Teilnehmer von Fokusgruppe 6 (Selbstauskunft), Frauen mit psychosomatischen Erkrankungen (Lübeck)

Pseudonym	Alter	Beruf	Höchster Schulabschluss	Rehabilitations-Anlass	Rehabilitations-Art
Frau F1	31	Zimmermädchen	Sonderschule 9. Klasse	Depression, Gewichtsprobleme	HV
Frau F2	45	Hausfrau	Haupt- / Volksschule	Depression	HV
Frau F3	52	Zeitungszustellerin	Kein Schulabschluss	Sprachstörungen, Gesichtskrämpfe	HV
Frau F4	51	Kinderbetreuung/ Ganztagsschule	Realschule	Erschöpfungszustände, Depression	HV
Frau F5	47	Küchenhilfe	Haupt- / Volksschule	Migräne, Fibromyalgie, Medikamentenentgiftung	HV
Frau F6	47	Haushälterin	POS	Psych. Belastung	HV

Anmerkung: AR = Anschlussrehabilitation, HV = Heilverfahren, POS = Polytechnische Oberschule

Tabelle 8: Merkmale der Teilnehmer von Fokusgruppe 7 (Selbstauskunft), Männer mit psychosomatischen Erkrankungen (Lübeck)

Pseudonym	Alter	Beruf	Höchster Schulabschluss	Rehabilitations-Anlass	Rehabilitations-Art
Herr G1	59	Koch	Haupt- / Volksschule	Depressionen	HV
Herr G2	46	Arbeiter in berufl. Rehabilitation	Haupt- / Volksschule	Borderline-Störung, Essstörung	HV
Herr G3	54	Zahntechniker	Realschule	Depressionen	HV
Herr G4	44	Gas-Wasser-Installateur	Realschule	Angststörung	HV
Herr G5	55	Hafenarbeiter	Sonderschulabschluss	Depressionen, Schlaganfall, Rückenleiden	HV
Herr G6	59	Sachbearbeiter	Fachhochschule	Diabetes, Herzprobleme, berufl. Unzufriedenheit	HV
Herr G7	44	Mechatroniker	Haupt- / Volksschule	Psyche, Rückenprobleme	HV
Herr G8	55	Gleisbau	Haupt- / Volksschule	Psychosomatische Rückenbeschwerden	HV

Anmerkung: AR = Anschlussrehabilitation, HV = Heilverfahren

Teil A: Qualitative Studienphase

Tabelle 9: Merkmale der Teilnehmer von Fokusgruppe 8 (Selbstauskunft), Frauen mit psychosomatischen Erkrankungen (Lübeck)

Pseudonym	Alter	Beruf	Höchster Schulabschluss	Rehabilitations-Anlass	Rehabilitations-Art
Frau H1	43	Hausfrau	Fachhochschulreife	Burnout, Depression	HV
Frau H2	45	Raumpflegerin	Haupt- / Volksschule	Seelische Belastung	HV
Frau H3	51	Reinigungskraft	Haupt- / Volksschule	Fibromyalgie, Bluterkrankung	HV
Frau H4	61	Hauswirtschaftlerin	Haupt- / Volksschule	Depression	HV
Frau H5	46	Reinigungskraft	Haupt- / Volksschule	Ängste, Depression	HV
Frau H6	54	Lehrerin	Hochschulreife / Abitur	Bronchialasthma, psychosomatische Leiden	HV

Anmerkung: AR = Anschlussrehabilitation, HV = Heilverfahren

Tabelle 10: Merkmale der Teilnehmer von Fokusgruppe 9 (Selbstauskunft), Männer mit onkologischen Erkrankungen (Lübeck)

Pseudonym	Alter	Beruf	Höchster Schulabschluss	Rehabilitations-Anlass	Rehabilitations-Art
Herr 11	66	Rentner	Fachhochschulreife	Prostatakrebs	AR
Herr 12	72	Rentner	Realschule	Darmkrebs	AR
Herr 13	58	Lagermeister	Haupt- / Volksschule	Lungenkrebs	AR
Herr 14	74	Rentner	Haupt- / Volksschule	Prostatakrebs	AR
Herr 15	70	Rentner	POS	Thoraxkarzinom	HV
Herr 16	60	Selbstständig	Haupt- / Volksschule	Magenkrebs	AR
Herr 17	77	Gastronom	Haupt- / Volksschule	Lungenkrebs	AR
Herr 18	71	Rentner	Haupt- / Volksschule	Lungenkrebs	AR

Anmerkung: AR = Anschlussrehabilitation, HV = Heilverfahren, POS = Polytechnische Oberschule

Tabelle 11: Merkmale der Teilnehmer von Fokusgruppe 10 (Selbstauskunft), Frauen mit onkologischen Erkrankungen (Lübeck)

Pseudonym	Alter	Beruf	Höchster Schulabschluss	Rehabilitations-Anlass	Rehabilitations-Art
Frau J1	78	Rentnerin	Haupt- / Volksschule	Magenkrebs	AR
Frau J2	68	Rentnerin	Haupt- / Volksschule	Brustkrebs	AR
Frau J3	80	Rentnerin	Realschule	Brustkrebs	AR
Frau J4	62	Hausfrau	Haupt- / Volksschule	Brustkrebs	AR
Frau J5	39	Architektin	Hochschulreife / Abitur	Morbus Hodgkin, Nierenzellkarzinom	AR
Frau J6	59	Hauswirtschafterin	Haupt- / Volksschule	Brustkrebs	AR

Anmerkung: AR = Anschlussrehabilitation, HV = Heilverfahren

5 Ergebnisse

5.1 Fallvignetten

Die Erstellung von Fallvignetten ist ein zur Auswertung von Fokusgruppen nicht unbedingt übliches Instrument. Es wurde hier dennoch gewählt um einen Einblick in die Erfahrungen, die die Fokusgruppenteilnehmer im Rahmen des Antragsprozesses gemacht haben, zu geben. Dies halten wir für notwendig, da unseres Wissens bisher keine Forschung zu diesem Thema durchgeführt wurde und somit der Antragsprozess für eine Rehabilitation noch immer eine Art Black Box darstellt. Es gibt zwar Daten über die Zahl der Rehabilitationsantragsstellungen und der bewilligten bzw. abgeschlossenen Leistungen, jedoch keine öffentlich zugänglichen Daten über die Zahl der eingelegten Widersprüche oder die Inanspruchnahme des Wunsch- und Wahlrechts. Auch wenn die von uns erhobenen Daten aufgrund ihrer qualitativen Natur nicht als statistisch repräsentativ betrachtet werden dürfen, bekommt man durch die Fallvignetten einen Einblick in die alltägliche Praxis der Rehabilitationsantragsstellung aus Sicht der Betroffenen, also der Antragssteller.

Es hat sich herausgestellt, dass die größten Unterschiede in den Erfahrungen weder mit dem Alter, dem Geschlecht, noch mit der „Rehaerfahrenheit“ der Antragssteller zusammenhängen. Vielmehr ergab sich ein deutlicher Zusammenhang mit der Tatsache, ob eine Anschlussheilbehandlung oder ein Heilverfahren beantragt wurde. Die Fallvignetten sind innerhalb dieser beiden Kategorien jeweils nach positiven, neutralen und negativen Verläufen zusammengefasst. Es wurden jeweils drei prägnante Vignetten ausgewählt, die übrigen Vignetten finden sich in Anhang 3. Als positive Verläufe werden dabei solche betrachtet, bei denen nach Wünschen gefragt wurde, Wünsche erfüllt wurden oder der Teilnehmer sich in anderer Weise besonders positiv über den Antragsstellungsprozess äußert. Als neutral zu bewertende Verläufe wurden solche gezählt, bei denen sich der Rehabilitand weder positiv noch negativ über die Beantragung der Rehabilitation bzw. die Bearbeitung seines Rehabilitationsantrags äußerte, keine besonderen Vorkommnisse berichtete oder solche, zu denen nur unzureichende Informationen vorlagen (weil der Teilnehmer nicht ausreichend zu Wort gekommen ist oder nicht ausführlich berichtet hat) bzw. sich positive und negative Aspekte in der Waage hielten. Die Ablehnung / Missachtung von Wünschen, organisatorische Mängel und die Notwendigkeit, Widerspruch einzulegen führten zu einer negativen Verlaufsklassifikation. Die Einteilung richtet sich nicht danach, ob die Befragten später mit der Auswahl der Einrichtung oder ihrem Rehabilitations-Erfolg zufrieden waren.

5.1.1 Anschlussheilbehandlung

Positive Verläufe

Frau A1 ist 34 Jahre alt, von Beruf Medizinisch-Technische Assistentin. Sie war zum ersten Mal in einer Rehabilitation. Sie konnte sich von drei zur Auswahl vorgeschlagenen Einrichtungen für ihre AR eine aussuchen, welche dann auch bewilligt wurde. Frau A1 verwies jedoch darauf, dass sie Glück gehabt hätte, da in der von ihr gewählten Einrichtung als erstes ein Platzangebot vorhanden war. Dabei war es ihr vor allem wichtig aus familiären Gründen nicht zu weit weg von zu Hause zu sein (Schwiegervater im Hospiz und während der Rehabilitation verstorben). Außerdem hatte sie von Bekannten gehört, dass diese Einrichtung gut sein sollte.
(FG1, Sonstige Indikationen)

Herr C1 ist 48 Jahre alt und seit drei Jahren aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr berufstätig. Davor war er als Lagerist tätig. Die Rehabilitation war seine zweite, die erste Rehabilitation fand im Jahr 2005 oder 2006 statt. Die Initiative zur Beantragung der Rehabilitation ging von der Sozialarbeiterin im Krankenhaus aus. Er hat mehrere Einrichtungen vorgeschlagen bekommen und ist auch in die Einrichtung gekommen, die er sich ausgesucht hatte. Er hat aber im Vorfeld keine weiteren Informationen über die Einrichtungen gehabt und bereute später, eben diese Einrichtung ausgesucht zu haben. Bei seiner Einrichtungsauswahl hatte er sich auf die Empfehlungen aus seinem Bekanntenkreis verlassen, die besagten, dass das Personal und Essen, sowie die Lage an der Ostsee sehr gut seien.
(FG3, Muskuloskeletale Erkrankungen)

Frau C5 ist 59 Jahre alt und wurde 2007 am Rücken operiert und war dann 2008 zum ersten Mal in der Rehabilitation. Nach einem Bandscheibenvorfall war sie 2008 noch ein zweites Mal in der Rehabilitation. Seit der ersten Rehabilitation gilt sie als erwerbsunfähig. Sie ist gelernte Grundschullehrerin, hat aber seit 1990 als Bürokauffrau gearbeitet. Vor ihrer ersten Rehabilitation ist nach der OP viel Zeit vergangen, da die Hausärztin Frau C5 die Auskunft gegeben hatte, dass die Krankenkasse sich bei ihr schon wegen der Rehabilitation melden würde und sie nichts mit der Stellung des Rehaantrags zu tun hätte. Dies geschah zuerst nicht, erst nach längerer Krankschreibung kontaktierte die Krankenkasse Frau C5. Die Krankenkassenmitarbeiterin riet ihr dann zur Stellung eines Rehaantrags bei der RV. Dieser wurde sofort bewilligt, nach Wünschen wurde nicht gefragt. Sie äußerte auch keine Wünsche. Als sie jedoch feststellte, dass sie in eine relativ weit entfernte Einrichtung kommen sollte, fragte sie nach, ob sie ihren Mann mitnehmen könne, um nicht so alleine dort zu sein. Dies wurde bewilligt. Nach einer zweiten OP (wg. eines Bandscheibenvorfalles) ist sie im Krankenhaus gleich von der Sozialarbeiterin angesprochen worden, ob sie in eine Rehabilitation möchte. Sie hat dann den Wunsch geäußert, nicht so weit von ihrem Heimatort entfernt rehabilitiert zu werden. Dieser Wunsch wurde auch beachtet. Hätte sie von ihrem Mitspracherecht gewusst, hätte sie auch gerne davon Gebrauch gemacht.
(FG3, Muskuloskeletale Erkrankungen)

Neutrale Verläufe

Frau E2 ist 44 Jahre alt, Hausfrau und war zum ersten Mal in der Rehabilitation. Sie hatte einen Schlaganfall und ist direkt nach der Behandlung im Krankenhaus in eine Anschlussheilbehandlung gekommen. Sie wurde von einer Mitarbeiterin des Sozialdienstes darüber informiert, dass sie in eine Rehabilitation kommen soll. Sie selber brauchte sich bei der Beantragung der Rehabilitation um nichts zu kümmern und hat auch keine weiteren Informationen bekommen. Sie konnte sich keine Einrichtung aus-

suchen und wurde auch nicht über mehrere zur Auswahl stehende Einrichtungen informiert.

(FG5, Koronare Herzkrankheiten)

Frau E5 ist 61 Jahre alt und arbeitet als Raumpflegerin. Sie war nach einer Behandlung im Krankenhaus (wg. einer Hirnblutung) zum ersten Mal in einer Rehabilitation (Anschlussheilbehandlung). Ihr Antrag für die Anschlussheilbehandlung wurde vom Sozialdienst des Krankenhauses gestellt. Sie hat den Vorschlag bzw. die dringende Empfehlung, zur Rehabilitation zu gehen, angenommen, hätte aber auch nicht um eine Rehabilitation „gebettelt“, wenn sie ihr nicht vorgeschlagen worden wäre. Ursprünglich standen wohl drei Einrichtungen zur Auswahl bzw. wurden ihr drei Einrichtungen von der Sozialdienstmitarbeiterin genannt. Eigentlich war es ihr egal, in welche Einrichtung sie kommen sollte, tendenziell hat sie eine Einrichtung in der näheren Umgebung bevorzugt (Einrichtung X), wenn es weiter weg gewesen wäre, wäre es aber auch okay gewesen. Sie sollte in Einrichtung X kommen, in der jedoch nicht sofort ein Platz frei war, so dass sie noch länger im Krankenhaus bleiben musste. Im Endeffekt war die Einrichtung X aber auch die einzige Einrichtung, in der überhaupt ein Platz frei war. Bei der Beantragung der Rehabilitation musste sie sich um nichts kümmern. Eine ambulante Rehabilitation stand nicht zur Diskussion, wäre jedoch durchgeführt worden, wenn es so angeordnet worden wäre.

(FG5, Koronare Herzkrankheiten)

Herr I1 ist 66 Jahre alt und steht nicht mehr im Berufsleben. Er wurde Ende Oktober 2008 wegen einer Krebserkrankung (Prostata) operiert und ist danach für vier Wochen in die AR gekommen. Vor seiner OP wurde er von dem Arzt darüber unterrichtet, dass er sehr wahrscheinlich nach der OP in eine Rehabilitations-Maßnahme geschickt würde. Nach seiner OP ist er im Krankenhaus von einem Mitarbeiter der Sozialstation kontaktiert worden. Ihm wurde mitgeteilt, dass ihm eine Rehabilitation zustehe und er eigentlich in eine Vertragseinrichtung des Krankenhauses kommen sollte. Da dort jedoch kein Platz frei war, ist er in eine andere Einrichtung gekommen. Er selber war an dem ganzen Vorgang nicht direkt beteiligt.

(FG9, Onkologische Erkrankungen)

Negative Verläufe

Herr D6 ist 35 Jahre alt. Er hat eine pulmonale Hypertonie, die operiert wurde. Im weiteren Gespräch sagt er, dass er den Antrag zur Rehabilitation selber schon vor der OP bei der Rentenversicherung gestellt habe (nach einem Anruf wurden ihm die Unterlagen zugeschickt). Daraufhin wurde ihm nach zwei Monaten eine Vor-Rehabilitation genehmigt. Diese hat er nach Abraten seines Kardiologen nicht angetreten. Hinzu kommt, dass die OP terminlich nach hinten hätte verschoben werden müssen, wenn er diese Rehabilitation angetreten hätte. Die Rehabilitation für die Zeit nach der OP wurde sofort genehmigt. Obwohl er die von seinem Chirurgen empfohlene, auf seine Erkrankung spezialisierte Rehabilitations-Einrichtung als Wunsch auf seinem Antrag vermerkt hatte, ist er in eine andere, weniger geeignete Einrichtung gekommen. Er sah jedoch keine Chance, sein Veto gegen die „falsche“ Einrichtung einzulegen und hat die Entscheidung hingenommen, unter anderem auch, weil die bewilligte Einrichtung nicht sehr weit von seinem Heimatort entfernt war und er sich erhoffte, am Wochenende mal nach Hause fahren zu können. Zum Zeitpunkt des Gesprächs ist er gerade dabei eine Stimm-Rehabilitation zu beantragen, da seine Stimme unter den OPs gelitten hat und für ihn als IT-Kaufmann Berufsvoraussetzung ist.

(FG4, Koronare Herzkrankheiten)

Frau E3 ist Angestellte in einer Bank und war schon ca. 10 Mal in derselben Rehabilitationseinrichtung (Rehabilitationen wg. einer chronischen Nierenerkrankung). Dieses

Mal war sie in einer Anschlussheilbehandlung. Der behandelnde Arzt im Krankenhaus (sie hatte eine Lungenembolie) hat ihr gesagt, dass sie sofort nach dem Verlassen des Krankenhauses in eine Anschlussheilbehandlung gehen soll. Die Sozialarbeiterin des Krankenhauses hat dann den Antrag für sie gestellt. Ihr wurden jedoch 4 oder 5 verschiedene Einrichtungen zur Auswahl gestellt, wobei ihr keine weiteren Informationen gegeben wurden, letztendlich ist sie jedoch nicht in die Einrichtung ihrer Wahl gekommen (zu der Zeit kein Platz frei) sondern in eine Einrichtung, in der als erstes ein Platz frei wurde, weil sie ja eine Anschlussheilbehandlung bekommen sollte. Eine ambulante Rehabilitation stand nicht zur Diskussion, wäre von ihr jedoch durchgeführt worden, wenn es so angeordnet worden wäre.
(FG5, Koronare Herzkrankheiten)

Herr I8 ist an der Lunge operiert worden und war danach in der Anschlussheilbehandlung. Davor war er schon drei oder vier Mal wegen Rückenbeschwerden in der Rehabilitation. Er hat seinen Rehaantrag mit dem in der Einrichtung angesiedelten „Krebsverein“ ausgefüllt. Dabei hatte er einen Einrichtungswunsch geäußert, der ihm jedoch mit dem Hinweis, erstmal müssten die eigenen Häuser belegt werden, verweigert wurde. Sein Wunsch beruhte darauf, dass er nur Gutes über die von ihm gewünschte Einrichtung gehört hatte. In der Rehabilitations-Einrichtung, in der er letztendlich landete, fühlte er sich mit seiner Krebserkrankung völlig fehl am Platze (unter Herz- und Hüftkranken).
(FG9, Onkologische Erkrankungen)

5.1.2 Heilverfahren

Positive Verläufe

Herr B1 ist von Beruf Aufzugsmonteur und 53 Jahre alt. Er war nach einer Bandscheiben-OP (Ersatz von drei Bandscheiben im Halsbereich) in der Rehabilitation. Der Neurochirurg hat ihn schon darauf hingewiesen, dass er nach sechs Wochen Ruhephase (nach der OP) in die Rehabilitation gehen soll. Herr Böttcher berichtet von einem problemlosen Ablauf der Antragstellung. Er hat die Rentenversicherung aufgesucht und hat dort in einem Beratungsgespräch den Antrag stellen können. Er wurde darauf hingewiesen, dass er sich eine Einrichtung aussuchen könne, Informationen zu verschiedenen Einrichtungen hat er jedoch nicht erhalten. Schließlich hat er sich selber kundig gemacht, und eine Einrichtung ausgesucht, die leider nicht rechtzeitig einen Platz anbieten konnte. Er hat sich dann eine zweite Einrichtung ausgesucht, in die er dann auch gekommen ist. Im Nachhinein hat sich seine eigene Wahl als Fehler herausgestellt (die Einrichtung war für sein Problem wenig geeignet).
(FG2, Muskuloskelettale Erkrankungen)

Frau C9 ist 26 Jahre alt, hat Sozialpädagogik studiert und hatte gegen Ende ihres Studiums einen Bandscheibenvorfall, der im Februar 2008 operiert wurde. Nach dieser OP war sie in ihrer ersten Rehabilitation (Oktober 2008). Sie hat vor und nach der Rehabilitation als Sozialpädagogin gearbeitet. Sie konnte nicht in eine Anschlussheilbehandlung, da bei der OP einiges schief gelaufen sei und sich der Rücken „erstmal beruhigen“ sollte. Nachdem sie aus dem Krankenhaus entlassen wurde, hat sie schließlich auf eigenes Bestreben hin mit der Hausärztin eine Rehabilitation beantragt. Die Hausärztin hat dieses Anliegen auch stark unterstützt und eine ihrer Meinung nach geeignete gute Rehabilitations-Einrichtung empfohlen und „beantragt“, nachdem Frau C9 sich Informationen über diese Einrichtung eingeholt hatte und einverstanden war. Diese Einrichtung ist dann auch bewilligt worden.
(FG3, Muskuloskelettale Erkrankungen)

Frau F4 ist 51 Jahre alt und hatte zwei Kinder, von denen eines rund 2,5 Jahre zuvor verstorben war. Sie betreut täglich zwei Stunden lang Schüler einer Ganztagschule (auf Minijob-Basis). Sie war zum ersten Mal in der Rehabilitation. Sie hat einen Partner, der bei der Rentenversicherung arbeitet. Die Rehabilitation hat sie aus eigenem Antrieb beantragt, da es ihr sehr schlecht ging (Erschöpfungszustände etc.). Eine ambulante Rehabilitation hätte sie nicht gewollt (wg. benötigtem Abstand zum Alltag). Ihr Partner hat ihr beim Ausfüllen des Antrags geholfen, der natürlich auch die Möglichkeit hatte, Kollegen zu Rate zu ziehen. Mit ihrem Hausarzt beschränkte sich der Kontakt nur auf das für den Antrag Nötige. Außerdem hatte sie noch ein ausführliches Gespräch mit der Amtsärztin, jedoch wurde sie erst dazu eingeladen, als sie den Antrag schon gestellt hatte. Sie hat sich selber im Internet schlau gemacht, wo es Einrichtungen gibt und hat dann der Amtsärztin gegenüber den Wunsch geäußert, ans Meer bzw. an die Nordsee zu kommen. Im Antrag hat sie diesen Wunsch nicht geäußert. Aufgrund ihrer Verbindung zur Rentenversicherung über ihren Mann scheint sie aber sehr sicher gewesen zu sein, dass das alles irgendwie klappt. Der Wunsch wurde schließlich auch bewilligt.

(FG6, Psychosomatische Erkrankungen)

Neutrale Verläufe

Herr B7 hat bis zum Ende des Jahres 2008 als Elektromonteur gearbeitet und ist momentan arbeitslos. Er war sowohl im Jahr 2007 als auch 2009 in der Rehabilitation. Er ist nach Stellung eines Rentenanspruchs dazu aufgefordert worden, einen Rehaantrag zu stellen. Den Rehaantrag hat er gemeinsam mit dem Berater der Rentenversicherung gestellt. Er hatte bei der Stellung des Antrags kein Mitspracherecht bezüglich der Einrichtungsauswahl. Er ist stillschweigend davon ausgegangen, dass er wieder in Einrichtung 1 kommt, wo ihm eine vorherige Rehabilitation gut geholfen hatte. Erwähnt hat er dies jedoch nicht, woraufhin er in Einrichtung 2 gekommen ist. Im Nachhinein hätte er sich sehr gewünscht, wieder in Einrichtung 1 gekommen zu sein, relativiert den Wunsch aber auch wieder dadurch, dass er sagt, dass er nicht beurteilen kann, ob die Einrichtung wieder so gut gewesen wäre. Außerdem negativ war, dass ihm jemand bei der Rentenversicherung die Information gegeben hat, dass er nicht „krankgeschrieben“ zur Rehabilitation fahren kann, woraufhin er sich wider besseres Wissen „gesundschreiben“ ließ. Dies führte dazu, dass er als „gesund“ aus der Rehabilitation entlassen wurde, obwohl er immer noch starke Beschwerden hatte.

(FG2, Muskuloskelettale Erkrankungen)

Frau E1 ist 58 Jahre alt, arbeitet im Krankenhaus und war nach Operationen schon öfters in der Rehabilitation. 1986 war sie zum ersten Mal in einer „Kur“, als ihr Hausarzt dies damals vorgeschlagen hatte, war sie erstmal entsetzt. Der Hausarzt musste sie erstmal überzeugen, dass nicht nur „alte Leute“ zur Kur / Rehabilitation fahren. Einmal hat der Hausarzt die von der Rentenversicherung ausgewählte Einrichtung abgelehnt, weil er sie lieber in eine weiter entfernte Einrichtung schicken wollte, damit sie Abstand von ihrer Familie/dem Stress gewinnen konnte. Auch bei der letzten Rehabilitation hat der Hausarzt den Anstoß dazu gegeben. Sowohl der Kardiologe als auch der Neurologe haben dies unterstützt. Daraufhin hat sie den Antrag auf Rehabilitation gestellt. Wohin sie kommen sollte, war ihr egal. Das Wichtigste war für sie, dass ihr überhaupt geholfen wird. Sie hatte eher mit einer Ablehnung ihres Rehabilitationsantrags gerechnet. Sie hat sich immer auf die Meinung ihres Hausarztes verlassen. Entscheidungsspielraum sieht sie eher bei der Entscheidung darüber, ob überhaupt eine Rehabilitation durchgeführt werden soll, aber nicht bei der Ortswahl oder Ähnlichem. Eine ambulante Rehabilitation stand nicht zur Diskussion, wäre jedoch von ihr auch angetreten worden, wenn es so angeordnet worden wäre.

(FG5, Koronare Herzkrankheiten)

Frau H5 ist 46 Jahre alt, hat 3 Kinder und arbeitet zurzeit nicht. Sie hat Rente beantragt und war zum 1. Mal in der Rehabilitation. Die Psychotherapeutin und der Hausarzt von Frau H5 haben durch ihren Streit darüber, wer für die Stellung des Rehaantrags zuständig sei, die Stellung des Rehaantrags insgesamt um ca. ein Jahr verzögert. Als der Rehaantrag (in Zusammenarbeit mit der Psychotherapeutin) gestellt war, ging alles ganz schnell. Sie durfte gleich, nachdem sie den Antrag abgegeben hatte, zur ärztlichen Untersuchung und hatte dann nach einer Woche den positiven Bescheid. Eigentlich wollte sie gerne in den Sommerferien in die Rehabilitation gehen, da sie die Befürchtung hatte, dass ihre längere Abwesenheit während der Schulzeit negativen Einfluss auf die schulischen Leistungen eines ihrer Kinder haben könnte. Durch den Streit der Therapeutin und des Hausarztes über die Zuständigkeit für die Rehabilitations-Antragsstellung wurde diese jedoch so verzögert, dass dies nicht mehr möglich (weil zu kurzfristig) war. Sie hat selber eine Rehabilitationseinrichtung vorgeschlagen, dieser Wunsch wurde auch ohne Diskussion erfüllt. Eine zusätzliche Verzögerung ihres Rehabilitations-Antritts entstand dadurch, dass sie nicht wusste, dass sie sich selber bei der Rehabilitations-Einrichtung melden muss (bzw. einen Rehabilitations-Termin "beantragen" muss). Dies erfuhr sie erst nach einer Nachfrage bei der Einrichtung nach drei Wochen Wartezeit. Von der Rentenversicherung hatte sie die Information bekommen, dass sie auf den Bescheid der Einrichtung warten sollte. Die Möglichkeit einer ambulanten Rehabilitation ist für sie nie thematisiert worden.
(FG8, Psychosomatische Erkrankungen)

Negative Verläufe

Herr A7 ist 48 Jahre alt und von Beruf Haustechniker in einer Rehabilitations-Einrichtung. Er hat Psoriasis und war insgesamt schon 3-mal in der Rehabilitation (1990, 2001, 2008). Er hat drei Kinder und lebt zurzeit in einer festen Partnerschaft. Er berichtet, dass er kein Mitspracherecht bei der Einrichtungsauswahl hatte und dieses sehr vermisst hat. Nach seinen Wünschen hat keiner gefragt, er hat den Antrag gestellt und dann „irgendeine“ Rehabilitations-Einrichtung bewilligt bekommen, obwohl er die beiden Einrichtungen, in denen er positive Erfahrungen gesammelt hat, auf dem Antrag mit angegeben hatte.
(FG1, Sonstige Indikationen)

Herr D2 ist 60 Jahre alt und nach zwei Jahre wählender Krankschreibung und darauf folgender zweijähriger Arbeitslosigkeit zum Zeitpunkt der Fokusgruppe seit drei Tagen berentet. Aufgrund seiner orthopädischen Probleme und seines Diabetes war er schon ca. 12-mal vorher in der Rehabilitation (über den Hausarzt oder Orthopäden). Er hatte nie Probleme, eine Rehabilitation bewilligt zu bekommen. Zur Beantragung seiner letzten Rehabilitation ist er explizit durch die Krankenkasse aufgefordert worden. Er erinnert sich daran, dass es früher durchaus die Möglichkeit gab, Wünsche zu äußern. Dies würde aber seit ca. vier Jahren nicht mehr gehen. Die Rentenversicherung würde die Einrichtungen einfach zuweisen. Bei den letzten zwei Reha-Anträgen hatte er vermerkt, dass er nicht in eine Knappschaftseinrichtung kommen wolle, dies wurde jedoch nicht berücksichtigt. Als er feststellte, dass er wieder in eine Knappschaftseinrichtung kommen sollte, hat er bei der Rentenversicherung angerufen, um sich darüber zu beschweren und um zu bewirken, dass er in eine andere Einrichtung kommt. Dies tat er unter anderem auch mit der Begründung, dass er eigentlich in eine Diabetes-Spezialeinrichtung kommen müsste. Dieser Wunsch sei jedoch vehement abgeschmettert worden.
(FG4, Koronare Herzerkrankungen)

Herr D3 ist 41 Jahre alt, verheiratet und Vater zweier Kinder. Er ist seit 24 Jahren Bierbrauer. Er war wegen seines erhöhten Blutdrucks in einer „Vorsorge-Rehabilitation“. Die Hausärztin (Internistin) hat ihm vorgeschlagen, in die Rehabilitation zu gehen bzw. er selber hatte auch die Idee, dass ihm eine Rehabilitation helfen könnte. Er hat dann

eine Vater-Kind-Kur beantragt. Sein Antrag wurde abgelehnt. Er hat mehrere Male Einspruch gegen die mehrmalige Ablehnung seiner Anträge eingelegt. Dies geschah alles auf dem Schriftweg. Ein Anruf der KK klärte dann überraschend die Situation auf: Kinder bekämen nur alle vier Jahre eine Kur und die Mutter war zwei Jahre zuvor mit dem Sohn in der Kur. Vorher hatte er nach eigenen Angaben nie eine Begründung für die Ablehnung seiner Anträge bekommen und war schon bereit, vor das Sozialgericht zu ziehen. Nach dem Telefonat wurde der Antrag dahingehend geändert, dass er alleine zur Rehabilitation fahren sollte. Dies wurde sofort bewilligt. Bei der Auswahl der Einrichtung konnte er dann aber nicht mitreden. Für die Vater-Kind-Kur hat er sich jedoch schon eine Einrichtung ausgesucht und einen Termin bekommen, diesen musste er aber absagen. Insgesamt sind bei ihm zwischen dem ersten Antrag und dem Antritt der Rehabilitation 12 Monate vergangen. Darüber ist er sehr erbost.
(FG4, Koronare Herzkrankheiten)

5.2 Der Weg in die Rehabilitation

5.2.1 Anstoß zum Rehaantrag

Der Anstoß für die Beantragung einer Leistung der medizinischen Rehabilitation kommt beim Heilverfahren und den Anschlussheilbehandlungen aus ganz verschiedenen Richtungen. Während die Heilverfahren oft entweder auf eigene Initiative nach der Absprache mit oder dem Rat von dem Hausarzt, Facharzt oder Psychotherapeuten / Psychiater / Psychologen (diese Fachbezeichnungen erwiesen sich in der Wahrnehmung der Rehabilitanden als austauschbar) beantragt werden, kommt der Anstoß bzw. die Information zur Rehaantragstellung bei Anschlussheilbehandlung naturgemäß entweder vom behandelnden Arzt oder den Mitarbeitern des Sozialdiensts im Krankenhaus. In Ausnahmefällen scheint den Befragten bezüglich der Heilverfahren auch die Motivation durch den Arbeitgeber, Kollegen oder Verwandte eine Rolle zu spielen, wobei die Personen klar im Vorteil zu sein scheinen, deren Umfeld selber über Erfahrungen mit der Rehabilitation verfügt, da ihnen dadurch Informationen sowohl über den Prozess der Antragstellung als auch über evtl. schon besuchte Einrichtungen zur Verfügung stehen. Ein weiterer Teil der Befragten wurde entweder vom Rentenversicherungsträger (meist im Rahmen eines Rentenanspruchsverfahren), der Krankenkasse (sog. § 51-Rehabilitation) oder der Agentur für Arbeit (bei langen Arbeitsunfähigkeitszeiten) direkt aufgefordert, einen Rehabilitationsantrag zu stellen.

Heilverfahren

Hausarzt

G8: [...] *Ja, ich hatte denn über meine Beschwerden mit meinem Hausarzt und dann meinte mein Hausarzt ja, am besten ist, dass du mal abschaltest, dass du mal wieder runterkommst auf Null und dann am besten kann man das bewerkstelligen, wenn du mal eine Reha machst, Kur gibt es ja nicht mehr.*

(FG7, Paragraph 392)

Facharzt

D1: [...] *So und genau mit dieser Herzgeschichte da, jetzt war ich wegen Herz da, das hat mir den mein Kardiologe gesagt, das befürworte ich mit und ich hatte das zwar gehabt, weil das andere da nicht klappt usw. befürworte das mit und daraufhin haben wir das so gemacht da.*
(FG4, Paragraph 468)

Psychologe

F6: *Also bei mir war es die Psychologin, die das gemacht hat. Die gesagt hat, dass muss einfach sein. Weil viel bei mir in der Familie passiert ist und die dann gesagt hat, ich schick sie dahin.*
(FG6, Paragraph 17)

Chef

Moderatorin: [...] *Ihr Arbeitgeber hat gesagt, sie sollen zur Kur gehen?*

F6: *Ja!*

Moderatorin: *Können Sie das noch ein bisschen beschreiben, das habe ich nämlich noch nie gehört, hier in unseren Gesprächen...*

F6: *Ich bin vom, von den XX (Arbeitgeber) schon ins Krankenhaus geschickt worden, weil ich z. T. gar nicht mehr sprechen kann und weil sich mein ganzes Gesicht verzogen hat. Und da bin ich schon ins Krankenhaus gewesen. '04 bin wieder raus gekommen, weil nichts gefunden worden ist und denn haben sie aber darauf bestanden, dass irgendetwas anderes passiert und eben mit der Reha, ne? Ja, die sind auf ihre Mitarbeiter bedacht.*

Moderatorin: *Das kam dann vom Personalbüro oder von ihrem Chef oder...?*

F6: *Ja, vom, von ganz oben.*

(FG6, Paragraph 32-37)

Freunde / Verwandte / Kollegen

A4: [...] *21 Jahre und die Kollegen, der eine Kollege sagt auch: Mensch, fahr doch mal zur Kur!*

(FG1, Paragraph 140)

eigene Idee

D4: *Ja, also nachdem ich ja da aus dem Krankenhaus entlassen worden, das aber doch arbeitstechnisch nicht so sonderlich gut klappte, bin ich dann wieder zurück zu meinem Hausarzt und hab ihn darauf angesprochen, ob ich nicht mal eine Kur bekommen könnte. Auch jetzt vor dem Hintergrund, dass es so Schlaganfall oder so gewesen ist oder vielleicht auch keiner, aber... so und da ja auch meine gesamte Krankengeschichte kennt, ich hatte auch schon Bandscheibenvorfälle, an denen ich operiert worden war und so weiter und da hat er eben das Krankheitsbild so aufgenommen, was für mich halt in Frage kommen würde und hat dann den Antrag, aber meine Initiative hin, hat den Antrag gestellt und es ging.*

(FG4, Paragraph 366)

DRV direkt

B5: *Mich haben sie angeschrieben, (...)*

Moderatorin: *Hmmhmm, können Sie das noch ein bisschen ausführen? Wer hat sie denn angeschrieben?*

B5: *Also, das war die LVA. Die Rentenversicherung, die hat mich angeschrieben wegen der Reha und so, ob ich einverstanden bin und da habe ich ja gesagt.*
(FG2, Paragraph 31-33)

DRV direkt / Rehabilitation vor Rente

B7: *Bei mir war es im Prinzip so: Rentenantrag gestellt und da Reha ja vor Rente geht, (...) fahren sie mal erst zur Reha und dann sehen wir weiter.*

Moderatorin: *Also, das war auch nicht ihre eigene Idee in Reha zu gehen?*

B7: *Naja, im Prinzip schon. Ich hatte vorher auch gesagt, ich würde auch zur Reha fahren, ne? Anscheinend ist das aufgrund dessen mit (...) worden.*

Moderatorin: *Aber sie sind schon von der Rentenversicherung aufgefordert worden in Reha zu gehen, oder?*

B7: *Ja.*

(FG2, Paragraph 45-49)

Krankenkasse

G2: *Muss ich ganz ehrlich sagen, ich bin seit dem 22. Januar letztes Jahr bin ich krank geschrieben und das dauerte denn 4/5 Monate. Dann hat die Krankenkasse dann hingeschrieben: Ich sollte eine Reha-Maßnahme machen.*

(FG7, Paragraph 222)

Agentur für Arbeit

G7: *[...] Und da ich zu der Zeit arbeitslos war, hatte ich das eben auch ging es da um eine Sache: Berufliche Wiedereingliederung. Und da sagte die Sachbearbeiterin zu mir: Ob ich denn schon mal, wie es denn so sei usw. usf. und schon mal über eine Kur nachgedacht hätte, [...]*

(FG7, Paragraph 353)

Anschlussheilbehandlung

Chirurg / Arzt im Krankenhaus

E3: *Also bei mir war das der, der Arzt, der behandelnde Arzt, als ich im Krankenhaus war. Ich habe ...*

[...]

E3: *... eine Lungenembolie und der hat gleich gesagt, also wenn ich aus dem Krankenhaus komme, dann sofort zur Anschlussheilbehandlung.*

(F5, Paragraph 20-22)

Sozialdienst

J4: *Jaaa... in der Uni war so 'ne Sozialberaterin, die hat den Antrag... also ist an einen ran gegangen und die hat dann den Vorschlag gemacht in der Reha.*

(FG10, Paragraph 18)

5.2.2 Rehaantragstellung

Die Stellung eines Rehaantrags kann in Abhängigkeit von der Instanz, die den Anstoß zur Rehabilitation gibt und vom Zugang zur Rehabilitation (AR vs. HV) in Kooperation mit verschiedenen Personen bzw. Institutionen geschehen. Dabei werden die Anträge auf ein HV vornehmlich zusammen mit dem Haus- oder Facharzt, die Anträge auf eine AR mit oder von den Mitarbeitern der einrichtungsinternen Sozialdienste.

Heilverfahren

Viele Befragte haben den Rehabilitationsantrag für ein Heilverfahren in Eigenregie gestellt. Dabei ließen sich einige auch von ihrem Partner helfen. Ein besonderes Merkmal der Lübecker Stichprobe ist, dass mehrere Teilnehmer Personen kennen, die bei der Deutschen Rentenversicherung arbeiten oder mit ihnen verheiratet sind. Dies verwundert nicht, da die Deutsche Rentenversicherung Nord ein großer Arbeitgeber in Lübeck ist. Diese Partner / Bekannten erweisen sich bei der Antragstellung als besonders hilfreich.

D4: 6: *Also, bei mir war es so, dass ich den Antrag selber bei der Rentenversicherung gestellt habe, ich habe dort angerufen, die haben mir die Unterlagen zugeschickt. Ich habe das Ganze ausgefüllt und es wurde mir auch genehmigt.*

(FG4, Paragraph 149)

F1: [...] *Dann haben wir diesen Antrag gestellt. Ich habe das mit meinem Mann ganz alleine ausgefüllt. Also, wir haben keine Hilfe gehabt. Mein Mann kennt sich halt mit vielen Sachen aus und deswegen haben wir das alleine gemacht und ja... [...]*

(FG6, Paragraph 41)

F4: [...] *Und ich hab nun auch das Glück, dass ich einen Partner hab, der bei der LVA arbeitet, dass ich dort eben auch Unterstützung bekommen habe, mit diesen Formularen auszufüllen, Einiges ging, aber Einiges, was da gefragt worden ist, habe ich gedacht, man muss ein halbes Buch schreiben. Also, das ist schon echt gewaltig. [...]*

(FG6, Paragraph 49)

Viele Rehabilitanden haben ihren Rehaantrag zusammen mit ihrem Hausarzt oder Facharzt gestellt. Dabei haben sie unterschiedliche Erfahrungen gemacht. Einige wurden nach ihren Wünschen bezüglich des Rehabilitationsortes gefragt oder haben eine Rehabilitations-Einrichtung vom Arzt vorgeschlagen bekommen. Andere Ärzte lehnten das Äußern von Wünschen durch den Rehabilitanden ab. Eine Beratung zum Wunsch- und Wahlrecht findet nicht statt, auch über andere individuelle Möglichkeiten wie z.B. die Mitnahme des Ehepartners wird nicht beraten. Einige Hausärzte haben auch für den Rehabilitanden Partei ergriffen und bewilligte Einrichtungen abgelehnt, wenn ihnen diese ungeeignet schienen. Andere haben zwar die Beantragung der Rehabilitation unterstützt, deren Bewilligung aber von vorn-

herein bezweifelt. Die Befragten vertrauten mehrheitlich darauf, dass sich der Arzt um die Weitergabe ihrer Wünsche bzw. Prioritäten oder gemeinsamen Absprachen kümmert, konnten aber nicht verifizieren, ob er dies auch wirklich getan hat.

D4: *Ich hatte mit meinem Hausarzt, der hatte mich gefragt, ob ich irgendwo einen besonderen Wunsch hab. [...]*

(FG4, Paragraph 377)

C9: *[...] Und wie gesagt, der Antrag wurde dann über die Hausärztin gestellt, und sie hatte auch von vornherein ne Idee, wo sie mich hin schicken kann [...]*

(FG3, Paragraph 59)

E4: *Genau, also meine Ärztin sagte, als Sie den Antrag dann ausgestellt hat, fragte ich denn: Ob ich da irgendwie bestimmte Wünsche äußern könnte? Fragte ich denn. Und da sagt sie: Naja, es kommt ja drauf an, welche Klinik gerade für sie speziell...*

(FG5, Paragraph 202)

J5: *Und was mir noch einfällt ist, das hat jetzt damit zwar nichts zu tun, aber – da wo ich das zweite Mal war, da waren ganz viele Familien! Fast nur Familien, da war fast keine Frau mit Kindern alleine ohne Mann! Und das hatte uns bei der Beantragung gar keiner gesagt. Auf die Idee sind wir gar nicht gekommen, dass mein Mann mitfahren könnte. Und das find ich im Nachhinein sehr schade, weil mir das auch noch den Rücken sehr freigehalten hätte.*

(FG10, Paragraph 356)

E1: *Oder, dass es mir halt gut geht oder wie auch immer. Und das zweite Mal hatte ich allerdings dann Bescheid bekommen, ich sollte nach V. Das hat mein Hausarzt aber dann abgelehnt, weil mir war es eigentlich wurscht, aber er meinte: Also, für die Kur, die ich machen sollte oder wo er meinte, das wär jetzt auch vom Stress her ruhiger, ist es besser, ich bin weg von der Familie, nicht dass andauernd jemand kommt.*

E5: *Ist ja so!*

E1: *Und wenn ich natürlich denn V immer hin und her fahr, sagt er: Da kann ich auch zu Hause bleiben.*

(FG5, Paragraph 211)

G6: *[...] hab dann zu meiner Hausärztin gesagt: Ich möchte gerne mal ne Kur beantragen, aufgrund dieser ganzen Umstände mit der Arbeit und so weiter. Und da sagt sie, sie hat es erst angezweifelt, ob das was wird [...]*

(FG7, Paragraph 321)

Moderatorin: Und haben Sie das mit Ihrem Arzt besprochen?

E1: Ja. Also bei mir war es eigentlich immer so, dass der Arzt das mit mir besprochen hat, was für mich da in Frage kommt. So wie mit jetzt dichter bei ne Behandlung zu machen jetzt in D und wo der gesagt hatte: Das kommt überhaupt nicht in Frage. Für mich wär, ist das wichtig gewesen, raus zu kommen, aus Allem. Nicht ständig jetzt daran zu denken, dass meine Arbeit mich jetzt ruft und: Oh Gott, ich bin nicht da. Ne, und die Familie und dass man wirklich sagt, man muss einfach dann auch weiter weg. Damit man dann wirklich abschaltet und sagt: Nö, es geht auch ohne dich.

E5: So ist es.

E1: Das muss man erstmal lernen!

Moderatorin: Gut, dann ist das ja schon so gewesen, dass da ne bestimmte Vorstellung bestand, wo es eigentlich hingehen soll? Also weiter weg.

E1: Ja.

Moderatorin: Wissen Sie, wie Ihr Arzt das vermittelt hat oder ob ihr Arzt das irgendwo aufgeschrieben hat oder so...?

E1: Ja, es kommen ja die Anträge, die man ausfüllen muss, also ich weiß gar nicht, wie das war. Dann bekommt man ja von der BfA in Berlin kriegt man ja diese ganzen Formulare, die man ausfüllen muss und der Arzt macht das ja vorher glaube ich schon, ne? Die Diagnosen und Behandlungen und was weiß ich, das macht der Arzt dann. Das medizinische jetzt gemacht wird. Und dann bekommt man glaube ich, wenn ich mich recht erinnere, von der BfA ja diese, ist ja, (...) so ein Stapel, wo denn, weiß nicht, was die alles wissen wollen. Und dann schickt man es wieder hin und dann, wenn man Glück hat geht es schnell und wenn man Pech hat, dann dauert es länger oder man kriegt ne Absage...

Moderatorin: Aber wissen Sie, ob ihr Arzt das irgendwo vermerkt hat? Sie haben ja jetzt ausführlich mit dem was besprochen gehabt, oder...?

E1: Das nehm ich ja an, dass der das vermerkt hat, ne?

E7: Man hat ja seine Krankenakte...

E1: Ja, genau. Wird ja meine Krankenakte und da wird das ja drin sein und der kennt mich ja wohl auch...

E7: Der schreibt das da alles rein...

E1: Da gehe ich ja von aus wohl, ne?

Moderatorin: Na, wenn er Sie so intensiv beraten hat, kennt er Sie sicher (...)...

E1: Das denke ich ja wohl, ne? Denk, also gerade der Hausarzt ist ja auch ne Vertrauensperson und der weiß schon, wenn der dann auch mal zu Hause ab und zu erscheint, weiß er ja auch, was los ist oder was man beruflich macht. Das spricht man ja dann auch. Also ich muss sagen, ich hab da das Glück gehabt, dass man da auch noch miteinander gesprochen hat. Der hat auch Zeit gehabt dafür, mal zu sprechen und...

E5: Ja, das macht meiner auch, der nimmt sich die Zeit. Das, wenn so was ist...

E1: Und ich denk mal, dann weiß auch ein Hausarzt ziemlich gut über seine Patienten Bescheid. Und wenn das Vertrauensverhältnis dann gut ist, verlass ich mich eigentlich auch drauf.

Moderatorin: Aber genau wissen Sie das nicht, ob der das irgendwo...

E1: Nein.

Moderatorin: ...vermerkt hat?

E1: Nein, ich denke mal, das wird in der Krankenakte drin sein.

(FG5, Paragraph 595-616)

Eine Befragte stellte ihren Antrag zusammen mit einem Versichertenältesten. Von dieser Möglichkeit hatte sie aus der Tageszeitung erfahren.

H6: *Also, ich war bei einem Rentenberater und ich hätte aber eigentlich auch im Prinzip zu meiner Ärztin gehen können. Dass die das mit mir entweder zusammen ausfüllt. Aber weil ich auch schon mal eine Kur gemacht habe, wusste ich ja auch schon so einigermaßen, wie das funktioniert. Aber, wie gesagt, bei mir war das in dem Fall beim Rentenberater.*

Moderatorin: *Und der war von wo?*

H6: *Das sind diese Senioren, diese, wie heißen die noch mal? Die so ehrenamtlich arbeiten, gibt es so Rentenberater...*

Moderatorin: *Versichertenälteste?*

H6: *Versichertenälteste. Mit dem habe ich das durchgesprochen.*

Moderatorin: *Und den Antrag haben Sie dann auch mit ihm zusammen ausgefüllt, oder?*

H6: *Ja. Der hat mich unterstützt. Das ist eigentlich ganz praktisch.
(FG8, Paragraph 20-26)*

Befragte, die in der psychosomatischen Rehabilitation waren, berichteten öfter davon, dass sie den Antrag zusammen mit dem Psychotherapeuten / Psychologen / Psychiater gestellt haben, wobei eine Rehabilitandin berichtete, dass sich ihr Hausarzt und ihre Psychologin darum „gestritten“ hätten, wer besser den Antrag stellen sollte (Frau H5, Fallvignette S. 27). Ein anderer Rehabilitand aus dieser Gruppe erzählte, dass ihre Psychologin ihr zum Antritt der Rehabilitation in der bewilligten Einrichtung geraten hat, weil sie diese für gut befunden hatte.

Moderatorin: *Und das haben sie dann mit ihrer Psychologin dann zusammen gemacht, den Antrag, oder...?*

F6: *Ja, ich hab meine Sachen ausgefüllt und sie hat von ihrer Seite aus das dann gemacht und das dann auch abgeschickt dann alles.*

(FG6, Paragraph 18-19)

H5: *Also, bei mir war das ja sogar so, ich war in Be-, psychiatrischer Behandlung auch und dann mit dem Hausarzt und die beiden waren sich überhaupt nicht eins, wer jetzt den Antrag stellt. Die eine meinte: Ich muss das machen. Und er meinte: ich muss das machen. Und das hat sich so hingezogen über ein Jahr und wie sie jetzt gerade schon sagten, wenn man dann wirklich so ganz unten ist und die Therapeutin aber sagt: Sie müssen so schnell, wie es geht weg. Also, das hat mich eigentlich noch mehr runter gezogen gehabt. Selbst wie der Antrag dann gestellt war, ging es eigentlich sehr schnell. Also, ich hab den abgegeben und durfte gleich den Flur entlang gehen zur Ärztin und die hat mich dann untersucht und nach einer Woche hatte ich schon den Bescheid, also das ging dann ganz schnell.*

Moderatorin: *Aber im Vorfeld haben die sich sozusagen darum gestritten...*

H5: *Ich fand das so schlimm. Also, bis dann letztendlich der Hausarzt gesagt hat: Gehen Sie, soll sie es doch machen, weil sie mir versichert hat, wenn ein Psychiater das macht, dann wird das immer genehmigt, immer. Sie sagt: Bei ihr wurde noch nie ein Antrag abgelehnt. Und dann gut. Aber ich wollte eigentlich lieber über den Hausarzt, weil der kannte mich viel besser und viel länger und so, dass war schon. Das war ein bisschen doof so, finde ich. Wenn es da um den Patienten geht und die beiden (...) da noch so rummachen.*

(FG8, Paragraph 52-54)

G1: *Ja, die hat das Gutachten dahin geschickt und dann hatte ich ihr auch gesagt, wo ich hinkomm' und sie sagte auch, die Klinik ist in Ordnung und ich sollte das annehmen.*

(FG7, Paragraph 54)

Einige Rehabilitanden berichten, ihren Antrag auf Rehabilitation direkt beim Rentenversicherungsträger gestellt zu haben. Dabei hatten sie persönlichen Kontakt mit Sachbearbeitern. Die Wahrnehmung dieses Kontakts war unterschiedlich (teils positiv, teils negativ). Mindestens ein Befragter hat diese Chance genutzt, um sich nach der Möglichkeit, Wünsche zu äußern, zu erkundigen. Einige sind auf die Möglichkeit hingewiesen worden, sich eine Einrichtung auszusuchen, andere wiederum nicht. Über die Einrichtungs- / Ortsnamen hinausgehende Informationen zu den zur Auswahl stehenden Einrichtungen standen jedoch nicht zur Verfügung.

F2: *[...] ich habe ja jetzt schon mehrmals auch, dreimal schon ne Reha und auch eine Kur gemacht und so. Das ist nachher auch erst, wo ich mal zu einem von der LVA gesagt habe, gefragt habe: Kann man nicht auch mal einen Vorschlag machen? Weil man kennt ja jetzt einige Kur-Einrichtungen und weiß, wie das da ist und wo auch andere gewesen sind. Da hat er gesagt: schreiben Sie doch hinten einfach einen Wunsch rauf. Ne? Aber das sagt niemand einem. Deswegen!*

(FG6, Paragraph 73)

C7: Na, ich denk mal das ist auch unterschiedlich. Also bei der ersten Kur, da hab ich ja 'nen Antrag auf Rehabilitation auf das Arbeitsleben gestellt, und das ging über'n Arzt. Da hat mir das, da hat mir die Rentenversicherung das zugeschickt. Diesmal bin ich selber hingegangen, da hat der Arzt nur gesagt: „Es ist Zeit, wir können mal wieder die Kur beantragen“ – und dann bin ich selber hingegangen zu der Rentenversicherungsstelle bei uns in [Ort U] und hab gesagt: „ich möchte das beantragen.“ Und dann hat sie auch gefragt: „Ja haben Sie denn irgend'nen Wunsch?“ Und dann sag ich „Naja, nicht zu der Zeit oder so und so“, und denn hat's ja dann trotzdem nicht geklappt. Aber sie hat's wenigstens schon mal aufgeschrieben.

(FG3, Paragraph 175)

B1: Also bei mir war das so, als ich grünes Licht gekriegt hatte von meinem Arzt bin ich dann hin zur LVA und da ich so ein Normalprolet bin, musste ich ins Beratungsgespräch, um den Antrag zu kriegen. Wenn ich nämlich Angestellte gewesen wäre, hätte ich den vorne an der Rezeption so gekriegt. Das sei mal dahin gestellt. Dann hat die mir da einiges erklärt, wat da ausgefüllt werden soll und so weiter und so fort. Und ich könnte mir auch eine Klinik aussuchen. So und aufgrund meiner Nachfrage, ob sie irgendwie, ja, nen Flyer haben, wo die Kliniken, die für mich in Frage kommen, aufgelistet sind. Nö, so was haben wir nicht. [...] Mir hatten sie es angeboten, ich kann mir eine Klinik aussuchen. Sie konnten mir bloß nicht sagen: Welche und wo? Die für mich in Frage kommen. Die hatten nichts. Ich weiß nicht: Entweder wollte sie nicht oder dat einzige, was sie bei uns immer rumreichen ist S, das kam sofort. Ich sag nee, S können sie knicken, da fahr ich nicht hin.

Moderatorin: *Sie hatten kein Infomaterial zu...?*

B1: Nischt. Ich hab gesagt: Wie? Wenn die sagen, ich kann mir wat aussuchen, müssen sie doch irgendwas haben, wo ich mir was aussuchen kann.

(FG2, Paragraph 84 + Paragraph 228-230)

Ein Rehabilitand berichtet von einem Beratungsgespräch bei der Agentur für Arbeit. Da er längere Zeit arbeitslos war und auch körperliche Beschwerden (Rückenschmerzen) hatte, ist er auf die Idee gekommen, eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu beantragen und hat seine Beraterin bei der Agentur für Arbeit darauf angesprochen. Als diese von dem bereits abgelehnten Antrag auf orthopädische Rehabilitation hörte, riet sie ihm, eine psychosomatische Rehabilitation zu beantragen, da diese eher bewilligt würde.

G7: *Ich hatte mich ursprünglich bemüht, eine Kur zu bekommen, das wäre meine erste gewesen, weil ich mit dem Rücken und mit dem Knie Probleme hatte. Rückrat, auch mit dem Rücken. Und dann, das ist ganz einfach abgelehnt worden. War wohl nicht schlimm, also ich hatte den Eindruck, ich hatte mich um eine orthopädische Kur bemüht. Und da muss man wohl, hatte ich das Gefühl, richtig heftig was haben. Nach dem Motto: Kopf unterm Arm, dann klappt es vielleicht. Und da ich zu der Zeit arbeitslos war, hatte ich das eben auch, ging es da um eine Sache: Berufliche Wiedereingliederung. Und da sagte die Sachbearbeiterin zu mir: Ob ich denn schon mal, wie es denn so sei usw. usf. und schon mal über eine Kur nachgedacht hätte, bzw. es war auf dieser beruflichen Wiedereingliederung stand eben auch in so einem Heftchen, dass es auch zu diesen Maßnahmen auch eine Kurmaßnahme zählen könnte, um das zu gewährleisten. Und daraufhin hatte ich das angesprochen und da sagte die gute Frau: Ja, selbstverständlich, das ist eine interessante Möglichkeit und wie wäre es denn? Ich sag: Ich habe es schon versucht auf ne orthopädische und das ist abgelehnt worden. Ja, sagt sie, das ist äh relativ schwierig mit orthopädisch, aber da ich nun auch, wie die Frau nun sagte, eher einen etwas sensiblen Eindruck machte, ich sagte: Da liegen Sie wohl richtig mit. Dann könnte man das mal mit psychosomatischer Kur versuchen, das wäre sicherlich auch hilfreich und da ist das Ganze wohl etwas unkomplizierter und einfacher hinzubekommen. Das habe ich dann entsprechend beantragt bei, das weiß ich gar nicht, insgesamt beantragt das, das Arbeitsamt hat das dann wohl ich auch weitergeleitet. Es gibt jetzt entweder hätte es das Arbeitsamt zahlen müssen oder die Rentenkasse. Zu dritt wäre ja die Krankenkasse in Frage gekommen, aber die sind ja meistens eher außen vor. Jedenfalls das Arbeitsamt hat es dann zu der Rentenkasse hin delegiert, die hat es dann bezahlt, wenn man mit 27 Berufsjahren dann irgendwann mal eine Kur braucht, ist das ja nicht so ungewöhnlich. Und dann ging das relativ unkompliziert.*

(FG7, Paragraph 353)

Befragte, die ihren Rehaantrag zusammen mit der Krankenkasse ausgefüllt haben, berichteten durchweg nur Positives. Die Mitarbeiter zeigten sich durchaus hilfsbereit.

F2: *Das fand ich bei meiner Krankenkasse aber auch (...), bin bei der XXX und ich hatte alles mitgebracht, weil die ja auch was ausfüllen müssen und dann sagte sie zu mir, sagte sie: Haben sie noch irgendwie Fragen zu dem ganzen Antrag, das ist ja ganz schön viel Papier. Also ich war dankbar, ich habe das noch mal rausgenommen und dann ist sie das noch mal durchgegangen, also so in dem Sinne und hat da und da... Und dann hatte ich ja auch noch, ein paar Fragen gehabt vom Beruflichen und Dings und da sage ich: Das weiß ich nicht 100%ig. Da sagt sie: Das ist ja kein Problem, das rauszukriegen. Hat sie im Computer nachgeguckt: Da haben Sie gearbeitet. Das war dann ganz gut.*

(FG6, Paragraph 29)

Anschlussheilbehandlung

Rehabilitanden, die an einer AR teilgenommen haben, berichteten grundlegend andere Erlebnisse. Die meisten von ihnen sind während ihres Einrichtungsaufenthalts von Mitarbeitern des einrichtungseigenen Sozialdienstes auf die Beantragung einer Rehabilitation angesprochen worden.

B4: *Ja, bei uns, bei mir war so im Krankenhaus eine Sozialarbeiterin und die hat das in die Wege geleitet.*
(FG2, Paragraph 64)

Viele mussten sich um gar nichts bezüglich der Antragstellung kümmern und waren auch froh darüber. Dies bedeutet aber auch, dass das Wunsch- und Wahlrecht hinten angestellt wurde (sowohl von der beantragenden Instanz als auch von dem nichtwissenden Patienten).

C4: *So bei mir ging das also vom Krankenhaus aus gleich. Ich war im Krankenhaus und gleich anschließend in die Reha. Ich hab auch keine irgendwie Unterlagen ausgefüllt, das wurde alles durchs Krankenhaus gemacht. Und ich war fünf Wochen gleich unterwegs: zwei Wochen Krankenhaus, drei Wochen Reha. Und da hab ich irgendwie mit der Krankenkasse gar nichts zu tun gehabt. Die hat's mit dem Krankenhaus alles gemacht.*
(FG3, Paragraph 31)

Moderatorin: *Also Sie haben dann gar nicht Kontakt mit der Sozialstation gehabt...*
J1: *Ich hab da gar nichts weiter mit zu tun, nein.*
(FG10, Paragraph 33-34)

Einige onkologische Rehabilitanden haben ihren Rehaantrag zusammen mit einer Mitarbeiterin des Strahlentherapiezentrum oder des „Krebsvereins“ in der Einrichtung, in dem/der sie behandelt wurden ausgefüllt. Dabei wurde auch nach Wünschen gefragt.

J2: *[...] Und dann hatte sie da so'n Antrag ausgefüllt und den hab ich mit zur Strahlentherapie genommen, und die haben das dann alles für mich erledigt. Brauchte ich nur das unterschreiben. Und dann hatten sie mich gefragt, wo ich gern hin möchte... da hab ich gesagt: „an die Nordsee.“ - „[Ort X]?“ fragten sie, da hab ich gesagt „Ja!“ Und da bin ich auch gleich... und kein Problem gehabt.*
(FG10, Paragraph 36)

I8: *[...] Und da ist in R ein Krebsverein in dem Hause mit. Und mit dem hatte ich vorher schon gesprochen, der hat mir die Anträge ausgefüllt. Und ich habe die gleich mitgenommen, bin hier zur LVA gefahren [...]*
(FG9, Paragraph 104)

Meistens stand zu diesem Zeitpunkt schon fest, dass auf jeden Fall eine Rehabilitation stattfinden soll.

I1: *[...] Bei mir kam der Antrag vom Krankenhaus von der Sozialstation. Nachdem ich da operiert war, kam eben dieser Mitarbeiter und hat dann gesagt, dass mir eine Reha zusteht und wollte dann eigentlich das Vertragshaus des Krankenhauses verweisen, das wäre hier auch W gewesen. War aber kein Platz. Ist ja Anschlussheilbehandlung, muss ja innerhalb von maximal 4 Wochen Sache beginnen. Und daraufhin bin ich dann nach S gekommen. Und ich habe selbst eigentlich gar nichts gemacht, das ging alles automatisch.*
(FG9, Paragraph 35)

Viele Rehabilitanden berichteten von etwas, das wir „Pseudo-Wunschmöglichkeiten bei der AR“ genannt haben. Den Patienten wurden im Krankenhaus mehrere Einrichtungen zur Auswahl vorgeschlagen, ohne dass ihnen weitere Informationen zu den Einrichtungen bereitgestellt wurden. Der Patient durfte eine bevorzugte Einrichtung nennen, dieser Wunsch wurde auch versucht zu berücksichtigen. Letztendlich hing die Auswahl der Einrichtung für die AR jedoch davon ab, wo zuerst ein Platz für den Patienten frei wurde. In diese Einrichtung wurde er dann geschickt, auch wenn diese seinem Wunsch nicht entsprach. Dies ist ein spezielles Merkmal der AR, da diese ja unter dem äußeren Zwang steht, in einem bestimmten Zeitraum nach der Akutbehandlung zu beginnen.

B4: *Ja, aber ausschlaggebend war ja der freie Platz in der Klinik und das war ja in A.*
(FG2, Paragraph 169)

E3: *Jaa. Die haben mir gesagt, also die haben mir 4/5 Kliniken, jaja...*

E5: *3 hatten sie...*

E3: *...aber war nichts frei, also...*

E5: *...nene...*

E3: *...ich hätte dann auch warten müssen und das ging nicht, weil ich ja eine Anschlussheilbehandlung bekommen hab. Denn da muss man ja innerhalb 14 Tage zur Reha. Ja. Dann bin ich eben dahin gekommen.*

(FG5, Paragraph 141-145)

Es wird jedoch auch davon berichtet, dass der Aufenthalt in einer bestimmten Rehabilitationseinrichtung dadurch ermöglicht wurde, dass die Patienten länger als geplant im Krankenhaus bleiben durften, um im Anschluss in die gewünschte Einrichtung gehen zu können.

E5: *Das hatte eine von den Sozial-, da kam ne Frau. Dass ich gleich anschließend und die wollten mich gleich, aber die hatten keinen Platz in V und deswegen musste ich noch länger im Krankenhaus bleiben und dann noch soundso viel Tage zu Hause und dann. [...]*

(FG5, Paragraph 64)

Weiterhin berichteten die Rehabilitanden, grundsätzlich keine über den Einrichtungsnamen / -ort hinausgehenden Informationen zu den zur „Auswahl“ stehenden Einrichtungen bekommen zu haben.

Moderator: *Wurde Ihnen zu den Kliniken noch was gesagt? Also wurde Ihnen gesagt, also dass, B macht mehr das und das...?*

I7: *Nein, nein, nein, gar nichts.*

Moderator: *Einfach nur diese...*

I7: *Nein, nur die vier, wurden mir empfohlen.*

(FG9, Paragraph 91-94)

Moderatorin: Na... ich meinte jetzt schon noch zu der Zeit, wo Sie noch die Wahl hatten, in welche Klinik das gehen soll. Ob Sie da andere Info... also Sie haben ja grad erzählt, Sie hatten vier Kliniken zur Auswahl gehabt. Wussten Sie was über die Kliniken?

J3: Nein, über keine.

Moderatorin: Haben Sie auch keine Informationen bekommen?

J3: Nein, erst als ich angemeldet war, dann kriegt man ja so'n Heft zugeschickt, ne? Da wo das dann alles drin steht, was es da gibt und was da nicht ist. Und sonst... wissen Sie, im Grunde ist einem das ja egal.

(FG10, Paragraph 58-61)

Eine Rehabilitandin wiederum berichtet davon, dass die Sozialdienstmitarbeiterin einen von ihr geäußerten Wunsch mit dem Hinweis abgelehnt hat, der Leistungsträger habe keinen Vertrag mit diesem speziellen Haus.

J3: [...] ich wollte das erste Mal schon nach [Ort XY] – und dann sagt Sie „Nein, die Bahn hat keinen Vertrag damit.“ Also da muss man nach [Ort Y], die anderen hab ich vergessen, die das waren, ne?

(FG10, Paragraph 53)

Unabhängig vom Zugang

Auf Nachfrage berichten viele Rehabilitanden, während des Prozesses der Rehaantragstellung keine Informationen über das Wunsch- und Wahlrecht oder die Möglichkeit zur Mitsprache bei der Einrichtungsauswahl bekommen zu haben. Diejenigen, die im Krankenhaus verschiedene Einrichtungen zur Auswahl angeboten bekommen haben, sind nicht darüber informiert worden, dass die Einrichtungsauswahl zu ihren Rechten gehört. Eine Aufklärung über das Wunsch- und Wahlrecht scheint so gut wie nie stattzufinden und ein günstiger Zeitpunkt zum Äußern von Wünschen wurde von den Befragten ebenfalls nicht wahrgenommen.

Moderatorin: Wie ist es bei den Anderen? Hätten Sie gern Wünsche geäußert? Sind Sie darauf hingewiesen worden, dass es die Möglichkeit gibt?

Mehrere durcheinander: Nein, Nö...

(FG3, Paragraph 127-128)

C8: Man wird da schon wie ins kalte Wasser geschubst, ne? Ist schon so. Wenn man das überall so hört. Wird keiner gefragt.

(FG3, Paragraph 162)

Moderator: Ne, vielleicht noch mal und das geht nach X, d. h. sie haben nicht an irgendeiner Stelle mal gehört, dass sie auch woanders hingehen könnten? Oder auch, dass sie die Option überhaupt haben?

A2: Nö, also ich hab, ich hab erst in X von einigen erfahren, was das für Maßnahmen gibt und wo man überall hin kann.

(FG1, Paragraph 233-234)

Ab und zu äußerten die Rehabilitanden nach Erhalt des positiven Bescheids Wünsche bezüglich eines anderen Orts oder Zeitpunkts der Rehabilitation. Einige dieser Wünsche wur-

den erfüllt, oft entstand jedoch der Eindruck, dass dies primär vom guten Willen einzelner Sachbearbeiter abhing.

B3: *Ich habe da angerufen, erst habe ich bei der Kurklinik angerufen, ob ich nicht was früher kriegen kann, ob wat frei ist. Und da hat die gesagt: Ne. Und da habe ick gesagt, da habe ich dann oben bei der Rentenstelle angerufen und habe gesagt: Also so und so, hört mal zu, so geht das nicht. Und ja, denn hat sich dat ausgenommen und dann hat se zwei Tage später angerufen und gefragt: fahren sie auch nach Ö? Hab ich natürlich Ä verstanden. Habe ich gesagt, Ä ist gleich um die Ecke, da fahr ich hin. Wie das so ist. Klar, sage ich, Ä sage ich, da kann ich Heimschläfer machen. Ja und denn kommt, 14 Tage später kam denn der Zettel da, Ö. Naja, gut.*

(FG2, Paragraph 83)

H4: *Irgendwann im Sommer, dass ich aber erst im November zur Kur sollte und dann auch hier dicht bei. Und ich weiß aus Erfahrung, so dicht bei, da steht jedes Wochenende meine Familie vor der Tür. Und da habe ich erstmal abgelehnt oder habe erstmal mit der Rententante sage ich jetzt mal gesprochen, ob das nicht... Und grad im November weiß ich, das ist die Zeit, gerade hier in Schleswig-Holstein, der Depressionen. Und wenn du jetzt da im November und denn wieder, wie schon mal war vor zig Jahren über Weihnachten. Meistens sind das ja sechs Wochen, vier/sechs Wochen. Und da hab ich, ob es nicht möglich ist? Nein, es geht nicht. Das geht aus Kostengründen nicht. Und dann habe ich nachher noch mal angerufen und habe das Ganze und hab gesagt: irgendwie muss es doch gehen. Und dann war ein anderer Sachbearbeiter bei und dann ging es mit einmal. [...]*

(FG8, Paragraph 60)

Ein weiteres wichtiges Merkmal des Prozesses der Rehabilitationsantragsstellung und Bearbeitung ist der mangelnde Informationsfluss zwischen den Leistungsträgern und den Rehabilitanden. Es wird z.B. versäumt über bestimmte Abläufe oder Gründe für die Ablehnung von Rehabilitationsanträgen zu informieren.

F3: *Ich bin auch nicht eingeladen worden zum Gespräch oder zur Untersuchung, gar nichts, überhaupt nichts. Ich habe mir eine Klinik rausgesucht, mit der habe ich Kontakt aufgenommen, die darauf spezialisiert gewesen ist, auf diese Symptome. Und äh. ich sollte die ganzen Unterlagen da hin schicken und auf einmal kriegte ich von der LVA ebend Bescheid, dass ich nach W muss. Und da war ich platt, ohne mit mir zu sprechen und... Ich habe jetzt gedacht, ich muss mich selber drum kümmern, weil niemand was gesagt hatte. Und dann kriege ich Bescheid und dann war alles schon klar, dass ich dann da hinfahren muss.*

Moderatorin: *Also, sie haben ja jetzt gesagt, sie haben Kontakt mit einer Klinik aufgenommen, weil sie dachten, sie müssen sich da selber drum kümmern. Klingt jetzt ein bisschen komisch die Frage, aber wie sind Sie darauf gekommen, dass sie das alleine machen müssen?*

3: *Ich hab, das habe ich gedacht, weil von der LVA, von der LVA gar nichts kam, überhaupt nix. Und da habe ich gedacht, naja, dann muss ich mich wohl selber darum kümmern und habe das dann auch gemacht und habe gedacht, dass die Klinik sich denn mit der LVA auseinandersetzt, weil man hat ja gar keine Ahnung, ne? Und dann kriegte ich auf einmal Bescheid.*

(FG6, Paragraph 65-68)

Moderator: *Wie haben sie das erfahren, dass das...?*

D3: *Von dem Herrn, der mich da mal angerufen hat. Weil wir uns dann demnächst vor Gericht getroffen hätten. Und da wollte er nicht hin. Und dann hat er nachgefragt, wieso, weshalb, warum. Und ich sag, warum schreiben Sie das nicht einfach in ein Schreiben rein, dass ein Satz dazu, dass der Sohn halt, dann und dann zur Kur schon gewesen ist und der nächste Antrag in dem und dem Jahr gestellt werden kann. Ich sag: Und schon hätten wir es geändert. Dass nur ich zur Kur fahr. Naja und dann sagt er: na, dann änder ich das gleich hier. Weil, das war wohl jemand, der die Kompetenz dazu hatte. Und schon war das durch. Und dann war ich natürlich so ein bisschen, hmmm. Warum ärgern wir uns jetzt Monate hier rum?*

(FG4, Paragraph 250-251)

Insgesamt herrschte der Eindruck bei den Rehabilitanden vor, dass es kein Mitspracherecht gibt. Viele berichteten, eine Einrichtung zugeteilt bekommen zu haben, ohne dass jemals mit ihnen irgendetwas bezüglich der Auswahl der Einrichtung besprochen wurde.

A2: *[...] Und haben dann im Endeffekt diese Reha-Maßnahme für mich entschieden. In, dass ich da nach X (Stadt in SH) muss. [...]*

(FG1, Paragraph 62)

B7: *Kein Mitspracherecht kein nix, keinerlei Möglichkeiten irgendwie. [...]*

(FG2, Paragraph 98)

Moderatorin: *Und konnten Sie sich das aussuchen, wo Sie hinwollten?*

G8: *Ne, das stand da drinne. Ich (...)*

G5: *Ja. Ich konnte es mir auch nicht aussuchen.*

Moderatorin: *War das vorher mal Thema?*

G8: *Bitte?*

Moderatorin: *War das im Rahmen des Antragsstellens mal Thema, wo es vielleicht hin gehen soll?*

G1: *Nee, eigentlich, bei mir eigentlich auch noch nie...*

(FG7, Paragraph 394-400)

5.3 Wünsche

Eine Voraussetzung dafür, Wünsche gegenüber dem Leistungsträger äußern zu können, ist es, sich Informationen über zur Auswahl stehende Einrichtungen bzw. deren Angebote verschafft zu haben. Dies setzt wiederum das Wissen um dieses Recht voraus oder ein eigenes Bestreben, sich solche Informationen zu beschaffen. Es berichteten jedoch nur wenige Rehabilitanden darüber, sich im Vorfeld der Antragstellung Informationen beschafft zu haben. Wenn Informationen eingeholt wurden, dann meist aus Broschüren oder im Internet.

Moderatorin: *Wie war denn das bei den anderen? Hatte da jemand einen speziellen Wunsch?*

F1: *Also ich hatte gar keinen Wunsch. Ich konnte mir auch erst gar nicht so alles wirklich vorstellen, weil das irgendwie für mich ja, na in der Zeit war ich sowieso in einer ganz schlechten Verfassung. [...]*

(FG6, Paragraph 153-154)

E1: [...] *Es war beim ersten Mal schon sehr erfolgreich und also ich hab mir das nie ausgesucht, jetzt mit dem Gedanken: Du willst jetzt irgendwo hin, wo was weiß ich ist. [...]*

(FG5, Paragraph 215)

C2: *Eigentlich die Erwartung an die Reha... wenn man da noch nie gewesen ist, was soll man da für Erwartungen haben? [...]*

(FG3, Paragraph 212)

F4: *Ja, bei mir auch. Ich habe mich vorher auch ein bisschen schlau gemacht, dass ich geguckt habe im Internet: Welche Kliniken gehören da zur LVA, wo hat man die Möglichkeit. [...]*

(FG6, Paragraph 108)

Moderatorin: *Haben sie sich denn, als sie die drei Kliniken zur Auswahl hatten, mal schlau gemacht?*

B4: *Nee!*

Moderatorin: *Wie die sich unterscheiden? Da ging es auch nur um den Termin?*

B4: *Da ging's nur um den Termin.*

(FG2, Paragraph 170-173)

Nach der Einrichtungszuweisung scheint der Informationsbedarf der Rehabilitanden zum Teil zu steigen. Ein großer Teil der Rehabilitanden suchte jedoch auch nach der Einrichtungszuweisung nicht nach Informationen zu der Einrichtung, sondern ließ alles „auf sich zukommen“. Auch hier trat wieder die Sonderstellung der AR-Rehabilitanden zutage, sie hatten schlichtweg keine Zeit oder Gelegenheit, Informationen über die Einrichtung zu recherchieren. Dies wirft wiederum die Frage auf, ob hier ein Wunsch- und Wahlrecht überhaupt sinnvoll (besonders bei einem erstmaligen Rehaaufenthalt) ausgeübt werden kann.

Moderatorin: *Haben Sie sich denn dann noch was anderes gesucht, wo Sie mehr sehen können?*

E5: *Ne.*

E2: *Ne, ich war ja im Krankenhaus, ich konnte ja nicht (...)*

E5: *Ich bin nicht neugierig in der Hinsicht.*

E2: *Ich hab's so hingenommen.*

(FG5, Paragraph 436-440)

I3: *Im Prinzip ja. Also da, die Klinik, es war muss ich dabei sagen. In der ersten Klinik, wo ich in S war, das war die vom A aus, ja. Da hatten die einen wunderbare Internetseiten gehabt. Stand alles drin, was ich wissen wollte. Also, konnte ich mich nicht beklagen. Beim zweiten Mal kam ich gar nicht erst dazu, ins Internet zu gehen, weil es kam zu schnell dann. [...]*

(FG9, Paragraph 137)

Wenn Informationen eingeholt wurden, dann über die Lage / Umgebung / Entfernung zum Heimatort, die Zimmer / Gebäude / Einrichtung sowie über das medizinische Personal. Genau wie vor der Bewilligung bzw. Zuteilung einer Rehabilitationseinrichtung stammten die eingeholten Informationen hauptsächlich aus den Einrichtungs-Broschüren bzw. dem Internet.

J4: [...] *Und dann hab ich erstmal die Landkarte rausgeholt und mal geguckt, wo ist das eigentlich? Und dann hab ich gesehen, wo es ist – „Super“ sag ich, „am Wasser!“ [...]*

(FG10, Paragraph 141)

G9: [...] *und das Zimmer wurde da gezeigt. Also eins, wie die Zimmer so aussehen [...]*

(FG7, Paragraph 428)

F1: *Ja, im Internet. Also, ich wollte ja auch wissen, wo jetzt (...) hin komm, ne? Und ähm ja, also ich habe mich schon mal gefreut, dass es viel Wald da gab. Weil ich gern spazieren gehe und ein See war da auch, also... Überhaupt, der Park, auch die kleine Stadt fand ich ganz toll da so, ne? Und dass man auch mit dem Bus von der Klinik aus immer umsonst fahren konnte immer halt von J nach K rein. Also, das fand ich nicht schlecht, also das war schon sehr idyllisch, ja. Es war ja grad auch noch ein bisschen warm in der Zeit. Ne?*

(FG6, Paragraph 212)

B7: [...] *und welche Möglichkeiten, welche Ärzte da sind und welche Behandlungen [...]*

(FG2, Paragraph 146)

G3: *Ja, im Internet habe ich mal dies mir so angeguckt, die Seite und da gibt es dann ein Bild vom Ärzteteam und das Zimmer wurde da gezeigt. [...]*

(FG7, Paragraph 428)

H3: *Ja, ich! Meine Nichte hat es mir aus dem Internet gezogen...*

H4: *Ja, das habe ich auch*

H1: *Ja*

(FG8, Paragraph 185-188)

Einige Rehabilitanden berichteten, sich Meinungen zur bewilligten Einrichtung eingeholt, dort angerufen oder die Einrichtung sogar im Vorfeld aufgesucht und besichtigt zu haben. Ob diese Personen bei eventuellem Nichtgefallen der Informationen oder vorgefundenen Zuständen einen Einspruch gegen den Aufenthalt in dieser Einrichtung geltend gemacht hätten, blieb jedoch offen.

J5: [...] *Aber ich hab dann im Internet recherchiert und Meinungen dazu eingeholt, und hab da mehrmals angerufen und gefragt, wie denn da die Betreuung ist, was da gemacht wird, und hab das dann darüber irgendwie für mich für gut befunden. [...]*

(FG10, Paragraph 85)

J6: *Also wir sind auch hingefahren nach [Ort XY] und haben uns das angeguckt. Auch rein gegangen, soweit wie man reingehen konnte überall... und uns das mal angeguckt.*

(FG10, Paragraph 152)

E4: *Ja, da wollten die mir nicht so die Auskunft geben, ich sag: Ich komm dann mal vorbei...*

(FG5, Paragraph 502)

Die während der Fokusgruppen genannten Wünsche und Erwartungen an die Rehabilitation lassen sich grob einteilen in Wünsche nach einem Ort, einer bestimmten Einrichtung, einem bevorzugten Zeitpunkt, einem besonderen Angebot der Einrichtung, den „Rahmenbedingungen“, die in der Einrichtung herrschen sollen und der Erwartung eines bestimmten Ergebnisses der Rehabilitation.

Ort

Viele Rehabilitanden wünschten sich die Nähe zum Heimatort. Oft war die Nähe zur Familie die Begründung für diesen Wunsch.

J4: *Und eine Klinik, die im Umkreis von 100 km ungefähr liegt, damit mein Mann auch mal auf Besuch kommen kann, einfach.*
(FG10, Paragraph 68)

E4: *Ich wollte nicht ganz soweit weg, dass mein Mann mich noch besuchen kann mit meinem Hund und das war schon okay.*
(FG5, Paragraph 192)

G3: [...] *Und ich hatte ja nun keine Vorstellung, wohin. Wollte nicht so weit weg, weil ich noch ein Kind habe, das krank ist. [...]*
(FG7, Paragraph 141)

Andere Rehabilitanden bevorzugten wiederum gerade eine größere Entfernung zum Heimatort. Dieser Wunsch wird oft mit dem Bedürfnis nach „Abstand“ ausgedrückt.

A7: *Ich war 2002 mal auf B (Insel), da war der Inselcharakter dabei, da war alles, was dich belastet, auf dem Festland. Das war sehr schön und ja, Mitsprache dieses Mal beim Aufenthaltsort oder beim Rehaort gab's nicht. Das habe ich ein bisschen vermisst, aber sonst, ja, erwartet habe ich einfach so, mal unabgelenkt den Tag verbringen, wie es dir gefällt. [...]*
(FG1, Paragraph 35)

Das Klima zu bestimmten Jahreszeiten bzw. Heilklima mancher Orte spielte ebenfalls eine Rolle für die Wünsche an die Rehabilitation.

C6: [...] *Im Stillen hatte ich gedacht: „Hoffentlich komm ich nicht nach [Ort T]“, weil's im Winter an der Ostsee ja ganz schön kalt ist, ne. Ich meine, in [Ort P] wars auch nicht angenehm. Weil ja der Herbst war, ne, und der erste Schnee kam denn, das war auch ungemütlich. [...]*
(FG3, Paragraph 106)

A4: [...] Also ich hatte den Wunsch Nord-, an die Nordsee zu kommen. Auch geäußert in der Rentenversicherungsanstalt und das hat auch geklappt. Bin auf H (Insel in der Nordsee) gewesen. Sehr, sehr schön. Wetter war gut, alles war gut. Ich bin mit den Voraussetzungen gegangen, ich habe allergisches Asthma. [...]
(FG1, Paragraph 134)

Einrichtung

Mindestens eine Rehabilitandin äußerte, den Wunsch gehabt zu haben, in eine bestimmte, ihr bekannte Einrichtung nicht wieder eingewiesen zu werden, weil sie dort schlechte Erfahrungen gemacht hatte. Andere wiederum wünschten sich eine bestimmte Einrichtung vor dem Hintergrund eigener positiver Erfahrungen.

F2: Also bei mir stand hinten ganz groß drauf: Auf jeden Fall nicht nach G! (lacht)
Moderatorin: Das haben sie auf Ihren Antrag geschrieben?

F2: Hinten ganz groß drauf!

Moderatorin: Darf ich fragen, warum?

F2: Da war ich schon einmal und Nein, das hat mir überhaupt nicht gefallen. Da war ich auch mit meiner Kleinen. Und die Kur hat mir überhaupt nichts gebracht und ich hatte mit der LVA einen ganz schönen Gang gehabt. Und also, hab den nachher die ganzen Papiere auf den Tisch geknallt und da wütend rausgegangen, ne? Also wirklich, ganz wütend rausgegangen. Weil sie hat mir nichts gebracht, überhaupt nichts gebracht, ne? Und dadurch, und da hat er zu mir gesagt: Da kann er nichts dafür.

(FG6, Paragraph 116-120)

F5: 2001 und 2002 über Silvester war ich denn das erste Mal in M, damals war das noch nicht so, wo möchten Sie gerne hin? Da bin ich dahin gefahren, wo sie mich hingeschickt haben und jetzt da hab, kriegt man denn aus der Klinik so'ne großen Broschüren zugeschickt, obwohl damals war ja noch das alte Haus, die wurde ja dann 2002 abgerissen und bis 2005 Ende stand denn die Neue schon wieder. Und da habe ich gesagt, weil mein Mann war vor mir da gewesen und dann wollte ich auch gerne wieder da hin...

(FG6, Paragraph 226)

I2: Und daraufhin fragte ich, ob ich wieder nach O kommen könnte. Ob die das auch macht mit Krebs? Ja, selbstverständlich. Ja und dann lief alles so seinen Gang.

Moderator: Hmm, d.h. Sie haben von sich aus schon gesagt: Ich würde gerne nach O?

I2: Ja, also, die hatten gesagt, also es steht ne Reha an und man wurde so gefragt: Wollen Sie zur Reha oder wie stehen Sie zur Reha oder so ungefähr. Naja, und dann sagt man ja wohl nicht Nein, ne?

Moderator: Sie haben gute Erfahrungen gemacht offensichtlich?!

I2: Ja, mein ich auch, ne?

(FG9, Paragraph 47-51)

Auch spezielle Therapieschwerpunkte bzw. -möglichkeiten / -angebote spielen für die Wünsche der Rehabilitanden eine teilweise große Rolle.

G2: [...] na, in D, weil die eine reine essgestörte Gruppe haben, für Essstörungen. Und das hat mein Arzt dann auch so gesehen. Darauf haben wir denn eine Reha beantragt. Und wir hatten dann auch, wir hatten dann auch dick mit schwarzem Filzstift rauf geschrieben: Bitte beachten Sie dabei, nach D. Damit die Entfernung zu meiner Frau nicht so weit ist und ich schon vorher auf der 7 drei Monate war. Und die 7 arbeitet mit D zusammen. Mit dem gleichen Konzept, deswegen wollte ich dahin. [...]

(FG2, Paragraph 102)

D2: Ich sag: Ich soll ja ne Spezialklinik eigentlich haben für Diabetes. Ich sag: Das ist in einer Knappschaftsklinik nicht drinne. Das gibt bloß drei oder vier Diabetesklinien, die speziell drauf sind, ne?

(FG4, Paragraph 342)

D6: Weil der Professor H aus O, von der Universitätsklinik O war der Meinung, dass ich nach Süddeutschland sollte, weil das dort ne Herz-Lungen-Klinik geben soll in

D8: D?

D6: Nein. Universitätsstadt. Wie heißt sie?

D?: C?

D6: U (Bundesland). H. Ich sollte nach H. Das wurde aber überhaupt nicht berücksichtigt. In diesem ganzen Rehaantrag. Ich habe das auf den Rehaantrag noch mal mit raufgeschrieben, dass ich gerne in diese Einrichtung möchte, weil die für meine Krankheit ausgebildet sind die Leute.

(FG6, Paragraph 155-159)

Der in den Fokusgruppen am häufigsten genannte Grund für den Wunsch nach einer bestimmten Einrichtung ist das „Hörensagen“. Die Rehabilitanden hatten von Bekannten, Freunden oder Verwandten Gutes oder Schlechtes über bestimmte Einrichtungen gehört, was sie dazu veranlasste, sich für oder gegen eine spezielle Einrichtung auszusprechen.

E5: [...] Weil ich von V schon viel Gutes gehört hab. In der Nachbarschaft.

(FG5, Paragraph 397)

D1: [...] Dann habe ich gesagt, dann möchte ich gerne da hin, weil ich zwei Kollegen gehabt, die da waren. Die das auch hatten und da sehr zufrieden waren.

(FG4, Paragraph 385)

I3: [...] Ich sag, E da habe ich nichts Gutes gehört, da möchte ich lieber die Finger von lassen, dann lieber zur Nordsee.

(FG9, Paragraph 60)

I7: Durch meine Gäste habe ich da nur Gutes und das habe ich... und wenn die was sagten, wie ich sagte, ich muss in die Reha: Ja, geh ja nach B, bloß nicht nach A oder M. E wurde mir auch empfohlen, ja. S wurde mir empfohlen, aber geh da bloß nicht hin. Und dann nach B und dann hat das geklappt...

Moderator: D. h. Sie haben ihre Gäste...

I7: Ja!

Moderator: ...als Informationsquelle genutzt?

I7: Ja, so ist richtig. Jajajajajaja. Jaja, jaja.

(FG9, Paragraph 152-156)

Auch die Empfehlungen des behandelnden Arztes, die meist auch auf „Hörensagen“ von anderen Patienten beruhen, konnten für Wünsche ausschlaggebend sein.

Moderatorin: Und der hat Ihnen aber jetzt gar nicht so genau gesagt, warum er [Ort X] empfiehlt?

J2: Nein. Nö, also er meinte es wäre sehr gut, er hätte nur gute Erfahrungen gehabt. Oder nur Gutes gehört, von den Patienten.
(FG10, Paragraph 49-50)

Moderatorin: Wir hatten ja jetzt gesagt, Ihre Ärztin hatte da schon so eine Idee im Kopf, wo Sie hin sollen...

C9: Ja, weil sie auch aus Erfahrungswerten das schon wusste, dass die eben so'ne ganzheitliche Behandlung dort durchführen.

Moderatorin: Und was haben Sie denn für Informationen, vielleicht von der Ärztin oder vielleicht von jemand anders, bekommen über die Klinik?

C9: Ich sag mal, sie ist schon, also meine Hausärztin, die Ärztin des Vertrauens und da leg ich auch, also... wir stehen da auch schon jahrelang in Kontakt, und sie hatte mir das als Empfehlung gegeben, nicht zwingend, [...]
(FG3, Paragraph 90-94)

Eine Rehabilitandin wiederum berichtete davon, dass sie sich eine bestimmte Einrichtung gewünscht hatte, weil diese ein „Zertifikat“ besitzt.

J6: [...] Und wie gesagt, ich hatte meinen Wunsch angegeben, [Ort XY], weil ich vorher schon irgendwo gelesen hatte, dass die in dieser Klinik ein extra Zertifikat bekommen hatten. [...]

(FG10, Paragraph 92)

Zeitpunkt

Auch bezüglich des Zeitpunktes, zu dem die Rehabilitation stattfinden soll, gab es Wünsche. Ein öfter geäußelter Wunsch war: „so schnell wie möglich“. Vor allem psychosomatische Rehabilitanden beklagten die langen Wartezeiten zwischen Rehabewilligung und –antritt.

G2: Und ich hatte das beantragt oder besser da hat, hat ich das mit meiner Neurologin zusammen beantragt und meine Neurologin hatte dann rein geschrieben: So schnell wie möglich, weil ich das auch nicht mehr so ganz gerafft hatte.
(FG7, Paragraph 134)

G1: *Ich habe den Fall von meiner Frau, die hat nen Bandscheibenvorfall und die sollte nach S erst im Mai. Ist zurzeit krank geschrieben und sie hat gesagt: Also, das ist ihr zu lange, ob sie nicht früher kann. Da haben die in S gesagt: Nein, früher geht nicht. Dann hat sie sich an die Krankenkasse gewandt, dass sie gern früher zur Kur möchte, ob das nicht zeitlich vorgeschoben werden kann? Weil sie, sie kommt nicht weiter und die haben diesen Antrag aber angenommen und haben ihr eine neue Klinik zugewiesen, die jetzt Ende März der Kurantritt ist. Also, die machen es. Also, wenn man die Krankenkasse, beides mit einschaltet. Man muss sich bloß an beide Stellen wenden...*

(FG7, Paragraph 132)

Andere Rehabilitanden berichten von Zeitdruck aufgrund äußerer Umstände, wie z.B. das Auslaufen von Sozialleistungen oder lange Krankenzeiten.

B3: *Da habe ich angerufen und hab gesagt, also wenn das jetzt, dann bin ich ja noch drei Monate ohne Geld. Und häng in der Luft. [...]*

(FG2, Paragraph 79)

B1: *[...] Dann hatte ich mir D ausgesucht und die hätten mich auch genommen. Aber das hat mir dann auch zu lange gedauert, aber nicht wegen Geld, sondern ganz einfach, weil mir die Zeit lief. Ich bin noch krank geschrieben. Und ja, dann habe ich mich ans Telefon gesetzt und habe mal angerufen und dann bin ich letztendlich in S gelandet. [...]*

(FG2, Paragraph 84)

Weitere Wünsche bezogen sich auf den Zeitpunkt der Rehabilitation in Bezug auf das Wetter oder die Schulferien der Kinder.

D4: *[...] Und dann habe ich noch gesagt: Eilt, weil es schon auf den letzten Drücker war, nachher. Ich wollte nicht auch November/Dezember, habe ich ihm auch ganz klar gesagt. Und der Oktober war jetzt noch ne gute Zeit. Wäre es jetzt November/Dezember gewesen, hätte ich wahrscheinlich erstmal gesagt, ich möchte erstmal nicht. Ich verschieb das....*

(FG4, Paragraph 223)

H5: *Aber ich finde, es geht ja nicht immer nur um Einen, natürlich in erster Linie um Einen als Person, als Patient. Aber ich hatte das dann versucht, dass das dann so geht in den Sommerferien. Wegen dem Kind, was dann zur Schule geht. Dann versäumt es am wenigsten, also wo man das Kind eben mit unterstützen kann so. Und hatte dann halt Angst, wenn ich dann wegkomme und das ist in der Schulzeit, dann würde sich das sehr verändern. Weil mein Mann eigentlich ganz anders mit der ganzen Situation umgeht und naja, ich kam dann tatsächlich im Herbst weg. War den ganzen Herbst dann weg und es war dann tatsächlich so, wie ich es gehnt hab. Und wie ich dann wieder kam, musste ich tatsächlich mit dem Kind ganz viel aufholen, die Versetzung gefährdet und das fand ich schon, das fand ich jetzt schon richtig doof, ja.*

(FG8, Paragraph 63)

Angebot der Einrichtung

Ein öfter genannter Wunsch an die Rehabilitation war die *Möglichkeit, Kinder oder Ehepartner mit in die Klinik nehmen zu können*. Vor allem alleinerziehende Mütter oder Mütter mit sehr jungen Kindern legten Wert darauf, dass sie ihre Kinder mit zur Rehabilitation nehmen können und diese dort auch gut betreut werden. Besonders Frauen schienen Wert darauf zu legen, ihren Ehemann als Begleitperson mit in die Rehabilitations-Einrichtung nehmen zu können.

H2: [...] *Und ohne Kinder wäre ich ja auch nicht gefahren, weil ich keinen für die Kinder gehabt hätte. [...]*
(FG8, Paragraph 90)

J5: [...] *Und ähm, hab mich dann nicht mehr auf die Entfernung so festgelegt, sondern einfach dass ich zwar mit Kindern nicht so weit reisen kann, aber dass es mir wichtig wäre, dass die Kinder da gut versorgt sind. [...]*
(FG10, Paragraph 85)

C5: [...] *Und ich war in [Ort P], da war ich eigentlich auch sehr erschrocken, wenn ich da so sonst wie weit mit dem Zug da, ich mein das wird wohl von Hermes abgeholt, das Gepäck, und man kriegt auch die Bahnfahrt dann, aber ich kam mir auch ein bisschen verloren vor und hab dann gefragt, ob ich meinen Mann mitnehmen kann und wir sind dann auch zusammen gefahren, das ging ganz gut. [...]*
(FG3, Paragraph 52)

J3: [...] *Das erste Mal lebte mein Mann noch, und dann durfte ich den auch mitnehmen. Gegen Bezahlung, aber er durfte mit! [...]*
(FG10, Paragraph 53)

Der naheliegende Grund für den Wunsch nach der Möglichkeit, die Kinder mit zur Rehabilitation nehmen zu können, lag in der fehlenden Möglichkeit zur Kinderbetreuung während der Abwesenheit des Rehabilitanden.

H2: *Wir haben einfach reingeschrieben, dass die drei Kinder mit müssen, da zu Hause keiner ist, der sie versorgen könnte. Und das wäre ja noch teurer, wenn da rund um die Uhr eine Person aufpassen müsste, ne Fremde. Weil aus der Familie, ich habe wenig Familienangehörige und Freunde auch, die haben ja selbst Familie. Und ins Heim oder zu Pflegeeltern hätte ich meine Kinder nicht gegeben.*
(FG8, Paragraph 98)

Weitere Wünsche an das Angebot der Einrichtung waren eine **ganzheitliche Behandlung** und **manuelle Therapien**. Diese Wünsche wurden so konkret jedoch nur jeweils einmal genannt.

C9: *Ja, weil sie auch aus Erfahrungswerten das schon wusste, dass die eben so'ne ganzheitliche Behandlung dort durchführen.*
(FG3, Paragraph 91-92)

B7: *Ja. Ich hatte dit erwartet, dass man zumindest manuelle Therapie oder mal Massagen [...]*
(FG2, Paragraph 190)

Eine Rehabilitandin betonte, wie wichtig es ihr gewesen ist, schon vor der Rehabilitation sicher zu wissen, dass sie in ein **Einzelzimmer** kommen wird. Das Thema des Einzelzimmers trat in allen Fokusgruppen wiederholt auf, auch wenn es nicht immer konkret als Wunsch genannt wurde.

H6: *Ach, ich wollte gerne ein Einzelzimmer, aber das ist ja fast überall, mittlerweile, glaube ich... Das war mir schon wichtig.*
(FG8, Paragraph 176)

Ambulante vs. stationäre Rehabilitation

Darauf angesprochen äußern viele Rehabilitanden klar Wünsche bezüglich der Art der Rehabilitation. Diese Wünsche schienen in den meisten Fällen auch schon vor der Durchführung der Maßnahme bestanden zu haben. Der ambulanten Rehabilitation standen die Befragten durchweg eher negativ gegenüber. Gründe für die Ablehnung der ambulanten Rehabilitation waren dabei vor allem der **mangelnde Abstand** (von zu Hause, dem Alltagsstress) und der antizipierte **Stress**, den es bedeuten würde, täglich die Rehaeinrichtung aufzusuchen und zusätzlich noch den eigenen Haushalt erledigen zu müssen. Lediglich eine onkologische Rehabilitandin hatte eine ambulante Rehabilitation in Betracht gezogen, da es für sie bedeutet hätte, nicht von ihrer Familie getrennt zu sein. Dieser Wunsch wurde jedoch mit der Begründung abgelehnt, dass sie dafür noch nicht fit genug wäre bzw. das zuviel Stress bedeuten würde. Es wurde jedoch auch überwiegend berichtet, dass eine Wahl zwischen einer ambulanten oder stationären Rehabilitation gar nicht zur Diskussion stand. Andererseits war es aber auch eine oft vertretene Meinung, dass, wenn die ambulante Durchführung „bestimmt“ worden wäre, die Befragten die Rehabilitation trotzdem ohne Widerspruch angetreten hätten.

J4: *Ja, man konnte sich fallen lassen. Und wenn man das jetzt - so hier wie die Dame sagt - immer abends/morgens ab und an, das hätten Sie gar nicht können! Erstmal wären Sie überm Tag in der Reha gewesen und abends wieder zu Hause. Denn hätten Sie drüber nachgedacht: „Nun bin ich morgen wieder da und heute Abend bist wieder hier.“ Dann macht man den Haushalt, bleibt ja alles...*
(FG10, Paragraph 120)

Moderatorin: (...)Wär denn jemand lieber ambulant in der Reha gewesen?
E1: Ich nicht.
E3: Nein
E5: Ne, haben sie mir gleich abgelehnt, also die haben gleich gesagt: ich müsste stationär.
Moderatorin: Aber wäre Ihnen ambulant lieber gewesen?
E5: Nö.
E7: Ne, bei mir (...)...
E5: Was soll ich denn zu Hause und dann geh ich wieder nächsten Tag dahin...
E3: Ja jeden Tag, ne?
E5: Nö.
E4: Das ist ja noch mehr Stress, also...
E5: Und das war ja auch dann, ne?
E3: Ne, das hätte ich auch nicht gewollt.
E5: Aber wenn das gemusst...
E3: Ja, dann macht man das...
E5: ... wenn die gesagt hätten, das muss so sein...
E3: Ja, dann macht man das ebend...
E5: ...dann muss man das ja. Dann hätte ich auch gehorcht, denn hätte ich gesagt: Na-ja, okay. Wir sind ja gehorsam, ne, im Alter...
E3: Ne, dann muss man das ja machen...
E5: Ja...
E3: Aber bei mir auch nicht.
E5: Ne, die haben da gleich gesagt stationär.
(FG5, Paragraph 285-306)

Moderatorin: Wie ist das bei den Anderen? Wär für Eine von Ihnen ambulante Reha in Frage gekommen? Einfach nur so...
F1: Neee
Moderatorin: Warum nicht?
F1: Das ist ja wie arbeiten.
F6: Ja genau.
F1: Also...
F6: Schon aus dem Alltag rauskommen, ne?
F1: Na gut, ich bin sonst auch 14 Stunden am Tag auf der Arbeit gewesen, aber ähm, ja ich würde mir das so vorstellen: Du gehst morgens aus dem Haus und du kommst abends wieder, die machen mit dir sonst was für Sachen. Wo du dich da freust auch, weil es dir was bringt oder so und dann kommst du wieder nach Hause und denn die Gleiche, ja, ich würde da gar nicht entspannen können, also so eben. Von zu Hause, also wie gesagt, wenn man mehr Besuch hat oder so... Also ich wollte auch gar nicht viel Besuch haben. Das hätte mir gereicht, wenn mein Mann da ein oder zwei Mal gekommen wär und ja und so, ich find das besser. Das man da für sich mal ist, ne?
(FG6, Paragraph 178-186)

J3: *Ich hatte gefragt. Weil das ja heißt, hier am Bahnhof, nech? Da ist doch so ein... ob ich das machen könnte. Dann hätte ich – abends geht man ja nach Hause, man muss morgens da sein und kann abends wieder nach Hause gehen. Und da hat man mir gesagt: „Nein.“ Ich musste, ich weiß gar nicht mehr, ob 14 Tage oder vier Wochen nach der letzten Bestrahlung kann man erst hinfahren. Und dann hat sie gesagt, das wäre zu anstrengend, jeden Tag dieses. Man muss dann ja zu einer bestimmten Zeit da sein und dann... und deshalb sollte ich lieber dahin gehen. Und wäre ich auch dahin gegangen! Hätte ich jeden Abend in mein Bett gehen können!*

(FG10, Paragraph 104)

Ergebnis

Neben den Wünschen, die eventuell für die Auswahl einer Einrichtung bzw. die Unterscheidung zwischen Einrichtungen wichtig sein können, tauchten in den Gesprächen natürlich auch viele Wünsche an das Ergebnis der Rehabilitation auf. Am dominantesten ist nachvollziehbarerweise der Wunsch nach **Besserung** des Gesundheitszustands.

H4: *Ja, dass man letztendlich gesund oder zumindest ein bisschen gesund oder was ist ein bisschen, nach Hause kommt. [...]*

(FG8, Paragraph 177)

B7: *Ja, dass es einem besser geht nach der Reha, ne?*

(FG2, Paragraph 188)

Moderator: *Haben Sie denn dazu von der Reha was erwartet?*

A6: *Ja, ich habe schon gedacht ein bisschen muss werden besser.*

(FG1, Paragraph 41-42)

Etwas konkreter bedeutet Besserung z.B. **fitter werden, weniger Schmerzen** zu haben und die **Klärung** bzw. **Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit**.

G1: *Na gut, wenn man, wenn man selber, ich habe auch festgestellt, ich wollte ja zur Kur. Und will, will fitter werden. [...]*

(FG7, Paragraph 258)

B5: *Ja man wollte ja, dass einem die Schmerzen endlich aufhören; dass man wieder eine gute Lebensqualität erhält, ne? Das Schlimmste sind immer die Schmerzen... die man dann schon jahrelang hat und nicht weiß wo's herkommt. Und dann ist man operiert und dann sind die immer noch da... das ist das... hatte ich damals mir gewünscht.*

(FG2, Paragraph 206)

Moderator: *Gut, d. h. für Sie standen ganz klar die, ihre starken Beschwerden im Vordergrund. Dass Sie die weghaben wollten?*

A2: *Ja, erstmal, dass ich die weghabe und zweitens ist ja, so wie der Kollege ja auch. Im Endeffekt, wir machen uns ja auch Gedanken um unseren Beruf. Wie lange spielt mein Chef mit? Wie lange sagt mein Chef: Okay, den Mann halte ich? [...]*

(FG1, Paragraph 71-72)

Ein weiteres Thema, das immer wieder auftauchte, war der Wunsch an die Rehabilitation, sich dort zu **erholen**, abzuschalten und Stress abbauen zu können.

A4: [...] *von der Erwartung her war wirklich: einfach nur drei Wochen abschalten, weil den ganzen Berufsstress ja auch. Was ja auch wichtig war für mich. Denn Stadtverkehr wird ja immer schlimmer hier, kennt ihr ja auch mit dem Fahren und alles. Naja gut, aber egal, es war eben einmal abschalten noch mal [...]*
(FG1, Paragraph 138)

D1: [...] *Wollte eigentlich mal so ein bisschen in den Sommerferien ausspannen und dann gleich eine Kur mit, das passt so auch grade krankheitsmäßig, weil ich da Bandscheibenvorfälle usw. [...]*
(FG4, Paragraph 176)

Andere Erwartungen / Wünsche an die Rehabilitation waren ebenfalls eher globalerer Art, wie **Hilfe zu bekommen** und **etwas mit nach Hause nehmen** zu können.

E1: [...] *Weil mir ging's auch hauptsächlich darum, das mir geholfen wird....*
(FG5, Paragraph 209)

B5: *Man fährt ja hin zur Kur, damit Einem geholfen wird...*
(FG2, Paragraph 306)

H5: [...] *Das man Ideen bekommt, wie man manche Dinge zu Hause umsetzen kann vielleicht auch und so. (...) mit den, mit den Gedanken dorthin.*
(FG8, Paragraph 182)

Teilweise herrschte bei den Rehabilitanden eine jedoch starke Unsicherheit über ihre eigenen Erwartungen an die Rehabilitation.

H1: [...] *dann wurde man auch nach der Vorstellung gefragt, welchen Wunsch man hat. Und, also es fiel mir ja schon sehr schwer, das überhaupt zu formulieren. Also, man weiß ja eigentlich gar nicht. [...]*
(FG8, Paragraph 180)

Einige Rehabilitanden berichteten, wegen Rentenanträgen in die Rehabilitation geschickt worden zu sein. Neben einer Besserung von Beschwerden dürfte bei einem nicht unwesentlichen Teil dieser Rehabilitation die **Bestätigung der „Rentenbedürftigkeit“** als Ergebnis der Rehabilitation eine Erwartung darstellen. Ein Erfolg der Rehabilitation im klassischen Sinne der Besserung des Gesundheitszustands oder der Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit ist von diesen Personen eventuell gar nicht mehr gewünscht.

B7: *Bei mir war es im Prinzip so: Rentenantrag gestellt und da Reha ja vor Rente geht, (...) fahren sie mal erst zur Reha und dann sehen wir weiter.*
(FG2, Paragraph 45)

G4: *Erstmal hat AB einen sehr guten Ruf, das hörst du überall, alle die schon da waren und überhaupt. Und bei mir war das im Grunde genommen meine Reha Teil eines Gerichtsurteils. Ich hab die Rentenversicherung Nord auf die Weiterzahlung meiner Rente verklagt, hier beim Sozialgericht, hat zwei Jahre gedauert. Ich habe den Prozess gewonnen und meine Reha war praktisch Teil des Gerichtsurteils um ein neues Leistungsbild erstellen zu lassen. So. Um eben zu gucken, aha, kann er noch Rente kriegen oder kann er wieder arbeiten ein paar Stunden oder ein paar Stunden mehr. Und den habe ich dann auch gekriegt nachher, den Leistungsbericht, der ist ungefähr 18 Seiten lang in meinem Fall. Alles voll geschrieben, DINA 4-Seiten. Habe mich auch gewundert, war sehr interessant. Und komischerweise danach, meine Rente lief jetzt aus oder läuft jetzt aus. Im Mai diesen Jahres und ich habe ja dann schon im Januar, weil ich ja weiß, das es immer so 3/4 Monate dauert, bis das zurückkommt, weil die sind da nicht die Schnellsten. Und komischerweise hat das nur eine Woche gedauert und dann hatte ich wieder drei Jahre Rente.*

(FG7, Paragraph 191)

B3: [...] *Aber dadurch das ich nu kein Krankengeld mehr kriege, arbeitslos bin, kein Arbeitslosengeld kriege, kein Hartz IV kriegen tu, muss ja irgendwat passieren, da habe ich halt einen Rentenantrag gestellt. Ja und wie gesagt, das läuft und läuft und läuft und läuft und läuft.*

(FG2, Paragraph 11)

5.4 Umgang mit Wünschen

Viele Rehabilitanden hatten offensichtlich vom dem Wunsch- und Wahlrecht und seiner Bedeutung bzw. der gesetzlichen Verankerung eines gewissen Mitspracherechts bei der Auswahl einer Rehabilitationseinrichtung bisher nichts gehört. Gleichzeitig äußern viele Wünsche nach einer bestimmten Einrichtung oder Region in der bzw. nach einem bestimmten Zeitpunkt zu der die Rehabilitation stattfinden soll. Diese Wunschäußerung wird mangels der Informationen über das Wunsch- und Wahlrecht jedoch vom Rehabilitanden selber nicht als Inanspruchnahme seines Rechts wahrgenommen, sondern als Anfrage an die Leistungsträger, denen die volle Entscheidungsgewalt obliegt, ob dieser „Wunsch“ gewährt wird oder nicht.

Weiterhin bleibt zu erwähnen, dass zumindest in den Antragsunterlagen der Träger der DRV, wenn auch nicht der Hinweis auf das Wunsch- und Wahlrecht, so doch ein Feld fehlt, in dem der Rehabilitand seinen Wunsch nach einer bestimmten Einrichtung eintragen könnte. In den Antragsunterlagen der Krankenkassen findet sich lediglich ein Feld für „besondere Hinweise“. Dieses Feld könnte vom Arzt theoretisch genutzt werden, um dem Wunsch seines Patienten Ausdruck zu geben.

C9: *Ich kann mich auch nicht erinnern, dass man auf dem Antrag irgendwo aufschreiben konnte, dass man aufschreiben kann: „Da will ich hin!“, oder so, „Das ist mein Wunsch.“ Kann ich mich nicht erinnern. Dass da ein Feld ist, oder so.*

Moderatorin: *Gibt's auch meistens nicht in den Anträgen.*

C9: *Deswegen – also wie soll ich darauf kommen, wenn ich halt diesen Antrag selbst zu Gesicht bekomme überhaupt, ne? Das ist ja auch in den seltensten Fällen so. Ich hab ihn selbst ausgefüllt, aber ich kann mich wirklich nicht erinnern, dass da sowas stand.*

(FG3, Paragraph 172-174)

Moderatorin: *Aber in Ihrem Antrag hatten sie nicht irgendwo hingeschrieben, dass sie in diese spezielle Klinik wollen?*

F3: *Nein, nein. Das war ja noch gar nicht, dass man da jetzt reinschreiben sollte, wo man hin möchte oder oder, dass man überhaupt irgendwo hin möchte. Stand ja nicht drin.*

F5: *Mein Hausarzt hat mich gefragt, wo ich gerne hin möchte. Der hat das dann da eingeschrieben. Ich war in B und ich kannte die, weil mein Mann schon da war und ich das erste Mal auch schon und ich fand das da sehr gut. Also ich konnte, er hat da eingetragen, wo ich gerne hin möchte.*

F2: *Aber das steht nicht in den Anträgen drin.*

F5: *Ne, in den Anträgen steht das nicht drin.*

(FG6, Paragraph 68-72)

Berücksichtigung von Wünschen

Viele Rehabilitanden berichteten, dass die von ihnen geäußerten Wünsche berücksichtigt wurden, wobei nur einmal Beziehungen zu einem Mitarbeiter des Leistungsträgers eine Rolle gespielt zu haben scheinen.

I2: *[...] 1988 war ich in der K. Da hatte ich auch Schwierigkeiten, weil ich LVA bin und das ist ja eine BfA-Klinik. Nun hatte ich aber Bekannte, einen Bekannten auf der LVA und der hat es dann so gemacht, dann kam ich in die D, das ging so ein bisschen, ne?*

(FG9, Paragraph 127)

I3: *Wurde mir vorgeschlagen: Nordsee? Ich sag: JA, okay. Erste Mal hieß es ja da in S, wurde gesagt zwei Möglichkeiten entweder N da, wie heißt das da?*

I?: E

I3: *E. Oder Nordsee. Ich sag, E da habe ich nichts Gutes gehört, da möchte ich lieber die Finger von lassen, dann lieber zur Nordsee. Ja, da gibt es nur zwei Möglichkeiten: S oder T. Sage ich, T hört sich ja nicht schlecht an. Und T scheint ein Privileg von der BfA zu sein und so kam ich dann nach S. War auch nicht schlecht.*

(FG9, Paragraph 58-60)

A4: *[...] Ich habe eben positive Erfahrungen gemacht. Also ich hatte den Wunsch Nord an die Nordsee zu kommen. Auch geäußert in der Rentenversicherungsanstalt und das hat auch geklappt.*

(FG1, Paragraph 134)

C5: [...] *da sollte ich über Weihnachten dann los, und das wurde noch mal auf meinen Antrag hin verlegt auf Anfang Februar. [...]*
(FG3, Paragraph 52)

H5: *Also ich hab nen Vorschlag gemacht, ich wollte in eine bestimmte und das wurde sogar befürwortet. Sofort, also das hat leicht geklappt.*
(FG8, Paragraph 125)

Ablehnung von Wünschen

Einige Rehabilitanden berichteten, dass sie Wünsche gehabt bzw. geäußert hätten, diese jedoch explizit abgelehnt bzw. nicht beachtet worden wären. In mindestens einem Fall führte die Nichtbeachtung des Wunsches zu einem ausbleibenden Rehabilitations-Erfolg aus Sicht des Befragten.

Moderator: *Sie haben einen Bescheid gekriegt, da stand drauf, Sie kommen nach E?*

G2: *Ja, genau. Ich hab, ich hab, die haben die Reha zugestimmt, ich hab mich auch tierisch gefreut, wo ich denn dann gesehen hab: Ah, dann komme ich ja nach D, weil ich genau weiß, die haben da auch, die arbeiten da auch mit Stadt / Klinik XY zusammen, die LVA. Ich guck: E, kann nicht angehen, ne? Also und habe dann auch gleich den 1. Tag mich mit den Ärzten da in E nicht gut Freund gemacht. Ich hab gleich zu dem gesagt, dass ich hier eigentlich nicht her wollte.*

(FG7, Paragraph 114-115)

D6: [...] *Ich hatte halt auf dem Rehaantrag vermerkt, dass ich dann gerne nach H wollte, weil mir der Professor halt gesagt hat, dass die Einrichtung dafür geeignet wäre. Wurde aber überhaupt nicht zur Kenntnis genommen. Denke ich mal, aber nicht weiter drauf eingegangen. Es geht nach Ö und das war das.*

(FG4, Paragraph 167)

A7: *Also ich hatte die beiden, wo ich schon war, mit angegeben. Dass es auch ganz gut gewirkt hat, aber die wurden nicht berücksichtigt.*

A2: *Wurde nicht berücksichtigt?*

A7: *Ne, ne, war in G, da war ich nicht so glücklich. Aber war okay. Habe auch fünf Wochen durchgehalten.*

(FG1, Paragraph 296-299)

Während der Fokusgruppen stellte sich heraus, dass viele Rehabilitanden nicht wussten, weshalb ihre Wünsche nicht berücksichtigt bzw. abgelehnt wurden. Im Folgenden werden alle Gründe, die die Rehabilitanden genannt haben, aufgeführt.

Wünsche werden mit dem Verweis auf Vertragshäuser abgelehnt,

Moderatorin: *Und mit welcher Begründung hat er das empfohlen? Was hat er Ihnen da gesagt?*

J2: *...nichts weiter, also..... ich hab gefragt, und ich hatte ja auch gefragt wegen [Ort YZ], und da sagte er „Nein, das ginge nicht“, ich bin ja in der XY-Krankenkasse; oder bei der LVA, und das würde für mich dann nicht in Betracht kommen. Es würde dann nur eben [Ort X] in Betracht kommen von der Nordsee.*

(FG10, Paragraph 43-44)

oder auch aufgrund einer unzureichenden Belastbarkeit des Rehabilitanden (Wunsch nach ambulanter Rehabilitation).

J3: *Naja, mir hatte man nur gesagt, dass wäre zu anstrengend, wenn ich hier jeden Morgen hin und jeden Abend zurück, ne? Man war ja denn doch noch nicht so, dass man immer mit dem Bus fahren konnte.*

(FG10, Paragraph 110)

Andere Wünsche wurden mit dem Argument abgelehnt, dass erst einmal die eigenen Häuser gefüllt werden müssten, in der gewünschten Einrichtung keine Plätze frei sind bzw. die Kosten der weiteren Anfahrt zu hoch seien.

I8: *[...] Den Wunsch hatte ich dann da auch geäußert: Ne, geht nicht. Dann war ich (...). Ja, sagt er, wir machen erstmal unsere Häuser voll. [...]*

(FG9, Paragraph 104)

A6: *Ja, und ich habe schon gesagt, Rentenkasse, warum schicken Sie mich soweit? Beispiel warum haben Sie nicht geschickt in H oder J? Ja, keine Platz und so, weißt du? Gehst du X. Ja. Muss.*

(FG1, Paragraph 305)

J4: *Aber es ging nicht, erst ging es gar nicht und dann beim zweiten Mal ging es mit einem Mal. Das hat mich auch gewundert. Erst: Nein, aus, was hatten sie da für Gründe? Auch aus finanziellen Gründen. Erstmal wird dieser Umkreis, ist natürlich teurer, wenn man in den O versetzt wird oder da ne Kur, als wenn es hier, wenn es in der Nähe. [...]*

(FG8, Paragraph 71)

Phänomen: Nichterwähnen von Wünschen

Bei einigen Diskussionsteilnehmern zeigte sich, dass sie sehr wohl Wünsche gehabt hatten, diese aber bei der Rehaantragstellung gar nicht erst erwähnten. Eine nachvollziehbare Erklärung konnte keiner der betroffenen Rehabilitanden liefern.

Moderatorin: *Also Sie hatten sich nicht für eine von den beiden entschieden...*

C6: *Nee, gar nicht. Im Stillen hatte ich gedacht: „Hoffentlich komm ich nicht nach [Ort T]“, weil's im Winter an der Ostsee ja ganz schön kalt ist, ne. Ich meine, in [Ort P] wars auch nicht angenehm. Weil ja der Herbst war, ne [...]*

(FG3, Paragraph 105-106)

B7: *Kein Mitspracherecht kein nix, keinerlei Möglichkeiten irgendwie. Und ich war vorher in L (...) ist mir sehr gut bekommen [...] und da wäre ich auch gerne wieder hingefahren, aber das war ebend nicht möglich. Und die hätten ja auch meine Unterlagen und alle da gehabt und dit hätte ja viel besser gepasst.*

Moderatorin: *Und haben sie das angesprochen in dem Gespräch vielleicht bei der Beantragung?*

B7: *Ne, dit hab ich nicht. Das muss ich sagen. Ich bin davon ausgegangen [...]*
(FG2, Paragraph 98-100)

5.5 Anderes Vorgehen beim nächsten Rehaantrag

Dazu befragt, ob sie aufgrund ihrer Erfahrungen bei dem ersten bzw. vorhergehenden Rehaantrag beim nächsten Mal anders vorgehen würden als vorher, konnten sich viele Rehabilitanden kein anderes Vorgehen vorstellen.

F4: *Ich denke, es kommt einfach drauf an, warum man denn überhaupt nächstes Mal eine Reha macht. Dass man sich da doch ein bisschen anders informiert, also bei mir speziell war einfach in erster Linie, dass ich gesagt habe: Ich brauche einen ganz massiven Erholungsfaktor. Auch wenn das nachher ein bisschen psychosomatisch war, ich aber sag, für mich konnte ich das knicken. Kann ich aber andere Kliniken auch nicht beurteilen, wie die dort sind und ich denke, dass es gerade so für Betroffene recht schwierig zu beurteilen. Wie gut sind sie nun, haben Sie nun die Anforderungen, was man sich drunter vorstellt oder so. Das kann man vorab eben nicht machen. Also für mich war erst mal wichtig der Ort, von daher denke ich, wenn ich das noch mal müsste, so massive Erschöpfungserscheinungen oder so, würde ich eigentlich wieder genau so vorgehen. Also ich versuche eben den Ort, oder einen Ort zu treffen, wo ich gerne hin möchte.*

(FG6, Paragraph 270)

Moderatorin: *[...] Würden die anderen vielleicht was anders machen?*

J2: *Nein.*

(FG10, Paragraph 185-186)

Moderatorin: *[...] Dann würde ich jetzt gerne noch mal fragen, so mit dem Wissen was sie jetzt haben. Wenn sie noch mal in die Reha gehen würden oder wenn sie darauf zurückblicken, wie das gelaufen ist, mit dem Rehaantrag, würden Sie heute irgendetwas anders machen beim Beantragen ihrer Reha?*

F6: *Nein.*

(FG6, Paragraph 242-243)

Andere Rehabilitanden können sich jedoch ein anderes Vorgehen vor allem in den Bereichen **Information / Information zum Wunsch- und Wahlrecht** und **Wünsche äußern** vorstellen. Es wird erwähnt, dass zukünftig nach Wegweisern, Ratgebern oder Angeboten (z. B. bei der DRV) gefragt werden würde.

Moderatorin: *Würde jemand anders noch das anders machen jetzt?*

C9: *Vielleicht noch nachfragen, ob's da irgendwie so'n Wegweiser gibt, so'n Ratgeber... keine Ahnung, aus Erfahrungswerten...*

(FG3, Paragraph 188-189)

E1: *Zumindestens nachfragen: welche Möglichkeit besteht?*

E4: *Genau...*

E1: *Wenn man jetzt Bescheid bekommt, man müsste noch mal nach M und würde sagen, naja, gut, das war alles schön und gut, aber...*

E4: *Gibt es noch eine Alternative oder so?*

(FG5, Paragraph 534-537)

Wieder andere gaben an, dass sie sich im Vorfeld selber besser über die verschiedenen Einrichtungen informieren wollten.

C7: *...man hat Erfahrungen - man wird mutiger, wenn man auch weiß, dass es sowas gibt; und vor allem: ich würde jetzt - auch ich hab ja ein bisschen Zeit - bisschen mehr mich interessieren für bestimmte Reha-Kliniken. Es gibt ja hier so viele! Und die haben jetzt... die meisten Reha-Kliniken haben ja auch hier die psychosomatische Schiene mit drin, also es ist ja selten eine Reha-Klinik, die nur eine Sache hat, ne. Die haben ja immer parallel drei, vier Sachen laufen. Also ich würde mich schon mal ein bisschen mehr kundig machen und vielleicht auch so... man braucht ja bloß ins Internet, wenn man's kann... also ich kann's nicht, aber ich hab jemanden, der es kann; da braucht man ja bloß die Adresse, und dann ruft man an, die schicken einem alles zu! Da braucht man... kann man machen. Also kann man sich im Vorfeld informieren, wenn man weiß, dass man sowas regelmäßig oder öfter mal kriegt, ne.*

(FG3, Paragraph 185)

I8: *Ja, vielleicht nachhaken, ob das wirklich dementsprechend so ist und nicht bloß: Ja, der ist nun weg und dann ist gut. Dass man denn wirklich sagt, kann mich, mir dort geholfen werden?*

Moderator: *Ja, wie würden Sie das, wie würde man das rauskriegen?*

7: *Ist schwer...*

8: *Papier ist geduldig, da steht viel drauf.*

(FG9, Paragraph 213-216)

C5: *[...] Man bekommt ja Bescheid, ne, „Ihr Antrag ist eingereicht, bitte gedulden Sie sich und das wird bearbeitet...“, erst 'ne Mitteilung. Und da würd ich dann jetzt sicher die Sachbearbeitung mal anrufen, jetzt wo ich das weiß, und fragen, welche Möglichkeiten gibt's denn hier, wo könnte ich denn hin? [...]*

(FG3, Paragraph 171)

Mehrere Rehabilitanden erwähnten auch, dass sie, jetzt wo sie wissen, dass es ein Mitspracherecht bei der Einrichtungsauswahl gibt, Wünsche äußern würden. Die Wünsche, die geäußert werden würden, sind zum großen Teil deckungsgleich mit denen, die oben schon bei den geäußerten Wünschen dargestellt wurden und werden deshalb nicht noch ein Mal ausführlich dargestellt. Sie beziehen sich auf den Wunsch nach einer „guten Einrichtung“, die Ablehnung bestimmter Einrichtungen, den Termin, die Auswahl einer Einrichtung aufgrund guter Erfahrungen, den Ort und die Spezialisierung der Einrichtung.

H4: *Ich würde mehr Wünsche äußern, jetzt wo ich weiß, dass man das machen kann, das würde ich machen. Das wusste ich vorher nicht. Also den Wunsch äußern, wohin ich möchte. Von Anfang an.*

(FG8, Paragraph 239)

E4: *Also, ich glaub, jetzt würde ich Wünsche äußern. Glaube ich schon. Also jetzt weiß ich das ja.*

(FG5, Paragraph 533)

D6: *Man muss sich nur vielleicht einmal dann sturerweise durchsetzen, wohin man möchte und sich nicht von der, von dem Verein da, von dem aus man da hingeschickt wird, das aufzwingen lassen. Sondern dann wirklich einmal Kontra geben und sagen: Nein, ich geh dort nicht hin.*

Moderatorin: *Also, sie würden sozusagen versuchen, sich durchzusetzen mit ihrem?*

D6: *Weil noch mal tue ich mir so etwas nicht an. Nicht in dieser Einrichtung.*

(FG4, Paragraph 457-459)

Moderatorin: *Also Sie würden dann sozusagen schon Wünsche äußern wollen?*

7: *Ja, das wäre schlauer!*

(FG3, Paragraph 186-187)

5.6 Argumente der Rehabilitanden für und gegen das Wunsch- und Wahlrecht

Im Verlauf der Fokusgruppen konnten viele Argumente der Rehabilitation gegen das Wunsch- und Wahlrecht bzw. dessen Inanspruchnahme gesammelt werden. Einige Rehabilitanden befürworteten die Inanspruchnahme des Wunsch- und Wahlrechts auch. Es schienen jedoch nicht die optimalen Bedingungen hierfür wahrgenommen zu werden. Es wurde erwähnt, dass es an Information, wie man das Wunsch- und Wahlrecht durchsetzt, und Zeit, eine Wahl vorzubereiten und zu treffen, fehlt.

D6: *Das ist das große Problem dabei, denn wenn ich schaue nach Reha-Einrichtungen für Herz-Lungen-Krankheiten, dann werden mir die Herzkrankheiten angezeigt, das ist H, das ist I, das ist J, was weiß ich. Lungenkrankheiten werden mir in Süddeutschland oder ganz im Norden hier X auf Y oder sonst irgendwas angezeigt. Hingeschickt werde ich dorthin aber nicht.*

D8: *Ne, das weiß ich.*

D6: *Ne, also muss es ja auch irgendwer publizieren, von wegen: Wo kann ich mich überhaupt informieren, wo ich hin kann? Was für Einrichtungen es gibt. Wie kann ich meine LVA oder BKA oder wie sie alle heißen, BKA nicht, ähm, dazu bringen mich auch wirklich in eine Klinik zu schicken, die mir helfen kann. Mit meinem Problem.*

(FG4, Paragraph 641-643)

E1: *Wenn jetzt die Indikation anders ist, dass man jetzt das vom Arzt nahe gelegt wird, Probleme, Kreislaufprobleme oder sonst irgendwie und man hat Zeit, ein Jahr oder ein Halbes oder wie, es ist nicht akut. Dann ist es natürlich nicht schlecht, wenn man das besprechen könnte, was jetzt wirklich für einen am Besten. Manche wollen ja auch nicht weit weg, die würden sich woanders nicht wohl fühlen. Für manche aber dicht, natürlich auch nicht immer gut, wenn man jetzt so famili-, familiär sehr eingespannt ist, das bin ich auch mit Kind und Enkelkindern und Arbeit. Dann ist natürlich immer gut, man sagt weg. Dann fällt das schon mal weg dieser Stress, den man sich da macht. Dass man sich da Gedanken macht, was ist jetzt zu Hause los. Also das finde ich eigentlich gut, wenn man das ein bisschen besser vermittelt bekommen würde. Dass man die Möglichkeit hätte, das ein bisschen ja intensiver zu besprechen. [...]*

(FG5, Paragraph 422)

Die Bedeutung der Zusammenarbeit mit dem zukünftigen Rehabilitanden wurde mindestens in einer Fokusgruppe betont. Gleichzeitig wurde aber auch zu Bedenken gegeben, dass viele Wünsche erst im Nachhinein auf der Basis der in der Rehabilitation gemachten Erfahrungen entstehen.

D6: *Das die Ärzte mit den Patienten zusammen entscheiden sollten. Die Einrichtung, die Reha-Einrichtung, vielleicht so ein bisschen.*

D8: *Mehr Zusammenarbeit mit den Ärzten ...*

D6: *Mehr Zusammenarbeit zwischen Krankenkasse, Reha-Einrichtung, Ärzten und Patienten. Und nicht alles alleine entscheiden sollten.*

(FG4, Paragraph 572-574)

I: *Hätten sie sich nicht gewünscht, dass sie da wieder hinkommen oder dass sie mal sagen können, da will ich wieder hin?*

B7: *Auf eine Art ja, im Nachhinein hätte ich mir das gewünscht, ja sicher.*

(FG2, Paragraph 213-214)

Betont wird außerdem, dass die Verfügbarkeit von objektiven Informationen die Voraussetzung für die Inanspruchnahme des Wunsch- und Wahlrecht ist.

B7: *Ja, damit ich die Klinik vorab bewerten kann, dann ja, ansonsten, wenn ich nicht weiß, was da passiert und was mich da erwartet, brauch ich das nicht aussuchen, weil ich dann im Endeffekt, wenn ich Glück hab, ist wie ein Lottospiel, wenn ich Glück hab, habe ich eben eine gute erwischt und wenn ich eben Pech, dann habe ich vorher was Gutes gelesen und habe trotzdem Pech gehabt. Dann nützt mir... Also wenn ich dann so ein Bewertungsbogen hab, dann wäre es für mich wichtig, dass ich da selbst Einfluss drauf nehmen kann.*

(FG2, Paragraph 578)

Auch wo das Wunsch- und Wahlrecht befürwortet wurde, bestand Verständnis dafür, dass es Fälle gibt, in denen auf die Ausübung dieses Rechts verzichtet werden muss, z.B. für den Fall, dass eine spezialisierte Einrichtung aufgesucht werden muss.

A2: *Ja, aber dazu muss man mal ganz ehrlich sagen, gut, ja, wenn ich das und das habe und da gibt es nur die Klinik, dann...*

A7: *Ja, dann musste du...*

A2: *...dann muss ich diesen ...*

A7: *dann musste, das ist klar...*

A2: *Weg eintreten... ja antreten. Das ist ne ganz andere Nummer.*

(FG1, Paragraph 262-266)

Auffällig ist, dass die Argumente, die von den Rehabilitanden gegen das Wunsch- und Wahlrecht vorgebracht wurden, wesentlich stärker sind und auch häufiger genannt wurden als die Argumente, die explizit für die Umsetzung bzw. Inanspruchnahme dieses Rechts sprechen. Ein oft genanntes Argument gegen die Wahrnehmung eines Mitsprachrechts bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung war die Annahme der Rehabilitanden, dass alle Rehabilitationseinrichtungen die in etwa gleiche Qualität der Behandlung bieten (sollten) und der Erfolg der Rehabilitation vorausgesetzt werden kann, da der Leistungsträger den Rehabilitanden sonst nicht dort in die Rehabilitation schicken würde.

E1: *Das man ärztlich gut versorgt wird, davon geht man ja eigentlich von aus, wenn ich jetzt in Führungsstrichen, wenn ich jetzt eine Kur beantrage oder mein Arzt oder wie auch immer oder. Dann gehe ich ja davon aus, dass ich da ärztlich gut betreut werde.*

(FG5, Paragraph 825)

Moderatorin: *... ob andere Patienten da einen Erfolg gehabt haben?*

E5: *Ich hab wirklich Erfolg gehabt da...*

E3: *Naja, es kommt ja immer auf die eigene Krankheit an...*

E5: *Muss ich ganz ehrlich sagen, also die waren so was von, aber man musste auch mitmachen, dass die das gesehen haben, also...*

Moderatorin: *Aber wäre es denn was...*

E5: *Welche jaulten denn da und...*

Moderatorin: *...Sie interessieren würde?*

E4: *Ja, natürlich.*

Moderatorin: *Das ist aber von Ihnen gar nicht gekommen, deswegen bin ich jetzt überrascht...*

E4: *Also ich hab das denn anders verstanden...*

E3: *Ich auch, durch die Fachärzte, man geht davon aus, weil da ja die Fachärzte sind und da geht man ja davon aus, dass man da...*

E4: *...das einem da geholfen...*

E3: *Ja, genau. Und das setz ich voraus, sonst brauche ich da ja nicht hin.*

Moderatorin: *Also, Sie gehen davon aus, dass das in allen Kliniken gleich ist?*

E?: *umum (verneinend)*

E3: *Ja, ich hoffe das, ne?...*

E5: *Habe ich auch schon gehört, ne?*

E3: *...das kann man ja nicht austesten, ne? Also das weiß man nicht...*

(FG5, Paragraph 962-980)

B7: *Man hat, man weiß ja, ich bin davon ausgegangen, dass das alles im Prinzip gleich ist.*

(FG2, Paragraph 216)

Ein Argument gegen die Ausübung eines Wunsch- und Wahlrechts unter Berücksichtigung der Erfolge der Einrichtung war, dass sich anhand der Erfolge anderer nicht einschätzen ließe, ob die Einrichtung auch bei einem selber Behandlungserfolge erzielen könnte.

B1: *Das ist gar nicht so einfach jetzt zu sagen, ob man was anders machen würde. Sicherlich würde ich mit meiner Sache nicht mehr nach T fahren, das wüsste ich. Aber wenn man sich jetzt schlau macht, Leute die sagen, okay, wir waren in D, wir waren total begeistert. Ja gut, aber der hatte vielleicht was mit dem Knie und so. In T war auch der Eine oder Andere, dem hat das richtig was gebracht, gerade Knie oder Hüften und so. Die waren begeistert, aber in meinem Fall und das weiß ich nie vorher, weil selbst, wenn ich jetzt 5-6 Leute kennen, die sagen oder da waren, meinetwegen jetzt D oder irgendwo, sagen ist Topklinik. Da komm ich hin und gerade bei meinen Beschwerden funktioniert das nicht. [...]*

(FG2, Paragraph 312)

I1: *Gut, ich habe ja jetzt die Erfahrung gemacht, dass ja die Klinik oder die Rehamassnahme keinen Erfolg hatte aufgrund der Inkontinenz. Bin daraufhin noch mal ins Krankenhaus gegangen, habe mich dann noch mal untersuchen lassen. Hatte dann auch mit dem gleichen Doktor sofort, der mich auch operiert hat. Und der hat mir ganz klar gesagt: Sehr wahrscheinlich war eben diese Klinik nicht ideal für diese Rehamassnahme, obwohl sie auch Beckenbodentraining macht, aber es war wohl nicht so intensiv und so genau. Ich müsste eigentlich da in eine andere Klinik rein. Bzw. müssen gucken, ob wir irgendwo einen Therapeuten finden, wo man dann auch ambulant hingehen könnte. Und da arbeiten wir momentan dran. Das ist das Problem. Und wenn das auch gar nichts hilft, dann ist auch eine weitere OP erforderlich, dass man eben, also nen künstlichen Schließmuskel einbaut. Das ist ja die letzte Maßnahme quasi, das müsste bis Ende des Jahres entschieden werden. So gesehen sagte er gleich: Er wüsste zwar eine, das war hier A, wo nur Prostata-Leute sind, wo Sie ja waren und das wäre die richtige Klinik gewesen. Ich war da zwar auch und wir waren über 20 Personen, die Prostata-Krebs hatten, neben den anderen Krebsarten. Das und da, als ich da war, wunderbar, läuft ja alles so, aber im Nachhinein war es eben so, dass es nicht erfolgreich war. Nur, man weiß es ja vorher nicht.*

(FG9, Paragraph 229)

Als weiteres Argument gegen das Wunsch- und Wahlrecht wurde aufgeführt, dass man bei einer akuten oder sehr bedrohlichen Erkrankung andere Dinge als die Einrichtungsauswahl im Kopf habe. Ebenso wurde darauf verwiesen, dass man sich in der Regel, bevor die Rehabilitation aktuell wird, nie mit diesem Thema auseinandergesetzt hat und deswegen auch keine Meinung zu dem Thema vertritt.

Moderatorin: *Bei den Anderen, vielleicht, dass Sie irgendwas anders machen würden?*

E1: *Ne, ich nicht.*

E?: *Ne.*

E1: *Glaube ich nicht. Also nach einer akuten Erkrankung glaube ich, ist das auch nebensächlich.*

E5: *Ja.*

E1: *Da ist man glaube ich im ersten Moment, gerade so die Schlaganfälle, Herzinfarkt oder sonst irgendwie, ist man als Patient, denke ich sicher, sind diese Gedanken jetzt nicht vorrangig, dass man jetzt irgendwo schön hinfährt und ne schöne Umgebung ist, sondern da ist glaube ich wirklich erstmal das Wichtigste, dass die Klinik, die Ärzte, dass die, also dass die Hilfe wirklich angebracht ist, die man braucht.*

(FG5, Paragraph 584-589)

E1: [...] *Das wurde mir vorgeschlagen und dann habe ich es mir durch den Kopf gehen lassen und naja, wenn man gesundheitlich dann fertig ist oder krank ist oder ich mein nach einem Schlaganfall jetzt oder nach meiner Operation, als das versteift wurde. Da habe ich ja eh Probleme gehabt. Ich konnte ja drei Monate überhaupt nicht laufen und gar ni-. Durfte ich überhaupt nichts. Dann ist es einem auch egal, wo man hinkommt.*

(FG5, Paragraph 219)

Moderatorin: *Und wenn Sie jetzt noch mal in die Reha gehen würden: was wär dann da wichtig, wenn Sie sich zwischen verschiedenen Kliniken entscheiden sollten?*

J6: *Tja, ich weiß nicht... gute Frage, da hat man sich so noch gar nicht mit beschäftigt!*

(FG10, Paragraph 302-303)

I2: *Wenn man zuerst in die Reha kommt, denn ist man ja doch tatsächlich dumm, ne? Aber wenn man ein paar Mal da war oder des Öfteren...*

(FG9, Paragraph 230)

Andere Rehabilitanden wiederum gaben an, dass sie sich nicht in der Lage sehen, im Vorfeld zwischen verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen zu entscheiden bzw. selber einen Vorschlag zu machen, da ihnen die Erfahrung mit Rehabilitationen und damit die Beurteilungsgrundlage für solch eine Entscheidung fehle.

I5: [...] *Wenn man jetzt aber Namen vorgesetzt kriegt: Du gehst nach dort und dort hin. Und man hat keine Erfahrung damit, ja, dann muss man da zwangsläufig hingehen, weil man ja nicht sagen kann: Ne, das ist nichts oder was. Ich hab's ja nicht...*

(FG5, Paragraph 330)

B1: *Ja, das sind eben Sachen, die man im Vorfeld nicht weiß. Wenn man jetzt eine Auswahl treffen sollte.*

(FG2, Paragraph 320)

Moderatorin: *Hätten sie sich nicht gewünscht, dass sie da wieder hinkommen oder dass sie mal sagen können, da will ich wieder hin?*

B7: *Auf eine Art ja, im Nachhinein hätte ich mir das gewünscht, ja sicher.*

B2: *Aber soviel Erfahrung hat man ja auch nicht.*

(FG2, Paragraph 213-215)

F4: [...] *Kann ich aber andere Kliniken auch nicht beurteilen, wie die dort sind und ich denke, das ist gerade so für Betroffene recht schwierig zu beurteilen. Wie gut sind sie nun, haben Sie nun die Anforderungen, was man sich drunter vorstellt oder so. Das kann man vorab eben nicht machen.*

(FG6, Paragraph 270)

Zusätzlich wurde von den Rehabilitanden bemängelt, dass anscheinend keine validen Informationen über die Angebote, die Erfolge bzw. das tatsächliche Geschehen in den Einrichtungen für sie zugänglich sind. Anhand der verfügbaren Informationen (auf den Einrichtungsseiten im Internet oder aus Broschüren) ließen sich die Einrichtungen aus Sicht der Fokusgruppenteilnehmer kaum unterscheiden. Auch scheinen diese Informationen für eine Vorhersage oder Abschätzung eines möglichen Erfolgs der Rehabilitation nicht geeignet zu sein. Man muss die Rehabilitation durchgemacht haben, um sie beurteilen zu können. In einem Forum, wo ehemalige Rehabilitanden ihre Meinung über verschiedene Einrichtungen austauschen (z.B. www.klinikbewertungen.de), scheint keiner nach Informationen gesucht zu haben.

Moderatorin: [...] *Sie haben das ja angesprochen so, dass die Ärzte gut sind, dass die ärztliche Versorgung gut ist, davon geht man aus? Was meinen denn die Anderen dazu?*

E3: *Ja, man hofft es immer, ne?*

E4: *Ja, wollte ich grad sagen, das ist die Hoffnung, die man hat...*

E3: *Man hofft das immer...*

E4: *Wie soll man das als Laie feststellen?*

E3: *Das weiß man ja vorher gar nicht.*

E5: *Nee, bloß von Hörensagen, hatte man schon dies und jenes Mal gehört. Und von Anfang an die Klinik nur...*

Moderatorin: *Könnten Sie sich denn was vorstellen, wo dran man das als Laie sozusagen erkennen könnte, ob die...?*

E5: *Nee!*

E4: *Mit dem Hausarzt sprechen. Also ich habe meine Hausärztin denn auch gefragt. Ich sag: Sind die Ärzte da gut? Sagte sie: Ja. Ihre Erfahrung, hat gesagt: M soll recht toll sein von den Ärzten her.*

(FG5, Paragraph 875-884)

C3: *Ja woher soll man nun wissen, wie... ob welche Klinik nun... wenn man keine Vergleiche da ziehen kann? Das ist ja ein Problem!*

(FG3, Paragraph 190)

C6: *Ja, aber ob das in so'ner Broschüre drin steht, wie die Ärzte sind... das glaub ich kaum. Also wie willst du das wieder raus kriegen, das kriegst du denn auch nicht raus.*

(FG3, Paragraph 287)

B1: [...] *Also man weiß es ja nicht vorher, das ist es ja. Selbst wenn die mir jetzt, wie ich vorhin schon sagte, was vorlegen, so und so, ja, anbieten tun sie es alle.*

(FG2, Paragraph 312)

I8: *Ja, das ist schwer. Man muss das praktisch zwischen den Zeilen raus lesen. Ist ja oft so. Es ist schwierig.*
(FG9, Paragraph 218)

Daraus resultierte die Schlussfolgerung einiger Rehabilitanden, dass man höchstens auf Mundpropaganda vertrauen oder danach entscheiden kann, ob einem der Ort, in dem die Rehabilitationseinrichtung sich befindet, zusagt.

I6: *[...] im Gespräch mit Bekannten, die wieder jemanden kennen, da fragt man dann schon mal eher nach: Du, wie ist es dir denn da ergangen und und. Es ist praktisch eine Mundpropaganda, weil die, die Broschüren, die Hochglanzbroschüren mit den schönen Aufnahmen und das Alles, das bringt es nicht. Als Informationsgut jetzt. Jeder möchte sich so, ich war in ner Reha, die gehörten zur F-Gruppe, ne? Da haben sie von der Reha in M wenig gehört, aber F wurde plastisch gut eingebettet und guter Patriotismus bis zum Gehtnichtmehr, sage ich mal so. Und ich muss sagen, heutzutage, Bekannter von mir ist D gewesen, aber mit dem Herzen. Und der hat ganz andere Erfahrungen gemacht. [...]*

(FG9, Paragraph 221)

F2: *Das kann man nur durch Erfahrungswerte, nich? Das man durch Mundpropaganda oder das man eben...*

F5: *Oder man kann das nur dadurch rauskriegen, dass die Klinik eben nen vernünftigen Arzt einstellt, der auch was von seinem Fach versteht...*

F2: *... Mundpropaganda...*

(FG6, Paragraph 366-369)

B2: *[...] Also man weiß es ja nicht vorher, das ist es ja. Selbst wenn die mir jetzt, wie ich vorhin schon sagte, wat vorlegen, so und so, ja, anbieten tun sie es alle. Also kann man rein nur entscheiden danach, naja, die Gegend gefällt mir, dann fahr ich da hin. [...]*

(FG2, Paragraph 312)

Viele Rehabilitanden trauen es sich schlichtweg auch einfach „fachlich“ nicht zu, einzuschätzen ob eine Einrichtung gut oder schlecht ist.

C7: *[...] die Fachkompetenz hin und her, aber ich glaub nicht, dass ich das einschätzen könnte. Das weiß man dann, oder wie es einem gut getan hat, das merkt man dann meist immer erst hinterher. Und ich denk mal die meisten Reha-Kliniken sind schon nicht schlecht. Also ich würde mir nicht zumuten oder zutrauen zu können, das einzuschätzen! So eine gute Klinik... ob da Professor Doktor sowieso oder sowieso... also das könnte ich nicht, glaube ich. [...]*

(FG3, Paragraph 306)

B7: *Wie soll man sich das wünschen? Man weiß doch sowieso nicht, in welcher Klinik wie man, wie behandelt wird. Da hat man doch vorher sowieso keinen Einfluss drauf. Und keinen Einblick. Ich mein, gut ick hab im Internet nachgeschlagen, ich habe mir da 20 Kliniken angeguckt aber, da steht überall das gleiche drin. Welche Therapien da gemacht werden, welche Sachen. Ick mein, gut ich habe nun aus L die Erfahrung, aber ich konnte mir unter den einzelnen Therapien was vorstellen. Ich konnte mir vorstellen, wat da gemacht wird. Aber wenn du das erste Mal zur Kur fährst oder zur Reha fährst, der weiß doch gar nicht, was sich da hinter den Begriffen verbirgt.*

(FG2, Paragraph 206)

Moderatorin: *Aber uns geht es ja jetzt ein bisschen darum was sie wissen müssen, damit Sie sich entscheiden könnten: „Die soll's nicht sein, die soll's sein...“*

J1: *Das kann ich nicht beurteilen.*

(FG10, Paragraph 325-326)

5.7 Widerspruch

Die Teilnehmer der Fokusgruppen haben nur wenige Erfahrungen mit Widersprüchen gegen die bewilligten Maßnahmen gemacht. Ein Rehabilitand hat mit der Hilfe seines Arztes gegen die ihm beschiedene Einrichtung Protest eingelegt, dabei kann nicht unbedingt von einem Widerspruch im juristischen Sinne gesprochen werden. Ein anderer hat der Teilnahme an einer ambulanten Rehabilitationsleistung widersprochen.

E1: *Oder, dass es mir halt gut geht oder wie auch immer. Und das zweite Mal hatte ich allerdings dann Bescheid bekommen, ich sollte nach V. Das hat mein Hausarzt aber dann abgelehnt, weil mir war es eigentlich wurscht, aber er meinte: Also, für die Kur, die ich machen sollte oder wo er meinte, das wär jetzt auch vom Stress her ruhiger, ist es besser ich bin weg von der Familie, nicht das andauernd jemand kommt.*

E5: *Ist ja so!*

E1: *Und wenn ich natürlich denn V. immer hin und her fahr, sagt er: Da kann ich auch zu Hause bleiben.*

E5: *Ja!*

E1: *Und der hat also einen sehr bitterbösen Brief dahin geschrieben, weil die das abgelehnt hatten in Berlin, glaube ich. Das ging da über Berlin. Den Brief haben die mir in der Kur gezeigt. Der muss wirklich vom Arzt her ziemlich böse gewesen sein. Weil die haben ihm wohl was unterstellt und so und er hat dann geschrieben, das müssen sie ihm schon überlassen, was er. Und also den haben die in der Kurklinik aufbewahrt, weil das wirklich wohl ziemlich heftig war.*

(FG5, Paragraph 211-215)

G1: *[...] Ich habe die aber zugeteilt bekommen, die Rehamassnahmen und ich habe festgestellt, wenn man Widerspruch einlegt, wenn man da nicht hin möchte, denn ich sollte eine ambulante Reha z. B. mal bekommen, habe ich Widerspruch eingelegt. Bekam dann eine andere, das was mir dann besser bekam.*

(FG7, Paragraph 22)

Ein Rehabilitand berichtet, dass ihm sein Hausarzt dringend vom Widerspruch gegen die beschiedene Einrichtung abgeraten hat, da er befürchtete, die Rehabewilligung könnte dann vollständig zurückgenommen werden.

G2: *Ja, wollte ich ja, aber mein Hausarzt, ich habe ihm das ja, wir haben das ja, bevor ich noch los gefahren bin, hatte ich ihn das ja gezeigt. Und er ja, wir wollten Einspruch, er meinte, wenn wir Einspruch einlegen, kannst du das Pech haben, dass die den ganz ablehnen.*

G8: *Ja, das war meine nächste Frage, ob das...*

G2: *Dass sie das dann sagen: Nein, wir wollen Ihnen helfen und wenn wir sagen, er soll da und da hin...*

G3: *Jaja*

G2: *...denn ist das so.*

(FG7, Paragraph 212-127)

Vor allem Rehabilitanden, die an einer Anschlussheilbehandlung teilgenommen haben, berichteten, dass sie weder Zeit noch Möglichkeit hatten, der Entscheidung des Leistungsträgers zu widersprechen.

D6: *Ich hab genommen, was ich gekriegt habe. Es blieb mir ja auch nichts weiter übrig. Ich hätte, ich hab zwischen Krankenhaus, ich wurde am 31. September, ne am 31. August aus der Klinik entlassen und bin am 02.09. in die Reha gekommen. D.h. ich hatte zwischendurch noch ein bisschen Zeit um mich noch mal zu Hause, zwei Minuten aus nem 6-Mann-Zimmer zu entspannen um dann zum Glück in ein Einzelzimmer zu kommen. Ich konnte es mir also nicht mehr aussuchen. Ich hatte also nirgendwo mehr ein Veto einlegen können, um jetzt nicht nach H. zu fahren. [...]*

(FG4, Paragraph 242)

F5: *Ja, ich hatte ja diesen Schlaganfall, war im Krankenhaus, da kam auch der Sozialdienst ans Bett und sagte: so, für sie ist eine Kur vorgesehen in S. Ich sage: Wieso S, können sie nicht etwas anderes machen? Nee, S. ist vorgesehen und bleibt so. Wenn sie es wollen, sagt sie. Ja, ist doch klar. Kur nehm ich mit. Und dann hat sie es eingerichtet, fertig! Und denn als ich von der Kur wiederkam, da lagen die Unterlagen bei mir im Schreib-, also im Briefkasten. Ich habe die Unterlagen vorher ja gar nicht gesehen. Ging also automatisch. Und dann stand da auch drinne, ich kann Einspruch einlegen.*

(FG6, Paragraph 394)

5.8 Passive Konsumentenhaltung

Bei der Mehrzahl der Fokusgruppenteilnehmer ließ sich bezüglich der Frage der Auswahl einer Rehabilitationseinrichtung eine relativ passive Konsumentenhaltung feststellen. Dabei fand sich zwischen Männern und Frauen kein Unterschied. Lediglich drei der insgesamt neun eher jüngeren (Alter < 40 Jahre) Fokusgruppenteilnehmer ließen eine aktivere Haltung bezüglich der Einrichtungsauswahl erkennen. Die vom Leistungsträger getroffene Entscheidung wurde von den meisten Rehabilitanden weder zu beeinflussen versucht, noch hinterfragt. Eine Erklärung könnte darin liegen, dass viele Rehabilitanden, die zum ersten Mal in die Rehabilitation kommen, keine genaue Vorstellung davon haben, was sie in der Rehabilitation erwarten wird. Ihnen ist auch gar nicht klar, auf Basis welcher Kriterien sie Auswahlentscheidungen treffen könnten, wenn sie es denn wollten - was sie in vielen Fällen gar nicht wollten. Die Rehabilitanden vertrauten der Entscheidung ihres Arztes bzw. der Leistungsträ-

ger („Entscheidungskompetenzgefälle“), ohne in Betracht zu ziehen, dass es eventuell zwischen den Einrichtungen Unterschiede geben könnte. Wenn sie in eine „gute“ Einrichtung geschickt wurden, dann hatten sie „Glück“ gehabt, wenn sie in einer „schlechten“ Einrichtung landeten, dann wurde das als „Pech“ empfunden. Es war aber nicht zu ändern.

D4: [...] *Innerhalb von zwei Wochen hatte ich Bescheid von der Rentenversicherung, da stand dann eben drin, ich komme nach S., hatte ich aber auch kein Problem mit. Da ich noch nie eine Kur hatte und das nicht kannte, habe ich gedacht: Egal, denn nach S. Und da stand dann eben drin, dass die sich mit mir wegen des Termins in Verbindung setzen, das dauerte ne Woche, da hatte ich den Termin. Also, das ist anstandslos gelaufen. Ohne Probleme.*

(FG4, Paragraph 366)

C7: *Ich hab da auch gar nicht dran gedacht, da jetzt mir irgendwas auszuwählen! Ich hab gedacht, dass, wenn ich 'nen Antrag stelle auf 'ne Rehakur für die Wirbelsäule und für den Bewegungsapparat und so, dass man mich denn ja auch wohl zu solch einer Kur hinschickt, wo das behandelt wird, ne? Also da hab ich mir jetzt noch nicht so drüber mir Gedanken gemacht. [...]*

(FG3, Paragraph 119)

Moderatorin: *Ja, und wäre das nicht wichtig, dass zu wissen?*

E5: *Und das ist ja, und das ist, ich finde immer, ja, aber warum soll ich mich da erkundigen, wenn ich geholfen werden will und ich komm dahin, in diese Abteilung, also dann verlasse ich mich da drauf. Bin ich ganz ehrlich.*

Moderatorin: *Ja, sie haben jetzt Glück gehabt, ...*

E5: *... ich hab Glück gehabt...*

Moderatorin: *...was wäre denn, wenn Sie in eine von den bösen Kliniken gekommen wären?*

E5: *Ja, dann hätte ich Pech.*

E?: *Ja, genau.*

E5: *Ja, also ...*

E?: *...kann man nicht viel machen...*

E5: *...da kann man nichts mehr machen.*

E?: *Nicht viel.*

E5: *Das genau, wenn ich hierhin komm, dann...*

(FG5, Paragraph 982-994)

C7: *Ja, auf die Idee bin ich gar nicht gekommen, den Wunsch zu äußern! Ich hab gedacht, die werden schon wissen, wo sie mich hinschicken!*

(FG3, Paragraph 124)

Moderatorin: *Ist Ihnen das wichtig, das selber aussuchen zu können?*

B4: *Ja, im Endeffekt...*

B3: *Das letzte Wort hat eh ja die Rentenversicherung oder die Krankenkasse...*

B4: *... die Rente oder die Krankenkasse, ist nun mal so...*

B7: *Das soll ja auch so sein...*

B4: *Aber wenn das...*

B3: *Normalerweise müssten die ja die Erfahrung haben, aber anscheinend haben sie sie nicht.*

B4: *Aber wenn das so ist, dass sie einen da schon drei vorgeben, müssten das schon...*

B6: *Müssen da hin, haben keine Chance was auszusuchen...*

(FG2, Paragraph 585-594)

Diese passive Haltung resultiert natürlich auch aus der Unwissenheit vieler Rehabilitanden über die Existenz des Wunsch- und Wahlrechts. Viele Rehabilitanden zeigten sich überrascht, ein Mitspracherecht zu haben, denn sie sind während des Prozesses der Rehabilitations-Antragsstellung anscheinend nie darüber informiert worden.

H4: *Ich würde mehr Wünsche äußern, jetzt wo ich weiß, dass man das machen kann, das würde ich machen. Das wusste ich vorher nicht. [...]*

(FG8, Paragraph 239)

G8: *Ich hab da mal ne Frage: Kann man das denn, gibt es denn so was, dass man sich das aussuchen kann?*

(FG7, Paragraph 415)

C5: *Gibt es das überhaupt?*

Moderatorin: *Was?*

C5: *Na dass man sich das aussuchen kann, dass man jetzt von der Rentenversicherung was zugeschickt bekommt, „Frau [XY], Sie, müssen zur Reha und wir empfehlen Ihnen das und das... Sie könnten aber auch dahin fahren...“ – gibt's das so?*

Moderatorin: *Also der Gesetzgeber gibt Ihnen die Möglichkeit, da ein Mitspracherecht zu verwirklichen...*

C5: *Also das wissen wir gar nicht.*

(FG3, Paragraph 131-135)

Viele Rehabilitanden äußerten Erleichterung darüber, überhaupt eine Rehabilitation bewilligt bekommen zu haben und befürchteten, dass von ihnen bei der Beantragung geäußerte Wünsche eventuell zur Ablehnung des Rehabilitationsantrags hätten führen können. Außerdem wurden Vermutungen geäußert, dass das Einlegen eines Widerspruchs gegen die bewilligte Rehabilitationseinrichtung zur willkürlichen Rücknahme der Bewilligung des Antrags führen könnte.

H4: *[...] Die anderen Male ist auch: Dahin und dann habe ich gedacht: Gott sei Dank, dass dir überhaupt eine Kur genehmigt wird. Mach es. [...]*

(FG8, Paragraph 243)

Moderatorin: *Aber dass Sie nicht so weit weg wollten, das haben Sie ihrer Ärztin auch nicht gesagt?*

E4: *Nein, Nein, ich war im Endeffekt froh, dass ich überhaupt zur Kur konnte, so.*
(FG5, Paragraph 206-207)

E1: [...] *Und ich habe eigentlich auch immer gedacht: Naja, man kriegt Bescheid von der BfA jetzt oder wo auch immer man das jetzt herbekommt und dann soll man ja nehmen, sonst kriegt man nachher gar nicht mehr. [...]*
(FG5, Paragraph 422)

D6: *Nur man denkt sich ja natürlich, wenn man Einspruch einlegt, bekommt man sie gar nicht mehr.*

D5: *Genau...*

D6: *Wer weiß wie weit es einem weggeschoben wird...*

D5: *Oder was das war... stand fest schon.*

D6: *Einen Widerspruch einlegen kann man, nur ich denk mir, wenn ich Widerspruch einlege, wer weiß wann ich dann hinkomme oder ob ich überhaupt hinkomme...*

(FG4, Paragraph 394-399)

A5: [...] *also die haben halt, ich soll da hinfahren. Und jetzt bevor ich mecker und die streiken nachher und ich darf nicht mehr fahren.*

(FG1, Paragraph 318)

Sehr eindrücklich zeigte sich eine passive Konsumentenhaltung in den vielen Aussagen der Rehabilitanden, dass es ihnen im Grunde genommen völlig „egal“ war, in welche Rehabilitationseinrichtung sie kommen und es ihnen auch in Zukunft „egal“ sein wird. Dabei geht es aber vor allem immer darum, dass es gleichgültig sei, in welchem Ort die Einrichtung stehe. Die Einrichtung mit ihren „Eigenheiten“ selbst steht gar nicht als wählbar zur Diskussion. Die Hauptsache ist nach wie vor, dass man Hilfe erhält, behandelt wird, überhaupt zur Rehabilitation darf. Ein Argument für die Gleichgültigkeit gegenüber der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung bestand darin, dass es sich bei der Rehabilitation nicht um einen Urlaub handele.

J3: [...] *Und sonst... wissen Sie, im Grunde ist einem das ja egal.*

M: *Warum ist einem das egal?*

J3: *Wenn Sie krank sind, und man sagt Ihnen: „DA wird Ihnen geholfen“ – Sie haben dann ja den ganzen Tag die Anwendungen und so, dann ist mir das egal wo ich hinkomm.*

(FG10, Paragraph 61-63)

Moderatorin: *Aber dass sie das vielleicht vorher mal gehört hätten, dass sie da eine Möglichkeit gehabt hätten... dass sie sich was aussuchen können?*

H3: *Wär mir auch egal, wie gesagt.*

(FG8, Paragraph 154)

Moderatorin: *Gut, ich meinte jetzt eigentlich, wie das für sie war, als Sie gehört haben: So, die Klinik soll es jetzt sein.*

E5: *Mir war das egal gewesen...*

(FG5, Paragraph 163-164)

A3: *Ganz grob, also ist doch egal. Das war mir bewusst, ich fahre nicht in Urlaub. Sondern irgendwas Gutes zu tun. Also, das war mir egal ob ich dabei fahre oder K oder L. Es soll sich was verbessern.*

(FG1, Paragraph 336)

B2: *Ja, das ist mir sowieso egal. Also vom Prinzip her schon. Denn ich gehe ja da nicht hin um Urlaub zu machen, ick gehe ja da hin, dass mir geholfen wird.*

(FG2, Paragraph 200)

5.9 Einrichtungsmerkmale mit Relevanz für zukünftige Auswahlentscheidungen

Aus dem oben dargestellten Material lässt sich ersehen, dass die meisten Rehabilitanden sich bei der Beantragung ihrer Rehabilitationsmaßnahme wenig Gedanken über eine mögliche Auswahl der Rehabilitationseinrichtung bzw. über mögliche Auswahlkriterien gemacht haben. Dementsprechend schwer fiel es den meisten Fokusgruppenteilnehmern, im Gruppengespräch spontan Auswahlkriterien zu generieren, die tatsächlich Einfluss auf eine zukünftige Auswahlentscheidung nehmen würden. Es ist also davon auszugehen, dass die von den Rehabilitanden genannten Kriterien stark durch die in den jeweiligen Einrichtungen gemachten Erfahrungen vermittelt sind und nicht unbedingt schon vor dem Rehabilitationsaufenthalt so im Bewusstsein der Rehabilitanden vorhanden waren. Eine Gewichtung der einzelnen Kriterien danach, ob und wie stark sie die Entscheidung für oder gegen eine Einrichtung tatsächlich beeinflussen würden, lässt sich anhand der Fokusgruppenergebnisse nur schwer vornehmen. Ein großer Anteil der für die Diskussion von Auswahlkriterien vorgesehenen Zeit in Gruppengesprächen wurde von den Teilnehmern für Berichte über positive und negative Merkmale der erlebten Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch genommen. Zusammen mit den in der restlichen Zeit beschriebenen Merkmalen der Rehabilitation ergibt sich eine große Menge an eher für die Beurteilung der Rehabilitation bzw. der Einrichtung relevanten Merkmalen. Deren Darstellung ist jedoch nicht primäres Ziel der Studie gewesen. Die Darstellung der positiven und negativen Merkmale des erlebten Rehabilitationsgeschehens findet sich in Anhang 5. Hier werden nur die in der Diskussion zu den potentiellen Auswahlkriterien genannten Einrichtungs- bzw. Rehabilitationsmerkmale dargestellt. Eine Abbildung der während der Fokusgruppen auf der Flipchart bzw. Tafel gesammelten Stichworte (je nach Verlauf des Gruppengesprächs mit oder ohne Gewichtung der einzelnen Kriterien) findet sich in Anhang 4.

Die von den Fokusgruppenteilnehmern für die Einrichtungsauswahl als relevant bezeichneten Kriterien lassen sich in sechs Kategorien einteilen: 1. die Behandlung des Rehabilitanden im Sinne einer Rehabilitandenorientierung, 2. die medizinische Behandlung / Betreuung des Rehabilitanden, 3. die Merkmale des Behandlungsteams und 4. die Passung von individuellen Patientenmerkmalen zu den Einrichtungsmerkmalen. Der 5. Bereich, die Merkmale der

Einrichtung(sstruktur) bzw. -organisation, umfasst viele verschiedene Aspekte des Rehabilitationsaufenthalts und wurde am ausführlichsten in den Fokusgruppen diskutiert. Ein 6. Bereich, die Organisation/das Angebot der Nachsorge durch die Einrichtung, wurde lediglich in einer Fokusgruppe angesprochen (weibliche Rehabilitandinnen mit psychosomatischer Indikation).

Ein sehr zentrales Ergebnis der Diskussion der potentiellen Kriterien zur Auswahl der Rehabilitationseinrichtungen war, dass der *Erfolg*, den die Einrichtungen bei der Behandlung ihrer Patienten erzielen, so gut wie gar nicht von den Teilnehmern explizit genannt wurde. Das Thema des Erfolgs von Behandlungen als Auswahlkriterien wurde lediglich in drei Fokusgruppen am Rande gestreift und in einer Fokusgruppe auf Nachfrage des Moderators auch nicht aufgegriffen. Vor allem die Idee, dass der Erfolg anderer Patienten ein Hinweis darauf geben könnte, dass man selber dort erfolgreich sein könnte, wurde eher abgelehnt und nur vereinzelt als potentiell hilfreich angesehen.

B1: Das ist gar nicht so einfach jetzt zu sagen, ob man was anders machen würde. Sicherlich würde ich mit meiner Sache nicht mehr nach T fahren, das wüsste ich. Aber wenn man sich jetzt schlau macht, Leute die sagen, okay, wir waren in D., wir waren total begeistert. Ja gut, aber der hatte vielleicht was mit dem Knie und so. In T. war auch der Eine oder Andere, dem hat das richtig was gebracht, gerade Knie oder Hüften und so. Die waren begeistert, aber in meinem Fall und das weiß ich nie vorher, weil selbst, wenn ich jetzt 5-6 Leute kennen, die sagen oder da waren, meinetwegen jetzt D. oder irgendwo, sagen ist Topklinik. Da komm ich hin und gerade bei meinen Beschwerden funktioniert das nicht.

(FG2, Paragraph 312)

B7: Z. B. am Hüftgelenk operiert worden und ich kann dann da reingucken und sehe, da sind soundsoviel Leute, die ebend am Hüftgelenk behandelt wurden und bei denen soundsoviel hat's geholfen. Na, dann weiß ich, da kann ich hinfahren. Das hilft mir. Das wäre eine gute Sache.

(FG2, Paragraph 554)

5.9.1 Behandlung des Rehabilitanden i. S. einer Rehabilitandenorientierung

Die Art und Weise, wie die Rehabilitanden von den Ärzten und dem gesamten Team behandelt werden, stellte ein wichtiges Kriterium für die Rehabilitanden dar. Wir kennzeichnen den Umgang, in dem sich der Rehabilitand als Person ernst genommen und respektiert sieht, mit dem Begriff der „Rehabilitandenorientierung“. So wurde vor allem eine individuell ausgerichtete Behandlung gefordert. Es sollte ein Mitbestimmungsrecht bezüglich der Behandlungen / Therapiepläne geben - Rehabilitanden sollten um Einzelgespräche oder bestimmte Leistungen nicht „betteln“ müssen. Der Rehabilitand sollte mit seinen Bedürfnissen und Erfahrungen im Mittelpunkt stehen. Es zeigten sich in diesem Punkt keine substanziellen Geschlechtsun-

terschiede mit Ausnahme der Bedeutung von Einzelgespräche für weibliche Rehabilitanden mit psychosomatischen Indikationen.

Moderatorin: *Also, sie würden jetzt von unserem Stiftung-Warentest-Tester wissen wollen, ob's spezifische Gruppenangebote gibt.*

F4: *Genau und ob man Möglichkeit hat, gewisse andere Angebote zu machen. Z.B. was gibt es hier? Autogenes Training, Chi Gong, ob man da Möglichkeiten hat, was zu wählen und nicht einfach, so wie es bei mir war: Man hat da ein Gespräch geführt und dann hat sie gesagt: So dann machen Sie Maltherapie, dann machen Sie dieses, dann machen Sie jenes, so nachher kriegte ich mit: Mensch, es gibt eine Tanztherapie, dann habe ich gesagt: Das würde mich interessieren, das würde mir auch irgendwo was bringen oder so. Bin ich glücklicherweise rein gekommen, aber man weiß, wusste überhaupt nicht: Was für Möglichkeiten hat man. Die haben einfach irgendwie Löcher ausgestopft. Ich mein, wenn sie sagen, die Gruppe ist erstmal voll, tut uns leid, da können wir sie im Moment nicht rein nehmen, ist ja auch okay. Aber ich wusste noch nicht mal, was die alles irgendwo anbieten und das fand ich ein bisschen schade. Also, man wird da so ein bisschen ins kalte Wasser gesteckt, also du machst dies und dies und dies und...*

Moderatorin: *Gut sie würden dann also praktisch von unserem Stiftung-Warentest-Kliniktest-Bericht, was würden Sie denn da wissen wollen?*

F4: *Was für Angebote sie haben, ob man die zum Teil, sagen wir mal, sich selber wählen kann.*

(FG6, Paragraph 277-280)

A4: *Wie geht man mit den Leuten um, und und und! [...]*

(FG1, Paragraph 532)

G9: *D.h., dass wirklich die Probleme, die die Menschen persönlich haben und nicht ein Krankheitsbild so vor Einem hergetragen wird. Dass die auf die Person eingehen...*

(FG7, Paragraph 593)

I5: *Im Vorfeld. Das man im Vorfeld sagt, dort kommt ein Mensch X und für den haben wir das Programm sowieso und das haben wir für ihn zugeschnitten. Und das man dann anfängt und sagt, so, wir arbeiten das nach diesem System ab. Natürlich immer im Einvernehmen mit diesem Patienten, nicht das der sagt hinterher: Da kommt jemand und steht hinter mir mit nem Knüppel, das geht nicht. Also es muss immer so sein, dass der Patient im Mittelpunkt steht und dass dann in der Endkonsequenz der Individualismus des Menschen ein bisschen erhalten bleibt dabei. Dass er selbst entscheiden kann, Mensch, das ist nicht so mein Ding oder das gefällt mir nicht. Das müsste kommen. Immer vorausgesetzt, dass die Klinik oder die Reha, dass die überhaupt die Voraussetzungen dafür hat. Das ist natürlich das nächste das dabei kommt.*

(FG9, Paragraph 254)

Weitere relevante Aspekte waren die Größe der Einrichtung und die Größe der Gruppen in den Therapien. Diese beiden Aspekte verweisen wiederum indirekt darauf, wie wichtig den Rehabilitanden eine möglichst individuelle Ansprache und Behandlung während der Rehabilitation sind.

G7: *Wichtiger Aspekt in der heutigen Zeit, weil es immer mehr wird. Gruppengröße, Therapiegruppengröße wär vielleicht immer noch ein Aspekt, wenn man so was beurteilen möchte.*

(FG7, Paragraph 715)

C7: *Ja ich würd' auch, wenn ich die Möglichkeit hätte, nicht wieder so'ne Große! Aber die sind ja alle groß, ne?*

Moderatorin: *Gut, also jetzt hab ich ja grad jetzt noch einen Punkt gehört, also Größe wäre auch was, wonach Sie entscheiden...*

C7: *Ja, also nicht so groß, wenn's geht! Wenn da 500 Leute jeden Tag behandelt werden, dann...*

C9: *...das ist ja das mit der Personal-Patienten-Quote, ne?*

Moderatorin: *Was heißt das, „Größe“, heißt das, lieber eine Klinik, wo wenig Leute sind?*

C7: *Ja, also ich würde 'ne Kleinere vorziehen!*

Moderatorin: *Und das hat gar nichts damit zu tun, wie viele Therapeuten pro Person da sind, oder so, sondern eher generell so'ne kleinere Klinik?*

C7: *Eher generell, ja.*

(FG3, Paragraph 361-368)

Eine psychosomatische Rehabilitandin, die Erfahrungen mit Patienten-Paten gemacht hat, nannte das Vorhandensein des Systems der Patientenpatenschaften als ein Auswahlkriterium.

H1: *Da könnte ich vielleicht noch, also ich weiß nicht, vielleicht ist es auch ähnlich gewesen bei den anderen Kuren. Also bei uns ist das so gewesen, wenn ein Neuankömmling dazugekommen ist, dann gab es immer aus jeder Kerngruppe immer, für die, die neu angekommen sind, sagen wir mal zehn kommen neu in die Klinik und dann gab es zehn Paten. Und diese Paten hatten eben ihr Buch, wo alles drin stand und da wär nie, da ist nie eine Lücke entstanden. Man hatte seine Punkte, die man abgearbeitet hat. Man selbst war jetzt, also man hat das nicht in der ersten Woche gemacht, auch nicht in der zweiten. Nachher in der dritten vielleicht. Aber es ist immer jemand da gewesen und so ist jeder einmal in diesem Amt. Also, es war auch immer wichtig, dass immer jeder, der da war, ein Amt übernehmen musste. Und ich finde, dass ist wirklich, erst habe ich gedacht: Gott, was kommt jetzt hier auf mich zu? Oder meine Patin kommt auf mich zu, was ist das denn jetzt. Aber es ist auch etwas, da passieren solche Lücken nicht. Ne? Weil eine Patientin oder ein Patient würde nie das, was ihm selbst gut getan hat, was er in den ersten drei Wochen schon alles gelernt hat aus seinen Fehlern oder das, was er einfach auch erlebt hat, so weiterzugeben. Also das wär vielleicht auch noch mal wichtig, wenn so was auf der Liste drauf steht. Oder beim Stiftung Warentest Klinik, sie werden von einer Patin oder einem Paten empfangen.*

Komoderatorin: *Patientenpatenschaft...?*

H4: *Patientenpatenschaft... genau.*

H5: *Das schenkt einem Vertrauen auch, finde ich. Dass man sich auch...*

H4: *Rund um die Uhr jetzt, außer der Schlafenszeit...*

H5: *Nö...*

H1: *Also, man war immer, diese Patin, meine Patentante sozusagen, die war immer für mich da. Also, ich konnte egal was ich hatte oder wenn ich mit einer Schwester mal ein Problem hatte. Oder ich nicht wusste, wie komm ich da jetzt hin. Die war wirklich, gerade in den ersten 14 Tagen, wo man ja, ziemlich neben sich steht noch und mit Heimweh zu schaffen hat usw., da hat die sehr geholfen. Sehr.*

(FG8, Paragraph 560-566)

5.9.2 Medizinische / psychologische Behandlung / Betreuung des Rehabilitanden

Diese Kategorie ist natürlich mit der oben beschriebenen Kategorie der „Rehabilitandenorientierung“ eng verknüpft. Generell wird, wie weiter oben bei den Argumenten gegen das Wunsch- und Wahlrecht beschrieben, implizit davon ausgegangen, dass die Qualität der medizinischen Behandlung in allen Einrichtungen in etwa gleich sein müsste. Als besondere Auswahlkriterien wurden in Bezug auf die medizinische Behandlung von einigen Rehabilitanden trotzdem deren Güte, aber hierbei vor allem die Individualität der Behandlung, also deren Abstimmung auf den Patienten genannt. Die Spezialisierung der Einrichtung und die individualisierte Behandlung wurden dabei in fast allen Gruppen sowohl von Männern als auch Frauen als wichtiges Kriterium aufgeführt. Ebenso legten Rehabilitanden Wert darauf zu wissen, welche Behandlungen in der Einrichtung durchgeführt werden.

B1: *Also ich würde sagen, erstmal wirklich gute ärztliche Betreuung...*

B4: *Das Medizinische...*

B1: *Ja.*

(FG2, Paragraph 488-490)

B1: *Ja, immer abgestimmt auf die Krankheit, ne?*

Moderatorin: *Herr B1, Spezialisierung.*

B1: *Individuell ja.*

(FG2, Paragraph 353-355)

D8: *Also deine Anwendungen sollten so gestaltet sein, dass es auch für dein Gesundheitsbild ist ...*

(FG4, Paragraph 508)

Moderatorin: *Sie hatten ja jetzt so die Freizeitmöglichkeiten erwähnt. Wäre das denn was, was Sie vorher wissen müssen, um...*

J6: *Nein, also das hat mich auch nicht interessiert. Mich hat nur wirklich interessiert, dass ich Anwendungen bekomme, damit ich wieder ich selber werde. Damit ich wieder zu Kräften komme und damit dieses von der Bestrahlung, dieses Fatigue-Syndrom, dass das verschwindet, dass ich da dann nichts mehr hab.*

(FG10, Paragraph 300-301)

Als weiteres Auswahlkriterium wurde in zwei Fokusgruppen die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Behandlungsteam (gemischt / orthopädische Indikationen und weiblich / psychosomatische Indikationen) und in einer Fokusgruppe (männlich / orthopädische Indikationen) die Qualität der Aufnahmeuntersuchung genannt.

C9: *Na ich würd sagen, es kommt nicht nur auf die Kompetenz der Ärzte an, sondern überhaupt, dass da...*

C1: *Die ist aber ausschlaggebend.*

C9: *...dass da ein ganzes Team an multiprofessionellen Kräften da zusammenarbeitet. Weil, was nützt mir ein kompetenter Arzt, wenn da der Psychologe halt ähm... ja, nicht angemessen reagiert, oder was weiß ich, auch wie der Arzt, der dann die Behandlung eben festsetzt, dicht mit den Physiotherapeuten zusammenarbeitet... [...] Also ich würd sagen, es kommt auf diese Gesamtheit an. Von Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, alles was da so zugehört... Psychologen und Ärzten. Dass das alles übereinstimmt, und dass die auch im Austausch miteinander stehen.*

(FG3, Paragraph 299-303)

B1: *Vernünftige Aufnahmeuntersuchung.*

B3: *Ja.*

B1: *Und individuell abgestimmter Behandlungsplan.*

B7: *Ja.*

(FG, Paragraph 346-349)

Psychosomatische Rehabilitandinnen betonen außerdem die Bedeutung von Behandlungsmöglichkeiten für somatische Komorbiditäten oder während der Rehabilitation auftretende Beschwerden. Dabei ist auch wichtig, dass der Arzt / die Ärzte jederzeit zur Verfügung stehen.

H3: *Ja, das ist an und für sich immer wichtig, ne? Ich mein, wenn ich da plötzlich irgendwie dolle Schmerzen oder irgendwas hab, dann muss da einer sein, der mich da... So seh ich das. Und nicht erst, dass man weggefahren wird oder sonst was.*

(FG8, Paragraph 544)

H2: *Drittens bei mir Verfügbarkeit ärztlicher Betreuung sein. Also auf das jedenfalls...*

(FG6, Paragraph 467)

Ein weiteres, vor allem für Rehabilitanden mit psychosomatischer Indikation, wichtiges Auswahlkriterium ist die „Therapeutendichte“, ein Stichwort, unter dem Aspekte wie der Umfang und die Dauer individueller Behandlung, die Option der Therapeutenwahl bzw. des -wechsels und die Möglichkeit der Durchführung von Einzeltherapien zusammenfallen.

H2: *Ob da viele Therapeuten zur Verfügung stehen.*

H4: *Wie viele Therapeuten Einzelgespräche machen, ja.*

Komoderatorin: *Also geht es eher um die Anzahl der Therapeuten auch...?*

H2: *Ja, wenn mehr da sind, dann denke ich mal...*

H5: *Ist das ja gegeben...*

H2: *Ja...*

Moderatorin: *Die Therapeutendichte sozusagen...?!*

Alle bejahen

(FG8, Paragraph 331-338)

F2: *Dass man die, dass man den Therapeuten mal wechseln kann, wenn man gar nicht klarkommt...*

F5: *Wenn man mit jemanden nicht zufrieden ist, dass man denn...*

F2: *...genau...*

F5: *Möglichkeit hat...*

F2: *der Punkt noch da mit zugehört, weil das ist nämlich ein ganz wichtiger...*

F4: *Wie verhält man sich, wenn die Chemie nicht ganz stimmt.*

F2: *Ja, das hat man ja manchmal...*

F5: *kann ja passieren*

F4: *man sitzt sich gegenüber und sagt, ne irgendwie...*

F2: *Das hat man ja jetzt schon, wenn man einen Therapeuten sucht.*

F5: *Ja, das ist schon schwer.*

(FG6, Paragraph 420-431)

5.9.3 Merkmale des Behandlungsteams

Auch Merkmale des Behandlungsteams scheinen zu den relevanten Auswahlkriterien zu gehören. Am häufigsten und in allen Fokusgruppen wurde die fachliche Qualifikation des Behandlungsteams (wieder auch i. S. von Eignung zur Behandlung der individuellen Erkrankung des Rehabilitanden) genannt. Weitere Aspekte waren die „Freundlichkeit“ des Personals (wurde bei den Auswahlkriterien hauptsächlich von Fokusgruppenteilnehmerinnen erwähnt) und die ausreichend hohe Personaldichte, damit die Behandlung der Patienten nicht zu einer „Massenabfertigung“ (C9, FG3, Paragraph 318) werde und mehr Zeit für den einzel-

nen Patienten bliebe. Diejenigen Rehabilitanden, die in der Rehabilitation auf ärztliches Personal getroffen waren, das scheinbar nur wenig bzw. nicht fließend Deutsch gesprochen hatte, gaben die Deutschsprachigkeit der Ärzte als Auswahlkriterium an (dieses Kriterium wurde nur in einer Fokusgruppe angesprochen, männlich / Erkrankungen des Kreislaufsystems).

C2: *Die Kompetenz der Ärzte!*
(FG3, Paragraph 286)

B1: *Qualifiziertes, genau qualifiziertes Personal bei den Anwendungen.*

B4: *Ja, genau.*

B1: *Das wären für mich erstmal Hauptkriterien.*
(FG2, Paragraph 492-494)

Moderator: *Jetzt sagen Sie, Chefarzt...?*

A7: *Joah, das möchte ich auch gern wissen, da war jetzt einer, der war...*

Moderator: *Ja?*

A7: *Was für ne Erfahrung der hat, wo der herkommt? Frisch von der Uni runter oder so ein bisschen was auf die Beine gestellt und eigene Ideen gehabt, das finde ich auch ganz spannend.*

(FG1, Paragraph 376-380)

E4: *Geschultes Personal...*

E5: *Geschultes Personal, genau...*

E2: *...nett und freundlich, bisschen locker...*

(FG5, Paragraph 693-695)

I2: *Auf alle Fälle erstmal, dass ausreichend Personal da ist. Und dass, daran hapert es ja heute.*

(FG9, Paragraph 298)

D8: *Den ärztlichen Pflegedienst, den sollte, der sollte mal erstmal unter die Lupe genommen werden...*

D?: *Genau, ja...*

D8: *Das kann nicht angehen, dass ein ein ausländischer Arzt, nichts gegen die ausländischen Mitbürger, ...*

D9: *Der hat mich auch nicht verstanden, du...*

D8: *Aber es kann nicht angehen, dass so ein Arzt, der kaum unsere Sprache spricht, über unser Schicksal entscheiden soll.*

D?: *Stimmt. Stimmt.*

D8: *Das ist doch nicht normal, so was! Und...*

D3: *Vor allem der versteht dich ja gar nicht...der weiß gar nicht, was du von ihm willst...*

D8: *Das sollen sie ja auch nicht! [...]*

(FG4, Paragraph 489-497)

5.9.4 **Passung von individuellen Patientenmerkmalen zur Rehabilitationseinrichtung**

Für viele Rehabilitanden wäre es wichtig zu wissen, ob eine Rehabilitationseinrichtung über die reine Indikation (z. B. Orthopädie oder Kardiologie) hinaus für ihr spezielles Krankheitsbild und eventuell vorliegende Komorbiditäten spezialisiert bzw. geeignet ist. Ein Fokusgrup-

penteilnehmer verwies darauf, dass es wichtig sei, vor allem mit Patienten mit einer ähnlichen Erkrankung zusammen zu treffen (männlich / onkologische Indikationen). Auch hier zeigen sich wieder Überschneidungen zu dem Thema der Bedeutung der individuellen Behandlung des einzelnen Rehabilitanden. Substanzielle Unterschiede zwischen Männern und Frauen fanden sich hier nicht. Bei der Eignung der Einrichtung zur Behandlung der eigenen Krankheit scheint es sich um ein besonders wichtiges Auswahlkriterium zu handeln.

Bei Rehabilitanden, die an einer Maßnahme zur Behandlung psychosomatischer Indikationen teilgenommen haben, tauchte dementsprechend oft der Wunsch auf zu wissen, welche Psychotherapieansätze / -richtungen in der Einrichtung verfolgt werden bzw. auf welche Krankungsbilder sich die Einrichtung spezialisiert hat (z. B. Essstörungen). Dieser Aspekt wurde sowohl von Männer als auch Frauen hervorgebracht. Ein weiteres Kriterium für die Einrichtungswahl von psychosomatischen Rehabilitanden sei das Vorhandensein von Therapiegruppen, die auf die spezielle Problematik (Mobbing, sexueller Missbrauch, Trauma) und nicht nur allgemein ausgerichtet sind. Dieses Auswahlkriterium wurde jedoch nur in einer der beiden Frauengruppen mit psychosomatischen Indikationen diskutiert.

C9: Hmm... na von der, ich sag mal, von den Berufsgruppen her, ne? Wie die halt... na das ist ja auch vom Angebot der Klinik dann abhängig, ne. Ich möchte halt nicht in 'ne Klinik, die... ja, jetzt gar nichts mit meinem Krankheitsbild zu tun hat, oder so.

(FG3, Paragraph 353)

E3: Na, dass das für meine Krankheit geeignet ist.

Komoderatorin: Ich schreib das mal auf, ne?

E3: Ja, das ist ja...

Moderatorin: Wir sammeln mal...

E3: Das es für die Krankheit ist. Gut is.

E5: Ja, mehr nicht. Das andere zählt bei mir nicht...

E3: Dass da behandelt wird...

E5: Ja, dass ich die...

E3: dass Fachärzte...

E5: ... diese Behandlung bekomme, ...

E3: ... dass da Fachärzte sind.

E5: ...die ich brauche. Da kann das gerne ein Haus sein aus dem 18: Jahrhundert oder was weiß ich...

(FG5, Paragraph 634-645)

H5: Ja, aber über die Arbeitsweise der Ärzte...

Moderatorin: Was heißt das?

H5: Ähm, also wenn ich jetzt da so von uns dort ausgehe, ich hab manche Sachen überhaupt nicht verstanden, was die von mir wollten. Und das hat, und das hat ein Problem ausgelöst und mein Zustand hat sich dadurch eigentlich verschlechtert. Schon dort in der Klinik. Ich habe Schlafstörungen bekommen und alles, weil ich einfach nicht gewusst habe, was will der von mir und für mich wäre es gut gewesen, vorher zu wissen, wie arbeiten die da eigentlich. Was ist der Inhalt jetzt von den Therapien. Vielleicht kann ich mich auch jetzt grad nicht richtig ausdrücken, aber...

(FG8, Paragraph 293-296)

F4: Also gerade bei psychosomatischen Kliniken, denke ich mal, wäre mir eigentlich wichtig, was mir aufgefallen ist. Es gab da zwar so reine Depressionsgruppen, es gab dort einzelne Gruppen, was war das noch für eine? Eine offene Gruppe, da wurde irgendwie so ein Thema... Was ich ein bisschen schade fand, also ich habe viele kennen gelernt, von meiner Zeit. Da waren glaube ich, fünf oder sechs Frauen, die ihre Kinder verloren hatten. Das fand ich eigentlich ein bisschen erschreckend, dass da nicht die Lage war, dass man dort mal so eine Gruppe hätte aufmachen können, die sich eben austauschen konnte, was für mich viel fruchtbarer ist...

F2: ne Traumagruppe

F4: ja, das unter anderem und man spricht ja irgendwie dann doch ein bisschen anders. Dann eben gab es Angstgruppen so speziell, aber was ich so vermisst habe, dass ist auch, es waren viele Leute, die gemobbt worden sind. Es gab z.B. gar nicht so eine Mob-Gruppe, die wurden irgendwie in solche offeneren Gruppen rein gesteckt und ich hab die mitgemacht. Also das war 2x die Woche ne Stunde. Aber ich muss sagen, das hat mir überhaupt nichts gebracht.

(FG6, Paragraph 272-274)

5.9.5 Einrichtungsstruktur bzw. -organisation

Die bisher aufgezeigten Kriterien verweisen mehr oder weniger direkt auf die Bedeutung der Orientierung der Rehabilitation an den individuellen Eigenheiten und Bedürfnissen des Rehabilitanden. Daneben traten bei der Diskussion möglicher Auswahlkriterien viele Aspekte ans Licht, die für den Rehabilitationsprozess eher marginal erscheinen. Einige dieser Aspekte werden von sehr vielen Rehabilitanden genannt, andere kommen nur wenige Male bzw. vereinzelt zur Sprache. Die tatsächliche Bedeutung dieser Punkte für eine Entscheidung für oder gegen eine Rehabilitationseinrichtung kann nicht eindeutig bestimmt werden. Aufgrund unserer Eindrücke aus den Fokusgruppen gehen wir nicht davon aus, dass diese Kriterien tatsächlich entscheidungsrelevant sind. Keiner der Rehabilitanden äußerte konkret, dass er eine Einrichtung vorziehen würde, weil diese eines der unten genannten Merkmale besitzt und eine andere nicht. Vielmehr sind hier Aspekte zusammengetragen, die primär für die Beurteilung der Rehabilitandenzufriedenheit mit ihrem Aufenthalt bedeutsam wären.

Im Folgenden soll deshalb nur ein kurzer Überblick über die angeschnittenen Themenbereiche gegeben werden.

In fast allen Fokusgruppen wurde angesprochen, dass die Unterbringung in einem Einzelzimmer von großer Bedeutung für die Rehabilitanden ist. Auch die Sauberkeit der Zimmer, die Verfügbarkeit eines TV-Geräts und die Ruhe auf dem Zimmer wurden diskutiert, ebenso der generelle bauliche Zustand der Rehabilitationseinrichtung und die Kürze der Wege innerhalb der Einrichtung.

Die Verpflegung spielt für die Bewertung der Rehabilitationseinrichtung eine große Rolle. Einige Rehabilitanden betonten die Bedeutung der Berücksichtigung individueller Bedürfnisse beim Essen, z.B. Schonkost, vegetarische oder konservierungsstofffreie Kost.

Ein weiteres großes Themengebiet waren die in der Rehabilitationseinrichtung angebotenen Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten, die in ausreichendem Maße und vor allem abends und am Wochenende angeboten werden sollten. Dabei spielt auch der Abwechslungsreichtum der Angebote, die leichte Erreichbarkeit der Angebote (in der Nähe bzw. in der Einrichtung), die ausreichende Größe der zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten und die zeitliche Nichtüberschneidung mit therapeutischen Angeboten eine Rolle.

Weitere Themen waren die Verfügbarkeit und Kosten von Internetangeboten (Internet-PCs) und TV, die teilweise (subjektiv empfundenen) hohen Kosten für das Telefon und schlechter Empfang bei bzw. Verbot der Nutzung von Mobiltelefonen. Ein Rehabilitand wünschte sich eine Übersicht über die anfallenden Gebühren als Vorinformation zu den Einrichtungen.

Auch Informationen über die Lage und das Umfeld der Einrichtung wären für viele Rehabilitanden im Vorfeld wichtig. Dabei legten die Einen vor allem Wert auf eine schöne landschaftliche Umgebung und Abgeschlossenheit, während Andere eher die die Einrichtung umgebende Infrastruktur in Betracht zogen (Cafés, Freizeitmöglichkeiten).

Andere in der Diskussion eher selten genannte Punkte waren die Möglichkeit, den Ehepartner mit in die Einrichtung zu nehmen, die Organisation und der Umfang der zur Verfügung stehenden Kinderbetreuung in der Einrichtung, das Vorhandensein eines Fahrdiensts bzw. günstiger Verkehrsanbindung, der Zugang zu einem Geldautomaten, Führung / Organisation (Durchsetzung von Regeln), einfache Erreichbarkeit und moderne Ausstattung der Einrichtung und der Anteil von Ausländern unter den Patienten.

5.9.6 Organisation / Angebot der Nachsorge durch die Einrichtung

Das Thema Nachsorge wurde ausschließlich in einer der beiden Frauengruppen mit psychosomatischen Indikationen angesprochen. Dabei handelte es sich um den eher vagen Wunsch, dass sich an den Aufenthalt in der Einrichtung direkt eine Nachsorge / Weiterbetreuung anschließen sollte, da man nicht geheilt aus der Rehabilitation herauskommt, sondern auch davor bewahrt werden muss, wieder in die alten Verhaltensweisen und Problematiken zurückzufallen.

H5: *Also, was heißt Antrag? Also ich persönlich würde es gut und wichtig finden, wenn man von der Reha kommt, dass eine gute Betreuung gleich weitergeht und das ist einfach nicht der Fall.*

H4: *Ja, das stimmt.*

H5: *Weil man ist nicht geheilt, wenn man von dort wiederkommt. Die Ärzte haben von 10 bis höchstens 30% gesprochen und dann kommt man nach Hause, man kommt in die gleiche Problematik wieder rein, wenn es dann heißt, da ist noch eine Therapie angesagt oder sonst irgendetwas, dann steht einem das aber wieder nicht zu, weil dann muss man wieder erst zwei Jahre warten, wenn man schon eine Therapie hatte und ein halbes Jahr da drin, länger als ein halbes Jahr unterbrochen hat und dann steht man da und man weiß nicht, was man machen soll. Aber man braucht immer noch Hilfe.*

(FG8, Paragraph 614-616)

5.10 Vermittlung von Einrichtungs- Informationen an die Rehabilitanden

Im Zuge der Diskussion der möglichen Auswahlkriterien wurden auch Ideen generiert, wie und von wem diese Informationen an die Rehabilitanden vermittelt werden könnten bzw. was die Präferenzen der Rehabilitanden bezüglich dieser Informationsvermittlung wären.

Die am häufigsten genannten Formen der Informationsmedien waren das **Internet** und **Broschüren**. Im Internet wurde dabei sowohl eine (von der Rentenversicherung aufbereitete) Übersicht über die verschiedenen Einrichtungen, das Informieren über die Einrichtungswebseiten aber auch die Informationssuche in Patientenforen aus Rehabilitandensicht als denkbare Alternativen angeführt. Unter den Broschürenbefürwortern gab es Wünsche nach Flyern, den üblichen Einrichtungsbrochüren aber auch reisekatalogartigen Übersichten. Dabei konnten sich einige Rehabilitanden gut vorstellen, dass die objektiven Einrichtungsinformationen (evtl. auch eine Bewertung der Einrichtung durch die Rentenversicherung) durch die subjektiven Aussagen einiger ehemaliger Rehabilitanden ergänzt werden könnten.

Einige Rehabilitanden wünschten sich, dass die Informationen zu verschiedenen Einrichtungen in einem persönlichen Beratungsgespräch (beim Arzt / Therapeuten / bei der Rentenversicherung) vermittelt werden und dann eine gemeinsame Auswahl getroffen wird. Andere Rehabilitanden fänden Rehabilitationsinformationsveranstaltungen gut, auf denen sich die Rehabilitationseinrichtungen selber vorstellen oder von der Rentenversicherung über die Rehabilitation und Einrichtungen informiert wird.

Weitere jeweils einmal genannte Ideen waren Informationssendungen im Fernsehen, Informationen auf einer DVD und das Hospitieren in verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen. Insgesamt fiel aus, dass der Rentenversicherung eine bedeutsame Rolle bei der Information über die Einrichtungen zugesprochen wurde. Sie solle den zukünftigen Rehabilitanden über mehrere verschiedene geeignete und zur Auswahl stehende Einrichtungen informieren. Der Rehabilitand solle sich dann anhand der Informationen für eine Rehabilitationseinrichtung seiner Wahl entscheiden können.

C2: *Ja, man könnte ja - rein theoretisch – im Vorabgespräch schon mal klären: Will er weit weg, oder will er dichter bei? So, und dementsprechend kann er dann mit drei, vier Unterlagen kommen!*

(FG3, Paragraph 393)

H4: *Oder selbst, wenn ich jetzt einen Antrag stelle und ich mich mit der Rentenversicherung auseinanderklamüster und die kom-, die schicken mir die ersten Infos, dass dann da auch so was schon dabei ist. Und denn mit einem Angebot, vielleicht zwischen drei Kliniken zur Auswahl, welche ich für mich in Anspruch nehmen möchte. Oder welche auf mich zutrifft.*

(FG8, Paragraph 584)

I5: *D.h. wenn der jetzt z.B. die Reha genehmigt, dann kriege ich ja bescheid: Die Reha ist für Sie genehmigt, und dann müsste der mir eine Auswahl entsprechend drei rauflegen. Dass er sagt eins, zwei, drei. Und dann hätte ich, und dann natürlich mit der entsprechenden Information zu den einzelnen Punkten. Und dann hätte ich eine Möglichkeit und könnte sagen: Da möchte ich gerne. ...*

I8: *ja, im Vorab eine Auswahl...*

I5: *... denn in der Endkonsequenz, wenn ich nachher die Genehmigung habe und ich bin nachher in der Station X dahinten untergebracht, dann kriege ich von denen zwar das Ding zugeschickt und dann stelle ich fest, das gefällt mir nicht. Ja, was mache ich dann?*

(FG9, Paragraph 454-456)

6 Qualitative Studienphase - Experteninterviews³

1. Anliegen und Inhalt des Forschungsprojektes

Wesentlicher Bestandteil des SGB IX sind Regelungen zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen. In § 9 SGB IX ist vorgesehen, dass durch das Wunsch- und Wahlrecht bei der Leistungskonkretisierung Mit- und Selbstbestimmungsrechte der Leistungsberechtigten zu stärken und sie in der eigenverantwortlichen Gestaltung ihrer Lebensumstände zu unterstützen⁴. Das Wunsch- und Wahlrecht kann sich auf alle Fragen beziehen, die für die Konkretisierung der Leistung von Bedeutung sind (z. B. Entscheidung zwischen ambulanter oder stationärer Rehabilitation, Mitspracherecht während der Durchführung der konkreten Rehabilitationsmaßnahme oder auch Gestaltung der Nachsorge im Anschluss an die Rehabilitation). Hierbei steht das Mitspracherecht der Rehabilitanden bei der Auswahl einer Rehabilitationseinrichtung (Wahl zwischen ambulanter und stationärer Durchführung der Rehabilitation, Wahl einer bestimmten Rehabilitationseinrichtung) in der Öffentlichkeit und bei den Leistungsträgern im Vordergrund.

Unklar ist bislang, welche Vorstellungen („Wünsche“) die Versicherten haben und welche Kriterien sie bei der möglichen Auswahl einer Rehabilitationseinrichtung zugrunde legen oder als relevant betrachten würden und vor welchem Hintergrund diese Wünsche entstehen.

Eine wesentliche Fragestellung ist hierbei, welche Bedeutung Vorerfahrungen, ökonomische Überlegungen und Ziele des Rehabilitationsantragstellers für die Wünsche haben und inwieweit Informationen von Seiten der Leistungsvermittler, -träger, -erbringer und anderer Institutionen (z. B. Internetauftritt der Einrichtung, Empfehlungen von Selbsthilfegruppen, konkrete Empfehlungen von beratenden Institutionen) für die Wünsche der Betroffenen eine Rolle spielen.

2. Das Wunsch- und Wahlrecht in der medizinischen Rehabilitation

Das folgende Kapitel ist in zwei Schwerpunkte gegliedert. Einerseits findet ein Diskurs auf rechtlicher Ebene mit dem Wunsch- und Wahlrecht statt und nachfolgend wird sich aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht diesem Thema angenähert.

³ Forschungsbericht von Diana Ramm und Susan Bendig unter der Leitung von Prof. Felix Welti: MG61/ MSG11 Forschungsprojekt „Die Bedeutung des Wunsch- und Wahlrechts (§ 9 SGB IX) für die medizinische Rehabilitation - eine empirische Analyse“, Ergebnisse von Experteninterviews

⁴ Schütte (2003), S. 416ff

2.1 Das Wunsch- und Wahlrecht in der medizinischen Rehabilitation aus rechtlicher Perspektive

In diesem Unterpunkt soll das Wunsch- und Wahlrecht aus rechtlicher Perspektive im Kontext der medizinischen Rehabilitation näher ausgeführt werden. Dazu werden zuerst die Rechtsgrundlagen der medizinischen Rehabilitation geklärt, der § 9 SGB IX kommentiert und im Folgenden in Verbindung zur medizinischen Rehabilitation gesetzt. In einem letzten Schritt werden Urteile zum Wunsch- und Wahlrecht gegenübergestellt und diskutiert. Die rechtliche Auseinandersetzung war eine wichtige Basis für die Erstellung des Leitfadens und letztendlich für die Beantwortung der Forschungsfrage.

2.1.1 Rechtsgrundlagen der medizinischen Rehabilitation

Die Vorschriften der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind in §§ 26-32 SGB IX für alle Rehabilitationsträger einheitlich und übergreifend geregelt, aber sie gelten nur, soweit sich aus den speziellen Leistungsgesetzen der einzelnen Träger nichts Abweichendes ergibt (§ 7 SGB IX)⁵. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden gemäß § 5 Nr. 1 SGB IX als Leistungen zur Teilhabe erbracht. Entsprechend § 6 SGB IX kommen als Leistungsträger der medizinischen Rehabilitation die gesetzlichen Krankenkassen, die Träger der Alterssicherung der Landwirte, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, die Träger der Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge, die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sowie die Träger der Sozialhilfe in Betracht. Der Begriff der medizinischen Rehabilitation wird in § 26 SGB IX nicht definiert, aber nach Zielen und Mitteln bestimmt⁶. Besonders im Bereich des SGB V zeigen sich Abgrenzungsprobleme. Nach dem SGB V können Leistungen der medizinischen Rehabilitation auch zur Krankenbehandlung gehören⁷. Es gibt vereinzelt noch die Auffassung, dass die medizinische Rehabilitation primär auf die Bewältigung der Folgen einer Erkrankung gerichtet und eine Form der Krankenbehandlung sei⁸. Demgegenüber ist insbesondere seit Inkrafttreten des SGB IX die Auffassung im Vordringen, dass die medizinische Rehabilitation sich „*stärker als medizinische Krankenbehandlung, an einem positiven Ziel und den Potentialen der betroffenen Menschen*“⁹ orientiert und über die Verbesserung des körperlichen Zustands hinausgeht. Das Ziel der medizinischen Rehabilitation ist nicht primär die Heilung organischer Krankheiten sondern nach den in § 26 Abs. 1 SGB IX genannten gesetzlichen Zielen die Minderung von Behinderung, die Unterstützung der Leistungsfähigkeit und der Abbau von Risikofakto-

⁵ Vgl. Oppermann (2009), S. 195

⁶ vgl. Oppermann (2009), S. 197

⁷ vgl. Oppermann (2009), S. 197

⁸ vgl. Reimann (2008), S. 1223

⁹ Welti (2005), S. 132

ren¹⁰. Eine Differenzierung im Bereich des SGB V ergibt sich schon daraus, dass die Leistungen zur Krankenbehandlung in § 11 I SGB V normiert sind, während die Leistungen der medizinischen Rehabilitation in § 11 II 1 SGB V ihre Regelung finden¹¹. Im Gegensatz zur Krankenbehandlung, wo vom bio-medizinischen Krankheitsmodell mit internationaler statistischer Klassifikation ausgegangen wird, liegt der medizinischen Rehabilitation ein bio-psycho-soziales Modell von Krankheit und Behinderung zugrunde, wobei der gesamte Lebenshintergrund des Betroffenen einbezogen wird¹².

Gerade im Kontext mit der gesundheitswissenschaftlichen Auseinandersetzung (vgl. Punkt 2.2) möchten sich die Autorinnen des vorliegenden Forschungsberichtes der Auffassung anschließen, dass die medizinische Rehabilitation keine bloße Form der Krankenbehandlung ist, sondern durch ihren Bezug auf Behinderung und Teilhabe eine eigenständige Zielorientierung hat. Eine erfolgreiche medizinische Rehabilitation setzt u. a. die aktive Einbeziehung der Rehabilitanden voraus - individuelle Wünsche sind Voraussetzungen für einen erfolgreichen Rehabilitationsprozess¹³.

Nach § 26 I SGB IX werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht, um

- „1. Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder*
- 2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern“*

und umfassen laut § 26 II SGB IX

- „1. Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln,*
- 2. Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder,*
- 3. Arznei- und Verbandmittel,*
- 4. Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach und Beschäftigungstherapie,*
- 5. Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,*

¹⁰ vgl. ebenda, S. 133

¹¹ vgl. Bieritz-Harder (2009), S. 215

¹² vgl. Oppermann (2009), S. 198

¹³ B 3 KR 16/99, 03.11.1999

6. Hilfsmittel,

7. Belastungserprobung und Arbeitstherapie“.

O. g. Norm gilt, soweit sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nicht abweichendes ergibt (vgl. § 7 1 SGB IX). Das bedeutet, dass Leistungsziele und Leistungsgrundsätze gelten, soweit in den Leistungsgesetzen nichts anderes bestimmt ist. In den einschlägigen Leistungsgesetzen wird in Bezug auf Ziele und Inhalte auf das SGB IX rückverwiesen, so dass keine Abweichung vorliegt (vgl. § 15 SGB VI, § 11 Abs.2 SGB V, § 33 SGB VII).

Einrichtungen (Rehabilitationseinrichtungen), in denen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht werden, sind im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 107 II SGB V) Einrichtungen, die

„1. der stationären Behandlung der Patienten dienen, um

a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder

b) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (Rehabilitation), wobei Leistungen der aktivierenden Pflege nicht von den Krankenkassen übernommen werden dürfen,

2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen,

und in denen

3. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.“

Die für dieses Forschungsprojekt relevanten Leistungsträger - gesetzliche Krankenkassen und gesetzliche Rentenversicherungsträger - erbringen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Einrichtungen entsprechend ihren Leistungsgesetzen und dem SGB IX. Im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) ist ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V notwendig, wenn Rehabilitationseinrichtungen stationäre medizinische Leistungen erbrin-

gen möchten. Dazu müssen die Anforderungen nach § 107 II SGB V erfüllt sein¹⁴. Die gesetzlichen Krankenkassen erbringen auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in bestehenden Eigeneinrichtungen. Die gesetzliche Rentenversicherung führt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in eigenen und Einrichtungen Dritter (§ 17 I 1 Nr. 3 SGB IX) aus. § 15 II 1 SGB VI bestimmt, dass Leistungen in Rehabilitationseinrichtungen Dritter nur erbracht werden, wenn ein Vertrag nach § 21 SGB IX besteht¹⁵.

2.1.2 Das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten

Die gemeinsamen Vorschriften für alle Sozialleistungsbereiche - Allgemeine Grundsätze - regelt in § 33 SGB I, dass bei der Ausgestaltung von Rechten und Pflichten, die nicht einzeln bestimmt sind, persönliche Verhältnisse, Bedarfe, Leistungsfähigkeit und örtliche Gegebenheiten der Berechtigten im Rahmen der Rechtsvorschriften zu berücksichtigen sind. Dies gilt für alle Sozialleistungsträger nach § 12 SGB I und dementsprechend für die Rehabilitationsträger nach § 6 SGB IX. Eine spezielle Regelung des Individualisierungsgrundsatzes nach § 33 SGB I für die Rehabilitationsträger ist § 9 SGB IX - „Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten“¹⁶, der die subjektive Seite regelt. Die objektive Verpflichtung der Rehabilitationsträger zur Berücksichtigung individueller Belange ist in § 33 Satz 1 SGB I geregelt, worauf § 9 Abs. 1 SGB IX ausdrücklich verweist.

Im Zuge der Novellierung des Schwerbehindertengesetzes im Jahr 2000 wurden im Regierungsentwurf per Änderungsantrag der damaligen Koalitionsfraktionen in § 9 I 2 SGB IX Alter und Geschlecht und in § 9 I 3 SGB IX die besonderen Bedürfnisse behinderter Kinder ergänzt¹⁷. Der § 9 II SGB IX wurde um Satz 3 erweitert, der besagt, dass der „Rehabilitationsträger die Nichtberücksichtigung von Wünschen durch Verwaltungsakt zu begründen hat“. In § 9 III SGB IX fand ein inhaltlicher Austausch der Worte „weitgehenden Raum“ durch „viel Raum“ statt¹⁸.

2.1.2.1 § 9 SGB IX

§ 9 I SGB IX

(1) ¹Bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe wird berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen. ²Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die

¹⁴ vgl. Bieritz-Harder (2004), S. 235

¹⁵ vgl. ebenda, S. 249

¹⁶ vgl. Welti (2003), S. 382

¹⁷ vgl. Haines (2009), S. 78

¹⁸ Fuchs (2006), S. 101

religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen; im Übrigen gilt § 33 des Ersten Buches.

³Den besonderen Bedürfnissen behinderter Mütter und Väter bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrages sowie den besonderen Bedürfnissen behinderter Kinder wird Rechnung getragen.

Dieser Absatz bestimmt, dass den berechtigten Wünschen der Leistungsempfänger bei Entscheidung über die Leistung und deren Ausführung zu entsprechen sind¹⁹. Die Entscheidung über die Leistung trifft der zuständige Rehabilitationsträger²⁰. Besondere Berücksichtigung sollen entsprechend Satz 2 die persönliche Lebenssituation (wie in § 33 SGB I), das Alter, Geschlecht, Familie sowie religiöse/ weltanschauliche Ausrichtungen finden. Die besonderen Bedürfnisse behinderter Eltern und deren Kindern werden in Satz 3 herausgestellt und müssen berücksichtigt werden.

§ 9 II SGB IX

(2) ¹Sachleistungen zur Teilhabe, die nicht in Rehabilitationseinrichtungen auszuführen sind, können auf Antrag der Leistungsberechtigten als Geldleistungen erbracht werden, wenn die Leistungen hierdurch voraussichtlich bei gleicher Wirksamkeit wirtschaftlich zumindest gleichwertig ausgeführt werden können. ²Für die Beurteilung der Wirksamkeit stellen die Leistungsberechtigten dem Rehabilitationsträger geeignete Unterlagen zur Verfügung. ³Der Rehabilitationsträger begründet durch Bescheid, wenn er den Wünschen des Leistungsberechtigten nach den Absätzen 1 und 2 nicht entspricht.

Die Modifikation und Erweiterung des Absatzes 1 findet in Absatz 2 hinsichtlich der Erbringung vorgesehener Sachleistungen als Geldleistungen statt. Für die Gewährung einer Geldleistung ist erforderlich, dass die Leistung einerseits zumindest gleichwertig ausgeführt werden kann und andererseits gleich wirksam ist.

Zur Beurteilung der Wirksamkeit wird in Satz 2 bestimmt, dass die Leistungsberechtigten dem Rehabilitationsträger geeignete Unterlagen zur Verfügung stellen - dies stellt eine besondere Mitwirkungspflicht des Leistungsberechtigten dar²¹. Die Beurteilung der wirtschaftlichen Komponente liegt in der Verantwortung der Rehabilitationsträger und der Gesetzgeber verlangt keine Mitwirkung des Leistungsberechtigten. Von besonderer Wichtigkeit ist Satz 3 für die Leistungsberechtigten. Demnach ist der Leistungsträger verpflichtet, durch Bescheid (§ 35 I 1 SGB X) zu begründen, warum Wünsche der Leistungsberechtigten nach Absatz 1 und 2 nicht entsprochen werden. Hierdurch wird klar gestellt, dass es sich um einen Verwaltungsakt handelt und im Bescheid sind die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Grün-

¹⁹ vgl. Haines (2009), S. 78

²⁰ Neumann (2009), S. 118

²¹ vgl. Welti (2006), S. 100

de mitzuteilen, die den Rehabilitationsträger zu seiner Entscheidung bewogen haben und ggf. von denen er bei einer Ermessensausübung ausgegangen ist²². Gegen den Bescheid sind Widerspruch und Klage möglich.

§ 9 III SGB IX

(3) Leistungen, Dienste und Einrichtungen lassen den Leistungsberechtigten möglichst viel Raum zu eigenverantwortlicher Gestaltung ihrer Lebensumstände und fördern ihre Selbstbestimmung.

Den Leistungsberechtigten ist zur Stärkung der Selbstbestimmung nach § 1 SGB IX möglichst viel Raum zur Eigenverantwortung bei der Durchführung der Leistungen zu lassen. Hier geht es nicht nur darum Einschränkungen auszugleichen, sondern den Betroffenen sollen die Voraussetzungen gegeben werden, als ein selbstbestimmtes Mitglied der Gesellschaft i. S. v. Art. 1 I GG agieren zu können²³.

§ 9 IV SGB IX

(4) Die Leistungen zur Teilhabe bedürfen der Zustimmung der Leistungsberechtigten.

Leistungen zur Teilhabe bedürfen immer der Zustimmung des Leistungsempfängers und setzen die Bereitschaft voraus, an Maßnahmen zur Rehabilitation teilzunehmen. Zustimmungspflichtig sind auch Leistungen bei Kindern und unter Betreuung stehenden Menschen²⁴.

2.1.2.2 § 9 SGB IX in der medizinischen Rehabilitation

Subjekt des Wunsch- und Wahlrechts sind die Leistungsberechtigten²⁵. Adressaten des Wunsch- und Wahlrechts sind primär die Rehabilitationsträger²⁶.

Wünsche von Leistungsberechtigten sind grundsätzlich alle von den Leistungsberechtigten geäußerten oder anderweitig deutlich gemachten Präferenzen und Vorstellungen in Bezug auf die Leistung zur Teilhabe²⁷.

Der Amtsermittlungsgrundsatz beinhaltet, dass alle erheblichen Umstände für die Beurteilung eines Sachverhaltes zu ermitteln und zu berücksichtigen sind. Im Rahmen von Beratungen über Leistungen zur Teilhabe müssen die Wünsche der Versicherten Gegenstand der Beratung sein (§§ 14,15 SGB I, § 22 SGB IX) und ebenso Gegenstand der Amtsermittlung (§

²² Welti (2006), S. 101

²³ vgl. Stevens-Bartol (2009), S. 195

²⁴ vgl. Haines (2009), S. 81

²⁵ Welti (2003), S. 282

²⁶ vgl. ebenda, S. 283

²⁷ Welti (2006), S. 94

20 SGB X). Der Rehabilitationsträger muss jeden Wunsch, von dem er Kenntnis erlangt, berücksichtigen und in seine Entscheidung einfließen lassen²⁸.

Die Gemeinsamen Servicestellen (§ 22 I SGB IX) als trägerübergreifende Beratungsstellen sollen behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen beraten und unterstützen. Die Beratung und Unterstützung soll neben allgemeinen Informationen über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft auch bspw. Fragen der Zuständigkeit und des Rehabilitationsbedarfs rasch klären²⁹.

§ 9 I 1 SGB IX regelt die „berechtigten Wünsche“.

„Bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe wird berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen.“

Die Formulierung der „berechtigten“ (§ 9 I 1 SGB IX) und „angemessenen“ (§ 33 Satz 2 SGB I) Wünsche weist laut Neumann eine so geringe sprachliche Differenz auf, dass nicht von einer Erweiterung oder Einschränkung des Rechts ausgegangen werden kann³⁰. Fuchs geht davon, dass die Begriffe angemessener Wünsche und berechtigter Wünsche nicht identisch sind, sich aber inhaltlich weitgehend entsprechen dürften³¹. Angesichts des gesetzgeberischen Willens und des Kontextes sowie nach genauer Betrachtung des Wortlauts kann aber von einer Erweiterung des Wunschrechts gegenüber der nach § 33 Satz 2 SGB I gebotener Berücksichtigung angemessener Wünsche ausgegangen werden³². Beim Begriff der Angemessenheit auf den Umfang und die Kosten der Leistung abgestellt werden, während für die Frage, ob ein Wunsch „berechtigt“ ist, es auf die individuelle Perspektive des Leistungsberechtigten ankommt. Berechtigt sind alle Wünsche, denen nicht Rechtsnormen entgegenstehen³³. Damit wird impliziert, dass durch das Wunsch- und Wahlrecht nicht mehr Leistungen in Anspruch genommen werden können, als es im Leistungsrahmen vorgesehen ist. Wunscheleistungen wird zum Teil entgegengesetzt, dass diese teurer als der Vorschlag des Rehabilitationsträgers seien. Für alle Rehabilitationsträger gelten nach § 69 II SGB IV oder den entsprechenden Landeshaushaltsordnungen die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit. Gerade bei der Auswahl von Diensten und Einrichtungen, die Rehabilitationsleistungen erbringen, können neben der Eignung der Einrichtung auch wirtschaftliche Überlegungen herangezogen werden³⁴. Unklar ist in welchem Umfang die wirtschaftlichen Überlegungen den Wünschen der Versicherten Grenzen setzen kann. Gleichwohl stärkt der Gesetzgeber durch § 9 SGB IX und § 33 SGB I die Stellung der Leistungsempfänger. Bezieht sich der Wunsch des Leistungsempfängers auf eine bestimmte Rehabilitationseinrichtung mit

²⁸ vgl. Welti (2003), S. 383

²⁹ Vgl. Shafaei (2008), S. 60

³⁰ Neumann (2009), S. 119

³¹ vgl. Fuchs (2006), S. 103

³² vgl. Welti (2006), S. 94

³³ Welti (2006), S. 94

³⁴ vgl. Reimann (2008), S. 1218

der kein vorgeschriebener Vertrag besteht, würde dies dem Wunsch entgegenstehen. Jedoch kann sich aus dem Wunsch- und Wahlrecht des Rehabilitanden die Pflicht des Rehabilitationsträgers zum Vertragsabschluss ergeben - es dürfen dem aber keine rechtlichen Hindernisse in Bezug auf Eignung, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit entgegenstehen³⁵. Ebenso müssen die Rehabilitationsziele nach § 1 SGB IX und § 4 IV SGB IX in ihrer Umsetzung gesichert sein. Kann eine Sicherstellung dieser Kriterien nicht gewährleistet werden, dürfen Rehabilitationsträger folglich keine Leistungen in diesen Einrichtungen gewähren³⁶. Rehabilitationsträger handeln aber ermessensfehlerhaft bei Ablehnung einer „Wunscheinrichtung“, wenn zwischen anderen Rehabilitationsträgern und der Wunscheinrichtung Vertragsverhältnisse, insbesondere zur gleichen Indikation bereits bestehen³⁷. In der Literatur und Rechtsprechung (LSG Rheinland-Pfalz) gibt es diskrepante Auffassungen darüber, welche Auswirkungen § 111 SGB V und § 21 SGB IX auf das Wunsch- und Wahlrecht haben. Einerseits gibt es o. g. Auffassung, andererseits wird die Meinung vertreten, dass Wunsch- und Wahlrechte auf die Einrichtungen begrenzt sind, mit denen die Rehabilitationsträger einen Vertrag geschlossen haben³⁸. Es stellt sich nun die Frage: Ist geeignet, mit wem ein Vertrag besteht - oder muss ein Vertrag mit dem geschlossen werden, der geeignet ist?³⁹.

Dem wiederkehrenden Argument und Auffassung der Rehabilitationsträger in Bezug auf die Verpflichtung zum wirtschaftlichen und sparsamen Handeln kann entgegengesetzt werden, dass Wirtschaftlichkeit nicht mit dem niedrigsten Preis zu identifizieren ist, sondern an Hand der Effektivität nur in einem Vergleich unter möglichst vielen Anbietern geeigneter Leistungen ermittelt werden kann⁴⁰. Nicht immer ist die preisgünstigste Leistung auch die wirtschaftlichste. In einem Urteil des BSG⁴¹ wird ausgeführt, dass mit der Zulassung zur Versorgung nach § 111 SGB V (für die GKV) nicht automatisch eine Verpflichtung zur Belegung verbunden ist, aber die angemessenen Wünsche der Versicherten in Rahmen der Möglichkeiten zu berücksichtigen sind (vgl. Punkt 2.1.3 dieses Forschungsberichts). *„Die Krankenkassen müssen, des von ihnen zu beachtenden Wirtschaftlichkeitsgebot wegen (...) bei der Auswahl zwischen zwei oder mehr in gleicher Weise geeigneten, das gleiche Leistungsspektrum bereithaltenden Einrichtungen grundsätzlich diejenige mit der Durchführung der Maßnahme beauftragen, die die günstigsten Vergütungssätze anbietet“*⁴². Zumindest erscheint die neuere Praxis der Zusage der Übernahme von Teilkosten - „Sowiesokosten“ als Versuch, dem

³⁵ vgl. Welti (2003), S. 385/ vgl. Welti/ Fuchs (2007), S. 113

³⁶ vgl. Welti/ Fuchs (2007), S. 112

³⁷ Fuhrmann (2007), S. 3

³⁸ vgl. Lawall (2006), S. 507

³⁹ Welti (2009), S. 472

⁴⁰ Welti/ Fuchs (2007), S. 113

⁴¹ B 3 KR/01 R, 23.07.2002

⁴² Fuhrmann/Heine (2009), S. 517/ B 3 KR/01 R, 23.07.2002

Wunschrecht der Leistungsberechtigten zu entsprechen⁴³, kann diese aber auch mit erheblichen Zuzahlungen belasten.

Wie dargelegt, ist die Reichweite des Wunsch- und Wahlrechts in der medizinischen Rehabilitation nicht unumstritten. Im Fokus jeder Entscheidung und im Interesse der Betroffenen sollte der Leistungsträger die Bedürfnisse und berechtigten Wünsche der Leistungsempfänger ermessensfehlerfrei würdigen, um den größtmöglichen Erfolg der Rehabilitation zu gewährleisten⁴⁴.

2.1.3 Rechtsprechung zum Wunsch- und Wahlrecht in der medizinischen Rehabilitation

Nach einem Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts⁴⁵ beinhaltet die Auswahl der geeigneten Rehabilitationseinrichtung auch die Berücksichtigung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit. Die Klägerin in diesem Verfahren begehrte die Kostenerstattung eines Aufenthaltes am Toten Meer als selbst beschaffte Rehabilitationsmaßnahme und argumentierte, dass die Rehabilitationsmaßnahme am Toten Meer mit € 2.058 wirtschaftlicher sei als die bewilligte medizinische Rehabilitation in einer Sylter Einrichtung mit € 2.499. Das LSG Bayern war der Ansicht, dass sich das Argument der Wirtschaftlichkeit nicht aus einem einzelfallbezogenen Kostenvergleich heraus begründen lässt. Der Leistungsträger ist berechtigt, bei Auswahl der geeigneten Rehabilitationseinrichtung eigene Einrichtungen und Vertragseinrichtungen im In- und Ausland zu bevorzugen. Stehen gleich geeignete Rehabilitationseinrichtungen im In- und Ausland zur Verfügung, ergibt sich hieraus eine Beschränkung des Ermessens im Hinblick auf das Wunsch- und Wahlrecht für den Leistungsträger.

Zu dem gleichen Ergebnis kam das Sozialgericht Konstanz⁴⁶, indem das Gericht argumentierte, dass die Einbeziehung wirtschaftlicher Aspekte nicht zu beanstanden sei und dass der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit sich nicht in einem einzelfallbezogenen Kostenvergleich erschöpfe. Gleichlautend zum Bayrischen LSG ist das SG Konstanz der Auffassung, dass vorgehaltene Einrichtungen entsprechend § 19 I SGB IX und Vertragseinrichtungen bevorzugt werden dürfen und dem Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsempfängers ein geringeres Gewicht zukommt. In der Berufungsverhandlung (vorgehend SG Konstanz), kommt das Landessozialgericht Baden-Württemberg⁴⁷ zu dem Ergebnis, dass „(...) die Beklagte im Rahmen ihrer Ermessensentscheidung (...) im Hinblick auf die für sie maßgebenden Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit wegen einer Kostenersparnis von € 465,84 (...),

⁴³ vgl. Fuhrmann/ Heine (2009), S. 517

⁴⁴ Ramm/ Welti (2009), S. 5

⁴⁵ L 16 RJ 263/03, 26.11.2003

⁴⁶ S 2 KR 608/03, 30.11.2004

⁴⁷ L 4 KR 2071/05, 01.08.2007

d.h. ungefähr ein Fünftel der Gesamtkosten, die Gewährung der Maßnahme (...) abgelehnt hat, erscheint dies auch im Lichte des § 9 SGB IX an sich nicht als ermessensfehlerhaft“.

Der o. g. Argumentation schließt sich ebenso das Sozialgericht Duisburg⁴⁸ in seiner Urteilsbegründung zur „Durchführung einer bewilligten medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in einer Nicht-Vertragseinrichtung“ an.

Ebenso kritisch ist das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz⁴⁹ zu betrachten. Nach Auffassung des Gerichtes ist der Wunsch von Versicherten auf Inanspruchnahme einer bestimmten Rehabilitationseinrichtung i. S. d. §9 SGB IX nicht berechtigt, wenn zwischen Leistungsträger und Rehabilitationseinrichtung kein Vertrag nach § 21 SGB IX geschlossen wurde - auch hat der Versicherte keinen Anspruch, auf Abschluss eines Vertrages, wenn die erforderlichen Leistungen in eigenen bzw. in Vertragseinrichtungen Dritter erbracht werden können.

„Zwar wird in der Literatur die Auffassung vertreten, aus dem Wunschrecht des behinderten Menschen könne sich die Pflicht zum Vertragsabschluss durch den Rehabilitationsträger ergeben, wenn dem keine rechtlichen Hindernisse entgegenstehen, also insbesondere die Einrichtung geeignet ist und Gewähr für wirksame und wirtschaftliche Leistungserbringung bietet (Welti, aaO mwN). Eine solche Pflicht kann jedoch nach Überzeugung des Senats im Regelfall nicht aus dem Begehren eines einzelnen Versicherten hergeleitet werden, weil dies letztlich dazu führen könnte, dass der Versicherungsträger mit einer Unzahl von Einrichtungen Verträge abschließen müsste, obwohl das entsprechende Leistungsangebot voll durch andere Einrichtungen abgedeckt ist. Für eine so weitgehende Einschränkung der Vertragsfreiheit des Rehabilitationsträgers ergeben sich aus den Vorschriften des SGB IX keine Anhaltspunkte.“⁵⁰

Die höchstrichterliche Rechtsprechung des Bundessozialgerichts⁵¹ sagt zur Auswahl von Rehabilitationseinrichtungen, dass die medizinischen Erfordernisse des Einzelfalls Maßstab des Auswahlermessens sind, wobei angemessene Wünsche der Versicherten „im Rahmen der vorhandenen Möglichkeiten zu berücksichtigen sind“. Gemäß § 19 IV 1 SGB IX hat die Auswahl von Rehabilitationseinrichtungen danach zu erfolgen, „welche Einrichtung die Leistung in der am besten geeigneten Form ausführt“.

Im Urteil des Hessischen Landessozialgerichts⁵² vom 28. August 2008 wird ausgeführt, dass nach § 9 I SGB IX (in diesem Fall) die Krankenkasse berechtigten Wünschen der Versicherten Rechnung zu tragen hat und in diesem Kontext insbesondere auch Lebenssituation, Alter und sonstige Bedürfnisse des Leistungsberechtigten berücksichtigen muss. Berechtigte

⁴⁸ S 25 R 52/05, 22.01.2007

⁴⁹ L 2 RI 160/03, 12.01.2004

⁵⁰ L 2 RI 160/03, 12.01.2004, Rn. 26

⁵¹ B 3 KR 63/01 R, 23.07.2002

⁵² L 1 KR 2/05, 28.08.2008

Wünsche bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung können jedenfalls dann berücksichtigt werden, wenn die gewünschte Einrichtung als Rehabilitationseinrichtung zugelassen ist.

„Berechtigte Wünsche sind bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung können jedenfalls dann berücksichtigt werden, wenn die gewünschte Einrichtung - wie vorliegend (...) als Rehabilitationseinrichtung zugelassen ist“.

Im Gegensatz zu den Urteilen des Bayerischen Landessozialgerichts und des Sozialgerichts Konstanz macht das Hessische Landessozialgericht die Auswahl der Rehabilitationseinrichtung nicht ausschließlich von einem bestehenden Versorgungsvertrag zwischen Leistungsträger und Rehabilitationseinrichtung abhängig. Vielmehr ist maßgeblich, dass die Rehabilitationseinrichtung Vertragsverhältnisse zu anderen „Anbietern“ des gleichen Sicherungszweiges oder anderen Rehabilitationsträgern unterhält. Damit erhält die Rehabilitationseinrichtung quasi die Zulassung (vgl. Punkt 2.1.2.2).

Als berechtigten Wunsch sieht das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen⁵³ bspw. die wohnortnahe Unterbringung des Rehabilitanden in einer geeigneten Einrichtung an, wenn die Einbeziehung des Ehepartners in die stationäre medizinische Therapie notwendig erscheint und ohne dessen Beteiligung zumindest mit einer Gefährdung der Rehabilitationsmaßnahme zu rechnen ist. Die Beteiligung des Ehepartners darf nicht mit erheblichen Belastungen bzw. Mehrkosten verbunden sein - hier würde den Grundsätzen nach § 9 I 1 SGB IX und § 33 Satz 2 SGB I nicht Rechnung getragen.

„(...) ist der Antragstellerin einzuräumen, dass eine regelmäßige Anwesenheit des Ehemannes der Antragstellerin an jeder der von der Antragsgegnerin benannten Kliniken entweder einfache Fahrstrecken von 200 km und mehr pro Besuch oder aber eine regelmäßige Anwesenheit des Ehemannes am Ort der Klinik für eine Dauer von sechs Wochen voraussetzt. Beides wäre für die Antragstellerin bzw. ihren Ehemann mit erheblichen Belastungen bzw. Mehrkosten verbunden. Im Hinblick darauf, dass den örtlichen Verhältnissen bei der Auswahl einer Rehabilitationseinrichtung nach § 33 Satz 1 SGB I ebenso Rechnung getragen werden soll wie der persönlichen Lebenssituation (§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB IX), sind der Antragstellerin entsprechende Belastungen nur zuzumuten, wenn sie durch Gründe von erheblichem Gewicht gerechtfertigt werden. Das ist jedoch nicht der Fall.“⁵⁴

Die Rechtsprechung in der Relation Wunsch- und Wahlrecht und medizinische Rehabilitation ist, wie an diesen Fällen aufgezeigt, teilweise widersprüchlich und unter den zuständigen Gerichten herrscht kein Konsens zur Auslegung des Wunsch- und Wahlrechts. Klageverfahren zum Wunsch- und Wahlrecht beziehen sich nicht selten auf die Nichtgewährung von Wunscheinrichtungen. Dies könnte einen Hinweis darauf geben, dass sich die Wünsche von Versicherten häufig auf die Gewährung von bestimmten Einrichtungen beziehen. Allerdings

⁵³ L 8 B 15/08 R ER, 24.10.2008

⁵⁴ L 8 B 15/08 R ER, 24.10.2008, Rn. 37

ist die Anzahl veröffentlichter Entscheidungen so gering, dass daraus nicht auf eine hohe Streithäufigkeit geschlossen werden kann. Andererseits ist zu vermuten, dass alleine wegen der Dringlichkeit der Leistung Streitigkeiten über eine gewünschte Einrichtung nur sehr selten mit Widerspruch und Klage geführt werden.

2.2 Das Wunsch- und Wahlrecht in der medizinischen Rehabilitation aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive

Im Folgenden wird „Shared-Decision-Making“ (SDM) als das am Besten operationalisierte und am weitesten entwickelte Konzept der Patientenbeteiligung beschrieben.

2.2.1 Shared-Decision-Making

Shared-Decision-Making (SDM; partizipative Entscheidungsfindung) ist eine Form der Arzt-Patienten-Interaktion, bei der beide Partner aktiv und verantwortlich an Entscheidungsprozessen beteiligt sind. Auf Seiten der Patienten besteht in der Gesundheitskommunikation zwischen Arzt und Patient ein immer stärker aufkommender Wunsch, an dem Prozess der Entscheidungsfindung für eine optimale Behandlung teilzunehmen. Über ihre Diagnose, Krankheitsverlauf und Therapiemöglichkeiten sind die Patienten zunehmend informierter. Dazu haben Untersuchungen aufgezeigt, dass sich Patienten eher an eine Therapie halten, wenn die Behandlung über eine Konsensentscheidung von Arzt und Patient hervorgegangen ist.

Gegenüber ihren Erkrankungen zeigen Patienten eine bessere Akzeptanz, leiden unter den Symptomen ihrer Erkrankung weniger und sind zunehmend weniger depressiven Verstimmungen ausgesetzt. Diesen wechselseitigen Prozess, in dem Informationen ausgetauscht werden, um einen Abwägungsprozess zu einer gemeinsamen Lösung zu gelangen, für die alle beteiligten Partner die gleiche Verantwortung übernehmen, bezeichnet man auch als „Shared-Decision-Making“⁵⁵.

Es gibt immer mehr Beispiele für Schwierigkeiten, die infolge mangelhafter Kommunikation zwischen Arzt und Patienten auftreten und zur niedrigsten Therapietreue (Non-Adherence) von Therapien, Ratschlägen und Behandlungsplänen beitragen. Jedoch wurde eindeutig festgestellt, dass sich eine effektive Kommunikation positiv auf die Zufriedenheit der Patienten auswirkt. Des Weiteren wird berichtet, dass weniger Laboruntersuchungen und Überweisungen erforderlich sind, wenn Patienten „spüren“, dass sie eine gemeinsame Basis mit ihrem Arzt gefunden haben. In einem Überblicksartikel werden vier Schlüsselbereiche der Kommunikation, die mit den positiven Resultaten zusammenhängen, aufgezeigt:

⁵⁵ vgl. Pape (04/ 2006)

- verständliche Informationen
- Fragen des Patienten
- Bereitschaft, Entscheidungen gemeinsam zu treffen (zu diskutieren)
- Einigkeit zwischen Patient und Arzt über Problem und Behandlungsplan⁵⁶

Ärzte stehen nunmehr vor der Aufgabe, Patienten zu informieren und gemeinsam mit ihnen zu entscheiden. Dass die Ansicht des Arztes durch seine Art, die Informationen zu formulieren, vermittelt wird und so den Patienten beeinflusst, wird immer als eine Gefahr bestehen bleiben.

Die Rolle des Hausarztes wird in einer Zeit kritischer, hinterfragender Verbraucherhaltungen und zunehmender elektronischer Verfügbarkeit von Informationen neu definiert. Für den Patienten bedeutet Einbeziehung auch eine neue Verantwortung, indem er in der Lage sein muss, Nutzen und Risiken gegeneinander abzuwägen⁵⁷. SDM ist aber nicht für jede Erkrankung und nicht in jeder Phase des Behandlungsprozesses gleich gut geeignet. Im Umfassenden kann konstatiert werden, dass Erkrankungen, bei denen eine eindeutige Diagnose oder Behandlungslinie vorliegt, Shared-Decision-Making weniger erforderlich ist. Das Konzept scheint geeigneter zu sein für chronische, unspezifische und schwer zu diagnostizierende Erkrankungen bzw. solche, die mehrere Behandlungsalternativen mit unterschiedlichen und unsicheren Nutzen und Nebenwirkungen für den Patienten eröffnen⁵⁸.

Der Nutzen des SDM kann aus verschiedenen Perspektiven definiert werden. Aus dem Gesichtspunkt der Ethik bestünde der Nutzen beispielsweise in der Veränderung der Interaktion hin zu mehr Gleichberechtigung der Patienten. Entscheidend aus epidemiologischer Sicht sind die verbesserten klinischen Endpunkte. Aus soziologischer Sicht ist es bedeutend, die Selbstheilungskräfte der Laien zu aktivieren. Es muss jedoch auch erwähnt werden, dass nicht alle Patienten eine Einbeziehung im Sinne eines SDM wünschen und dass manche durch derartige Interventionen sogar verunsichert werden. Zudem ist die Arzt-Patienten-Interaktion ein dynamischer Prozess, in dessen unterschiedlichen Phasen der Wunsch nach Einbeziehung und Mitentscheidung des Patienten sehr unterschiedlich stark ausgeprägt ist⁵⁹.

Die Mitwirkung von Rehabilitanden an medizinischen Entscheidungen scheint notwendig und unausweichlich zu sein.

⁵⁶ vgl. Elwyn et al. (2003), S. 59

⁵⁷ vgl. ebenda (2003), S. 67f

⁵⁸ vgl. Scheibler/ Pfaff (2003), S. 12f

⁵⁹ vgl. ebenda (2003), S. 18f

Mittlerweile beanspruchen immer mehr Rehabilitanden eine aktivere Rolle im Behandlungsprozess, angeregt durch den in den letzten Jahrzehnten gesellschaftlich gewachsenen Trend zu mehr Autonomie und Selbstbestimmung. Zudem zeigen Befragungen von Bürgern, dass diese im Krankheitsfall umfassende Informationen wünschen, oft zusammenhängend mit einer angemessenen Beteiligung an medizinischen Entscheidungen und der Einbeziehung ihrer eigenen Vorstellungen von Gesundheit⁶⁰.

Beiläufig wurde bei der Expertenkommission in Lübeck am 21. September 2009 der Frage nachgegangen, inwieweit das Konzept des Shared-Decision-Making im deutschen Rehabilitationssystem übertragbar ist. Hierbei werden nicht nur zwei Akteure in dem Prozess miteinbezogen, sondern es müssen drei Akteure miteingebunden werden, die aus der Koalition Patient, Arzt und Leistungsträger definiert werden.

2.2.2 Patientenbeteiligung

Es gibt vielseitige Kontakte zwischen der Selbsthilfe und Fachleuten in der Gesundheitsversorgung (Ärzten und Ärztinnen, Therapeutinnen und Therapeuten, Beratungsstellen, Einrichtungen, Krankenkassen). Angeregt und befördert werden sie durch Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen, zudem auch durch Selbsthilfekontaktstellen, die sich hier als Mittler zwischen der Selbsthilfeseite und dem professionellen Versorgungssystem verstehen.

Kennzeichnend für die Zusammenarbeit zwischen der Selbsthilfe und dem professionellen System sind Kontakte mit Ärztinnen und Ärzten, Einrichtungen der Rehabilitation und (selten) der Akutversorgung.

Da diese Kontakte noch häufig von einem Ungleichgewicht hinsichtlich der Wünsche und Vorstellungen über die Formen der Zusammenarbeit und des Austauschs geprägt sind, hat sich hier auch der Gesetzgeber eingeschaltet. Im Bereich der Rehabilitation sind die Rehabilitationsträger durch § 12 SGB IX inzwischen zu einer Zusammenarbeit verpflichtet. Außerdem sollen auch die Krankenkassen im Rahmen der Förderung der Selbsthilfe nach § 20d SGB V mit Vertretern der Selbsthilfe zusammenarbeiten.

Die wichtigste Form der Mitsprache im Gesundheitswesen hat der Gesetzgeber allerdings seit dem 1. Januar 2004 mit der Beteiligung von Selbsthilfe- und Patientenvertretern nach § 140f und § 140g SGB V im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geschaffen⁶¹.

Zur Umsetzung einer stärkeren Aktivierung hat die Rehakommission in einem ersten Schritt empfohlen, den Rehabilitationsplan gemeinsam mit den Betroffenen nach einer Erhebung des Rehabilitationsstatus und nach Formulierung der Therapieziele festzulegen:

⁶⁰ vgl. Bertelsmann Stiftung (2005), S. 4ff

⁶¹ vgl. Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (2009)

„Charakteristisch für die stationäre Rehabilitation ist eine individuell geplante therapeutische Arbeit, die sich über den ganzen Tag verteilt und die aktive Mitarbeit des Patienten fordert. Aktive Mitarbeit und Mitverantwortung des Rehabilitanden für den Rehabilitationsablauf sind unerlässlich für einen dauerhaften Erfolg“⁶².

Die aktive Beteiligung und Mitarbeit der Rehabilitanden an ihrer Behandlung ist einer der entscheidenden Faktoren für den Rehabilitationserfolg. Somit hängt der Erfolg einer Rehabilitationsmaßnahme nicht nur von strukturellen und medizinischen Faktoren ab (wie z. B. Schweregrad und Art der Erkrankung, Zeitpunkt der Rehabilitationsmaßnahme und Qualität der angebotenen medizinischen und therapeutischen Leistungen), sondern auch von psychosozialen Faktoren.

Als entscheidend sind hier die individuelle Therapiemotivation des Einzelnen, gesundheitsbezogene Kognitionen und Einstellungen sowie Vorstellungen und Wünsche der Rehabilitanden hinsichtlich ihrer Berufstätigkeit nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme zu nennen⁶³.

2.2.3 Stand der Forschung aus der gesundheitswissenschaftlicher Perspektive

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es eine erhebliche Diskrepanz zwischen den hohen Aufwendungen für die medizinische, berufliche und schulische Rehabilitation und analog geringen Bemühungen um eine wissenschaftliche Fundierung der rehabilitativen Praxis. Durch die umfangreichen Recherchen der Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der Rentenversicherung wird diese Einschätzung nachhaltig bestätigt⁶⁴. Im System der gesundheitlichen Versorgung hat die Rehabilitation von chronischen Erkrankungen der Industriegesellschaften einen hohen Stellenwert eingenommen. Zum Einem liegt dieses in der demographischen Entwicklung begründet, durch die der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung zunimmt, und zum Anderen ist dies bedingt durch die Zunahme psychischer und mentaler Belastungen in den allgemeinen Lebensbedingungen sowie in der Arbeitswelt. Das Leben kann häufig durch die Fortschritte der Akutmedizin verlängert, aber eine nicht vollständige Heilung herbeigeführt werden, so dass in zunehmenden Maße rehabilitationsbedürftige Folgezustände auftreten.

Erstrangige Aufgabe einer anwendungsorientierten Rehabilitationsforschung ist es, die rehabilitativen Leistungen weiterzuentwickeln und an die veränderten Krankheitsverläufe, die unterschiedlichen Formen der krankheits- oder behandlungsbedingten Behinderungen sowie den sich verändernden Möglichkeiten akutmedizinischer Behandlungsansätze nachzukom-

⁶² VDR (1991), S. 181

⁶³ vgl. Slangen et al. (2002), S. 27ff

⁶⁴ vgl. Delbrück/ Haupt (1996), S. 617

men. Wie bereits demonstriert, fehlt es bisher an einer den Notwendigkeiten der Praxis gerecht werdenden Etablierung der Rehabilitationsforschung⁶⁵. 1991 wurde schon von der Rehakommission hervorgehoben, dass individuelle Eigenschaften der Patienten einen entscheidenden Einfluss auf den Erfolg der Rehabilitation nehmen können. Nach der Rehakommission (1991) sollen individuelle Erwartungen, Ziele und Motivationen der Patienten nützliche Anhaltspunkte für die Auswahl und Ausgestaltung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen geben können. Das Gebot der Patientenorientierung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen wird auch im Rahmenkonzept der Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund (2007) und im neuen Förderschwerpunkt der Rentenversicherung und des BMBF aufgegriffen. Konkrete Forschungsergebnisse zu Art, Gründen und Umfang der Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts durch Rehabilitationspatienten sind in der aktuellen Literatur nicht bekannt. Von Rehabilitationsmedizinern werden subjektive Erwartungen und Motivationen als wesentliche Einflussgröße für den Verlauf und Erfolg medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen gesehen⁶⁶. Höder und Deck (2008) verweisen auf die Bedeutung, die Wünsche der Rehabilitanden in Hinblick auf ihre rehabilitative Nachsorge haben können. Diese Ergebnisse sprechen für einen positiven Zusammenhang zwischen der Berücksichtigung von Erwartungen der Rehabilitanden und dem Rehabilitationserfolg. Die Erkenntnis der Wünsche von Rehabilitanden bezüglich der Wahl der Einrichtung könnte dazu beitragen, die weithin geforderte Patientenorientierung der Rehabilitation zu verstärken und positive Effekte der Rehabilitation zu fördern.

2.2.4 Sozialarbeit in der medizinischen Rehabilitation

Der Zugang zur medizinischen Rehabilitation erfolgt in der Regel durch die Antragstellung während der Akutbehandlung. Für die Versicherten der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) stellt das Verfahren der Anschlussrehabilitation bzw. Anschlussheilbehandlung sicher, dass eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme entweder unmittelbar durch die Verlegung vom Akutkrankenhaus in die Rehabilitationseinrichtung erfolgt oder die Rehabilitationsleistung innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus begonnen wird. Aufgabe der Krankenhaussozialdienste ist die Organisation der Anschlussheilbehandlung.

Es wurde für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) keine der Anschlussheilbehandlung äquivalente Regelung geschaffen, so dass lediglich mit einer Rahmenempfehlung vom 27.11.1990 der „nahtlose Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation“ festgelegt wurde. Die Krankenhäuser durften danach für Versicherte der GKV nicht selbst veranlassen, sondern hatten nur bei den zuständigen Trägern darauf hinzuwirken und die Krankenkasse über den Rehabilitationsbedarf zu informieren. In Folge des

⁶⁵ vgl. Delbrück/ Haupt (1996), S. 620

⁶⁶ vgl. Buschmann-Steinhage (1993), S. 224f

neuen Rehabilitationsrechtes wurde mit der Gemeinsamen Empfehlung nach § 13 II Nr. 10 SGB IX über die Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und gleichwertigen Stellen vom 8. November 2005 begonnen, den Sozialdiensten auch für GKV-Versicherte eine aktive, intervenierende Rolle beizumessen. Sie gelten nicht mehr „nur“ als Beratungsstelle und Informationspflichtiger, sondern ausdrücklich als Kooperationspartner der Rehabilitationsträger. Deshalb wird in § 2 der Gemeinsamen Empfehlung die Aufgabenstellung der Sozialdienste dahingehend konkretisiert, dass sie über die Information und Beratung hinaus Unterstützung im umfassenden Sinne, hauptsächlich in der Bewältigung der Folgen der Krankheit und Behinderung sowie der Eingliederung geben.

Sozialdienste regen Leistungen zur Teilhabe an und leiten diese in Abstimmung mit dem Rehabilitationsträger ggf. für alle Rehabilitationsträger - also auch die GKV – ein. Die geltende Berechtigung, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (zwar in Abstimmung mit dem Rehabilitationsträger, aber dennoch selbst) einleiten zu können, unterstreicht die bereits im bewährten Rentenversicherungsverfahren angelegte aktive und intervenierende Rolle der Sozialdienste für das gesamte Verfahren der Rehabilitationsleistungen aller Rehabilitationsträger. Für den Bereich der Rehabilitation und Teilhabe wurde den Sozialdiensten eine Aufgabenstellung zugeordnet, die ein umfassendes Versorgungsmanagement mit sehr konkreten Handlungsaufträgen umfasst.

Zur medizinischen Rehabilitation behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen werden nach § 26 SGB IX Leistungen erbracht, um Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten bzw. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten, sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern. Ein fester Bestandteil ist die Soziale Arbeit des medizinischen Rehabilitationsteams (Arzt, Pflege, Sozialarbeit, Physiotherapie, Ergotherapeut, physikalische Therapie, Logopädie, Psychologie, Ernährungsberatung), die somit in das gesamte Behandlungs- und Rehabilitationskonzept eingefügt wird.

Die Orientierung am Selbstbestimmungsrecht des Menschen und die Sicherstellung der Chancengleichheit sind mit dem sozialarbeiterischen Handeln, sowie die Zusammenarbeit mit den beteiligten Berufsgruppen essentiell. Soziale Arbeit erbringt in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Bestimmungen in der medizinischen Rehabilitation Leistungen zur persönlichen, sozialen und beruflichen Integration und dient betroffenen Menschen bei der (Wieder-)Herstellung einer autonomen Lebenspraxis⁶⁷.

⁶⁷ vgl. Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (2009)

3. Fragestellung der Arbeit

Dem vorliegenden Forschungsbericht liegt folgende Fragestellung zugrunde.

„Welche Informationen erhalten Rehaantragsteller in Bezug auf ihr Wunsch- und Wahlrecht durch beratende Institutionen und wie wird das Wunsch- und Wahlrecht der Rehaantragsteller umgesetzt.“⁶⁸

Die konkreten Fragestellungen in dieser Phase des Projektes lauteten.

- 1. Wie werden die Präferenzen bzw. „Wünsche“ der Rehabilitanden vor der Rehabilitation aus Sicht der beratenden Personen wahrgenommen und umgesetzt?*
- 2. Welche Informationen bekommen die Rehabilitanden aus Sicht der Institutionen bzgl. der Möglichkeit sich an der Auswahl einer Rehabilitationsform und der Rehabilitationseinrichtung zu beteiligen?*
- 3. Welche Art von Informationen bekommen die Rehabilitanden von Seiten des Rehabilitations- bzw. Gesundheitssystem bezüglich ihrer Rehabilitation und der möglichen Wahl der Rehabilitationseinrichtung?*
- 4. Welche Gründe werden im Fall einer Zurückweisung der Wünsche vorgebracht? Welche Rolle spielen hier ökonomische Aspekte?*
- 5. Welche Unterschiede liegen zwischen den verschiedenen beratenden Institutionen im Umgang mit den Wünschen der Rehabilitanden vor?*

4. Methodik

Im folgenden Kapitel wird die Untersuchungsmethode der vorliegenden Arbeit näher erläutert. Dazu werden in Kapitel 4.1 der Feldzugang und kurz die theoretischen Grundlagen von Leitfaden- und Experteninterviews vorgestellt. In Kapitel 4.2 werden die verwendeten Methoden der Datenerhebung und -auswertung dargestellt.

4.1 Feldzugang

Entsprechend der Inhalte des in Kooperation mit dem Institut für Sozialmedizin, Universität zu Lübeck, durchgeführten Forschungsprojektes wurden leitfadengestützte Befragungen in Form von Experteninterviews durchgeführt.

Im Rahmen der Experteninterviews wurden MitarbeiterInnen rehabilitationsrelevanter Stellen der Deutschen Rentenversicherung Nord und der gesetzlichen Krankenkassen (zumeist Stellen der Rehabilitationsberatung) unter Berücksichtigung der Gemeinsame Servicestellen sowie niedergelassene Ärzte, SozialarbeiterInnen in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen und MitarbeiterInnen von Sozialverbänden sowie der freien Wohlfahrtsverbände befragt. Dabei wurden, wenn möglich, pro Institution mindestens zwei Personen befragt, die

⁶⁸ vgl. Projektantrag, S. 2ff

in direktem Kontakt mit den Versicherten stehen, ggf. ergänzend auch Personen der Leitungsebene.

Die Interviewpartner wurden telefonisch, persönlich und/ oder schriftlich kontaktiert. Dabei wurde das Projekt den potenziellen InterviewpartnerInnen vorgestellt und um eine Teilnahme gebeten.

Die TeilnehmerInnen der Experteninterviews wurden über die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme und Folgenlosigkeit einer Nichtteilnahme, sowie über die anonymisierte Erhebung und Auswertung der Daten aufgeklärt. Abbildung 1 zeigt eine Übersicht der befragten Personen.

Leistungsträger	leistungsträgerunabhängige Berater / Beratungsstellen
2x RehabilitationsfachberaterInnen Krankenkasse	2x SozialarbeiterIn Krankenhaus 2x SozialberaterIn freie Beratungsstellen der Wohlfahrtspflege
1x GeschäftsstellenleiterIn Krankenkasse	2x AllgemeinmedizinerIn
2x MitarbeiterIn Gemeinsame Servicestelle	2x MitarbeiterIn Sozialverband 2x SozialarbeiterIn Rehabilitationseinrichtung
1x AbschnittsleiterIn medizinische Rehabilitation-Krankenkasse	
1x Vorstand Krankenkasse	
1x MitarbeiterIn Auskunft- und Beratungsstelle Deutsche Rentenversicherung Nord	
2x SachbearbeiterIn Deutsche Rentenversicherung Nord	

Abbildung 1: Übersicht – Interviewpartner

4.1.1 Das Leitfadenterview als Experteninterview

Das Leitfadenterview bewegt sich zwischen vollständig strukturierter und unstrukturierter Befragung und zählt zu den halbstandardisierten Befragungen⁶⁹. Kennzeichen des Leitfadenterviews sind die offen formulierten Fragen, die die Interviewten frei beantworten können. Der hier zugrunde liegende Leitfaden dient lediglich als Orientierung, um sicherzustellen, dass nicht wesentliche Aspekte der Forschungsfrage übergangen werden. Die Befragung der Interviewpartner muss sich nicht strikt an den vorher festgelegten Leitfaden halten. Indem die Interviewer selbst entscheiden können, wann und ob detaillierte Nachfragen erfol-

⁶⁹ vgl. Pürer (2003), S. 540; Brosius/Koschel (2005), S. 113

gen bzw. inwiefern etwaige (weitschweifende) Ausführungen des Interviewten zugelassen oder unterbrochen werden⁷⁰, werden im Laufe des Interviews stets Antworten zu den gewünschten Bereichen gegeben, die sich jedoch in ihrer Detailliertheit von Interview zu Interview unterscheiden⁷¹.

„Eine besondere Form des Leitfadeninterviews ist das Experteninterview“⁷². Experten sind „Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalte. Experteninterviews sind eine Methode dieses Wissen zu erschließen“⁷³.

Der Befragte ist in seiner Funktion *„als Experte für bestimmte Handlungsfelder“ von Bedeutung*. Insofern bezieht sich das Experteninterview *„auf einen klar definierten Wirklichkeitsausschnitt“⁷⁴*. Durch den Leitfaden sollen die Befragungen auf das „Expertentum“ eingegrenzt werden und deutlich machen, dass der Interviewer mit der Thematik vertraut ist.

4.1.2 Forschungsrelevanter Leitfaden

Im Folgenden ist der Leitfaden (Abbildung 2) abgebildet, der in diesem Forschungsprojekt verwandt wurde.

Der Leitfaden beinhaltet, entsprechend der Forschungsfrage und den konkreten Fragestellungen, offene Fragen zu den Themenschwerpunkten Tätigkeitsfeld, Wunsch- und Wahlrecht sowie Einflussfaktoren.

⁷⁰ vgl. Mayer (2008), S. 37

⁷¹ Brosius/Koschel (2005), S. 113

⁷² vgl. Mayer (2008), S. 38

⁷³ Gläser/Laudel (2009), S. 12

⁷⁴ Mayer (2008), S. 37

<ul style="list-style-type: none"> • eigene Person vorstellen • Aufklärung über das Ziel der Untersuchung • Aufklärung über den persönlichen Datenschutz und die Anonymität der Untersuchung • Genehmigung der Tonbandaufnahme 	<p>Gesprächseinstieg</p>
<p>Welche Aufgaben haben Sie hier? Wie lange führen Sie schon Rehabilitationsberatungen durch? Schildern Sie bitte den Ablauf einer typischen Rehabilitationsberatung!</p> <ul style="list-style-type: none"> • welche Fragen werden besprochen? • welche Informationen bekommen Versicherte? • welche Rolle spielt das Wunsch- und Wahlrecht in ihrer Beratung? <p>Was denken Sie, was die Versicherten erwarten, wenn sie in Ihre Beratung kommen? Wann suchen Antragsteller eine Beratung auf?</p> <ul style="list-style-type: none"> • vor/ während der Antragstellung, nach Bescheid? <p>Können Sie einschätzen, welche Rehabilitations-Antragsteller nicht zu einer Beratung kommen? (Durchläufer)</p>	<p>Tätigkeitsfeld</p>
<p>Kommen Rehabilitanden mit Vorinformationen zu Ihnen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • welche sind das? • auch zum Wunsch- und Wahlrecht? • woher stammen diese Informationen? <p>Welche Wünsche äußern Versicherte?</p> <ul style="list-style-type: none"> • was hören Sie am häufigsten? (Ort/ Begleitung/ Angebote/ Therapiekonzepte) • Woher haben die Versicherten ihre Wünsche? <p>Was machen Sie, wenn ein Versicherter Wünsche äußert?</p> <ul style="list-style-type: none"> • wie gehen Sie darauf ein? <p>Welche Rolle spielt das Wunsch- und Wahlrecht für Versicherte? Wie informieren Sie die Versicherten über Ihr Wunsch- und Wahlrecht nach SGB IX § 9? Werden von Versicherten Wünsche in Bezug auf die Begutachtung und Bedarfsfeststellung geäußert? Was sind für Sie berechnigte Wünsche? Welche Wünsche weisen Sie zurück?</p> <ul style="list-style-type: none"> • wie gehen Sie mit Wünschen um, die Ihrer Meinung nach unberechtigt sind? 	<p>Wunsch- und Wahlrecht</p>

<ul style="list-style-type: none"> • wie begründen Sie die Zurückweisung bestimmter Wünsche? <p>Wird bei der Beratung die Möglichkeit von Widerspruch und Klage thematisiert? Gibt es Beratung über die Möglichkeit, Leistungen als persönliches Budget in Anspruch zu nehmen?</p>	
<p>Von welchen Faktoren hängen unterschiedliche Wünsche ab?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geschlecht • Alter • Bildung • Bezugspunkt zum Gesundheitssystem? <p>Welche Rolle spielen Vorerfahrungen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • eigene • die Dritter <p>Welche Unterschiede bestehen bei Wünschen abhängig von der Indikation? Wer hat Einfluss auf Wünsche?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hausarzt/ vorbehandelnde Ärzte/ Gutachter <p>Stehen ökonomische Aspekte für die Bewilligung im Bezug auf Wünsche im Vordergrund?</p>	<p>Einflussfaktoren</p>

Abbildung 2: „Leitfaden“

4.2 Datenerhebung und -auswertung

In der qualitativen Projektphase erfolgte die Datenerhebung, wie schon in Punkt 4.1 beschrieben, in Form von leitfadengestützten qualitativen Experteninterviews an einer konsekutiven Stichprobe von je 10 MitarbeiterInnen der Leistungsträger und leistungsträgerunabhängigen Beratern/ Beratungsstellen. Die geführten Interviews wurden in digitaler Form aufgezeichnet und anschließend von externer Stelle wortgenau transkribiert. In Abwägung der inhaltlichen Schwerpunkte des Projekts, wurde auf die Transkription paraverbalen Äußerungen im Interview verzichtet.

Die Auswertungstechnik hängt von verschiedensten Faktoren, wie z. B. der Zielsetzung, Fragestellungen, Zeit, personellen Ressourcen ab⁷⁵. Die Auswertung der geführten Interviews orientierte sich an einer Auswertungsstrategie, die Elemente verschiedener Analysetechniken für Leitfadeninterviews beinhaltet und doch genügend Raum für eigene Wege lässt. Realisiert wurde die qualitative Auswertung der Interviews mit Hilfe der Software MAXQDA 2007 (Software für computergestützte qualitative Datenanalyse).

⁷⁵ vgl. Schmidt (2000), S. 447

Die verwandte Auswertungsstrategie⁷⁶ kann bis zu fünf Schritte beinhalten.

In Auseinandersetzung mit dem vorhandenen Datenmaterial wurden Kategorien für die Auswertung gebildet. Zur Generierung von Kategorien (Kodes) wurde das vorhandene Material intensiv und wiederholt gelesen. Ziel war es, Themen und Aspekte, die in Zusammenhang mit der Fragestellung stehen, herauszufiltern. Auf dieser Basis wurden vage Auswertungskategorien entwickelt, die sich im Laufe der Auswertung verdichteten oder ergänzt und korrigiert wurden (Schritt 1). Die Auswertungskategorien wurden im nächsten Schritt (Schritt 2) zu einem Auswertungs-/ Kodierleitfaden zusammengefasst. Die einzelnen Kategorien wurden ausführlich beschrieben und das erhobene Material wurde in Schritt 3 vollständig kodiert. Kodieren beinhaltet, dass entsprechende Textpassagen einer Kategorie mit passender Ausprägung zugeordnet werden. Das konsensuelle Kodieren fand bei diesem Forschungsprojekt keine Anwendung. Auf Grundlage der Kodierungen wurden Fallübersichten erstellt (Schritt 4) und sofern nötig wurden in einem fünften Schritt vertiefende Einzelfallanalysen gestaltet. Einzelfallanalysen können hilfreich sein, um neue Hypothesen zu finden oder vorhandene Hypothesen an einzelnen Interviews zu überprüfen.

In einem weiteren Schritt wurden in diesem Forschungsprojekt Experten aus verschiedenen Arbeitsbereichen mit Rehabilitationsbezug zu einer Expertenrunde eingeladen, um in einer Diskussionsrunde zu den Ergebnissen Stellung zu nehmen. Die Rückmeldungen aus diesen Diskussionen stellen eine weitere Informationsquelle dar, vor deren Hintergrund die Interpretation der Ergebnisse vorgenommen wurde.

5. Ergebnisse

Im diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der Auswertung der Interviews dargestellt. Abschnitt 5.1 stellt die Ergebnisse der Leistungsträger dar und Kapitel 5.2 beinhaltet die Ergebnisse der leistungsträgerunabhängigen Beratungsstellen.

5.1 Ergebnisse - Berater/ Beratungsstellen der

Leistungsträger

5.1.1 Beratung der Versicherten durch die Leistungsträger

Die Beratung von Versicherten ist originäre Aufgabe der Leistungsträger und ist per Gesetz in § 14 SGB I normiert. Für Rehabilitationsträger konkretisiert bspw. § 12 I Nr. 3 SGB IX die Beratungspflicht entsprechend den Zielen nach § 1 und § 4 SGB IX. Die Experteninterviews wurden mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (MitarbeiterInnen) von gesetzlichen Kranken-

⁷⁶ vgl. Schmidt (2000), S. 448ff

kassen und der Deutschen Rentenversicherung durchgeführt, dabei sind die Gemeinsamen Servicestellen inkludiert. Die befragten Personen stehen in direktem Kontakt mit dem Versicherten und sind langjährige MitarbeiterInnen. Ergänzend wurde ein Interview mit dem Vorstand einer Krankenkasse geführt.

5.1.1.1 Beratung - Zeitpunkt

Die Beratung von Versicherten findet zu unterschiedlichen Zeitpunkten des Rehabilitationsverfahrens statt. Nach Aussagen der befragten Experten finden Beratungen sowohl vor, während als auch nach Antragstellung statt.

Beratungen vor Antragstellung werden vor allem von Personen in Anspruch genommen, die von ihrem behandelnden Arzt den Hinweis bekommen haben, eine rehabilitative Leistung zu beantragen bzw. von Versicherten, die eine Aufforderung der Krankenkassen erhalten haben, eine Rehabilitationsmaßnahme zu beantragen (vgl. § 51 I SGB V).

x1: *„Also entweder, wenn der Arzt ihnen praktisch sagt, Rehaantrag wäre bei Ihnen notwendig, wir kommen vor Ort nicht mehr weiter, dann rufen die bei uns an.“* (12, Paragraph 16)

x3: *„Das ist unterschiedlich (...). In der Regel kommen die hierher und sagen, mein Arzt hat gesagt oder Krankenkasse, Medizinischer Dienst wenn sie länger krank sind, hat gesagt, ich sollte eine Reha beantragen.“* (11, Paragraph 18)

Beratungen während der laufenden Antragsbearbeitung beziehen sich zumeist auf Fragen, die sich aus den Antragsformularen ergeben oder zu Fragen die mit der Entscheidung der Bewilligung in Zusammenhang stehen (z. B. Gutachter, MDK).

x2: *„...im weiteren Ablauf gibt es dann nur noch ergänzende Fragen, die sich aus den Formalitäten ergeben, aus den weiteren Schritten, was sagt der MDK; wie ist das mit der Kurbelegung.“* (15, Paragraph 20 - 21)

Die Beratungsleistungen nach der Antragstellung beziehen sich auf die positiv bzw. negativ beschiedenen Bewilligungen. Bei positiven Bescheidungen bezieht sich der Beratungsbedarf auf ergänzende, weitergehende Fragen wie z. B. der weiteren Organisation der Rehabilitationsmaßnahme.

Nach ablehnenden Bescheiden stehen die Ablehnungsgründe im Fokus und es wird vorrangig zur Erstellung von Widerspruch beraten.

x7: *„..., also wenn wir bewilligen oder ablehnen, auch wenn wir ablehnen wird angefragt, warum, weshalb, man wäre krank und warum wir jetzt ablehnen und was man davon zu halten hätte.“* (17, Paragraph 26 - 27)

5.1.1.2 Beratung - Durchläufer

Als Durchläufer werden diejenigen Versicherten erfasst, die trotz Rehabilitationsantrag keine Beratung durch ihren Leistungsträger in Anspruch nehmen.

Im Rahmen der Anschlussheilbehandlung werden äußerst selten Beratungen von Leistungsträgern durch Versicherte in Anspruch genommen. Diese Leistungen werden vorrangig bspw. durch MitarbeiterInnen der krankenhausinternen Sozialarbeit angeboten.

x2: *„Das kann man, wenn jetzt zum Beispiel jemand im Krankenhaus gewesen ist und direkt im Rahmen der Anschlussheilbehandlung zur Kur praktisch fährt oder fahren soll, dann findet in vielen Fällen nicht mal ein Kontakt zum Kunden statt, weil das eben der jeweils entsprechende Sozialdienst des Krankenhauses übernimmt, die ganze Rehaantragstellung, das ganze Verfahren.“* (15, Paragraph 22)

Im Bereich der Sucht- bzw. Psychotherapie werden Antragsteller primär durch unabhängige Beratungsstellen oder initiiierende Ärzten beraten und wenden sich kaum an Berater ihrer Leistungsstelle.

x1: *„Ja, gut, wenn ich jetzt halt mal in den Bereich der Suchtreha gehe oder so, also ich mein, das wird dann meistens über die Suchtberatungsstelle gemacht, das machen wir weniger persönlich, ja auch im psychosomatischen, psychischen Bereich, oft dass eher so der Therapeut oder der Arzt dann macht.“* (13, Paragraph 26)

5.1.1.3 Beratung - Ablauf

Beratungen zur Antragstellung von Rehabilitationsleistungen sind je nach Krankenkasse oder Rentenversicherungsträger unterschiedlich strukturiert.

Die Beratung durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenkassen erfolgt telefonisch oder in einem persönlichen Beratungsgespräch. Der Ablauf des Gespräches orientiert sich nach Indikation an entsprechenden Leitfäden oder ist reaktiv.

Die Beratung durch MitarbeiterInnen der Gemeinsamen Servicestellen ist nach deren Aussagen durch eine „allgemeine Unterhaltung“ gekennzeichnet. Dabei schildert der Versicherte sein Anliegen und durch Nachfragen des Servicestellenmitarbeiters werden entsprechende Informationen bereitgestellt. Im Einzelfall werden die entsprechenden Formalitäten gemeinsam erörtert und ausgefüllt.

Die Beratungen der Rentenversicherungsträger finden vorrangig in den Auskunfts- und Beratungsstellen statt und sind einzelfallbezogen. Der Kontakt zwischen Antragsteller und Sachbearbeiter der Leistungsebene findet vorwiegend während oder nach Bescheidung auf telefonischer Basis statt.

x7: *„Wir gehen auch ja gezielt auf die Fragen des Versicherten ein. Weil wir schicken ja mit den Bewilligungen die Merkblätter raus, in denen ist alles drin, was der Versicherte eigentlich wissen muss und wenn dann dazu noch Fragen auftreten, sind gewöhnlich wir diejenigen, die dann beraten am Telefon dazu, also zu den speziellen Fragen.“* (17, Paragraph 18)

x2: „Also die meisten Anfragen erreichen uns telefonisch, so dass sich im telefonischen Kontakt schon gleich das erste ausführliche Beratungsgespräch ergibt. Grundsätzlich fragen wir die Kunden zunächst, um was für eine Kur es sich handelt, bereits ein Gespräch mit dem Arzt im Vorfeld stattgefunden hat, ob das initiiert wurde durch den Arzt, durch den Krankenhausarzt, oder ob das aus eigenem Antrieb geschieht, einfach um zu sehen, ja, woher die Intention kam und ob das eigenes Empfinden ist oder ob ein Arzt halt gesagt hat, es ist medizinisch notwendig. So dass wir das Ganze dann eingrenzen, dass wir wissen, geht es um ambulante Rehamassnahmen, geht es um stationäre Rehamassnahmen. Ja und dann geht es natürlich um die Erkrankung, wenn keine Gespräche stattgefunden haben, empfehlen wir immer den Weg zum Arzt, damit wir auch ermitteln können, was für eine Art der Rehamassnahme das sein soll, oder wir nehmen direkt Kontakt zum Arzt auf und klären das dann.“ (15, Paragraph 14)

x5: „Da führen wir in der Geschäftsstelle das Beratungsgespräch. Da haben [für] die Kundenbetreuer Beratungsbögen entwickelt, was entscheidende Fragen sind, was sie hinterfragen sollen, sie beraten sollen und auch praktisch drauf hinweisen sollen auf sag ich mal, ja, wie soll ich das ausdrücken, Probleme, die auch auftreten können in so einer/ während so einer Maßnahme, weil Viele ganz andere Vorstellungen davon haben. Das Beratungsgespräch wird dann aufgenommen mit den Versicherten, der Antrag ausgegeben und ein Selbstauskunftsbogen, weil das ja wieder eine spezifische Vorsorgeleistung ist, die einerseits medizinische Gründe erfordert und auch psychosoziale, hauptsächlich eben Probleme, die in der Erziehung auch mit Kindern und so weiter auftreten.“ (17, Paragraph 8)

5.1.2 Wunsch- und Wahlrecht

5.1.2.1 Wunsch- und Wahlrecht in der Beratung

Von Seiten der Leistungsträger wird während einer Beratung nicht explizit auf das Wunsch- und Wahlrecht hingewiesen. Wünsche, die Versicherte bewusst, beispielsweise für eine bestimmte Einrichtung, äußern, werden in den Anträgen aufgenommen.

x2: „Also wir weisen den Kunden nicht explizit darauf hin, dass er nach gesetzlichen Bestimmungen ein Wunsch- und Wahlrecht hat, das halten wir auch nicht für sinnvoll. Gut grundsätzlich könnte man sagen, der Vollständigkeit halber innerhalb der Beratung müsste man es ihm sagen, nur wir nehmen ohnehin Rücksicht.“ (15, Paragraph 16 - 17)

x1: „Also wir weisen jetzt nicht aktiv darauf hin, wenn der Wunsch nach einer Klinik kommt und die fragen, ja, kann ich mir da jetzt eine Klinik auswählen oder wie sieht das dann aus, in welche Einrichtung komme ich, sagen wir, dass wir erst mal nach dem Medizinischen eben schauen, dass wir dann schauen nach Einrichtungen die die Beschwerden behandeln kann. Soweit der Wunsch, der angegeben wird, berücksichtigt werden kann, tun wir das. Ja, aber

eventuell schauen wir halt auch, ob wir da zu einer anderen Möglichkeit kommen.“ (13, Paragraph 32 - 33)

5.1.2.2 Wunsch- und Wahlrecht - Rolle für die Versicherten

Aus Sicht der Leistungsträger ist das Wunsch- und Wahlrecht für Versicherte nicht von primärer Bedeutung. Im Vordergrund steht die Bewilligung der beantragten Leistung.

x1: „Ich denke mal, wichtig ist es für den Kunden an sich, eine Reha bewilligt zu bekommen. Ich denke mal, das Wunsch- und Wahlrecht steht eher an zweiter Stelle.“ (13, Paragraph 58 - 59)

x3: „Es spielt eine untergeordnete Rolle, keine würde ich nicht sagen, genauso wär's übertrieben zu sagen, spielt jetzt eine wahnsinnig große Rolle.“ (11, Paragraph 14)

5.1.2.3 Wunsch- und Wahlrecht - Vorinformationen

Der Großteil der Versicherten, die eine Beratung aufsuchen haben keine Vorinformationen zum Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 SGB IX. Vereinzelt machen Versicherte deutlich, dass sie Kenntnis entsprechender Normen haben - dies stellt bislang noch die Ausnahme dar.

x2: „Also speziell jetzt auf die Vorschrift und dass sie sagen, dass sie von sich aus kommen und sagen, Mensch, im Rahmen meines gesetzlich vorgegebenen Wahlrechtes hab ich die und die Wünsche oder Anforderungen oder Vorstellungen, bisher noch nicht ein Mal vorgekommen in meiner Zeit. (15, Paragraph 34)

x7: „Dass es gesetzlich verankert ist, wissen sie, aber sie können nicht konkret den Paragraphen benennen...Doch, doch und dass es das SGB IX gibt, doch doch. Das wissen doch auch schon/. Muss man natürlich auch so ein bisschen/, könnte man die Klientel differenzieren. Also/, doch, der ein oder andere Personenkreis könnte schon aufs SGB IX abstellen.“ (17, Paragraph 34)

5.1.3 Wünsche

5.1.3.1 Wünsche der Versicherten

Die Wünsche der Versicherten beziehen sich vorrangig auf bestimmte Orte/ Regionen bzw. auf bestimmte Einrichtungen. Weitere Wünsche beziehen sich auf die Anwendung bestimmter Therapiekonzepte und die Begleitung der Rehabilitanden durch Angehörige.

x1: „Da geht's häufig nach der Region, an die See, ins Gebirge. Das ist eigentlich so das häufigste. Also ganz schlimm.“ (13, Paragraph 36)

x1: „Und das andere ist eben ganz klar immer mit den Einrichtungen, das ist ein ganz, ganz wichtiger Punkt eben für unsere Versicherten, dass die irgendwelche Vorinformationen übers Internet haben oder von Bekannten, dass das eben eine sehr gute Einrichtung ist, dass sie da eben hin möchten.“ (12, Paragraph 38)

5.1.3.2 „Berechtigte“ Wünsche

Für die Leistungsträger sind alle Wünsche berechtigt, sofern diese mit der medizinischen Indikation begründet werden können. Weiterhin sind Wünsche zu berücksichtigen, die mit der religiösen Anschauung bzw. der Lebensweise (z. B. Ernährung) der Rehabilitanden in Verbindung stehen. Wünsche die auf eigene (negative/ positive) Vorerfahrungen basieren sind ebenfalls aus Sicht der Leistungsträger berechtigt.

x4: „Berechtigte Wünsche sind immer die, die der Gesundheit und dem Rehaziziel letztendlich entsprechen.“ (14, Paragraph 14)

x3: „Also wenn jetzt religiöse Sachen wären und ich kenn denjenigen und weiß, es hat für ihn diese Bedeutung, das ohne weiteres auch.“ (11, Paragraph 98 - 99)

x5: „...dass jemand das vorher drauf schreibt, dass er da schon mal war, oder gute Erfahrungen durch andere gesammelt hat, und da gern hin möchte...“ (17, Paragraph 52)

5.1.3.3 „Unberechtigte“ Wünsche

Als unberechtigt gelten für Leistungsträger Wünsche, die nicht aus der medizinischen Indikation heraus begründet werden können. Weiter werden Wünsche als unberechtigt angesehen, wenn die regionale Lage der Einrichtung bzw. der zeitliche Rahmen der Maßnahme einen „Urlaubsanreiz“ vermuten lässt.

x6: „...wenn es bei den Versicherten wirklich nur darum geht, dass vielleicht da ein landschaftlicher Anreiz oder so da ist und sich das nicht unbedingt mit den wirtschaftlichen Vorgaben der Kasse im Einzelfall deckt...“ (110, Paragraph 102)

x4: „Aber nicht berechtigte Wünsche wären eben zum Beispiel ja geographische Ausrichtungen, die in keinster Weise in der Indikation wiederzufinden wären.“ (14, Paragraph 94)

x1: „Also Wünsche die ich zurückweise, wenn der Antrag einfach jetzt am Ende von den Sommerferien fürs nächste Jahr schon gestellt werden sollte, also dass quasi der Urlaub schon im Voraus gebucht ist, also das ist halt so, wenn's wirklich weit im Voraus gebucht werden sollte. Wünsche an der See, wenn jetzt keine Indikation dafür besteht, also wenn jemand ein orthopädisches Leiden hat und will an die See fahren, weil's ihm da eben von der Region besser gefällt, ja, das weisen wir auch zurück, weil wir da einfach Alternativen haben. Das ist so das, was wir generell zurückweisen oder wo wir darauf hinweisen, dass es eigentlich aussichtslos ist.“ (12, Paragraph 82)

5.1.3.4 Umgang mit Wünschen der Versicherten

Grundsätzlich nehmen die Berater mündlich oder schriftlich geäußerte Wünsche, die der Versicherte aktiv äußert, in die Anträge mit auf. Die Berater fragen aber zumeist nicht explizit nach bestimmten Wünschen der Versicherten.

x4: *„Und dann gucken wir halt, gibt es einen Wunsch? Dass man sagt, wir haben das eine oder andere Mal, das jemand wirklich sagt, Mensch, ich möchte gern an die See und dann möchte ich speziell in den und den Ort. Und selbst, wenn es dann keine Vertragsklinik von uns ist, nehmen wir das gerne auf und berücksichtigen das dann auch, insofern es begründet ist dann in den Fällen.“* (14, Paragraph 46)

x2: *„Also grundsätzlich nehmen wir alles das, was er uns sagt, der Kunde er sagt und welche Vorstellungen und Wünsche er hat, was bei ihm Besonderes zu beachten ist, nehmen wir das auf und dann im weiteren Ablauf gucken wir natürlich, wenn es nachher zu dieser RehaMaßnahme kommt und zu der Kurklinik, zu der Belegung, versuchen wir halt darauf einzugehen, wobei wir von vorneherein nie sagen können, ob wir alle Wünsche in Anführungsstrichen erfüllen können, wir müssen dann halt gucken, ja, was vordergründig ist und was dann auch umsetzbar ist.“* (15, Paragraph 60)

x4: *„Eigentlich sehr gezielt, das heißt also, wir besprechen dann schon, warum und weshalb die Wünsche bestehen, das heißt also, sind sie medizinischer Natur, sind sie, wie wir das schon gesagt haben, eben konfessioneller Natur, sind es Wünsche die, ja, die eigentliche Rehabilitation, das heißt das um was es eigentlich geht, in keinster Weise tangieren, das heißt also, die man vielleicht äußern kann, die aber für die eigentliche Rehabilitationsmaßnahme ohne Belang sind. Das stellen wir/ darauf stellen wir schon ab und schauen dann, was wir in unserem Klinikpool haben, ich [hatte es] ja schon erwähnt und welches Angebot der Versicherte dann möchte. Und dann schauen wir schon, warum und weshalb gerade die Klinik, die er dann wünscht. Wenn wir das nicht bieten können, was die Klinik dann im Angebot hat, dann gehen wir natürlich grundsätzlich auch auf das Angebot ein, gar keine Frage, beziehungsweise auf den Wunsch des Versicherten.“* (14, Paragraph 58)

5.1.3.5 Einfluss auf Wünsche

Die Wünsche der Rehabilitanden werden vor allem durch den Familien- und Bekanntenkreis beeinflusst, wenn es um die Auswahl der Einrichtung geht. Dabei finden positive/ negative Erfahrungen besondere Berücksichtigung und gehen in den Entscheidungsprozess ein. Neue und immer wichtiger werdende Informationsquelle ist das Internet. Wenn auch zumeist erst im Nachgang einer Bewilligung, informieren sich die Versicherten über Einrichtungen und Therapien neben dem Familien- und Bekanntenkreis über das Internet. Einfluss auf die Wünsche kann ebenso der behandelnde Arzt nehmen. Empfehlungen des Arztes finden sich

fast immer in den Wünschen der Antragsteller wieder. Wünsche der Rehabilitanden werden letztlich durch eigene Vorerfahrungen beeinflusst. Positive und negative Rehabilitationserfahrungen werden bei folgenden Rehabilitationsanträgen berücksichtigt.

x3: „Der wird bestärkt, weil A die waren schon mal da oder Freundes-, Bekannten- Verwandtschaftskreis hat gesagt, sie waren da, das hätte ihnen dort gut gefallen.“ (11, Paragraph 48)

x1: „Würd ich schon sagen, ja, also gerade so in der Internetzeit, wo man sich vors Internet setzen kann, mal gucken kann, ich denk mal schon, dass das beeinflusst.“ (13, Paragraph 162)

x7: „...also der Facharzt, der Hausarzt oder der Facharzt zu dem ich jede Woche oder jeden Monat gehe, der hat zu mir Einfluss. Ja, zu dem hat man ja auch Vertrauen eigentlich, soll ja so sein, sollte. Also denk schon, die haben größeren Einfluss auf die Versicherten, auf ihre Patienten und ist ja auch gut so, warum nicht.“ (16, Paragraph 164)

5.1.3.6 Wünsche - Alter

Das Alter kann nicht als wesentlicher Einflussfaktor für Wünsche betrachtet werden. Vereinzelt wurde geäußert, dass jüngere Rehabilitanden mehr von ihren Rechten Gebrauch machen und dem Rehabilitationsprozess offener gegenüber stehen. Im Grundsatz spielt das Alter aber keine herausragende Rolle beim aktiven Einfordern von Wünschen bzw. auf das Wunsch- und Wahlrecht.

I: „Gut, demnach dann auch nicht vom Alter?“

x2: „Na, wenn ich jetzt so/, nein. Nein, könnte ich nicht sagen.“ (15, Paragraph 101 - 102)

x7: „Ja, würd ich sagen, schon. Die Jüngeren sind da offener, die gehen da anders dran. Die Älteren sind vielleicht doch, Ältere meine ich jetzt schon über 50-Jährige so, die sich sagen, Ich nehme erst mal das, was ich kriege oder so.“ (19, Paragraph 110)

5.1.3.7 Wünsche - Geschlecht

Wünsche in Abhängigkeit des Geschlechtes sind divergent. Nach Aussagen der Interviewten artikulieren Frauen öfter und mehr Wünsche als Männer. Die Wünsche, die Frauen äußern, sind anspruchsvoller und Frauen sind informierter als Männer.

I: „Also kann man sagen, dass Frauen diejenigen sind, die mehr Wünsche stellen?“

x1: „Ja.“ (13, Paragraph 117 - 118)

x1: „Ich würd sagen, Frauen sind schon anspruchsvoller. Ja. Wenn's so um die Einrichtung geht, also schön aussieht, dass die Region passt. Also ich bin der Meinung, Frauen sind da anspruchsvoller.“ (13, Paragraph 114)

x1: „[Eher] so das Rundumpaket, auch die Ernährung und alles so drum und dran, also Frauen nehmen das/ oder schauen sich das genauer an vorher, informieren sich da mehr.“ (13, Paragraph 116)

5.1.3.8 Wünsche - Bildungsniveau

Die Frage der Wünsche im Kontext zum Bildungsniveau wurde von den Befragten nicht einheitlich beantwortet. Die Tendenz zeigt aber, dass Versicherte mit einem höheren Bildungsniveau Wünsche besser artikulieren können und sich intensiver mit dem Thema Rehabilitation beschäftigen.

x7: „Ja. Ja. Ganz einfach daher, weil, muss ich jetzt mal sagen, die einfach strukturierten Leute sich einfach mit dem Thema nicht beschäftigen. Die machen, was man ihnen sagt. Also, während die, die ein bisschen mehr gebildet sind, doch sich mit allem mehr befassen, also lesen und sagen, Ich hab hier Rechte, während die andern da nicht so drauf achten. Muss man einfach so sagen. Ist zwar schade, aber es ist so. Sie würden ja genauso Recht kriegen wie ein anderer aber es ist leider so.“ (17, Paragraph 138)

x4: „Ja, schon eher, denn das merkt man schon, ob da jemand Antragsteller ist, der regelmäßig sich mit bürokratischen Dingen doch eher abgegeben hat, als jemand, der damit eher weniger zu tun hat. Doch, doch, das ist schon festzustellen.“

I: „Also würden Sie sagen, jemand, der [einen] höheren Bildungsstand hat, weiß besser Bescheid also oder?“

x4: „Ja, der ist besser informiert und hat auch andere Forderungen als jemand der dann in der Bildung vielleicht nicht so weit oben, ja, ja, gar keine Frage.“ (14, Paragraph 136 - 138)

x1: „Also eigentlich nicht, weil letztendlich die Versicherten die sich vorinformieren, das ist eigentlich gemischt, wobei man natürlich sagen muss, dass Beschäftigte da einfach ihren gewissen Vorteil haben, weil sie eben mit mehr Leuten in Kontakt sind und mehr Informationen bekommen und haben. Aber dass man jetzt sagt, dass ein Gebildeter da mehr Wünsche äußert als ein nicht Gebildeter, das Gefühl hab ich nicht. Nein.“ (12, Paragraph 122)

5.1.3.9 Wünsche - Bezug zum Gesundheitssystem

Versicherte, die selbst im Gesundheitssystem integriert sind oder durch den Familien- und Bekanntenkreis Zugang zum Gesundheitssystem haben, treten bei einer Beratung und bei der Artikulation von Wünschen weitaus selbstbewusster auf. Die vorhandenen Kenntnisse werden bei Antragstellung mit eingebracht.

x4: „Ja, gar keine Frage, wir haben relativ hohen Bestand oder Versichertenbestand auch aus dem Bereich Medizin, sprich also Krankenschwestern, Ärzte, Professoren und das ist natürlich eine ganz andere Qualität der Beratung oder Form der Beratung, weil ich da natürlich auf der anderen Seite jemanden habe, der auch dann seine Wünsche und Dinge dann einbringt auch im fachlichen Bereich, also nicht nur über den Ort oder über den Zeitpunkt hinaus, sondern eben auch im fachlichen Bereich auch. Das ist ganz klar.“ (14, Paragraph 140)

x1: „Also ich würde sagen, die haben einfach ein anderes Auftreten, weil sie mehr Einblicke vielleicht hinter die Kulissen haben. Also wir haben das zum Beispiel immer mal wieder, dass Eltern oder Geschwister oder Kinder von eben Mitarbeitern von anderen Krankenkassen auch zum Beispiel dann Anträge bei uns stellen. Und dass dann eben dieser andere Krankenkassenmitarbeiter eben anruft von der anderen Krankenkasse und sagt, Hier, hör mal, so und so und so, ich kenn mich aus, ich weiß Bescheid. Oder dass eben jemand ist, der selber sogar beim medizinischen Dienst arbeitet, sei es nur in der Poststelle, aber er arbeitet im medizinischen Dienst, er hat seine Einblicke und tritt dann eben bei uns einfach ganz anders auf, weil er dann eben schon sagt, Ich kenn mich aus, ich weiß Bescheid und so und so hat's zu laufen. Also das gibt's durchaus, ja. Oder dass es eben von letztendlich von Mitarbeitern von der Krankenkasse irgendwelche Verwandten oder Bekannten sind und wenn dann letztendlich ein Antrag nicht so/ nicht bewilligt werden kann oder abgelehnt wird, dann schalten sich diese Personen natürlich immer ein.

Und dann steht man denn eben mit diesen Personen im Kontakt und im Konflikt anstatt dem Versicherten. Also das ist definitiv so, dass dann eben noch mal dieser Wunsch nach einer Bewilligung noch mal anders und deutlicher geäußert wird, wo aber letztendlich wir an unser Prüfungsverfahren eben gebunden sind und dann muss man eben diese Konflikte letztendlich austragen.“ (12, Paragraph 124)

x7: „Manchmal erfahren wir das, dass aus dem Verwandten- oder Bekanntenkreis jemand im Gesundheitswesen tätig ist und schon dadurch Informationen erhalten hat. Meistens erfahren wir's erst, wenn sie mit irgendwas nicht einverstanden sind, dass sie dann sagen, also, und dann versuchen sie so ein bisschen Druck zu machen, aber ansonsten kann man da keinen großen Unterschied feststellen.“ (19, Paragraph 122)

5.1.3.10 Begründung der Ablehnung von Wünschen

Die Frage nach Begründungen für die Ablehnung von Wünschen wurde nicht von allen Befragten beantwortet. Ein benannter Grund für die Ablehnung von Wünschen aus Krankenkassensicht kann der fehlende Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V sein. Im Weiteren

spielt das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V eine entscheidende Rolle. Von den Krankenkassen werden daher vor allem eigene Vertragseinrichtungen favorisiert - ist die Wunscheinrichtung nicht Vertragspartner des Leistungserbringers kann dies zur Ablehnung führen. Ein anderer Grund für die Ablehnung von Wünschen im Kontext mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot kann die Entfernung zwischen Wohnort und Rehabilitationseinrichtung sein - da diese Kosten ebenso zu Lasten des Leistungserbringers gehen.

x1: „Also wir stellen dann vor, dass wir eben Vertragseinrichtungen haben, mit denen wir besondere Verträge haben, die qualitätsgeprüft sind, mit denen wir gute Erfahrungen haben und ja dem gegenüber stellen wir dann halt auch die Fahrkosten, die normalerweise also wenn jetzt [meine] Wunscheinrichtung weiter weg ist, entstehen würden, müssten wir die ja auch tragen. Das heißt, diese Einrichtung die wir vorschlagen ist halt oftmals näher und sie ist wirklich von uns qualitätsgeprüft und wir haben gute Erfahrungen und deshalb belegen wir die dann vorrangig.(..) „...die Qualität steht im Vordergrund, weil wir eben da in unseren Vertragseinrichtungen die Qualität selbst kontrollieren. Wir wissen, dass da der Behandlungsplan stimmt, dass das alles so passt, wie wir uns das vorstellen, in der Wunschklinik die jetzt dann keine direkte Vertragseinrichtung von uns ist, können wir das halt nicht sagen.“ (13, Paragraph 86 - 88)

x7: „Also es ist ja ganz einfach so, es ist ein Politikum, die Klinikbetreiber haben ja richtig Verträge mit uns, wo gesagt wird, also so ungefähr, so und so viel Versicherte pro Monat schickt ihr in unsere Klinik. Und klar, da müssen wir uns schon ein bisschen dran halten. Wir möchten unsere Kliniken[auslastungen], wir möchten ja nicht, dass unsere Kliniken irgendwann baden gehen. Das spielt natürlich alles da rein. Also es gibt schon Sachen wo wir dann sagen, so, nein, also jetzt ist genug, jetzt reicht's.“ (17, Paragraph 102)

5.1.4 Widerspruch und Klage

Von allen Beratern wird die Möglichkeit von Widerspruch und Klage thematisiert. Hauptanliegen von Versicherten, die eine Beratungsstelle erst nach negativer Bescheidung aufsuchen, ist die Beratung zu Widersprüchen und deren Ausgestaltung. Widersprüche bezogen auf das Wunsch- und Wahlrecht sind äußerst selten. Sofern Widersprüche in diesem Sinne eingelegt werden beziehen sich diese zumeist auf nicht gewährte aber gewünschte Einrichtungen. Klagen in diesem Zusammenhang sind den Befragten nicht bekannt bzw. entziehen sich deren Kenntnis.

x1: „Also auf Wünsche, ja, also wenn wir eine Wunschklinik ablehnen und der Versicherte sagt, Ich muss aber in diese Klinik, dann legen wir ihm die Möglichkeit dar, er kann Widerspruch gegen die Entscheidung einlegen, empfehlen das aber mit dem behandelnden Arzt

zu machen, dass der Arzt noch mal begründet, weshalb diese Klinik, und wenn das dann für uns nachvollziehbar ist, geben wir dem dann in der Regel auch statt.“ (I3, Paragraph 92)

I: „Aus Ihrer Praxis heraus, wie oft kommt es zu Widerspruchsverfahren?“

x1: „Es ist sehr, sehr selten. Aber das ist vielleicht im Quartal zwei Fälle, drei Fälle, das ist wirklich nicht viel.“

I: „Und dementsprechend Klagen? Oder gab es überhaupt schon mal...?“

x1: „Also Klagen/.“

I: „Klageverfahren?“

x1: „Nein, also nicht, dass ich wüsste. Ich denk mal, so weit gehen wir dann da nicht.“

I: „Steuern Sie da entgegen?“

x1: „Also bevor es zum Klageverfahren kommt, hat der Arzt in der Regel was geschrieben, wo wir dann auch dem Widerspruch stattgeben können. Also so weit gehen wir da in der Regel nicht, es sein denn, es ist jetzt wirklich eine Klinik, die überhaupt keine Zulassung hat oder was, aber/.“

I: „Also würden Sie eher den geringeren Widerstand gehen und einer Klage in dem Sinne entgegen...?“

x1: „Ja das wird so gehandhabt, ja.“ (I3, Paragraph 93 - 102)

x2: „Dann gibt es praktisch ja den üblichen Ablauf, der Versicherte formuliert seinen Widerspruch, bei dem wir auch behilflich sind.“

I: „Dass es auch Klagen gibt, hast du davon Kenntnis?“

x2: „Nein.“

I: „Widersprüche bezüglich Wünschen, die ihr nicht erfüllen konntet, kam so was in der Praxis schon einmal vor?“

x2: „[Nein]. Mir nicht bekannt.“ (I5, Paragraph 88 - 92)

5.1.5 Belegung und Belegverträge

Die Belegung von Einrichtungen durch die Leistungsträger erfolgt nach „pflichtgemäßem Ermessen“. Alle befragten Leistungsträger haben Belegungsverträge mit Einrichtungen abgeschlossen. Vorrangig wird zuerst der eigene „Einrichtungspool“ belegt.

x1: „Wenn wir jetzt beispielsweise eine vergleichbare Einrichtung haben auch die günstiger ist, mit der wir einen speziellen Vertrag haben, versuchen wir da schon umzusteuern.“ (I3, Paragraph 14 - 15)

x2: „Also wenn alle medizinischen Voraussetzungen geklärt sind und eine Kurmaßnahme durchgeführt werden soll, dann gucken wir zunächst in unserm eigenen, wenn man so will,

Pool von Kurkliniken mit denen wir Verträge haben und im ersten Punkt nach der Erkrankung.“ (15, Paragraph 46)

x7: „Zuerst wird abgeprüft, ob die Rehaklinik von ... belegt wird, wegen der Qualitätssicherung. Dann prüfen wir ab, ob's überhaupt indikationsgerecht ist - das ist für uns das ausschlaggebende.“ (19, Paragraph 150)

5.1.6 Wirtschaftlicher Aspekt

Der wirtschaftliche Aspekt spielt bei der Bewilligung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eine Rolle. Rehabilitanden werden gezielt in eigene Einrichtungen bzw. Vertragseinrichtungen gesteuert (vgl. Punkt 5.1.5). Die Kosten der Maßnahme werden der Zweckmäßigkeit gegenübergestellt und die kostengünstigste Alternative für den Leistungserbringer wird favorisiert. Vertreter der Krankenkassen berufen sich dabei auf das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V.

x1: „Ja gut, ich mein von der wirtschaftlichen Seite her, wenn wir den Wunsch ja berücksichtigen und es ist eine Einrichtung die uns teurer kommt, haben wir natürlich da mehr Ausgaben, das ist ganz klar, also wenn wir da schon [gezielt in] unsere Einrichtungen steuern, da haben wir halt oftmals auch Verträge wo die Fahrkosten vielleicht noch mit dabei sind oder so oder wo ein Abholservice mit dabei ist, wo [uns] dann da auch keine zusätzlichen Kosten mehr entstehen, da ist das schon kostengünstiger für uns.“ (13, Paragraph 174)

x4: „Weil ich muss eben wohl auch auf das Wahlrecht eingehen, gar keine Frage, ich muss aber auch immer die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit im Auge behalten, das heißt also, wenn die Rehamaßnahme dann ich sag mal ganz einfach 2000 Euro kostet und ich aber noch 500 Euro Fahrkosten bezahlen muss, dann ist das für mich in keinster Weise wirtschaftlich.“ (14, Paragraph 92)

x1: „Ökonomische Gründe. Also letztendlich ist es halt immer so, dass wir halt schauen müssen, dass der Patient zur richtigen Zeit am richtigen Ort letztendlich ist und es darf natürlich/ es sollte natürlich eine Lösung sein, die finanziell nicht die teuerste ist. Also es soll natürlich geguckt werden, dass es die richtige Maßnahme ist, aber auch mit den geringsten Mitteln sozusagen ja, also dass man jetzt eben hier wirklich drauf achtet, eine nahe Einrichtung zu belegen, eine Einrichtung, mit der eben ein Vertragssatz vereinbart ist, der in Ordnung ist, der eben nicht dimensional viel höher ist als in einer anderen Klinik. Und letztendlich ist das für uns natürlich ein ganz wichtiger Punkt. Der Versicherte bekommt's letztendlich eigentlich nicht mit.“ (12, Paragraph 154)

x4: „Natürlich, ich sagte ja, Wirtschaftlichkeitsgebot nach Paragraph 12 wird immer beachtet, wobei wir ja nun keine extravagant teuren Kliniken hier haben, die jetzt so abweichen, dass man jetzt sagen würde, also wir können den berechtigten Wunsch wenn er da ist nicht erfüllen aus ökonomischen Gründen.“ (18, Paragraph 124)

x7: „Und aber, wie gesagt, aus ökonomischen Gründen ablehnen, nein.“ (19, Paragraph 166)

5.1.7 Medizinische Rehabilitation und das Persönliche Budget

Die Berater der entsprechenden Institutionen weisen die Versicherten in der Regel nicht daraufhin, dass Leitungen zur medizinischen Rehabilitation auch als Persönliches Budget (vgl. §17 II SGB IX) erbracht werden können. Explizite Beratungen werden durchgeführt, wenn Versicherte mit der Bitte um Beratung zum Persönlichen Budget in der Servicestelle erscheinen. Es scheint, als ob Berater selbst nur mangelnde Kenntnis zu dieser Form der Leistungserbringung haben.

x7: „Es ist zu wenig bekannt und muss ich Ihnen auch ganz ehrlich sagen, wir haben damit auch irgendwo noch Schwierigkeiten, also es gibt es, das wissen wir alle, wenn's irgendwas gibt, müssen wir uns auch irgendwas zurechtbasteln, aber also ich glaub alle ... haben damit noch ihr Problem.“ (17, Paragraph 128)

I: „Also von sich aus thematisieren Sie das nicht unbedingt, dass Sie sagen, Okay, Reha, Sie kriegen die Reha bewilligt und es gibt aber auch die Möglichkeit, dass Sie quasi sich um alles alleine kümmern, das bieten Sie so in dem Sinne nicht?“

x1: „So nicht, nein.“

I: „Also wirklich dann nur, wenn jemand auf Sie zukommt und sagt, Es gibt doch und wie sieht es aus mit. Dann ja?“

x1: „Ja. Dann ja, ja.“ (13, Paragraph 109 - 112)

x4: „Weisen wir nicht drauf hin. Das persönliche Budget, auch das ist immer wieder ein ja Aspekt, den wir auch in unseren Tagungen, die wir dann in der Regel ein Mal jährlich hier als Leistungsträger [oder] beziehungsweise Servicestellen dann auch beraten, alle sind immer ganz froh, wenn sie noch keinen Antragsteller hatten, der auf das persönliche Budget angesprochen wurde, weisen wir auch nicht drauf hin, weil es ist schon recht aufwändig.“ (14, Paragraph 128)

5.2 Ergebnisse - leistungsträgerunabhängige Berater / Beratungsstellen

5.2.1 Beratung der Versicherten durch leistungsträgerunabhängige Beratungsstellen

Die Experteninterviews wurden mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von unabhängigen Beratungsstellen durchgeführt. Die befragten Personen stehen in direktem Kontakt mit dem Versicherten.

5.2.1.1 Beratung - Zeitpunkt

Versicherte nehmen zu unterschiedlichen Gelegenheiten eine Rehabilitationsberatung in Anspruch. Beratungen zu dem Rehabilitationsantragsverfahren finden sowohl vor, während als auch nach Antragstellung statt. Es liegt aber eine Tendenz nahe, dass häufiger der Zeitpunkt vor einer Antragstellung eine Rehabilitationsberatung in Anspruch genommen wird.

y1: *„Also wir beraten im Vorfeld und die Patienten, die bei uns in die Direktverlegung gehen, kriegen ja bei uns den Bescheid und werden auch bei uns informiert über die Modalitäten.“* (12, Paragraph 28)

y2: *„Die Klienten kommen zu uns, entweder aus eigenem Antrieb, weil sie das Gefühl haben, dass mit ihrem Konsum was nicht stimmt und dass da ein Änderungswunsch ist, fremdmotiviert durch den Arbeitgeber, durch die Arge, durch Bewährungshelfer, durch die Justiz, wie auch immer.“* (13, Paragraph 8)

y3: *„Davor, eigentlich wird meistens davor erst mal beraten. Also die kommen da mit, wäre nicht mal eine Kur für mich drin und dann gucken wir alles durch, ob das auch so sein kann, ob das auch dann so gerechtfertigt ist, ja.“* (14, Paragraph 16)

Beratungen mit der Antragstellung, verlaufen zum Einem im Zuge einer ärztlichen Untersuchung, die Bestandteil für den Rehabilitationsantrag ist, und zum Anderem ergibt sich eine Beratung zu Fragen, die sich aus dem Rehabilitationsantrag ergeben.

y5: *„Mit der Antragstellung... ist jetzt unterschiedlich, ob sie von anderen Praxen kommen und hierher überwiesen werden, um jetzt nur die Untersuchung zu machen für den Rehabilitationsantrag, oder ob's eigene Patienten sind, die man auch vielleicht die anschiebt und die auch anregt, eine Kurmaßnahme zu beantragen.“* (18, Paragraph 30 - 32)

Die Beratungsleistungen nach der Antragstellung beziehen sich auf die negativ beschiedenen Bewilligungen. Nach ablehnenden Bescheiden stehen die Ablehnungsgründe im Zentrum und es wird primär zur Erstellung von Widerspruch beraten.

y4: *„Oft ist es aber auch so, dass die Rehabilitanden das zunächst selbst machen und erst zu uns kommen, wenn die Maßnahme abgelehnt wird. Und dann müssen wir halt schauen,*

wie wir in Zusammenarbeit mit den Ärzten das eventuell doch noch umsetzen oder halt auch das im Ernstfall sogar vom Sozialgericht prüfen lassen, ob hier eine Maßnahme Sinn macht oder nicht.“ (I6, Paragraph 13)

5.2.1.2 Beratung - Durchläufer

Es werden diejenigen Versicherten als Durchläufer erfasst, die trotz Rehabilitationsantrag keine Beratung durch ihren Leistungsträger in Anspruch nehmen. Die Experten wurden danach gefragt, inwieweit sie einschätzen können, welche Versicherten nicht zu einer Beratung kommen. Dieses konnte vom keinem Experten genau beantwortet werden, wie ein Interviewer gut formulierte: „...die, die nicht kommen, kommen eben nicht.“

y1: *„Nein, kann man gar nicht sagen.“ (I1, Paragraph 43)*

y1: *„Also das kann man bei uns schlecht sagen, weil wir können ja nur die Rehabilitationen machen, die uns gemeldet werden.“ (I2, Paragraph 34)*

y3: *„Eigentlich nicht, nein.“ (I4, Paragraph 18)*

y2: *„Ja die kommen ja dann nicht, wenn sie sich drücken.“ (I5, Paragraph 28)*

y6: *„Ich kann nicht rausfiltern, wer flutscht jetzt durch oder wollte keinen Termin, das sind vielleicht Patienten, die bei uns in der Klinik schon 3, 4 Mal da waren. Aber meist sind das auch die Patienten, ich war ja letztes Jahr schon bei Ihnen, dann kommen sie noch mal.“ (I10, Paragraph 46 - 48)*

5.2.1.3 Beratung - Ablauf

Die Beratungen zur Antragstellung von Rehabilitationsleistungen sind bei den leistungsträgerunabhängigen Beratungsstellen identisch gestaltet. Die Beratung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfolgt überwiegend in einem persönlichen Gespräch. In diesem Beratungsgespräch werden verschiedene Aspekte aufgegriffen, z.B.: Wer ist der zuständige Leistungsträger? Welche Einrichtungen stehen für die bestehende Indikation zur Auswahl? Ablauf und Zeitpunkt der Rehabilitation sind ebenso wichtige Themen in der Beratung.

y6: *„Der typische Ablauf ist, über den Therapieplan bekommen wir also den Patienten praktisch mitgeteilt und der Patient wird dann regulär eingeladen und wir stellen uns dann hier vor, wer wir sind, was unsere Tätigkeitsfelder sind und fragen dann, ob allgemein Fragen sind, oder ob der Termin gar nicht gewünscht worden ist, weil natürlich auch manche Patienten das einfach nur vorsorglich bekommen und gar nicht wissen, was jetzt hier so passiert. Und dann, je nach dem, ob das jetzt vom Patienten gewünscht worden ist, wird natürlich der Patient mit seinen Fragen direkt auf uns zukommen und wir machen dann Lösungsvorschläge, leiten Hilfemaßnahmen ein, nehmen Kontakt zu irgendwelchen Institutionen auf, beziehungsweise, wenn es nicht gewünscht worden ist vom Patienten, stell ich auch mein Leistungsprofil vor und dann ergibt sich was. Also ich frage den nach Schwerbehinderung und*

dann, Nein, hab ich noch nicht, oder ja hatte ich mal, aber, und dann ergibt sich ein Gespräch.“ (I10, Paragraph 7 - 11)

Erfolgt die Beratung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialverbandes, wird hingegen vorwiegend nach einem ablehnenden Bescheid über die weitere Vorgehensweise beraten, wobei hier die Thematik Widerspruch- und Klage aufgegriffen wird. Nach dem Erkenntnisstand der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist kein Fall bekannt, bei dem es nach einem Widerspruch bis zur Klage navigiert hat.

y4: „Also die Leute, die zu uns kommen, haben ja meistens Sorgen. Das heißt, sie kommen mit einem bestimmten Grund hierher und ich sage jetzt mal, es geht um die Rente oder die Rehabilitation. Und wenn sie zu uns kommen, dann ist der Kopf voll von den Leuten, sie wissen nicht, wohin und sie suchen irgendjemand der quasi Unabhängigen ihnen erst mal sagt, was ist das überhaupt, woher kommt dieses Wort und was ist das SGB oder sonst was. Und die kommen eben halt zu uns.“ I: „Und welche Infos bekommen sie dann von Ihnen?“

y4: „Dann erklären wir den Werdegang, warum, weshalb heißt es Reha vor Rente zum Beispiel. Ja, was ist der Werdegang eines Antrags, wie läuft das auf dem Verwaltungswege ab und wie könnten wir demjenigen helfen bei der Durchsetzung seiner Ansprüche.“ (I7, Paragraph 9 - 10)

5.2.2 Wunsch- und Wahlrecht

5.2.2.1 Wunsch- und Wahlrecht in der Beratung

Von Seiten der leistungsträgerunabhängigen Beratungsstellen wird mehrheitlich während einer Beratung auf das Wunsch- und Wahlrecht hingewiesen. Wünsche, die Versicherte bewusst, beispielsweise für eine bestimmte Einrichtung äußern, werden in den Anträgen aufgenommen.

y1: „Aber wir können's versuchen, wir geben ab, wir schreiben ein Anschreiben für unsere Versicherten ran, dass er das gerne wünscht, weil er halt eine Misteltherapie macht und andere Sachen schon im täglichen Leben sowieso macht und er würde gerne diese Einrichtung haben wollen. Wir geben's an den Kostenträger ab, sagen auch dem Patienten, Lassen Sie einfach Ihren Kostenträger entscheiden, beziehungsweise Sie können ja auch noch mal persönlich vorsprechen. Das machen wir natürlich, weil wie gesagt, bezogen auf das Wunsch- und Wahlrecht.“ (I1, Paragraph 80)

y2: „Also uns ist dann auch egal, was andere möchten, sondern wir gucken, worauf kann der Klient sich einlassen, wir suchen mit ihm eine geeignete Einrichtung aus, das heißt, das Wunsch- und Wahlrecht, was Sie vorhin angesprochen haben, ist uns ganz wichtig.“ (I3, Paragraph 18)

5.2.2.2 Wunsch- und Wahlrecht - Rolle für die Versicherten

Überwiegend spielt das Wunsch- und Wahlrecht für die Versicherten in den Beratungsstellen eine untergeordnete Rolle, da es für den Personenkreis entscheidend ist, dass sie einen Rehabilitationsantrag genehmigt bekommen.

y4: *„Weniger. Weniger. Ich glaube, dass die meisten Leute das überhaupt nicht wissen. Wenn sie den Rehabilitationsantrag stellen, schreiben sie ihre Krankheiten dort rein, was sie haben und gegebenenfalls noch einen Wunsch und eigentlich sag ich mal aus der Praxis, aus meiner Erfahrung, spielt das überhaupt gar keine Rolle, dass es ein Wunsch- und Wahlrecht gibt. Also ich glaub's nicht, dass derjenige, wenn er den Antrag stellt, um beim Rententräger oder auch bei der Krankenkasse, dass die dann sagen, So, jetzt können Sie sich aber aussuchen, wo möchten Sie denn gerne hin, das halte ich für absolut, ja, muss ich lachen drüber.“* (17, Paragraph 50 - 51)

y5: *„Ich würde es als nachrangig bezeichnen von dem, was ich gesehen habe. Das Vorrangige ist für die wirklich, dass die eine Kurmaßnahme bekommen. Und die auch wahrnehmen können und wenn sie das im zweiten Schritt dann beeinflussen können, wäre es umso besser, aber das wäre dann das I-Tüpfelchen.“* (18, Paragraph 52 - 55).

5.2.2.3 Wunsch- und Wahlrecht - Vorinformationen

Es war eine entscheidende Frage im Interview, ob Vorinformationen seitens der Versicherten über das Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 SGB IX bestehen. Erkennbar ist, dass Vorinformationen über das Wunsch- und Wahlrecht weniger bei den Versicherten existieren. Vereinzelt wird eine Wandlung hinsichtlich der Vorinformationen über das Wunsch- und Wahlrecht bei den Versicherten deutlich.

y1: *„Nein. Weil Patienten sich ja nie damit beschäftigt haben.“* (12, Paragraph 46)

y2: *„In der Regel nicht, aber das spielt auch keine große Rolle, also wir weisen ja sowieso immer wieder darauf hin.“* (13; Paragraph 71)

y2: *„Einige wissen das, weil ich sage mal in der Suchtlandschaft, ist das inzwischen schon ein Thema. Also das ist zumindest so meine Erfahrung, dass die sagen, ich kann mir ja eine Klinik auswählen.“* (15, Paragraph 44)

y6: *„Ja. Einige wissen Bescheid und einige halt nicht. Aber es gibt die Patienten, die auch sagen, ich hatte mich informiert, ich wollte hierhin, ich hab von dem Recht Gebrauch gemacht, also das gibt es durchaus.“* (110, Paragraph 52 - 53)

5.2.3 Wünsche

5.2.3.1 Wünsche der Versicherten

Von den Versicherten wird oft, in einer leistungsträgerunabhängigen Beratung, der Ort als ein erster Wunsch genannt. Je nach Indikation möchten sie lieber in der näheren Umgebung

bleiben oder einen Abstand vom sozialen Umfeld gewinnen. Als weitere Wünsche werden unter anderem Therapiekonzepte, Mitnahme einer Begleitperson oder eine religiöse Orientierung der Einrichtung genannt.

y1: „Also der Ort spielt eine ganz große Rolle.“

I: „Oder wollen die vielleicht auch eine Begleitung mitnehmen?“

y1: „Das hat zugenommen. Ja, das hat sehr zugenommen. Also fast jeder zweite Patient nimmt eine Begleitperson mit.“ (I1, Paragraph 68 - 70)

y1: „Wenn es Wünsche sind, also oftmals, dass sie gerne heimatortnah bleiben möchten, also das spielt schon eine große Rolle. Oder bei unseren Tumorpatienten ist es so, dass sie natürlich gerne an die Ostsee möchten. Also wenn man dann so sehr lange in der Behandlung ist, dann möchte man's auch gerne schön haben. Oder ältere Menschen, die möchten eben gern hier in Neubrandenburg in der geriatrischen Rehabilitationsklinik auch bleiben, damit Angehörige gut zu Besuch kommen können. Also es gibt unterschiedliche Dinge, weshalb Menschen dann plötzlich sagen, Ich möchte hier hin oder ich möchte da hin.“ (I2, Paragraph 48)

y4: „Schon oft den Wunsch, dass der Ehepartner vielleicht in der Einrichtung mit zugegen sein kann... was eigentlich immer funktioniert ist, wenn es bezüglich religiöser Orientierung also den ausdrücklichen Wunsch gibt, in einer klinischen Einrichtung betreut zu werden.“ (I6, Paragraph 31)

y4: „Ich möchte eine Begleitperson mitnehmen, oder ich möchte lieber dort hin als da hin? Dass ihnen geholfen wird, ganz einfach, dass sie Sorgen und Probleme haben und dass ihnen grundsätzlich geholfen wird.“ (I7, Paragraph 30)

y5: „Ich möchte gerne hier bleiben, weil meine Familie vor Ort ist? Mehr lokal verbunden. Also was mir hier auffällt, dass mehr stationäre Kuren halt gewünscht werden und dann nicht allzu weit weg, möglichst in Mecklenburg-Vorpommern.“ (I7, Paragraph 46)

5.2.3.2 „Berechtigte“ Wünsche

Es wurden sehr vielfältige und mannigfaltige berechtigte Wünsche genannt, wie z. B. die familiäre Nähe, soziale Nähe, vor Ort bleiben oder die eigenen Vorerfahrungen. Es war die notwendige Voraussetzung für einen berechtigten Wunsch, dass die Indikation einen entscheidenden Faktor ausmachte. Ein Experte äußerte zudem auch, dass für ihn „jeder Wunsch berechtigt ist“.

y1: „Also berechtigte Wünsche sind, wenn ich einen Patienten habe, der hier vor Ort bleiben möchte, weil ein alter Herr, der Ehemann, hier auch in der Stadt wohnt und nicht woanders hin könnte, um die Mutter zu besuchen. Oder ein berechtigter Wunsch ist für mich auch,

wenn ein Patient schon 2 Mal in einer Rehabilitationseinrichtung wegen einem Herzinfarkt gewesen ist und die kennen ihn dann schon, dann gucke ich, dass er auch ein drittes Mal da wieder hin kann.“ (I2, Paragraph 66)

y3: „Ich entscheide das nach dem Krankheitsbild...“ (I4, Paragraph 46)

y2: „Zuallererst ist jeder Wunsch berechtigt.... Also Haustiere in Form von Hunden, das geht. Ich hatte neulich die interessante Anfrage, wo jemand gesagt hat, Könnte ich mein Pferd mitnehmen? Ist nicht das Thema, weil es eine Einrichtung gibt, die richtig Tiere, landwirtschaftlicher Bereich, haben, da wäre das wahrscheinlich die Transportfrage. Wir hatten schon gehabt, dass jemand seinen Kakadu mitgenommen hat, also seinen Papagei oder so was, also Vögel. Das ist abzuklären.“ (I5, Paragraph 68)

y4: „berechtigte Wünsche halte ich zum Beispiel, wenn jemand die seelische Erkrankung die körperliche schon überschlägt, ja, und er sagt, Ich traue mich ohne meine Frau eigentlich gar nicht mehr hin, ich bin so unsicher geworden, und wir würden diese 3 Wochen oder diese 5 Wochen vielleicht auch gerne nutzen, um zu uns selber wieder zu finden, sonst meine ich eigentlich, dass jeder allein zur Reha fahren sollte.“ (I7, Paragraph 74 - 75)

5.2.3.3 Unberechtigte Wünsche

Die „unberechtigten“ Wünsche korrespondieren zum Teil mit den berechtigten Wünschen. Unter anderem kommt hier auch die soziale Nähe zum Ausdruck. Für „unberechtigte“ Wünsche ist die Abhängigkeit der Indikation entscheidend. Zudem ist auch der Antrittstermin für eine Anschlussheilbehandlung in der gewünschten Rehabilitationseinrichtung ausschlaggebend. Für einige Berater gelten als unberechtigte Wünsche auch falsche Vorstellungen der Versicherten im Sinne einer „5-Sterne Hotel“ Versorgung.

y1: „Also es gibt schon klar definierte Krankheitsbilder, wo wir wirklich nur dürfen. Es gibt Ausnahmen, wo wir prüfen, aber in der Regel ist es vorgeschrieben bei den Leistungsträgern.... ich würde gern an die Ostsee und Ostsee haben Sie mir gar nicht angeboten, kann ich nicht, weil wir haben wirklich keine Vertragsklinik... Und wenn der in 10 Wochen erst einen Termin in seiner Wunschklinik bekommen, nützt das gar nichts. Dann nutzt auch dieses Wunsch- und Wahlrecht nichts, sondern es ist ja eine Anschlussheilbehandlung, die innerhalb von 14 Tagen angetreten werden soll.“ (I1, Paragraph 26)

y1: „Wenn jemand nach Bayern möchte oder sonst wo hin, wo's einfach überhaupt nicht umsetzbar ist... Also die Klinik, die Sie sich jetzt ausgesucht haben, die macht das nicht, das Orthopädische, oder macht keine Neurologie.“ (I2, Paragraph 72)

y3: „Also zum Beispiel, dass einer sagt, ich möchte gerne na ja, jetzt mal zum Harz runterfahren, weil ich gern in die Berge möchte, aber eigentlich wäre es für ihn günstiger, zum Beispiel an die Seeluft. Nein, das geht nicht, weil jede Kurklinik hat ja auch andere Behand-

lungsschemen und so, da kann man nicht alles. Manche denken ja vielleicht auch, sie sind denn irgendwo so ein bisschen hotelmäßig untergebracht.“ (I4, Paragraph 53 - 58)

y6: „...passt es in erster Linie von der Indikation, ich kann keinen orthopädischen Patienten in eine kardiologische Klinik einweisen, bloß weil die gerade um die Ecke ist, vor der Haustür ist. Also wirklich zurückweisen, das machen wir nicht.“ (I10, Paragraph 30)

5.2.3.4 Umgang mit Wünschen der Versicherten

Seitens der unabhängigen Beratungsstellen ist ein positiver Umgang mit dem Wünschen der Rehabilitanden zu verzeichnen. Es wird auf das Wunsch- und Wahlrecht hingewiesen und die Wünsche der Versicherten werden in den Anträgen formuliert.

y1: „Wenn der Patient jetzt 5 Einrichtungen genannt bekommt und sagt, ich möchte gerne nach X, dann mache ich dort einen Termin aus. Und dann geht der Patient also hier raus und weiß ganz konkret schon, wann er wo hin fährt.“ (I1, Paragraph 20)

y2: „Wir nehmen auch schon Kontakt zu Einrichtungen auf im Vorfeld, wenn's erforderlich ist. Also, Beispiel, ich hab in der JVA jetzt einen Klienten, der wollte unbedingt in eine bestimmte Einrichtung und da hab ich Kontakt zur Einrichtung aufgenommen, weil ich wusste, dass der Rentenversicherungsträger eher eine andere Einrichtung befürworten würde und hab da im Vorfeld direkt mal vorgesprochen.“ (I3, Paragraph 22)

y6: „Es kann aber auch sein, weil ich sehe gerade, Sie haben die Kasse, die belegt die eigentlich nicht, müssen wir probieren, sprich, ich schreibe im Vorfeld im Antrag auch schon 1, 2, 3 Sätze hin, um das Wohlwollen zu formulieren, warum, wieso Patient X denn unbedingt in die Klinik will.“ (I10, Paragraph 120)

5.2.3.5 Einfluss auf Wünsche

Einfluss auf die Versicherten in Bezug auf die Wünsche nehmen vor allem Familienangehörige und Bekannte, die zudem von ihren gesammelten positiven sowie auch negativen Vorerfahrungen berichten können. Der Arzt und auch der Leistungsträger vermögen ebenfalls Einfluss auf die Wünsche zunehmen. Eine zunehmend immer wichtigere Rolle spielt auch das Internet. Hier informieren sich die Rehabilitanden über verschiedene Einrichtungen mit ihren Angeboten.

y3: „Ich denke mal die Krankenkasse. Also die Gutachter, die sie da dann rausschicken, dass die das dann so angeben.“ (I4, Paragraph 102)

y4: „Ja, ich denke mal dann an erster Stelle stehen schon die Ärzte, dass die meinungsbildend sind, aber auch die Familie und Freund und Bekannte. Oder eben Kontaktpersonen in den Selbsthilfegruppen, die geben ja auch Tipps, man sieht's ja manchmal, wenn man nach bestimmten Dingen sucht im Internet, da gibt es ja richtige Foren, wo man sich austauscht und also auch zu Gutachtern und Krankenhäusern sich äußern.“ (I6, Paragraph 58-59)

y4: „Der Hausarzt ja derjenige heutzutage ist, der den Rehabilitationsantrag erst mal befürworten muss.“ (17, Paragraph 112 - 113)

y6: „...der Patient erst mal selber. Arzt, Sozialdienst, also alle, die am Antrag mitwirken. Und wenn ein Patient vielleicht gute Verbindungen hat, ja... und der Gutachter der das entscheidet, natürlich auch.“ (110, Paragraph 121 - 124)

5.2.3.6 Wünsche - Alter

Das Alter spielt in Bezug auf Wünsche eine Rolle. Es ist erkennbar, dass die älteren Versicherten lieber heimatnah bleiben oder eine Bezugsperson bei sich haben möchten. Den jüngeren Versicherten ist es eher indifferent.

y1: „Gerade ältere Menschen sagen, wissen Sie, das ist mir egal, Hauptsache, mir wird geholfen. Also es hängt einmal davon ab, wie der Patient selber gestrickt ist, das muss man so sagen und auch wie krank er ist.“ (12, Paragraph 58)

y3: „Und vom Alter, ja, doch ist auch. Die Älteren wollen immer gern in der Nähe bleiben, Kurorte und die Jüngere, denen macht das nichts, wenn sie weiter weg sind.“ (14, Paragraph 86 - 88)

y5: „Sicherlich vom Alter auch, also es gibt Patienten, wenn die so weiß ich, zwischen 50 und 60 sind, dass der Hilfebedarf oftmals da geringer ist, als jemand, der schon 70, 80 ist. Es gibt aber auch Fälle, da ist es wieder genau umgekehrt.“ (19, Paragraph 84)

5.2.3.7 Wünsche - Geschlecht

Es sind geschlechtsspezifische Unterschiede in Bezug auf Wünsche wahrnehmbar. Frauen überlegen sich vor allem sehr genau, ob sie einen Rehabilitationsantrag stellen und in ihrer familiären Position disponibel sein können.

y2: „Natürlich gibt es gerade bei Frauen, hab ich in den Jahren wo ich hier arbeite, schon mehrfach gehabt, wo man sagt, okay, wir nehmen eine Klinik, die ausschließlich für Frauen ist, wo keine Männer sind, sei es, dass es sexuellen Missbrauch gegeben hat, sei es dass gerade eine schwierige Trennungssituation, wie immer auch.“ (15, Paragraph 86)

y2: „Ja, natürlich, zumal die Frauen ja meistens generell höhere Schwellenängste haben, sich überhaupt Beratung zu suchen, dann auch in der Familie dementsprechend eine Rolle spielen, dass sie sich das schwer machen, sich wirklich mal eine Auszeit zu nehmen, also sprich, 3fache Mutter überlegt sich das drei Mal, ob sie abkömmlich ist.“ (13, Paragraph 155)

y3: „Na ja, es ist erst mal, also Frau und Mann haben verschiedene Wünsche, Frauen wollen immer zu einem Kurort, wo sie dann auch noch was nebenbei machen können. Neben der Kur. Also, muss dann doch in einer größeren Stadt sein und so.“

I: „Ja. Also sind geschlechtsspezifische Wünsche schon zu sehen?“

y3: „Ja, das ist oft zu sehen.“ (I4, Paragraph 80)

5.2.3.8 Wünsche - Bildungsniveau

Es ist aus den Interviews nicht eindeutig hervorgegangen, dass das Bildungsniveau eine ausschlaggebende Rolle im Kontext zu den Wünschen spielt. Die Tendenz zeigt, dass Versicherte mit einem höheren Bildungsgrad auch informierter über ihre Krankheit mit der zusammenhängenden Rehabilitation sind.

y2: „Bildung würde ich schon sagen. Jemand, der geistig besser drauf ist, der wird sich sicherlich eine Einrichtung suchen, wo er sich seinen Plan zusammen stellen kann und wo er praktisch für sich selber viel organisieren kann.“ (I3, Paragraph 157 - 159)

y6: „Bildung definitiv. Also dass man schon merkt, aus welcher Schicht der- oder diejenige kommt, was dann so angegeben wird.“ (I10, Paragraph 104 -106)

5.2.3.9 Begründungen der Ablehnung von Wünschen

Die unabhängigen Berater nannten zu der Fragestellung, wie sie nicht realisierbare Wünsche zurückweisen, vorwiegend die Begründung, dass eine entsprechende Indikation gegeben sein und des Weiteren die Einrichtung mit dem Leistungsträger in Vertragsbeziehungen stehen muss.

Ein weiterer wesentlicher Faktor ist auch die Termineinhaltung der anschließenden Anschlussheilbehandlung in der Wunscheinrichtung. Ist die Wunscheinrichtung des Versicherten in dem geplanten Rehabilitationszeitraum okkupiert, so kann dem Wunsch nicht entsprochen werden.

y1: „Und wenn der in 10 Wochen erst einen Termin in seiner Wunschklinik bekommen, nützt das gar nichts. Dann nutzt auch dieses Wunsch- und Wahlrecht nichts, sondern es ist ja eine Anschlussheilbehandlung, die innerhalb von 14 Tagen angetreten werden soll. Keine Verträge haben und ihr Krankheitsbild, womit sie eine Reha bekommen.... Wissen Sie, ich bin immer der Meinung da gehören zwei dazu, die Reha und der Patient. Und wenn mir was nicht gefällt, dann muss ich's sagen, ich kann's nicht pauschalisieren, weil schon durch die Einschränkung der Rehabilitationsmaßnahmen, die wir nur anbieten dürfen, kann ja nur von den dreien, die es nur gibt, alle schlecht sein, dann kann ich also für den Patienten nichts tun. Dann verweise ich und sage: Dann müssen Sie eine andere Form der Reha wünschen beziehungsweise sich an Ihren Kostenträger selber wenden.“ (I1, Paragraph 26)

y2: „Wir müssen schon gucken, dass die Therapie im Vordergrund steht... wenn jemand Rentner ist, weise ich auch gleich auf die Schwierigkeiten hin, dass dann nicht der Rentenversicherungsträger zuständig ist, sondern ein anderer Kostenträger.“ (I3, Paragraph 140 - 145)

y4: „Aber das ist die falsche Rehabilitationseinrichtung, dort wird Ihr Leiden nicht so konsequent bearbeitet werden können... Das sagen wir demjenigen ja auch und erklären ihm ja auch, Guck mal, warum und weshalb kannst du nicht da und da hin.“ (17, Paragraph 40 - 45)

y6: „Wunsch- und Wahlrecht, aber auch Umkreis, Kilometer muss eingehalten werden, von den Indikationen muss es passen. Also wir umschiffen das, so möchte ich mich ausdrücken.“ (110, Paragraph 84 - 86)

5.2.4 Widerspruch und Klage

Es werden in allen leistungsträgerunabhängigen Beratungsstellen Widerspruch und Klage thematisiert. Für die Beratung und Ausgestaltung werden bei negativer Bescheidung einzelne Beratungsstellen erst im Zuge eines Widerspruchsverfahrens hinzugezogen.

y2: „Ja, also Widerspruch auf jeden Fall, Klage hatte ich persönlich in meiner Laufbahn noch nicht, zumal viele Klienten ja auch Hartz-IV-Empfänger sind und dann mit Klage, das sind die ganzen rechtlichen Sachen, die dann noch folgen können, die können das gar nicht abschätzen, was so auf sie zukommt, wenn sie klagen würden und ziehen das auch meistens nicht in Betracht. Beim Widerspruch unterstützen wir die Klienten auf jeden Fall, formulieren mit denen gemeinsam den Widerspruch.“ (13, Paragraph 147)

y2: „Widerspruch wird thematisiert. Klage habe ich hier das eine oder andere Mal auch gehabt, aber dann ging's eher um Sozialgerichtsprozesse. Weil mit Widersprüchen ist es ja in aller Regel so, jemand kriegt einen Ablehnungsbescheid, dann bekommen, wenn wir den Antrag stellen, bekommen wir zeitgleich mit dem Klienten quasi Informationen. Das heißt, auch wir bekommen quasi den Ablehnungsbescheid. Und dann haben wir die Möglichkeit, Kontakt aufzunehmen mit dem Rentenversicherungsträger, sei es Bund oder hier Nord und können dann im Gespräch abklären, ist es sinnvoll, Widerspruch einzulegen, der formaljuristisch natürlich möglich ist. Oder was sind denn die Gründe, warum jemand eine Ablehnung bekommen hat. Widerspruch ist überhaupt kein Thema. Wird eingelegt und wird dann begründet und wird durchgeführt.“ (15, Paragraph 82)

y5: „Weil jeder zweite, mehr als jeder zweite Antrag im Grunde auch abgelehnt wird und die Patienten kommen auch mit den Fragestellungen, ob die in Widerspruch gehen sollen.“

Aber wenn ich mir hier die Arbeit mache, den Patient dreiviertel Stunde lang zu untersuchen, vor allem noch einen fremden Patienten aus einer anderen Praxis, was dann wirklich ein Service für die ist, dann ist für einen nicht einsichtig als Ärztin/Arzt, wenn man die Maßnahme für notwendig erachtet, dass es von den Krankenkassen abgelehnt wird.“ (18, Paragraph 72 - 73)

y5: „Widerspruch haben wir des Öfteren durch/ zum Beispiel gerade im Bereich Schwerbehinderung, dass die Patienten eine Ablehnung bekommen haben, oder dass sich der Grad

der Behinderung nicht geändert hat, dann sprechen wir natürlich auch über die Widerspruchsmöglichkeit, dann natürlich auch über die Klagemöglichkeit. Aber viele wollen natürlich den Schritt der Klage nicht eingehen. Aber wir beraten darüber, was möglich ist und im Prinzip so ein bisschen über das Verfahren. Für was er sich nachher entscheidet, das überlassen wir natürlich dem Patienten...“ (I9, Paragraph 76)

5.2.5 Belegung und Belegverträge

Bei allen Interviewpartnern der leistungsträgerunabhängigen Beratungsstellen wurde der Begriff „Leistungsträger“ in Verbindung mit „Kosten“ immer wieder in den Vordergrund gestellt. Dieses kam vorwiegend dann als Begründung für eine Zurückweisung unberechtigter Wünsche zum Ausdruck.

y1: „Keine Verträge haben und ihr Krankheitsbild, womit sie eine Reha bekommen. Wo ist der Patient versichert, das heißt also, läuft diese Maßnahme über den Krankenträger oder über den Rententräger. Bei den Tumorpatienten läuft es ja generell über den Rententräger, dass ich weiß, wer ist der Rentenversicherungsträger, trotz der Fusionierung der Rentenversicherungsträger ist es halt so, dass sie trotzdem noch alle ihre eigenen Anträge haben, auch ihre Vertragskliniken haben und nur das darf ich natürlich dem Patienten anbieten.“ (I1, Paragraph 16)

y2: „Rentenversicherungsträger dem auch Raum gibt, aber da kann man ja verhandeln. Aber da gibt es wirklich ganz andere Mechanismen, also da werden Kliniken refinanziert und was weiß ich, müssen dann vorrangig belegt werden, und so weiter und so fort.“ (I5, Paragraph 54)

y6: „Weisen natürlich auch darauf hin, dass der Kostenträger letztendlich das ja immer entscheidet... Und die zweite Frage ist natürlich auch, wie es mit dem Kostenträger abhängig ist. Viele haben Vertragshäuser und da wird es schwierig, da nur auf dieses Wunsch- und Wahlrecht zu pochen. Und darauf, also da muss der Patient und auch der Sozialarbeiter sehr viel Arbeit leisten, um da den Kostenträger zu überzeugen.“ (I10, Paragraph 28 - 30)

5.2.6 Wirtschaftlicher Aspekt

Bedeutsam war der wirtschaftliche Aspekt mit der Fragestellung, inwieweit Zuzahlungen bzw. Geldleistungen/ Sachleistungen durch die Versicherten einen Einfluss auf die Wünsche haben. Vorwiegend wird durch die Berater in den leistungsträgerunabhängigen Beratungsstellen bestätigt, dass die ökonomischen Aspekte essentiell für die Entscheidung für eine Wunscheinrichtung sind.

y2: „Die stehen für einige Klienten schon im Vordergrund, insofern, wenn jemand zum Beispiel durch das Sozialamt bezahlt wird, kriegt er ja nur ein Taschengeld. Ja, natürlich, was steht mir denn da zur Verfügung, was kriegt ich denn da?“ (13, Paragraph 175)

y2: „Also diese Fragen spielen hier eher eine untergeordnete Rolle. Es ist also die Frage, wie komme ich dort hin, wie komme ich zurück, ist klar bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen wird die An- und Abreise per PKW beziehungsweise Bus- und Bahnticket vom Rentenversicherungsträger gezahlt.“ (15, Paragraph 94)

y4: „Ich glaub sogar, dass manche Leute zurückschrecken davor wenn sie hören, dass sie die 10 Euro am Tag bezahlen müssen. Das ist für manche auch sehr viel Geld, also wenn jetzt jemand Arbeitslosengeld II empfängt und krank ist, dann sind die 280 für ihn und der hat schon 3 Mal irgendwelche Zuzahlungen geleistet und der kommt nicht über die Belastungsgrenze oder so was.“ (17, Paragraph 114)

y5: „Ja, vor allem für die ambulanten Kuren, wo ein Großteil der Patienten was ich hier in der Praxis überblicke, dann eher die Angebote in Polen und Tschechien in Anspruch nehmen. Das macht die Erfahrung aus der DDR-Zeit und wenn man sich anschaut, was an ambulante Kurmaßnahme in Karlsbad kostet und das vielleicht mit einem Badeort in Deutschland vergleicht, dann wird man schnell sehen, wohin die Reise gehen kann.“ (18, Paragraph 93 - 101)

5.2.7 Medizinische Rehabilitation und das Persönliches Budget

Zum Thema Persönliches Budget sind sehr wenig Kenntnisse oder Erfahrungen von den beratenden unabhängigen Institutionen vorhanden. Zum Verständnis der Frage musste diese oft wiederholt bzw. erläutert werden.

y1: „Nein, das wüsste ich nicht.“ (11, Paragraph 132)

„I: „Persönliches Budget ist auch kein Begriff?“

y2: „Sagt mir jetzt gar nichts, nein.“ (13, Paragraph 151 - 153)

y2: „Hab ich im Rahmen von gesetzlichen Rentenversicherungen beziehungsweise Krankenkassen noch nicht gehabt.“ (15, Paragraph 84)

y4: „Ja, da kommen hier natürlich die dollsten Gerüchte und das ist ja das persönliche Budget, wir haben bis jetzt hier noch nicht einen einzigen positiven Fall in Anführungsstrichen gehabt.“ (17, Paragraph 96 - 97)

y5: „Selten. Also ich hatte das Thema schon ein, zwei Mal in der Beratung, aber vom Prinzip, ob es jetzt wirklich das entsprechende Patienten Klientel dafür war, eher unwahrscheinlich. Die Patienten die man jetzt mal so kennen gelernt hat, die dieses persönliche Budget beziehen, da war die Behinderung auch sehr offensichtlich, also dass der wirklich im Rollstuhl saß, nicht sprechen konnte und eine Körperfehlstellung hatte. Ich sag mal, es gibt ja auch

Menschen die behindert sind, die haben einen Grad der Behinderung, denen sieht man das ja nicht an. Und es ist ja immer so die Frage, ob die auch wirklich das persönliche Budget bekommen, also bis jetzt, hab ich das noch nicht beantragt von hier aus haben wir das bis jetzt eigentlich noch gar nicht.“ (19, Paragraph 78)

6. Gegenüberstellung und Diskussion der Ergebnisse

6.1 Gegenüberstellung der Ergebnisse

6.1.1 Beratung

6.1.1.1 Beratung - Zeitpunkt

Leistungsträger	leistungsträgerunabhängige Berater / Beratungsstellen
<ul style="list-style-type: none">• unterschiedlich, sowohl vor und während Antragsverfahren• nach ablehnenden Bescheid• nach positiven Bescheid, um ergänzende/ weitergehende Fragen zu klären	<ul style="list-style-type: none">• im Vorfeld einer Maßnahme• zeitnah, vor bzw. nach Operation• nach ablehnenden Bescheid• Versicherte sind eigenmotiviert oder fremdmotiviert (beförderte Freiwilligkeit)

Abbildung 3: „Beratung - Ablauf“

Der Zeitpunkt, wann Versicherte eine Beratungsleistung in Anspruch nehmen, kann weder für die Leistungsträger noch für leistungsträgerunabhängige Berater/ Beratungsstellen vereinheitlicht werden. Die vorhergehende Gegenüberstellung zeigt, wann Beratungen bei den jeweiligen Institutionen in Anspruch genommen werden.

6.1.1.2 Beratung - Durchläufer

Leistungsträger	leistungsträgerunabhängige Berater / Beratungsstellen
<ul style="list-style-type: none"> • psychosomatischer, psychischer Bereich • Suchtrehabilitation • Versicherte, bei denen eine Anschlussheilbehandlung anschließt • Initiierung der Rehabilitation durch den Hausarzt • Versicherte, die Vorerfahrungen mit Rehabilitationen haben 	<ul style="list-style-type: none"> • keine Aussage möglich

Abbildung 4: „Beratung - Durchläufer“

Leistungsträgerunabhängige Berater oder Beratungsstellen können zu diesem Punkt keine Aussagen treffen. Die Leistungsträger der GKV und DRV können anhand der Rehabilitationsanträge ableiten, welches Klientel keine Beratung in Stellen der Leistungsträger in Anspruch nimmt - zumeist sind dies Versicherte, die eine psychosomatische Rehabilitation/ Suchtrehabilitation beantragen und dabei vorrangig durch Beratungsstellen der freien Wohlfahrtspflege unterstützt werden.

Versicherte, bei denen sich nach einem Krankenhausaufenthalt eine Anschlussheilbehandlung anschließt, werden zumeist durch die Sozialberatung im Krankenhaus betreut.

6.1.1.3 Beratung - Ablauf

Leistungsträger	leistungsträgerunabhängige Berater / Beratungsstellen
<ul style="list-style-type: none"> • unterschiedliche Strukturierung • telefonische oder persönliche Beratungsgespräche • Ablauf orientiert sich an Leitfäden oder ist reaktiv • „allgemeine Unterhaltung“ 	<ul style="list-style-type: none"> • unterschiedliche Strukturierung • persönliche Beratungsgespräche • Ablauf orientiert sich an den Fragen der Beratungssuchenden

Abbildung 5: „Beratung - Ablauf“

Die Beratung der Versicherten ist bei den Leistungsträgern unterschiedlich organisiert. Beratungen können persönlich oder telefonisch erfolgen. Sie sind zumeist durch eine „allgemeine Unterhaltung“ gekennzeichnet und orientieren sich an Leitfäden oder sind reaktiv. Bei den leistungsträgerunabhängigen Institutionen findet die Beratung in einem persönlichen Gespräch statt, wobei die Fragen der Antragsteller maßgeblich für den Inhalt des Beratungsgesprächs sind.

6.1. Wunsch- und Wahlrecht

6.1.2.1 Wunsch- und Wahlrecht in der Beratung

Leistungsträger	leistungsträgerunabhängige Berater / Beratungsstellen
<ul style="list-style-type: none"> kein aktiver Hinweis zum Wunsch- und Wahlrecht in der Beratung 	<ul style="list-style-type: none"> aktiver Hinweis zum Wunsch- und Wahlrecht in der Beratung

Abbildung 6: „Wunsch- und Wahlrecht in der Beratung“

In den Beratungen der Leistungsträger wird den Versicherten kein aktiver Hinweis zum Wunsch- und Wahlrecht gegeben. Konträr dazu wird das Wunsch- und Wahlrecht bei den leistungsträgerunabhängigen Beratungsstellen behandelt. Die Berater geben immer einen Verweis auf das Wunsch- und Wahlrecht.

6.1.2.2 Wunsch- und Wahlrecht - Rolle für die Versicherten

Leistungsträger	leistungsträgerunabhängige Berater / Beratungsstellen
<ul style="list-style-type: none"> von untergeordneter Bedeutung für den Versicherten ist es wichtig, eine Rehabilitation bewilligt zu bekommen Wunsch- und Wahlrecht ist eher nachrangig 	<ul style="list-style-type: none"> keine einheitliche Meinung spielt eine untergeordnete Rolle spielt eine große Rolle für den Versicherten für den Versicherten ist es eher wichtig eine Rehabilitation genehmigt zu bekommen

Abbildung 7: „Wunsch- und Wahlrecht - Rolle für die Versicherten“

Homogen ist die Einschätzung der Berater der Leistungsträger und der leistungsträgerunabhängigen Stellen, dass es für die Versicherten vorrangig darum geht, eine Rehabilitation bewilligt zu bekommen. Auf Seite der Leistungsträger wird das Wunsch- und Wahlrecht aus

Sicht der Versicherten als subsidiär angesehen. Uneinheitlich sind hierzu die Aussagen der „freien“ Berater.

6.1.2.3 Wunsch- und Wahlrecht - Vorinformationen

Leistungsträger	leistungsträgerunabhängige Berater / Beratungsstellen
<ul style="list-style-type: none"> • Großteil der Versicherten haben keine Vorinformationen zum Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 SGB IX 	<ul style="list-style-type: none"> • Großteil der Versicherten haben keine Vorinformationen zum Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 SGB IX

Abbildung 8: „Wunsch- und Wahlrecht - Vorinformationen“

Zum Punkt der Vorinformationen herrscht eine übereinstimmende Meinung beider Gruppen. Der Großteil der Versicherten verfügt über keine Informationen zum Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 SGB IX.

6.1.3 Wünsche

6.1.3.1 Wünsche der Versicherten

Leistungsträger	leistungsträgerunabhängige Berater / Beratungsstellen
<ul style="list-style-type: none"> • Ort/ Region • bestimmte Einrichtung • bestimmte Therapiekonzepte • Begleitperson 	<ul style="list-style-type: none"> • Ort • Auswahl der Einrichtung • Angebote/ Therapiekonzepte • Begleitperson • Verlängerung der Maßnahme • Hilfe • religiöse Ausrichtung der Einrichtung

Abbildung 9: „Wünsche der Versicherten“

Die Wünsche der Versicherten sind unabhängig welche Stelle die Beratung durchführt identisch und beziehen sich im Wesentlichen auf den Ort, eine bestimmte Einrichtung, ein bestimmtes Therapiekonzept.

6.1.3.2 „Berechtigte“ Wünsche

Leistungsträger	leistungsträgerunabhängige Berater / Beratungsstellen
<ul style="list-style-type: none"> • alle Wünsche sind berechtigt, sofern diese mit der medizinischen Indikation begründet werden können • religiöse/ weltanschauliche Ausrichtungen • spezielle Therapien/ Therapiekonzepte/ Einrichtungen, wohnortnahe Einrichtungen, Begleitung • Wünsche die auf eigene Vorerfahrungen basieren (positiv/ negativ) 	<ul style="list-style-type: none"> • jeder Wunsch ist berechtigt • abhängig von der Indikation • familiäre Nähe; vor Ort bleiben • eigene Vorerfahrungen • sofern ein „wirklicher Hilfebedarf“ besteht, der Versicherte was für sich tut • Einrichtung entsprechend der Indikation • wenn die seelische Erkrankung die körperliche überwiegt

Abbildung 10: „Berechtigte Wünsche“

Für Leistungsträger sind diejenigen Wünsche berechtigt, die mit der medizinischen Indikation begründet werden können. Weiterhin werden vor allem religiöse und weltanschauliche Ausrichtungen bei Ausführung der Leistung berücksichtigt. Ein legitimer Wunsch begründet sich aus Sicht der leistungsträgerunabhängigen Berater, in der jeweiligen medizinischen Indikation.

6.1.3.3 „Unberechtigte“ Wünsche

Leistungsträger	leistungsträgerunabhängige Berater / Beratungsstellen
<ul style="list-style-type: none"> • Wünsche die nicht aus der Indikation heraus begründet werden können • keine qualitätsgesicherten Therapien / Therapiekonzepte • nur landschaftlicher Anreiz / Urlaubsanreiz • bestimmter zeitlicher Rahmen der unbegründet ist • Einrichtungsausstattung (Schwimmbad,...) • bestimmte Reha-Einrichtungen, sofern diese keine Vertrags-Einrichtungen des Leistungsträgers sind 	<ul style="list-style-type: none"> • wenn die Indikation nicht gegeben ist • vorgeschriebene AHB-Einrichtungen • Ort (keine Vertragseinrichtung) • soziale Nähe • falsche Vorstellungen • kein Rehaplatz in der Wunscheinrichtung frei (AHB nach 14 Tagen antreten) • persönliche Befindlichkeiten im Vordergrund stehen

Abbildung 11: „Unberechtigte Wünsche“

Entgegengesetzt zu „berechtigten“ Wünschen, sind all diejenigen Wünsche „unberechtigt“, die nicht aus der medizinischen Indikation heraus begründet werden können.

6.1.3.4 Umgang mit Wünschen der Versicherten

Leistungsträger	leistungsträgerunabhängige Berater / Beratungsstellen
<ul style="list-style-type: none"> • die Berater nehmen grundsätzlich aktiv geäußerte Wünsche in die Anträge auf, die sie für „berechtigt“ halten • es können Interventionen zu Wünschen stattfinden • die Berater fragen zumeist nicht explizit nach bestimmten Wünschen der Versicherten 	<ul style="list-style-type: none"> • Wünsche werden mit berücksichtigt • wenn z. B. die Indikation nicht gegeben ist, wird darauf hingewiesen, dass der Wunsch nicht umgesetzt werden kann • Wünsche werden mit in den Antrag aufgenommen • Berater weisen aber immer darauf hin, dass letztendlich der Leistungsträger über die Bewilligung von Wünschen entscheidet

Abbildung 12: „Umgang mit Wünschen der Versicherten“

Seitens der unabhängigen Beratungsstellen ist ein positiver Umgang mit dem Wünschen der Rehabilitanden zu verzeichnen. Es werden die Wünsche der Versicherten erfragt und in den Anträgen formuliert. Die Berater der Leistungsträger erfragen zumeist nicht direkt die Wünsche der Versicherten. Wünsche, die der Versicherte aktiv äußert, werden in die Anträge mit aufgenommen.

6.1.3.5 Einfluss auf Wünsche

Leistungsträger	leistungsträgerunabhängige Berater / Beratungsstellen
<ul style="list-style-type: none">• vorbehandelnde Hausärzte/ Fachärzte• eigene Vorinformationen• Vorerfahrungen Dritter (Familie, Verwandte, Bekannte)	<ul style="list-style-type: none">• Leistungsträger• Arzt• Angehörige• Berater• Gutachter• Arbeitgeber• Erfahrung Dritter• Foren im Internet

Abbildung 13: „Einfluss auf Wünsche“

Aus Perspektive der Leistungsträger, haben vor allem vorbehandelnde Ärzte und die Vorerfahrungen Dritter Einfluss auf die Wünsche der Versicherten. Bei den leistungsträgerunabhängigen Beratungsstellen ist keine eindeutige Einflussnahme auf die Wünsche der Versicherten erkennbar.

6.1.3.6 Wünsche nach...

Leistungsträger	leistungsträgerunabhängige Berater / Beratungsstellen
<p>Geschlecht</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frauen artikulieren öfter und mehr Wünsche (auch für ihre Gatten) • Männer sind genügsamer <p>Alter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jüngere haben mehr Wünsche • kennen zumeist öfter das WuW <p>Bildungsniveau</p> <ul style="list-style-type: none"> • „einfach“ strukturierte Personen nehmen öfter Sachen einfach hin • ein besserer Bildungsstand geht mit höherer Informiertheit einher • bessere Artikulation höher Gebildeter <p>Bezug zum Gesundheitssystem</p> <ul style="list-style-type: none"> • wer in irgendeiner Weise selbst oder durch Dritte im Gesundheitssystem involviert ist, ist in der Regel besser informiert <p>Vorerfahrungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • haben einen großen Einfluss auf Wünsche 	<p>Geschlecht</p> <ul style="list-style-type: none"> • nicht geschlechtsspezifisch als auch geschlechtsspezifische Wünsche <p>Alter und Bildungsniveau</p> <ul style="list-style-type: none"> • es können Unterschiede festgestellt werden

Abbildung 14: „Wünsche nach...“

Zu den Faktoren Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, Bezug zum Gesundheitssystem sowie Vorerfahrungen können von den Leistungsträgern maßgebliche Unterschiede festgestellt werden. Elementare Unterschiede nach eben genannten Faktoren können durch die leistungsträgerunabhängigen Stellen nicht in dem Umfang bestätigt werden, wie bei den Leistungsträgern.

6.1.3.7 Begründung der Ablehnung von Wünschen

Leistungsträger	leistungsträgerunabhängige Berater / Beratungsstellen
<ul style="list-style-type: none"> • keine Vertragseinrichtungen bzw. keine Belegungsverträge • keine Behandlungsmöglichkeit für Indikation • Qualitätskriterien sind nicht erfüllt • wirtschaftlicher Aspekt 	<ul style="list-style-type: none"> • keine Vertragseinrichtungen bzw. keine Belegungsverträge • Therapie steht im Vordergrund • keine Behandlungsmöglichkeit für Indikation

Abbildung 15: „Begründung der Ablehnung von Wünschen“

Für die Ablehnung von Wünschen werden vor allem Gründe wie fehlende Versorgungsverträge und nicht erfüllte Qualitätskriterien durch die Leistungsträger herangezogen. Fehlende Belegungsverträge und nicht indikationsgerechte Therapiemaßnahmen sind ausschlaggebende Kriterien für die Zurückweisung von Wünschen der Versicherten durch leistungsträgerunabhängige Beratungsstellen.

6.1.4 Widerspruch und Klage

Leistungsträger	leistungsträgerunabhängige Berater / Beratungsstellen
<ul style="list-style-type: none"> • Widersprüche in großem Umfang (aber kaum zum Wunsch- und Wahlrecht) • Widerspruchsstellen • keine Klagen aufgrund nicht gewährter Wünsche bekannt • Klagen werden vorher „abgewendet“ • immer Beratung zur Möglichkeit von Widerspruch und Klage 	<ul style="list-style-type: none"> • wird immer thematisiert • bestimmte Beratungsstellen werden erst im Zuge eines Widerspruchsverfahren hinzugezogen

Abbildung 16: „Widerspruch und Klage“

In den Beratungen der Leistungsträger, wird immer die Möglichkeit von Widerspruch und Klage thematisiert. Widersprüche werden im großen Umfang eingelegt. Vorrangig beziehen sich diese auf die Ablehnung eines Rehabilitationsantrages aber kaum auf das nicht gewähr-

te Wunsch- und Wahlrecht. Widerspruch und Klage ist immer Gegenstand der Beratung leistungsträgerunabhängige Berater/ Beratungsstellen.

6.1.5 Belegung und Belegverträge

Leistungsträger	leistungsträgerunabhängige Berater / Beratungsstellen
<ul style="list-style-type: none"> • alle befragten Leistungsträger haben Belegungsverträge bzw. eigene Einrichtungen • Belegung von Einrichtungen erfolgt nach pflichtgemäßem Ermessen • aus eigenem „Einrichtungspool“ (nur bei bestimmten Indikationen wird auf andere Einrichtungen zurückgegriffen) • möglichst wohnortnah (abhängig von der Indikation) 	<ul style="list-style-type: none"> • Begründung für die Zurückweisung von „unberechtigten“ Wünschen • Leistungsträger haben ihre eigenen Vertragseinrichtungen • mit den Leistungsträgern kann man verhandeln, diese entscheiden, „dort gelten andere Gesetze“ • Umsetzbarkeit der Wünsche wird vernachlässigt

Abbildung 17: „Belegung und Belegverträge“

Die Leistungsträger belegen vorrangig eigene Rehabilitationseinrichtungen bzw. Rehabilitationseinrichtungen Dritter, mit denen sie einen Vertrag nach § 21 SGB IX geschlossen haben. Die leistungsträgerunabhängigen Berater/ Beratungsstellen sind der Ansicht, dass fehlende Belegungsverträge für die Zurückweisung von („unberechtigten“) Wünschen durch die Leistungsträger herangezogen werden.

6.1.6 Wirtschaftlicher Aspekt

Leistungsträger	leistungsträgerunabhängige Berater / Beratungsstellen
<ul style="list-style-type: none"> • etwaige Mehrkosten sind nicht immer tragbar • mit Mitteln der Solidargemeinschaft muss verantwortungsbewusst umgegangen werden • Kosten (inkl. Fahrkosten, Abholservice) werden grundsätzlich eine große Beachtung zugesprochen • eigene Regionen und Einrichtungen werden aus wirtschaftlichen Aspekten bevorzugt • Kostenzusage muss immer für den Leistungsträger vertretbar sein 	<ul style="list-style-type: none"> • Kostenaspekt nimmt für den Versicherten immer mehr zu • Entgeltfortzahlung? • zu leistende Kosten werden durch die Versicherten immer erfragt • Zuzahlungen wirken abschreckend

Abbildung 18: „Wirtschaftlicher Aspekt“

Der wirtschaftliche Aspekt spielt für Leistungsträger eine nicht unwesentliche Rolle. Aus Perspektive der Versicherten ist der wirtschaftliche Aspekt ein wesentlicher Faktor für das Antreten einer Rehabilitationsmaßnahme.

6.1.7 Persönliches Budget

Leistungsträger	leistungsträgerunabhängige Berater / Beratungsstellen
<ul style="list-style-type: none"> • keine aktive Beratung zum Persönlichen Budget, außer Versicherter kommt mit diesem Wunsch (selbst dann wird versucht umzusteuern) • es gibt Schwierigkeiten in den Beratungsstellen zu diesem Thema (fehlende Kenntnis) 	<ul style="list-style-type: none"> • keine Beratung infolge mangelnder Kenntnisse

Abbildung 19: „Persönliches Budget“

Weder bei den Leistungsträgern, noch bei den leistungsträgerunabhängigen Beratungsstellen findet eine Beratung zum persönlichen Budget statt. Die Leistungsträger beraten dann zu diesem Thema, wenn der Versicherte mit der Bitte um Beratung zum Gespräch erscheint.

Übereinstimmend kann für Leistungsträger und leistungsträgerunabhängige Berater/ Beratungsstellen gesagt werden, dass es gravierende Schwierigkeiten aufgrund mangelnder Fachkenntnisse gibt.

6.2 Diskussion der Ergebnisse anhand der konkreten Fragestellungen und der Forschungsfrage

1. Wie werden die Präferenzen bzw. „Wünsche“ der Rehabilitanden vor der Rehabilitation aus Sicht der beratenden Personen wahrgenommen und umgesetzt?

Aus der Betrachtungsweise der leistungsträgerunabhängigen Berater/ beratenden Institutionen werden die Wünsche der Rehabilitanden vor der Rehabilitation angenommen und akzeptiert, sofern diese in Bezug mit der Indikation stehen.

In Hinsicht auf die Rehabilitationseinrichtung ist das etwaige Krankheitsbild bzw. das, was daraus folgt, immer Voraussetzung für die Realisierung von Wünschen der Rehabilitanden. Soziale Aspekte (z. B. Mitnahme einer Begleitperson, Wohnortnähe) fließen stets bei der Berücksichtigung von Wünschen mit ein. Die Bedürfnisse der Rehabilitanden werden häufig von den leistungsträgerunabhängigen beratenden Personen soweit wahrgenommen, dass Aussagen zu unterschiedlichen Faktoren (z. B. Alter, Geschlecht, Bildung) getroffen werden konnten. Die leistungsträgerunabhängigen Berater bemühen sich, Anliegen der Rehabilitanden zu konkretisieren und umzusetzen, indem diese schriftlich im Antrag formuliert werden.

Leistungsträger müssen Präferenzen bzw. Wünsche von Versicherten vor der Rehabilitation berücksichtigen, von denen sie Kenntnis erlangt haben. Kenntnisse zu Präferenzen und Wünschen können die Leistungsträger aus persönlichen Beratungsgesprächen oder aus den Rehabilitationsanträgen erhalten. Wie schon in Punkt 2.1.2.2 erwähnt sind Wünsche im Rahmen der Amtsermittlung durch die Leistungsträger zu ermitteln und zu berücksichtigen. Die Berater auf Leistungsträgerseite weisen in ihren Beratungsgesprächen die Versicherten nicht aktiv auf das Wunsch- und Wahlrecht hin. Äußern Versicherte aus eigener Initiative Wünsche, finden diese auch Eingang in das Antragsverfahren. Dies bedeutet aber nicht, dass diesen Wünschen grundsätzlich stattgegeben wird. Wünsche finden Berücksichtigung, sofern sie als „berechtigt“ durch den Leistungsträger angesehen werden. Nach Angaben der Interviewten werden die Präferenzen der Versicherten wahrgenommen, auch wenn diese nicht direkt als Wünsche geäußert werden. Schon hier findet eine Selektierung nach „berechtigten“ und „unberechtigten“ Wünschen statt. Wünsche, die als „unberechtigt“ durch den Berater angesehen werden, finden sich selten in den Anträgen wieder. Die Berater teilen den Versicherten ihre Zweifel bezüglich der Wünsche offen mit und raten zumeist davon ab. Als „berechtigt“ wird durch den Leistungsträger all das angesehen, was mit der Indikation be-

gründet werden kann. Demzufolge werden selten Wünsche als berechtigt angesehen, wenn diese nicht mit der Indikation begründet werden können. Neben der Indikation sind aus Sicht der Leistungsträger auch Wünsche berechtigt, die sich auf der religiösen Ausrichtung oder Lebensweise gründen oder auf Vorerfahrungen basieren. Eigeninitiativ werden Wünsche der Versicherten durch Berater zumeist nicht erfragt.

2. Welche Informationen bekommen die Rehabilitanden aus Sicht der Institutionen bzgl. der Möglichkeit sich an der Auswahl einer Rehabilitationsform und der Rehabilitationseinrichtung zu beteiligen?⁷⁷

Aus der Perspektive der leistungsträgerunabhängigen Berater/ beratenden Institutionen bekommen die Rehabilitanden vorwiegend die Mitteilung, Wünsche in Bezug auf die Rehabilitationseinrichtung und Rehabilitationsform bei der Antragstellung äußern zu können. Meist werden die Rehabilitanden auf das Wunsch- und Wahlrecht hingewiesen, wobei die gesetzliche Vorschrift wenig bis fast gar nicht benannt wird. In einigen leistungsträgerunabhängigen Institutionen informieren sich die Berater vor Rehabilitationsantragstellung über die zuständigen Leistungsträger der Rehabilitanden. Hierbei ist ausschlaggebend, inwieweit Belegverträge mit den entsprechenden Rehabilitationseinrichtungen bestehen. Die Leistungsträger geben infolgedessen eine bestimmte Auswahl von Rehabilitationseinrichtungen vor, wonach der Rehabilitand entscheiden kann. Besteht mit der Wunscheinrichtung des Rehabilitanden und dem zuständigen Leistungsträger kein Belegvertrag, darf der Rehabilitand in dieser ausgewählten Einrichtung keine Rehabilitation antreten. Auf der einen Seite wird der Rehabilitand auf das Wunsch- und Wahlrecht von den leistungsträgerunabhängigen beratenden Personen hingewiesen und auf der anderen Seite werden vom zuständigen Leistungsträger indikationsspezifische Rehabilitationseinrichtungen vorgeschrieben, wobei der Rehabilitand eine Auswahl treffen muss.

Die Auswahl der Rehabilitationsform und der Rehabilitationseinrichtung wird in den meisten Fällen durch den Leistungsträger allein gestaltet. Werden während einer Beratung konkrete Wünsche hinsichtlich einer Rehabilitationseinrichtung geäußert, wird dieser Wunsch in den Antrag mit aufgenommen und kann Berücksichtigung finden. Voraussetzung ist aber, dass die Einrichtung Therapien entsprechend dem Krankheitsbild vorhält. Äußert der Versicherte keinen existenten Wunsch, weist der Leistungsträger nach seinen Kriterien die Rehabilitationseinrichtung zu. Unter Umständen werden dem Versicherten verschiedene Einrichtungen zur Auswahl gestellt und der Versicherte hat sozusagen ein „Auswahlrecht“. Informationen zur Rehabilitationseinrichtung werden den Versicherten erst zur Verfügung gestellt, wenn die

⁷⁷ Aufgrund der inhaltlichen Dopplung der Fragestellung Nr. 2 und Nr. 3 (vgl. Punkt 3) wird an dieser Stelle auf Beantwortung der Frage Nr. 3 abgesehen.

Einrichtung fest steht. Der Rehabilitand bekommt dann durch den Leistungsträger Informationsmaterial zur Verfügung gestellt. Im Vorfeld einer Maßnahme oder während einer Beratung können Versicherte Informationen erhalten, indem die Berater Informationen über das Internet einholen oder eigene Informationssysteme nutzen. Das Internet ist für Versicherte, neben dem Erfahrungswissen aus dem Bekannten- und Verwandtenkreis, wichtigste Quelle, um Informationen zu Rehabilitationseinrichtungen zu erhalten. Es ist durchaus möglich, dass in einem Beratungsgespräch oder auf Sachbearbeiterebene gemeinsam mit dem zukünftigen Rehabilitanden eine geeignete Einrichtung ausgesucht wird. Dies stellt aber die Ausnahme dar. Bringt sich der Rehabilitand aktiv in den Antragsprozess mit ein, ist die Chance höher, dass Wünsche bzw. Wunscheinrichtungen gewährt werden. Bei Auswahl der Rehabilitationsform wird der Versicherte auch dazu beraten, dass es die Möglichkeit der ambulanten Rehabilitation gibt. Dies setzt aber voraus, dass der Therapieerfolg durch eine ambulante Rehabilitation gesichert werden kann. Dies ist nicht für alle Erkrankungsformen möglich. Nach Aussage der Interviewten wird die Form der stationären Rehabilitation favorisiert. In diesem Zusammenhang sind gerade strukturelle Probleme zu beachten. Gerade im ländlichen Raum werden nicht immer ambulante Einrichtungen vorgehalten oder sind in einer angemessenen Zeitspanne zu erreichen und würden eher einen Belastungsfaktor darstellen.

3. Welche Gründe werden im Fall einer Zurückweisung der Wünsche vorgebracht? Welche Rolle spielen hier ökonomische Aspekte?

Für leistungsträgerunabhängige Berater und Beratungsstellen ist für die Akzeptanz von Wünschen ausschlaggebend, dass die entsprechende Indikation gegeben sein muss. Ist dies nicht der Fall, so werden Wünsche zurückgewiesen. Wenn z. B. die gewünschte Rehabilitationseinrichtung nicht auf das Krankheitsbild spezialisiert ist, kann der Rehabilitand keine Zustimmung für seinen Wunsch erhalten. Des Weiteren ist ein baldiger Antrittstermin der Rehabilitation für die Realisierung von Wünschen entscheidend. Es muss z. B. eine Anschlussheilbehandlung innerhalb von zwei Wochen angetreten werden. Steht in der gewünschten Rehabilitationseinrichtung kein Termin innerhalb von vierzehn Tagen zur Verfügung, muss der Rehabilitand sich für eine andere Einrichtung entscheiden. Daneben wird auch abgewogen, in wieweit lange Fahrstrecken für den Rehabilitanden zumutbar sind. Soziale Aspekte werden im Zusammenhang mit der Indikation betrachtet und können ebenso Gründe für die Verweigerung von Wünschen sein (z. B. ein suchtkranker Rehabilitand möchte gerne in eine wohnortnahe Rehabilitationseinrichtung, wobei für die Verbesserung seines Krankheitsbildes eine weitere Entfernung von Familie und Freunde sinnvoll ist). Der ökonomische Aspekt spielt zudem auch eine wesentliche Rolle für die Nichtanerkennung von Wünschen. Überwiegend ist es für leistungsträgerunabhängige Berater entscheidend, dass

ein Belegungsvertrag zwischen der auserwählten Rehabilitationseinrichtung und dem Leistungsträger existiert. Außerdem geben einige leistungsträgerunabhängige Berater an, dass vorgeschriebene Kilometerzahlen für die Entfernung in der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung eingehalten werden müssen.

Wie schon in Frage 1 kurz erläutert, werden Wünsche zurückgewiesen, die durch den Leistungsträger als „unberechtigt“ angesehen werden. „Unberechtigt“ sind aus Sicht der Leistungsträger Wünsche, die nicht mit der Indikation in Verbindung stehen. Weiter sind Wünsche unberechtigt, die einen anderen Anreiz vermuten lassen als die Ziele einer Rehabilitation oder Rehabilitationseinrichtungen, die Qualitätskriterien des Leistungsträgers nicht erfüllen. Der Wunsch für eine bestimmte Einrichtung kann aus Sicht der Leistungsträger auch zurückgewiesen werden, wenn die Rehabilitationseinrichtung keinen Versorgungsvertrag entsprechend den Leistungsgesetzen hat. Wünsche werden auch aus wirtschaftlichen Gründen zurückgewiesen. Die Leistungsträger beziehen sich hierbei auf das Gebot der Wirtschaftlichkeit, dem sie unterliegen. Rehabilitanden werden gezielt in eigene bzw. Vertragseinrichtungen eingesteuert. Zum Kreis des wirtschaftlichen Handelns zählen ebenso „Nebenkosten“ wie bspw. die Fahrtkosten.

4. Welche Unterschiede liegen zwischen den verschiedenen beratenden Institutionen im Umgang mit den Wünschen der Rehabilitanden vor?

Augenscheinlichster Unterschied zwischen der Beratungspraxis der Leistungsträger und den leistungsträgerunabhängigen Beratern/ Beratungsstellen ist der Umgang mit dem Hinweis auf das Wunsch- und Wahlrecht. Wie schon mehrfach ausgeführt, werden den Personen, die eine unabhängige Beratungsstelle aufsuchen, auch Informationen zum Wunsch- und Wahlrecht zur Verfügung gestellt, während die Beratungsstellen der Leistungsträger diesen Aspekt in ihren Beratungen nicht berücksichtigen.

Die leistungsträgerunabhängigen Berater greifen jeden Wunsch, den die beratungswillige Person äußert, auf und formulieren die Wünsche ausführlich in den Rehabilitationsantrag. Die leistungsträgerunabhängigen Berater und beratenden Institutionen respektieren die Wünsche der Rehabilitanden und betrachten diese immer im Hinblick gemäß dem sozialen Hintergrund und deren Indikation. Die Leistungsträger fragen nicht aktiv nach speziellen Wünschen der Versicherten. Werden Wünsche geäußert, findet schon hier eine gewisse Selektierung nach Wünschen, die erfolgreich sein können (i. S. v. „berechtigt“) statt. Die Berater wirken „unberechtigten“ Wünschen schon während der Beratungsphase entgegen. Deckungsgleich ist die Einschätzung, dass im Vordergrund zunächst die Bewilligung der beantragten Rehabilitationsmaßnahme steht. Konträr sind die Aussagen und Empfindungen der Berater zur Rolle des Wunsch- und Wahlrechts für die Versicherten. Auf Leistungsträgerseite

scheint das Wunsch- und Wahlrecht eine subsidiäre Rolle für die Rehabilitanden zu spielen. Geteilter Meinung sind hierzu die leistungsträgerunabhängigen Berater.

7. Zusammenfassung

„Welche Informationen erhalten Rehaantragsteller in Bezug auf ihr Wunsch- und Wahlrecht durch beratende Institutionen und wie wird das Wunsch- und Wahlrecht der Rehaantragsteller umgesetzt“⁷⁸.

Es kann zusammengefasst werden, dass die Rehabilitanden von den leistungsträgerunabhängigen Beratern und beratenden Institutionen Informationen zum Wunsch- und Wahlrecht erhalten, wobei § 9 SGB IX explizit kaum benannt wird.

Durch die Leistungsträger werden den Versicherten kaum Informationen zum Wunsch- und Wahlrecht zur Verfügung gestellt - es sei denn der Versicherte kommt mit Vorinformationen zum § 9 SGB IX auf den Berater zu. Die Rehabilitanden werden durch die leistungsträgerunabhängigen Berater zum Einem darauf hingewiesen, dass sie Wünsche in Bezug auf ihre Rehabilitation äußern können und zum Anderem, dass der Leistungsträger letztlich über die Gewährung der Wünsche der Rehabilitanden entscheidet. Hierbei ist immer Voraussetzung, dass die Indikation gegeben sein muss und der ökonomische Aspekt (u. a. Belegungsvertrag) Berücksichtigung findet. Die Berater der Leistungsträger erfragen nicht gezielt bestehende Wünsche der Rehabilitanden. Sofern Wünsche mündlich in einem Beratungsgespräch oder schriftlich in einem Antrag formuliert wurden, finden diese Berücksichtigung, sofern sie durch den Leistungsträger als „berechtigt“ angesehen werden. Berater steuern schon an diesem Punkt des Rehabilitationsprozesses gezielt, zum Teil gegen das Wunsch- und Wahlrecht. Die Wünsche der Rehabilitanden richten sich vor allem auf den Rehabilitationsort bzw. die Rehabilitationseinrichtung - diese Erfahrungen wurden von Leistungsträgerseite und von unabhängiger Beratungsseite übereinstimmend geäußert. Da unterstützende Beratung zur Ausübung des Wunschrechts vor allem auf der Seite der Leistungsträger fehlt, spielen eigene und fremde Vorerfahrungen sowie das Internet eine wichtige Rolle bei der Entwicklung von Wünschen.

Die Ergebnisse bestätigen im Wesentlichen, dass es Ansatzpunkte zur Verbesserung der Umsetzung des Wunsch- und Wahlrechts der Versicherten gibt.

Defizite hinsichtlich des Wunsch- und Wahlrechts und bei eventuell flankierenden Leistungen wie z. B. dem persönlichen Budget gibt es gleichermaßen bei den Leistungsträgern wie auch bei leistungsträgerunabhängigen Beratern / Beratungsstellen. Eine Möglichkeit, fehlendes Fachwissen aufzuarbeiten und zu beseitigen, sind gründliche Schulungs- und Weiterbildungsmaßnahmen der Mitarbeiter der Beratungsstellen in allen Fragen, die sich mit medizinischer Rehabilitation und den Rechtsgrundlagen der Leistungen zur Teilhabe beschäftigen.

⁷⁸ vgl. Projektantrag S. 2ff

Die Mitarbeiter der Leistungsträger sollten in den Schulungen oder von übergeordneter Stelle explizit darauf hingewiesen werden, dass zu einer umfassenden Beratung auch der Hinweis zum Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 SGB IX gehört und dass die Wünsche der Versicherten zu erfragen sind. Voraussetzung hierfür ist, dass die Leistungsträger sich ihrem „Auftrag“ gegenüber den Versicherten bewusst sind. Die leistungsträgerunabhängigen Beratungsstellen sind dazu angehalten, sich die entsprechenden Gesetzesinhalte und etwaige Gesetzesänderungen anzueignen, um diese in den Rehabilitationsberatungen anwenden zu können. Die Interviews haben ergeben, dass Versicherte, die Vorinformationen haben, sei es durch Internet, eigene Tätigkeit im Gesundheitswesen oder Erfahrung Dritter, sich aktiver bei der Antragstellung mit einbringen, mehr Wünsche äußern und im Allgemeinen kenntnisreicher sind. Diese Personen haben eine größere Chance auf Bewilligung ihrer Wünsche. Es sollte darauf hingewirkt werden, die weniger informierten Versicherten anzuregen, Wünsche zu äußern und sie dabei zu unterstützen. Zudem ist auch eine stärkere Einbeziehung und Mitarbeit der Rehabilitanden an ihrer Behandlung im Sinne des SDM unumgänglich, da dieses einen entscheidenden Faktor für den Rehabilitationserfolg darstellt.

Literatur

- Bertelsmann Stiftung:** „Shared Decision Making. Konzepte, Voraussetzungen und politische Implikationen“, Zentrum für Sozialpolitik Universität Bremen: Chartbook, 2005
- Bieritz-Harder, Renate:** „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ In: **Neumann, Volker (Hrsg.):** „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Handbuch SGB IX“, Nomos Verlagsgesellschaft: Baden-Baden, 2004
- Bieritz-Harder, Renate:** „§ 10 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ In: **Deinert, Olaf/ Neumann, Volker (Hrsg.):** „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Handbuch SGB IX“, Nomos Verlagsgesellschaft: Baden-Baden, 2009
- Brosius, Hans-Bernd/ Koschel, Friederike:** „Methoden der empirischen Kommunikationsforschung. Eine Einführung“, VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden, 2005
- Buschmann-Steinhage, Rolf:** „Rehabilitationswissenschaften. Aspekte und Beiträge aus psychologischer Sicht“ In: Deutsche Rentenversicherung, 04/05, 1993, S. 224ff
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.:** „Mitsprache im Gesundheitswesen“, Url. <http://www.dag-shg.de/site/themen/patienteninteressen/mitsprache>, Abruf 22.10.2009
- Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG):** „Soziale Arbeit in der Rehabilitation“ Url. [www.dvsg.org/uploads/media/ Sozialarbeit_in_der_medReha.pdf](http://www.dvsg.org/uploads/media/Sozialarbeit_in_der_medReha.pdf), Abruf 22.10.2009
- Elwy, Glyn/ Edwards, Adrian/ Kinnersley, Paul:** „Shared-Decision-Making in der medizinischen Grundversorgung. Die vernachlässigte zweite Hälfte der Beratung“ In: **Scheibler, Fülöp/ Pfaff, Holger:** „Shared-Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“, Juventa: Weinheim, 2003
- Fuchs, Harry:** „§ 9 Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten“ In: **Bihr, Dietrich/ Fuchs, Harry/ Krauskopf, Dieter/ Ritz, Hans-Günther (Hrsg.):** „SGB IX - Kommentar und Praxishandbuch“, Asgard Verlag: Sankt Augustin, 2006
- Fuhrmann, Stefan:** „Thesen zum Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 SGB IX bei der Auswahl einer Rehabilitationseinrichtung“ In: Diskussionsforum A, Beitrag 6/ 2007 auf www.iqpr.de

- Fuhrmann, Stefan/ Heine, Wolfgang:** „Das Wunschrecht nach § 9 Abs. 1 SGB IX und der Leistungserfüllungsort – am Beispiel der medizinischen Rehabilitation. Der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und die berechtigten Wünsche behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen“ In: Die Sozialgerichtsbarkeit, 09/ 09, S. 516ff
- Gläser, Joachim/ Laudel, Grit:** „Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse“, VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden, 2009
- Haines, Hartmut:** „§ 9 Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten“ In: **Dau, Dirk H./ Düwell, Franz Josef/ Haines, Hartmut (Hrsg.):** „Sozialgesetzbuch IX. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Lehr- und Praxiskommentar“, Nomos Verlagsgesellschaft: Baden-Baden, 2009
- Höder, Jürgen/ Deck, Ruth:** „Nachsorge - Wunsch und Wirklichkeit aus dem Blickwinkel von Rehabilitanden mit muskuloskelettalen Erkrankungen“ In: **Deck, Ruth/ Glaser-Möller, Nathalie/ Remé, Thomas:** „Rehabilitation und Wiedereingliederung der Patient im Mittelpunkt“, Hans Jacobs Verlag: Lage, 2008
- Lawall, Christof:** „Reha im Ausland geht doch jetzt, oder?“ In: RVaktuell 12/2006, S. 503ff
- Mayer, Horst Otto:** „Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung Durchführung Auswertung“, Oldenbourg Wissenschaftsverlag: München, 2008
- Neumann, Volker:** „§ 6 Selbstbestimmung des Leistungsberechtigten“ In: **Deinert, Olaf/ Neumann, Volker (Hrsg.):** „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Handbuch SGB IX“, Nomos Verlagsgesellschaft: Baden-Baden, 2009
- Oppermann, Dagmar:** „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ In: **Luthe, Ernst-Wilhelm (Hrsg.):** „Rehabilitationsrecht“, Erich Schmidt Verlag: Berlin, 2009
- Pape, Iris:** „Die partizipative Entscheidungsfindung“, Url. www.uniinfo newsletter.de/000000971f09f9003/00000097ab10b4c04/00000097ab1340a19/index.html, Abruf 22.10.2009
- Pürer, Heinz:** „Publizistik- und Kommunikationswissenschaft“, UTB Uni-Taschenbuch Verlag: Stuttgart, 2003
- Ramm, Diana/ Welti, Felix:** „Wunsch- und Wahlrecht für eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme mit Einbeziehung des Ehepartners“ In: Diskussionsforum A, Beitrag 16/ 2009 auf www.iqpr.de
- Reimann, Axel:** „Die sonstigen Bereich des Sozialrechts - § 28 Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ In: **Maydell, Bernd Baron von/ Ruland, Franz/ Becker, Ulrich:** „Sozialrechtshandbuch. SRH“, Nomos Verlagsgesellschaft: Baden-Baden, 2008

Scheibler, Fülöp/ Pfaff, Holger: „Shared-Decision-Making. Ein neues Konzept der Professionellen-Patienten-Interaktion“ In: **Scheibler, Fülöp/ Pfaff, Holger:** „Shared-Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“, Juventa: Weinheim, 2003

Schmidt, Christiane: „Analyse von Leitfadeninterviews“ In: **Flick, Uwe/ von Kardoff, Ernst/ Steinke, Ines (Hrsg.):** „Qualitative Forschung. Ein Handbuch“, Rohwolt Verlag: Reinbek, 2000

Schütte, Wolfgang: „Selbstbestimmung, Sicherstellung und Leistungserbringung im Rehabilitationsrecht des SGB IX“ In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins (NDV) 2003, S. 416ff

Shafaei, Reza Fakhr: „Die gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation. Beratung und Unterstützung behinderter Menschen nach dem SGB IX“, Dissertationsschrift, Nomos Verlagsgesellschaft: Baden-Baden, 2008

Slangen, Kerstin/ Kolip, Petra/ Schmidt, Bettina/ Rosowski, Elke/ Czujek, Joachim/ Greitemann, Bernhard.: „Aktive Patientenbeteiligung in der Rehabilitation. Evaluation eines psychologischsomatischen Aktivierungstrainings für Rückenschmerzpatienten“, Juventa: Weinheim, 2002

Stevens-Bartol, Eckart: „§ 9 Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten“ In: **Feldes, Werner/ Kohte, Wolfhard/ Stevens-Bartol, Eckart (Hrsg.):** „SGB IX. Sozialgesetzbuch Neuntes Buch“, Bund-Verlag: Frankfurt am Main, 2009

VDR (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger): „Bericht der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung“, Frankfurt/ Main, 1991

Weis, Joachim/ Koch, Uwe: „Forschung in der Rehabilitationsmedizin“ In: **Delbrück, Hermann/ Haupt, Egge:** „Rehabilitationsmedizin. Therapie- und Betreuungskonzepte bei chronischen Krankheiten“, Urban & Schwarzenberg: München, 1996

Welti, Felix: „Die individuelle Konkretisierung von Teilhabeleistungen und das Wunsch- und Wahlrecht behinderter Menschen“ In: Die Sozialgerichtsbarkeit, Jhg. 2003, S. 379ff

Welti, Felix: „Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat. Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen“, Habilitationsschrift, Mohr Siebeck: Tübingen, 2005

Welti, Felix: „§ 9 Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten“ In: **Lachwitz, Klaus/ Schellhorn, Walter/ Welti, Felix (Hrsg.):** „HK-SGB IX. Handkommentar zum Sozialgesetzbuch IX. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“, Luchterhand Fachverlag: München, 2006

Welti, Felix: „Die Verantwortung der gesetzlichen Krankenversicherung für die Versorgungsstruktur der Rehabilitation“ In: GesundheitsRecht, 9/ 2009, S. 465ff

Welti, Felix/ Fuchs, Harry: „Leistungserbringungsrecht der Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX“ In: Die Rehabilitation 46/ 2007, S. 111ff

7 Expertenkommission

Am Ende der qualitativen Phase fand am 21.09.2009 eine Expertenkommission mit insgesamt 14 Teilnehmern statt. Neben den Projektmitarbeitern nahmen Vertreter der Rechtswissenschaft, der Sozialmedizin, der Rentenversicherung, der Krankenkasse, des Sozialverbands und der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation teil⁷⁹.

7.1 Protokoll

Nach einer Begrüßung durch Frau Dr. Glaser-Möller von der Deutschen Rentenversicherung Nord erfolgte eine Einführung in die rechtlichen Aspekte des Wunsch- und Wahlrechts in der medizinischen Rehabilitation von Prof. Dr. Welti. Dabei wurden die Probleme des Bedarfs / der Bedarfseinschätzung, der integrierten Versorgung (und des Einflussnehmens der Akutklinik auf die Belegung von Rehabilitations-Einrichtungen), der Selbstverpflichtung, des Leitbilds des aktiven Versicherten und der Verpflichtung der Leistungsträger, den Versicherten in die Lage zu versetzen, die Qualität verschiedener Einrichtungen zu beurteilen, diskutiert.

Danach gab Dr. Thorsten Meyer eine Einführung in die rehabilitationswissenschaftlichen und sozialmedizinischen Aspekte des Shared Decision Makings und Wunsch- und Wahlrechts in der medizinischen Rehabilitation. Die sich an den Vortrag anschließende Diskussion drehte sich vor allem um die folgenden Themen: der Rehabilitand als nicht nur passiver Leistungsempfänger, sondern „aktiver Versicherter“; die Selbstbestimmung im Rehabilitationsprozess und die Besonderheit des Shared Decision Making-Prozesses in der Rehabilitation mit mindestens drei Beteiligten (niedergelassener Arzt, Rehabilitationsträger und Rehabilitand).

Nach der Mittagspause präsentierten Diana Ramm und Susan Bendig die Ergebnisse ihrer Experteninterviews. Es wurde darüber diskutiert, dass die Informiertheit über und Geltendmachung von Wunsch- und Wahlrechten davon abhängt, welche Indikation und welcher Schweregrad / welche Chronizität der Erkrankung bei einem Rehaantragsteller vorliegt. Je höher der Schweregrad der Beeinträchtigung, desto informierter sind die Leute, vor allem durch ihr Engagement in Selbsthilfegruppen. Dies wurde auch als wichtiger Parameter für den Survey angesehen (Was ist der Rehabilitations-Anlass?; Kontakt zu Selbsthilfegruppen). Streitverfahren entstünden meist mit einer Selbsthilfegruppe im Hintergrund des Klagenden.

⁷⁹ Anwesend waren (in alphabetischer Reihenfolge): Susan Bendig (B. Sc., Hochschule Neubrandenburg), Dr. Harry Fuchs (Sachverständiger / Sozialexperte, Düsseldorf), Dr. Nathalie Glaser-Möller (DRV Nord, Lübeck), Prof. Dr. Ingo Heberlein (Vertreter des Sozialverbands Deutschland im Gemeinsamen Bundesausschuss, Fulda), Jürgen Janetzek (IKK Nord, Abteilungsleiter Leistungen, Rostock), Peter Ladehoff (IKK Nord, Verwaltungsratsvorsitzender Arbeitnehmerseite, Rostock), Dr. Thorsten Meyer (Institut für Sozialmedizin, Lübeck), Dr. Thomas Motz (Rechtsanwalt/ Fachanwalt für Medizinrecht, Lübeck), Magdalene Ossege (Beauftragte für Menschen mit Behinderung, Lübeck), Nadine Pohontsch (Institut für Sozialmedizin, Lübeck), Diana Ramm (B. Sc., Hochschule Neubrandenburg), Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe (Institut für Sozialmedizin, Lübeck), Dr. Thomas Stähler (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt/ Main), Fabian Walling (Promotion zum Wunsch- und Wahlrecht, tätig bei der DRV Baden-Württemberg), Prof. Dr. Felix Welti (Hochschule Neubrandenburg).

An diesem Punkt schloss sich eine längere Diskussion der Themen Zertifizierung und Eignung von: Einrichtungen, Wirtschaftlichkeitsgebot, Qualität (Qualitätsbeurteilung und -sicherung) der Einrichtungen und Selbstbestimmung des Rehabilitanden an. Selbstbestimmung hieße, dass den Wünschen der Berechtigten immer Rechnung zu tragen sei, die Grenzen sind dabei die Pflichten und Aufgaben des Rehabilitationsträgers. Kritisiert wurde unter anderen, dass heute immer noch bezüglich des Erfolgs der Rehabilitation Krankheitsparameter und nicht Teilhabeparameter gemessen würden. Es gebe schließlich auch Methoden der Krankenbehandlung, die auch der Erreichung von Teilhabezielen dienen könnten. Des Weiteren wurde diskutiert, wieso es eigentlich eine am besten geeignete Einrichtung geben sollte, das Rehabilitationsverfahren sei die Essenz der Sache und solle in allen Einrichtungen gleich gut ausgeführt werden können. Dies sei jedoch eher ein Idealbild des Verfahrens, es gibt eben doch die für den Einzelfall am besten geeignete Einrichtung. Wichtig sei es, im Vorfeld zu klären, welche Einschränkungen bei einer Person bestehen und welche Behandlungsmethoden dafür am besten wirksam sind. Dieses Wissen sollte die Zuordnung zu einer Rehabilitationseinrichtung steuern.

Als nächstes stellte Nadine Pohontsch die Ergebnisse ihrer Fokusgruppengespräche vor. Die Praxis der Wunschablehnung durch die Leistungsträger wurde im Anschluss an die Präsentation diskutiert. Oft werden Ablehnungsgründe nur mündlich mitgeteilt und nicht schriftlich dargelegt. Auch die Qualität möglicher Begründungen wurde in Frage gestellt. Von Leistungsträgerseite wurde bestätigt, dass der Versicherte die Gründe für die Ablehnung seiner Wünsche meist nur bei einem Telefonat erfahren würde, da es sich bei der Erstellung von Bescheiden um ein standardisiertes Verfahren handelt, in dem Gründe für Wunschablehnung nicht vorgesehen sind. Es wurde die Frage aufgeworfen, ob im Bescheid auf das Wunsch- und Wahlrecht bzw. den Wunsch eingegangen wird oder stillschweigend eine andere Einrichtung als die gewünschte bewilligt wird. Auch die Praxis, dass die Ablehnung des Wunsches als Verwaltungsakt festgestellt, aber nicht begründet wird, wurde kritisiert. Des Weiteren wurde erwähnt, dass die Frage nach dem Wunsch- und Wahlrecht in der anwaltlichen Praxis meist die Erstberatung nicht überdauern würde, da eine Klage wesentliche finanzielle Risiken birgt (z. B. Anwalts- bzw. Sowieso-Kosten). Aus den Experteninterviews ist bekannt, dass es der Leistungsträger eher nicht zur Klage kommen lässt, sondern andere Lösungen anstrebt. Von anderer Seite bestand jedoch die Wahrnehmung, dass sich Leistungsträger (vor allem aus der GKV) mittlerweile bereitwilliger verklagen lassen oder nach anderen Lösungen sucht (z.B. über Kostenpauschalen). Frau Ossege betonte die Wichtigkeit der Aspekte der Barrierefreiheit von Informationen, aber auch der räumlichen Barrierefreiheit (die theoretisch das Wunsch- und Wahlrecht einschränken kann), des Assistenzbedarfs (Begleitpersonen) und der gleichgeschlechtlichen Pflege. Eine Hypothese, die sich aus der Diskussion ergab war, dass eine Konzentration des Surveys ausschließlich auf Rehabilitanden

eine unzulässige Vernachlässigung der Gruppe der Rehabilitations-Antragsteller sei, deren Antrag abgelehnt oder zurückgezogen wurde und die die Rehabilitation nicht angetreten haben.

Eine weitere Frage, die aufgeworfen wurde war, wie man mehr Transparenz in das System bringen und wirklich jeden über sein Wunsch- und Wahlrecht aufklären könnte. Außerdem müsse aus rechtlicher Perspektive jeder Rehaantragsteller nach seinen Wünschen gefragt werden. Zudem habe der Gesetzgeber die Selbstbestimmung im Gesetz verankert.

Zum Abschluss der Veranstaltung sprach Herr Dr. Meyer ein zusammenfassendes Schlusswort.

7.2 Umsetzung im Survey-Fragebogen

Eine besonders wichtige Änderung des Studienprotokolls durch die Ergebnisse der Expertenkommission war die Erweiterung der befragten Stichprobe. Ursprünglich sollten nur Rehabilitanden befragt werden. Aufgrund der von der Expertenkommission angestellten Überlegungen wurde die Stichprobe auf alle Personen erweitert, die innerhalb der letzten sechs Monate einen Rehabilitationsantrag gestellt hatten, unabhängig davon, ob dieser bewilligt wurde oder nicht.

Von den in der Expertenkommission thematisierten Aspekten flossen die Folgenden zusätzlich in den Fragebogen für den Survey mit ein:

- Selbsthilfegruppen: Frage 3b (Hilfe bei der Antragstellung) und Frage 6b (Informant Wunsch- und Wahlrecht),
- Grad der Behinderung: Fragen zur Person,
- Barrierefreiheit (von Informationen, räumliche Barrierefreiheit): Frage 5b (Nichtantrittsgründe), Frage 7a (Wünsche zur Auswahl der Rehabilitationseinrichtung) und Frage 9 (Informationen über Rehabilitationseinrichtungen),
- Assistenzbedarf (Hilfspersonen in der Rehabilitationseinrichtung): Frage 7a (Wünsche zur Auswahl der Rehabilitationseinrichtung) und Frage 9 (Informationen über Rehabilitationseinrichtungen),
- gleichgeschlechtliche Pflege: Frage 7a (Wünsche zur Auswahl der Rehabilitationseinrichtung) und Frage 9 (Informationen über Rehabilitationseinrichtungen) und
- Widerspruch / Klage gegen die bewilligte Rehabilitationseinrichtung: Frage 8a und 8b (Widerspruch gegen die bewilligte Rehabilitationseinrichtung).

Teil B: Quantitative Studienphase - Survey

8 Methode

8.1 Entwicklung des Fragebogens

Auf der Grundlage der Ergebnisse der qualitativen Projektphase (Fokusgruppen, Experteninterviews und Expertenkommission) wurde ein erster Fragebogenentwurf geschaffen. Dieser Entwurf wurde mit der Bitte um Kommentierung an alle Teilnehmer der Expertenkommission versandt. Infolge der Rückmeldung der Experten wurde der Fragebogen erneut überarbeitet, einzelne Fragen um Antwortmöglichkeiten ergänzt und die Fragen zur Mitteilung der Wünsche an die Rentenversicherung bzw. Krankenkasse (7b / 7c) und zu den Mehrkosten (7f) hinzugefügt.

8.1.1 Zwei-Phasen-Pretest

Prüfer und Rexrodt (2000) schlagen zur Vortestung von Fragebögen die Kombination von kognitiven und Standard-Pretest-Methoden vor.

Kognitiver Pretest

Kognitive Pretest wurden in zwei Runden mit Rehabilitanden in einer Rehabilitationseinrichtung durchgeführt (s. u.). Die Befragten wurden gebeten, alles was ihnen beim Ausfüllen des Fragebogens durch den Kopf ging zu äußern sowie auf Unverständliches oder Unklarheiten hinzuweisen. Diese an das *Laute Denken* angelehnte Methode wurde jedoch nicht mit den Probanden geübt. Während der Proband den Fragebogen ausfüllte, wurde jeweils nach 1-3 ausgefüllten Fragen gestoppt und der Proband gebeten zu erklären, warum er sich für eine bestimmte Antwortkategorie entschieden hat oder keine der zur Wahl stehenden Kategorien angekreuzt hat (*category selection probing*). Bei Unstimmigkeiten zwischen der angekreuzten Antwort und der von dem Probanden gegebenen Begründung wurden weitere offene Fragen gestellt, um dem Beantwortungsproblem auf den Grund zu gehen. Des Weiteren wurden generelle Zusatzfragen (z. B. „Gab es irgendetwas, was Sie nicht verstanden haben?“, „Wie haben Sie die Frage verstanden?“ oder „Gab es irgendwo Schwierigkeiten / Unklarheiten beim Ausfüllen?“; *general probing*) gestellt und der Proband wurde gebeten, weitere Informationen zum Thema der Frage zu geben⁸⁰.

Die Interviews wurden digital aufgenommen. Nach dem Interview wurden die Aufnahmen angehört und Notizen zu Problemen bei den einzelnen Fragen erstellt.

Der erste Fragebogenentwurf wurde in einer ersten kognitiven Testrunde drei orthopädischen Rehabilitanden des Klinikums Bad Bramstedt vorgelegt. Der nach der ersten Inter-

⁸⁰ Dieses Vorgehen ist offener angelegt als das von Prüfer und Rexrodt [ebd.] vorgeschlagene.

viewrunde überarbeitete Fragebogen wurde erneut an fünf Rehabilitanden des o. g. Klinikums überprüft und im Anschluss an die Testung überarbeitet.

Standard-Pretest

Mitte Januar 2010 wurden für den Standard-Pretest 120 Rehaantragsteller der DRV Nord angeschrieben und gebeten, den Fragebogen innerhalb von fünf Tagen auszufüllen und in einem beigelegten adressierten und frankierten Rückumschlag an das Institut für Sozialmedizin zurückzusenden. Eine Erinnerung erfolgte nicht.

Die in den ersten zwei Wochen nach Versand zurückgesendeten 31 Fragebögen wurden ausgewertet. Die ausgefüllten Fragebögen wurden nach folgenden Auffälligkeiten untersucht:

- Hinweise auf Verständnisprobleme,
- Hinweise auf Probleme beim Ausfüllen des Fragebogens, die ihre Ursache im Aufbau und der Formulierung des Fragebogens haben,
- Inkonsistenzen in Antwortmustern, die durch die Formulierung der Fragen und Antwortmöglichkeiten entstanden sein könnten und
- Hinweise auf weitere Probleme (z.B. handschriftliche Kommentare der Befragten).

Nach der Identifikation möglicher problematischer Fragen wurden noch einige Änderungen in einzelnen Fragen vorgenommen und der Fragebogen schließlich in seine Endform (siehe Anhang 9) gebracht.

8.2 Rekrutierung der Studienteilnehmer (Hauptstudie)

Ursprünglich war vorgesehen, nur *Rehabilitanden* für den Survey anzuschreiben. Auf der Grundlage der Ergebnisse der Fokusgruppen und Experteninterviews hat sich die Expertenrunde dafür ausgesprochen, alle Personen anzuschreiben, die einen Rehabilitationsantrag gestellt haben, auch wenn dieser abgelehnt oder noch nicht endgültig entschieden wurde.

Insgesamt wurden daher 2000 *Reha-Antragsteller* (IKK Nord N=523, 281 Männer, 53,7 %, DRV Nord N=1477, 881 Männer, 59,6%) angeschrieben. Die Einschlusskriterien waren:

- männliche und weibliche Rehabilitationsantragsteller aus den Indikationen muskuloskelettale Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, onkologische Erkrankungen, psychosomatische und andere somatische Erkrankungen (Diagnoseschlüsselzahlen s. Tabelle 12),
- Rehabilitationsantragstellung vor maximal 6 Monaten,
- Anträge auf Heilverfahren oder Anschlussrehabilitationen,
- bewilligte, abgelehnte oder noch nicht endgültig beschiedene Anträge,
- Leistungsträger der beantragten Maßnahme IKK Nord bzw. DRV Nord,

- Wohnort: vollständiges Einzugsgebiet der IKK Nord bzw. DRV Nord.
- Ausgeschlossen waren Personen mit der Indikation Suchterkrankung.

Tabelle 12: Indikationsbereiche und Diagnoseschlüsselzahlen

Indikation	Diagnoseschlüsselzahl
Muskuloskelettale Erkrankungen	M00-M99
Onkologische Erkrankungen	C00-D48
Herz-Kreislauf Erkrankungen	I00-I99
Psychosomatische Erkrankungen	F00-F99 (außer F10-F19)
Andere somatische Indikationen	A00-B99, D50-D90, E00-E90, G00-G99, H00-H95, J00-J99, K00-K93, L00-L99, N00-N99, O00-099, P00-P96, Q00-Q99, R00-R99, S00-T98, U00-U99, V01-Y84, Z00-Z99

Die Indikationen (Erstdiagnosen) in der angeschriebenen IKK-Stichprobe verteilten sich wie folgt: 49,1% Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, 22,2% Krankheiten des Kreislaufsystems, 6,1% psychische und Verhaltensstörungen, 5,0% Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen, 3,6% Krankheiten des Nervensystems, 3,4% Neubildungen, 2,3% Krankheiten des Atmungssystems, 2,3% endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, 2,1% Krankheiten des Verdauungssystems, 1,1% Krankheiten des Urogenitalsystems, 1,0% Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind, 0,4% angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien, 0,4% Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde, 0,4% Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, 0,2% infektiöse / parasitäre Krankheiten und 0,2% Krankheiten der Haut und der Unterhaut.

Von den Versicherten der DRV Nord erfüllten ca. 19.000 Personen die Einschlusskriterien der Studie. Durch Vergabe von Zufallszahlen wurden aus dieser Grundgesamtheit 1477 Personen ausgewählt. Über die Verteilung der Indikationen in der angeschriebenen DRV-Nord-Stichprobe können keine Angaben gemacht werden. Daten zur Verteilung der Indikationen in der Stichprobe lagen nicht vor (für noch nicht entschiedene Rehabilitationsanträge werden in der Datenbank der DRV Nord keine Diagnosen eingetragen). Da es sich bei den angeschriebenen Personen um eine Zufallsstichprobe aus der Grundgesamtheit der in Frage kommenden Rehaantragsteller handelt, ist jedoch davon auszugehen, dass sich die Verteilung der Indikationen in der angeschriebenen Stichprobe in etwa der Grundgesamtheit der Rehaantragsteller der DRV Nord entspricht. Über die Verteilung der Indikationen in der

Grundgesamtheit der Rehaantragsteller der DRV Nord liegen keine veröffentlichten Informationen vor.

Die identifizierten potentiellen Surveyteilnehmer wurden von der DRV Nord bzw. der IKK Nord zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Sie erhielten zusammen mit dem Einladungsschreiben ein Exemplar des Survey-Fragebogens und einen an das Institut für Sozialmedizin adressierten, frankierten Rückumschlag zur Rücksendung des Fragebogens.

Die Versicherten der IKK Nord wurden Mitte Februar 2010 zum ersten Mal mit der Bitte um ihre Teilnahme am Survey angeschrieben. Sie wurden nach ca. vier (Mitte März 2010) und acht Wochen (Mitte April 2010) an die Teilnahme am Survey erinnert (Zusendung eines Erinnerungsschreibens, eines Fragebogens und eines Rückumschlags).

Die Versicherten der DRV Nord wurden ebenfalls Mitte Februar 2010 zum ersten Mal zur Teilnahme am Survey eingeladen. Für die Versicherten der DRV Nord erfolgte im Anschluss an die erste Einladung eine Erinnerung Mitte März 2010. Auf die zweite Erinnerung wurde auf Initiative der DRV Nord verzichtet, da schon nach der ersten Erinnerung eine sehr hohe Anzahl, teils verärgerter, Rückfragen auftrat. Die DRV Nord-Versicherten bekamen im Befragungszeitraum auch noch andere Befragungen zugesandt, so dass nicht auszuschließen war, dass bei einigen Versicherten eine relativ hohe „Befragungsbelastung“ auftrat.

8.2.1 Rücklauf IKK Nord

Von 523 angeschriebenen Personen sendeten 419 (80,1%) den Fragebogen an das Institut für Sozialmedizin zurück. Insgesamt waren 407 (97,1%) der zurückgesandten Fragebögen auswertbar. Die übrigen zurückgesandten Fragebögen waren nur unvollständig oder gar nicht ausgefüllt. Eine Übersicht über den Rücklauf der IKK Nord zeigt Abbildung 20.

8.2.2 Rücklauf DRV Nord

Von insgesamt 1477 angeschriebenen Personen sandten 913 (61,8%) den Fragebogen an das Institut für Sozialmedizin zurück. Insgesamt waren 911 (99,8%) der zurückgesandten Fragebögen auswertbar. Die übrigen zurückgesandten Fragebögen waren nur unvollständig oder gar nicht ausgefüllt. Eine Übersicht über den Rücklauf der DRV Nord zeigt Abbildung 21.

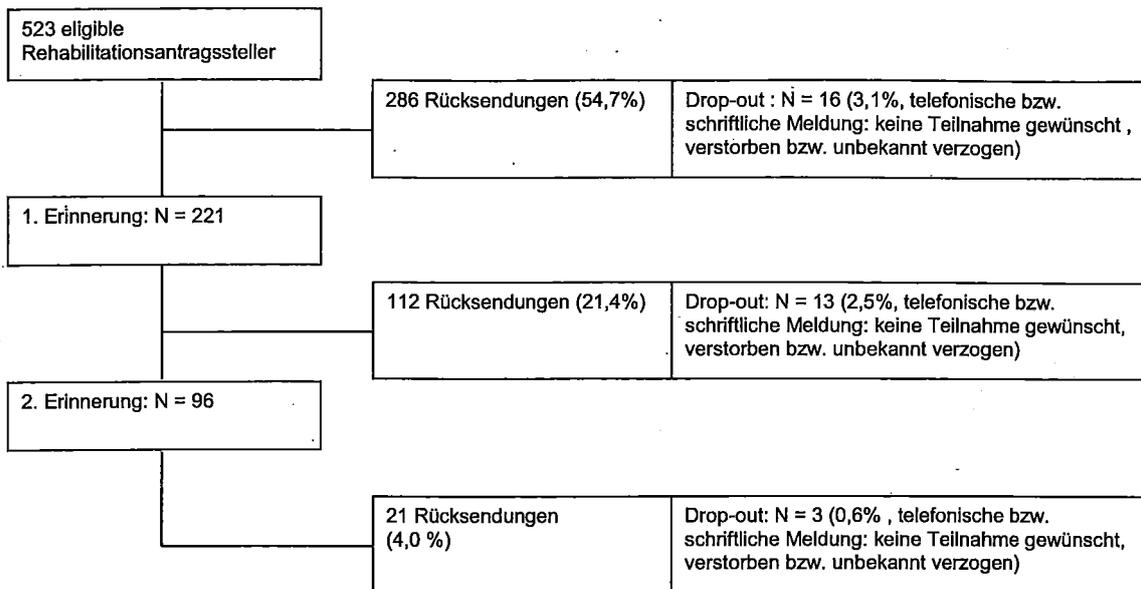


Abbildung 20: Rücklauf IKK Nord

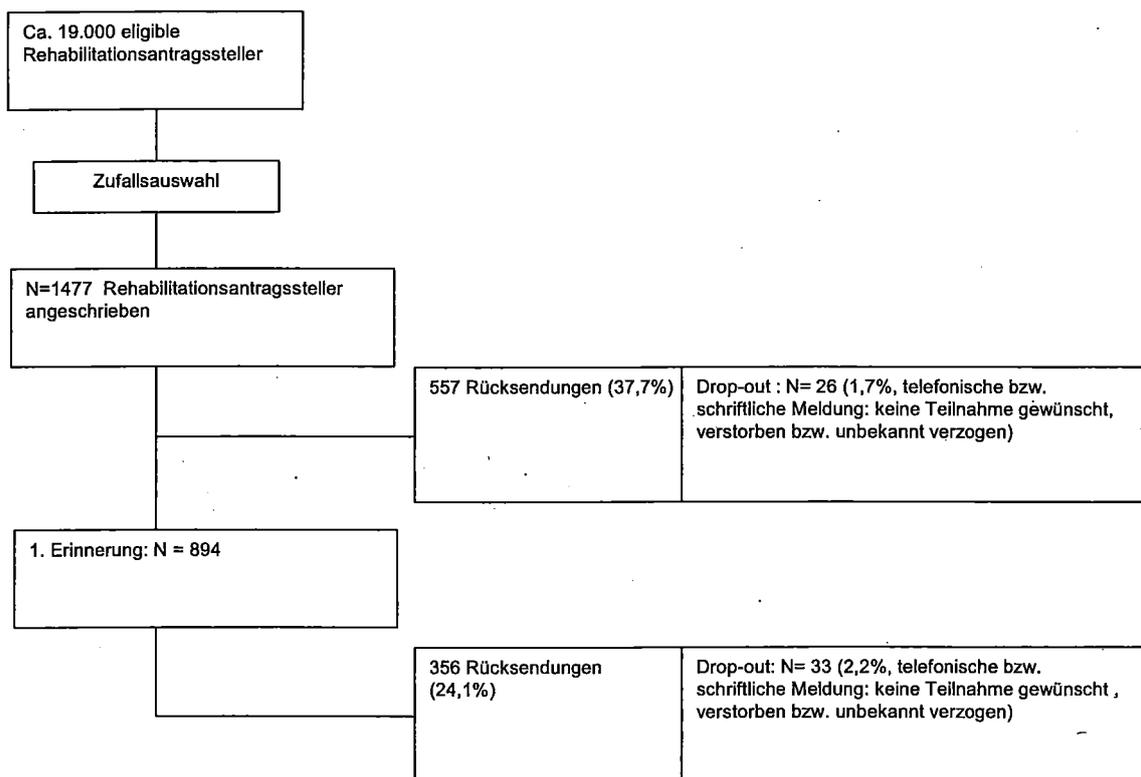


Abbildung 21: Rücklauf DRV Nord

8.3 Plausibilitätskorrekturen im Datensatz

Schon bei der Eingabe der Fragebögen fiel auf, dass bei einigen Fragen vermehrt Antworten auftraten, die in Bezug auf Antworten zu anderen Fragen im Fragebogen unplausibel schie-

nen. Dies betraf Fragen, denen eine „Sprungregel“ voranging, z.B. „Bitte beantworten Sie diese Frage nur, wenn Ihr Rehabilitationsantrag abgelehnt wurde“. Deshalb wurden einige Fragen einer Plausibilitätsprüfung unterzogen. Die Bedingungen für plausible Antworten werden im Anhang 6 für jede korrigierte Frage dargestellt. Eine Korrektur der Antworten wurde durch eine Umkodierung in eine neue Variable vorgenommen. Wenn die Plausibilität einer Antwort von einer Frage (Bedingungsvariable) abhing, die ebenfalls als plausibel korrigiert wurde, so wurden die schon korrigierten Werte der Bedingungsvariablen verwendet.

8.4 Ergebnisse

Alle Auswertungen wurden mit SPSS 17.0 vorgenommen. Im Folgenden werden zuerst die soziodemografischen Daten der Gesamtstichprobe dargestellt. Zusätzlich werden jeweils Vergleiche zwischen den beiden Leistungsträgern (IKK Nord und DRV Nord) sowie zwischen den drei Rehabilitationsformen (Anschlussrehabilitation, Heilverfahren sowie gesondert davon die onkologische Rehabilitation) vorgenommen. Daher erfolgt auch die Beschreibung der Eigenschaften der Stichproben getrennt nach diesen Merkmalen.

8.4.1 Merkmale der Stichproben

Insgesamt konnten die Fragebögen von 1318 Personen verwertet werden. Eine Übersicht über die soziodemografischen Merkmale der Gesamtstichprobe, sowie der nach der Zugehörigkeit zu den Leistungsträgern getrennten Stichproben findet sich in Tabelle 13. Bei den Angaben handelt es sich um die Selbstangaben der Befragten aus den Fragebögen.

Unterschiede zwischen den Teilstichproben DRV Nord und IKK Nord

Die Teilstichproben der DRV Nord und der IKK Nord unterscheiden sich in ihren soziodemografischen Merkmalen. Befragte der IKK Nord-Teilstichprobe:

- waren signifikant älter ($M = 66,3$ vs. $M = 51,4$; $t(1296) = -22,83$, $p < .001$);
- lebten signifikant häufiger mit einem festen Partner zusammen (76,9% vs. 70,4%; $X^2(1) = 5,82$, $p < .05$);
- hatten eine etwas geringere Schulbildung ($X^2(6) = 35,08$, $p < .001$);
- waren zum größeren Teil (76,0%) berentet ($X^2(8) = 700,96$, $p < .001$);
- hatten häufiger eine AR als letzte Rehabilitationsmaßnahme beantragt (71,8% vs. 34,5%), aber wesentlich seltener eine onkologische Rehabilitation (3,0% vs. 15,9%; $X^2(2) = 146,20$, $p < .001$);
- gaben häufiger an, eine anerkannte Behinderung zu haben (61,0% vs. 51,2%; $X^2(1) = 14,97$, $p < .001$) und
- haben außerdem einen höheren durchschnittlichen anerkannten Behinderungsgrad (64,75 vs. 53,25; $t(631) = -6,03$, $p < .001$).

Lediglich beim Geschlecht zeigte sich kein signifikanter Unterschied ($\chi^2 (1) = 2,60, p=.11$) zwischen den beiden Gruppen.

Die Tabelle 14 zeigt die Verteilung der soziodemografischen Merkmale in den Untergruppen nach beantragter Rehabilitationsform.

Teil B: Quantitative Studienphase

Tabelle 13: Soziodemografische Daten der Surveyteilnehmer, Gesamtstichprobe und nach Leistungsträgerzugehörigkeit getrennt

		Gesamt	DRV NORD	IKK NORD
N =		1318	911	407
Geschlecht				
	männlich	55,9 %	57,3 %	52,8 %
	weiblich	43,2 %	41,7 %	46,7 %
	mv	0,8 %	1,0 %	0,5 %
Alter				
	M (Min-Max)	56,0 (18-92)	51,4 (19-86)	66,3 (18-92)
	Standardabweichung	12,9	10,9	10,8
	mv	1,5 %	1,8 %	1,0 %
Partner				
	ohne festen Partner	27,2 %	29,1 %	22,9 %
	mit festem Partner	71,2 %	69,2 %	75,9 %
	mv	1,6 %	1,8 %	1,2 %
Schulabschluss				
	ohne	3,6 %	4,2 %	2,5 %
	Haupt- / Volksschule	47,1 %	43,9 %	54,3 %
	POS	16,7 %	17,9 %	14,0 %
	Realschule	16,2 %	17,9 %	12,3 %
	FH-Reife	4,9 %	4,5 %	5,7 %
	Hochschulreife / Abitur	4,4 %	5,8 %	1,2 %
	anderer Abschluss	2,8 %	2,2 %	4,2 %
	mv	4,3 %	3,6 %	5,9 %
Beruflicher Status				
	voll berufstätig	20 %	28,3 %	1,5 %
	mindestens halbtags	4,7 %	6,3 %	0,7 %
	weniger als halbtags	1,6 %	2,1 %	0,5 %
	Altersrente	28,5 %	9,9 %	70,0 %
	Ausbildung	0,3 %	0,4 %	0,0 %
	erwerbs- / arbeitslos	14,7 %	20,4 %	2,0 %
	EU- / BU- / Erwerbsminderungsrente	9,3 %	4,7 %	19,7 %
	Hausfrau / -mann	2,7 %	2,9 %	2,2 %
	Krankengeld	15,3 %	22,0 %	0,5 %
	mv	3,0 %	3,1 %	2,9 %
anerkannte Behinderung				
	ja	48,3 %	46,1 %	53,3 %
	nein	44,0 %	48,4 %	34,2 %
	mv	7,7 %	5,5 %	12,5 %
Grad der Behinderung		N = 638	N = 419	N = 219
	20	7,0 %	9,4 %	2,3 %
	30	13,6 %	18,3 %	4,6 %
	40	11,5 %	14,2 %	6,5 %
	50	20,5 %	19,5 %	22,0 %
	60	13,7 %	11,5 %	18,0 %
	70	8,2 %	4,6 %	15,2 %
	80	10,4 %	9,4 %	12,4 %
	90	5,1 %	3,6 %	7,8 %
	100	10,0 %	9,6 %	10,6 %
Art der letzten Rehabilitation				
	onkologische Rehabilitation	10,2 %	13,5 %	2,7 %
	AR	40,5 %	29,3 %	65,6 %
	Heilverfahren	36,2 %	42,0 %	23,1 %
	weiß ich nicht	5,2 %	7,1 %	1,2 %
	mv	7,8 %	8,0 %	7,4 %

	Gesamt	DRV NORD	IKK NORD
AU-Tage (letzte 12 Monate)⁸¹			
gar nicht	26,0 %	16,6 %	47,2 %
< 4 Wochen	8,9 %	12,1 %	1,7 %
4 Wochen – 3 Monate	12,6 %	16,6 %	3,7 %
3 – 6 Monate	12,0 %	16,2 %	2,5 %
> 6 Monate	22,5 %	30,1 %	5,4 %
keine Angabe	18,1 %	8,5 %	39,6 %

mv = missing values, POS = Polytechnische Oberschule, EU-Rente = Erwerbsunfähigkeitsrente, BU-Rente = Berufsunfähigkeitsrente, AR = Anschlussrehabilitation

⁸¹ Bei den Angaben zu den AU-Tagen in den letzten 12 Monaten besteht die Schwierigkeit, dass es Personengruppen in der Stichprobe gibt, die gar nicht mehr krankgeschrieben werden (z.B. Rentner). Jedoch haben einige berentete Personen (N=23) auch angekreuzt krankgeschrieben gewesen zu sein. Dies könnte entweder auf ein Missverständnis der Frage hinweisen oder die Personen betreffen, die erst innerhalb der letzten 12 Monate berentet wurden. Des Weiteren haben 177 berentete Personen angekreuzt, gar nicht krank geschrieben gewesen zu sein, während N=165 Personen keine Angaben zu AU-Tagen machten. Hier lässt sich nicht einwandfrei klären, welche fehlenden Angaben darauf zurückzuführen sind, dass willentlich oder aus Versehen keine Angaben gemacht wurden bzw. die Frage als für Rentner nicht zutreffend erkannt wurde. Ähnliche „Bedenken“ treffen für die Validität der Angaben der Gruppe der Hausfrauen / Hausmänner zu (hier haben N=8 Personen Angaben zu AU-Tagen gemacht, N=17 haben angegeben gar nicht krankgeschrieben gewesen zu sein und N=10 Personen haben fehlende Werte). Auf eine Plausibilitätsprüfung wurde aus den o. g. Gründen, die die Datenentstehung schwer nachvollziehbar machen, verzichtet.

Teil B: Quantitative Studienphase

Tabelle 14: Soziodemografische Daten der Surveyteilnehmer nach beantragter Rehabilitationsform getrennt

	onkologische Rehabilitation	AR	HV	Weiß nicht
N =	134	534	477	70
Geschlecht				
männlich	46,3 %	62,0 %	53,7 %	47,1 %
weiblich	52,2 %	37,6 %	45,3 %	52,9 %
keine Angabe	1,5 %	0,4 %	1,0 %	0,0 %
Alter				
M (Min-Max)	62,4 (21-86)	59,7 (18-90)	51,9 (21-92)	45,1 (19-76)
Standardabweichung	11,3	12,4	11,45	13,5
keine Angabe	1,5 %	0,6 %	2,1 %	1,4 %
Partner				
ohne festen Partner	30,6 %	22,5 %	26,0 %	44,3 %
mit festem Partner	68,7 %	76,4 %	71,9 %	55,7 %
keine Angabe	0,7 %	1,1 %	2,1 %	0,0 %
Schulabschluss				
ohne	3,0 %	2,6 %	3,4 %	13,4 %
Haupt- / Volksschule	58,2 %	48,3 %	42,6 %	50,7 %
POS	13,4 %	18,2 %	17,4 %	11,9 %
Realschule	13,4 %	15,5 %	18,7 %	13,4 %
FH-Reife	2,2 %	4,7 %	6,3 %	3,0 %
Hochschulreife / Abitur	3,0 %	4,1 %	6,1 %	3,0 %
anderer Abschluss	1,5 %	2,8 %	2,5 %	4,5 %
keine Angabe	5,2 %	3,7 %	3,1 %	0,0 %
Beruflicher Status				
voll berufstätig	5,2 %	13,9 %	31,0 %	25,7 %
mindestens halbtags	3,0 %	2,4 %	7,3 %	4,3 %
weniger als halbtags	0,7 %	0,7 %	2,5 %	2,9 %
Altersrente	50,7 %	41,9 %	11,5 %	4,3 %
Ausbildung	0,0 %	0,4 %	0,2 %	0,0 %
erwerbs- / arbeitslos	7,5 %	11,6 %	18,0 %	27,1 %
Erwerbsminderungsrente	14,9 %	10,3 %	6,7 %	8,6 %
Hausfrau / -mann	0,7 %	2,6 %	2,1 %	7,1 %
Krankengeld	14,9 %	13,5 %	17,8 %	15,7 %
keine Angabe	2,2 %	2,6 %	2,7 %	4,3 %
anerkannte Behinderung				
ja	75,4 %	47,6 %	43,0 %	42,9 %
nein	17,2 %	43,3 %	51,4 %	52,9 %
keine Angabe	7,5 %	9,2 %	5,7 %	4,3 %
Grad der Behinderung	N = 101	N = 256	N = 205	N = 30
20	0,0 %	7,1 %	9,4 %	10,0 %
30	1,0 %	14,2 %	18,7 %	13,3 %
40	3,0 %	9,4 %	17,2 %	10,0 %
50	21,0 %	22,4 %	19,2 %	13,3 %
60	17,0 %	18,9 %	6,4 %	13,3 %
70	6,0 %	9,4 %	7,4 %	16,7 %
80	18,0 %	8,7 %	8,9 %	10,0 %
90	10,0 %	4,7 %	3,9 %	0,0 %
100	24,0 %	5,1 %	8,9 %	13,3 %
AU-Tage (letzte 12 Monate)				
gar nicht	30,6 %	30,5 %	21,6 %	17,1 %
< 4 Wochen	0,7 %	2,2 %	18,0 %	11,4 %
4 Wochen – 3 Monate	6,0 %	11,4 %	15,1 %	18,6 %
3 – 6 Monate	10,4 %	14,4 %	9,2 %	18,6 %
> 6 Monate	24,6 %	17,2 %	25,6 %	28,6 %
keine Angabe	27,6 %	24,2 %	10,5 %	5,7 %

AR = Anschlussrehabilitation, HV = Heilverfahren, mv = missing values, POS = Polytechnische Oberschule, EU-Rente = Erwerbsunfähigkeitsrente, BU-Rente = Berufsunfähigkeitsrente

Unterschiede zwischen den Teilstichproben onkologische Rehabilitation, Anschlussrehabilitation und Heilverfahren

Die Teilstichproben der Personen, die eine Rehabilitationsmaßnahme nach einer onkologischen Erkrankung, eine Anschlussrehabilitation oder ein Heilverfahren beantragt haben, unterschieden sich signifikant in folgenden soziodemografischen Merkmalen⁸²:

- die Gruppe, die eine onkologische Rehabilitation beantragt hatte, war die im Durchschnitt älteste Gruppe, darauf folgte die Gruppe der Anschlussrehabilitations-Beantrager und die Gruppe, die ein Heilverfahren beantragt hatte war die jüngste ($F(2, 376,88) = 70,35, p < .001$);
- bei den Personen, die eine AR beantragt hatten, war der Männeranteil am höchsten gefolgt von den Personen, die ein Heilverfahren oder eine onkologische Rehabilitation beantragt hatten ($X^2(2) = 12,80, p = .002$);
- Berufsstatus ($X^2(16) = 197,46, p < .001$); unter den Rehabilitanden im Heilverfahren war der Anteil voll Erwerbstätiger am höchsten, während die Altersrentner in den anderen beiden Gruppen am häufigsten vertreten waren;
- die Gruppe, die eine onkologische Rehabilitation beantragt hatte, gab am häufigsten an, eine anerkannte Behinderung zu haben, darauf folgte die Gruppe der AR-Beantrager und die Gruppe, die ein Heilverfahren beantragt hatte, gab am seltensten an, eine anerkannte Behinderung zu haben ($X^2(2) = 50,36, p < .001$);
- die Gruppe, die eine onkologische Rehabilitation beantragt hatte, wies durchschnittlich den höchsten Grad der Behinderung auf, darauf folgten mit vergleichbaren Anteilen die Gruppe der AR-Beantrager und die Gruppe, die ein Heilverfahren beantragt hatte ($F(2) = 34,31, p < .001$) und
- die Gruppe, der Personen die ein Heilverfahren beantragt haben weist den größten Anteil an Personen auf, die mehr als vier Wochen krankgeschrieben waren. Gleichzeitig zeigt sich bei dieser Gruppe der geringste Anteil an fehlenden Werten. Die Unterschiede zwischen den drei Gruppen sind signifikant $X^2(10) = 145,48, p < .001$.

Bezüglich des Zusammenlebens mit einem festen Partner und der Schulbildung ($X^2(12) = 17,55, p = .130$) zeigten sich keine signifikanten Unterschiede ($X^2(2) = 4,39, p = .11$) zwischen den drei Gruppen.

⁸² Die Teilstichprobe der Personen, die nicht wussten, was für eine Art der Rehabilitation von ihnen bzw. für sie beantragt wurde, wurde bei diesen und allen folgenden inferenzstatistischen Analysen ausgeschlossen, da sich über sie keine sinnvollen Aussagen treffen lassen.

8.4.2 Ergebnisse des Fragebogens

Bei der Darstellung der Fragebogenergebnisse wird anstelle der Reihenfolge der Fragen im Fragebogen eine inhaltliche Gliederung gewählt. Die Gliederungspunkte sind: 1) Allgemeine Informationen, 2) der Rehabilitationsantrag, 3) der Bescheid, 4) Angaben zu Widerspruch und Klage, 5) Informationen zum Wunsch- und Wahlrecht, 6) Wünsche und 7) Informationsbedarf.

Die Fragen 1, 2, 3a, 3b, 4a, 6b, 9 und 10 wurden nicht bezüglich ihrer Plausibilität korrigiert. Bezüglich der übrigen Fragen werden die plausibilitätsgeprüften Werte dargestellt (für eine Verteilung der Rohwerte bei diesen Fragen siehe Anhang 7).

Die Ergebnisse der Fragebogenerhebung sind vollständig wiedergegeben. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden die wichtigsten Ergebnisse im folgenden Abschnitt zusammengefasst. Sie können in den nachfolgenden Kapiteln vertieft werden.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Der Anteil der Männer unter den Befragten liegt bei etwa 55%. Das mittlere Alter weist deutliche Unterschiede in Abhängigkeit vom Leistungsträger auf: es beträgt 51 Jahre bei der Rentenversicherung, 66 Jahre bei der Krankenkasse. Entsprechend unterschiedlich ist der aktuelle berufliche Status der Befragten. Nahezu die Hälfte der Befragten weist eine anerkannte Behinderung auf. Über die Hälfte der Befragten hat nach eigenen Angaben vor dem Hintergrund einer Krankheit aus dem Bereich des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes einen Rehaantrag gestellt. Weitere häufigere Indikationsbereiche waren Krankheiten des Kreislaufsystems, Neubildungen, Psychische und Verhaltensstörungen. 46,6% der Befragten haben einen Antrag für eine Anschlussrehabilitation gestellt, 41,7% für ein Heilverfahren und 11,7% für eine onkologische Rehamaßnahme. Nur jeder fünfzigste Antragsteller, dessen Antrag bewilligt wurde, hat die Rehamaßnahme nicht angetreten.

Bei der Antragstellung im Heilverfahren wurde die deutliche Mehrzahl der Befragten vom niedergelassenen Hausarzt unterstützt, während für die Anschlussrehabilitation und die onkologische Rehabilitation der Sozialdienst im Krankenhaus bzw. der Krankenhausarzt primärer Ansprechpartner für den Rehaantrag waren. Etwa jeder siebte hat den Rehaantrag ohne Hilfe alleine gestellt. Berater der Rentenversicherung oder Krankenkasse spielten mit 9% eine vergleichsweise untergeordnete Rolle.

Die direkten Bewilligungsraten der Anträge lagen für die Anschlussrehabilitation über 90%, für die onkologische Rehabilitation 89% und für das Heilverfahren bei 80%. Zwischen 2% und 4% der Befragten haben eine Bewilligung nach Widerspruch erreicht. Die häufigsten Gründe für die Ablehnung der Anträge bestanden in der fehlenden medizinischen Notwendigkeit (24%), der noch nicht abgelaufenen 4-Jahres-Frist zwischen zwei Rehabilitationen

(18%), fehlender Rehabilitationsfähigkeit (11%), oder ungenügender Erfolgsprognose (9%). Neun Prozent der Ablehnungen seien ohne Begründung erfolgt.

Die Hälfte derjenigen Antragsteller, deren Rehaantrag (zunächst) abgelehnt wurde, hat gegen diesen Entscheid kein Widerspruch eingelegt. Eine von 25 Personen hat Widerspruch gegen die Einrichtungsauswahl eingelegt, wobei Widersprüche gegen die Einrichtungsauswahl bei der Anschlussrehabilitation und onkologischen Rehabilitation nur in Einzelfällen vorkamen. Die Gründe für die jeweiligen Widersprüche waren sehr heterogen und individueller Natur.

Jeder zweite Befragte gab an, etwas über das Wunsch- und Wahlrecht gewusst zu haben. Allerdings erscheint das Wissen über das Wunsch- und Wahlrecht bei Rehabilitanden im Heilverfahren deutlich geringer verbreitet zu sein. Im Krankenhaus ist es in erster Linie der Sozialdienst, der über das Wunsch- und Wahlrecht informiert. Niedergelassene Ärzte sowie Freunde, Familie, Bekannte stellen außerhalb des Krankenhauses die wichtigsten Informanten zum Wunsch- und Wahlrecht dar. Berater der Rentenversicherung oder Krankenkasse wurden nur in jedem zehnten Fall als Informationsquelle aufgeführt.

Der Großteil der genannten Wünsche für die Auswahl einer Rehabilitationseinrichtung bezog sich entweder auf die konkrete Nennung einer Einrichtung, die Angabe eines Ortes bzw. einer Region oder auf Wünsche zur Entfernung der Einrichtung vom Wohnort. Nur etwa die Hälfte derjenigen, die einen konkreten Wunsch hatten, hat diesen dem Leistungsträger auch mitgeteilt, die Mehrzahl tat dies in mündlicher Form. Die Person, die beim Stellen des Rehabilitationsantrags geholfen bzw. den Rehabilitationsantrag für den Rehabilitanden gestellt hat, hat die Wünsche des Rehabilitanden der Rentenversicherung oder Krankenkasse mitgeteilt - zumindest in der onkologischen Rehabilitation und der AR, d.h. bei Einbindung in einem festen organisatorischen Rahmen. Vier von fünf Rehabilitanden, die den Leistungsträgern Wünsche übermittelt hatten, gaben an, dass diese Wünsche auch vollständig Berücksichtigung fanden. Nur einer von zehn Rehabilitanden gab an, dass seine Wünsche nicht berücksichtigt wurden. In diesem Punkt fanden sich keine Unterschiede zwischen den Leistungsträgern bzw. Art der Rehabilitation.

Explizit gefragt nach möglichen Auswahlkriterien für Einrichtungen stehen „Hotelfunktionen“ an den ersten drei Stellen (Ausstattung der Einrichtung (z. B. Schwimmbad, Fitnessräume); Unterbringung in Einzel- bzw. Doppelzimmern; Lage / Ort der Einrichtung). Es folgen Aspekte der Behandlung und des respektvollen Umgangs mit den Rehabilitanden (Qualifikation des Behandlungsteams; Freundlichkeit des Personals; spezielle Ausrichtung / Therapie-schwerpunkte der Einrichtung; Individualität der Behandlung des Rehabilitanden; Mitbestimmungsrecht des Rehabilitanden bezüglich des Therapieplans; Therapieangebote der Einrichtung). Die Informationsbroschüre wird gegenüber der Information im Internet deutlich als Informationsträger präferiert. Gleichzeitig befürworteten die Befragten eine vergleichende Dar-

stellungsform gegenüber Einzeldarstellungen der Einrichtungen. Allerdings ist der Wunsch nach Erfahrungsberichten einzelner Rehabilitanden größer als danach durchschnittliche Daten über alle Rehabilitanden vermittelt zu bekommen. Die Befragten würden einer unabhängigen Darstellung der Einrichtungen gegenüber der Selbstdarstellung deutlich den Vorzug geben.

1) Allgemeine Informationen

Zu den allgemeinen Informationen gehören die Anzahl der bisherigen Rehabilitationsteilnahmen, die daraus gebildete Variable Rehabilitationserfahrung und die Angaben zum Antritt der Rehabilitation bzw. der Nichtantrittsgründe.

Rehabilitationserfahrung bzw. Erfahrung mit dem (erfolgreichen) Stellen eines Rehabilitationsantrags (Frage 1)

Die Verteilung der Antworten zu Frage 1 wird in Tabelle 15 dargestellt.

Tabelle 15: Frage 1: „Wie häufig haben sie bisher an einer Rehabilitation teilgenommen?“ (N=1318)

Antwortmöglichkeit	N	gültige %
noch nie	233	18%
einmal	572	44%
mehr als einmal	489	38%
keine Angaben	24	-

Die Angaben über die Häufigkeit einer bisherigen Teilnahme an einer Rehabilitation finden sich in der Tabelle 16. Ein kleiner Anteil der IKK-Versicherten gab an, noch nie in der Rehabilitation gewesen zu sein. Dementsprechend gaben weniger DRV- als IKK- Versicherte an, bisher ein- oder mehrmals in der Rehabilitation gewesen zu sein. Unter den „rehaerfahrenen“ Befragten ist der Prozentsatz der mehrmaligen Rehabilitationsteilnahmen bei den IKK-Versicherten höher ($\chi^2(2) = 37,71, p < .001$, siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: Frage 1 „Wie häufig haben Sie bisher an einer Rehabilitation teilgenommen?“ nach Leistungsträger

Antwortmöglichkeit	DRV Nord (gültige N = 895)	IKK Nord (gültige N = 399)
noch nie	179 / 20 %	54 / 14 %
einmal	427 / 48 %	145 / 36 %
mehr als einmal	289 / 32 %	200 / 50 %

Wie zu erwarten war, zeigen sich dementsprechend auch Unterschiede zwischen den Gruppen mit verschiedenen beantragten Rehabilitationsformen ($X^2(4) = 35,74, p < .001$, siehe Tabelle 17).

Tabelle 17: Frage 1 „Wie häufig haben Sie bisher an einer Rehabilitation teilgenommen?“ nach beantragter Rehabilitationsform

Antwortmöglichkeit	Onkologische Rehabilitation (gültige N = 130)	AR (gültige N = 526)	Heilverfahren (gültige N = 474)
noch nie	16 / 12 %	54 / 10 %	112 / 24 %
einmal	66 / 51 %	247 / 47 %	195 / 41 %
mehr als einmal	48 / 37 %	225 / 43 %	167 / 35 %

Diese Variable wurde unter Zuhilfenahme der Angabe aus Frage 5a so umkodiert, dass sie Angaben zur Häufigkeit der (erfolgreichen) Stellung eines Rehabilitationsantrags macht. Einschränkung muss gesagt werden, dass diese Variable nur angeben kann, wie häufig bisher ein erfolgreicher Rehabilitationsantrag gestellt wurde. Über eventuelle, abgewiesene Anträge lässt sich aus den vorliegenden Daten nichts ableiten.

Die Häufigkeit der (erfolgreichen) Rehabilitationsantragstellung unterscheidet sich zwischen den Befragten der DRV Nord und IKK Nord signifikant ($X^2(2) = 40,84, p < .001$). Die Befragten der IKK Nord gaben wesentlich häufiger an, mehr als einmal einen erfolgreichen Rehabilitationsantrag gestellt zu haben (siehe Tabelle 18). Auch in Abhängigkeit von der beantragten Rehabilitationsform unterscheidet sich die Angabe der Häufigkeit der bisherigen Rehabilitationen signifikant ($X^2(4) = 17,12, p = .002$, siehe Tabelle 19).

Tabelle 18: Häufigkeit der (erfolgreichen) Rehaantragstellung nach Leistungsträger

Rehabilitationsträger	DRV Nord (gültige N = 845)	IKK Nord (gültige N = 387)
keinmal	512 / 61 %	159 / 41 %
einmal	44 / 5 %	28 / 7 %
mehr als einmal	289 / 34 %	200 / 52 %

Tabelle 19: Häufigkeit der (erfolgreichen) Rehaantragstellung nach beantragter Rehabilitationsform

Rehabilitationsform	Onkologische Rehabilitation (N = 124)	AR (N = 506)	Heilverfahren (N = 460)
keinmal	65 / 52 %	266 / 53 %	257 / 56 %
einmal	11 / 9 %	15 / 3 %	36 / 8 %
mehr als einmal	48 / 39 %	225 / 45 %	167 / 36 %

Grund für die Rehaantragstellung (Frage 2, Diagnosegrundgruppe)

Insgesamt haben 1191 Personen (88,3%) gültige Angaben zu der Erkrankung, wegen der Sie den Rehabilitationsantrag gestellt haben, gemacht. Dabei haben 1071 Personen (90,0%) eine Erkrankung als Grund für den Rehabilitationsantrag angeben, 104 Personen (8,7%) haben zwei, 12 Personen (1,0%) drei und 4 Personen (0,3%) haben vier Erkrankungen als Grund für ihre Rehaantragstellung genannt.

Die Freitextangaben der Befragten wurden in die Diagnosegrundgruppen eingeordnet. Eine Übersicht über die Verteilung der erstgenannten Diagnosegrundgruppen in absteigender Reihenfolge der Häufigkeit gibt die Tabelle 20. Die Tabellen zu den an zweiter, dritter und vierter Stelle genannte Diagnosegrundgruppe befinden sich im Anhang 7 (Tabelle 38, Tabelle 39 und Tabelle 40).

Tabelle 20: Frage 2: Grund für die Rehaantragstellung, an erster Stelle genannte Diagnosegrundgruppe (N=1191)

Diagnosegrundgruppe	N	% der Gesamtnennungen
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	610	51 %
Krankheiten des Kreislaufsystems	168	14 %
Neubildung	139	12 %
Psychische und Verhaltensstörungen	98	8 %
Krankheiten des Nervensystems	40	3 %
Krankheiten des Atmungssystems	38	3 %
Krankheiten des Verdauungssystems	32	3 %
Endokrine-, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	23	2 %
Krankheiten des Urogenitalsystems	17	1 %
Krankheiten des Auges	13	1 %
Krankheiten der Haut und Unterhaut	6	0,5 %
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursache	5	0,4 %
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind	2	0,2 %

Die Verteilung der Diagnosegrundgruppen unterscheidet sich in Abhängigkeit vom Leistungsträger der Rehabilitationsmaßnahme ($\chi^2 (13) = 82,45, p < .001$, Abbildung 22) sowie in Abhängigkeit der beantragten Rehabilitationsform signifikant ($\chi^2 (24) = 836,37, p < .001$, Abbildung 23).

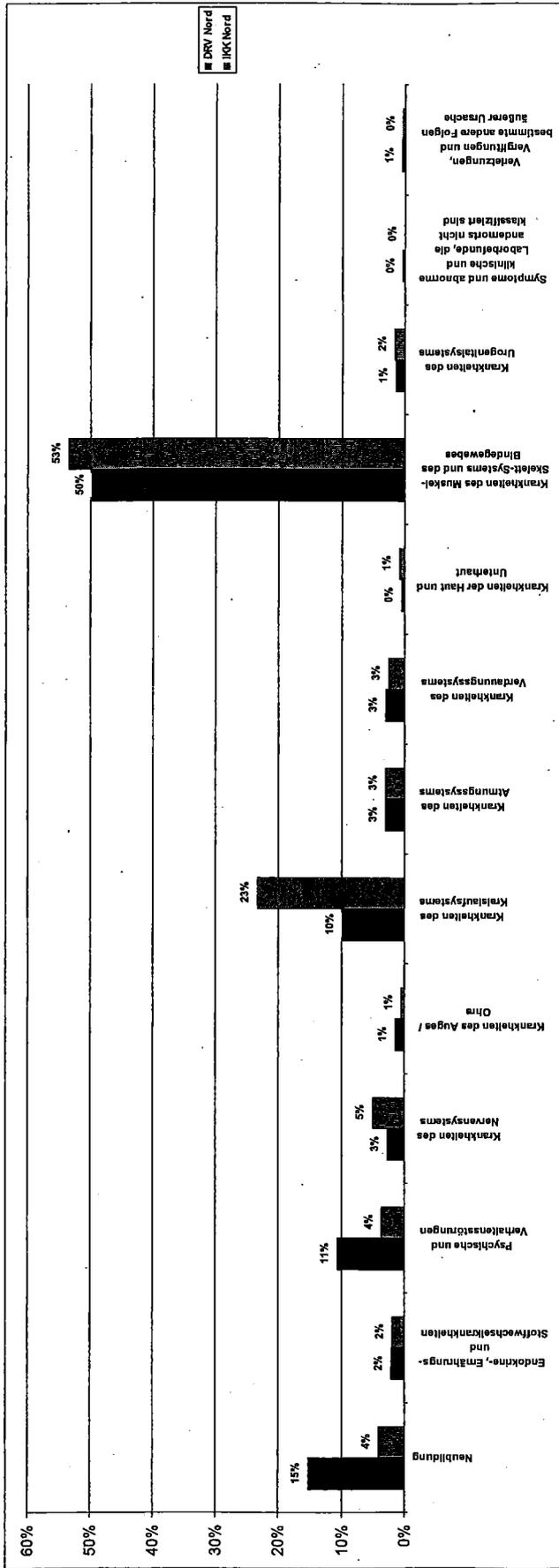


Abbildung 22: Grund der Rehabilitationsantragstellung nach Leistungsträger

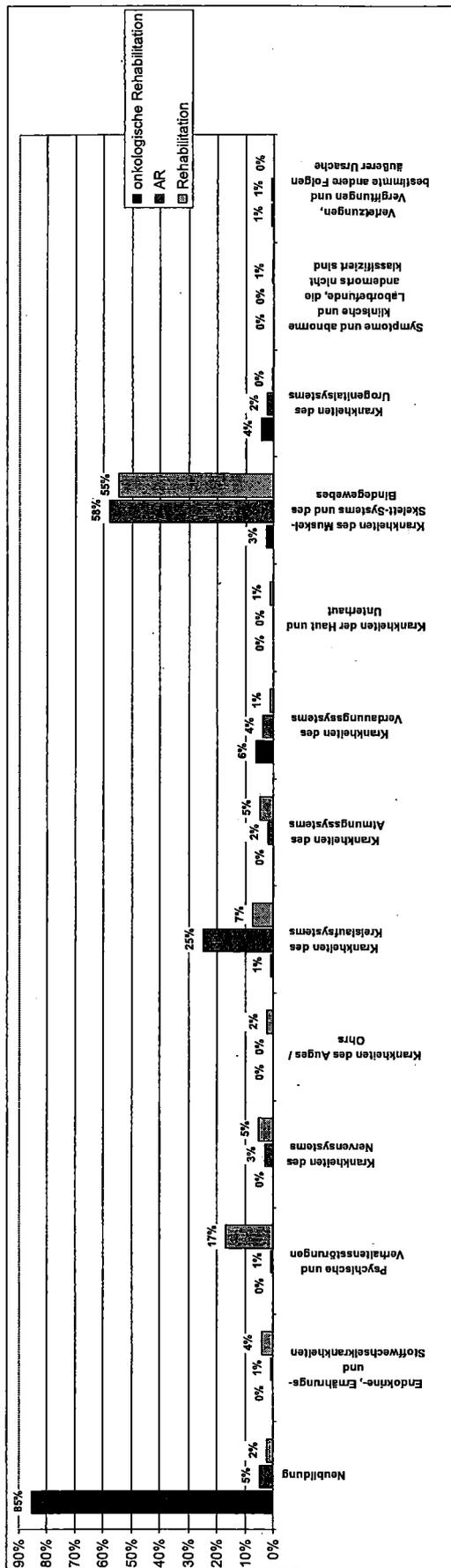


Abbildung 23: Grund der Rehabilitationsantragstellung nach beantragter Rehabilitationsform

Rehabilitationsantritt (Frage 5a) und Nichtantrittsgrund (Frage 5b)

Insgesamt 1161 Personen gaben an, dass ihr Rehabilitationsantrag bewilligt wurde. Von N=1081 Personen liegen plausible Angaben darüber vor, ob sie ihre bewilligte Rehabilitation angetreten haben (siehe Tabelle 21).

Tabelle 21: Frage 5a „Haben Sie die Rehabilitation angetreten bzw. werden sie sie antreten?“

Antwortmöglichkeit	N	gültige %
Ja, ich habe sie angetreten.	980	91 %
Ja, ich werde sie antreten.	79	7 %
Nein, ich habe sie nicht angetreten.	19	2 %
Nein, ich werde sie nicht antreten.	3	0,3 %
keine Angabe	80	-

Die Variable wurde in eine neue Variable mit nur zwei Ausprägungen umkodiert (Reha-Antritt Ja / Nein). In Abhängigkeit vom Leistungsträger der Maßnahme zeigen sich bei der Variable keine signifikanten Unterschiede ($X^2 (1) = 2,36, p=.154$). Bei der Unterscheidung der Antrittshäufigkeiten nach beantragter Rehabilitationsform zeigen sich jedoch signifikante Unterschiede ($X^2 (1) = 25,93, p<.001$), onkologische Rehabilitationsmaßnahme scheinen häufiger nicht angetreten zu werden als Anschlussrehabilitationen und Heilverfahren (siehe Abbildung 24).

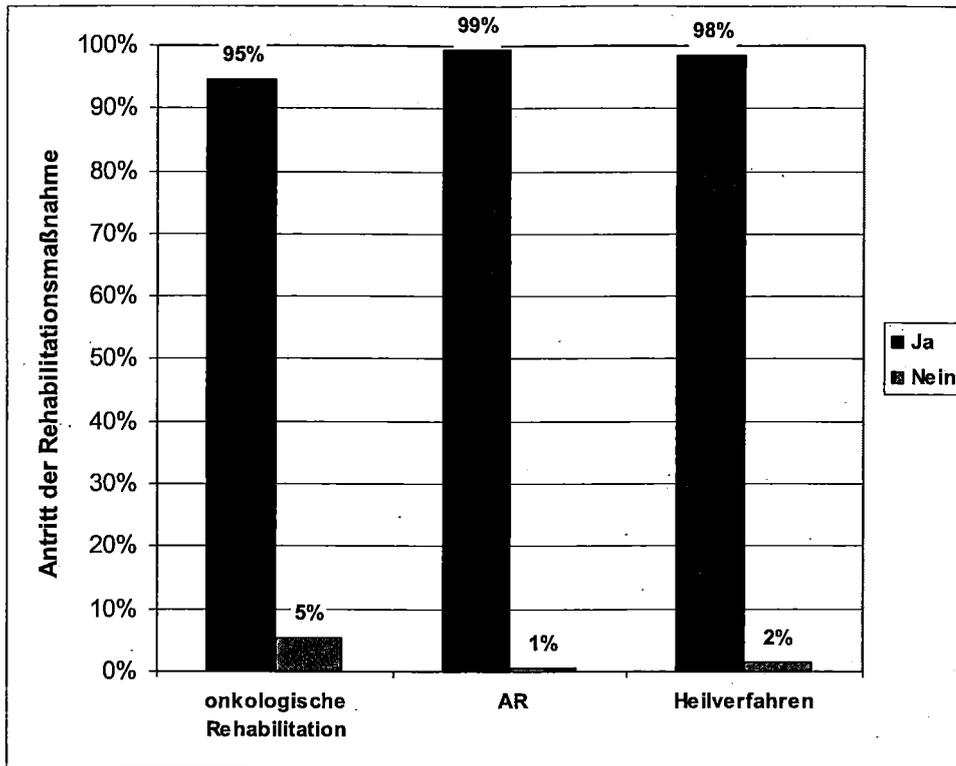


Abbildung 24: Antritt der bewilligten Rehabilitationsmaßnahme nach beantragter Rehabilitationsform

Von den 22 Personen, die plausibel angegeben haben, ihre Rehabilitation nicht angetreten zu haben, gab niemand als Nichtantrittsgrund an, dass die bewilligte Einrichtung nicht die gewünschte Ausstattung gehabt hätte. Bei den Gründen für den Verzicht darauf, die Rehabilitationsmaßnahme anzutreten, zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in Abhängigkeit von der beantragten Rehabilitationsform oder des Leistungsträgers der Maßnahme. Zehn Personen (45%) gaben an, dass der Zeitpunkt ungünstig wäre, während zwei Personen (9%) angaben, dass die bewilligte Einrichtung nicht die von ihnen gewünschte gewesen wäre und eine Person gab an, dass die Rehabilitation zum Zeitpunkt der Bewilligung nicht mehr notwendig gewesen wäre. Neun Personen (41%) gaben im Freitextfeld andere Gründe für das Nichtantreten einer bewilligten Rehabilitationsmaßnahme an: Vereinzelt wurden berufliche Gründe (z.B. neue Arbeitsstelle, nicht zustande gekommene Einigung mit dem Agentur für Arbeit) genannt. Des Weiteren war bei einigen Befragten der gesundheitliche Zustand (z.B. Wiedereinweisung ins Krankenhaus, Verschlechterung des Zustands, Schwangerschaft und noch nicht abgeschlossene Behandlung) Grund für den Nichtantritt der Maßnahme. Weitere Gründe waren ein Todesfall in der Familie, dass das Vorgespräch in der Einrichtung nicht zufriedenstellend war und die Umwandlung des Rehabilitationsantrags in einen Rentenanspruch.

2) Der Rehabilitationsantrag

Zu den Informationen zum Rehabilitationsantrag gehören die beantragte Rehabilitationsform, die Information über Hilfspersonen bei der Rehabilitationsantragstellung und über die Bewilligung bzw. Ablehnung des Rehabilitationsantrags.

Art der Rehabilitation (Frage 3a)

Die Angaben zur den Häufigkeiten der verschiedenen Rehabilitationsarten in der Gesamtstichprobe und in den Leistungsträgergruppen können Tabelle 13 auf Seite 166 entnommen werden.

Hilfe beim Stellen des Rehabilitationsantrags (Frage 3b)

Die Frage 3b hat ein Mehrfach-Antworten-Format. Die Anzahl der zu gebenden Antworten war nicht begrenzt. Insgesamt machten die Surveyteilnehmer N=1843 Nennungen, wer ihnen beim Stellen des Rehabilitationsantrags geholfen bzw. diesen für sie gestellt hat (Verteilung in der Gesamtstichprobe in absteigender Reihenfolge der Häufigkeit der Nennung siehe Tabelle 22).

Tabelle 22: Frage 3b: „Wer hat Ihnen beim Stellen Ihres letzten Rehabilitationsantrags geholfen? Wenn Sie Ihren letzten Rehabilitationsantrag nicht selbst gestellt haben, wer hat Ihren letzten Rehabilitationsantrag für Sie gestellt?“ (mehrere Nennungen möglich, Gesamtnennungen N = 1843)

Antwortmöglichkeit	N	% der Gesamtnennungen
niedergelassene(r) Arzt / Ärztin	479	26 %
Sozialdienst im Krankenhaus	440	24 %
Arzt / Ärztin im Krankenhaus	295	16 %
Ich habe den Antrag alleine gestellt.	249	14 %
Berater / Beraterin der Rentenversicherung oder Krankenkasse	168	9 %
Bekannte / Freunde / Familie	125	7 %
die Rehabilitationseinrichtung selbst	25	1 %
Berater / Beraterin eines Sozialverbands (z.B. SoVD, VdK), eines Wohlfahrtsverbands (z.B. Diakonie, AWO) oder einer Gewerkschaft	19	1 %
Selbsthilfegruppe	6	0,3 %
Pflegekraft	2	0,1 %
Versichertenältester / Versichertenälteste	1	< 0,1 %
Sonstiges (Jemand anderes und zwar:)	34	2 %

a) niedergelassener Arzt

Es zeigen sich in Abhängigkeit von der beantragten Rehabilitationsform signifikante Unterschiede in der Häufigkeit der Angabe, ob der niedergelassene Arzt Hilfe bei der Stellung des letzten Rehabilitationsantrags geleistet bzw. den letzten Rehabilitationsantrag für den Befragten gestellt hat ($X^2 (2) = 293,52, p < .001$). In der Gruppe der Personen, die einen Heilverfahren-Antrag gestellt haben, gaben 62,9% an, dass ihnen der niedergelassene Arzt beim Stellen des letzten Rehabilitationsantrags geholfen hat. In den Gruppen der Personen, die eine Anschlussrehabilitation bzw. eine Rehabilitationsmaßnahme nach einer onkologischen Erkrankung beantragt haben, waren dies wesentlich weniger Befragte (12, 5% bzw. 21,6%). DRV Nord-Versicherte gaben häufiger an, dass ihnen der niedergelassene Arzt bei der Rehaantragstellung geholfen bzw. den Antrag für sie gestellt hat, als IKK-Nord-Versicherte (38,6% vs. 31,2%; $X^2 (1) = 6,72, p = .01$).

b) Sozialdienst im Krankenhaus

Auch in der Häufigkeit der Angabe, ob der Sozialdienst im Krankenhaus bei der Stellung des Rehabilitationsantrags geholfen bzw. diesen für den Befragten gestellt hat, zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Rehabilitationsarten ($X^2 (2) = 419,47, p < .001$). 62,9% der Befragten, die einen AR-Antrag und 56,7% derer, die eine Rehabilitationsmaßnahme nach einer onkologischen Erkrankung beantragt haben, gaben an, vom Sozialdienst im Krankenhaus Hilfestellung erhalten zu haben. Erwartungsgemäß gaben nur 2,5% der Befragten die einen Heilverfahren-Antrag gestellt haben an, dass ihnen der Sozialdienst Hilfestellung geleistet hat.

Die IKK Nord-Versicherten gaben signifikant häufiger an, bei der Antragstellung mit dem Sozialdienst zusammen gearbeitet zu haben, als DRV Nord-Versicherte (48% vs. 27%; $X^2 (1) = 54,01, p < .001$).

c) Arzt / Ärztin im Krankenhaus

In der Gruppe der Befragten, die an einen AR-Antrag gestellt haben, berichteten 40,8%, dass ihnen der Arzt / die Ärztin im Krankenhaus bei der Antragstellung Hilfe geleistet bzw. diese übernommen hatte. Von den Befragten, die eine Rehabilitationsmaßnahme wegen einer onkologischen Erkrankung bzw. ein Heilverfahren beantragt hatten, gaben dies nur 30,6% bzw. 4,0% an. Auch dieser Unterschied ist signifikant ($X^2 (2) = 189,29, p < .001$).

IKK Nord-Versicherte berichteten signifikant häufiger, dass ihnen der Krankenhausarzt bei der Antragstellung geholfen bzw. diese für sie übernommen hat (33% vs. 18%; $X^2 (1) = 37,66, p < .001$).

d) Berater / Beraterin der Rentenversicherung oder Krankenkasse

Gut jeder Fünfte (20,3%), der ein Heilverfahren beantragt hat, gab an dabei Unterstützung von einem Berater / einer Beraterin der Rentenversicherung oder Krankenkasse gehabt zu haben. Nur 11,2% der Befragten, die eine Rehabilitation wegen einer onkologischen Erkrankung und 4,5% der Befragten, die eine Anschlussrehabilitation beantragt hatten, sagten dies auch. Dieser Unterschied ist signifikant ($X^2 (2) = 60,49, p < .001$).

Insgesamt gaben Befragte aus beiden Leistungsträgergruppen relativ selten an, Hilfe bei der Antragstellung von einem Berater der Rentenversicherung oder der Krankenkasse erhalten zu haben. Die DRV Nord-Versicherten gaben dies jedoch fast viermal so häufig an wie die IKK Nord-Versicherten (16% vs. 4%; $X^2 (1) = 36,68, p < .001$).

e) Antrag alleine gestellt

Lediglich 4,2% der Befragten, die eine Rehabilitation wegen einer onkologischen Erkrankung und 4,9% der Befragten, die eine Anschlussrehabilitation beantragt hatten, gaben an, den Rehabilitationsantrag allein gestellt zu haben. Von den Personen, die ein Heilverfahren beantragt hatten, waren es 37,1%. Auch dieser Unterschied ist signifikant ($X^2 (2) = 187,56, p < .001$).

Mehr als doppelt so viele Versicherte der DRV Nord als der IKK Nord berichteten, ihren Rehabilitationsantrag allein gestellt zu haben (23% vs. 10%; $X^2 (1) = 31,57, p < .001$).

f) Bekannte / Freunde / Familie

Von den Befragten, die ein Heilverfahren beantragt hatten, berichteten 15,1%, dass ihnen Bekannte, Freunde oder Familienmitglieder bei der Antragstellung Hilfestellung geleistet bzw. diese übernommen haben. Von den Personen, die eine AR beantragt hatten, waren es nur 4,1%, von denen, die eine Rehabilitation wegen einer onkologischen Erkrankung beantragt hatten, waren es 7,5%. Dieser Unterschied ist signifikant ($X^2 (2) = 37,23, p < .001$).

Zwischen den DRV Nord- und IKK Nord-Versicherten zeigt sich hier kein signifikanter Unterschied ($X^2 (1) = 1,30, p = .265$).

g) Berater / Beraterin eines Sozialverbands, eines Wohlfahrtsverbands oder einer Gewerkschaft

Personen, die eine Rehabilitationsmaßnahme nach einer onkologischen Erkrankung beantragt hatten, gaben am häufigsten an, dass ihnen ein(e) Berater / Beraterin eines Sozialverbands, eines Wohlfahrtsverbands oder einer Gewerkschaft, bei der Antragstellung geholfen bzw. den Antrag für sie gestellt hat (3,7%). Die Befragten, die eine Anschlussrehabilitation beantragten, gaben dies zu 0,7% und die, die eine Rehabilitation beantragten zu 1,7% an ($X^2 (2) = 6,72, p = .028$).

Zwischen den Leistungsträgergruppen zeigt sich hier kein signifikanter Unterschied ($\chi^2 (1) = 0,19, p=.81$).

h) übrige Hilfs-Personen

Die übrigen Hilfspersonen (Rehabilitationseinrichtung, Pflegekraft, Versichertenältester, Selbsthilfegruppe und sonstige Hilfspersonen) wurden eher selten ($N = 1 - 23$) genannt. Hier sind keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen beantragten Rehabilitationsformen feststellbar. Auch zwischen den Leistungsträgergruppen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich dieser übrigen Hilfspersonen.

Neben den im Fragebogen vorgegebenen Antwortmöglichkeiten wurde von einzelnen Befragten außerdem berichtet, dass der Betriebsarzt, die Mitarbeiter von (Sucht-) Beratungsstellen, der eigene gerichtliche Betreuer oder die Mitarbeiter eines Bildungsträgers sie bei der Stellung der Rehabilitations-Antrags unterstützt hatten.

Rehabilitationsantrag bewilligt (Frage 4a)

Tabelle 23 zeigt in die Verteilung der Antworten auf die Frage „Wurde Ihr letzter Rehabilitationsantrag bewilligt?“ in der Gesamtstichprobe.

Tabelle 23: Frage 4a: „Wurde Ihr letzter Rehabilitationsantrag bewilligt?“ (N=1318)

Antwortmöglichkeit	N	gültige %
Ja, direkt bewilligt	1119	86 %
Ja, nach Widerspruch / Klage bewilligt	42	3 %
Nein, abgelehnt	119	9 %
Nein, zurückgezogen	3	0,2 %
Noch keinen (endgültigen) Bescheid	14	1 %
keine Angabe	21	-

Zwischen den verschiedenen beantragten Rehabilitationsformen zeigten sich signifikante Unterschiede bezüglich der Bewilligung des Rehabilitationsantrags ($\chi^2 (8) = 31,14, p<.001$). Z. B. werden wesentlich mehr Anträge auf ein Heilverfahren abgelehnt als auf Anschlussrehabilitation (siehe Abbildung 25).

Abhängig vom Leistungsträger zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Häufigkeiten der Bewilligung von Rehabilitationsmaßnahmen ($\chi^2 (2) = 48,06, p<.001$). Bei der DRV Nord werden wesentlich mehr Anträge direkt bewilligt. Die genauen Unterschiede zwischen den einzelnen Rehabilitationsträgern zeigt die Abbildung 26.

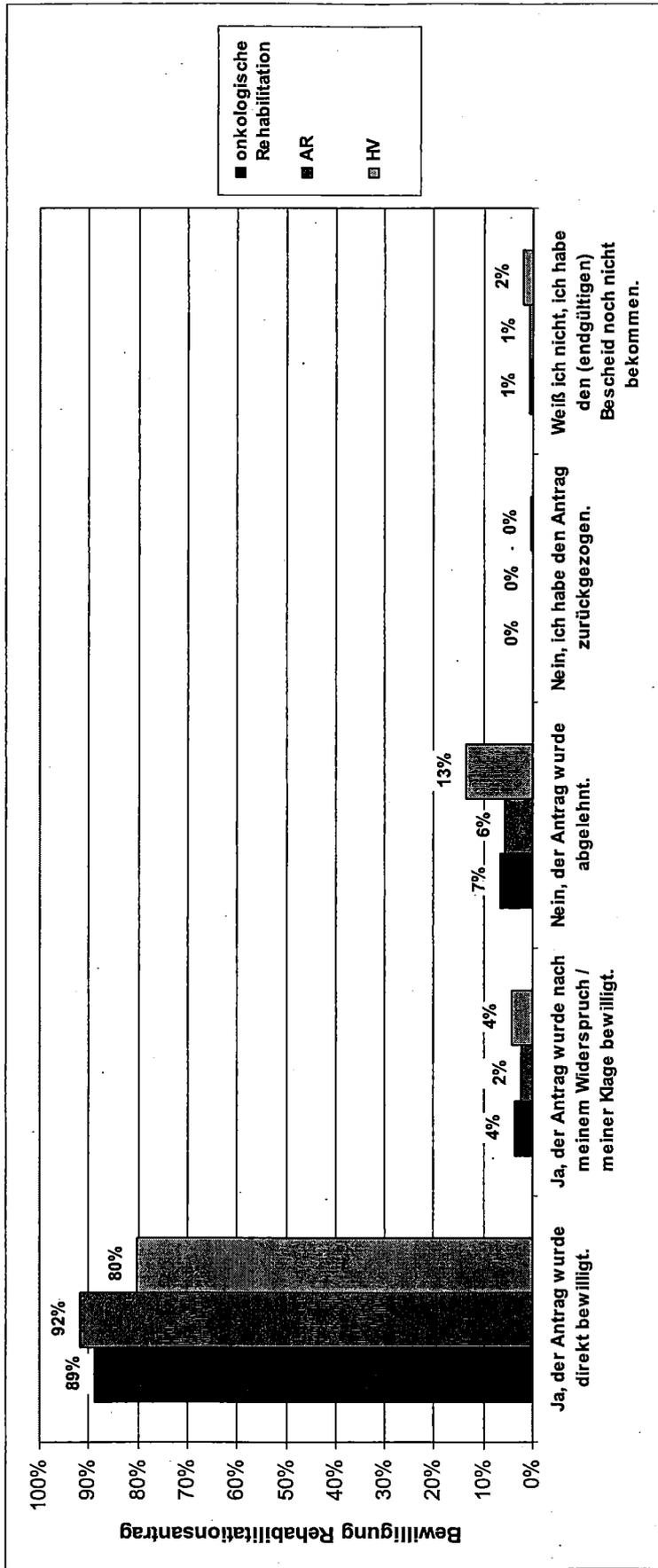


Abbildung 25: Bewilligung Rehabilitationsantrag nach beantragter Rehabilitationsform

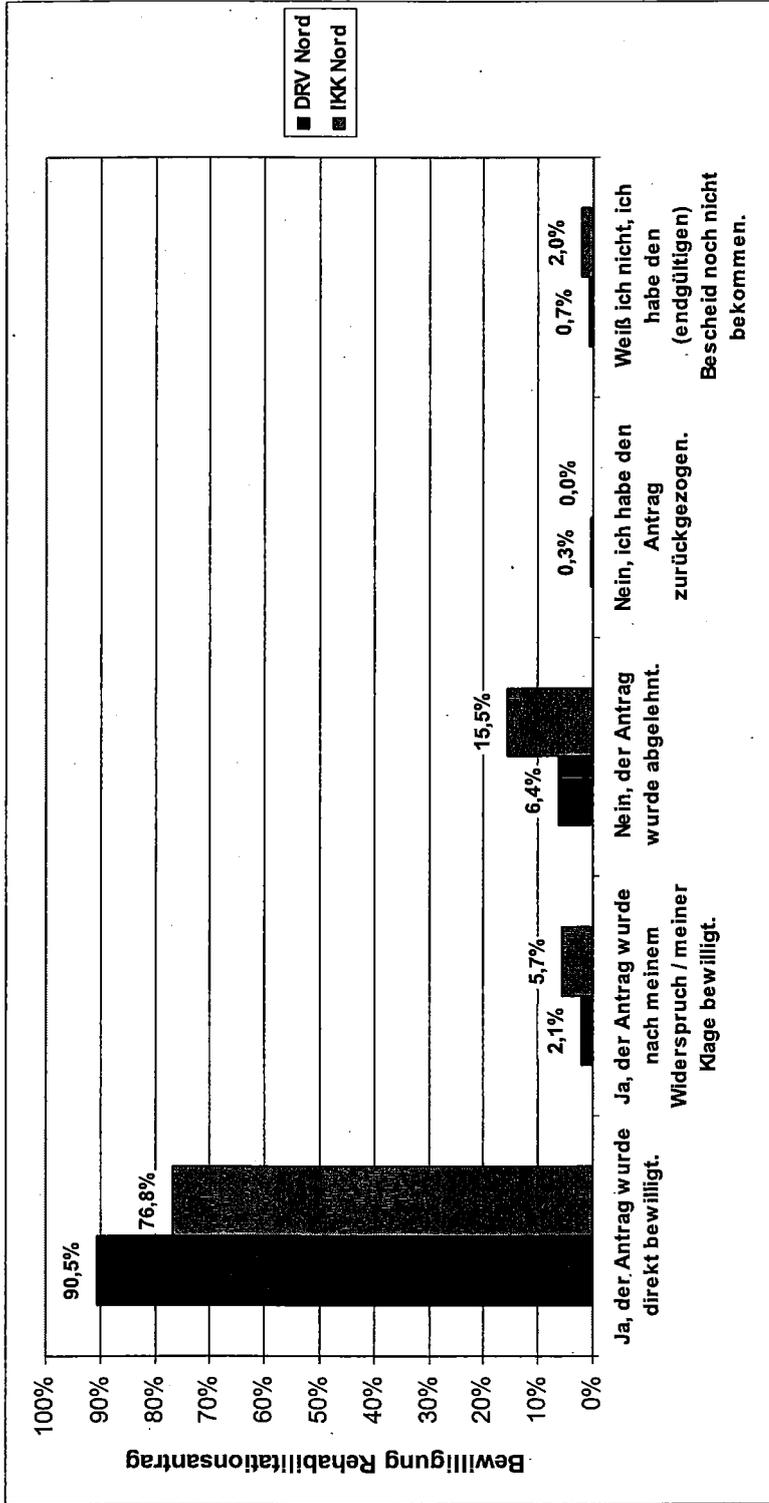


Abbildung 26: Bewilligung Rehabilitationsantrag nach beantragter Rehabilitationsform

3) Der Bescheid

Dieser Punkt beschäftigt sich mit den Angaben, die im Bescheid des Leistungsträgers zur Ablehnung des Rehabilitationsantrags bzw. der Wünsche der Antragssteller und Mehrkosten gemacht wurden.

Begründung der Ablehnung des Rehabilitationsantrags (Frage 4b)

Bei Frage 4a haben insgesamt 178 Personen angegeben, dass ihr Rehabilitationsantrag nicht direkt bewilligt wurde. Tabelle 24 zeigt die Verteilung der Häufigkeit der angeführten Ablehnungsgründe für die Gesamtstichprobe in absteigender Reihenfolge ihrer Häufigkeit. Einige Personen haben mehr als einen Ablehnungsgrund aufgeführt. Von 22 Personen wurde kein Grund für die Ablehnung ihres Rehabilitationsantrags genannt.

In Abhängigkeit von der beantragten Rehabilitationsform zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich der angegebenen Gründe der Ablehnung des Rehabilitationsantrags. Die DRV Nord-Versicherten berichteten signifikant häufiger, dass ihnen die noch abgelaufene Vier-Jahres-Frist (32,9% vs. 12,8%; $X^2(1) = 9,12$, $p=.003$) und die nicht erheblich gefährdete bzw. geminderte Erwerbsfähigkeit als Ablehnungsgrund (17,1% vs. 3,5%; $X^2(1) = 8,28$, $p=.005$) genannt wurden. Die IKK Nord-Versicherten berichteten signifikant öfter, dass ihr Rehabilitationsantrag mit der Begründung abgelehnt wurde, die Rehabilitation sei medizinisch nicht notwendig (36,0% vs. 20,0%; $X^2(1) = 4,84$, $p=.033$). Sie nannten auch signifikant öfter sonstige Begründungen (31,4% vs. 11,4%; $X^2(1) = 8,84$, $p=.004$). Für alle übrigen Ablehnungsgründe zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Leistungsträgergruppen.

Tabelle 24: Frage 4b: „Mit welcher Begründung wurde Ihr Rehabilitationsantrag (zuerst) abgelehnt?“ (Gesamtnennungen N=186)

Antwortmöglichkeit	N	% der Gesamtnennungen
Aus medizinischer Sicht sei eine Rehabilitation nicht erforderlich.	45	24 %
Die Vier-Jahres-Frist (zwischen zwei Rehabilitationen) war noch nicht abgelaufen.	34	18 %
Die Rehabilitationsfähigkeit sei nicht gegeben.	21	11 %
Die Durchführung einer Rehabilitation sei nicht Erfolg versprechend.	17	9 %
Mein Antrag wurde ohne Begründung abgelehnt.	16	9 %
Meine Erwerbsfähigkeit sei nicht erheblich gefährdet oder gemindert.	15	8 %
Ich wäre meiner Mitwirkungspflicht (Einreichung von Unterlagen, persönliches Erscheinen) nicht nachgekommen.	2	1 %
Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen seien nicht erfüllt (z. B. Wartezeit nicht erfüllt, nicht ausreichend Pflichtbeiträge eingezahlt).	1	0,5 %
Der Rehabilitationsantrag sollte in einen Rentenantrag umgewandelt werden.	0	0 %
Ich hätte aufgrund des Bezugs anderer Leistungen (z.B. Rente, Versorgung) keinen Anspruch auf eine Rehabilitation.	0	0 %
Mir fehle die erforderliche Krankheitseinsicht bzw. der Wille zur aktiven Mitarbeit.	0	0 %
Sonstiges (Eine andere Begründung und zwar:)	35	19 %

Ein häufig genannter weiterer Ablehnungsgrund war das Argument des Leistungsträgers, dass zuerst alle außerhalb der Rehabilitation bzw. vor Ort zur Verfügung stehenden Therapiemöglichkeiten (z.B. Krankengymnastik) durch den Antragsteller ausgeschöpft werden sollten bzw. dass die vorliegende Erkrankung auch ambulant „vor Ort“ ausreichend behandelt werden könnte. Auch dass zuerst andere Behandlungen bzw. Operationen durchgeführt werden sollten, wurde von den Befragten als Ablehnungsgrund genannt. Als weiterer Ablehnungsgrund wurde angeführt, dass die Rehabilitationsleistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssten und somit nicht notwendige bzw. unwirtschaftliche Leistungen von den Versicherten nicht beansprucht werden könnten.

Ablehnungsgründe bezüglich mitgeteilter Wünsche (Frage 7e)

Insgesamt haben 96 Personen angegeben, dass ihre Wünsche nicht oder nur teilweise berücksichtigt wurden. Nicht alle dieser Personen haben Gründe für die Ablehnung ihrer Wünsche genannt. Die Gründe, die ihnen für die Nichtberücksichtigung ihrer Wünsche genannt wurden, finden sich in absteigender Reihenfolge der Häufigkeit in Tabelle 25.

Tabelle 25: Frage 7e „Welche Begründung wurde Ihnen für die Ablehnung Ihrer Wünsche genannt?“ (mehrere Nennungen möglich, Gesamtnennungen N = 82)

Antwortmöglichkeit	N	% der Gesamtnennungen
Auf meinen Wunsch wurde im Bescheid nicht eingegangen.	26	32 %
In der von mir gewünschten Klinik waren keine Plätze frei.	16	20 %
Die von mir gewünschte Klinik wurde als medizinisch / fachlich ungeeignet angesehen.	10	12 %
Die von mir gewünschte Klinik hatte keinen Versorgungsvertrag mit dem Rehabilitationsträger.	4	5 %
Meine Wünsche wurden ohne Begründung abgelehnt.	3	4 %
Meine Wünsche wären zu teuer / hätten Mehrkosten verursacht.	2	2 %
Sonstiges (Eine andere Begründung und zwar:)	21	26 %

Mit Ausnahme des Ablehnungsgrunds, dass in der gewünschten Einrichtung kein Platz frei sei ($X^2(2) = 10,64, p=.005$), zeigen sich in Abhängigkeit von der beantragten Rehabilitationsform keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Angabe von Gründen für die Ablehnung von Wünschen. Befragte, die eine Anschlussrehabilitation oder eine onkologische Rehabilitation beantragten, bekamen diese Begründung ähnlich häufig (33,3% und 27,3%), während nur eine Person, die ein Heilverfahren beantragt hatte, diese Begründung genannt bekam (2,9%).

Außer bei der Angabe, dass auf die mitgeteilten Wünsche nicht im Bescheid eingegangen wurde ($X^2(1) = 4,36, p<.05$), ließen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der Häufigkeit der verschiedenen Gründe für die Ablehnung von mitgeteilten Wünschen identifizieren (nach Leistungsträgern). Befragte aus der Gruppe der DRV Nord-Versicherten gaben wesentlich häufiger an, dass auf ihren Wunsch im Bescheid nicht eingegangen wurde (32,9%) als IKK-Versicherte (11,5%).

Als weitere Gründe für die Nichtberücksichtigung wurde von den Befragten Folgendes genannt:

- der behandelnde Arzt hielt eine andere Einrichtung für geeigneter,
- zu lange Wartezeit (in der gewünschten Einrichtung) und

- Notwendigkeit Frist für AHB einzuhalten.

Angaben zu Mehrkosten (Frage 7f)

Insgesamt wurde die Frage 7f nur von sehr wenigen Personen beantwortet (N=33), somit lassen sich keine gültigen Aussagen über Unterschiede zwischen den beiden Leistungsträgergruppen oder den beantragten Rehabilitationsformen machen. Eine Übersicht über die Häufigkeit der einzelnen Antwortmöglichkeiten zeigt Tabelle 26.

Zu der Frage 7f wurden von den Befragten keine relevanten Freitextangaben gemacht.

Tabelle 26: Frage 7f: „Die Rentenversicherung bzw. Krankenkasse hat in Ihrem Bescheid...“ (Gesamtnennungen, N=33)

Antwortmöglichkeit	N	% der Gesamtnennungen
keine konkreten Angaben zur Höhe der Kosten, die sie bereit wäre zu übernehmen, gemacht.	19	58 %
nur erklärt, dass sie die Kosten bis zu dem Preis einer Vertragsklinik übernehmen will, ohne einen bestimmten Betrag zu nennen.	10	30 %
einen bestimmten Höchstbetrag genannt, bis zu dem sie die Kosten trägt.	3	9 %
einen Festbetrag genannt, den sie zu zahlen bereit wäre.	1	3 %
Sonstiges (Etwas anderes und zwar:)	0	0 %

4) Angaben zu Widerspruch und Klage

Im Folgenden werden die Angaben der Befragten zur Einlegung von Widerspruch oder Klage gegen die Ablehnung des Rehabilitationsantrags bzw. der bewilligten Rehabilitationseinrichtung dargestellt.

Widerspruch gegen die Ablehnung des Rehabilitationsantrags (Frage 4c)

Von 178 Personen die angaben, dass ihr Rehabilitationsantrag nicht (direkt) bewilligt wurde, haben N=158 Personen plausible Angaben dazu gemacht, ob sie gegen die Ablehnung ihres Rehabilitationsantrags Widerspruch oder Klage eingelegt hatten (siehe Tabelle 27). Es zeigten sich hier keine signifikanten Unterschiede in Abhängigkeit von der beantragten Rehabilitationsform oder des Leistungsträgers der Maßnahme.

Tabelle 27: Frage 4c „Haben Sie Widerspruch oder Klage gegen die Ablehnung des Rehabilitationsantrags eingelegt?“

Antwortmöglichkeit	N	gültige %
Ja	72	46 %
Nein, aber ich habe es noch vor.	4	3 %
Nein	82	52 %
keine Angabe	20	-

Widerspruch gegen die bewilligte Rehabilitationseinrichtung (Frage 8a)

Insgesamt haben 1169 der befragten Personen ihren Rehabilitationsantrag bewilligt bekommen. Tabelle 28 zeigt eine Übersicht über die Angaben der Befragten, Widerspruch gegen die bewilligte Rehabilitationseinrichtung eingelegt zu haben.

Tabelle 28: Frage 8a: „Haben Sie nach der Bewilligung der Rehabilitationsmaßnahme Widerspruch gegen die bewilligte Rehabilitationsklinik eingelegt?“ (gültige N=1015)

Antwortmöglichkeit	N	%
Ja	42	4%
Nein	973	96%

Befragte, die ein Heilverfahren beantragt hatten, haben häufiger Widerspruch gegen die bewilligte Rehabilitationseinrichtung eingelegt, als solche die eine Rehabilitation wegen einer onkologischen Erkrankung bzw. eine AR beantragt hatten (7,0% bzw. 1,9% und 1,2%, ($X^2(2) = 20,34, p < .001$).

Ein signifikanter Unterschied zeigte sich auch in Abhängigkeit vom Leistungsträger ($X^2(1) = 13,01, p < .001$). Versicherte der DRV Nord legten wesentlich häufiger Widerspruch gegen die bewilligte Rehabilitationseinrichtung ein (5,5% vs. 0,4%) als Versicherte der IKK Nord.

Gründe für den Widerspruch gegen die bewilligte Rehabilitationseinrichtung (Frage 8b)

Zweiundvierzig Befragte haben nach der Bewilligung ihres Rehabilitationsantrags Einspruch gegen die vom Leistungsträger festgelegte Rehabilitationseinrichtung eingelegt. Die Begründungen dafür waren vielfältig. Mehrere Befragte berichteten lediglich, nicht mit der bewilligten Einrichtung einverstanden gewesen zu sein bzw., dass der Arzt oder die Ärztin versäumt hat, den ursprünglich Wunsch dem Leistungsträger mitzuteilen. Einige Befragte sahen die bewilligte Einrichtung als für sie nicht geeignet an (z.B. wegen mangelnder Spezialisierung, ungeeigneter Therapieangebote, dem Wunsch nach einem Therapiekonzept auf christlich-integrativer Basis oder weil die Einrichtung nicht für Para- bzw. Tetraplegiker geeignet war). Einmal fehlten in der bewilligten Einrichtung Kinderbetreuungsmöglichkeiten, obwohl die Mit-

nahme des Kindes bewilligt wurde. Auch die Entfernung der Einrichtung vom Heimatort spielte für das Einlegen eines Widerspruchs eine Rolle, wobei auch hier sowohl die zu große Nähe als auch die zu große Entfernung der Einrichtung als Gründe genannt wurden. Wiederum andere waren mit der Lage der Einrichtung nicht einverstanden (z. B. Küste anstatt Berge wegen Seeluft). In seltenen Fällen wurde Einspruch gegen die Durchführung einer stationären Maßnahme eingelegt und stattdessen eine ambulante Maßnahme gewünscht. Eine Person legte Widerspruch gegen eine ambulante Maßnahme ein, da er sich körperlich nicht in der Lage sah, täglich an- und abzureisen. Eine andere Person wollte lieber in eine Einrichtung, in der sie schon einmal Behandlungserfolge erzielen konnte.

Für manche Befragte war der Zeitpunkt, zu dem die Rehabilitationsmaßnahme stattfinden sollte, der Grund für das Einlegen eines Widerspruchs (z. B. zu kurzfristig, zu lange Wartezeit, Kollision des Rehabilitationstermins mit saisonalem Arbeitseinsatz).

5) Informationen über das Wunsch- und Wahlrecht

Unter diesen Punkt fallen die Angaben der Surveyteilnehmer zu ihrem Wissen über das Wunsch- und Wahlrecht und wer ihnen dieses Wissen vermittelt hat.

Wissen über das Wunsch- und Wahlrecht (Frage 6a)

Wissen und Nichtwissen über das Wunsch- und Wahlrecht waren in der Gesamtstichprobe fast gleich verteilt (siehe Tabelle 29). Von 49 Personen liegen keine gültigen Angaben vor.

Tabelle 29: Frage 6a: „Haben Sie von Ihrem Wunsch- und Wahlrecht gewusst?“ (gültige N=1269)

Antwortmöglichkeit	N	%
Ja	649	51 %
Nein	620	49 %

Bezüglich des Wissens über das Wunsch- und Wahlrecht unterschieden sich die Befragten signifikant je nachdem, was für eine Art der Rehabilitationsmaßnahme sie beantragt haben ($X^2 (2) = 85,27, p < .001$). Während die Gruppen, die eine AR bzw. eine Rehabilitationsmaßnahme nach einer onkologischen Erkrankung beantragt haben, in ähnlichem Umfang angeben von ihrem Wunsch- und Wahlrecht gewusst zu haben (65,6 % bzw. 60,0%), gaben die Personen, die ein Heilverfahren beantragt hatten in wesentlich geringerem Maße an, von ihrem Wunsch- und Wahlrecht gewusst zu haben (36,6%, siehe Abbildung 27).

DRV Nord-Versicherte gaben wesentlich seltener an, von ihrem Wunsch- und Wahlrecht gewusst zu haben als IKK Nord-Versicherte (45,4% vs. 64,4%, $X^2 (1) = 38,43, p < .001$).

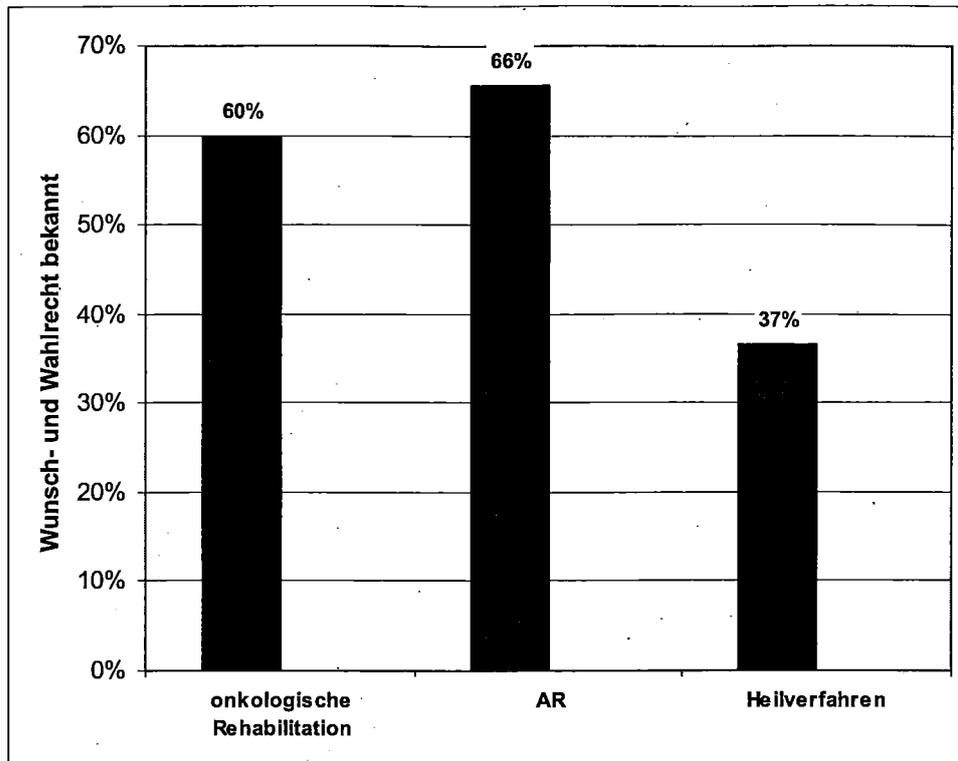


Abbildung 27: Angabe, dass das Wunsch- und Wahlrecht bekannt war

Informant bezüglich des Wunsch- und Wahlrechts (Frage 6b)

In Tabelle 30 finden sich die Angaben der Häufigkeiten, mit der ein Wunsch- und Wahlrecht-
Informant genannt wurde, in absteigender Reihenfolge.

Tabelle 30: Frage 6b „Wer hat Sie über Ihr Wunsch- und Wahlrecht informiert?“ (mehrere Nennungen möglich, Gesamtnennungen N=951)

Antwortmöglichkeit	N	% der Gesamtnennungen
Sozialdienst im Krankenhaus	271	29 %
niedergelassene(r) Arzt / Ärztin	148	16 %
Arzt / Ärztin im Krankenhaus	129	14 %
Bekannte / Freunde / Familie	120	13 %
Ich habe den Antrag alleine gestellt.	118	12 %
Berater / Beraterin der Rentenversicherung oder Krankenkasse	95	10 %
die Rehabilitationseinrichtung selbst	24	2 %
Berater / Beraterin eines Sozialverbands (z.B. SoVD, VdK), eines Wohlfahrtsverbands (z.B. Diakonie, AWO) oder einer Gewerkschaft	15	2 %
Pflegekraft	5	0,5 %
Selbsthilfegruppe	4	0,4 %
Versichertenältester / Versichertenälteste	2	0,2 %
Sonstiges (Jemand anderes und zwar:)	20	2 %

a) niedergelassener Arzt /Ärztin

Mit 15,5% wurden Personen, die ein Heilverfahren beantragt haben, am häufigsten vom niedergelassenen Arzt über ihr Wunsch- und Wahlrecht informiert. Personen, die eine AR bzw. eine Rehabilitation wegen einer onkologischen Erkrankung beantragt hatten, gaben dies zu 10,7% bzw. 7,4% an. Diese Unterschiede sind signifikant ($X^2(2) = 15,58, p < .001$).

Es zeigte sich kein Unterschied in Abhängigkeit vom Leistungsträger der Maßnahme ($X^2(1) = 1,00, p = .345$).

b) Sozialdienst im Krankenhaus

Personen, die eine AR bzw. eine Rehabilitation wegen einer onkologischen Erkrankung beantragt hatten, wurden fast gleich häufig von den Mitarbeitern des Sozialdiensts im Krankenhaus über ihr Wunsch- und Wahlrecht informiert (39,5% bzw. 34,3%). Der Anteil der Personen, die ein Heilverfahren beantragt haben und vom Sozialdienst im Krankenhaus über ihr Wunsch- und Wahlrecht aufgeklärt wurden, ist erwartungsgemäß sehr gering (0,8%). Diese Unterschiede sind signifikant ($X^2(2) = 225,60, p < .001$).

IKK Nord-Versicherte gaben signifikant häufiger als DRV Nord-Versicherte an, dass der Sozialdienst im Krankenhaus sie über ihr Wunsch- und Wahlrecht aufgeklärt hätte (30,2% vs. 16,2%, $X^2(1) = 33,64, p < .001$).

c) Arzt / Ärztin im Krankenhaus

Mit 18% wurden Personen, die eine Anschlussrehabilitation beantragt haben, am häufigsten vom Arzt im Krankenhaus über ihr Wunsch- und Wahlrecht informiert. Die Gruppe der Personen, die eine Rehabilitation wegen einer onkologischen Erkrankung beantragt hatten, gab zu 11,2% an vom Krankenhausarzt informiert worden zu sein. Für die Befragten, die ein Heilverfahren beantragt hatten, lag dieser Anteil bei 1,9%. Diese Unterschiede sind signifikant ($X^2(2) = 69,61, p < .001$).

IKK Nord-Versicherte gaben mehr als doppelt so häufig wie DRV Nord-Versicherte an, dass der Arzt im Krankenhaus sie über ihr Wunsch- und Wahlrecht aufgeklärt hätte (16,0% vs. 7,0%, $X^2(1) = 25,49, p < .001$).

d) Berater / Beraterin der Rentenversicherung oder Krankenkasse

In der Gruppe der Antragsteller, die eine onkologische Rehabilitation beantragt haben, wurden 9,7% von einem Berater der RV oder KK über ihr Wunsch- und Wahlrecht informiert. In der Gruppe der Antragsteller auf eine AR waren es 4,1% und in der Gruppe, die ein Heilverfahren beantragte 9,0%. Diese Unterschiede sind signifikant ($X^2(2) = 11,50, p = .003$).

DRV Nord-Versicherte gaben fast doppelt so häufig wie IKK Nord-Versicherte an, dass ein Berater der Rentenversicherung oder Krankenkasse sie über ihr Wunsch- und Wahlrecht aufgeklärt hätte (8,5% vs. 4,4%, $X^2(1) = 6,83, p = .01$).

e) Selbsthilfegruppe

In Abhängigkeit von der beantragten Rehabilitationsform zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Angabe von einer Selbsthilfegruppe über das Wunsch- und Wahlrecht informiert worden zu sein ($X^2(2) = 0,92, p = .73$).

Es gaben jedoch nur IKK Nord-Versicherte an, von einer Selbsthilfegruppe über ihr Wunsch- und Wahlrecht informiert worden zu sein (1,0% vs. 0%, $X^2(1) = 8,98, p = .01$).

f) übrige Informations-Personen

Von insgesamt 120 Personen wurde angegeben, dass Bekannte, Freunde oder Familie sie über ihr Wunsch- und Wahlrecht informiert hätten. Insgesamt 118 Personen gaben an, sich alleine über ihr Wunsch- und Wahlrecht informiert zu haben. Die übrigen Informations-Personen wurden nur selten (N=2-24) genannt. Es zeigten sich hier keine signifikanten Unterschiede in Abhängigkeit von der beantragten Rehabilitationsform oder des Leistungsträgers der Maßnahme.

Als weitere Informationsquellen wurden vereinzelt die Mitarbeiter der Deutschen Tinnitus Liga, gerichtliche Betreuer, die eigenen Patienten (Angabe einer Psychotherapeutin) und die

persönliche Erfahrung (durch vorangegangene Rehabilitationen bzw. Berufsausbildung) genannt.

6) Wünsche

Zum Thema Wünsche folgen die Angaben der Surveyteilnehmer, ob sie Wünsche bezüglich der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung hatten, welche das waren, ob sie oder jemand anderes diese dem Leistungsträger mitgeteilt haben und ob ihre Wünsche berücksichtigt wurden.

Wünsche bezüglich der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung vorhanden (Frage 7a)

Etwa 2/3 der Befragten, die gültige Angaben gemacht haben, gaben an Wünsche bezüglich der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung gehabt zu haben (siehe Tabelle 31).

Tabelle 31: Frage 7a „Hatten Sie bestimmte Wünsche bezüglich der Auswahl der Rehabilitationsklinik?“ (gültige N=1197)

Antwortmöglichkeit	N	%
Ja	795	66%
Nein	402	34%

Abhängig von der beantragten Rehabilitationsform zeigen sich signifikante Unterschiede ($\chi^2(2) = 26,76, p < .001$) zwischen den Angaben, ob der Befragte Wünsche bezüglich der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung hatte (siehe Abbildung 28). Signifikant mehr IKK Nord-Versicherte als DRV Nord-Versicherte hatten Wünsche bezüglich der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung (siehe Abbildung 29, $\chi^2(1) = 15,67, p < .001$).

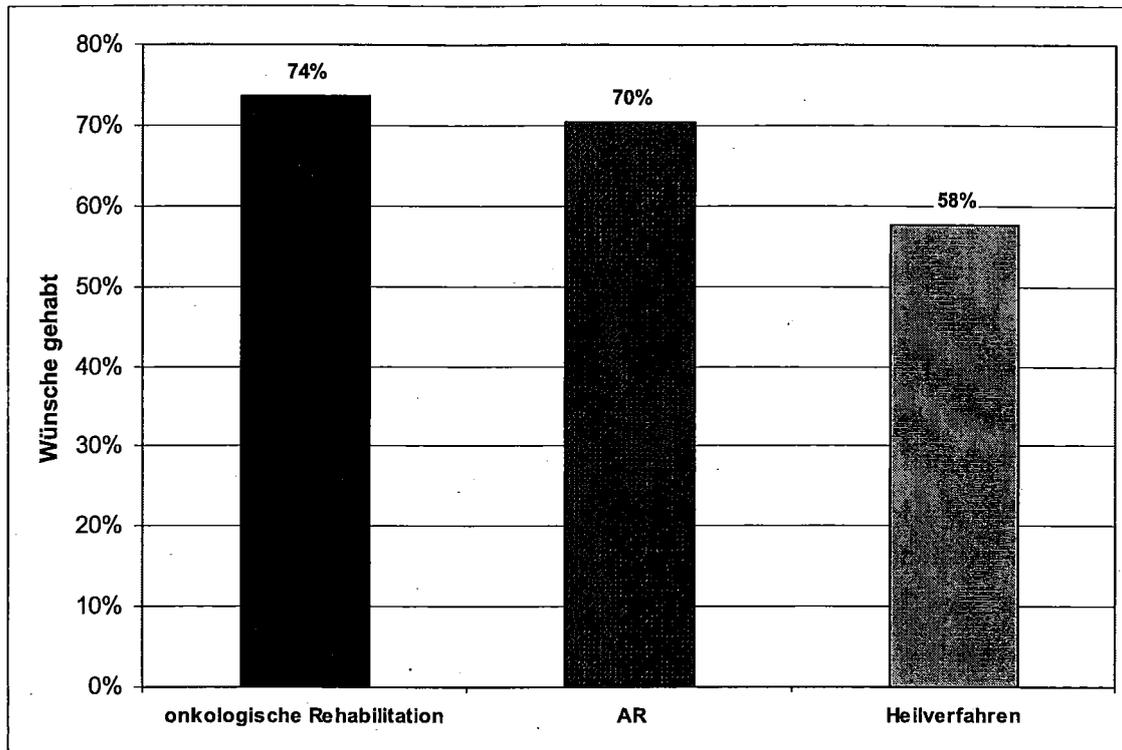


Abbildung 28: Angabe, ob Wünsche bezüglich der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung bestanden nach Art der beantragten Rehabilitation (Frage 7a)

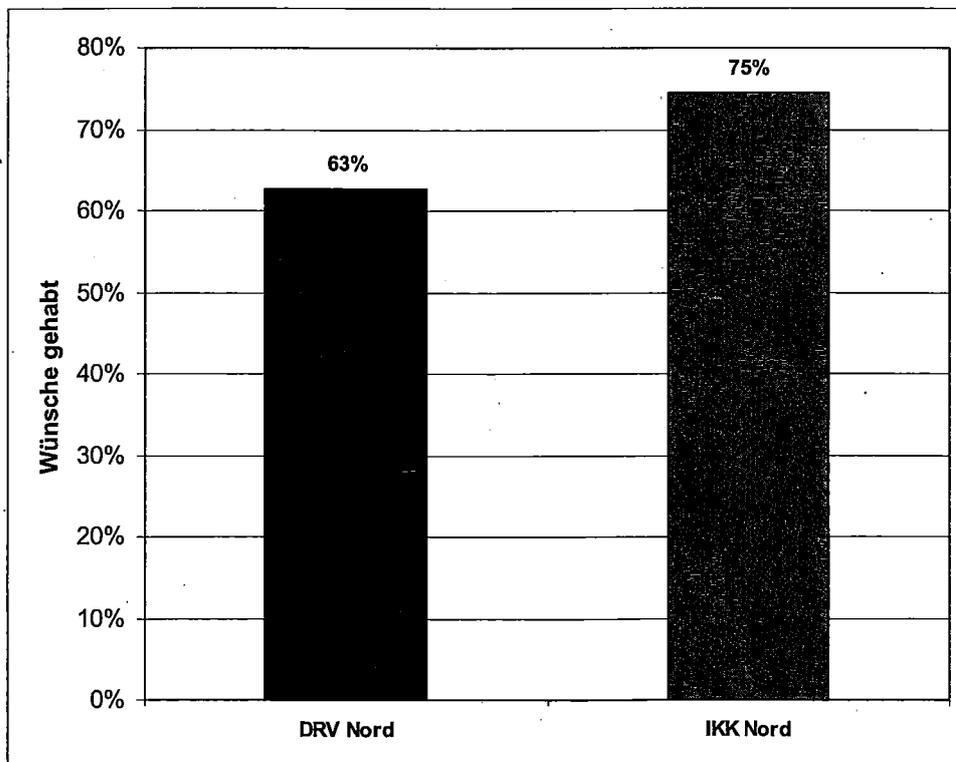


Abbildung 29: Angabe, ob Wünsche bezüglich der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung bestanden nach Leistungsträger

Wünsche bezüglich der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung, angegebene Wünsche (Frage 7a)

Insgesamt gaben 795 Personen an, Wünsche bezüglich der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung gehabt zu haben. Tabelle 32 zeigt die Verteilung der Häufigkeiten der einzelnen Wünsche in absteigender Reihenfolge. Bei den Wünschen bezüglich der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung zeigte sich nur bei drei Wünschen ein signifikanter Unterschied in Abhängigkeit von der beantragten Rehabilitationsform: beim Wunsch nach einer bestimmten Rehabilitationseinrichtung ($X^2(2) = 34,76$, $p < .001$), beim Wunsch nach einem bestimmten (Stand-) Ort der Einrichtung ($X^2(2) = 17,65$, $p < .001$) und bei dem Wunsch nach einer bestimmten Entfernung der Einrichtung vom Wohnort ($X^2(2) = 47,66$, $p < .001$). Die Verteilungen können Abbildung 30, Abbildung 31 und Abbildung 32 entnommen werden. Bezüglich den Wünschen zu der Möglichkeit, den Ehepartner mit in die Einrichtung zu nehmen, einer bestimmten Ausstattung der Einrichtung (rollstuhl-, behindertengerecht), der Möglichkeit an einer ambulanten Rehabilitation teilzunehmen oder etwas anderem (Freitextangabe) konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden. Die übrigen Wünsche (Möglichkeit ein Kind mit in die Einrichtung zu nehmen, von einer gleichgeschlechtlichen Pflegeperson gepflegt zu werden, von einer bekannten Hilfs- bzw. Pflegeperson begleitet zu werden und eine bestimmte religiöse Ausrichtung der Rehabilitationseinrichtung) wurden nur selten genannt ($N = 3 - 10$). Hier sind keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Arten der beantragten Rehabilitationsform feststellbar. Bezüglich der Mitnahme des (Ehe-) Partners gibt es Geschlechtseffekte: Männer wollen eher ihre (Ehe-) Partnerin mit in die Einrichtung nehmen, als Frauen ihren Ehepartner (9,6% vs. 6,0%, $X^2(2) = 5,86$, $p = .016$). Frauen wollen eher als Männer ihre Kinder mit in die Rehabilitationseinrichtung mitnehmen (1,8% vs. 0,5%, $X^2(2) = 4,45$, $p = .036$).

In Abhängigkeit von der Leistungsträgergruppe zeigen sich signifikante Unterschiede bezüglich des Wunsches nach einer bestimmten Rehabilitationseinrichtung ($X^2(1) = 46,22$, $p < .001$), der Entfernung der Einrichtung vom Wohnort ($X^2(1) = 13,50$, $p < .001$), der Möglichkeit einen (Ehe-) Partner mit in die Einrichtung zu nehmen ($X^2(1) = 28,31$, $p < .001$), der Ausstattung der Einrichtung ($X^2(1) = 15,37$, $p < .001$) und der Möglichkeit an einer ambulanten Rehabilitation teilzunehmen ($X^2(1) = 21,35$, $p < .001$). Die genauen Verteilungen sind der Abbildung 42, Abbildung 43, Abbildung 44, Abbildung 45 und Abbildung 46 im Anhang 7 zu entnehmen. Bezüglich der übrigen Wünsche konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden.

Tabelle 32: Frage 7a: „Ja, mein Wunsch bezog sich auf...“ (mehrere Nennungen möglich, Gesamtnennungen N = 1577)

Antwortmöglichkeit	N	% der Gesamtnennungen
eine bestimmte Rehabilitationsklinik	444	28 %
die Entfernung der Klinik vom Wohnort	431	27 %
den (Stand-) Ort der Klinik (Stadt / Region / Bundesland)	346	22 %
die Möglichkeit, den (Ehe-) Partner mit in die Klinik zu nehmen	106	7 %
die Möglichkeit an einer ambulanten Rehabilitation (Therapien in der Klinik, Übernachtung zu Hause) teilzunehmen	79	5 %
eine bestimmte Ausstattung der Klinik (rollstuhlgerecht, behindertengerecht)	50	3 %
die Möglichkeit, ein Kind / Kinder mit in die Klinik zu nehmen	15	1 %
die Möglichkeit, von einer bekannten Hilfs- bzw. Pflegeperson in die Klinik begleitet zu werden	12	0,8 %
die Möglichkeit, in der Klinik von einer gleichgeschlechtlichen Person gepflegt zu werden	7	0,4 %
die religiöse Ausrichtung der Rehabilitationsklinik	6	0,4 %
Sonstiges (Ich hatte einen anderen Wunsch und zwar:)	81	5 %

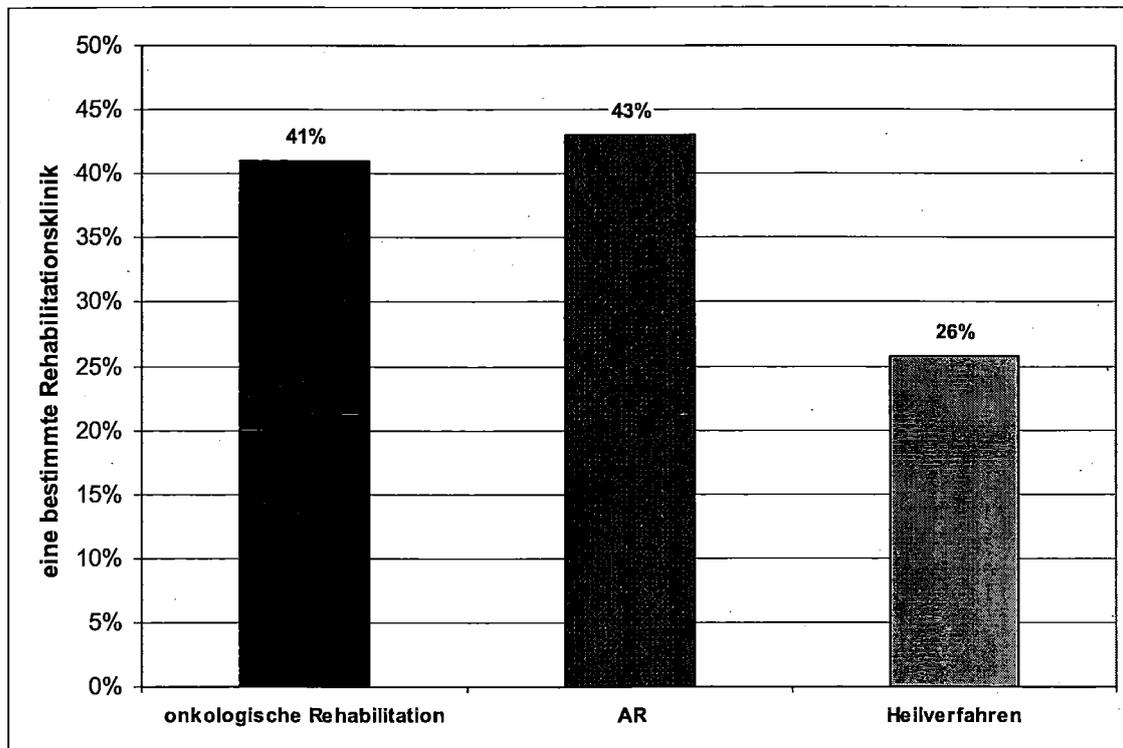


Abbildung 30: Wunsch nach einer bestimmten Rehabilitationseinrichtung nach Art der beantragten Rehabilitation (Frage 7a)

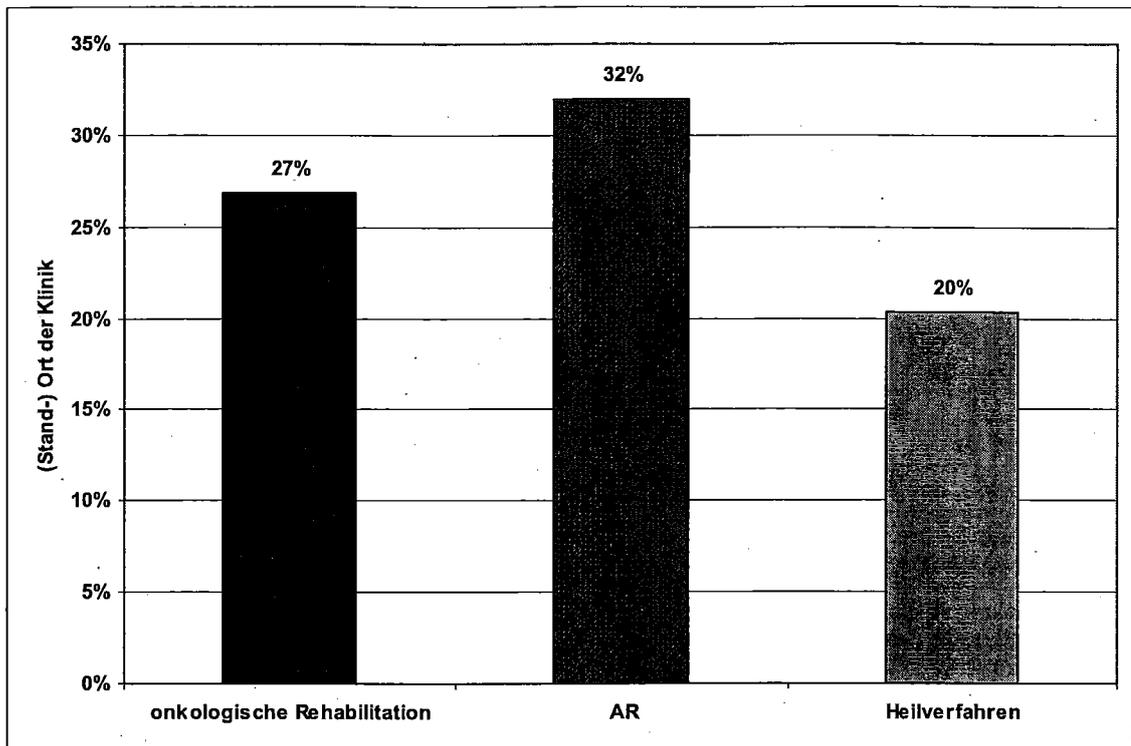


Abbildung 31: Wunsch nach einem bestimmten (Stand-) Ort der Rehabilitationseinrichtung nach Art der beantragten Rehabilitation (Frage 7a)

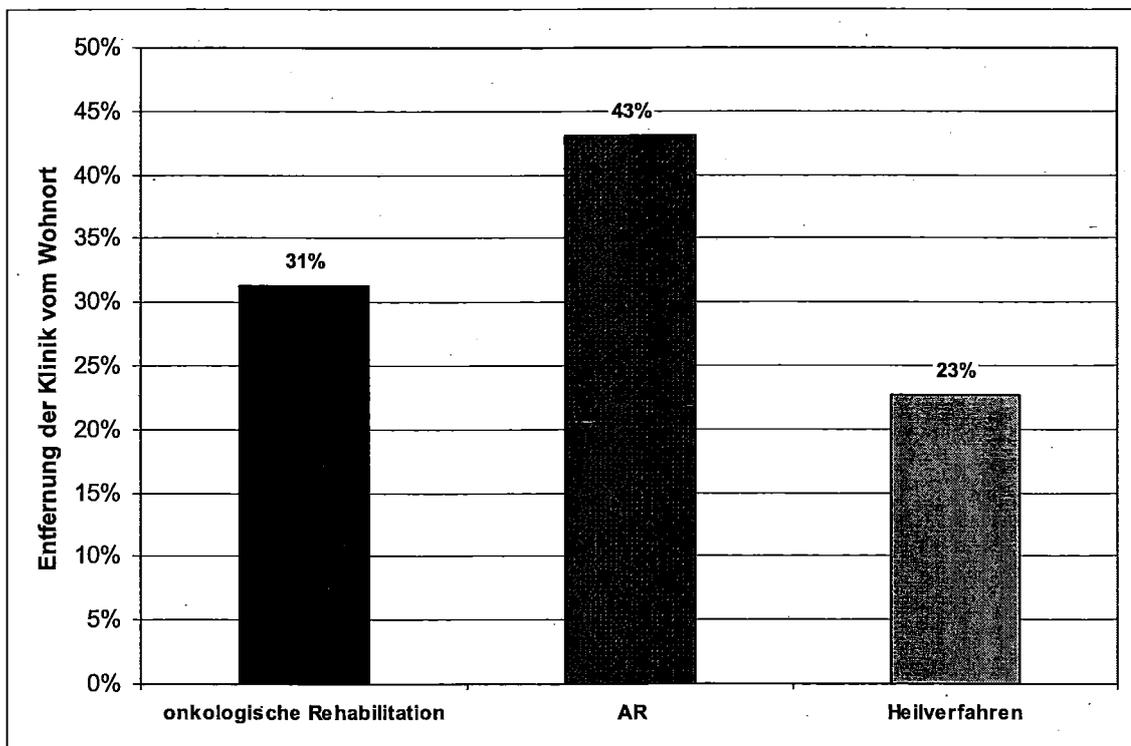


Abbildung 32: Wunsch nach einer bestimmten Entfernung der Rehabilitationseinrichtung vom Wohnort nach Art der beantragten Rehabilitation (Frage 7a)

Neben den in den Fokusgruppen genannten und somit im Fragebogen zur Auswahl stehenden Wünschen bezüglich der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung wurde von den Befragten folgende weitere Gründe genannt:

- Anwesenheit von Ärzten mit Fremdsprachenkenntnissen,
- Unterbringung im Einzelzimmer,
- für die Erkrankung spezialisierte Einrichtung / spezielle Ausrichtung der Einrichtung,
- Möglichkeit einer bestimmten Ernährungsweise,
- (gute) Ausstattung der Einrichtung,
- gute Ergebnisse bzw. Besserung des Gesundheitszustands zu erzielen,
- Einrichtung mit Qualitätszertifikat bzw. guter Bewertung und
- die Möglichkeit der getrennten Behandlung von Männern und Frauen.

Wünsche selbst mitgeteilt (Frage 7b)

795 Personen haben bei Frage 7a angegeben, dass sie Wünsche bezüglich der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung hatten. Tabelle 33 zeigt die Häufigkeiten der Angaben, ob diese Personen ihre Wünsche der Krankenkasse oder Rentenversicherung selbst mitgeteilt haben.

Tabelle 33: Frage 7b: „Haben Sie Ihre Wünsche der Rentenversicherung oder Krankenkasse mitgeteilt?“ (N=713)

Antwortmöglichkeit	N	gültige %
Nein	340	48 %
Ja, mündlich	213	30 %
Ja, schriftlich	160	22 %

Je nachdem, welche Rehabilitationsform beantragt wurde, unterscheiden sich die Gruppen signifikant in ihrer Angabe, ob und wie sie ihre Wünsche selbst der Rentenversicherung bzw. Krankenkasse mitgeteilt haben ($\chi^2 (4) = 63,56, p < .001$, siehe Abbildung 33). Auch in Abhängigkeit vom Leistungsträger zeigen sich signifikante Unterschiede ($\chi^2 (2) = 10,96, p = .004$; siehe Abbildung 34).

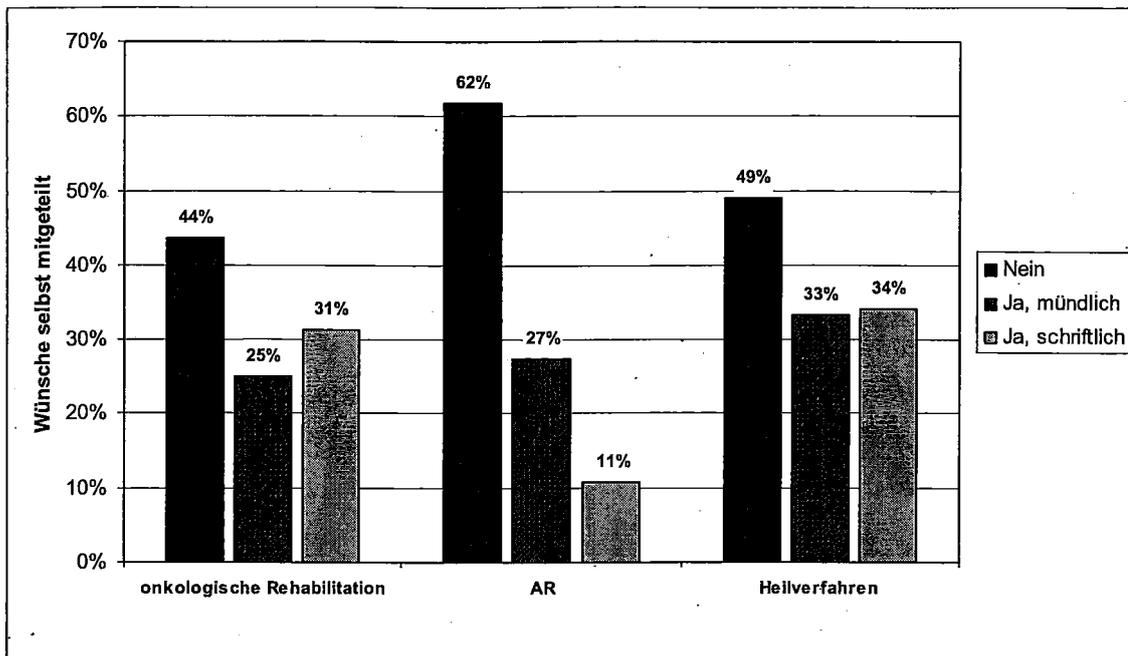


Abbildung 33: Wünsche bzgl. der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung selbst mitgeteilt nach beantragter Rehabilitationsform

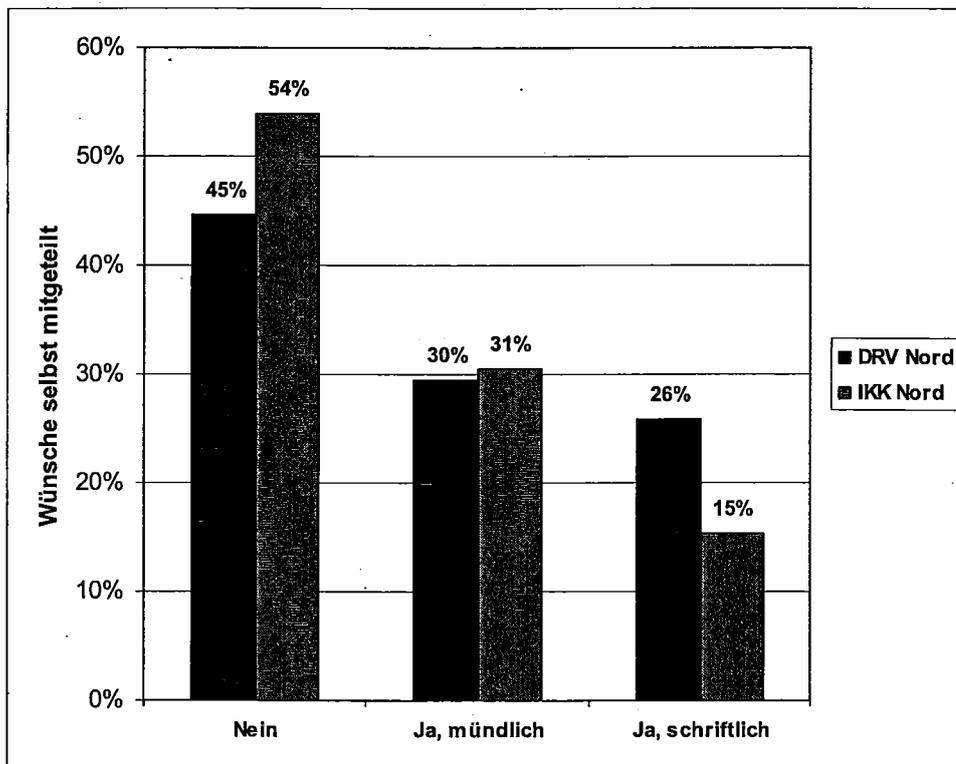


Abbildung 34: Wünsche bzgl. der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung selbst mitgeteilt nach Leistungsträger

Wünsche durch jemand anderes mitgeteilt (Frage 7c)

795 Personen haben bei Frage 7a angegeben, dass sie Wünsche bezüglich der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung hatten. Tabelle 34 zeigt die Häufigkeiten der Angaben, ob jemand anderes die Wünsche dieser Personen der Krankenkasse oder Rentenversicherung mitgeteilt hat.

Tabelle 34: Frage 7c „Hat die Person, die Ihnen beim Stellen des Rehabilitationsantrags geholfen bzw. den Rehabilitationsantrag für Sie gestellt hat, Ihre Wünsche der Rentenversicherung oder Krankenkasse mitgeteilt?“ (N=726)

Antwortmöglichkeit	N	%
Nein, ich habe den Antrag allein gestellt.	108	15%
Nein	81	11%
Ja	362	50%
Weiß ich nicht.	175	24%

Je nachdem, welche Rehabilitationsform beantragt wurde, unterscheiden sich die Gruppen signifikant in ihrer Angabe, ob ihre Wünsche durch jemand anderes der Rentenversicherung bzw. Krankenkasse mitgeteilt wurden (siehe Abbildung 35, $X^2(6) = 134,97, p < .001$). Auch in Abhängigkeit vom Leistungsträger zeigen sich signifikante Unterschiede ($X^2(2) = 10,96, p = .004$, siehe Abbildung 36).

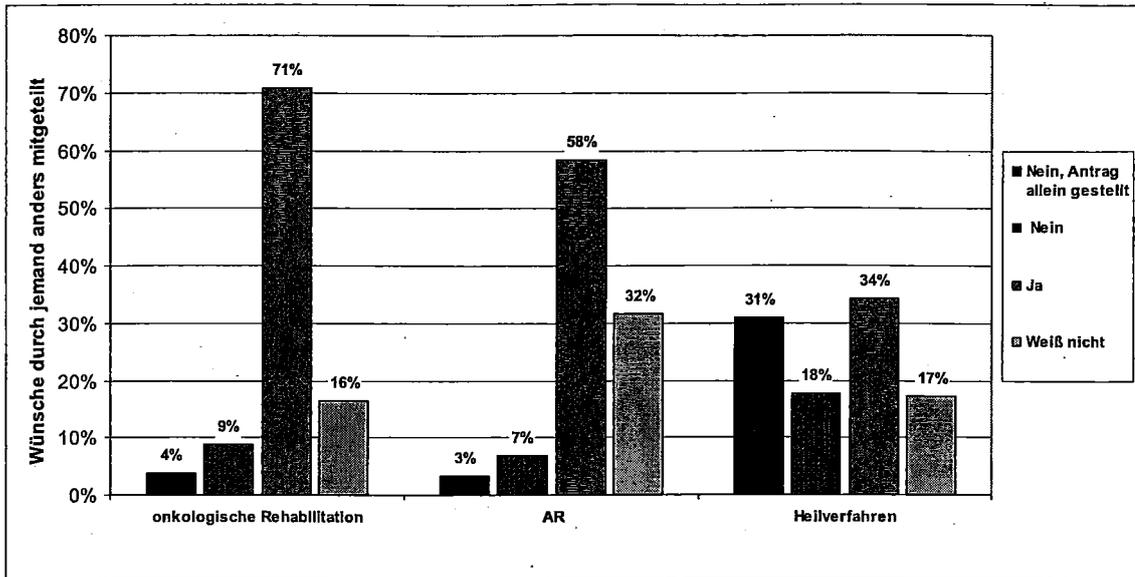


Abbildung 35: Wünsche durch jemand anders mitgeteilt nach beantragter Rehabilitationsform (Frage 7b)

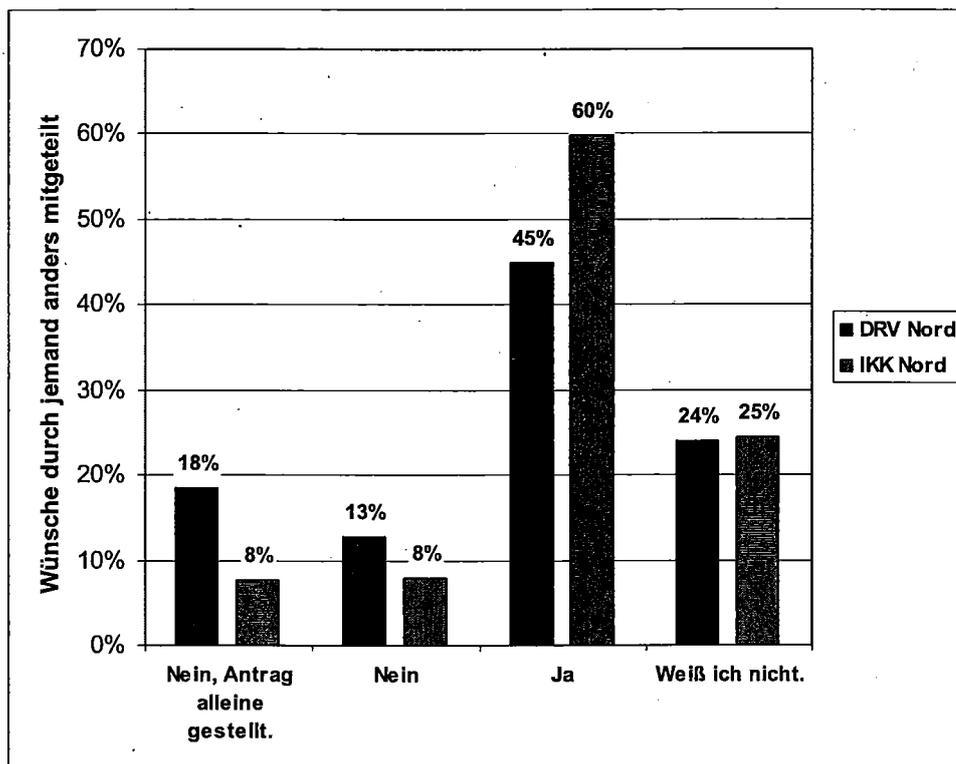


Abbildung 36: Wünsche durch jemand anders mitgeteilt nach Leistungsträger (Frage 7c)

Mitgeteilte Wünsche berücksichtigt (Frage 7d)

Von 373 Personen wurde angegeben, sie hätten ihre Wünsche selbst der Krankenkasse oder Rentenversicherung mitgeteilt. 362 Personen gaben an, jemand anderes hätte das für

sie getan. Diese Gruppen überschneiden sich zum Teil. Tabelle 35 zeigt die Verteilung der Angaben zur Berücksichtigung der geäußerten Wünsche.

Tabelle 35: Frage 7d: „Sind Ihre Wünsche berücksichtigt worden?“ (N=473)

Antwortmöglichkeit	N	%
Ja	377	80%
Nein	51	11%
teils/teils	45	10%

Hinsichtlich der Frage, ob der Rentenversicherung oder Krankenkasse mitgeteilte Wünsche berücksichtigt wurden, zeigen sich weder zwischen den verschiedenen beantragten Rehabilitationsarten ($X^2(4) = 5,34, p=.255$) noch zwischen den verschiedenen Leistungsträgern ($X^2(2) = 3,79, p=.151$) signifikante Unterschiede. In den meisten Fällen sind mitgeteilte Wünsche zum Teil oder vollständig berücksichtigt worden (siehe Abbildung 37).

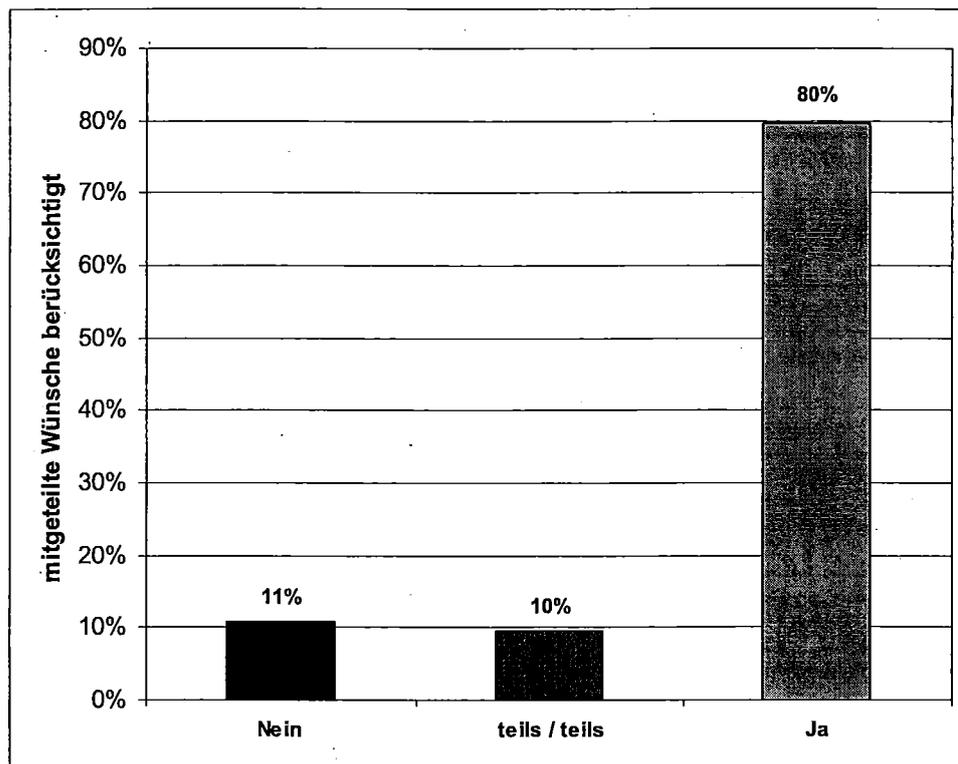


Abbildung 37: Berücksichtigung mitgeteilter Wünsche

7) Informationsbedarf von Rehabilitationsantragstellern

Die folgende Darstellung der Ergebnisse der Fragen 9 und 10 beschreibt den Informationsbedarf der Rehabilitationsantragsteller in Bezug auf die Merkmale einer zukünftigen Rehabilitationseinrichtung und die Form in der solche Informationen vorliegen sollten.

Zur Einrichtungsauswahl relevante Informationen (Frage 9)

Aus der Gesamtstichprobe haben nur 40 Personen (0,3%) überhaupt keine Angaben bei dieser Frage gemacht. Tabelle 36 zeigt die nach Häufigkeit (in absteigender Reihenfolge) sortierten Angaben der Befragten, welche Informationen für sie wichtig wären, wenn sie demnächst eine Rehabilitationseinrichtung auswählen sollten.

Tabelle 36: Frage 9: „Bitte stellen Sie sich vor, Sie würden demnächst (wieder) an einer Rehabilitation teilnehmen. Ihnen werden mehrere geeignete Einrichtungen zur Auswahl vorgeschlagen. Welche Informationen wären für Sie besonders wichtig, um sich für eine der Einrichtungen entscheiden zu können? Bitte kreuzen Sie die fünf wichtigsten Punkte an! Folgende fünf Informationen wären mir besonders wichtig...“ (Gesamtnennungen N = 6723)

Antwortmöglichkeit	N	%
Ausstattung der Klinik (z. B. Schwimmbad, Fitnessräume)	823	12%
Unterbringung in Einzel- bzw. Doppelzimmern	718	11%
Lage / Ort der Klinik	679	10%
Qualifikation des Behandlungsteams	665	10%
Freundlichkeit des Personals	647	10%
spezielle Ausrichtung / Therapieschwerpunkte der Klinik	611	9%
Individualität der Behandlung des Rehabilitanden	398	6%
Mitbestimmungsrecht des Rehabilitanden bezüglich des Therapieplans	376	6%
Therapieangebote der Klinik (ausgenommen Psychotherapieangebote)	336	5%
Psychotherapieangebote der Klinik	284	4%
Personalschlüssel (Anzahl Rehabilitanden pro Therapeut / Behandler)	228	3%
Möglichkeit, den (Ehe-) Partner mitzunehmen	216	3%
Nachsorgeangebot der Klinik	188	3%
Anteil von Patienten, deren Rehabilitation erfolgreich durchgeführt wurde	185	3%
Möglichkeit einer bestimmten Ernährungsweise in der Klinik	135	2%
Barrierefreiheit (rollstuhlgerecht, behindertengerecht) der Klinik	134	2%
Möglichkeit, ein Kind / Kinder mitzunehmen	37	1%
Eine andere Information und zwar über:	20	0.3%
Möglichkeit, ein Haustier mitzunehmen	14	0.2%
Möglichkeit, eine Hilfs- bzw. Pflegeperson mitzunehmen	11	0.2%
religiöse Ausrichtung der Klinik	10	0.1%
Möglichkeit der gleichgeschlechtlichen Pflege in der Klinik	8	0.1%

Die meisten Befragten (73,4%) haben gemäß der Fragestellung fünf Informationen angegeben, die ihnen bei einer weiteren Rehabilitation zur Entscheidung zwischen verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen besonders wichtig wären. Insgesamt wurden zwischen 0 und 16 Informationen angegeben, im Mittel $M = 5,1$ Informationen.

Zusätzlich wären den Befragten Informationen über die technische Ausstattung der Zimmer (Fernseher, Telefon, Internet), über das Vorhandensein eines Gebetsraums für Muslime, den möglichen Therapiebeginn in der Einrichtung und über die behandelnden Ärzte wichtig.

Signifikante Unterschiede in der Bedeutung der Informationen in Abhängigkeit von der Form der Rehabilitation finden sich im Anhang 8 (Abbildung 47 bis Abbildung 53).

Für IKK Nord-Versicherte sind folgende Informationen signifikant häufiger wichtig als für DRV Nord-Versicherte:

- die Barrierefreiheit (18,7% vs. 6,4%; $X^2(1) = 46,65, p < .001$),
- der Anteil an Patienten, deren Rehabilitation erfolgreich durchgeführt wurde (18,2% vs. 12,2%; $X^2(1) = 8,39, p = .005$) und
- die Möglichkeit den Ehepartner mit in die Einrichtung zu nehmen (24,8% vs. 12,6%; $X^2(1) = 30,52, p < .001$).

Für DRV Nord-Versicherte sind folgende Informationen signifikant häufiger wichtig als für IKK Nord-Versicherte:

- die Ausstattung der Einrichtung (65,4% vs. 55,8%; $X^2(1) = 11,17, p = .001$),
- die spezielle Ausrichtung / Therapieschwerpunkte der Einrichtung (48,7% vs. 41,0%; $X^2(1) = 6,72, p = .01$)
- das Nachsorgeangebot der Einrichtung (15,8% vs. 10,8%; $X^2(1) = 5,74, p = .02$) und
- das Mitbestimmungsrecht des Rehabilitanden bezüglich des Therapieplans (31,3% vs. 22,4%; $X^2(1) = 10,99, p = .001$).

Informationsform (Frage 10)

Die Frage 10 teilt sich in vier untergeordnete Fragen auf. Hierbei traten auffällig viele fehlende Werte auf (22,2%, 26,4%, 31,0% und 26,8%). Die Angaben in den Abbildung 38, Abbildung 39, Abbildung 40 und Abbildung 41 sind jeweils die Anteile der gültigen Angaben. Die einzigen signifikanten Unterschiede in Abhängigkeit der beantragten Rehabilitationsform bzw. dem Leistungsträger zeigen sich bei der Frage, ob Einrichtungsinformationen in Form einer Broschüre oder einer Internetseite bevorzugt werden. Die übrigen drei Fragen weisen keine signifikant unterschiedlichen Antwortmuster auf.

Personen, die eine onkologische Rehabilitationsmaßnahme beantragt haben wollen am häufigsten Einrichtungsinformationen in Form einer Broschüre bekommen, gefolgt von Personen die eine Anschlussrehabilitation bzw. ein Heilverfahren beantragt hatten (88,0% vs. 82,7% vs. 67,8%, $X^2(2) = 33,46$, $p < .001$).

Versicherte der IKK Nord möchten signifikant häufiger Einrichtungsinformationen in Form einer Broschüre erhalten, als DRV Nord-Versicherte (94,4 % vs. 68,9%, $X^2(1) = 73,16$, $p < .001$).

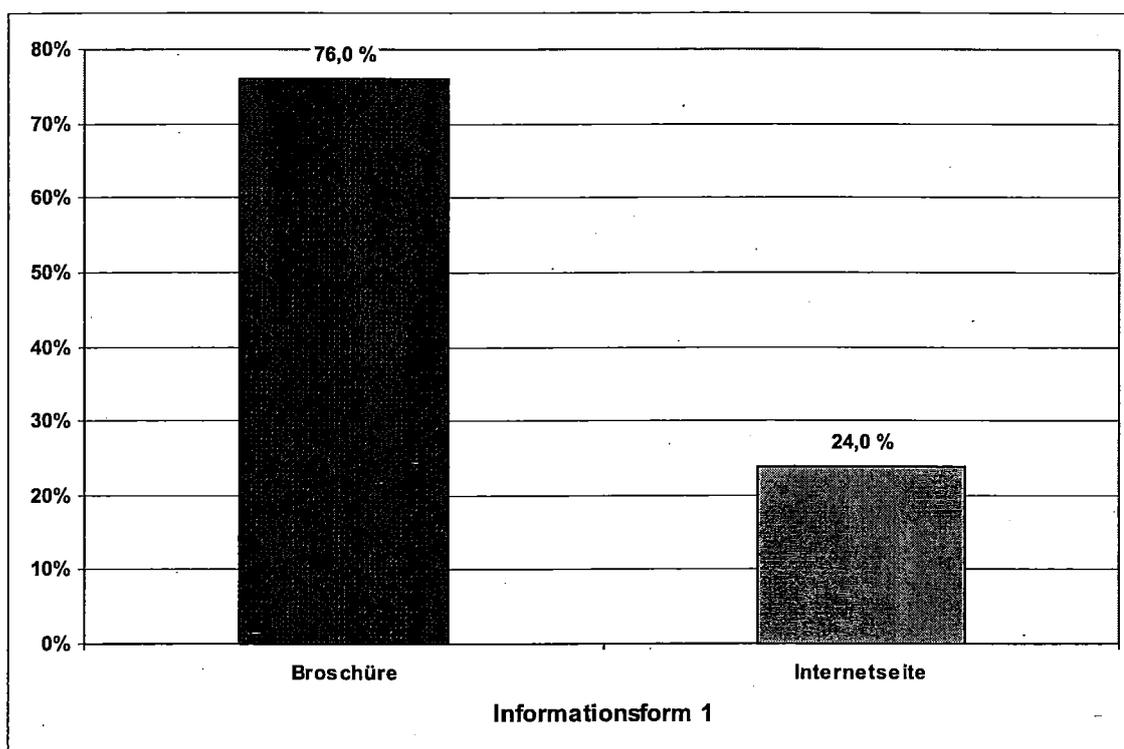


Abbildung 38: präferierte Informationsform Broschüre vs. Internetseite (N=1025)

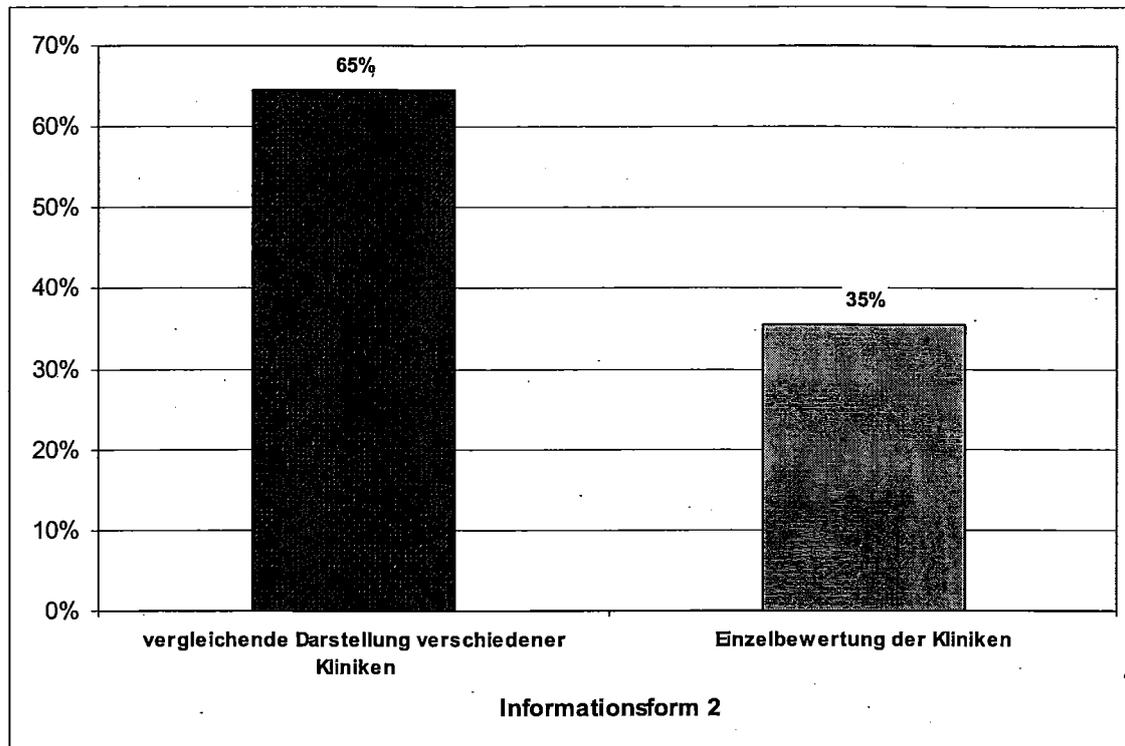


Abbildung 39: präferierte Informationsform vergleichende Darstellung verschiedener Einrichtungen vs. Einzelbewertung der Einrichtungen (N=970)

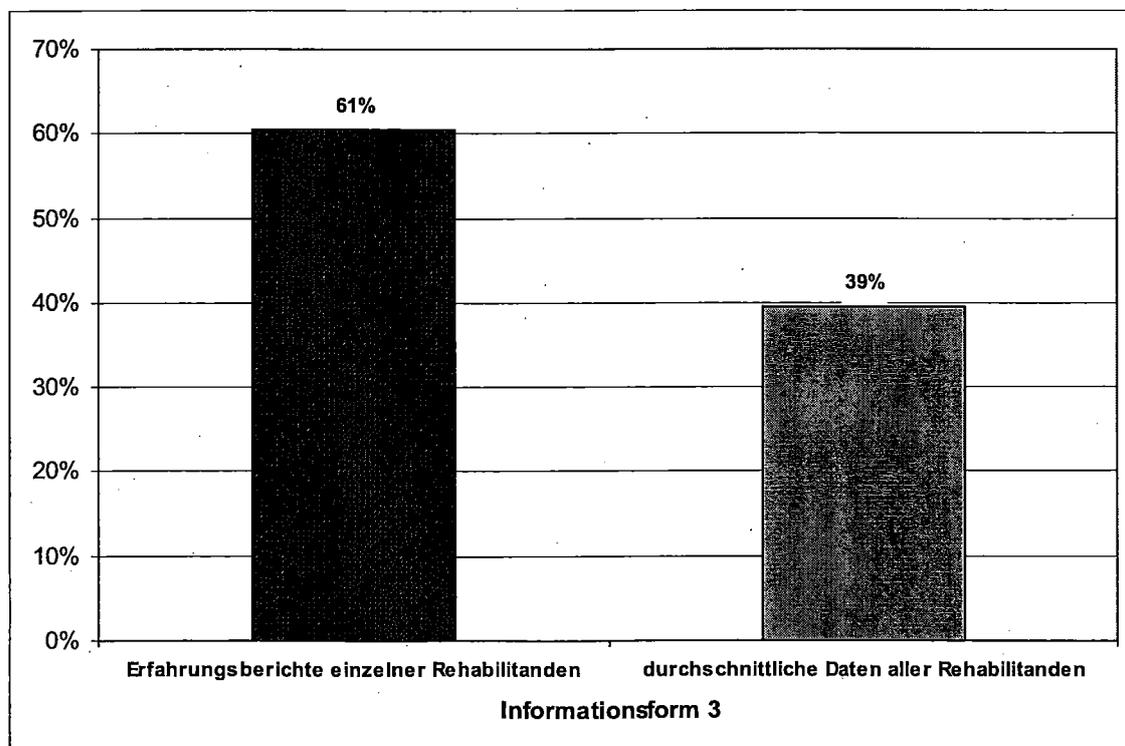


Abbildung 40: präferierte Informationsform Erfahrungsberichte einzelner Rehabilitanden vs. durchschnittliche Daten aller Rehabilitanden (N=910)

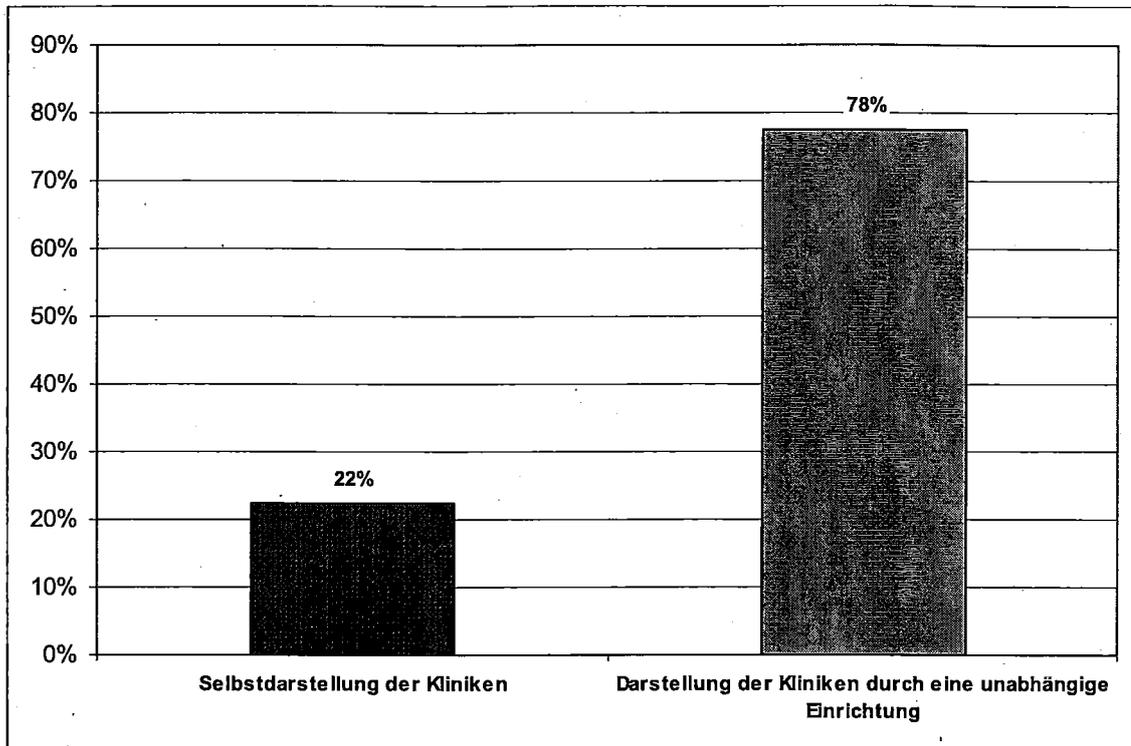


Abbildung 41: präferierte Informationsform Selbstdarstellung der Einrichtungen vs. Darstellung der Einrichtungen durch eine unabhängige Einrichtung (N=965)

9 Diskussion

Die vorliegende Untersuchung stellt eine Bestandsaufnahme der Frage dar, in welcher Form und in welchem Ausmaß sich das im SGB IX § 9 festgeschriebene Wunsch- und Wahlrecht in der Wirklichkeit der Rehabilitation niedergeschlagen hat. Dazu wurden die Versicherten der beiden wichtigsten Leistungsträger rehabilitativer Leistungen, der Rentenversicherung, vertreten durch die Deutsche Rentenversicherung Nord, und der Krankenversicherung, vertreten durch die IKK Nord, qualitativ und quantitativ befragt. Durch die Fokussierung auf die Rehabilitanden in den Fokusgruppen und die Rehaantragsteller im Survey wissen wir nun, was vom Wunsch- und Wahlrecht auf Seiten der Versicherten ankommt. Ebenso haben wir aus den Experteninterviews einen guten Eindruck davon gewinnen können, auf welchem Stand diejenigen sind, die aus professioneller Sicht das Wunsch- und Wahlrecht an die Rehabilitanden vermitteln sollen.

Es wird verschiedene Lesarten der vorliegenden Ergebnisse geben. Ob das Glas halb voll oder leer ist, hängt sicherlich auch von der jeweiligen Perspektive ab. Es ist allerdings nicht unbegründet festzustellen, dass das Glas sicher nicht mehr als zur Hälfte gefüllt ist. In einigen Bereichen ist die Pfütze im Glas zu bescheiden, um seinen Durst stillen zu können.

Während ein wichtiger Eindruck aus den Fokusgruppen darin bestand, dass viele Befragte über ihr Mitspracherecht bei der Auswahl der Einrichtungen nicht informiert waren, gab etwa die Hälfte der Befragten in der schriftlichen Befragung an, das Wunsch- und Wahlrecht zu kennen. Etwa die Hälfte derjenigen, die einen konkreten Wunsch hatten, hat diesen dem Leistungsträger auch mitgeteilt, die Mehrzahl von ihnen in mündlicher Form. Geäußerte Wünsche wurden dann auch bei vier von fünf Befragten als erfüllt angegeben, bei 10% zumindest als teilweise erfüllt. Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass wenn die Betroffenen ihr Recht wahrnehmen, es auch erhört wird. Dazu müssten sie allerdings von ihrem Recht wissen und ermutigt werden, sich einzubringen und dieses auch zu nutzen. Problematisch im Bereich des Heilverfahrens scheint dabei der deutlich geringere Anteil von Rehabilitanden zu sein, die angeben, vom Wunsch- und Wahlrecht gewusst zu haben. Auch die abhängigen Beratungsinstitutionen, d.h. die der Kosten- bzw. Leistungsträger, haben sich in der Expertenbefragung nicht dadurch hervorgetan, dass sie die Rehaantragsteller auf ihr Wunsch- und Wahlrecht hingewiesen haben. Hier erweist sich die unabhängige Beratung als deutlich vorteilhafter. Dies ist insofern kritisch zu sehen, als dass eine Pflicht der Rehabilitationsträger nach §§ 14, 15 SGB I und ihrer Servicestellen nach § 22 SGB IX zur Aufklärung über das Wunsch- und Wahlrecht besteht (Fuchs & Welti, 2007). Aber auch im Bereich der Anschlussrehabilitation, also eines organisatorisch potenziell deutlich strukturierten Versorgungsbereichs, offenbaren sich deutliche Defizite. Ein großer Vorteil ist, dass viele Patienten über die Sozialdienste der Krankenhäuser informiert werden. Allerdings machen die faktischen Rah-

menbedingungen eine tatsächliche Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts sehr schwer. Aus den Fokusgruppen wissen wir, dass zwar Patienten verschiedene Einrichtungen zur Auswahl gestellt wurden. Aber die Informationsmöglichkeiten über diese Einrichtungen waren innerhalb der Akut-Einrichtungen sehr begrenzt (und sind es auch außerhalb der Einrichtungen, zumindest was über einrichtungseigene Broschüren und Webseiten hinausgehende Informationen anbelangt). Zudem sind die Betroffenen häufig gar nicht in die gewünschte Einrichtung gekommen, da die Verlegung in eine andere Einrichtung opportuner war. Die Gründe dafür lassen sich nur eher indirekt aufzeigen. Auf der einen Seite dominieren organisatorische Zwänge die eigentliche Einrichtungswahl, u. a. über die vorhandenen Aufnahmekapazitäten, Auslastungen bzw. zur richtigen Zeit freiwerdende Betten. Auf der anderen Seite haben die Interviews mit den Experten auch klar gemacht, dass bei der Auswahl der Einrichtungen auch vertragliche Bindungen von Krankenhäusern mit Rehabilitationseinrichtungen eine wichtige Größe darstellen können. Es ist nicht abwegig zu vermuten, dass die Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts (in Bezug auf die Einrichtungswahl) unter diesen Rahmenbedingungen nicht in angemessenem Umfang möglich ist. Bei elektiven Eingriffen, wie z.B. bei der Hüftendoprothetik, könnte die Umsetzung des Wunsch- und Wahlrechts in die Phase vor den Krankenhausaufenthalt gelegt werden. Hier könnte von vornherein die Kombination aus Akut- und Rehabilitationseinrichtung offen und gemeinsam verhandelt werden.

Auf mögliche methodische Einschränkungen, die bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen sind, soll hingewiesen werden. Qualitative Studien sind in der Regel wenig dazu geeignet, generalisierbare Aussagen zu treffen. Es besteht z. B. die Gefahr der ungewollt selektiven Rekrutierung von Teilnehmern. Die Fokusgruppenteilnehmer könnten sich möglicherweise vom durchschnittlichen Rehabilitanden unterscheiden. Schlechte Erfahrungen bei der Rehaantragstellung könnten durchaus eine Motivation gewesen sein, an der Fokusgruppe teilzunehmen. Es zeigte sich jedoch, dass die Probanden nicht nur negative, sondern auch neutrale und positive Erfahrungen bei der Rehaantragstellung gemacht hatten. Dies spricht dafür, mit der Stichprobe ein breites Spektrum an Erfahrungen und Einstellungen abgebildet zu haben. Auch mit den Gesprächspartnern der Experteninterviews konnte ein sehr breites Spektrum an Professionen abgedeckt werden. Mögen sich qualitative Studien also nicht originär dazu eignen generalisierbare Aussagen zu treffen, so eignen sie sich aber hervorragend dazu, ein Feld zu explorieren, über das wir noch zu wenig wissen.

Der große Vorteil einer behutsam durchgeführten qualitativen Erhebung besteht darin, dass die Vorstellungen und Einstellungen der Teilnehmer weitestgehend ungefiltert - sicherlich nicht unselektiert - zum Ausdruck kommen. So wissen wir zwar, dass etwa die Hälfte unserer Rehaantragsteller angegeben hat, das Wunsch- und Wahlrecht gekannt zu haben. Das Glas ist hier immerhin halb voll. Aus den Ergebnisse der qualitativen Phase mussten wir allerdings

erfahren, dass dies im Bereich der Anschlussrehabilitation eher ein pro forma-Recht sein kann, hier als „Pseudo-Wunsch- und Wahlmöglichkeiten“ bezeichnet. Zwar wird mit den Betroffenen über ihre Wünsche bzgl. der Einrichtungsauswahl gesprochen, aber faktisch haben Verfügbarkeit und andere (für den Rehabilitanden undurchsichtige) Kriterien den Ausschlag für die Platzierung gegeben. Dies wurde von den Befragten aber gar nicht als besonders bedeutsam angesehen, viele waren einfach froh darüber, überhaupt einen solchen Rehaaufenthalt genehmigt zu bekommen. (Dieses Argument gilt in ähnlicher Form auch für die Rehabilitanden im Heilverfahren.) Wer fängt schon an, sich über die Ausgestaltung der Leistung zu beklagen, wenn er froh ist, diese überhaupt zu erhalten? Wir können anhand unserer Daten dieses „Pseudo-Wunsch- und Wahlmöglichkeiten“ nicht quantifizieren. Aber die qualitative Studie hat gezeigt, dass es ein Teil der Versorgungsrealität darstellt. Mit zehn Rehabilitanden-Fokusgruppen haben wir zudem eine vergleichsweise große Anzahl von Gruppendiskussionen durchgeführt, die zudem verschiedenen Indikationsbereichen zuzuordnen sind. Dieses Vorgehen hat uns die notwendige Breite für die Untersuchung gegeben. Da die geschilderten Erfahrungen und der Tenor der Gruppen, trotz unterschiedlicher Indikationen und Alterszusammensetzungen, sehr vergleichbar waren, können wir die Ergebnisse aus den Fokusgruppen als vergleichsweise zuverlässig ansehen.

Qualitative Forschung ist anfällig für die Voreingenommenheit der Untersucher. Am besten lässt sich dem Argument der Voreingenommenheit begegnen, wenn aufgezeigt werden kann, dass die Ergebnisse sich nicht mit den anfänglichen Vorstellungen der Untersucher in Einklang gebracht werden können. So hätten wir erwartet, Rehabilitanden zu begegnen, die dem Wunsch- und Wahlrecht eine hohe Relevanz beimessen und sich bei der Auswahl von Kliniken an Prozess- und Ergebnisqualitätskriterien orientieren. Es war eher ernüchternd festzustellen, wie ausgiebig über Strukturmerkmale von Einrichtungen diskutiert werden konnte. Dieses Ergebnis ist kongruent mit den Einschätzungen der Berater aus der Expertenbefragung, die angaben, insbesondere über Lage und Ort mit den Rehabilitanden zu verhandeln. Gleichzeitig war die Vorstellung, dass sich Einrichtungen in ihrer Qualität substantiell unterscheiden können bei den allermeisten Befragten sehr fern. Die aktuelle Bedeutung des Wunsch- und Wahlrechts liegt somit weniger in der möglichen Gestaltungskraft, z. B. Einfluss der Rehabilitanden auf die Auswahl von Reha-Einrichtungen in Abhängigkeit von deren dokumentierter Qualität, als in seinem Wert an sich.

Auch bei der quantitativen Studie hatten wir von Projektseite nicht das Gefühl, bei der Mehrheit der Befragten ein wirklich subjektiv bedeutsames Thema berührt zu haben. Dennoch konnte die Befragung natürlich wichtige Einblicke ermöglichen. Einschränkend ist hierzu vorweg zu nehmen, dass wir keine Non-Response Analyse durchführen konnten, d.h. die Repräsentativität der Stichproben nicht absichern konnten. Bei der IKK Nord haben wir mit einer Response Rate von über 80% allerdings diesbezüglich ein hervorragendes Ergebnis

erzielen können. Bei der Rentenversicherung betrug der Rücklauf immerhin etwa 62%, hier konnte nur ein Erinnerungsschreiben realisiert werden. Die Verteilung der selbst angegebenen primären Gründe für die Rehabilitation lässt darauf schließen, dass der Anteil der Rehabilitanden mit muskuloskelettalen Erkrankungen etwas überrepräsentiert ist, gleichzeitig alle in der Rehalandschaft zahlenmäßig bedeutsamen Erkrankungsgruppen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Neubildungen, psychische Erkrankungen) substanziell vertreten sind. Wir haben auch von einer komplizierten Gewichtung der Stichproben abgesehen und in einem ersten Schritt Unterschiede zwischen den jeweiligen Leistungsträgerschaften und den verschiedenen Formen der Rehabilitation aufgezeigt. Beides ist - wie der Methodiker formulieren würde - miteinander konfundiert. D.h. im Detail können wir mit dem gegenwärtig vorgenommenen Analyseansatz keine direkten Aussagen treffen, ob z.B. der Anteil der Rehabilitanden bei der Rentenversicherung tatsächlich weniger über das Wunsch- und Wahlrecht aufgeklärt wird als bei der Krankenkasse, oder dass die Krankenkasse eher die medizinische Notwendigkeit einer Maßnahme anzweifelt als die Rentenversicherung. Dazu müsste die Analyse - nicht nur - nach den Anteilen der Betroffenen in den unterschiedlichen Rehamaßnahmen stratifiziert werden. Die vorliegenden Analysen gewähren daher einen ersten Einblick, die Klärung weiterführender Detailfragestellungen bleibt weiteren Analysen vorbehalten.

10 Fazit

Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus unserem Projekt ziehen? Über das Wunsch- und Wahlrecht an sich können und wollen wir nicht diskutieren, es ist Teil der aktuellen Sozialgesetzgebung. Mit dem vorliegenden Projekt haben wir einen Einblick in die Rechtswirklichkeit nehmen können. Es hat noch einmal verdeutlicht, dass zur Verwirklichung eines Rechts alle betroffenen Parteien dazugehören. D.h. dass auch die Patienten bzw. Rehabilitanden „mitgenommen“ werden müssen, um ihnen die Ausübung eines Rechts zu ermöglichen, das viele nicht oder nur sehr undeutlich kennen. Das im SGB IX verankerte Recht auf Selbstbestimmung muss in einer Form Bestandteil des Prozesses der Rehaantragstellung werden, die es für die Betroffenen als Recht erkennbar macht.

Das SGB IX wird im nächsten Jahr zehn Jahre in Kraft sein. Es hat der Rehabilitation einen klaren Auftrag erteilt: die Förderung von Selbstbestimmung und Teilhabe. Das Wunsch- und Wahlrecht ist ein Ausdruck dieser Selbstbestimmung. Die generell von Rehabilitanden einzufordernde aktive Rolle im Rehabilitationsprozess sollte auch bei der Einrichtungswahl gefordert und gefördert werden. Schon bei der Auswahl der Leistung soll der Betroffene selbst bestimmen können - innerhalb des für die Leistungsträger verbindlichen Rahmens. Es ließe sich ohne großen organisatorischen Aufwand schaffen, alle Rehaantragsteller mit ihrem Wunsch- und Wahlrecht zu konfrontieren. Es sollte obligatorischer, kein fakultativer Bestandteil aller Beratungsgespräche sein. Allerdings sollte dazu auch die Frage geklärt sein, welche inhaltlich berechtigten Wünsche die Betroffenen einbringen können. Eine ernsthafte Auseinandersetzung mit dem Wunsch- und Wahlrecht bedeutet auch eine ernsthafte Auseinandersetzung des Rehabilitanden mit seiner Rehabilitation. Ein Wunsch- und Wahlrecht, das hauptsächlich dazu da ist, sich den Ort oder die Region der Rehabilitation auszusuchen, oder bestimmte Hotelfunktionen einzufordern, dürfte der Sache nicht gerecht werden. Es erscheint allerdings auch noch nicht der Zeitpunkt gekommen, aufwändige Informationsportale für Rehabilitanden entwickeln zu wollen, die Rehabilitationseinrichtungen hinsichtlich verschiedener Qualitätskriterien vergleichend darstellen. Die eigentlichen Nutzer solcher Informationen sind noch unter den jüngeren Generationen zu vermuten, die sich in größerer Zahl erst in 10-15 Jahren mit dem Problem auseinandersetzen müssen, wie sie mit Hilfe von rehabilitativen Angeboten ihre Erwerbsfähigkeit wiederherstellen oder erhalten können. Dann werden diese vergleichenden Informationen das Potenzial haben, ihre Wirkung in Bezug auf Qualitätsverbesserungen in den Einrichtungen zu entfalten. Für heute könnte das systematische Hinführen der Rehabilitanden zu einer größeren Selbstbestimmung, u. a. durch die regelmäßige Konfrontation mit dem Wunsch- und Wahlrecht, dazu beitragen, sich mit den Rehabilitanden ausführlicher über den Sinn und Zweck von Rehabilitationsmaßnahmen auseinanderzusetzen und die persönliche Bedeutung der Rehabilitation für die Betroffenen zu erhöhen.

Gegenwärtig wird das Wunsch- und Wahlrecht in der medizinischen Rehabilitation auf die Auswahl der Rehabilitationseinrichtung stark verkürzt. Letztlich bezieht sich das Wunsch- und Wahlrecht auf alle Fragen, die zur Konkretisierung rehabilitativer Leistungen von Bedeutung sind. D.h. auch die Auswahl und Abstimmung der rehabilitativen Leistungen während der Rehabilitation sollte in Reflektion des Wunsch- und Wahlrechts erfolgen. Dazu ist es notwendig, den Rehabilitanden möglichst weitgehend in Entscheidungen mit einzubeziehen, am besten in allen Phasen der Rehabilitation: die gemeinsame Identifizierung und Bestimmung der Rehabilitationsziele, die darauf aufbauende Auswahl von therapeutischen Interventionen, das Lernen, realistische Ziele zu setzen, die selbstbestimmte Integration von Gelerntem in den eigenen Alltag.

11 Weitere Analysen nach Studienende

Auf der Basis der zu erhebenden Daten: die Transkripte der Fokusgruppen können zu weiterführenden Analysen genutzt werden, u. a. um Unterschiede zwischen Männern und Frauen in ihren Erwartungen und Wünschen sowie ihren Erfahrungen herauszuarbeiten oder um Unterschiede zwischen den Indikationen zu fokussieren. Die Analyse der postalischen Befragung könnte zusätzlich zu den Wünschen auf die Rehabilitanden selber fokussieren, d.h. welche unterschiedlichen Gruppen von Rehabilitanden zeichnen sich durch welche unterschiedlichen Wünsche und Erfahrungen aus.

Über das Projekt hinausgehende, anknüpfende Fragestellungen: Vertiefende Analyse der von den Leistungserbringern und Leistungsträgern öffentlich zugänglichen Informationen zur Auswahl der Einrichtung. Untersuchung der Integration der Patientenperspektive bei der Konkretisierung der Leistung während der Rehabilitationsmaßnahme. Untersuchung zur Bedeutung der Berücksichtigung der Patientenperspektive bei der Konkretisierung der Rehabilitationsleistungen für den Rehabilitationserfolg.

Literatur

- Bethge S, Mühlbacher AC (2009). Wunsch- und Wahlrechte in der Rehabilitation: Dokumentation der Patientenpräferenzen durch ein Discrete Choice Experiment in Rehabilitationskliniken, DRV-Schriften 2009, 83: 71 – 73
- Bischof G, Deck R (2002). Fokusgruppen: Grundlagen und Einsetzbarkeit bei der Entwicklung standardisierter Fragebögen in der Rehabilitationsforschung. Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 58, 142-147
- Deck R, Zimmermann M, Kohlmann T, Raspe H (1998). Rehabilitationsbezogene Erwartungen und Motivationen bei Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen. Rehabilitation, 37, 140-146
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2007). Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Berlin: DRV
- Faller H (2003). Shared Decision Making: Ein Ansatz zur Stärkung der Partizipation des Patienten in der Rehabilitation, Rehabilitation 42: 129 - 135
- Fenton WS (2003). Shared-decision making: a model for the physician-patient relationship in the 21st century?, Acta Psychiatr Scand 107: 401 – 402
- Flick U (2005) Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbeck: Rowohlt
- Fuchs H, Welti F (2007). Leistungserbringungsrecht der Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX, Die Rehabilitation 2007, 111 - 115
- Klemperer D (2003). Arzt-Patient-Beziehung. Entscheidung über Therapie muss gemeinsam getroffen werden, DÄB 100: A753 - A755
- Lawall C (2006). Reha im Ausland geht doch jetzt, oder?. RV aktuell 2006, 503 - 510
- Lepège A, Gzil F, Cammelli, M, Lefève, C, Pachod, B, Ville I (2007). Person-centredness: conceptual and historical perspectives. Disability and Rehabilitation 29 (20-21): 1555 - 1565
- Loh A, Simon D, Kriston L, Härter M (2007). Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. DÄB 104: A1483 - A1488
- Mayring P (2007). Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim: Deutscher Studien Verlag
- Meyer T (2007). Kritische Bewertung von Qualitativen Studien. In: Kunz R, Ollenschläger G, Raspe H, Jonitz G, Kolkmann F-W: Lehrbuch evidenzbasierte Medizin. (2. Auflage), S. 159-176
- Meyer T, Raspe H (2009). Das schwedische Modell der Priorisierung medizinischer Leistungen: theoretische Rekonstruktion, europäischer Vergleich und Prüfung seiner Übertragbarkeit. Hintergrund und erste Ergebnisse. In: WA Wohlgemuth & MH Freitag

- (Hrsg.): Priorisierung in der Medizin – Interdisziplinäre Forschungsansätze. Berlin: MWV: S. 89-118
- Meyer T (2004). Vorstellungen schizophrener Menschen über Lebensqualität. Hamburg: Kovac
- Meyer T, Karow A, Naber D, Franz M (2005). Anmerkungen zur kritischen Betrachtung eines modernen Konstrukts – Subjektive Lebensqualität (Leserbrief). *Nervenarzt* 76: 623-624
- Meyer T, Maurischat C, Raspe H (2007). Analyse der Patientenbefragung im Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung nach stationärer medizinischer Rehabilitation von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen: Beiträge zur Untersuchung des Wirksamkeitsproblems. *DRV-Schriften Band 72*: S. 390-392.
- Meyer T, Brüggemann S, Widera T (2008). Rehabilitation braucht Zielorientierung- aktuelle Lehren aus der Rehabilitandenbefragung. *RVaktuell* 3/2008:94-99 Meyer T, Pohontsch N, Maurischat C, Raspe H (2008) Patientenzufriedenheit und Zielorientierung in der Rehabilitation. Reihe Rehabilitationsforschung. Lage: Jacobs-Verlag
- Meyer T (2007) Kritische Bewertung von Qualitativen Studien. In: Kunz R, Ollenschläger G, Raspe H, Jonitz G, Kolkmann F-W: *Lehrbuch evidenzbasierte Medizin*. (2. Auflage), S. 159-176
- Meyer T, Pohontsch N, Raspe H (2009). Zielfestlegungen in der stationären somatischen Rehabilitation – die Herausforderung bleibt. *Rehabilitation* 48:128-134
- Meyer T, Pohontsch N, Maurischat C, Raspe H (2009). Warum beurteilen Rehabilitanden die Rehaplanung und Zielorientierung weniger positiv als andere Aspekte der medizinischen Rehabilitation? *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin / Journal of Physical and Rehabilitation Medicine* 19: 85-92
- Neumann, V. (2003). Selbstbestimmte Leistungsgestaltung im SGB 9 - Wunsch- und Wahlrecht, Geldleistungsoption und persönliches Budget, *ZfSH/ SGB* 2003, 392 – 400
- Prüfer P & Rexroth M (2000). Zwei-Phasen-Pretesting. *ZUMA-Arbeitsbericht 2000/08*. Mannheim: Zuma (Zugriff 21.01.2010, http://www.gesis.org/Publikationen/Berichte/ZUMA_Arbeitsberichte/00/00_08.pdf)
- Reha-Kommission (1991). Rahmenkonzept der medizinischen Rehabilitation durch die gesetzliche Rentenversicherung. In Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (Hrsg.), *Abschlußberichte – Band III*. Darmstadt: Dissertationsdruck
- Scheibler F, Janssen C, Pfaff H (2003). Shared decision making: ein Überblick über die internationale Forschungsliteratur. *Soz Präventivmed* 48:11 - 24
- Schütte W (2003). Selbstbestimmung, Sicherstellung und Leistungserbringung im Rehabilitationsrecht des SGB IX, *NDV* 2003, 416 - 421
- Welti F (2003). Die individuelle Konkretisierung von Teilhabeleistungen und das Wunsch- und Wahlrecht behinderter Menschen, *Die Sozialgerichtsbarkeit* 2003, 379 -390

Welti F, Sulek C (2000). Die individuelle Konkretisierung des sozialrechtlichen Anspruchs auf Rehabilitation, Vierteljahresschrift für Sozialrecht 2000, 453 – 472

Anhang 1: Übersicht Moderation, Komoderation, Protokoll und Teilnehmerzahl Fokusgruppen

Tabelle 37: Übersicht Moderation, Komoderation, Protokoll und Teilnehmerzahl

Fokusgruppe	Moderator	Komoderator	Protokoll	Teilnehmerzahl
FG1	TM	NP	FP	7
FG2	NP	-	SB	7
FG3	NP	-	DR	9
FG4	NP	TM	FP	9
FG5	NP	SR	FP	5
FG6	NP	SR	JW	6
FG7	TM	NP	TKW	8
FG8	NP	SR	SN	6
FG9	TM	NP	FP	8
FG10	NP	SR	FP	6

Anmerkung: NP=Nadine Pohontsch, TM=Thorsten Meyer, SR=Susanne Richter (Wissenschaftliche Mitarbeiterin), FP=Jan-Friso Petersen (Studentische Hilfskraft), JW=Judith Wäntig (Doktorandin), SN=Solange Neglo (Studentische Hilfskraft), TWK=Tobias Krüger-Wauschkuhn (Doktorand), SB=Susan Bendig, DR=Diana Ramm, - =Gruppe fand aus Krankheitsgründen ohne Komoderator statt; mit Ausnahme von Frau Bendig und Frau Ramm (von der Hochschule Neubrandenburg) kamen alle Mitarbeiter aus dem Institut für Sozialmedizin der Universität zu Lübeck

Anhang 2: Leitfaden Fokusgruppen

Formulierungen/Fragen	Thema
<p>Als Erstes möchte ich mich herzlich bei Ihnen dafür bedanken, dass Sie heute hier her gekommen sind um miteinander zu diskutieren. Mein Name ist Nadine Pohontsch. Mein Kollege, der mich heute bei der Diskussion unterstützt, ist Thorsten Meyer. Wir sind beide wissenschaftliche Mitarbeiter am Institut für Sozialmedizin und beschäftigen uns in unserer Forschungsarbeit und auch heute mit dem Thema „Wunsch- und Wahlrecht in der medizinischen Rehabilitation“.</p> <p>Sie wurden für diese Befragung ausgewählt, da sie alle etwas gemeinsam haben: Sie waren im letzten halben Jahr in der Rehabilitation.</p> <p>Wir möchten gerne mit Ihnen darüber sprechen, wie sie Ihre Rehabilitationsklinik ausgewählt haben. Wir interessieren uns für alle unterschiedlichen Sichtweisen zu diesem Thema. Teilen Sie uns Ihre Meinung auch und besonders dann mit, wenn Sie davon abweicht, was andere Gruppenteilnehmer schon gesagt haben. Wir würden das Gespräch mit Ihrem Einverständnis gerne auf Band aufnehmen, damit uns nichts entgeht. Alle Angaben werden anonym behandelt werden. 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 einander ausreden ließen und versuchen nicht gleichzeitig zu sprechen.</p> <p>Ich werde die Gruppe moderieren, also nicht selber an der Diskussion teilnehmen, da für uns Ihre Diskussion untereinander entscheidend ist. Das mag Ihnen ungewöhnlich vorkommen, aber im Verlauf des Gesprächs werden Sie schnell merken, dass es funktioniert.</p>	<p>Begrüßung/Einführung</p>
<p>Das Gespräch wird etwa anderthalb Stunden dauern. Jeder soll das sagen können, was er für richtig hält. Dazu können auch sehr persönlich Dinge gehören. Daher sollten wir eine Vereinbarung treffen: Alles was hier gesagt wird, bleibt unter uns. Dazu gehört auch, dass niemand von Ihnen Dinge, die hier gesagt wurden, außerhalb der Gruppe weitererzählt. Sind Sie damit</p>	<p>Ablauf, Gruppenregeln</p>

Anhang 2: Leitfaden Fokusgruppen

<p>einverstanden?</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>Wir würden heute gerne mit Ihnen über Ihre Erfahrungen beim Beantragen Ihrer Reha sprechen. Dabei ist es uns wichtig zu erfahren, welche Vorstellungen und Wünsche Sie vor der Rehabilitation hatten. Außerdem interessiert uns, mit wem Sie bei der Beantragung Ihrer Rehabilitation Kontakt hatten und welche Informationen Sie von diesen bei der Auswahl einer Rehabilitationseinrichtung bekommen haben.</p>	Ziel der Gruppe
<p>Wir wollen uns zuerst miteinander bekannt machen. Bitte erzählen Sie uns, wie Sie heißen, wie alt Sie sind, was Sie beruflich machen und wie oft Sie schon an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen haben.</p> <p>Ich fange mal an...</p>	Eröffnungsfrage (Eisbrecher, Vorstellungsrunde) individuell
<p>Jetzt würde ich gerne ein paar Fragen stellen, zu denen jeder von Ihnen etwas erzählen soll.</p> <p>Sie alle haben vor einiger Zeit einen Antrag auf Rehabilitation gestellt. Wer ist denn auf die Idee gekommen, die Reha zu beantragen? Mit wem haben Sie den Rehaantrag gestellt (alleine, Hausarzt, Facharzt, SMD, AR, §51)?</p>	Einführungsfrage individuell: Zugang zur Rehabilitation/ primärer Ansprechpartner
<p>Welche Informationen haben Sie bekommen?</p> <ul style="list-style-type: none"> - bezüglich der Möglichkeit, eine Klinik oder Rehaform (ambulant/stationär) auszuwählen - bezüglich der evtl. zur Auswahl stehenden Kliniken 	Schlüsselfrage individuell: Welche Informationen werden aus Sicht der Betroffenen zur Verfügung gestellt?
<p>Hatten Sie Wünsche an die Rehabilitation? Wenn ja, welche? Warum hatten Sie diese Wünsche? Sind diese erfüllt worden? Wenn nein, welche Gründe wurden dafür genannt?</p>	Schlüsselfrage individuell: Wünsche im Vorfeld der Rehabilitation, Umgang mit diesen Wünschen
<p>Wie sind Sie letztendlich in die Rehabilitationseinrichtung gekommen in der Sie waren? Wer hat die Klinik ausgewählt?</p>	Schlüsselfragen individuell: Prozessbeschreibung, Auswahl einer Rehabilitationseinrichtung
<p>Haben Sie sich über die Klinik, in die Sie kommen sollten, informiert?</p>	Schlüsselfrage Gruppe: Zugänge zu Klinikinformationen
<p>Stellen Sie sich vor, Sie würden demnächst wieder an einer Reha teilnehmen. Würden Sie bei dem Rehaantrag etwas anders</p>	Schlüsselfrage Gruppe: Wunschköglichkeit wichtig für

Anhang 2: Leitfaden Fokusgruppen

<p>machen?</p>	<p>die Rehabilitanden?</p>
<p><i>Stichwortsammlung/ Sammeln der Ideen auf der Flipchart:</i></p> <p>Viele Patienten möchten sich, bevor sie eine Rehabilitation antreten ein Bild darüber machen, was Ihnen in verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen angeboten wird. Wenn Rehabilitationseinrichtungen bewertet werden könnten, wie man es z.B. von der Stiftung Warentest kennt, über welche Bereiche würden Sie dann Informationen haben wollen, wenn Sie für sich eine Reha-Einrichtung aussuchten sollten?</p> <p>Welche Bereiche sind besonders wichtig, welche weniger wichtig? Wenn Sie nur einen Bereich auswählen könnten, welcher wäre das?</p>	<p>Schlüsselfrage: Kriterien, die für die Auswahl einer Rehabilitationseinrichtung relevant</p>
<p>In welcher Form sollten Ihrer Meinung nach Klinikinformationen vorliegen? Von wem sollte man informiert werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Internetportal - 5 Kliniken werden von der DRV vorausgewählt, je ein Prospekt, dann Selbstauswahl 	<p>Schlüsselfrage Gruppe: Art der gewünschten Information, gewünschte Informationswege</p>
<p>Möchte noch jemand von Ihnen etwas sagen, wozu Er/Sie bisher nicht gekommen ist? Haben wir noch etwas für unser Thema „Wunsch- und Wahlrecht in der medizinischen Rehabilitation“ wichtiges vergessen?</p>	<p>Schlussfrage: Jeder ausreichend zu Wort gekommen, an alles gedacht?</p>

Fallvignetten

Anschlussheilbehandlung

Positive Verläufe

Herr B6 ist 50 Jahre alt und war schon dreimal in der Rehabilitation. Das erste Mal war er direkt im Anschluss an eine OP in der Rehabilitation (Unfall / Wirbelsäulenbruch). Er hat als Bauhelfer gearbeitet, hat jetzt aber einen Rentenantrag gestellt, der jedoch abgelehnt wurde. Die letzte Rehabilitation hat er scheinbar in Zusammenarbeit mit seiner Hausärztin beantragt, diese ist auch sofort bewilligt worden. Nach seiner OP ist er direkt in eine Anschlussheilbehandlung gekommen. Diesbezüglich sind ihm drei Orte zur Wahl vorgeschlagen worden. Sein Auswahlkriterium war vor allem, dass die Einrichtung nicht zu weit von der Heimatstadt entfernt liegen sollte.

(FG2, Muskuloskelettale Erkrankungen)

Frau C6 ist an der Hüfte operiert worden und war danach in ihrer ersten Rehabilitation. Sie arbeitet als Verkäuferin für Backwaren. Ihre erste Rehabilitation hat sie auf Anstoß ihres Orthopäden nach der OP beantragt. Dabei ist sie nicht nach ihren Wünschen gefragt worden und hat auch keine Wünsche geäußert außer: „nicht so weit weg“. Dies hat auch geklappt. Auch das Verschieben des Rehabilitations-Termins, der ursprünglich über Weihnachten sein sollte, hat problemlos geklappt. Auch die zweite Rehabilitation hat sie auf Anraten ihres Orthopäden (dies geschah vor der OP) bzw. dann der Sozialarbeiterin beantragt. Sie wurde im Krankenhaus von der Sozialarbeiterin wegen des Rehaantrags angesprochen, ihr wurden zwei Einrichtungen die beide nicht weit von ihrem Heimatort entfernt waren, zur Auswahl vorgeschlagen. Sie erhielt jedoch keine Informationen zu den Einrichtungen. Sie wollte wieder nah am Heimatort bleiben. Sie hatte auch insgeheim den Wunsch, aufgrund der schlechten Witterungsbedingungen nicht in Einrichtung A zu kommen, hat diesen aber nicht geäußert. Die Rehabilitation und der Wunsch nach Heimatnähe wurden ebenfalls ohne Verzögerungen genehmigt.

(FG3, Muskuloskelettale Erkrankungen)

Herr I2 ist 72 Jahre alt, Rentner und war zum fünften Mal in einer Rehabilitations-Maßnahme. AR nach Herzinfarkt 1988, AR nach Herz-OP 1998, AR nach Darm-OP 2006, ARs nach Leber-OPs 2007 und 2008. Bei der letzten Rehabilitation hat er der Sozialdienstmitarbeiterin gegenüber den Wunsch geäußert, wieder in dieselbe Rehabilitations-Einrichtung zu kommen in der er schon vorher war. Dies ist dann auch ge-

Anhang 3: Fallvignetten

schehen. Später erwähnt er, dass er insgesamt drei Mal wunschgemäß in dieser Einrichtung war.

In früheren Jahren ist ihm mal ein Einrichtungswunsch aufgrund von Beziehungen zur LVA genehmigt worden, obwohl es sich um eine BfA-Einrichtung handelte.

(FG9, Onkologische Erkrankungen)

Herr I7 ist 77 Jahre alt und selbstständig (als Gastronom). Er war nach der Operation eines Lungenkarzinoms in der Rehabilitation. Ein Mitarbeiter des Sozialdienstes kontaktierte ihm, um ihm mitzuteilen, dass er nach der Bestrahlung und Chemotherapie auf jeden Fall zur Rehabilitation gehen sollte. Ihm wurden insgesamt vier Einrichtungen zur Auswahl genannt, er ist in die Einrichtung gekommen, die er sich ausgesucht hatte. Diese bestimmte Einrichtung kannte er von Besuchen bei anderen Rehabilitanden, außerdem liegt sie nah an seinem Heimatort.

(FG9, Onkologische Erkrankungen)

Frau J4 ist 62 Jahre alt und Hausfrau. Sie war zum ersten Mal in einer Rehabilitation, der Antrag wurde direkt vom Krankenhaus aus gestellt. Die Sozialberaterin der Einrichtung in der sie behandelt wurde, ist mit dem Vorschlag, eine Rehabilitation zu machen an sie herangetreten. Eigentlich wollte sie die Rehabilitation zuerst ablehnen, da sie immer sehr starkes Heimweh empfindet, wurde jedoch von ihrem Umfeld überredet, die Rehabilitation doch anzunehmen und würde es heute jeder Zeit wieder tun. Die Sozialberaterin hat sie auch gefragt, wo sie gerne zur Rehabilitation hingehen würde. Ihr Wunsch an die Ostsee zu kommen wurde erfüllt. Während der Antragstellung musste sie sich um nichts kümmern. Sie hat den positiven Bescheid sehr zügig erhalten.

(FG10, Onkologische Erkrankungen)

Neutrale Verläufe

Herr A2 ist 54 Jahre und von Beruf Kraftfahrer. Er war zum ersten Mal in der Rehabilitation. Er berichtet, dass er kein Mitspracherecht bei der Einweisung in die Rehabilitations-Einrichtung hatte. Zwischen seiner Behandlung in Krankenhaus (wg. Lähmungsercheinungen in den Beinen) und der Rehabilitation war er nur einen Tag zu Hause. Nach 6 Wochen Rehabilitations-Behandlung hat er seinen Aufenthalt auf eigenen Wunsch abgebrochen und ist auf ambulante Rehabilitation umgestiegen. Er macht sich massive Sorgen um den Erhalt seines Arbeitsplatzes. Er weiß jetzt (nach der Rehabilitation), dass man bei der Antragstellung Wünsche äußern kann, die Erfüllung aber auch davon abhängt, ob Plätze in der entsprechenden Einrichtung frei sind (AR). Als

Anhang 3: Fallvignetten

seine Rehabilitation beantragt wurde, wurde er nicht nach Wünschen gefragt und wusste auch noch nicht, dass man Wünsche äußern konnte.

(FG1, Sonstige Indikationen)

Herr A3 ist 60 Jahre alt, von Beruf Elektroinstallateur und hatte drei Darmoperationen nach denen er in die Rehabilitation gekommen ist. Er war zum ersten Mal in der Rehabilitation, vorher hatte er davon noch nie gehört. Seine Krankenkasse hat darauf bestanden, dass er zur Rehabilitation fährt. Zuerst wurde ihm jedoch gesagt, er wäre zu krank für die Rehabilitation, dann hat sein Arzt Druck gemacht und durchgesetzt, dass er nach seiner dritten Operation in die Rehabilitation gehen konnte. Ihm war es egal, ob oder wohin er geht.

(FG1, Sonstige Indikationen)

Herr B4 ist 59 Jahre alt, von Beruf Hufschmied, hat aber die letzten 20 Jahren im Straßenbau gearbeitet. Nach einer Kniegelenks-OP (Prothese) ist er zum 1. Mal zur Rehabilitation gewesen. Diese Rehabilitation nach der OP hält er auch für unbedingt notwendig. Im Krankenhaus hatte er Kontakt mit einer Sozialarbeiterin, die ihm mehrere Einrichtungen genannt hat, unter denen er wählen sollte, in welche er gerne gehen würde. Die tatsächliche Bewilligung seines Wunsches hing jedoch primär davon ab, ob in der „gewünschten“ Einrichtung ein Platz frei war. Dies hat er jedoch nicht negativ empfunden.

(FG2, Muskuloskelettale Erkrankungen)

Herr C2 ist 30 Jahre alt und gelernter Maurer, nach einer Umschulung zum Trockenmaurer und dreieinhalbjähriger Selbstständigkeit hatte er mehrere Bandscheibenvorfälle. Einer wurde operiert, danach war er zum ersten Mal in der Rehabilitation. Es müssen wohl noch zwei weitere Bandscheibenvorfälle operiert werden. Die Sozialarbeiterin des Krankenhauses hat ihn auf die Beantragung der Rehabilitation angesprochen. Er hat drei Einrichtungen zur Auswahl genannt bekommen.

(FG3, Muskuloskelettale Erkrankungen)

Frau C4 ist 58 Jahre alt und war 2008 nach einer Knieoperation zum ersten Mal in der Rehabilitation. Frau C4 berichtet, mit der Rehabilitations-Antragsstellung nichts zu tun gehabt zu haben. Das Krankenhaus hat alles für sie mit der Krankenkasse geregelt. Es standen zwei Einrichtungen zur Wahl, letztendlich ist sie in die Einrichtung gekommen, die noch einen Platz frei hatte.

(FG3, Muskuloskelettale Erkrankungen)

Anhang 3: Fallvignetten

Frau C7 ist 55 Jahre alt, gelernte Krippenerzieherin, die dann zur Köchin umgeschult hat aber aufgrund ihrer Krankheit (Probleme mit Knie, Lendenwirbel, Brustwirbel, Halswirbel, Schulter und Hände) seit 2002 nicht mehr arbeiten konnte. Sie war nach einer Knieoperation in ihrer zweiten Rehabilitation. Frau C7 ist gar nicht auf die Idee gekommen, dass sie etwas auswählen könnte oder sollte, denn sie ist davon ausgegangen, dass sie in die für ihre Indikation richtige Einrichtung geschickt werden würde und dass es dafür ihr Zutun nicht braucht. Sie berichtet, dass sie bei der ersten Rehabilitations-Antragsstellung mit einer Sachbearbeiterin der RV gesprochen hat und diese sie nach ihren Wünschen fragte. Sie äußerte den Wunsch nicht zu einem bestimmten Zeitpunkt zur Rehabilitation gehen zu müssen. Die Sachbearbeiterin hat diesen Wunsch notiert, erfüllt wurde er jedoch zunächst nicht. Nach einem weiteren Anruf hat die Verschiebung des Termins jedoch sofort geklappt.

(FG3, Muskuloskelettale Erkrankungen)

Herr D7 ist 55 Jahre alt, verheiratet und Vater zweier Kinder. Von Beruf ist er Kraftfahrer gewesen. In seinen Beruf kann er jetzt nicht mehr zurückkehren, in die Rente kann er aber auch nicht wirklich, da diese ihn finanziell nicht über die Runden bringen würde. Er hatte nach einer Bein-OP einen Schlaganfall. Er war über sieben Wochen lang in der Rehabilitation und ist dann auf eigenen Wunsch entlassen worden, weil er es unter anderem nicht mehr im Doppelzimmer ausgehalten hat und lieber ambulant in X weiterbehandelt werden wollte.

(FG4, Koronare Herzkrankheiten)

Herr D9 ist 51 Jahre alt und arbeitet als Monteur. Er war nach einem Herzinfarkt mit Stentsetzung in der AR. Dies war seine erste Rehabilitation. Er ist in der Einrichtung von einer Sozialdienstmitarbeiterin wegen der Rehabilitation angesprochen worden. Eigentlich wollte er nicht in die Rehabilitation, jedoch hat ihn seine Freundin dazu überredet. Sie hat ihm auch gesagt, dass die ausgewählte / vorgeschlagene Einrichtung gut wäre. Außerdem ist er noch gefragt worden, ob er eine Zeit zu Hause wolle, was er bejahte und was auch geklappt hat (eine Woche).

(FG4, Koronare Herzkrankheiten)

Herr I3 ist 58 Jahre alt und hat schon drei Rehas hinter sich. 1970, 1972 und 2008 nach einer Lungen-OP. Im Krankenhaus wurde er gefragt, ob er lieber in Einrichtung A, B oder C (beide an der Nordsee) wolle. A hat er strikt abgelehnt, da er nichts Gutes davon gehört hatte. Er wollte am liebsten in die Einrichtung C, wurde dann aber in Einrich-

Anhang 3: Fallvignetten

tung B geschickt (die zumindest seiner Bevorzugung des Standorts an der Nordsee entsprach). Dabei hat er die Rehabilitation in der einen Einrichtung in S angetreten, musste dann aber zurück ins Krankenhaus und hat nach der Behandlung dort seine Rehabilitation bei der zweiten Einrichtung in S angetreten.

(FG9, Onkologische Erkrankungen)

Herr I4 hat eine transplantierte Niere. Er ist 74 Jahre, war früher Elektriker und ist jetzt Rentner. 1984 war er nach einem Herzinfarkt in der Rehabilitation, aktuell war er nach einer Krebsbehandlung in der Rehabilitation. Er hat einen bestimmten Rehabilitationsort von seinem Arzt in der Einrichtung empfohlen bekommen und durfte auch dorthin fahren. Weiter hat er an dem Prozess nicht teilgenommen.

(FG9, Onkologische Erkrankungen)

Negative Verläufe

Herr D5 ist 56 Jahre alt, verheiratet und Vater zweier Kinder. Er ist Arbeiter im öffentlichen Dienst. Er war nach einem Schlaganfall in der AR. Er hat vom Sozialdienst mitgeteilt bekommen, dass für ihn eine Rehabilitation in einer bestimmten Einrichtung vorgesehen ist. Einspruch konnte er gegen den Ort nicht erheben, der „stand fest“. Er wurde jedoch gefragt, ob er überhaupt mit der Rehabilitation einverstanden sei. Den Bewilligungsbescheid hat er erst nach der Rehabilitation zu Hause in Empfang nehmen können, so dass er, selbst wenn er gewollt hätte, gar keine Gelegenheit zum Widerspruch gehabt hätte.

Seine Frau hatte ebenfalls Beschwerden, die eine Rehabilitation nötig machten. Sie konnten dann wie gewünscht zusammen zur Rehabilitation fahren (er als Begleitperson). Dies scheint dann seine zweite „Rehabilitation“ gewesen zu sein.

(FG4, Koronare Herzkrankheiten)

Herr I6 ist 60 Jahre alt, selbstständig und ist 2008 sechs Wochen nach einer Magen-Operation in die Rehabilitation gekommen. Nach seiner Operation, die schneller als geplant stattfinden musste, da sich der Port für die Chemotherapie entzündet hatte und dadurch die OP vorgezogen werden musste, ist er direkt von der chirurgischen Station des Krankenhauses entlassen worden, ohne ein Gespräch über die Möglichkeit einer Rehabilitation. Er hat dann noch am Entlassungstag seinen Hausarzt aufgesucht und zur Rehabilitation befragt. Sein Hausarzt konnte dann über private Verbindungen zu dem Sozialdienst einer Einrichtung noch arrangieren, dass ein Antrag auf AR gestellt werden konnte. Herr I6 sagt aber auch, dass er die Rehabilitation eigentlich sofort nach der Entlassung gebraucht hätte, jedoch 6 Wochen darauf warten musste.

(FG9, Onkologische Erkrankungen)

Anhang 3: Fallvignetten

Frau J1 ist 78 Jahre alt und hat früher als Raumpflegerin gearbeitet. Sie ist direkt aus dem Krankenhaus (Krebserkrankung) in eine Anschlussheilbehandlung gegangen. Der behandelnde Arzt hat ihr mitgeteilt, dass sie nach ihrer Behandlung im Krankenhaus an einer Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen sollte. Die Sozialstation hat sich um die Beantragung der Rehabilitation gekümmert. Ob sie in die Rehabilitation wollte wurde sie nicht gefragt. Auch nach einem Ortswunsch wurde sie nicht gefragt. Diese Frage hätte sie aber auch nicht beantworten können. Sie hat das hingenommen und positive Erfahrungen in der Rehabilitation gemacht. Die nächste ihr zustehende Rehabilitation will sie auf jeden Fall wieder beantragen.

(FG10, Onkologische Erkrankungen)

Heilverfahren

Positive Verläufe

Herr A4 ist 46 Jahre alt und seit 21 Jahren Busfahrer. Er ist verheiratet und hat zwei Kinder. Er war zum ersten Mal in der Rehabilitation und hofft, dass dies nicht seine letzte war. Er fand die Rehabilitation sehr gut. Er hatte den Wunsch seine Rehabilitation an der Nordsee durchführen zu können, hat diesen bei der Rentenversicherung geäußert und ihn auch bewilligt bekommen. Er hatte von seinen Kollegen den Tipp bekommen, dass Wünsche eher berücksichtigt werden, wenn man ein persönliches Gespräch mit einem Rentenversicherungssachbearbeiter sucht und diese dort mitteilt. Er war mit der Rehabilitation sehr zufrieden.

(FG1, Sonstige Indikationen)

Herr D1 ist 58 Jahre alt, arbeitet als Schulhausmeister und war nach einem akuten kardialen Ereignis in der AR. Dazu hat ihm der Kardiologe im Krankenhaus geraten. Davor hat er schon zweimal eine „Kur“ gemacht. 1994 wollte ihn der Arzt am zweiten Tag der Rehabilitation zu einem Rentner machen, heute kämpft er darum überhaupt Schwerbehindertenprozente zu bekommen. 2005 war er auch zur Rehabilitation und dann wieder 2008 nachdem er wg. Herzrhythmusstörungen im Krankenhaus war (Heilverfahren, nicht direkt im Anschluss). Er wollte gerne in den Sommerferien in die Rehabilitation und das hat auch geklappt. Die Rehabilitations-Einrichtung hat er sich selber ausgesucht. Ein Bekannter / zwei Kollegen von ihm hatten dort gute Erfahrungen gemacht. Außerdem hatte er auch einen positiven Eindruck von der Einrichtung als er seinen Bekannten besucht hat. Diese Einrichtung durfte er auch für seine Rehabilitation aufsuchen. Er ist immer gefragt worden, wo er zur Rehabilitation hin möchte.

(FG4, Koronare Herzkrankheiten)

Anhang 3: Fallvignetten

Herr D4 ist 52 Jahre alt, verheiratet und Vater zweier Kinder. Er arbeitet als technischer Angestellter (Industrieelektroniker). Nach einer Art „Schlaganfallvorwarnung“ ist er aus dem Krankenhaus ohne AR entlassen worden. Aufgrund andauernder Beschwerden hat sein Hausarzt eine Rehabilitation für ihn beantragt, diese ist auch sofort bewilligt worden. Der Hausarzt hatte ihn auch nach seinen Wünschen gefragt, er hatte jedoch keine außer das ihm geholfen werden sollte. Er beschreibt keine Probleme bei der Antragsstellung. Er hat aber auch keine Wünsche geäußert und ist widerspruchslos in die Einrichtung gefahren, die ihm beschieden wurde. Dabei handelte es sich um seine erste Rehabilitation.

(FG4, Koronare Herzkrankheiten)

Frau F4 ist 51 Jahre alt und hatte zwei Kindern, von denen eines rund 2,5 Jahre zuvor verstorben ist. Sie betreut täglich 2h lang Schüler einer Ganztagschule (auf Minijob-Basis). Sie war zum ersten Mal in der Rehabilitation. Sie hat einen Partner der bei der RV arbeitet. Die Rehabilitation hat sie aus eigenem Antrieb beantragt, da es ihr sehr schlecht ging (Erschöpfungszustände etc.). Eine ambulante Rehabilitation hätte sie nicht gewollt (wg. benötigtem Abstand zum Alltag). Ihr Partner hat ihr beim Ausfüllen des Antrags geholfen, der natürlich auch die Möglichkeit hatte Kollegen zu Rate zu ziehen. Mit ihrem Hausarzt beschränkte sich der Kontakt nur aufs für den Antrag Nötige. Außerdem hatte sie noch ein ausführliches Gespräch mit der Amtsärztin, jedoch wurde sie erst dazu eingeladen, als sie den Antrag schon gestellt hatte. Sie hat sich selber im Internet schlau gemacht, wo es Einrichtungen gibt und hat dann der Amtsärztin gegenüber den Wunsch geäußert ans Meer bzw. an die Nordsee zu kommen. Im Antrag hat sie diesen Wunsch nicht geäußert. Aufgrund ihrer Verbindung zur RV über ihren Mann scheint sie aber sehr sicher gewesen zu sein, dass das alles irgendwie klappt. Der Wunsch wurde schließlich auch bewilligt.

(FG6, Psychosomatische Erkrankungen)

Frau F5 ist 47 Jahre alt und hat 2 Kinder. Sie arbeitet als Küchenleiterin in einem Seniorenheim. Erkrankt ist sie schon vor über 20 Jahren (Tablettenabhängigkeit, Missbrauchserfahrung). Sie war zum zweiten Mal in der Rehabilitation. Ein früherer Rehaantrag wurde ihr abgelehnt, weil sie nicht in die ambulante Rehabilitation wollte. Ihr wurde im Anschluss an ihre Tablettenentgiftung von den Krankenhausmitarbeitern nahe gelegt, eine Rehabilitation zu beantragen. Sie ist dann mit dem Krankenhausbericht und der Rehaempfehlung direkt zur Krankenkasse gegangen. Die Krankenkasse hat den größten Teil des Ausfüllens übernommen (und den Antrag an die RV weitergelei-

Anhang 3: Fallvignetten

tet), sie und ihr Hausarzt haben lediglich die notwendigen Ergänzungen vorgenommen. Sie ist von ihrem Hausarzt nach ihrem Ortswunsch gefragt worden, sie hat dann eine Einrichtung ausgewählt, da sie diese schon von einem Aufenthalt ihres Mannes und einem eigenen dort kannte. Der Hausarzt hat diesen Wunsch auf dem Antrag vermerkt. Dieser Wunsch ist auch bewilligt worden.

(FG6, Psychosomatische Erkrankungen)

Frau F6 ist seit 15 Jahren halbtags als Haushälterin tätig, 47 Jahre alt und hat vier Kinder. Sie war zum ersten Mal in der Rehabilitation. Ihre Psychologin hat veranlasst, dass sie zur Rehabilitation fährt. Sie selber wollte erst nicht, ist aber im Nachhinein positiv überrascht. Eine ambulante Rehabilitation hätte sie nicht gewollt. Den Rehaantrag hat sie mit der Psychologin gemeinsam ausgefüllt, hat sich aber zusätzlich bei der Krankenkasse Unterstützung für das Ausfüllen des Antrags geholt. Ihren 11-jährigen Sohn hatte sie im Rehaantrag erwähnt. Sie war davon ausgegangen, dass ihr Sohn automatisch mitkommen kann, da sie die Info von der Krankenkasse bekommen hatte, dass Kinder bis 12 Jahre mit in die Rehabilitation genommen werden können. Das sie diesen Wunsch konkret hätte äußern müssen, wurde ihr erst im Nachhinein klar. Nachdem sie den Bescheid bekommen hatte, in welche Einrichtung sie kommen soll, hat sie diese kontaktiert um zu fragen, ob sie ihren 11-jährigen Sohn mitnehmen könne. Dies wurde von der Einrichtung abgelehnt. Sie hat sich auch mit der RV in Verbindung gesetzt, die ihr dann einen neuen Termin in einer anderen Einrichtung beschieden hat.

(FG6, Psychosomatische Erkrankungen)

Herr G1 ist 59 Jahre alt und war schon mehrmals in der Rehabilitation. Er ist nach 25 Betriebsjahren gekündigt worden. Aus der letzten Rehabilitation ist er krank entlassen worden und hat jetzt Erwerbsunfähigkeitsrente beantragt. Er hat auch Erfahrungen mit dem Widerspruchsverfahren (gegen eine ambulante Durchführung der Rehabilitation). Bei der letzten Rehabilitation ist er von der Krankenkasse aufgefordert worden, einen Antrag zu stellen, da er schon länger krankgeschrieben war (trotzdem sagt er, dass er selber zur Rehabilitation wollte). Diesen Antrag hat er dann zusammen mit seiner Psychologin bei der Rentenversicherung gestellt. Die vorherigen Anträge hat er immer gemeinsam mit seinem Haus- / Facharzt gestellt. Nachdem er mitgeteilt bekommen hatte, in welche Einrichtung er gehen soll, hat er sich noch mal mit seiner Psychologin beraten, die ihm gesagt hat, dass die Einrichtung gut wäre und er da hin gehen solle. Den Rehabilitations-Ort hat er bei den meisten seiner Anträgen vorgeschrieben bekommen, einmal hat er geäußert, dass er in einer bestimmten Einrichtung gute Erfahrungen gemacht hat, dann ist er auch wieder dorthin gekommen.

Anhang 3: Fallvignetten

In Bezug auf die Rehabilitation des Bandscheibenvorfalles seiner Frau hat er die Erfahrung gemacht, das ein Widerspruch gegen den Rehabilitations-Termin unter Umständen wirkungsvoll sein kann, wenn man sowohl die Rentenversicherung als auch die Krankenkasse einschaltet (es ging um den früheren Antritt einer Rehabilitationsmaßnahme). Einmal war er auch auf eigene Nachfrage auch mit seiner Frau zusammen in der Rehabilitation.

(FG7, Psychosomatische Erkrankungen)

Frau H1 ist 43 Jahre alt, ist "Familienmanagerin", ihre Familie hat einen landwirtschaftlichen Betrieb. Sie war zum 1. Mal in einer Rehabilitationsmaßnahme.

Ihre engsten Freunden und ihre Familie haben ihr aufgrund ihres damaligen Zustands geraten in eine Rehabilitation zu gehen und auch ihr behandelnder Arzt hat die Idee zur Rehabilitation zu gehen unterstützt. Ihre Familie und Freunde haben ihr ebenfalls beim Ausfüllen der Formulare und bei der Internetrecherche bezüglich einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung geholfen. Ihr Arzt hat ihr geraten, die Rehabilitation bei der DRV zu beantragen. Dort hatte sie persönlichen Kontakt mit einem Sachbearbeiter, der sich sehr engagiert zeigte. Den Antrag selber (und einige andere Anträge z.B. auf Haushaltshilfe während Rehazeit) hat sie mit ihrem Mann alleine zu Hause ausgefüllt. Sie hat sich gemeinsam mit einer Freundin vor der Rehabilitation Gedanken gemacht, welche Schwerpunkte für ihre Rehabilitation wichtig sind und wie sie sich die "Versorgung rund um" vorstellt und hat sich dann aus fünf Einrichtungen die ausgesucht, die ihr am besten gefiel. Diesen Wunsch hat sie in ihrem Rehaantrag geäußert und sofort problemlos bewilligt bekommen, obwohl es sich nicht um eine DRV-eigene Einrichtung handelte. Die Möglichkeit einer ambulanten Rehabilitation ist für sie nie thematisiert worden.

(FG8, Psychosomatische Erkrankungen)

Frau H2 ist 45 Jahre alt und Mutter von 9 Kindern. Sie arbeitet als Raumpflegerin und war zum 1. Mal in der Rehabilitation. Sie wollte "raus aus dem alten Trott" und hat deshalb zusammen mit ihrem Hausarzt eine Rehabilitation beantragt, die auch sofort bewilligt wurde. Ihre drei jüngsten Kinder hat sie mit in die Rehabilitation genommen. Ohne ihre Kinder wäre sie nicht zur Rehabilitation angetreten, da sie niemanden für die Kinderbetreuung gehabt hätte. Dies hatte sie beim Beantragen der Rehabilitation (mit dem Hausarzt) auf dem Antrag vermerkt. Ihrem Wunsch, in eine Einrichtung zu kommen, in die sie ihre Kinder mitnehmen kann, wurde von der Rentenversicherung problemlos stattgegeben. Die Möglichkeit einer ambulanten Rehabilitation ist für sie nie thematisiert worden.

(FG8, Psychosomatische Erkrankungen)

Anhang 3: Fallvignetten

Frau H6 ist 54 Jahre alt, ist Lehrerin, arbeitet aber zurzeit nicht. Sie hat einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt. Sie war zum 3. Mal in der Rehabilitation. Sie hat in der Zeitung gelesen, dass es Versichertenälteste gibt und hat dann einen Versichertenältesten aufgesucht um mit ihm gemeinsam den Rehaantrag auszufüllen. Einen vorherigen Rehaantrag hatte sie zusammen mit ihrer Ärztin gestellt. Dem Versichertenältesten hat sie gesagt, dass sie aufgrund ihrer Asthma-Erkrankung gerne an die Nordsee wolle, was "dann aber auch so für mich geregelt (wurde)". Die Möglichkeit einer ambulanten Rehabilitation ist für sie nie thematisiert worden.

(FG 8, Psychosomatische Erkrankungen)

Frau J2 ist 68 Jahre alt. Sie war früher Friseurin. Sie war zum ersten Mal in der Rehabilitation. Ihre Frauenärztin, die sie auch wg. ihres Krebs' operiert hat, hat ihr mitgeteilt, dass sie im Anschluss an die Strahlentherapie zur Rehabilitation gehen soll und hat den Antrag vorbereitet. Dieser wurde von der Praxis für Strahlentherapie vervollständigt und eingereicht. Dort wurde sie auch gefragt, ob sie einen Ortswunsch hätte. Daraufhin hat sie den Wunsch geäußert an die Nordsee zu kommen. Ihr ursprünglicher Wunsch in einen anderen Ort zu kommen wurde schon von dem Arzt in der Strahlenpraxis abgelehnt, da dieser für sie als Versicherte bei der Rentenversicherung nicht in Frage käme. Dann wurde daraufhin ein Ort vorgeschlagen / empfohlen (aufgrund positiver Patientenberichte, die dem Arzt zu Ohren gekommen waren), mit dem sie einverstanden war. Dieser Wunsch wurde auch bewilligt.

(FG10, Onkologische Erkrankungen)

Frau J3 ist 80 Jahre alt, ehemalige Schneiderin und war zum insgesamt dritten Mal in der Rehabilitation. Die vorherigen zwei Rehabilitationen hat sie wegen ihrer Wirbelsäulenbeschwerden bekommen (über die Krankenversicherung ihres Mannes, der sie zu seinen Lebzeiten auch als Selbstzahler begleitet hat). Bei diesen Rehas standen nur Einrichtungen der Krankenversicherung zur Verfügung, man konnte sich jedoch immer eine unter mehreren aussuchen. Die dritte Rehabilitation hat sie aufgrund ihrer Krebserkrankung bekommen. Diese Anschlussheilbehandlung wurde von der Sozialstation im Krankenhaus aus veranlasst. Ihr wurden mehrere Einrichtungen zur Auswahl vorgeschlagen, über den Einrichtungsnamen und -ort herausgehende Informationen hat sie jedoch nicht bekommen. Der Ortswunsch den sie geäußert hatte wurde berücksichtigt. Sie wollte in eine Einrichtung, die nicht sehr weit von ihrem Heimatort weg liegt, damit ihre Kinder sie besuchen kommen konnten (ihr Mann war erst kurz vorher verstorben). Sie hätte es aber vorgezogen, die Rehabilitationsmaßnahme ambulant durchzuführen,

Anhang 3: Fallvignetten

dies wurde ihr aber mit dem Hinweis, das wäre zu anstrengend für sie, verwehrt. Im Vorfeld der Rehamaßnahme ist sie schon einmal zur Einrichtung gefahren, jedoch nicht um sich diese anzuschauen, sondern lediglich um auszutesten wie weit der Weg ist, ob' s nett dort ausschaut und wo genau die Einrichtung liegt. Sie wüsste aber auch nicht, was sie gemacht hätte, wenn die Einrichtung nicht ihren Vorstellungen entsprochen hätte.

Sie bemängelt vor allem die langen Zwischenräume zwischen der Bewilligung und dem Antritt der Rehabilitation, die ihrem Wissen nach daraus resultierten, dass in den bewilligten Einrichtungen jeweils kein früherer Termin frei war. Alternativen, die einen früheren Reha-Antritt möglich gemacht hätten, wurden ihr nicht vorgeschlagen. Ihren Ärger darüber, dass sie erneut im Winter zur Rehabilitation fahren sollte, hat sie aber für sich behalten.

(FG10, Onkologische Erkrankungen)

Frau J6 ist 59 Jahre alt und arbeitet als Hauswirtschafterin in einem Internat. Die für sie erste Rehabilitation wurde von der Praxis für Strahlentherapie beantragt. Aufgrund einer Vorerkrankung an der Schilddrüse hatte sie den Wunsch in eine bestimmte Rehabilitationseinrichtung an der Nordsee zu kommen. Von dieser Einrichtung hatte sie von einer Bekannten nur Gutes gehört, außerdem war ihr bekannt, dass diese Einrichtung ein „Zertifikat“ hatte. Der Aufenthalt in dieser Einrichtung ist bewilligt worden.

(FG10, Onkologische Erkrankungen)

Neutrale Verläufe

Frau A5 ist 28 Jahre alt und hat Multiple Sklerose. Sie ist von Beruf Reiseverkehrskauffrau, aber zurzeit im Mutterschutz. Sie war insgesamt zweimal in der Rehabilitation. Sie ist mit ihrem kleinen Kind zusammen zur Rehabilitation gefahren, deshalb konnte sie sich die Einrichtung nicht aussuchen, da Kinderbetreuung gewährleistet sein musste. Sie wäre jedoch eigentlich lieber in eine andere Einrichtung gefahren, dies ging aber wegen der notwendigen Kinderbetreuung nicht. Ein Mitspracherecht hatte sie jedoch nicht. Sie hatte außerdem Angst, dass wenn sie Einspruch gegen die Einrichtung erhebt, sie vielleicht gar keine Rehabilitation bekommt.

(FG1, Sonstige Indikationen)

Herr B2 ist 49 Jahre alt, von Beruf Zimmermann und 2008 zum 2. Mal in der Rehabilitation gewesen, 2001 ist er schon nach einer Hüftoperation in der Rehabilitation gewesen. Rehabilitation nach einer OP hält er für unbedingt notwendig. Seine 2. Rehabilitation beurteilt er jedoch als nutzlos und falsch, da sich nach der Rehabilitation heraus-

Anhang 3: Fallvignetten

stellte, dass sein Hüftgelenkskopf geschädigt war. Eigentlich hat er schon vor der Rehabilitation gewusst, dass diese für ihn nichts bringen kann. Er ist trotzdem in die Rehabilitation gegangen. In welche Einrichtung er kommen sollte war ihm egal. Er ist der Meinung, Rehabilitation wäre ja kein Urlaub. Statt einer Krankenhauseinweisung hat ihn die Krankenkasse an die RV verwiesen bzw. die RV informiert, die ihn angeschrieben und dann in die Rehabilitation geschickt hat.

(FG2, Muskuloskelettale Erkrankungen)

Herr B5 ist 51 Jahre alt, von Beruf Bauhelfer und zum 2. Mal in der Rehabilitation gewesen. 2002 war er nach einem Schlaganfall in der Rehabilitation, 2008 wegen Osteoporose. Er hatte in der 2. Rehabilitation einen Bandscheibenvorfall, der dort nicht diagnostiziert, aber gleich im Anschluss an die Rehabilitation operiert wurde. Seitdem ist er krankgeschrieben und leidet weiter unter Schmerzen. Er ist von der RV angeschrieben worden, ob er mit der Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme einverstanden ist.

(FG2, Muskuloskelettale Erkrankungen)

Herr C3 ist 49 Jahre alt und im Bauwesen tätig. Er war zum ersten Mal in der Rehabilitation. Seine OP war zum Zeitpunkt der Rehabilitation schon länger her. Er hat eine längere Behandlungs- und Arbeitslosigkeitsphase hinter sich gehabt, als die Sozialarbeiterin der Krankenkasse vorgeschlagen hat eine Rehabilitation zu beantragen. Zu Wünschen wurde er nicht befragt.

(FG3, Muskuloskelettale Erkrankungen)

Frau C8 ist 51 Jahre alt und war Sekretärin, bis sie arbeitslos geworden ist. Sie hat chronische Beschwerden im Lenden- und Halswirbelbereich, Ischias und den Armen. Sie war in ihrer zweiten Rehabilitation. Die Orthopädin hatte die Idee, die Rehabilitationen zu beantragen.

(FG3, Muskuloskelettale Erkrankungen)

Herr D8 ist 54 Jahre alt und hatte einen doppelten Vorder- und Hinterwandinfarkt. Danach war er zweimal in der Rehabilitation (2007). Seit Mitte 2008 ist er nun Rentner, davor war er als Heizungs- und Klimabauer tätig. Bei der ersten Rehabilitation ist er direkt aus der Einrichtung in eine Anschlussheilbehandlung gekommen. Danach war er noch einmal auf Bestreben der RV in der Rehabilitation. Er ist als nicht mehr arbeitsfähig aus der zweiten Rehabilitation entlassen worden.

(FG4, Koronare Herzkrankheiten)

Anhang 3: Fallvignetten

Herr G3 ist bis vor zwei Jahren Zahntechniker gewesen. 1999 hatte er ein Burnout-Syndrom, heute hat er Probleme wg. seiner Nackenwirbelsäule. Deswegen war er auch zur orthopädischen Rehabilitation und kürzlich dann zur psychosomatischen Rehabilitation (wg. Depressionen). Er ist von seiner Krankenkasse aufgefordert worden, einen Antrag auf Rehabilitation zu stellen. Sein Wunsch war es nicht zu weit weg vom Heimatort in die Rehabilitation gehen zu können, da er ein krankes Kind zu Hause hat (nicht länger als zwei Stunden Fahrzeit, Ehefrau sollte ihn besuchen kommen können). Diesen Wunsch hatte er dem Arzt bei seiner Krankenkasse gegenüber geäußert. Er scheint auch bewilligt worden zu sein.

In der Rehabilitation wurde er dann jedoch anstatt in eine Depressionsbehandlung in eine Adipositas-Gruppe verfrachtet. Zu dem Zeitpunkt, als er die Rehabilitation bewilligt und dies mitgeteilt bekam, war er mental gar nicht in der Lage, dagegen zu widersprechen. Er hatte sich lediglich gefreut, dass er so schnell einen Platz bekommen hat. Er hat sich jedoch als einziger und schlankster Mann in der fünfköpfigen Adipositas-Gruppe völlig fehl am Platz gefühlt. Auch die restliche Rehabilitationserfahrung ist sehr negativ eingefärbt. Seinem Wunsch nach Verlängerung der Maßnahme wurde auch nicht stattgegeben. Mit den im Entlassungsbericht gemachten Aussagen ist er nicht einverstanden.

(FG7, Psychosomatische Erkrankungen)

Herr G5 ist 55 Jahre alt und hat sein Leben lang als Hafenarbeiter gearbeitet. Insgesamt war er viermal in der Rehabilitation, zuletzt nach einem Schlaganfall. Er war krankgeschrieben und nach 4/5 Monaten hat ihn die Krankenkasse aufgefordert in eine Rehabilitation zu gehen bzw. eine Rehabilitation bei der Rentenversicherung zu beantragen. Die Einrichtung wurde ihm von der RV vorgegeben und von dort wurde er dann mit dem Hinweis Rente zu beantragen entlassen. Die vorherigen Rehas hat er zusammen mit seinem Hausarzt beantragt.

(FG7, Psychosomatische Rehabilitation)

Herr G6 ist 59 Jahre alt und war zum ersten Mal in der Rehabilitation. Er war früher im öffentlichen Dienst in der Führungsebene tätig und ist später wieder zum Sachbearbeiter degradiert worden. Nachdem er mehrere gesundheitliche Problematiken entwickelt hatte (Diabetes, Herzprobleme) hat er auf Anraten seiner Hausärztin einen Rehaantrag gestellt. Die Hausärztin hatte ihm dazu geraten, jedoch gleichzeitig bezweifelt, dass der Antrag bewilligt wird. Bei der Bewilligung des Antrags stand die Einrichtung fest, den Termin konnte er jedoch flexibel mit der Einrichtung vereinbaren, was er sehr positiv wahrnimmt.

Anhang 3: Fallvignetten

(FG7, Psychosomatische Erkrankungen)

Herr G7 ist 44 Jahre alt und derzeit arbeitssuchend. Er war zum ersten Mal in der Rehabilitation. Er hat zuerst im Rahmen der Bemühungen um seine berufliche Wiedereingliederung eine orthopädische Rehabilitation beantragt, diese wurde jedoch abgelehnt. Dann hat er zusammen mit der Sachbearbeiterin von der Agentur für Arbeit eine psychosomatische Rehabilitation beantragt (die Sachbearbeiterin riet ihm dazu, da diese Maßnahmen leichter zu bekommen seien). Die Agentur für Arbeit hat dann den Antrag an die Rentenversicherung weitergeleitet. Er hätte sich jedoch vorgestellt, dass er in der Rehazeit auch seine orthopädischen Beschwerden behandelt bekommt bzw. trainieren kann. Dies war in der Einrichtung aber nur in einem sehr beschränkten Umfang möglich.

(FG7, Psychosomatische Erkrankungen)

Herr G8 ist 55 Jahre alt und im Gleisbau tätig. Er war zum ersten Mal in der Rehabilitation. Die Rehabilitation hat er auf Anraten und mit Unterstützung des Hausarztes beantragt.

(FG7, Psychosomatische Erkrankungen)

Frau H3 ist 51 Jahre alt, zurzeit arbeitslos und Mutter dreier Kinder. Sie hat einen Rentenantrag eingereicht. Sie war zum 1. Mal in der Rehabilitation, hat aber schon drei Mutter-Kind-Kuren hinter sich (in der Zeit, als sie noch gearbeitet hat).

Sie hat aufgrund von zwei chronischen Erkrankungen einen Rentenantrag gestellt, der abgelehnt wurde. Sie wurde aufgefordert, erst ein Mal an einer Rehabilitationsmaßnahme teilzunehmen, vor allem um abzuklären, ob ihre Schmerzen evtl. auf einer psychosomatischen Störung beruhen. Nach der erfolglosen Rehamaßnahme (inkl. 2-wöchiger Verlängerung) wartet sie weiter auf die Bewilligung ihres Rentenantrags. Seit der Rehabilitation ist einige Zeit vergangen, in der bezüglich ihres Rentenantrags keine Rückmeldung bekommen hat. Sie gibt an, nicht gewusst zu haben, das eine Mitsprache bei der Einrichtungsauswahl möglich gewesen sei, außerdem betont sie mehrmals, dass es ihr völlig egal gewesen ist, in welche Rehabilitationseinrichtung sie kommt. Auch an der Tatsache, in eine psychosomatische Einrichtung geschickt worden zu sein, obwohl sie nicht der Meinung ist, an einer psychosomatischen Erkrankung zu leiden, nimmt sie kaum Anstoß. Sie akzeptiert das Argument der DRV, dass überprüft werden muss, ob ihre Schmerzen ihren Ursprung nicht doch in der Psyche haben.

Die Möglichkeit einer ambulanten Rehabilitation wurde nicht thematisiert.

(FG8, Psychosomatische Erkrankungen)

Anhang 3: Fallvignetten

Negative Verläufe

Herr A6 ist 35 Jahre alt und von Beruf-Krafffahrer. Er war zum ersten Mal in der Rehabilitation. Er hat seinen Rehaantrag bei der Krankenkasse gestellt, die ihn an die Rentenversicherung verwiesen hat. Er hatte zwei Einrichtungen im Sinn (nah am Heimatort), ist jedoch von der Rentenversicherung in eine andere Einrichtung geschickt worden. Sein Arzt hatte einen Brief an die Rentenversicherung geschickt, dass Herr A6 in eine der beiden von ihm gewünschten Einrichtungen kommen sollte. Dieses wurde aber nicht berücksichtigt. Eine Erklärung hatte Herr A6 dafür nicht.

(FG1, Sonstige Indikationen)

Herr B3 ist 50 Jahre alt, Kfz-Schlosser von Beruf und hat nach 4 Knie-OPs selber einen Antrag auf Rehabilitation gestellt. Mittlerweile bekommt er weder Krankengeld, noch Arbeitslosengeld, noch Hartz IV mehr. Deshalb hat er Rente beantragt, außerdem hat er neben den Knieproblemen auch noch Rheuma. Er ist im Gespräch über seine berufliche Situation von der RV aufgefordert worden, einen Rehabilitationsantrag zu stellen. Sein Gesuch nach Unterstützung dabei wurde ruppig abgelehnt. Nach der Antragstellung hat er seinen Bescheid bekommen, in welche Rehabilitationseinrichtung er gehen soll. Er sollte im Januar an die Nordsee, diesen Termin hat er jedoch als zu spät empfunden (weil er ja „in der Luft hing“). Zuerst hat er sich bei der Einrichtung telefonisch erkundigt, ob es einen früheren Termin für ihn geben könnte. Diese verneinte, daraufhin hat er telefonisch bei der RV gegen den Termin widersprochen. Daraufhin wurde ihm ein früherer Termin in einer anderen Rehabilitationseinrichtung zugeteilt. Ein darüber hinausgehendes Mitspracherecht hatte er nicht. Er fand die Rehabilitationseinrichtung zu weit entfernt von seinem Heimatort. Seine „Vision“ eines besseren Ablaufs wäre, dass die Rentenversicherung verschiedene Einrichtungen zur Auswahl stellt (z.B. näher dran / weiter weg) und dann eine beratende Funktion übernimmt / über die zur Auswahl stehenden Einrichtungen Informationen herausgibt. Wenn er noch einmal zur Rehabilitation gehen müsste, würde er in eine Einrichtung kommen wollen, die er sich selber ausgesucht hat.

Von ihm kam im Verlauf der Gruppendiskussion die Idee einen Tester in die Einrichtungen zu schicken.

(FG2, Muskuloskelettale Erkrankungen)

Frau E4 ist 37 Jahre alt und arbeitet im Tierheim und in der Gastronomie. Sie war aufgrund von Herzprobleme zum ersten Mal in der Rehabilitation. Sie hatte seit sie 34 Jahre alt ist Probleme mit dem Herzen, Erschöpfungszustände, extremer Bluthochdruck, Herzinfarkttrisiko. Die Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme wurde ihr von ihrer

Anhang 3: Fallvignetten

(Haus-)Ärztin empfohlen / vorgeschlagen. Sie hat ihre Ärztin beim Ausfüllen des Antrags gefragt, ob sie Wünsche äußern könnte. Dass sie lieber in eine heimatnahe Einrichtung wollte, hat sie der Ärztin aber nicht gesagt, da diese meinte, die Auswahl der Einrichtung hinge vor allem von deren Spezialisierung ab. Sie hat den Bescheid akzeptiert und sich danach gerichtet, da sie froh war, dass sie überhaupt in eine Rehabilitation gehen konnte. Eine ambulante Rehabilitation stand nicht zur Diskussion, wäre jedoch durchgeführt worden, wenn es so angeordnet worden wäre.

(FG5, Koronare Herzkrankheiten)

Frau F1 ist 31 Jahre alt, verheiratet und seit ca. 11 Jahren Zimmermädchen in einem Schloss. Sie war abgesehen von einer Kur als Kind, an die sie sich nicht mehr wirklich erinnern kann, zum ersten Mal in der Rehabilitation. Ihr Orthopäde, bei dem sie in langjähriger Behandlung war, hat sie zum Neurologen weitergeschickt, weil er sich keinen anderen Rat zu ihrem Gesundheitszustand (Schmerzen, extreme Magerkeit) wusste. Dieser hat sofort eine Rehabilitation vorgeschlagen. Den Antrag für die Rehabilitation hat sie mit ihrem Mann gemeinsam ausgefüllt. Sie hat sich aber auch nicht wirklich in der Lage gefühlt, Wünsche zu äußern oder sich überhaupt darüber Gedanken zu machen. Eine ambulante Rehabilitation lehnt sie jedoch strikt ab (wg. benötigten Abstand zum Alltag).

Sie hatte in einer Einrichtung ein Vorstellungsgespräch, was ihr auch gut gefallen hatte. Diese Einrichtung ist ihr auch von dem Neurologen empfohlen worden und wäre sehr nah an ihrem Heimatort gelegen gewesen. Diese Einrichtung hatte der Neurologe auch auf dem Antrag vermerkt. Dort hätte sie aber sehr lange auf einen Termin warten müssen. Sie ist dann jedoch von der RV in eine andere Einrichtung geschickt worden, die einen früheren Termin frei hatte, aber wesentlich weiter entfernt von ihrem Heimatort war, so dass sie auch nicht die Möglichkeit hatte, ein weiteres Vorstellungsgespräch durchzuführen, was ihr wichtig gewesen wäre. Sie hat jedoch keinen Einspruch gegen die endgültige Einrichtungsauswahl erhoben.

In der Einrichtung hat sie sich jedoch nicht gut behandelt gefühlt, da der Fokus vor allem auf ihren Essstörungen lag und nicht auf der Aufarbeitung ihrer (schlechten?) Kindheitserfahrungen, wie sie es sich gewünscht hätte.

(FG6, Psychosomatische Erkrankungen)

Frau F2 ist 45 Jahre alt, Hausfrau und Mutter und seit 2005 erkrankt. Sie hat bis 2006 teilweise geringfügig gearbeitet, danach nicht mehr. Es war ihre zweite Rehabilitation. Bei ihrer ersten Rehabilitation ist ihr eine ambulante Durchführung angeboten worden, die sie jedoch vehement abgelehnt hat. Daraufhin hat sie ziemlich zügig einen stationä-

Anhang 3: Fallvignetten

ren Platz (Mutter-Kind-Kur) bekommen. Nachdem sie einen Antrag auf Erwerbsunfähigkeitsrente gestellt hat, wurde sie von der RV dazu aufgefordert zuerst eine (zweite) Rehabilitation zu machen. Sie musste ihr Kind mitnehmen (eine Mutter-Kind-Kur kam jedoch wg. der psychosomatischen Indikation nicht in Frage). Sie hat den Rehantrag zum größten Teil alleine ausgefüllt, hat sich aber bei einigen Fragen die ihr unklar waren von ihrem Hausarzt und ihrer Krankenkasse unterstützen lassen. Auf ihre eigene Nachfrage ob man denn auch mal selber eine Einrichtung vorschlagen könnte, wurde ihr vom RV-Sachbearbeiter gesagt, sie könne ihren Wunsch auf die Rückseite des Antrages schreiben. Sie hat dann auf die Rückseite geschrieben, dass sie auf keinen Fall in die Einrichtung O wolle, denn dort war sie schon einmal und hat eher schlechte Erfahrungen gemacht. Dies ist berücksichtigt worden. Außerdem hatte sie ebenfalls vermerkt, dass sie ans Meer / Wasser wolle. Dies wurde nicht berücksichtigt. Der RV-Mitarbeiter hat ihr mehr oder weniger klar gemacht, dass sie, wenn sie ihren Antrag auf Erwerbsunfähigkeitsrente durch haben will, an der Rehabilitation teilnehmen muss, sonst könne passieren, dass der Antrag abgelehnt würde.

Sie hat ihren Bescheid bekommen, in dem stand in welche Einrichtung sie sollte. Ein Termin wurde ihr jedoch nicht genannt. Auf ihre eigene Nachfrage in der Einrichtung wurde ihr ein unbestimmter Termin in fernerer Zukunft genannt. Bei ihrer Rückfrage bei der RV wurde sie zuerst kurz und bündig abgewürgt, dann wurde ihr jedoch eine andere Einrichtung genannt, die einen früheren Termin frei hatte und zusätzlich auch ihre muskuloskelettale Komorbidität behandeln könne. Darauf wurde im Endeffekt jedoch in der Einrichtung kaum drauf eingegangen. Sie war dann im Dezember in der Rehabilitation, Januar wäre ihr jedoch wesentlich lieber gewesen (auch aus Rücksicht auf das Kind).

(FG6, Psychosomatische Erkrankungen)

Frau F3 ist 52 Jahre alt, hat vier Kinder und ist seit 20 Jahren Zeitungszustellerin. Seit ihr Mann 2004 verstorben ist, ist sie erkrankt. Die letzte Rehabilitation war ihre insgesamt dritte. Auch für sie käme eine ambulante Rehabilitation nicht in Frage, da sie in der Zeit zu Hause überhaupt nicht zur Ruhe kommen würde. Der Anstoß zur Beantragung der letzten Rehabilitation kam von ihrem Arbeitgeber und der Psychotherapeutin. Die Krankenkasse und die Psychotherapeutin haben sie beim Ausfüllen des Antrags unterstützt, den Rest hat sie jedoch alleine ausgefüllt. Sie hatte sich nach dem Abschicken des Antrags selber um eine Einrichtung gekümmert, die auf ihre Symptome spezialisiert ist, da ihr niemand gesagt hatte, dass sie den Bescheid einfach nur abwarten müsse. Sie hat dann, für die überraschend, den Bescheid der RV bekommen, dass sie

Anhang 3: Fallvignetten

in eine andere Einrichtung gehen soll. Im Antrag hat sie ihren „Wunsch“ nicht erwähnt, da dieser ja kein Feld dafür enthält.

(FG6, Psychosomatische Erkrankungen)

Herr G2 ist 46 Jahre alt und arbeitet in einer Werkstatt / Heim für behinderte Menschen (berufliche Rehabilitation). Neben seiner Tätigkeit bezieht er zusätzlich Erwerbsunfähigkeitsrente (seit 2000). Seine Frau ist 100%ig behindert. Er ist stark übergewichtig und hat eine Borderline-Störung. Er war bisher zweimal zur Rehabilitation, hat aber keine positiven Erfahrungen zu berichten, da er beide Rehabilitationen nicht wollte. In der letzten Einrichtung war er seiner eigenen Meinung nach fehl am Platze.

Er hat selber die Initiative zur Beantragung der Rehabilitation ergriffen. Gemeinsam mit seinem Hausarzt hat er eine Rehabilitation in einer bestimmten, speziell auf Essstörungen ausgerichteten Einrichtung beantragt. Diese Einrichtung arbeitete mit der Krankenhausabteilung zusammen in der er die drei vorhergehenden Monate behandelt worden war (auch gleiches Behandlungskonzept). Außerdem ist sie nicht zu weit vom Heimatort entfernt, was aufgrund der Behinderung der Ehefrau relevant war. Den Einrichtungswunsch hat der Arzt „mit dickem Filzstift“ auf dem Antrag vermerkt. Dieser Einrichtungswunsch ist von der RV nicht berücksichtigt worden, auch in der Einrichtung wurde sein Wunsch nach der Teilnahme an einer „Essgruppe“ nicht berücksichtigt. In der zugewiesenen Einrichtung wurde er lediglich auf Depressionen behandelt, während die Essstörung nicht behandelt wurde. Sein Hausarzt hatte ihm davon abgeraten, gegen die zugewiesene Einrichtung Einspruch zu erheben („bringt eh nichts“, vielleicht wird es dann ganz abgelehnt).

Er berichtet außerdem davon am Freitag vor dem Montag an dem er die Rehabilitation antreten sollte, erst darüber benachrichtigt worden zu sein. Da er trotzdem gefahren ist, hat er sich massiven Ärger mit seinem Arbeitgeber eingehandelt.

(FG7, Psychosomatische Erkrankungen)

Herr G4 ist 44 Jahre alt und hat nach zehn Jahren im Polizeidienst zum Gas-Wasser-Installateur umgeschult. Seit 1999 hatte er von der Rentenversicherung Rentenzahlungen erhalten (die im Mai 2006 ausliefen). 1993 hat er eine RehaMaßnahme abgelehnt und war nun zum ersten Mal in der Rehabilitation. Nachdem er gegen die Rentenversicherung wegen der Weiterzahlung seiner Rente vor Gericht gezogen war, hat das Sozialgericht entschieden, dass im Rahmen einer Rehabilitation ein neues Leistungsbild erstellt werden soll. Aufgrund des in der Rehabilitation erstellten Leistungsberichts ist seine Rentenzahlung verlängert worden. Der Gutachter, der ihn für das Gericht begutachtet hat, hatte eine bestimmte spezialisierte Rehabilitationseinrichtung vorgeschla-

Anhang 3: Fallvignetten

gen. Er wurde dann jedoch in eine andere Einrichtung geschickt. Dagegen hat er nicht widersprochen, da er ja, wie er sagt, etwas von der Rentenversicherung wollte und nicht sie von ihm. Er hatte jedoch schon ein Vierteljahr gewartet bis er seinen Antrittstermin relativ kurzfristig erfahren hat (1 Woche vor Beginn der Rehabilitation). Er hat sich dann aber diesem Termin angepasst.

(FG7, Psychosomatische Rehabilitation)

Frau H4 ist 61 Jahre alt, arbeitet als Hauswirtschafterin im Altenheim und ist Mutter mehrerer erwachsener Kinder. Sie war zum 3. Mal in der Rehabilitation.

Bei ihrer ersten Rehabilitation musste sie lange darauf warten, dass ihre Therapeutin ihr eine Rehabilitation vorgeschlagen hat. Bei der letzten Rehabilitation hat sie (aufgrund ihrer Erfahrungen) eigeninitiativ ihre Hausärztin auf die Beantragung einer Rehabilitation angesprochen. Zuerst wurde der Rehaantrag nicht genehmigt (den Grund kann sie nicht benennen), auf ihren Widerspruch hin wurde die Rehabilitation dann doch genehmigt. Ihre Hausärztin hatte sie auch schon vorgewarnt, dass es evtl. zu einer Ablehnung des Antrages kommen könnte. Nachdem sie im Januar oder Februar den ersten Antrag auf Rehabilitation gestellt hatte, bekam sie im Sommer einen Bescheid, dass sie im November in eine Rehabilitationseinrichtung gehen sollte, die dicht an ihrer Heimat lag. Bis zum Bescheid hatte sie jedoch nichts mehr von der DRV gehört. Nach Erhalt des Bescheids hat sie mit der DRV Kontakt aufgenommen, da sie weder zu dem benannten Zeitpunkt noch an den benannten Ort in Rehabilitation gehen wollte. Nachdem eine erste Sachbearbeiterin ihr Gesuch um Änderung des Rehazeitraums und -orts (aus Kostengründen) abgelehnt hatte, hatte sie bei einer zweiten Kontaktaufnahme mit der DRV mehr Erfolg (bei einem anderen Sachbearbeiter) und konnte dann schon im September in eine weiter entfernt liegende Einrichtung gehen. Man merkt ihr an, dass dieser Widerspruch, gerade in einer Zeit, wo es ihr psychisch sowieso nicht gut ging, sie sehr viel Kraft gekostet hat. Sie erwähnt jedoch auch, dass sie bezüglich der zweiten Rehabilitationseinrichtung, die ihr angeboten werden sollte, keine Wünsche geäußert hat (außer dem durch die Ablehnung der ersten Einrichtung implizit vermittelten Wunsch einen früheren Termin in einer weiter entfernten Einrichtung zu bekommen). Die Möglichkeit einer ambulanten Rehabilitation ist für sie nie thematisiert worden.

(FG8, Psychosomatische Erkrankungen)

Herr I5 ist 70 Jahre alt und war zum ersten Mal in einer Rehabilitation (nach einer Krebserkrankung). Sein Weg in die Rehabilitation hat sich sehr problematisch gestaltet. Er wurde aus der Einrichtung entlassen, ohne dass ihm Hinweise zum weiteren Verlauf

Anhang 3: Fallvignetten

seiner Behandlung bzw. der Möglichkeit einer Rehabilitation gegeben wurden. Er hat sich dann bei seinem Hausarzt nach der Rehabilitation erkundigt, dieser bejahte die Möglichkeit. Die Krankenkasse hat ihn an die Rentenversicherung weitergeleitet, ihm jedoch schon die Antragsunterlagen zukommen lassen. Nach ca. 3-4 Wochen bekam er dann den Bescheid, dass die Rehabilitation genehmigt wäre und in welche Einrichtung er kommen sollte. Außerdem hieß es, er würde von der Einrichtung informiert, wann er die Rehabilitation antreten könne. Zwei Wochen später ergab eine telefonische Anfrage bei der Einrichtung, dass diese seine medizinischen Unterlagen noch nicht bekommen hätte. Der Rentenversicherer beteuerte jedoch, die Unterlagen schon an die Einrichtung geschickt zu haben. Daraufhin hat er seine medizinischen Unterlagen noch einmal selber an die Einrichtung geschickt. Nach vier Monaten hatte er dann den Termin in der Rehabilitationseinrichtung.

(FG9, Onkologische Erkrankungen)

Frau J5 ist 39 Jahre alt, von Beruf Architektin und war nach einer Krebserkrankung zum 2. Mal in der Rehabilitation (beide wg. der Krebserkrankung). Den Antrag auf ihre erste Rehabilitation hat sie mit ihrer Hausärztin gemeinsam gestellt (nach OP, Bestrahlung, Chemotherapie). Ihr war es wichtig in eine Einrichtung zu kommen, in die sie ihre drei kleinen Kinder mitnehmen konnte und die außerdem nicht weiter als 100 Km von ihrem Heimatort entfernt war, damit ihr Ehemann sie besuchen kommen konnte. Dies wurde im Antrag vermerkt und auch berücksichtigt.

Den Antrag auf diese zweite „Nachfolge-Rehabilitation“ hat sie selber aus eigenem Antrieb gestellt. Auch hier wollte sie ihre Kinder wieder mitnehmen, hat sich jedoch entfernungsmäßig nicht festgelegt. Sie berichtet von Schwierigkeiten die Rehabilitation überhaupt genehmigt zu bekommen, denn ursprünglich wollte sie eine Mutter-Kind-Kur bei der Krankenkasse beantragen, die dieses jedoch aufgrund mangelnder Bedürftigkeit von Frau J5 ablehnte. Sie wollte schon vors Sozialgericht gehen, da hat sie ihre Hausärztin informiert, dass sie diese Mutter-Kind-Kur wegen ihres Anspruchs auf eine zweite „Krebs-Rehabilitation“ von der Rentenversicherung nicht genehmigt bekommen würde. Daraufhin hat sie bei der Rentenversicherung einen Antrag gestellt, der ebenfalls zuerst abgelehnt wurde (da kein Rezidiv vorläge, Vorschlag ambulante Maßnahme). Nachdem sie dagegen Widerspruch eingelegt hatte, wurde die Rehabilitation doch bewilligt. Vor das Sozialgericht ist sie dann natürlich nicht mehr gezogen. Schließlich hat sie die Bewilligung und die Mitteilung, in welche Einrichtung sie kommen soll bekommen. Sie hat sich ausführlich über diese Einrichtung erkundigt und war dann mit der Auswahl einverstanden.

Anhang 3: Fallvignetten

Sie bemängelt die langen Laufzeiten zwischen Beantragung und Bewilligung der Rehabilitation entstanden (durch Ablehnung und Widerspruch gegen die Ablehnung des Rehaantrags). Zusätzlich trat dann auch noch eine weitere Verzögerung des Rehabilitations-Antritts durch mangelnde Kapazitäten in der Einrichtung auf, in der Kinderbetreuung möglich war.

(FG10, Onkologische Erkrankungen)

Anhang 4: Flipcharts

Fokusgruppe 1

Kriterien

- Indikation
- Quote Therapieausfälle
- Qualifikation Chefarzt
- Möglichkeit der ambulanten Therapiefortsetzung
- Therapiemöglichkeiten/Therapeuten
- Leitbild / Behandlungsansätze
- Ausstattung
- Gütesiegel / Zertifizierung
- Umgebung / Lage/Möglichkeiten Freizeit
- (Zusatz-) Gebühren
- Zimmer (-belegung)
- Zusatzkosten für Pausenverpflegung
- Handynutzung

Präsentationsform für Infos / wo sollen die Infos herkommen bzw. wie erhoben werden

- Rehatester (von DRV)
- Bewertungs"seite"
- > Umgang, Therapieausfälle

Anhang 4: Flipcharts

Fokusgruppe 2

Kriterien

- ausgebildete Therapeuten
- kurze Wege
- vernünftige Aufnahmegespräche
- Spezialisierung der Ärzte
- Art der Behandlung
- Unterbringung
- Freizeitmöglichkeiten
- Internet
- Umgebung
- Fahrdienst
- Wirksamkeit der Behandlung

Präsentationsform für Infos / wo sollen die Infos herkommen bzw. wie erhoben werden

- Patientenbefragung zur Wirksamkeit/gesamten Aufenthalt
- Internet (aufbereitet nach Indikationen, Gebieten)
- Broschüre mit Klinikbewertungen von der RV
- direkte Auskunft der RV über einzelne Kliniken

Anhang 4: Flipcharts

Fokusgruppe 3

Kriterien

- gesamtes Team/Berufsgruppen
- Gesamteindruck
- Personal-Patienten-Quote
- Kompetenz der Ärzte (Fachärzte/Erfahrung)
- Umgebung / Freizeitmöglichkeiten
- Verkehrsanbindung
- Unterbringung/Essen
- Größe
- Ausstattung

Präsentationsform für Infos / wo sollen die Infos herkommen bzw. wie erhoben werden

- Beratungsgespräch
- Infoveranstaltung bei der RV
- Informationsbroschüren
- Reha-Rankings (wie Hochschul-Ranking)

Anhang 4: Flipcharts

Fokusgruppe 4

Kriterien

- Ärztlicher Dienst (Sprache, Kompetenz)
- Pflege
- Angebote/Therapien
- Spezialisierung der Reha-Kliniken
- Forum für Patientenmeinungen von außenstehendem Institut
- Regionale Zugehörigkeit
- Unterbringung (z.B. Betten, Zimmer), Sauberkeit
- Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Patienten, RV/KK
- Konstanz der Ärzte
- Informationen über den Erfolg der Reha

Präsentationsform für Infos / wo sollen die Infos herkommen bzw. wie erhoben werden

- Informationsveranstaltungen
- Meinungen ehemaliger Rehabilitanden

Anhang 4: Flipcharts

Fokusgruppe 5

Kriterien

- 1) - für Krankheit geeignet / Fachärzte
- 2) - Sauberkeit/baulicher Zustand/Umfeld
 - Essen / Verpflegung
 - Lage /Wasser /Berge
 - Anwendungen
 - geschultes Personal
 - TV auf Zimmer
 - Freizeit
- 3) - Angebote (Sparten, Schwimmhalle, Sauna,...)
 - klinikinterne Ausflugs-/Freizeitangebote, Cafés, Sauna...

Präsentationsform für Infos / wo sollen die Infos herkommen bzw. wie erhoben werden

- Broschüre / Photos + vorher mal hinfahren
- Tipps vom Hausarzt
- BfA Berlin anrufen
- Internet
- TV-Sendung
- Infoveranstaltungen
- Sterne vergeben
- Meinungsumfrage

Anhang 4: Flipcharts

Fokusgruppe 6

Kriterien

- Therapiewechsel möglich
- 1. - spezifische Gruppen(-sitzungen) / -angebote
- 2. - Auswahlmöglichkeiten (z.B. Entspannung)
--> welche Angebote; Wahlmöglichkeiten
- Dauer der Einzelgespräche
- Freizeitaktivitäten (im Haus)
- 3. Verfügbarkeit ärztlicher Betreuung
- Fachpersonal/-qualifikation

Präsentationsform für Infos / wo sollen die Infos herkommen bzw. wie erhoben werden

- Mundpropaganda
- Zertifikate (im Haus)
- Bewertungen anderer Patienten
- Broschüre bei Antragstellung
- Internet

Anhang 4: Flipcharts

Fokusgruppe 7

Kriterien

- PC-Angebot/Internet
- Sportangebote
- (Therapie-) Gruppengröße
- fachkundiges Personal
- enge Zusammenarbeit mit (Haus-) Ärzten
- medizinisches personal (geeignete Fachärzte)
- Mitbestimmungsrecht/Selbstbestimmung
- Unterbringung
- Ausländeranteil
- Ernährung (Qualität des "Diät"-Essens)
- Individualität / kein Standardprogramm
- Behandlung des kompletten Krankheitsbilds
- Ehrlichkeit
- Patientenrecht Therapeutenwahl
- Freizeitangebote
- Umgang mit Informationen, die gewonnen wurden

Präsentationsform für Infos / wo sollen die Infos herkommen bzw. wie erhoben werden

- Bewertung durch Patienten
- "Reisekatalog"
- Internetforum
- Zeugnis / Schulnoten
- S(tiftung) W(arentest).T(ester) / ADAC / Kliniktester
- Qualitätssicherungs-Ergebnisse im Internet

Anhang 4: Flipcharts

Fokusgruppe 8

Kriterien

- interne / externe Angebote
- 1. - therapeutischer Ansatz (Therapeuten/therapeutisches Reiten)
- Anzahl Therapeuten für Einzelgespräche ("Therapeutendichte")
- Einzelgespräche (Anzahl)
- Freizeitangebote intern, Kreativ-, Entspannungs- und Sportangebote, Wochenende
- Lage (Fahrdienst)
- 1. - medizinische Betreuung im Team (ganzheitlich, homöopathisch)
- besondere Ernährungswünsche (z.B. vegetarisch, Bio, Diät)
- Telefonkosten
- liebevoll eingerichtete Einzelzimmer
- Einhaltung der Ruhezeiten / Kontrollen
- Patientenpatenschaften
- Angebot von Nachsorge durch die Klinik

Präsentationsform für Infos / wo sollen die Infos herkommen bzw. wie erhoben werden

- Internet
- Auswahlmöglichkeiten von RV
- Hausarzt / Therapeut / Arzt
- Broschüren

Anhang 4: Flipcharts

Fokusgruppe 9

Kriterien

- ausreichend Fachpersonal
- individuelles Programm im Vorfeld erstellen
- Patient im Mittelpunkt
- Qualität der Führungskräfte
- Organisation
- Zeit für den Patienten
- "Expertentum" für ein spezielles Krankheitsbild
- Infos über Fachärzte
- Einzelzimmer
- Therapie- "Pakete" (was wird bei meiner Krankheit gemacht?)
- Behandlung von Zweiterkrankungen
- Umgebung

Präsentationsform für Infos / wo sollen die Infos herkommen bzw. wie erhoben werden

- Informationen von RV (mehrere Kliniken zur Auswahl)

Anhang 4: Flipcharts

Fokusgruppe 10

Kriterien

- Lage
- ! - Kinderbetreuung, Familie / Partner
- ! - Anwendungen (Überblick über Angebote) & Behandlungsangebote
- Essen
- ! - Unterbringung (gemütlich, sauber, hell, Einzelzimmer, kurze Wege)
- Verkehrsanbindung
- bessere Vorinformationen
- Patienten mit gleicher Erkrankung
- speziell geschultes Personal

Präsentationsform für Infos / wo sollen die Infos herkommen bzw. wie erhoben werden

- (Haus-) Arzt, persönliche Beratung
- DVD
- Broschüre
- Infotage in Kliniken (Auswahl)
- Info-/Stellwände mit verschiedenen Klinikprospekten

Bedeutsame Merkmale der Rehabilitations-Einrichtung / der Rehabilitation

Während der Fokusgruppe kamen viele positive und negative Merkmale des vorhergehenden Rehabilitationsaufenthalts zur Sprache. Es war ein sehr intensives Bedürfnis der Rehabilitanden erkennbar über ihre Erfahrungen in den Rehabilitationseinrichtungen und deren Bewertung zu sprechen. Diesem Bedürfnis wurde versucht Raum zu geben, es musste jedoch auch oft stark eingeschränkt werden, da sonst die für die Fragestellung relevanteren Themen nicht ausreichend zur Sprache gekommen wären. Da man jedoch davon ausgehen kann, dass diese Berichte über positive und negative Erfahrungen, Erlebnisse und deren Bewertungen implizit Hinweise darauf geben können, welche Merkmale einer Rehabilitationseinrichtung für die Rehabilitanden bedeutsam sind, auch wenn sie eine Auswahlentscheidung eventuell nicht primär beeinflussen würden, werden die genannten positiven und negativen Merkmale des vorhergehenden Rehabilitationsaufenthalts hier zusammenfassend dargestellt.

Negativ

Mängel der Betreuung und medizinischen Versorgung

Die medizinische Versorgung und allgemein die Betreuung in den Rehabilitationseinrichtungen gab vielen Rehabilitanden großen Anlass zur Klage. Einige Rehabilitanden fühlten sich in der ihnen zugewiesenen Einrichtung fehl am Platz, da diese andere Spezialisierungen aufwies oder schlichtweg aus ihrer Sicht nicht für die Behandlung der eigenen geeignet waren.

Viele von den Rehabilitanden angeführte Mängel lassen sich (wahrscheinlich) auf die relativ dünne Personaldecke in den Einrichtungen zurückführen. So wurde vor allem die mangelnde personelle und therapeutische Kontinuität bemängelt. Einige Ärzte und Therapeuten wurden schlichtweg als unqualifiziert / fachunkundig eingeschätzt, an anderen ihre mangelnden Deutschkenntnisse kritisiert. In einer Einrichtung waren die Ärzte die meiste Zeit nicht vor Ort, sondern kamen von außerhalb. Eine Rehabilitandin mit psychosomatischer Erkrankung musste sogar einen Arzt außerhalb der Einrichtung aufsuchen. Auch waren Zuständigkeiten bzw. Ansprechpartner oft unklar. Insgesamt wurde ein wahrgenommener Mangel an ausreichender oder korrekter medizinischer Betreuung herausgestellt. Z. B. wurde ein Rehabilitand ohne das Vorliegen seiner Krankenakte aus dem Krankenhaus behandelt, ein anderer berichtet aufgrund der Werte eines defekten Blutdruckmessgeräts mit Tabletten behandelt worden zu sein. Besonders Rehabilitandinnen mit psychosomatischen Indikationen beklagten die teilweise fehlende Möglichkeit bzw. Schwierigkeit den Psychotherapeuten innerhalb der

Anhang 5: Bedeutsame Merkmale der Rehabilitations-Einrichtung / der Rehabilitation

Einrichtung zu wechseln, die Kürze und Seltenheit der Einzelgespräche. Aber auch die Rehabilitanden anderer Indikationsgruppen fiel der scheinbare Mangel an Therapeuten und auch der allgemeine Zeitmangel des Personals in den Therapien, aber auch generell (zum Beispiel Ansprechbarkeit des Arztes) in einigen Einrichtungen negativ auf.

Weitere Kritikpunkte waren häufige Therapie- oder Visiteausfälle, zu kurze, zu wenige und falsche Anwendungen, dafür zuviel Seminare, unfreundliches Personal, zeitliche Überschneidungen von Therapien und der Visite und der wahrgenommene Trend zur Deindividualisierung der Therapieangebote (Gruppen- anstatt Einzelsitzungen, zu wenig Informationen über die eigene Erkrankung, bei der psychosomatischen Rehabilitation: keine speziellen Themengruppen trotz großer Menge potenzieller Teilnehmer). Auch die mangelnde Vorbereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation wurde bemängelt.

"Ergebnis"

Am häufigsten wird in Bezug auf das Ergebnis der Rehabilitation beklagt, dass diese keinen Erfolg i. S. einer Verbesserung des Gesundheitszustands gebracht hat. In manchen Fällen war der Gesundheitszustand des Rehabilitanden nach der Rehabilitation sogar schlechter als vorher. Weiterhin wurde geäußert, dass das „Rehabilitationsergebnis Entlassungsbericht“ falsche Angaben enthielt, wie aus Textbausteine zusammengebastelt wirkte bzw. der Rehabilitand mit den im Entlassungsbericht niedergelegten Angaben nicht einverstanden war bzw. seine Problematik nicht richtig dargestellt sah.

„Patientenorientierung“

Insgesamt berichten viele Rehabilitanden von Erfahrungen die man grob unter dem Stichwort Mangel an Patientenorientierung zusammenfassen kann. Besonders häufig wird davon berichtet, dass die persönliche Betreuung des Patienten bzw. das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse oder Merkmale der eigenen Krankheit völlig fehlte. Die Patienten berichten z.B. davon, in für sie ungeeigneten Therapien gewesen zu sein (z. B. LWS-Übungen nach HWS-Versteifung), dass der eigentliche Grund für den Rehaantrag nicht behandelt wurde (z. B. Depressionsbehandlung anstatt Therapie von Essstörungen), die Zeiten für die Visite extrem knapp geplant waren, sie in eine pauschale Behandlungs"schublade" gesteckt wurden und ihnen insgesamt der Rehabilitationsablauf als Massenabfertigung vorkam. Im Zuge dessen wird auch die zu große Eigenverantwortung beklagt, die einige Rehabilitanden bezüglich der Planung ihrer Therapien und der Durchsetzung ihrer speziellen Bedürfnisse wahrgenommen haben. Andere Rehabilitanden wiederum beklagten einen wahrgenommenen Mangel an Selbstbestimmungsrechten bezüglich der Teilnahme an für sie ungeeigneten Therapien.

Anhang 5: Bedeutsame Merkmale der Rehabilitations-Einrichtung / der Rehabilitation

Auch die Transparenz bezüglich mancher Vorgänge, z. B. der Möglichkeit des Therapeutenwechsels fehlte manchen Rehabilitanden. Auch der mangelnde Informationsfluss zwischen Behandlern und Patienten wurde angekreidet, dazu gehört auch die Berücksichtigung von Informationen aus Fragebögen, die der Rehabilitand im Vorfeld ausgefüllt hat, die Information über die Möglichkeit eines Therapeutenwechsels, die Aushändigung von Entlassungsberichten und am Rande auch die Vorinformation, die nötig gewesen wäre um sich besser auf die Rehabilitation vorbereiten zu können.

Einige Rehabilitanden berichten darüber hinaus von „respektloser Behandlung“. Einige empfanden sich in einer Zweiklassengesellschaft in der AR-Rehabilitanden abgewertet wurden und weniger Anwendungen bekamen. Eine Rehabilitandin fühlte sich als eine der wenigen Ostdeutschen in einer von Westdeutschen dominierten Einrichtung benachteiligt.

Weitere Kritikpunkte waren die Unpünktlichkeit der Therapeuten (und die damit verbundene Verkürzung notwendiger Therapiezeiten), dass der straffe Zeitplan in einigen Einrichtungen kaum Raum für Patientenkontakte ließ und dass in einer Einrichtung darauf hingewiesen wurde, einen Rentenanspruch bräuchte man gar nicht erst zu stellen, dieser würde sowieso abgelehnt werden.

Rahmenbedingungen

Viele weitere Kritikpunkte lassen sich unter dem Stichwort Rahmenbedingungen der Rehabilitation zusammenfassen. Die Kritik der Rehabilitanden bezieht sich z. B. auf Mängel an den strukturellen Rahmenbedingungen, wie z. B. getrennte Zimmer für Mutter und Kinder (bei Mitnahme der Kinder in die Einrichtung), zu alte oder zu kleine Behandlungsräume (Stichwort Bettenburgen), die (zu schlichte / zweckmäßige) Einrichtung der Zimmer, das Vorhandensein von Mehrbettzimmern, kaputte Fahrstühle und das Gebäude als Ganzes. Ein anderer Kritikpunkt war die nicht ausreichende Kinderbetreuung in einer Einrichtung, die speziell auf Mütter mit Kindern ausgerichtet sein sollte.

Für einige Rehabilitanden war die weite Entfernung von zu Hause ein wichtiger Kritikpunkt an ihrer Rehabilitationseinrichtung, während andere (in abgelegeneren Einrichtungen) eher das „Abgeschnittensein von der Zivilisation“ sein bemängelten.

Ein Rehabilitand erwähnte, dass die Einrichtung voll ausgelastet war und daraus wiederum Zeitdruck z.B. im Aufnahmegespräch entsteht, der negativ wahrgenommen wird. Ein anderer Rehabilitand berichtete davon, in der Einrichtung ein schlechtes Betriebsklima wahrgenommen zu haben. Auch dass Verstöße gegen die allgemeinen Einrichtungsregeln (z. B. Nachtruhe) scheinbar keine Konsequenzen hatten, wurde von einer Rehabilitandin kritisiert.

Die Kritik an den Therapieplänen bezog sich vor allem darauf, dass am Wochenende keine Therapien stattfanden (und man dann oft nicht mal die Einrichtung für „Heimaturlaub“ verlas-

Anhang 5: Bedeutsame Merkmale der Rehabilitations-Einrichtung / der Rehabilitation

sen durfte) sowie die ungünstige, weil teilweise knappe Terminplanung (die zusätzlich auch noch terminliche Überschneidungen mit den wenigen Freizeitangeboten aufwies). Einige Rehabilitanden hatten zusätzlich das Gefühl, dass zu Beginn der Rehabilitation Zeit verschenkt würde, da es sehr lange dauert, bis der endgültige Therapieplan feststeht (bis zu drei Tage). Zusätzlich merkte eine Rehabilitandin an, die Einrichtungen würden voll „im Administrativen“ versinken, aufgrund der Dokumentationspflicht würden alle nur noch Listen abarbeiten.

Auch das angebotene Essen/die Verpflegung wird häufig kritisiert, ebenso mangelnder Empfang für Mobiltelefone, die hohen Kosten für Telefonate und fehlende Internetzugänge.

Freizeitangebote

Der Mangel an Freizeitangeboten (teilweise auch an Sport- und Entspannungsangeboten für Rehabilitanden mit psychosomatischen Indikationen) innerhalb und in der Umgebung der Einrichtungen wurde von den Rehabilitanden oft beklagt. Dabei fehlen vor allem Angebote für die Abendstunden und Wochenenden. Ebenfalls beklagt wurde, dass sich Freizeitangebote (z. B. Fahrten in die nahe gelegene Stadt) oft mit den Therapien überschneiden, da sie zur selben Zeit stattfinden.

Positiv

Angebote

Aus dem Bereich der Angebote, die die Einrichtung den Rehabilitanden macht, wurden vor allem vier Punkte positiv erwähnt. Zum Einem war das das Vorhandensein eines ausreichenden und umfassenden Angebots der Kinderbetreuung bzw. einer Schule, auf die die Kinder während des Zeitraums der Rehabilitation ihrer Mutter gehen konnten. Der zweite Punkt war das Vorhandensein eines Fahrdienstes bzw. einer guten Verkehrsanbindung. Ein dritter wichtiger positiver Punkt im Bereich der Angebote, der sich dementsprechend auch bei den negativen Aspekten des Aufenthalts wieder finden lässt, sind die (auch abends stattfindenden) Freizeitaktivitäten. Als letzter positiver Punkt ist die Organisation der Nachsorge durch die Einrichtung (i. S. von Information über bzw. die Hilfe zur Beantragung) zu nennen.

"Rahmenbedingungen"

Die positiv erwähnten Rahmenbedingungen des Rehaaufenthalts sind vielfältig. Sie reichen von der Lage der Einrichtung, der Kürze der Wege innerhalb der Einrichtung, die Zimmer und deren Sauberkeit und Ausstattung bis hin zum Essen (und der positiven Bewertung der

Anhang 5: Bedeutsame Merkmale der Rehabilitations-Einrichtung / der Rehabilitation

Verfügbarkeit von Wunsch- bzw. Spezialkost). Einige Rehabilitanden bewerteten die Nähe zu ihrem Heimatort auch wegen der Möglichkeit, sich besuchen zu lassen, als positiv, während andere den Abstand von „zu Hause“ positiv empfanden.

Ein weiterer positiver Punkt war die Passung der Einrichtungsausrichtung zu dem Krankheitsbild des Patienten (z. B. Spezialabteilung für Multiple Sklerose). Auch eine große Menge an Therapien, sowie die Möglichkeit den Therapieplan wenn nötig einfach umstellen zu lassen wurde lobend erwähnt. Weitere lobende Erwähnung fanden gute Informationen vor dem Rehabilitationsaufenthalt, ein kompetenter Sozialdienst und freundliches Personal.

"Patientenorientierung"

Ein sehr positiv eingeschätztes Merkmal der Rehabilitationseinrichtung war für die Rehabilitanden das Gefühl, dass individuelle Wünsche und Probleme berücksichtigt wurden, für psychosomatische Rehabilitanden individuelle Gesprächsgruppen zur Verfügung standen und generell auch Zeit für persönliche Gespräche mit dem Arzt oder den Schwestern eingeplant war bzw. blieb. Auch andere Aspekte der Patientenorientierung, wie z. B. eine „onkologische Schulung“ des gesamten Personals, das Ersetzen ausgefallener Therapien und die zuverlässige Einhaltung von Terminen, wurden lobend erwähnt. Eine Rehabilitandin mit psychosomatischer Indikation erwähnte vor allem das Vorhandensein eines Systems der Patienten-Patenschaften als sehr positiv, während eine andere Rehabilitandin vor allem gut fand, dass sie mit den ihr aus dem Krankenhaus bekannten Patienten zusammen in einer Rehabilitationseinrichtung behandelt wurde.

„Erfolg“

Einige Rehabilitanden erwähnen die Erfolge der vorangegangenen Rehabilitation lobend. Diese waren vor allem die Erhöhung der Leistungsfähigkeit, die Besserung des Krankheitsbilds, Linderung der Symptome, Schmerzreduktion und ein Zuwachs an Wissen über die Krankheit/den eigenen Körper.

Ärztliche Versorgung/Therapien

Im Bereich der ärztlichen Versorgung wurden vor allem eine leichte Erreichbarkeit der Ärzte, die personelle Kontinuität (auch in den Therapien), das Vorhandensein von „Spezialisten“ (bzw. fachkundiger, „ausgelernter“ Therapeuten) und eine gute psychologische Betreuung positiv erwähnt. Wichtig ist außerdem ein großes Engagement bzw. Einfühlungsvermögen der Therapeuten. Auch die Nutzung der vom Patienten gegebenen Vorinformationen (des

Anhang 5: Bedeutsame Merkmale der Rehabilitations-Einrichtung / der Rehabilitation

Fragebogens), die individuelle Abstimmung von Therapien auf das Krankheitsbild und eine ausführliche Aufklärung über die Krankheit selber, die Medikation und die Krankheitsbewältigung wurden geschätzt. Ein Rehabilitand äußerte sich sehr positiv über eine von ihm „Gruppenvisite“ genannte Veranstaltung, die Rehabilitanden mit ähnlichen Erkrankungen zusammen führte und in deren Rahmen nach einem Vortrag Zeit für ausführliche Fragen an den Arzt war.

Anhang 6: Plausibilitätsprüfung

Fragen 4b und 4c

Eine Antwort auf die Frage 4b (Mit welcher Begründung wurde Ihr Rehabilitationsantrag (zuerst) abgelehnt?) bzw. die Frage 4c (Haben Sie Widerspruch oder Klage gegen die Ablehnung Ihres Rehabilitationsantrags eingelegt?) wurde nur als plausibel betrachtet, wenn die Antwort auf die Frage 4a (Wurde Ihr letzter Rehabilitationsantrag bewilligt?) mit einer der folgenden Aussagen beantwortet wurde: „Ja, der Antrag wurde nach meinem Widerspruch / nach meiner Klage bewilligt.“, „Nein, der Antrag wurde abgelehnt.“, „Nein, ich habe den Antrag zurückgezogen.“ oder „Weiß ich nicht, ich habe den (endgültigen) Bescheid noch nicht bekommen.“. Wies die Frage 4a bereits einen fehlenden Wert auf, so wurde auch der Frage 4b bzw. 4c ein fehlender Wert zugewiesen.

Frage 5a

Antworten auf die Frage 5a (Haben Sie Ihre Rehabilitation angetreten bzw. werden Sie sie antreten?) wurden nur als plausibel betrachtet, wenn die Antwort auf die Frage 4a eine der folgenden war: „Ja, der Antrag wurde direkt bewilligt.“ oder „Ja, der Antrag wurde nach meinem Widerspruch / nach meiner Klage bewilligt.“ Wies die Frage 4a bereits einen fehlenden Wert auf, so wurde auch der Frage 5a ein fehlender Wert zugewiesen.

Frage 5b

Wenn die Antwort auf Frage 5a: „Nein, ich habe sie nicht angetreten.“ bzw. „Nein, ich werde sie nicht antreten.“ lautete, wurde die Antwort auf die Frage 5b (Warum haben Sie Ihre Rehabilitation nicht angetreten bzw. warum werden Sie Ihre Rehabilitation nicht angetreten?) als plausibel betrachtet. Wies die Frage 5a bereits einen fehlenden Wert auf, so wurde auch der Frage 5b ein fehlender Wert zugewiesen.

Frage 6a

Wenn der Befragte bei der Frage 6b (Wer hat Sie über das Wunsch- und Wahlrecht informiert?) einen Informant, der ihn über das Wunsch- und Wahlrecht informiert hat, genannt hatte so wurden folgende Antworten bei der Frage 6a als „Ja“ kodiert: „Nein“, „Ja“, „fehlender Wert“. Wenn in Frage 6b kein Informant genannt wurde, wurden die Originalwerte von Frage 6a kopiert.

Frage 7a

Frage 7a (Hatten Sie Wünsche bezüglich der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung?) teilt sich in zwei Variablen. Zuerst wird die Frage mit „Nein“ oder „Ja“ beantwortet. Im zweiten Schritt sollen eventuell vorhandene Wünsche angegeben werden. Die Umkodierung dieser Frage folgt derselben Logik, die bei Frage 6a angewandt wird. Hat der Befragte im zweiten

Anhang 6: Plausibilitätsprüfung

Teil der Frage einen Wunsch genannt, so wurden folgende Antworten im ersten Teil der Frage 7a als „Ja“ kodiert: „Nein“, „Ja“, „fehlender Wert“. Wenn im zweiten Teil der Frage 7a kein Wunsch genannt wurde, wurden die Originalwerte des ersten Teils von Frage 7a kopiert.

Frage 7b und 7c

Beide Fragen (Haben Sie selbst Ihre Wünsche der Rentenversicherung oder Krankenkasse mitgeteilt? bzw. Hat die Person, die Ihnen beim Stellen des Rehabilitationsantrags geholfen bzw. den Rehabilitationsantrag für Sie gestellt hat, Ihre Wünsche der Rentenversicherung oder Krankenkasse mitgeteilt?) gelten nur als plausibel beantwortet, wenn die Frage 7a (Hatten Sie Wünsche bezüglich der Auswahl der Rehabilitationsklinik?) mit „Ja“ beantwortet wurde.

Frage 7d

Die Frage 7d (Sind Ihre Wünsche berücksichtigt worden?) gilt nur als plausibel beantwortet, wenn entweder Frage 7b mit „Ja, mündlich“ bzw. „Ja, schriftlich“ oder Frage 7c mit „Ja“ beantwortet wurde. Wiesen sowohl Frage 7b als auch Frage 7c fehlende Werte auf, so wurde auch der Frage 7d ein fehlender Wert zugewiesen.

Frage 7e

Antworten auf die Frage 7e (Welche Begründung wurde Ihnen für die Ablehnung Ihrer Wünsche genannt?) wurden nur als plausibel betrachtet, wenn die Frage 7d (Sind Ihre Wünsche berücksichtigt worden?) mit „Nein“ oder „teils / teils“ beantwortet wurde.

Frage 7f

Die Frage 7f (Mehrkosten: Die Rentenversicherung bzw. die Krankenkasse hat in ihrem Bescheid...) gilt nur als plausibel beantwortet, wenn entweder Frage 7b (Haben Sie selbst Ihre Wünsche der Rentenversicherung oder Krankenkasse mitgeteilt?) mit „Ja, mündlich“ bzw. „Ja, schriftlich“ oder Frage 7c (Hat die Person, die Ihnen beim Stellen des Rehabilitationsantrags geholfen bzw. den Rehabilitationsantrag für Sie gestellt hat, Ihre Wünsche der Rentenversicherung oder Krankenkasse mitgeteilt?) mit „Ja“ beantwortet wurde. Wiesen sowohl Frage 7b als auch Frage 7c fehlende Werte auf, so wurde auch der Frage 7f ein fehlender Wert zugewiesen.

Frage 8a

Antworten auf die Frage 8a (Haben nach der Bewilligung Ihrer letzten Rehabilitation Widerspruch gegen die bewilligte Rehabilitationsklinik eingelegt?) wurden nur als plausibel betrachtet, wenn die Antwort auf die Frage 4a (Wurde Ihr letzter Rehabilitationsantrag bewil-

Anhang 6: Plausibilitätsprüfung

ligt?) eine der folgenden war: „Ja, der Antrag wurde direkt bewilligt.“ oder „Ja, der Antrag wurde nach meinem Widerspruch / nach meiner Klage bewilligt.“ Wies die Frage 4a bereits einen fehlenden Wert auf, so wurde auch der Frage 8a ein fehlender Wert zugewiesen.

Anhang 7: Rohdaten Fragebogen

Tabelle 38: Frage 2: Grund für die Rehaantragstellung, an zweiter Stelle genannte Diagnosegrundgruppe (N=104)

Diagnosegrundgruppe	N	%
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	30	28,8 %
Psychische und Verhaltensstörungen	28	26,9 %
Krankheiten des Kreislaufsystems	14	13,5 %
Krankheiten des Atmungssystems	10	9,6 %
Endokrine-, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	7	6,7 %
Krankheiten des Verdauungssystems	4	3,8 %
Krankheiten des Nervensystems	4	3,8 %
Krankheiten des Auges	3	2,9 %
Neubildung	2	1,9 %
Krankheiten der Haut und Unterhaut	1	1,0 %
Krankheiten des Urogenitalsystems	1	1,0 %
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind	0	0,0%
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursache	0	0,0%

Tabelle 39: Frage 2: Grund für die Rehaantragstellung, an dritter Stelle genannte Diagnosegrundgruppe (N=12)

Diagnosegrundgruppe	N	%
Psychische und Verhaltensstörungen	3	25,0 %
Krankheiten des Kreislaufsystems	2	16,7 %
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	2	16,7 %
Krankheiten des Atmungssystems	2	16,7 %
Krankheiten des Verdauungssystems	1	8,3 %
Endokrine-, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	1	8,3 %
Krankheiten des Urogenitalsystems	1	8,3 %
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind	0	0,0 %
Krankheiten des Nervensystems	0	0,0 %
Krankheiten des Auges	0	0,0 %
Krankheiten der Haut und Unterhaut	0	0,0 %
Neubildung	0	0,0 %
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursache	0	0,0 %

Anhang 7: Rohdaten Fragebogen

Tabelle 40: Frage 2: Grund für die Rehaantragstellung, an vierter Stelle genannte Diagnosegrundgruppe (N=4)

Diagnosegrundgruppe	N	%
Krankheiten des Kreislaufsystems	2	50,0 %
Neubildung	1	25,0 %
Krankheiten des Atmungssystems	1	25,0 %
Endokrine-, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	0	0,0%
Psychische und Verhaltensstörungen	0	0,0%
Krankheiten des Nervensystems	0	0,0%
Krankheiten des Auges	0	0,0%
Krankheiten des Verdauungssystems	0	0,0%
Krankheiten der Haut und Unterhaut	0	0,0%
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	0	0,0%
Krankheiten des Urogenitalsystems	0	0,0%
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind	0	0,0%
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursache	0	0,0%

Anhang 7: Rohdaten Fragebogen

Tabelle 41: Frage 4b: „Mit welcher Begründung wurde Ihr Rehabilitationsantrag (zuerst) abgelehnt?“

Antwortmöglichkeit	N	% (von N = 189 Gesamt- nennungen)
Aus medizinischer Sicht sei eine Rehabilitation nicht erforderlich.	46	24,3 %
Eine andere Begründung und zwar:	36	19,0 %
Die Vier-Jahres-Frist (zwischen zwei Rehabilitationen) war noch nicht abgelaufen.	34	18,0 %
Die Rehabilitationsfähigkeit sei nicht gegeben.	21	11,1 %
Die Durchführung einer Rehabilitation sei nicht Erfolg versprechend.	17	9,0 %
Mein Antrag wurde ohne Begründung abgelehnt.	17	9,0 %
Meine Erwerbsfähigkeit sei nicht erheblich gefährdet oder gemindert.	15	7,9 %
Ich wäre meiner Mitwirkungspflicht (Einreichung von Unterlagen, persönliches Erscheinen) nicht nachgekommen.	2	1,1 %
Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen seien nicht erfüllt (z. B. Wartezeit nicht erfüllt, nicht ausreichend Pflichtbeiträge eingezahlt).	1	0,5 %
Der Rehabilitationsantrag sollte in einen Rentenanspruch umgewandelt werden.	0	0,0 %
Ich hätte aufgrund des Bezugs anderer Leistungen (z.B. Rente, Versorgung) keinen Anspruch auf eine Rehabilitation.	0	0,0 %
Mir fehle die erforderliche Krankheitseinsicht bzw. der Wille zur aktiven Mitarbeit.	0	0,0 %

Tabelle 42: Frage 4c: „Haben Sie Widerspruch oder Klage gegen die Ablehnung des Rehabilitationsantrags eingelegt?“

Antwortmöglichkeit	N	%
Ja	85	6,4 %
Nein, aber ich habe es noch vor.	4	0,3 %
Nein	73	5,5 %
keine Angabe	1156	87,7 %

Anhang 7: Rohdaten Fragebogen

Tabelle 43: Frage 5a: „Haben Sie die Rehabilitation angetreten bzw. werden sie sie antreten?“

Antwortmöglichkeit	N	%
Ja, ich habe sie angetreten.	993	75,3 %
Ja, ich werde sie antreten.	84	6,4 %
Nein, ich habe sie nicht angetreten.	20	1,5 %
Nein, ich werde sie nicht antreten.	4	0,3 %
keine Angabe	217	16,5 %

Tabelle 44: Frage 5b „Warum haben Sie Ihre Rehabilitation nicht angetreten bzw. werden sie nicht antreten?“

Antwortmöglichkeit	N	%
Der bewilligte Zeitpunkt der Rehabilitation war ungünstig.	12	0,9 %
Anderer Grund und zwar:	12	0,9 %
Die bewilligte Klinik hatte nicht die von mir benötigte Ausstattung (...).	3	0,2 %
Die bewilligte Klinik war nicht die von mir gewünschte.	3	0,2 %
Zum Zeitpunkt der Bewilligung war die Rehabilitation nicht mehr notwendig.	1	0,1 %
keine Angabe	1287	97,6 %

Tabelle 45: Frage 6a: „Haben Sie von Ihrem Wunsch- und Wahlrecht gewusst?“

Antwortmöglichkeit	N	%
Ja.	636	48,3 %
Nein	627	47,6 %
keine Angabe	55	4,2 %

Tabelle 46: Frage 7a: „Hatten Sie bestimmte Wünsche bezüglich der Auswahl der Rehabilitationsklinik?“

Antwortmöglichkeit	N	%
Ja.	792	60,1 %
Nein	403	30,6 %
keine Angabe	123	9,3 %

Tabelle 47: Frage 7b: „Haben Sie Ihre Wünsche der Rentenversicherung oder Krankenkasse mitgeteilt?“

Antwortmöglichkeit	N	%
Nein	349	26,5 %
Ja, mündlich	215	16,3 %
Ja, schriftlich	161	12,2 %
keine Angabe	593	45,0 %

Anhang 7: Rohdaten Fragebogen

Tabelle 48: Frage 7c: „Hat die Person, die Ihnen beim Stellen des Rehabilitationsantrags geholfen bzw. den Rehabilitationsantrag für Sie gestellt hat, Ihre Wünsche der Rentenversicherung oder Krankenkasse mitgeteilt?“

Antwortmöglichkeit	N	%
Nein, ich habe den Antrag allein gestellt.	109	8,3 %
Nein	85	6,4 %
Ja	368	27,9 %
Weiß ich nicht.	175	13,3 %
keine Angabe	581	44,1 %

Tabelle 49: Frage 7d: „Sind Ihre Wünsche berücksichtigt worden?“

Antwortmöglichkeit	N	%
Ja	422	32,0 %
Nein	69	5,2 %
teils/teils	54	4,1 %
keine Angabe	773	58,7 %

Tabelle 50: Frage 7e: „Welche Begründung wurde Ihnen für die Ablehnung Ihrer Wünsche genannt?“

Antwortmöglichkeit	N	% (von N = 121 Gesamtnennungen)
Auf meinen Wunsch wurde im Bescheid nicht eingegangen.	38	31,4 %
Eine andere Begründung und zwar:	30	24,8 %
In der von mir gewünschten Klinik waren keine Plätze frei.	24	19,8 %
Die von mir gewünschte Klinik wurde als medizinisch / fachlich ungeeignet angesehen.	14	11,6 %
Die von mir gewünschte Klinik hatte keinen Versorgungsvertrag mit dem Rehabilitationsträger.	8	6,6 %
Meine Wünsche wurden ohne Begründung abgelehnt.	5	4,1 %
Meine Wünsche wären zu teuer / hätten Mehrkosten verursacht.	2	1,7 %

Anhang 7: Rohdaten Fragebogen

Tabelle 51: Frage 7f: „Die Rentenversicherung bzw. Krankenkasse hat in Ihrem Bescheid...“

Antwortmöglichkeit	N	%
keine konkreten Angaben zur Höhe der Kosten, die sie bereit wäre zu übernehmen, gemacht.	33	2,5 %
nur erklärt, dass sie die Kosten bis zu dem Preis einer Vertragsklinik übernehmen will, ohne einen bestimmten Betrag zu nennen.	15	1,1 %
einen bestimmten Höchstbetrag genannt, bis zu dem sie die Kosten trägt.	6	0,5 %
Etwas anderes und zwar:	4	0,3 %
einen Festbetrag genannt, den sie zu zahlen bereit wäre.	2	0,2 %
keine Angabe	1258	95,4 %

Tabelle 52: Frage 8a: „Haben Sie nach der Bewilligung der Rehabilitationsmaßnahme Widerspruch gegen die bewilligte Rehabilitationsklinik eingelegt?“

Antwortmöglichkeit	N	%
Ja	46	3,5
Nein	996	75,6
keine Angabe	276	21,0

Anhang 8: weitere Abbildungen

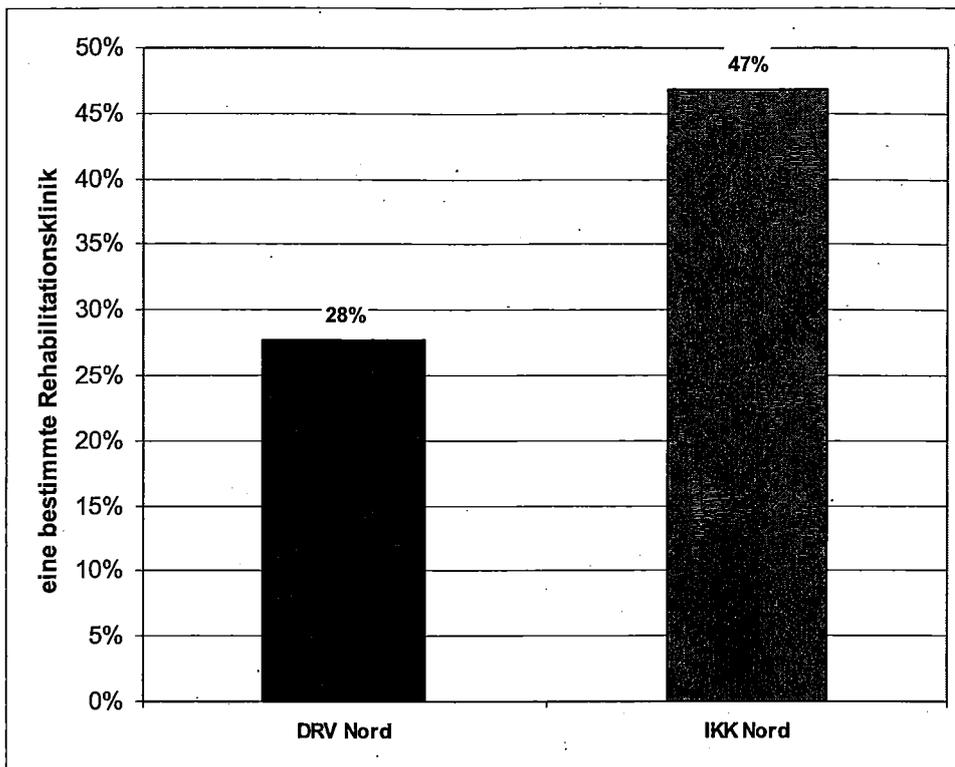


Abbildung 42: Wunsch nach einer bestimmten Rehabilitationseinrichtung nach Leistungsträger

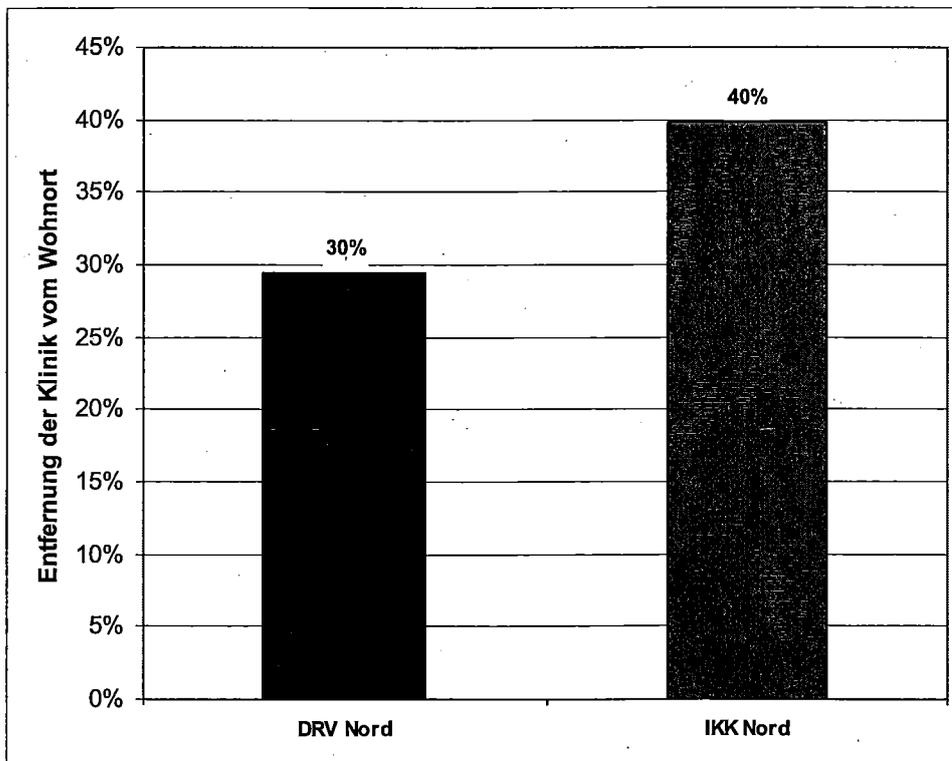


Abbildung 43: Wunsch nach einer bestimmten Entfernung der Einrichtung vom Wohnort nach Leistungsträger

Anhang 8: weitere Abbildungen

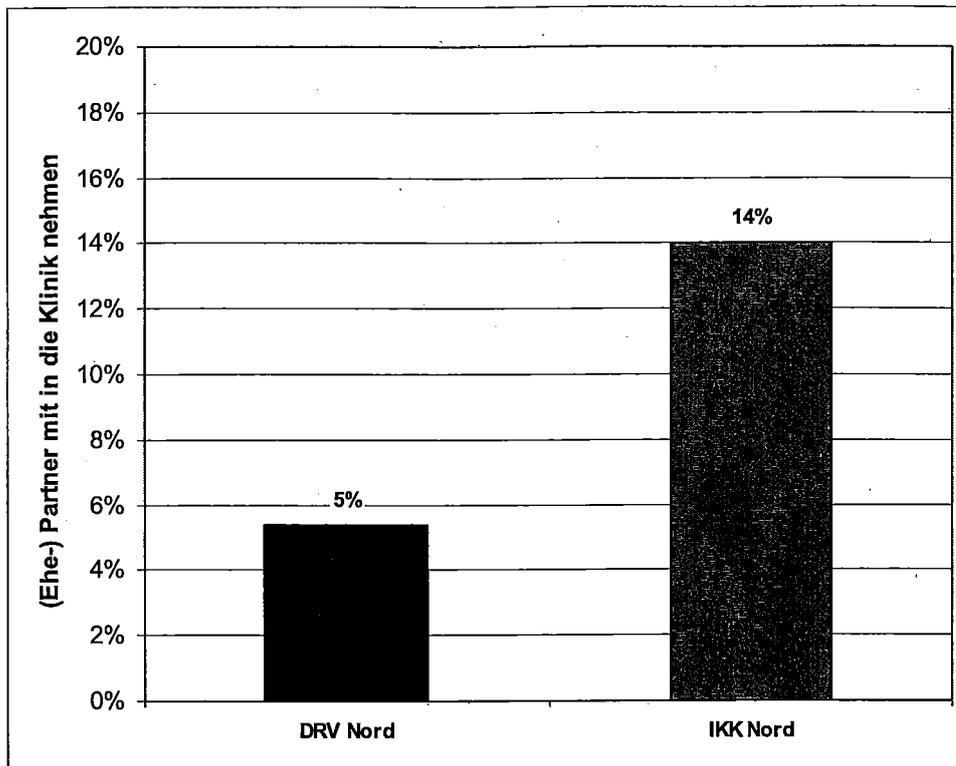


Abbildung 44: Wunsch den (Ehe-) Partner mit in die Einrichtung zu nehmen nach Leistungsträger

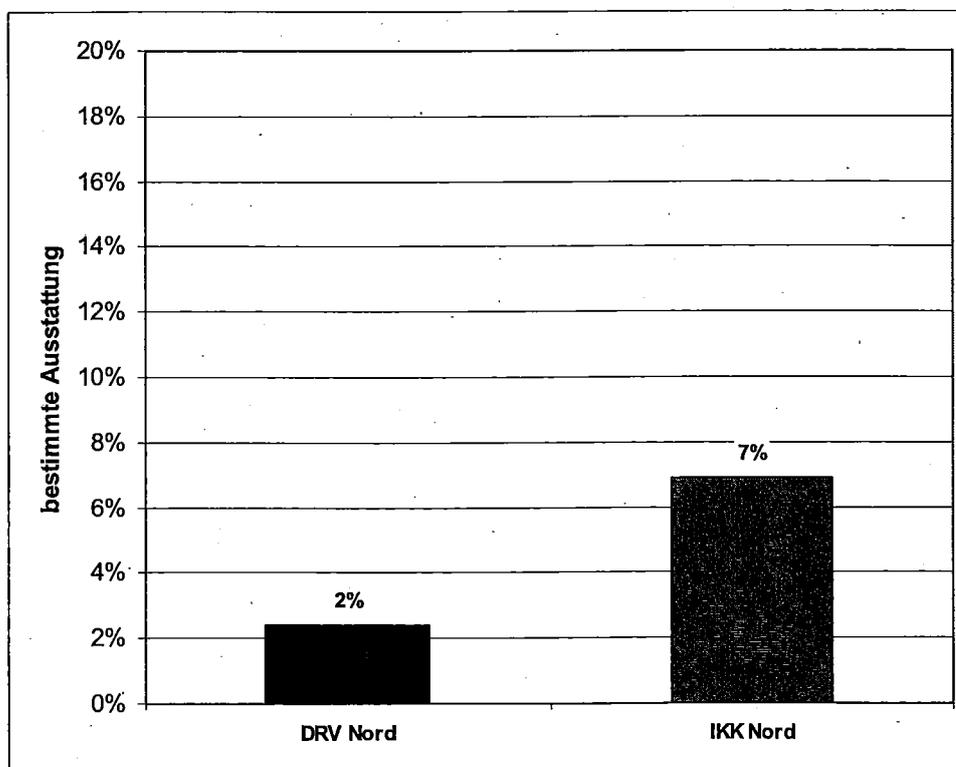


Abbildung 45: Wunsch nach einer bestimmten Ausstattung der Einrichtung nach Leistungsträger

Anhang 8: weitere Abbildungen

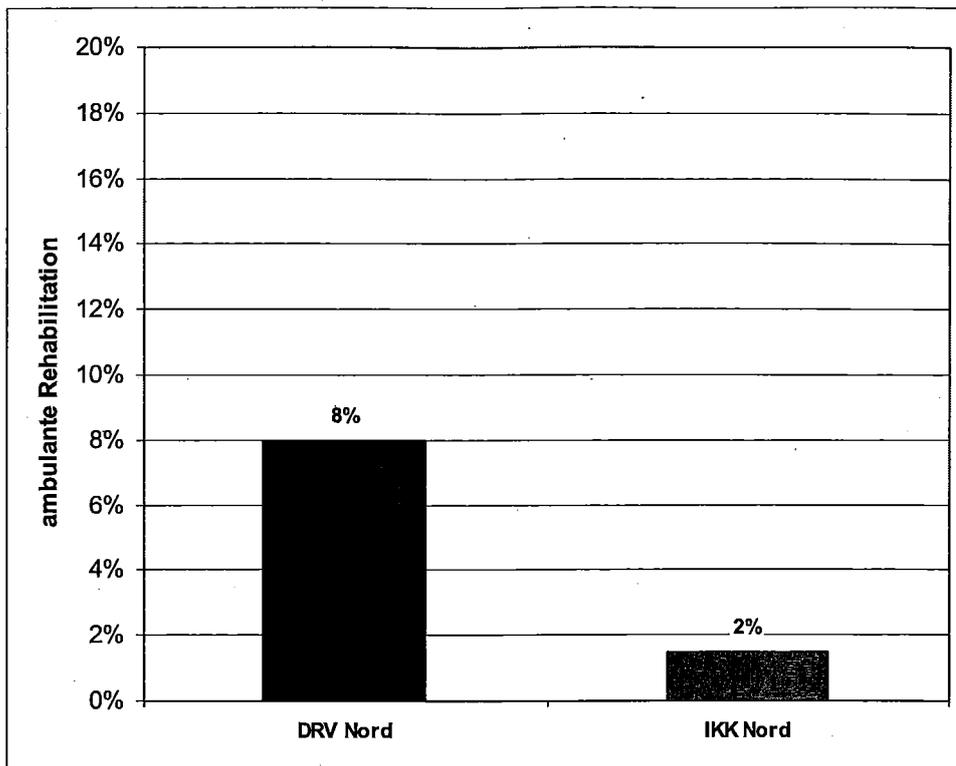


Abbildung 46: Wunsch nach ambulanter Rehabilitation nach Leistungsträger

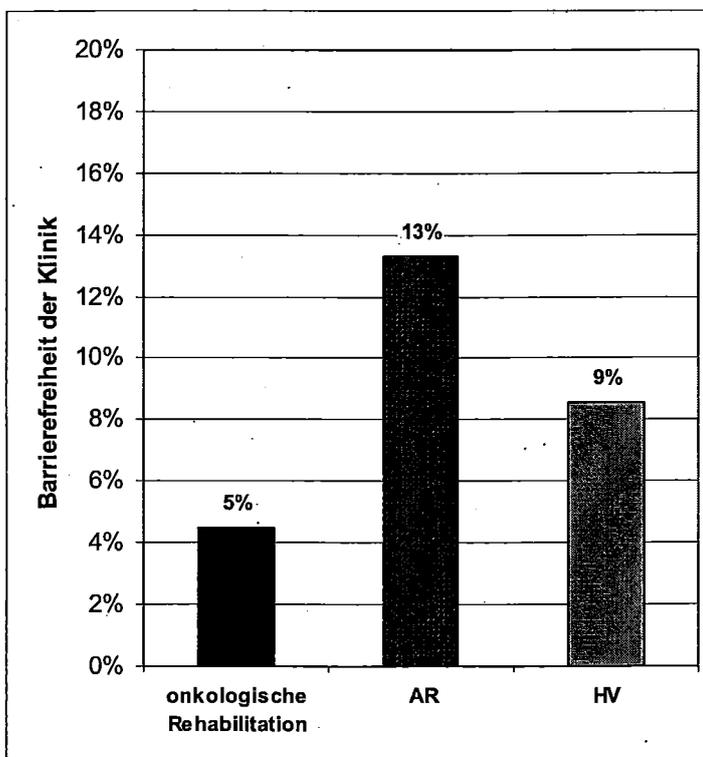


Abbildung 47: Wunsch nach Informationen über die Barrierefreiheit der Einrichtung nach beantragter Rehabilitationsform

Anhang 8: weitere Abbildungen

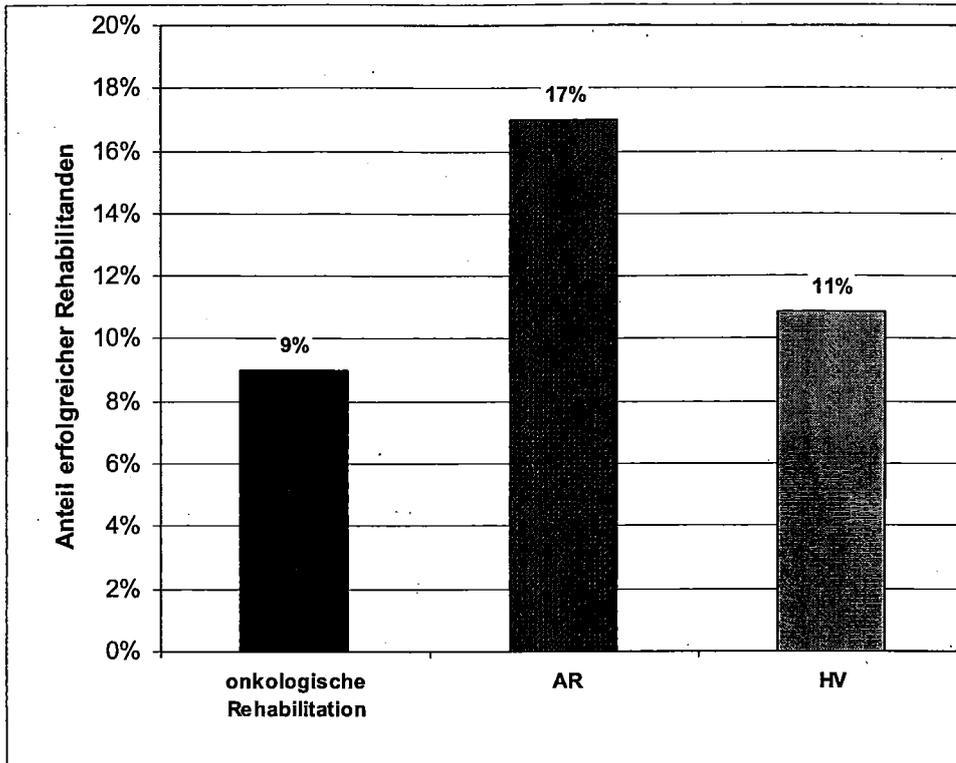


Abbildung 48: Wunsch nach Informationen über den Anteil von Patienten, deren Rehabilitation erfolgreich durchgeführt wurde nach beantragter Rehabilitationsform

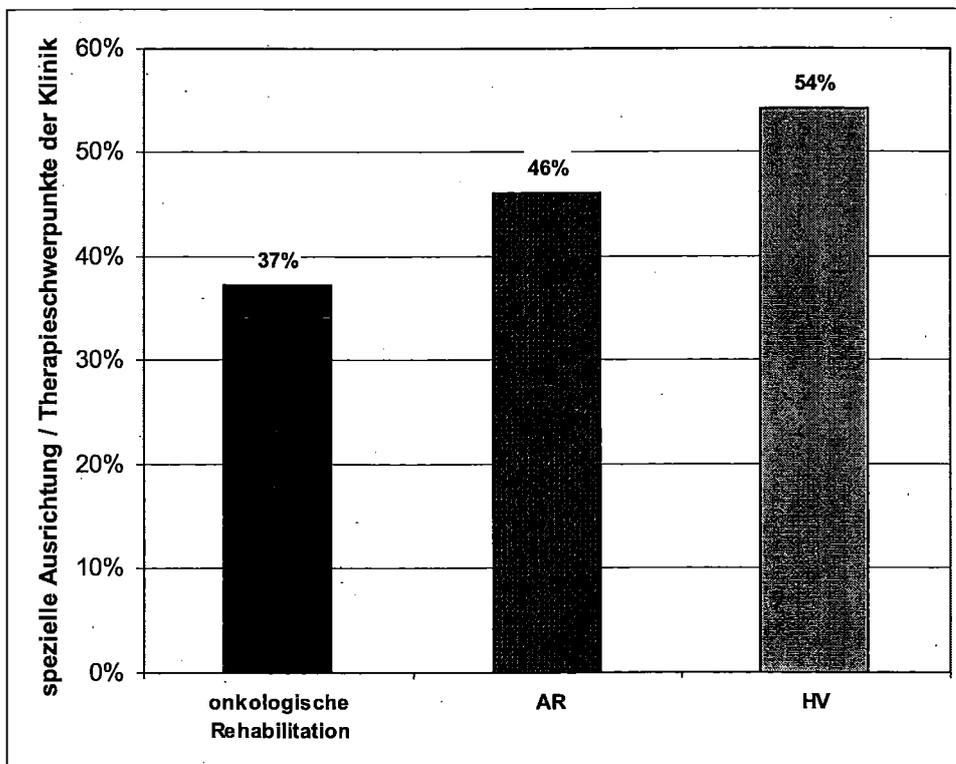


Abbildung 49: Wunsch nach Informationen über die spezielle Ausrichtung / Therapieschwerpunkte der Einrichtung nach beantragter Rehabilitationsform

Anhang 8: weitere Abbildungen

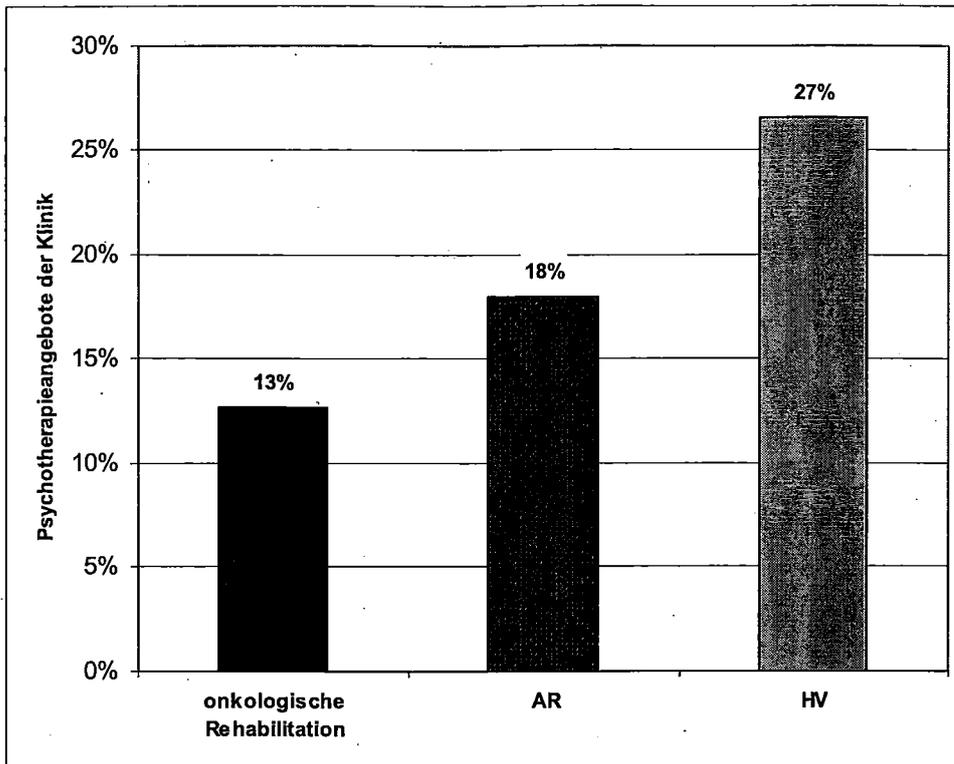


Abbildung 50: Wunsch nach Informationen über die Psychotherapieangebote der Einrichtung nach beantragter Rehabilitationsform

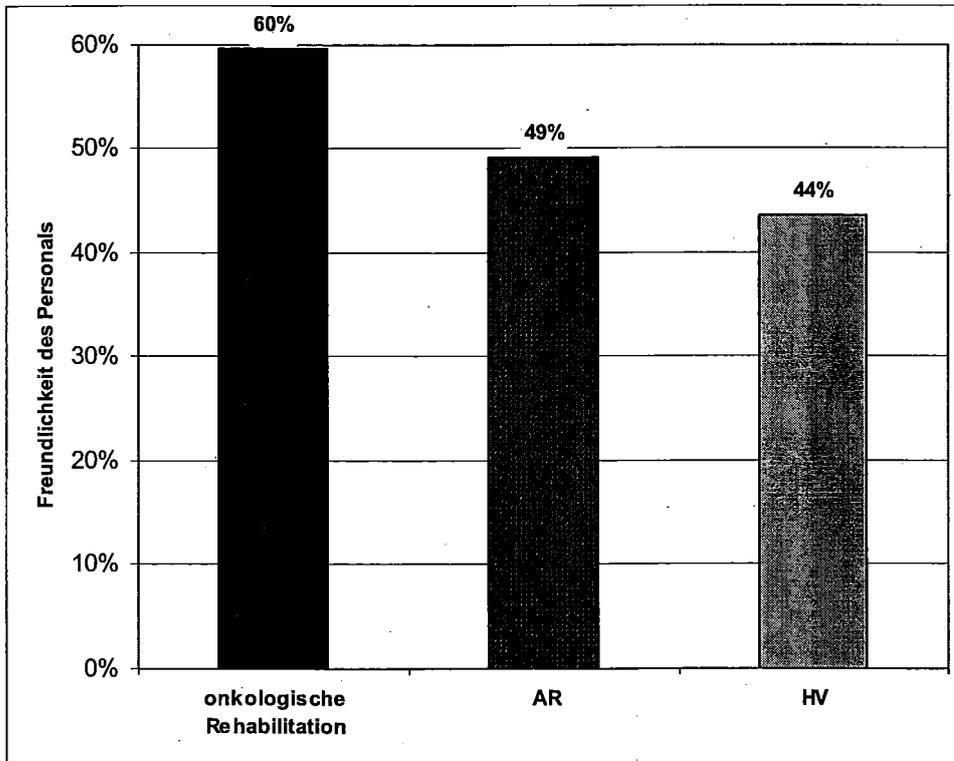


Abbildung 51: Wunsch nach Informationen über die Freundlichkeit des Personals nach beantragter Rehabilitationsform

Anhang 8: weitere Abbildungen

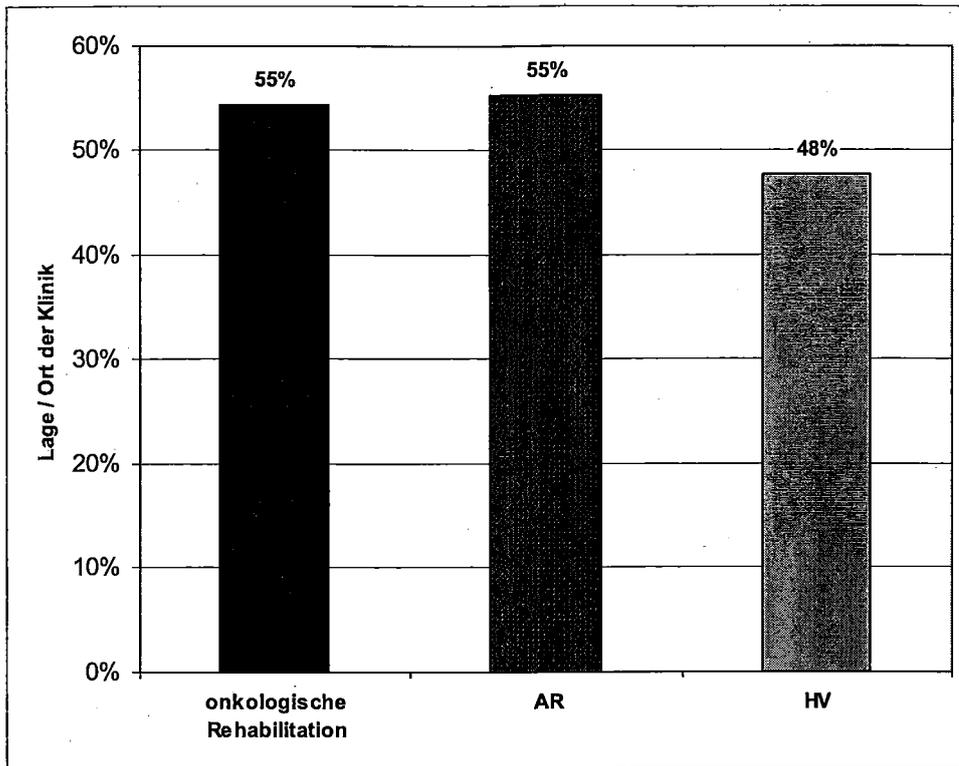


Abbildung 52: Wunsch nach Informationen über die Lage / den Ort der Einrichtung nach beantragter Rehabilitationsform

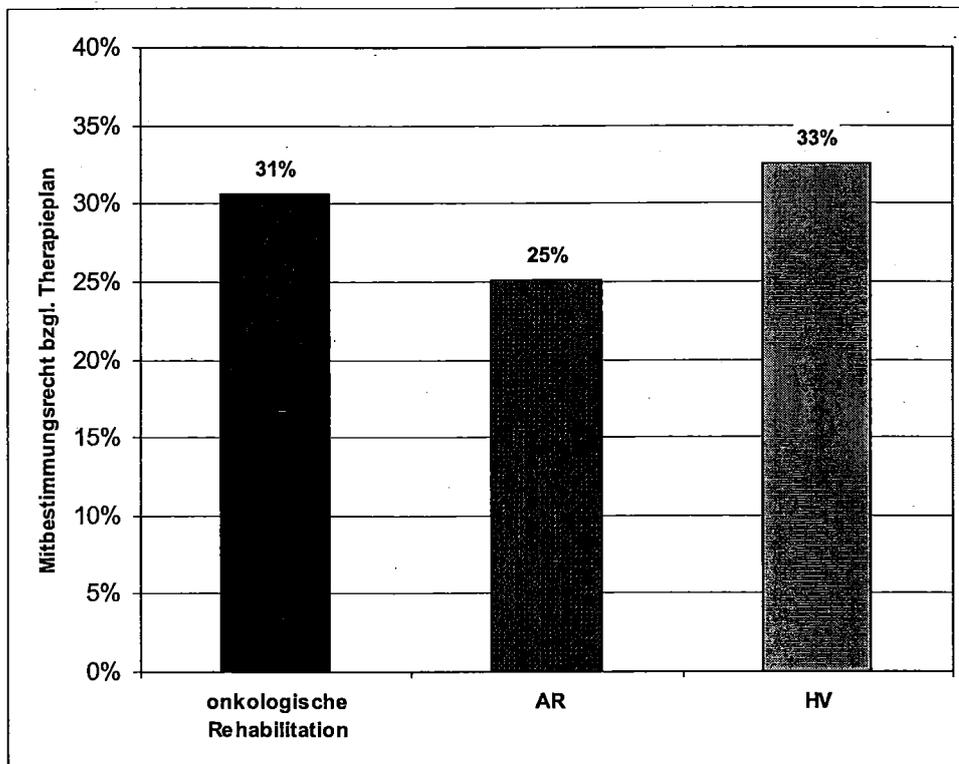


Abbildung 53: Wunsch nach Informationen über das Mitbestimmungsrecht des Rehabilitanden bezüglich des Therapieplans nach beantragter Rehabilitationsform

**Fragebogen zum Wunsch- und Wahlrecht
in der medizinischen Rehabilitation**

/ xxxx

Bitte lesen Sie jede Frage ganz genau durch!**Bearbeiten Sie die Fragen in der vorgegebenen Reihenfolge!**

Kreuzen Sie die Antwortmöglichkeit an, die für Sie zutrifft.

Wenn Sie sich bei einer Antwort nicht sicher sind, wählen Sie die Antwort, die am ehesten auf Sie zutrifft. Wo es erforderlich ist, tragen Sie Ihre Antwort bitte gut leserlich auf der entsprechenden Linie  _____ ein.

Anhang 9: Survey-Fragebogen

1 Wie häufig haben Sie **bisher** an einer **Rehabilitation** teilgenommen?

(Bitte zählen Sie gegebenenfalls auch abgebrochene Rehabilitationen mit.)

noch nie

einmal

mehr als einmal

2 Wegen welcher Erkrankung / Behinderung haben Sie Ihren **letzten** Rehabilitationsantrag gestellt? Wenn Sie Ihren letzten Rehabilitationsantrag nicht selbst gestellt haben, wegen welcher Erkrankung / Behinderung wurde Ihr Rehabilitationsantrag für Sie gestellt?



3a Welche Art der Rehabilitation haben Sie bei Ihrem letzten Rehabilitationsantrag beantragt bzw. wurde für Sie beantragt?

eine **Rehabilitation** im Anschluss an die Behandlung einer **Krebserkrankung**

eine **Anschlussheilbehandlung** nach einem Krankenhausaufenthalt (Beginn max. 14 Tage nach der Entlassung aus dem Krankenhaus)

eine **Heilbehandlung** ohne direkt vorangegangenen Krankenhausaufenthalt ...

weiß ich nicht

Anhang 9: Survey-Fragebogen

3b Wer hat Ihnen beim Stellen Ihres letzten Rehabilitationsantrags geholfen? Wenn Sie Ihren letzten Rehabilitationsantrag nicht selbst gestellt haben, wer hat Ihren letzten Rehabilitationsantrag für Sie gestellt? (mehrere Kreuze möglich)

- niedergelassene(r) Arzt / Ärztin (in einer Praxis / außerhalb vom Krankenhaus)
- Sozialdienst im Krankenhaus (Sozialarbeiter / Sozialarbeiterin)
- Arzt / Ärztin im Krankenhaus
- die Rehabilitationseinrichtung selbst
- Pflegekraft.....
- Bekannte / Freunde / Familie
- Berater / Beraterin der Rentenversicherung oder Krankenkasse
- Versichertenältester / Versichertenälteste
- Berater / Beraterin eines Sozialverbands (z.B. SoVD, VdK), eines Wohlfahrtsverbands (z.B. Diakonie, AWO) oder einer Gewerkschaft
- Selbsthilfegruppe
- Ich habe den Antrag alleine gestellt.

Jemand anderes und zwar:



4a Wurde Ihr letzter Rehabilitationsantrag bewilligt?

- Ja, der Antrag wurde direkt bewilligt.
- Ja, der Antrag wurde nach meinem Widerspruch / meiner Klage bewilligt.
- Nein, der Antrag wurde abgelehnt.
- Nein, ich habe den Antrag zurückgezogen.
- Weiß ich nicht, ich habe den (endgültigen) Bescheid noch nicht bekommen.

Anhang 9: Survey-Fragebogen

4b Bitte beantworten Sie diese Frage nur, wenn Ihr Rehabilitationsantrag abgelehnt wurde (auch wenn er später bewilligt wurde):

Mit welcher Begründung wurde Ihr Rehabilitationsantrag (zuerst) abgelehnt?

- Mein Antrag wurde ohne Begründung abgelehnt.
- Die Vier-Jahres-Frist (zwischen zwei Rehabilitationen) war noch nicht abgelaufen.
- Meine Erwerbsfähigkeit sei nicht erheblich gefährdet oder gemindert.
- Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen seien nicht erfüllt (z. B. Wartezeit nicht erfüllt, nicht ausreichend Pflichtbeiträge eingezahlt).
- Der Rehabilitationsantrag sollte in einen Rentenantrag umgewandelt werden.
- Die Durchführung einer Rehabilitation sei nicht Erfolg versprechend.
- Die Rehabilitationsfähigkeit sei nicht gegeben.
- Ich wäre meiner Mitwirkungspflicht (Einreichung von Unterlagen, persönliches Erscheinen) nicht nachgekommen.
- Ich hätte aufgrund des Bezugs anderer Leistungen (z.B. Rente, Versorgung) keinen Anspruch auf eine Rehabilitation.
- Mir fehle die erforderliche Krankheitseinsicht bzw. der Wille zur aktiven Mitarbeit.
- Aus medizinischer Sicht sei eine Rehabilitation nicht erforderlich.

Eine andere Begründung und zwar:



4c Bitte beantworten Sie diese Frage nur, wenn Ihr Rehabilitationsantrag abgelehnt wurde: Haben Sie **Widerspruch** oder **Klage** gegen die Ablehnung des Rehabilitationsantrags eingelegt?

Ja

Nein, aber ich habe es noch vor.

Nein

5a Bitte beantworten Sie diese Frage nur, wenn Ihr Rehabilitationsantrag bewilligt wurde: Haben Sie die Rehabilitation angetreten bzw. werden Sie sie antreten?

Ja, ich habe sie angetreten.

Ja, ich werde sie antreten.

Nein, ich habe sie nicht angetreten.

Nein, ich werde sie nicht antreten.

Anhang 9: Survey-Fragebogen

- 5b** Bitte beantworten Sie diese Frage nur, wenn Sie Ihre Rehabilitation nicht angetreten haben bzw. nicht antreten werden: **Warum haben Sie Ihre Rehabilitation nicht angetreten bzw. warum werden Sie Ihre Rehabilitation nicht antreten?**

Die bewilligte Klinik hatte nicht die von mir benötigte Ausstattung (z.B. rollstuhlgerecht, behindertengerecht).

Die bewilligte Klinik war nicht die von mir gewünschte.

Der bewilligte Zeitpunkt der Rehabilitation war ungünstig.

Zum Zeitpunkt der Bewilligung war die Rehabilitation nicht mehr notwendig. ..

Anderer Grund und zwar:



- 6A** Das Sozialgesetzbuch sieht das **Wunsch- und Wahlrecht** vor. Das bedeutet: **Sie** haben bei der Stellung eines Rehabilitationsantrags das Recht **mitzubestimmen**, in welcher Rehabilitationseinrichtung bzw. in welchem Ort Ihre Rehabilitation stattfinden soll. Haben Sie von **Ihrem Wunsch- und Wahlrecht** gewusst?

Ja

Nein

- 6b** Bitte beantworten Sie diese Frage nur, wenn Sie von Ihrem Wunsch- und Wahlrecht gewusst haben: Wer hat Sie über Ihr Wunsch- und Wahlrecht informiert? (mehrere Kreuze möglich)

niedergelassene(r) Arzt / Ärztin (in einer Praxis / außerhalb vom Krankenhaus)

Sozialdienst im Krankenhaus (Sozialarbeiter / Sozialarbeiterin)

Arzt / Ärztin im Krankenhaus

die Rehabilitationseinrichtung selbst

Pflegekraft.....

Bekannte / Freunde / Familie

Berater / Beraterin der Rentenversicherung oder Krankenkasse

Versichertenältester / Versichertenälteste

Berater / Beraterin eines Sozialverbands (z.B. SoVD, VdK), eines Wohlfahrtsverbands (z.B. Diakonie, AWO) oder einer Gewerkschaft

Selbsthilfegruppe

Ich habe mich selbst informiert (z.B. durch Internet, Broschüren).

Jemand anderes und zwar:



Anhang 9: Survey-Fragebogen

7A Hatten Sie bestimmte **Wünsche** bezüglich der **Auswahl der Rehabilitationsklinik**?

- Nein Ja, mein Wunsch bezog sich auf... **(mehrere Kreuze möglich)**
- eine bestimmte Rehabilitationsklinik
- den (Stand-) Ort der Klinik (Stadt / Region / Bundesland)
- die Entfernung der Klinik vom Wohnort
- die Möglichkeit, den (Ehe-) Partner mit in die Klinik zu nehmen
- die Möglichkeit, ein Kind / Kinder mit in die Klinik zu nehmen
- die Möglichkeit, von einer bekannten Hilfs- bzw. Pflegeperson in
 die Klinik begleitet zu werden
- die Möglichkeit, in der Klinik von einer gleichgeschlechtlichen
 Person gepflegt zu werden
- die religiöse Ausrichtung der Rehabilitationsklinik
- eine bestimmte Ausstattung der Klinik (rollstuhlgerecht, behinder-
 tengerecht)
- die Möglichkeit an einer ambulanten Rehabilitation (Therapien in
 der Klinik, Übernachtung zu Hause) teilzunehmen

Ich hatte einen anderen Wunsch und zwar:

 _____

7b Bitte beantworten Sie diese Frage nur, wenn Sie einen der in Frage 7a genannten Wünsche hatten: Haben Sie selbst Ihre Wünsche der Rentenversicherung oder Krankenkasse mitgeteilt?

- Nein Ja, mündlich Ja, schriftlich

7c Bitte beantworten Sie diese Frage nur, wenn Sie einen der in Frage 7a genannten Wünsche hatten: Hat die Person, die Ihnen beim Stellen des Rehabilitationsantrags geholfen bzw. den Rehabilitationsantrag für Sie gestellt hat, Ihre Wünsche der Rentenversicherung oder Krankenkasse mitgeteilt?

- Nein, ich habe den Nein Ja Weiß ich nicht.
Antrag allein gestellt.

Anhang 9: Survey-Fragebogen

7d Bitte beantworten Sie diese Frage nur, wenn Sie oder jemand anderes Ihre Wünsche bezüglich der Auswahl der Rehabilitationsklinik der Rentenversicherung oder Krankenkasse mitgeteilt haben:

Sind Ihre Wünsche **berücksichtigt** worden?

Ja

teils / teils

Nein

7e Bitte beantworten Sie diese Frage nur, wenn Ihre Wünsche nicht berücksichtigt wurden: Welche Begründung wurde Ihnen für die Ablehnung Ihrer Wünsche genannt?

Auf meinen Wunsch wurde im Bescheid nicht eingegangen.

Meine Wünsche wurden ohne Begründung abgelehnt.

Meine Wünsche wären zu teuer / hätten Mehrkosten verursacht.

Die von mir gewünschte Klinik wurde als medizinisch / fachlich ungeeignet angesehen.

In der von mir gewünschten Klinik waren keine Plätze frei.

Die von mir gewünschte Klinik hatte keinen Versorgungsvertrag mit dem Rehabilitationsträger.

Eine andere Begründung und zwar:



Anhang 9: Survey-Fragebogen

7f Bitte beantworten Sie diese Frage nur, wenn die Rentenversicherung oder Krankenkasse nur bereit war, Ihrem Wunsch nachzukommen, wenn Sie die damit verbundenen Mehrkosten selbst tragen würden:

Die Rentenversicherung bzw. die Krankenkasse hat in ihrem Bescheid...

einen bestimmten Höchstbetrag genannt, bis zu dem sie die Kosten trägt.

einen Festbetrag genannt, den sie zu zahlen bereit wäre.

nur erklärt, dass sie die Kosten bis zu dem Preis einer Vertragsklinik übernehmen will, ohne einen bestimmten Betrag zu nennen.

keine konkreten Angaben zur Höhe der Kosten, die sie bereit wäre zu übernehmen, gemacht.

Etwas anderes und zwar:

 _____

8a Bitte beantworten Sie diese Frage nur, wenn Ihr Rehabilitationsantrag bewilligt wurde: Haben Sie nach der Bewilligung Ihrer letzten Rehabilitation Widerspruch gegen die bewilligte Rehabilitationsklinik eingelegt?

Ja

Nein

8b Bitte beantworten Sie diese Frage nur, wenn Sie Widerspruch gegen die bewilligte Rehabilitationsklinik eingelegt haben:

Aus welchem Grund haben Sie Widerspruch eingelegt?

 _____

Anhang 9: Survey-Fragebogen

- 9 Bitte stellen Sie sich vor, Sie würden demnächst (wieder) an einer Rehabilitation teilnehmen. Ihnen werden mehrere geeignete Kliniken zur Auswahl vorgeschlagen. Welche **Informationen** wären für Sie besonders wichtig, um sich für eine der Kliniken entscheiden zu können? Bitte kreuzen Sie die **fünf** wichtigsten Punkte an!

Folgende **fünf Informationen** wären mir besonders wichtig...

- | | |
|---|--------------------------|
| Barrierefreiheit (rollstuhlgerecht, behindertengerecht) der Klinik | <input type="checkbox"/> |
| Ausstattung der Klinik (z. B. Schwimmbad, Fitnessräume) | <input type="checkbox"/> |
| Personalschlüssel (Anzahl Rehabilitanden pro Therapeut / Behandler) | <input type="checkbox"/> |
| Anteil von Patienten, deren Rehabilitation erfolgreich durchgeführt wurde | <input type="checkbox"/> |
| spezielle Ausrichtung / Therapieschwerpunkte der Klinik | <input type="checkbox"/> |
| Psychotherapieangebote der Klinik | <input type="checkbox"/> |
| Therapieangebote der Klinik (ausgenommen Psychotherapieangebote) | <input type="checkbox"/> |
| Individualität der Behandlung des Rehabilitanden | <input type="checkbox"/> |
| Qualifikation des Behandlungsteams | <input type="checkbox"/> |
| Freundlichkeit des Personals | <input type="checkbox"/> |
| Lage / Ort der Klinik | <input type="checkbox"/> |
| Nachsorgeangebot der Klinik | <input type="checkbox"/> |
| Möglichkeit, ein Kind / Kinder mitzunehmen | <input type="checkbox"/> |
| Möglichkeit, den (Ehe-) Partner mitzunehmen | <input type="checkbox"/> |
| Möglichkeit, ein Haustier mitzunehmen | <input type="checkbox"/> |
| Möglichkeit, eine Hilfs- bzw. Pflegeperson mitzunehmen | <input type="checkbox"/> |
| Möglichkeit der gleichgeschlechtlichen Pflege in der Klinik | <input type="checkbox"/> |
| Möglichkeit einer bestimmten Ernährungsweise in der Klinik | <input type="checkbox"/> |
| religiöse Ausrichtung der Klinik..... | <input type="checkbox"/> |
| Unterbringung in Einzel- bzw. Doppelzimmern | <input type="checkbox"/> |
| Mitbestimmungsrecht des Rehabilitanden bezüglich des Therapieplans | <input type="checkbox"/> |
| Eine andere Information und zwar über: | |



Anhang 9: Survey-Fragebogen

- 10 Denken Sie jetzt bitte an die **Informationen**, die Ihnen für die Auswahl zwischen verschiedenen geeigneten Rehabilitationskliniken wichtig erscheinen: In welcher **Form** würden Sie diese Informationen gerne zur Verfügung gestellt bekommen?

Bitte kreuzen Sie in **jeder** der vier Zeilen jeweils **nur ein** Kästchen (links oder rechts) an!

- | | | |
|--|------|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Broschüre | oder | <input type="checkbox"/> Internetseite |
| 2. <input type="checkbox"/> vergleichende Darstellung verschiedener Kliniken | oder | <input type="checkbox"/> Einzelbewertung der Klinik |
| 3. <input type="checkbox"/> Erfahrungsberichte einzelner Rehabilitanden | oder | <input type="checkbox"/> durchschnittliche Daten aller Rehabilitanden |
| 4. <input type="checkbox"/> Selbstdarstellung der Kliniken | oder | <input type="checkbox"/> Darstellung der Kliniken durch eine unabhängige Einrichtung |

Zum Schluss noch einige Fragen zu Ihrer Person:

Welches Geschlecht haben

Sie?

weiblich

männlich

Wie alt sind Sie? Jahre

Leben Sie mit einem festen Partner zusammen?

Nein

Ja

Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

ohne Schulabschluss abgegangen

Haupt- / Volksschulabschluss

Polytechnische Oberschule

Realschulabschluss (Mittlere Reife)

Fachhochschulreife

Hochschulreife / Abitur

anderer Abschluss

Sind Sie zurzeit erwerbstätig?

Ja, voll berufstätig

Ja, mindestens halbtags

Ja, weniger als halbtags

Nein, Altersrente

Nein, in Ausbildung

Nein, arbeits- / erwerbslos

Nein, Krankengeldbezug

Nein, Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente / Erwerbsminderungsrente

Nein, Hausfrau / Hausmann

Anhang 9: Survey-Fragebogen

Wenn Sie zurzeit erwerbstätig sind, welchen Beruf üben Sie aus?

 _____

Wenn Sie zurzeit nicht erwerbstätig sind, welchen Beruf haben Sie zuletzt ausgeübt?

 _____

Wie lange waren Sie in den letzten 12 Monaten krank geschrieben?

- gar nicht bis zu 4 Wochen
 zwischen 4 Wochen und 3 Monaten zwischen 3 und 6 Monaten mehr als 6 Monate

Haben Sie eine anerkannte Behinderung (Behindertenausweis bzw. Feststellungsbescheid zum Grad der Behinderung von mindestens 20)?

Nein

Ja

Wenn ja, welchen Grad der Behinderung haben Sie?

- 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen im beigefügten Rückumschlag an das Institut für Sozialmedizin (das Porto zahlt das Institut für Sozialmedizin).

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

