



Medizinische Fakultät  
der Martin-Luther-Universität  
Halle-Wittenberg

## ABSCHLUSSBERICHT

für das Forschungsprojekt: „Nachverfolgung von  
Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der  
Pflegebegutachtung“

Golla, A.<sup>1</sup>, Richter, C.<sup>2</sup>, Mau, W.<sup>1</sup>, Saal, S.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Institut für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

<sup>2</sup>Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

---

Projektträger

GKV-Spitzenverband  
Reinhardstraße 28, 10117 Berlin

---

---

**Projektleitung**

Dr. rer. medic. Susanne Saal  
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft  
Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
Magdeburger Straße 8  
06112 Halle (Saale)  
E-Mail: susanne.saal@uk-halle.de  
Tel: +49 (0)345 557 4474

Prof. Dr. Wilfried Mau  
Institut für Rehabilitationsmedizin  
Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
Magdeburger Straße 8  
06112 Halle (Saale)  
E-Mail: wilfried.mau@medizin.uni-halle.de  
Tel: +49 (0)345 557 4204

**Projektmitarbeiter\*innen**

Cynthia Richter (Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft)  
E-Mail: cynthia.richter@medizin.uni-halle.de; Tel: +49 (0)345 557 4436

André Golla (Institut für Rehabilitationsmedizin)  
E-Mail: andre.golla@medizin.uni-halle.de; Tel: +49 (0)345 557 4268

**Projektlaufzeit**

01/2019 – 09/2019

**Projektbegleitende  
Arbeitsgruppe**

Frau Anja Dänner (GKV-Spitzenverband)  
Frau Julia Wallrabe (GKV-Spitzenverband)  
Herr Gerd Kukla (GKV-Spitzenverband)  
Frau Bärbel Wagner (AOK Bundesverband)  
Frau Ramona Auer (AOK Baden-Württemberg)  
Frau Edelinde Eusterholz (Verband der Ersatzkassen)  
Frau Belinda Hernig (Verband der Ersatzkassen)  
Frau Linda Feßer (BKK Dachverband)  
Herr Harry Walther (IKK classic)  
Herr Michael Kühlborn (Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau)  
Frau Sabine Tenberge (Knappschaft)  
Frau Katrin Breuninger (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen)  
Frau Dr. Sabine Grotkamp (Sozialmedizinische Expertengruppe  
„Leistungsbeurteilung/Teilhabe“, MDK Niedersachsen)

---

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>1</b>	<b>KURZZUSAMMENFASSUNG</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>EINLEITUNG</b> .....	<b>3</b>
2.1	HINTERGRUND DES FORSCHUNGS-AUFTRAGS .....	3
2.2	AKTUELLER FORSCHUNGSSTAND .....	5
<b>3</b>	<b>FORSCHUNGSLEITFRAGEN</b> .....	<b>8</b>
<b>4</b>	<b>METHODIK</b> .....	<b>9</b>
4.1	STUDIENDESIGN.....	9
4.2	STUDIENPOPULATION UND AKQUISESTRATEGIE .....	9
4.3	DATENERHEBUNG UND –AUSWERTUNG .....	11
4.3.1	<i>Entwicklung der Interviewleitfäden</i> .....	11
4.3.2	<i>Interviewdurchführung</i> .....	12
4.3.3	<i>Auswertung der Interviews</i> .....	13
4.4	DATENSCHUTZ .....	14
<b>5</b>	<b>ERGEBNISSE</b> .....	<b>15</b>
5.1	CHARAKTERISTIK DER INTERVIEWTEILNEHMENDEN .....	15
5.2	KATEGORIENSYSTEM.....	16
5.3	PROZESSBESCHREIBUNG AUS SICHT DER AKTEUR*INNEN .....	18
5.3.1	<i>Prozessvariationen auf Akteur*innenebene</i> .....	18
5.3.2	<i>Kommunikation mit Versicherten zum Thema ‚Medizinische Rehabilitation‘</i> .....	23
5.3.3	<i>Rollenverständnis der Prozessakteur*innen</i> .....	25
5.3.4	<i>Verfahrensbewertung und Verbesserungswünsche aus Sicht der Prozessakteur*innen</i> .....	30
5.4	AKTEUR*INNENSEITIGE WAHRNEHMUNGEN DER VERSICHERTENPERSPEKTIVE .....	36
5.4.1	<i>Perspektive der Versicherten auf Rehabilitation aus Sicht der Prozessakteur*innen</i> .....	36
5.4.2	<i>Rolle der Angehörigen im Prozess der Rehabilitationsempfehlung</i> .....	38
5.5	WAHrgENOMMENE EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE ANTRAGSAUSLÖSUNG UND INANSPRUCHNAHME.....	41
5.5.1	<i>Versichertenseitige Einflussfaktoren</i> .....	42
5.5.2	<i>Verfahrensseitige Einflussfaktoren</i> .....	49
5.6	ERGEBNISSYNTHESE ZU DEN FORSCHUNGSFRAGEN .....	52
5.6.1	<i>Forschungsfrage 1: Einflussfaktoren auf die Antragsauslösung zur medizinischen Rehabilitation nach Rehabilitationsempfehlung aus der Pflegebegutachtung</i> .....	53
5.6.2	<i>Forschungsfrage 2: Einflussfaktoren auf die Rehabilitationsinanspruchnahme bei Bewilligung einer Rehabilitationsleistung</i> .....	54
<b>6</b>	<b>ERGEBNISDISKUSSION</b> .....	<b>56</b>
6.1	EINORDNUNG DER ERGEBNISSE IN DEN AKTUELLEN FORSCHUNGSSTAND.....	56
6.2	ABLEITUNG VON EMPFEHLUNGEN.....	58
6.2.1	<i>Empfehlungen – Medizinische Dienste</i> .....	58
6.2.2	<i>Empfehlungen – Pflegekassen</i> .....	60
6.2.3	<i>Empfehlungen – Krankenkassen</i> .....	60
6.2.4	<i>Verfahrensübergreifende Empfehlungen</i> .....	61
6.3	METHODENKRITISCHE WÜRDIGUNG.....	62
<b>7</b>	<b>FAZIT</b> .....	<b>64</b>
<b>8</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b> .....	<b>65</b>
<b>9</b>	<b>ANHANG</b> .....	<b>68</b>

# 1 Kurzzusammenfassung

---

## Hintergrund

Die bundeseinheitliche Einführung des optimierten Begutachtungsstandards (OBS) zur Beurteilung rehabilitativer Bedarfe im Rahmen der Pflegebegutachtung im Jahr 2015 führte zu einem Anstieg von Rehabilitationsempfehlungen, die Versicherten im Zuge der Beantragung von Pflegeleistungen ausgesprochen wurden. Es hat sich gezeigt, dass etwa 40% der Versicherten mit einer Rehabilitationsempfehlung einer Antragstellung auf medizinische Rehabilitation zustimmen und insgesamt etwa jede vierte Empfehlung in einer in Anspruch genommenen Rehabilitationsleistung mündet. Vor dem Hintergrund dieses Antrags- und Inanspruchnahmeverhaltens hat der Spitzenverband der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen das Projekt „Nachverfolgung von Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung“ in Auftrag gegeben.

## Ziel- und Fragestellung

Ziel dieses Projektes war es, die Gründe der fehlenden Zustimmung von Versicherten zur Rehabilitationsempfehlung in Folge einer Pflegebegutachtung sowie Gründe des Nichtantritts einer bewilligten Rehabilitationsleistung zu eruieren. Folgende zentrale Forschungsfragen wurden dazu bearbeitet: (1) Welche Faktoren beeinflussen, ob die im Rahmen der Pflegebegutachtung ausgesprochenen Rehabilitationsempfehlungen in einen Antrag auf Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach § 14 SGB IX i.V.m. § 31 Abs. 3 SGB XI münden? und (2) Welche Faktoren beeinflussen, ob die aus einer Pflegebegutachtung resultierenden, bewilligten Rehabilitationsmaßnahmen tatsächlich vom Versicherten in Anspruch genommen werden?

## Methodik

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden leitfadengestützte Experten\*inneninterviews mit Gutachter\*innen der Medizinischen Dienste, mit Sachbearbeiter\*innen und Teamleiter\*innen der Pflege- und Krankenkassen sowie mit Pflegeberater\*innen der Pflegekassen durchgeführt. Mit Ausnahme der Gutachter\*innen der Medizinischen Dienste, die mehrheitlich persönlich vor Ort interviewt wurden, fanden die Interviews telefonisch statt. Die Datenauswertung erfolgte mithilfe der Analysesoftware MAXQDA nach der Methode der systematischen Textverdichtung.

## Ergebnisse

Im Zeitraum von April bis Juni 2019 wurden Expert\*inneninterviews mit insgesamt 56 Mitarbeiter\*innen aus fünf Medizinischen Diensten (n=12), zehn Pflegekassen (n=21) und elf Krankenkassen (n=23) durchgeführt. Für die Zustimmung der Versicherten zur Rehabilitationsempfehlung und damit für die Auslösung eines Antrages auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Forschungsfrage 1) spielen aus Sicht der Prozessakteur\*innen neben soziodemografischen und persönlichkeitsbezogenen Merkmalen sowie gesundheitlichen und finanziellen Aspekten insbesondere rehabilitationsbezogene Erwartungen, Ängste und Präferenzen der Versicherten eine Rolle. Versichertenseitige Wünsche beziehen sich dabei vor allem auf die Rehabilitationsform, eine bestimmte Klinik, den Ort bzw. die Region, eine Begleitperson oder die Verfügbarkeit von Einzelzimmern. Ebenfalls von Bedeutung sind die häusliche Bindung der Versicherten und die Unterstützung ihres sozialen Netzwerks. Einflussfaktoren einer

Antragsauslösung, die sich aus dem Bearbeitungsverfahren ergeben, beziehen sich im Wesentlichen auf die unzureichende rehabilitationsbezogene Information und Beratung der Versicherten entlang des gesamten Leistungsprozesses sowie die Einbindung in den Entscheidungsprozess.

Einflussfaktoren auf die tatsächliche Inanspruchnahme bewilligter medizinischer Rehabilitationsleistungen (Forschungsfrage 2) sehen die Prozessakteur\*innen vor allem in einem zwischenzeitlich veränderten, insbesondere (akut) verschlechterten Gesundheitszustand der Versicherten sowie in Diskrepanzen zwischen den bewilligten Rehabilitationsleistungen und den rehabilitationsbezogenen Wünschen der Versicherten. Zu diesem Zeitpunkt können auch verfahrensseitige Faktoren dazu führen, dass Diskrepanzen entstehen und nicht aufgelöst werden können. Darüber hinaus haben Angehörige offenbar einen großen Einfluss auf die Entscheidung der Versicherten eine Rehabilitation in Anspruch zu nehmen.

### **Schlussfolgerungen**

Die generierten Hypothesen zu Versichertenmotiven der (Nicht-)Inanspruchnahme empfohlener Rehabilitationsleistungen sowie zu verfahrensseitigen Einflussfaktoren dienen als Grundlage für Empfehlungen, um die Begutachtungs- und Beratungsprozesse bei Versicherten mit einer Rehabilitationsindikation gezielter adressieren zu können. Zusätzlich sind auch verfahrensexterne Aspekte wie eine nicht flächendeckend verfügbare rehabilitative Angebotsstruktur für die betrachtete Zielgruppe zu berücksichtigen.

## 2 Einleitung

---

Das Forschungsprojekt ‚Nachverfolgung von Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung‘ erfolgte auf Initiative des GKV-Spitzenverbandes als wissenschaftliche Auftragsforschung. Auf Basis eines Vergabeverfahrens erhielt die Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, vertreten durch den Kanzler, dieser vertreten durch den Dekan der Medizinischen Fakultät Prof. Dr. Michael Gekle, den Zuschlag zur Durchführung der Studie. Die gemeinsame Projektleitung und -durchführung oblag dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft und dem Institut für Rehabilitationsmedizin.

Im Rahmen der Auftragsausschreibung wurden der zu untersuchende Sachverhalt, die methodische Grundausrichtung und die Studienpopulation vorgegeben. Demnach sollte mittels qualitativer Experteninterviews mindestens 40 Mitarbeiter\*innen aus Medizinischen Diensten sowie Pflege- und Krankenkassen – im weiteren als Prozessakteur\*innen bezeichnet – zu wahrgenommenen Einflussfaktoren auf die Antragsauslösung und Rehabilitationsinanspruchnahme der Versicherten befragt werden [1].

### 2.1 Hintergrund des Forschungsauftrags

Eine Pflegebegutachtung nach Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellt einen möglichen Zugangsweg zur medizinischen Rehabilitation dar, mit dem der Grundsatz „Rehabilitation vor und bei Pflege“ verfolgt wird. In den Begutachtungen zur Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI, die bei den Antragstellenden durch die Medizinischen Dienste durchgeführt werden, findet auch eine obligatorische Prüfung auf der Grundlage von spezifischen Richtlinien statt, ob eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation angezeigt ist [2]. Eine daraus resultierende Empfehlung zu medizinischen Rehabilitationsleistungen wird zusammen mit dem Gutachten zur Pflegebedürftigkeit an die Pflegekasse übermittelt. Liegt eine Rehabilitationsindikation bei den Antragstellenden (auf Pflegeleistungen) vor, informiert die Pflegekasse diese darüber und holt eine versichertenseitige Einverständniserklärung zur Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlungen an den verantwortlichen Rehabilitationsträger ein (Vgl. § 18a SGB IX). Stimmen die Versicherten der Rehabilitationsempfehlung und somit einer Weiterleitung an den Rehabilitationsträger zu, gilt dies als Antrag auf eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach § 31 Abs. 3 SGB XI i. V. m. § 14 SGB IX.

In den überwiegenden Fällen sind die Krankenkassen die zuständigen Rehabilitationsträger und erhalten die Rehabilitationsempfehlung zur weiteren Bearbeitung (Vgl. § 40 SGB V, § 14 SGB IX, § 31 Abs. 3 SGB XI). Unter Berücksichtigung versicherungsrechtlicher Voraussetzungen wird ein Leistungsbescheid erstellt, mit dem die\*der Versicherte über die ggf. bewilligte Rehabilitationsleistung informiert wird und auf dessen Grundlage gegebenenfalls das weitere Vorgehen (u.a. Wunsch- und Wahlrecht nach § 8 SGB IX) abgestimmt wird.

Der Rehabilitationszugang über eine Rehabilitationsempfehlung ist somit durch ein Ineinandergreifen verschiedener Institutionen und die Zusammenarbeit mehrerer Prozessakteur\*innen gekennzeichnet. Ein vereinfachtes Ablaufschema zum Rehabilitationszugang zeigt Abbildung 1.

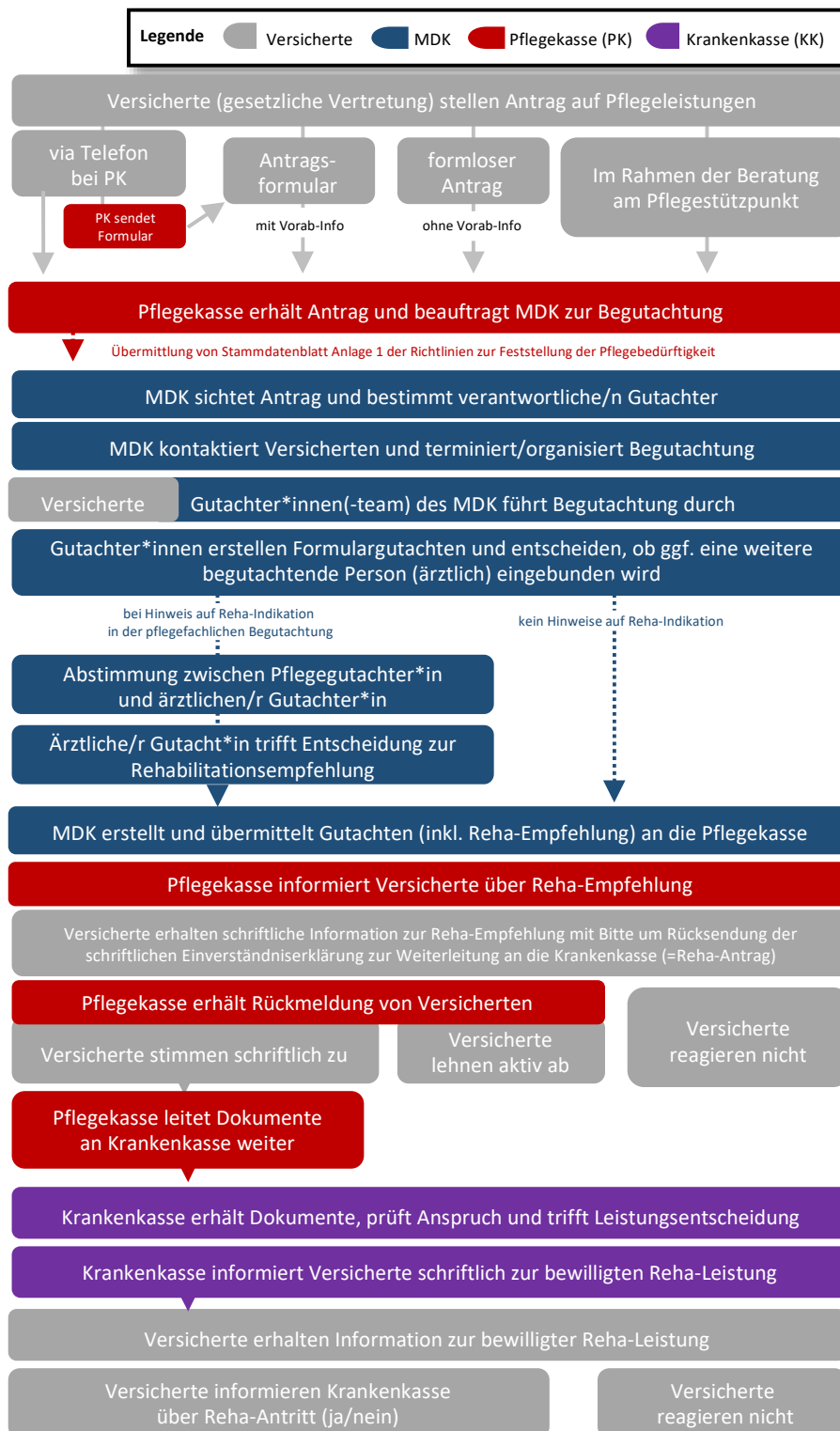


Abbildung 1. Vereinfachtes Ablaufschema des Rehabilitationszugangs über eine Rehabilitationsempfehlung auf Basis einer Pflegebegutachtung nach Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung (stellvertretend für begutachtende Institutionen am Beispiel des MDK)

Mit der Einführung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes wurde ein bundeseinheitliches, strukturiertes Verfahren zur Feststellung eines Rehabilitationsbedarfs im Rahmen der Pflegebegutachtung gesetzlich verankert. Im Forschungsprojekt „Reha XI“ lag bei der Entwicklung und Evaluierung eines optimierten Begutachtungsstandards (OBS) der Fokus auf einem zweistufigen Begutachtungsverfahren [3, 4]. Mit dem OBS wird nach gutachterlichem Screening hinsichtlich einer

Rehabilitationsindikation die abschließende Empfehlung durch ärztliche Gutachter\*innen ausgesprochen. Seit Januar 2015 findet der OBS Anwendung bei den Pflegebegutachtungen nach Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherungen [5].

Vom GKV-Spitzenverband veröffentlichte Statistiken belegen eine Zunahme der ausgesprochenen Rehabilitationsempfehlungen auf Basis von Pflegebegutachtungen innerhalb der letzten Jahre. So stieg die jährliche Anzahl an Rehabilitationsempfehlungen zwischen 2015 und 2018 bundesweit von etwa 16.100 auf 53.300 an (Abbildung 2), wobei die generelle Zunahme der durchgeführten Pflegebegutachtungen von ca. 1,4 auf 2,0 Millionen im gleichen Zeitraum zu berücksichtigen ist. Insgesamt erhöhte sich der relative Anteil an Rehabilitationsempfehlungen von 1,1 % auf 2,7 % innerhalb des betrachteten Zeitraums. Trotz Zunahme der ausgesprochenen Rehabilitationsempfehlungen stagniert dagegen im Zeitverlauf die Einwilligungquote seitens der Versicherten bezüglich der Weiterleitung der Empfehlung an die Rehabilitationsträger (Antragsauslösung). Die Quote liegt mit jährlichen Variationen zwischen 37 % und 49 % innerhalb der Jahre 2015 bis 2018 [6]. Setzt man anhand der verfügbaren Statistiken, die ausgesprochenen Rehabilitationsempfehlungen ins Verhältnis zu den daraus durchgeführten medizinischen Rehabilitationsleistungen, mündet etwa jede vierte ausgesprochene Rehabilitationsempfehlung in einer Rehabilitationsleistung (Vgl. [6–9]). Dieser Sachverhalt bildet den wesentlichen Hintergrund des vorliegenden Forschungsprojektes, wobei aus Perspektive der am Prozess beteiligten Akteur\*innen mögliche versicherten- und verfahrensseitigen Gründe bzw. Hinweise bezüglich einer fehlenden Einwilligung zur Antragsauslösung sowie des Nichtantritts von bewilligten Rehabilitationsleistungen identifiziert werden sollen.

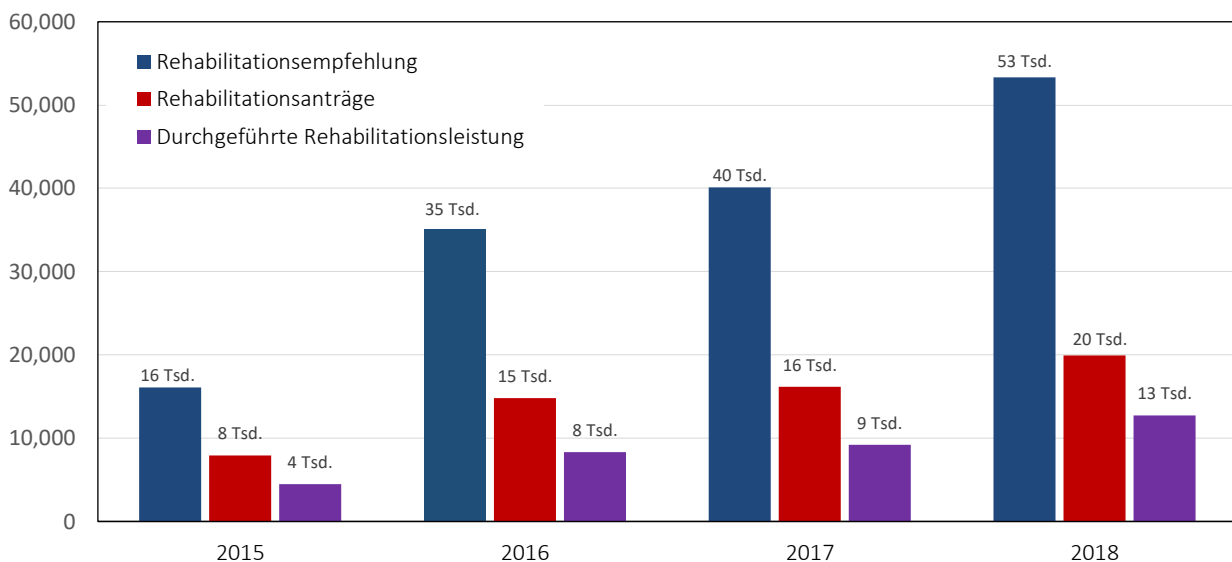


Abbildung 2. Entwicklung der ausgesprochenen Rehabilitationsempfehlungen, versichertenseitigen Zustimmungen zur Antragsauslösung und daraus resultierenden durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in den Jahren 2015 bis 2018 im Antragsweg über die Pflegebegutachtung (eigene Darstellung anhand von Daten aus: [6–9])

## 2.2 Aktueller Forschungsstand

Ein Pflegebedarf resultiert in der Regel aus einer individuellen Fallkonstellation und zeichnet sich durch eine dauerhafte Beeinträchtigung der Selbstständigkeit aus. Trotz großer Heterogenität hinsichtlich der Ursachen und des Ausmaßes von Pflegebedarf wird dem überwiegenden Teil von



pflegebedürftigen Menschen eine ähnliche Grundcharakteristik zugeschrieben. Dazu gehören ein höheres Alter, das Auftreten von Multimorbidität sowie eine Akkumulation aus funktionellen und kognitiven Beeinträchtigungen [10]. Bisher gibt es jedoch kaum belastbare Daten dazu, was genau die Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsleistungen in dieser spezifischen Zielgruppe beeinflusst. In der Literatur finden sich überwiegend Meinungen und Vermutungen, bei denen ein klarer Bezug zu empirischen Daten fehlt. Aus einzelnen Untersuchungen lassen sich allerdings Indizien möglicher Einflussfaktoren ableiten.

So liefert eine Befragung von 436 pflegebedürftigen Personen (in Kurzzeit- oder Langzeitpflege mit festgestelltem Rehabilitationsbedarf) zur Teilnahmebereitschaft an einer medizinischen Rehabilitation konkrete, zielgruppenspezifische Hinweise. Im Rahmen dieser Befragung konnte von 139 Personen aufgrund kognitiver Beeinträchtigung keine eindeutige Aussage zu einer Inanspruchnahme-Bereitschaft gewonnen werden. Bei den verbleibenden Personen (n=297) gaben etwa die Hälfte (53%, n=157) eine Teilnahmebereitschaft zur medizinischen Rehabilitation an, wobei eine positive Grundhaltung in der Stichprobe mit geringerem Alter und dem männlichen Geschlecht assoziiert war. Bei Personen ohne Rehabilitationsbereitschaft wurden die individuellen Ablehnungsgründe erfragt. Eine mangelnde Bereitschaft zur Rehabilitationsteilnahme wurde dabei am häufigsten mit einer generellen gesundheitsbezogenen Resignation („bisherige Maßnahmen nicht erfolgreich“; „will nichts mehr“; „bringt nichts mehr“) und der Zufriedenheit mit der persönlichen Versorgungssituation („bisherige Versorgung, mit oder ohne Heilmittel, und die Art, wie man sich kümmert, ist ausreichend“) begründet [11]. In einer größeren polnischen Studie zu Determinanten der Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung speziell bei älteren Menschen zeigte sich, dass die Inanspruchnahme rehabilitationsnaher Therapieangebote (u.a. Physiotherapie etc.) durch jüngeres Alter, einen urbanen Wohnort, ein hohes Bildungsniveau und eine bestehende Alltagskompetenz (instrumentelle Aktivitäten) begünstigt wird. [12]. Nach Ergebnissen einer amerikanischen Studie zur Ablehnung von post-akuten Versorgungsangeboten (u.a. auch Rehabilitation) bei älteren Menschen (Ø 70 Jahre) wurden frühere negative Erfahrungen mit entsprechenden Angeboten sowie eine generelle Präferenz der Zielgruppe zum Verbleib in der Häuslichkeit als wesentliche Gründe identifiziert [13].

Mit Blick auf den spezifischen Rehabilitationszugang über die Pflegebegutachtung wurde bereits im Rahmen der Entwicklung des OBS berichtet, dass fehlendes Wissen seitens der Versicherten hinsichtlich der Bedarfsprüfung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei der Pflegebegutachtung sowie eine mögliche Konkurrenz zwischen Leistungen der Pflegeversicherung und der Rehabilitation möglicherweise eine mangelnde Motivation bei den Versicherten begünstigen und sich somit negativ auf die Inanspruchnahme von Rehabilitationsempfehlungen auswirken könnten [3]. Darüber hinaus wurden auch potenzielle Konflikte mit behandelnden Haus- und Fachärzt\*innen der Versicherten vermutet, die aufgrund des fremdinitiierten Rehabilitationsgedankens einen Eingriff in ihre Versorgungsentscheidungen wahrnehmen könnten. Zudem werden eventuelle „Compliance- und Adhäsionshindernisse bei den Betroffenen“ [14] angeführt, welche aus einer geringen Offenheit gegenüber rehabilitativen Angeboten angesichts eines „verbreiteten ‚Pflegefall‘-denkens“ [14] resultieren würden.

Ergänzend zu den zielgruppenspezifischen Faktoren lassen sich im Zusammenhang mit der Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor und bei Pflege“ auch Meinungen und Ansichten

finden, die als mögliche verfahrensseitige Barrieren verstanden werden können. So werden u.a. die rehabilitativen Angebotsstrukturen insbesondere im ambulanten Sektor als unzureichend beschrieben [14, 15] und fehlende Unterstützungsangebote für Angehörige und Pflegebedürftige bezüglich des häuslichen Verbleibs wahrgenommen [15]. Eine weitere Barriere wird dem deutschen Rehabilitationssystem zugeschrieben, bei dem die medizinische Rehabilitation überwiegend wohnortfern absolviert wird und dies die Inanspruchnahmebereitschaft älterer Menschen per se negativ beeinflusst [16].

Neben den wenigen empirisch fundierten potenziellen Einflussfaktoren aufseiten der Versicherten handelt es sich bei den möglichen verfahrensseitigen Faktoren lediglich um Vermutungen. Anhand dieses Kenntnisstandes lassen sich die beobachteten Diskrepanzen zwischen ausgesprochenen Rehabilitationsempfehlungen und dem zielgruppenspezifischen Inanspruchnahmeverhalten nicht zufriedenstellend klären. Der dargestellte Forschungsstand gibt Hinweise auf mögliche Zusammenhänge zwischen versicherten- und verfahrensseitigen Faktoren. Aus diesem Grund wurde zur Bearbeitung der nachfolgenden Forschungsfragen ein perspektivübergreifender Ansatz gewählt.

### 3 Forschungsleitfragen

---

Im Forschungsprojekt wurde aus der Perspektive unterschiedlicher prozessverantwortender Akteur\*innen untersucht, welche Faktoren einen Einfluss darauf haben können, ob den im Rahmen der Pflegebegutachtung ausgesprochenen Rehabilitationsempfehlungen durch die Versicherten zugestimmt wird und daraus bewilligte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angetreten werden. Vor dem Hintergrund des gestuften Antragsprozesses sowie der Vorannahme, dass sowohl verfahrensseitige als auch versichertenseitige Faktoren die Inanspruchnahme beeinflussen können, standen die folgenden Forschungsfragen im Fokus der Untersuchung:

1. Welche Faktoren beeinflussen, ob die im Rahmen der Pflegebegutachtung ausgesprochenen Rehabilitationsempfehlungen in einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 14 SGB IX i.V.m. § 31 Abs. 3 SGB XI münden?
2. Welche Faktoren beeinflussen, ob die aus einer Pflegebegutachtung resultierenden, bewilligten Rehabilitationsleistungen tatsächlich von den Versicherten in Anspruch genommen werden?

Auf Basis der beantworteten Forschungsfragen sollten zudem Empfehlungen abgeleitet werden, inwiefern bestehende Prozesse innerhalb der Begutachtung und Kommunikation zwischen Pflege- oder Krankenkassen und Versicherten ggf. anzupassen sind. Dafür war es im Rahmen des Forschungsprojektes erforderlich, auch die aktuelle Verfahrenspraxis im betrachteten, durch die Pflegebegutachtung initiierten Rehabilitationszugang abzubilden.

## 4 Methodik

---

### 4.1 Studiendesign

Dem Forschungsprojekt liegt ein qualitatives Studiendesign zu Grunde, bei dem mittels leitfadengestützter, problemzentrierter Experten\*inneninterviews bundesweit Beschäftigte der Medizinischen Dienste (persönlich) sowie der Pflege- und Krankenkassen (telefonisch) einmalig zu versichertenseitigen Rückmeldungen und wahrgenommenen Haltungen bezüglich der Rehabilitationsempfehlungen aus der Pflegebegutachtung befragt wurden. Dabei hat das Forschungsprojekt einen explorativen Charakter und arbeitet hypothesengenerierend mit dem forschungstheoretischen Ansatz der Phänomenologie. Der gewählte Forschungsansatz geht vom subjektiven Bewusstsein und den Erfahrungen des Einzelnen aus, um den Sinn von Handlungen zu verstehen. Bezogen auf die vorangestellten Forschungsfragen wurde so das Fremdverstehen der Prozessakteur\*innen herausgearbeitet, um zu rekonstruieren, welche Motive, Förderfaktoren und Barrieren bei den Versicherten im Rehabilitationszugang über die Pflegebegutachtung wirken können. Darüber hinaus sollten anhand der Rückmeldung von Prozessakteur\*innen mögliche prozess- und strukturbedingte Faktoren identifiziert werden, die eine Antragsauslösung sowie die Inanspruchnahme einer bewilligten medizinischen Rehabilitationsleistung beeinflussen können.

In die Realisierung der Studie war eine projektbegleitende Arbeitsgruppe mit Vertreter\*innen des GKV-Spitzenverbandes, der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene, der Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen (MDK), des Sozialmedizinischen Dienstes der Knappschaft-Bahn-See (SMD) und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen eingebunden. Die Vertreter\*innen der projektbegleitenden Arbeitsgruppe übernahmen eine beratende Rolle bei der Entwicklung eines Akquisekonzeptes zur Gewinnung von Studienteilnehmer\*innen und unterstützten aktiv die Akquise durch Dissemination der Studieninformationen im Adressatenkreis. Zudem kommentierte die projektbegleitende Arbeitsgruppe die entwickelten Studienmaterialien zur Akquise und Datenerhebung sowie die aus den Forschungsergebnissen abgeleiteten Empfehlungen zur Verfahrensverbesserung hinsichtlich praktischer Realisierbarkeit und möglicher Barrieren.

### 4.2 Studienpopulation und Akquisestrategie

Entsprechend der auftragsbezogenen Leistungsvorstellungen sollten insgesamt mindestens 40 Beschäftigte der Medizinischen Dienste (Gutachter\*innen mit regelmäßigem, persönlichen Versichertenkontakt) sowie der Pflege- und Krankenkassen (Mitarbeiter\*innen aus dem Aufgabenbereich der Sachbearbeitung und der Teamleitung) mit qualitativen Interviews zum interessierenden Sachverhalt befragt werden. Die Differenzierung zwischen Mitarbeiter\*innen der Sachbearbeitung und Teamleitung innerhalb einer Pflege- bzw. Krankenkasse resultierten aus der Annahme, dass entsprechend des zu erwartenden Arbeitsprofils die Interviewteilnehmenden unterschiedliche Sichtweisen bezüglich der direkten Versichertenkommunikation, genereller Verfahrensabläufe und wahrgenommener Einflussfaktoren spiegeln können.

Für den Zugang zur Studienpopulation wurde ein ausführliches Akquisekonzept (Anlage VI) erarbeitet und mit der projektbegleitenden Arbeitsgruppe abgestimmt. Demnach sollten mindestens 40 bis maximal 50 Interviews (durchschnittliche Interviewdauer von 45 Minuten) realisiert werden, darunter 8-10 Vor-Ort-Interviews mit Gutachter\*innen aus 5 unterschiedlichen Medizinischen Diensten sowie bestenfalls je 2 Telefoninterviews mit Mitarbeiter\*innen aus 10 Pflegekassen sowie den dazugehörigen 10 Krankenkassen.

Um eine möglichst heterogene Stichprobezusammensetzung zu generieren, wurden bei der Auswahl der Medizinischen Dienste und Pflege-/Krankenkassen - im Weiteren als ‚Institutionen‘ bezeichnet – neben den regionalen Versorgungsstrukturen auch die regionale Überschneidung zwischen Medizinischen Diensten und Pflege-/Krankenkassen sowie kontrastierend die Versichertenzahlen und unterschiedlichen Einzugsbereiche (regional/bundesweit) der Pflege-/Krankenkassen berücksichtigt. Auf Basis dieser Kriterien wurden eine Institutionsauswahl getroffen und im Rahmen der Auftaktveranstaltung mit der projektbegleitenden Arbeitsgruppe abgestimmt. Von 18 im Studienverlauf angefragten Institutionen beteiligten sich 15 an der Studie (Tabelle 1).

**Tabelle 1. Übersicht der teilnehmenden Institutionen zur Akquise von Interviewteilnehmenden**

Medizinische Dienste	Pflege- und Krankenkassen
- MDK Baden-Württemberg	- AOK Baden-Württemberg
- MDK Nordrhein	- AOK Plus
- MDK Niedersachsen	- AOK Nordost
- MDK Sachsen-Anhalt	- AOK Niedersachsen
- SMD Knappschaft-Bahn-See	- Techniker Krankenkasse
	- DAK-Gesundheit
	- VIACTIV Krankenkasse
	- Siemens BKK
	- IKK classic
	- KNAPPSCHAFT
	- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

Durch die Vertreter\*innen der projektbegleitenden Arbeitsgruppe erfolgte die Erstkontaktaufnahme zu den ausgewählten Institutionen jeweils über eine Führungsperson bzw. die Führungsebene. Für diese Erstkontaktaufnahme wurden ein gemeinsames Anschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Projektleitung sowie eine Studieninformation bereitgestellt. Mit der Zustimmung zur Studienteilnahme übernahmen die kontaktierten Institutionen die interne Weiterleitung der Studieninformationen an die Zielgruppe. Die Medizinischen Dienste (MDK/SMD) wurden gebeten, jeweils 2-3 Studieninteressierte pro Institution zu gewinnen, die Kranken- sowie Pflegekassen jeweils 4 Studieninteressierte (2 Sachbearbeiter\*innen, 2 Teamleiter\*innen). Für die institutionsinterne Gewinnung von Interviewteilnehmer\*innen standen den Institutionen Studieninformationen in schriftlicher Form sowie eine Internetseite<sup>1</sup> zum Forschungsprojekt zur Verfügung. Studieninteressierte hatten die Möglichkeit, sich unverbindlich auf der Internetseite für ein Interview zu registrieren. Im Rahmen dieser Registrierung wurden die Berufserfahrung und der Kontaktfumfang mit Rehabilitationsempfehlungen erfragt. Ebenfalls konnten die Institutionen Kontaktdaten von Studieninteressierten direkt an die Projektverantwortlichen melden.

<sup>1</sup> <https://rehaempfehlung.medfak.uni-halle.de> (letzter Zugriff: 30.09.2019)

Nach einer Anmeldung kontaktierten die Projektmitarbeiter\*innen die Studieninteressierten telefonisch und klärten über Studienablauf, Datenschutz sowie Teilnehmerrechte auf und beantworteten mögliche Rückfragen. Ein Interviewtermin (in der Regel mit 3-4 Wochen Vorlaufzeit) wurde vereinbart und die Studieninteressierten erhielten postalisch erneut die Studieninformation und eine Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme in zweifacher Ausführung mit Bitte um Unterzeichnung und Rücksendung eines Exemplars.

Alle Interviews wurden nach Eingang der schriftlichen Einwilligungserklärung durchgeführt. Die Kontaktierung von Studieninteressenten durch die Projektmitarbeiter\*innen erfolgte fortlaufend im Zeitraum von März bis Mai 2019. Mit den verfügbaren Angaben zu Berufserfahrung und Umfang der verantworteten Pflegebegutachtungen, Anträge auf Pflegeleistungen bzw. Rehabilitationsempfehlungen und Anträge auf medizinischen Rehabilitationsleistungen sollte eine gezielte kriterienbasierte Auswahl von Studienteilnehmenden mit einem möglichst breiten Spektrum anzunehmender Erfahrungshintergründe (theoretisches Sampling) ermöglicht werden. Dieses Vorgehen fand aber nur vereinzelt bei Pflege- und Krankenkassen Anwendung, bei denen die angefragte Anzahl an Studieninteressenten erreicht wurde<sup>2</sup>. Da Mitarbeiter\*innen einzelner Pflegekassen in den Interviews angaben, dass überwiegend interne Pflegeberater\*innen mit Versicherten in persönlichen Kontakt kommen, wurden bei insgesamt 5 Pflegekassen jeweils ein\*e Pflegeberater\*in im Projektverlauf für die Studienteilnahme nachrekrutiert.

### **4.3 Datenerhebung und -auswertung**

Die Datenerhebung mittels leitfadengestützter Expert\*inneninterviews wurde im Zeitraum zwischen April und Juni 2019 realisiert. Dazu wurden in den ersten Projektmonaten Interviewleitfäden entwickelt. Die Interviewanalyse begann unmittelbar nach den ersten Interviews, um Erkenntnisse zu den untersuchten Sachverhalten im Prozess der Datenerhebung unmittelbar berücksichtigen zu können. Das genaue Prozedere zur Leitfadenentwicklung sowie zur Datenerhebung und Datenauswertung wird in den folgenden Schritten entsprechend der chronologischen Reihung beschrieben.

#### **4.3.1 Entwicklung der Interviewleitfäden**

Als ein erster Schritt der Leitfadenentwicklung wurden im Rahmen der Auftaktveranstaltung die als forschungsrelevant erachteten Themenbereiche und Sachverhalte für die Interviewleitfäden vorgestellt und mit der projektbegleitenden Arbeitsgruppe inhaltlich diskutiert. Dies umfasste Themenkomplexe inkl. Beispielfragen für die drei betrachteten Akteur\*innengruppen: (1) Vor-Ort-Gutachter\*innen der Medizinischen Dienste<sup>3</sup>, (2) Sachbearbeiter\*innen/Teamleiter\*innen der Pflegekassen (PK) sowie (3) Sachbearbeiter\*innen/Teamleiter\*innen der Krankenkassen (KK). Die Vorauswahl der Themenpakete orientierte sich an den prozessspezifischen Verantwortungsbereichen der drei Akteur\*innengruppen sowie den zu erwartenden

---

<sup>2</sup> Bei nicht allen Pflege- und Krankenkassen lagen Anmeldungen von vier Mitarbeiter\*innen vor. Teilweise kam es auch zu deutlich zeitverzögerten Anmeldungen, so dass Interviews mit einzelnen Mitarbeiter\*innen einer Kasse bereits terminiert/abgeschlossen wurden.

<sup>3</sup> Der im weiteren Verlauf genutzte Begriff ‚Medizinische Dienste‘ umfasst die im Projekt involvierten Medizinischen Dienste sowie den Sozialmedizinischen Dienst der Knappschaft-Bahn-See.

versicherungseitigen Kontaktpunkten. Dabei wurden neben der Beschreibung und Reflexion persönlicher Arbeitsaufgaben und verantworteter Prozessabläufe im Umgang mit Rehabilitationsempfehlungen vor allem Aspekte der Versichertenkommunikation sowie die wahrgenommenen Reaktionen der Versicherten zum Thema Rehabilitation berücksichtigt. Im Rahmen der Auftaktveranstaltung wurden die Entwürfe mit der projektbegleitenden Arbeitsgruppe diskutiert und ein Konsens zu den forschungsleitenden Fragekomplexen erarbeitet. Auf Basis dieser Rückmeldung erfolgte dann die Ausgestaltung der Interviewleitfäden, die sich auf die drei Akteur\*innengruppen bezogen, mit Einleitungsteil, einem standardisierten Intervieweinstieg, themenspezifischen Leitfragen sowie dazu ergänzenden Stichpunkten zum Zwecke leitfragenbezogener Vertiefungen. Anschließend durchlief jeder Interviewleitfaden zwei kognitive Pretests mit projektunabhängigen Mitarbeiter\*innen der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, wobei hier mittels telefonischer Interviews die Befragungssituation simuliert wurde und die entsprechenden Mitarbeiter\*innen den Frageaufbau, die Frageschwierigkeit, die Frageformulierung und Aspekte der Gesprächsführung bewerteten. Nach abschließender Anpassung der Interviewleitfäden wurden diese final mit dem GKV-Spitzenverband abgestimmt und für die Datenerhebung eingesetzt.

Aufgrund der gewählten iterativen Datenerhebung bestand die Möglichkeit, bei neuen themenrelevanten Aspekten, die sich aus bereits geführten Interviews generieren ließen, die Leitfragen im Projektverlauf anzupassen bzw. zu erweitern. Eine Anpassung von Leitfragen wurde im Projektverlauf nicht nötig, lediglich ein Nachfrageaspekt zur generellen Rolle der Angehörigen im Zugangsverfahren wurde in allen Leitfäden ergänzt, da sich dieser Aspekt bereits in den ersten Interviews als forschungsrelevanter Sachverhalt darstellte. Für die im Projektverlauf nachträglich eingeschlossene Berufsgruppe der Pflegeberater\*innen beim Prozessakteur Pflegekasse wurde der Leitfaden der Pflegekassen gekürzt. Alle vier Leitfäden in ihrer finalen Fassung befinden sich im Anhang (Anlage I-IV).

### **4.3.2 Interviewdurchführung**

Die Realisierung der Interviews erfolgte durch zwei interviewerfahrene Projektmitarbeiter\*innen (AG, CR) zu gleichen Anteilen. Nach Interviewterminierung im Rahmen der Akquise wurden die Interviewteilnehmenden zum verabredeten Zeitpunkt durch einen der beiden Interviewenden telefonisch kontaktiert bzw. am vereinbarten Treffpunkt persönlich besucht. Seitens der Projektverantwortlichen wurden im Vorfeld keine Interviewleitfäden zur Verfügung gestellt.

Zu Beginn der Interviews erhielten alle Interviewteilnehmenden nochmals eine allgemeine Information zum Forschungsprojekt sowie zum Datenschutz und hatten die Möglichkeit, Rückfragen zu stellen. Nach Zustimmung wurde eine digitale Interviewaufnahme mittels Audiorecorder gestartet und mit dem Interview begonnen. Die Leitfragen wurden durch den Interviewenden, so weit wie möglich, in chronologischer Reihenfolge gestellt und bezüglich vorgegebener Stichpunkte situativ nachgefragt. Nach Abschluss des Interviews wurde die Audioaufnahme gestoppt und die Interviewteilnehmenden bezüglich des weiteren Auswertungsprozederes informiert. Unmittelbar nach den Interviews wurde jeweils ein Postskriptum erstellt, indem allgemeine Interviewinformationen (Datum, Uhrzeit etc.) sowie die Gesprächscharakteristik (u.a. Anwesenheit weiterer Personen, Redefluss, Unterbrechungen, spezielle Verhaltensweisen der

Interviewteilnehmenden) notiert wurden. Entsprechend den Festlegungen im projektbezogenen Datenschutzkonzept (Kap. 4.4 sowie das ausführliche Datenschutzkonzept im Anhang, Anlage V) wurden die digitalen Audioaufzeichnungen im Anschluss an die Interviews umgehend auf interne Projektserver der Martin-Luther-Universität übertragen und vom Audiorecorder gelöscht.

### **4.3.3 Auswertung der Interviews**

Die geführten Interviews wurden zeitnah nach der Durchführung entsprechend einheitlicher Transkriptionsregeln durch eine im Projekt involvierte Mitarbeiterin transkribiert. Sobald die Interviews in schriftlicher Form vorlagen, wurden die jeweiligen Audioaufnahmen gelöscht, da sie für den weiteren Forschungsprozess nicht mehr benötigt wurden. Die Interviewtranskripte wurden weder dem Auftraggeber noch den Interviewteilnehmenden zur Verfügung gestellt. Die Vorgehensweise, nach der die Interviewaufzeichnungen zeitnah und parallel zur Datenerhebung transkribiert wurden, ermöglichte eine kontinuierliche und schrittweise Interviewanalyse (entlehnt aus der Grounded Theory [17]) mit dem Ziel, eine Datensättigung bei möglichst vielen entdeckten Themen sicherzustellen. Die geführten Interviews wurden von dem\*r jeweils anderen Mitarbeiter\*in begutachtet zum einen hinsichtlich möglicher neuer forschungsrelevanter Sachverhalte, die in den Leitfäden bisher keine Beachtung fanden sowie andererseits im Sinne der Qualitätssicherung vor dem Hintergrund von Aspekten der allgemeinen Gesprächsführung. Bei festgestellten Auffälligkeiten wurden diese diskutiert und die betreffenden Aspekte für die weiteren Interviews vereinheitlicht.

Zur Vorbereitung der inhaltlichen Analyse und der Entwicklung eines Kategoriensystems wurden die jeweils verfügbaren Interviewtranskripte unter Verwendung der Software MAXQDA auf direkte und indirekte themenrelevanten Aussagen der Interviewenden gescreent und entsprechend markiert. Handlungsleitend waren dabei die zwei Forschungsfragen sowie grundlegende Aussagen zu Prozess- und Kommunikationsaspekten, die im unmittelbaren Zusammenhang mit den Rehabilitationsempfehlungen geäußert wurden. Das Screening erledigten zwei Projektmitarbeitende unabhängig voneinander, so dass die ersten Interviews auf Basis zweier unterschiedlicher Personenperspektiven betrachtet wurden. Anhand der identifizierten Interviewaussagen innerhalb der ersten sechs Interviews (2 aus jeder Akteur\*innengruppe) wurde in Anlehnung an die induktive Kategorienbildung nach Mayring [18, 19] ein Codebaum entworfen. Unabhängig voneinander paraphrasierten zwei Projektmitarbeitende die identifizierten Textstellen und entwarfen daraufhin jeweils ein eigenes Kategoriensystem. Anschließend erfolgte ein Abgleich und die Zusammenführung beider Systeme sowie eine Konsensfindung hinsichtlich nicht deckungsgleicher Kategorien. Bei der weiteren textanalytischen Anwendung des zusammengeführten Kategoriensystems zeigte sich anfänglich eine unbefriedigende Intercoder-Reliabilität hinsichtlich einzelner Kategorien. Dies konnte auf ein unterschiedliches Interpretationsmuster und Kategorienverständnis der beiden codierenden Projektmitarbeitenden zurückgeführt werden. Durch eine Überarbeitung der Kategoriendefinitionen insbesondere hinsichtlich deren Trennschärfe sowie die Zusammenführung einzelner Kategorien konnte eine zufriedenstellende Intercoder-Reliabilität erreicht werden. Der entwickelte Codebaum (Tabelle 3, S. 14) diente als Grundlage für die Identifizierung und Kategorisierung der forschungsrelevanten Textstellen in den folgenden Interviews, wobei auch weiterhin alle Interviews doppelt codiert wurden.



Die vordergründige Inhaltskondensation der kategorisierten Themenfelder erfolgte nach Abschluss der Datenerhebung anhand des Gesamtmaterials und orientierte sich am Verfahren der systematischen Textverdichtung nach Malterud [20]. Innerhalb der bestehenden Kategorien (Themenfelder) wurden die einzelnen Textfragmente systematisiert und in thematisch zusammenhängenden Subkategorien kategorisiert. Auch in diesem Zusammenhang fand ergänzend eine Paraphrasierung der Interviewaussagen statt, um die Bedeutungsinhalte der häufig langen Textpassagen deutlicher zu fokussieren. Mit diesem Schritt ließ sich das umfangreiche Material reduzieren und die vorgesehene Kondensation auf wesentlichen Aspekte der forschungsrelevanten Sachverhalte umsetzen. Anschließend wurden die einzelnen Subkategorien mit den darin enthaltenen Codes wieder rekontextualisiert und mit Bezug zum übergeordneten Thema beschrieben. Einzelne Interviewzitate wurden zur Verdeutlichung bestimmter Sachverhalte ergänzt (s. Kapitel 5.4-5.5).

Bei den prozessbezogenen Kategorien (allgemeine Verfahrensbeschreibung, Kommunikation von Rehabilitation, akteur\*innenbezogenes Rollenverständnis, Bewertung des Verfahrens und Optimierungspotential) wurde das Auswertungsverfahren angepasst, da aufgrund der grundlegend unterschiedlichen Verfahrensschritte und Aufgabenbereiche zwischen den drei Akteur\*innengruppen eine gruppenübergreifende Datenanalyse nicht sinnvoll war. Bei diesen Kategorien wurden innerhalb jeder Akteur\*innengruppe im ersten Schritt die relevanten Textstellen auf Ebene der Einzelinterviews kondensiert und anschließend bezüglich der Akteur\*innengruppe rekontextualisiert und zusammenfassend beschrieben (s. Kapitel 5.3).

## **4.4 Datenschutz**

Im Vorfeld der Datenerhebung wurde ein Datenschutzkonzept (Anlage V) zum Umgang mit den im Projekt zu generierenden Daten erstellt und dem GKV-Spitzenverband vorgelegt. Das Datenschutzkonzept bildete eine zusammenfassende Dokumentation der datenschutzrechtlichen Aspekte im Zusammenhang mit dem Forschungsprojekt und beschrieb alle Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit. Die Dokumentation umfasste u.a. Angaben zum Zweck der Datenerhebung, zu den im Projekt verwendeten personenbezogenen Daten, zu den Schritten der Pseudonymisierung und Anonymisierung von Daten sowie zu Aspekten der Datenspeicherung und -verwertung.

Durch das Datenschutzkonzept wurde gewährleistet, dass dem Forschungsprojekt transparente und verbindliche Regelungen bezüglich der Erhebung und des Umgangs mit forschungsbezogenen Daten zu Grunde lagen und alle Forschungsdaten bezüglich der aktuellsten Datenschutzrichtlinien Verwendung fanden. Alle Studieninteressierten, Studienteilnehmende sowie am Projekt partizipierende Personen hatten jederzeit Zugriff auf das Datenschutzkonzept.

## 5 Ergebnisse

### 5.1 Charakteristik der Interviewteilnehmenden

Im Zeitraum der Gewinnung von Studienteilnehmer\*innen gingen insgesamt 80 Interviewanmeldungen aus fünf Medizinischen Diensten (n=12), zehn Pflegekassen (n=32) und elf Krankenkassen (n=36) ein. Daraus konnte eine Gesamtstichprobe von 56 Interviewteilnehmenden gewonnen werden, wobei aus allen Institutionen, aus denen Interviewanmeldungen vorlagen, auch mindestens ein\*e Interviewteilnehmer\*in gewonnen werden konnte. Bei den Medizinischen Diensten wurden aus organisatorischen Gründen neben sieben Einzelinterviews jeweils ein 2er- und 3er-Interview durchgeführt. Zwei Interviewteilnehmende (Einzelinterviews) der Medizinischen Dienste sprachen sich für die Durchführung eines telefonischen Interviews aus. Bei den medizinischen Diensten wurden zwei Gespräche mit Personen in pflegefachlicher Leitungsfunktion und ein Gespräch mit einer Person in ärztlicher Leitungsfunktion geführt. Da alle drei Personen angaben, auch aktuell mit Versicherten im Rahmen von Pflegebegutachtungen in Kontakt zu kommen, wurden diese Personen in die Studie eingeschlossen. Aufgrund der nachträglich rekrutierten Pflegeberater\*innen erweiterten diese die Akteur\*innengruppe der Pflegekassen.

Hinsichtlich der Berufserfahrung, des Geschlechts, des Alters, des jeweiligen Aufgabenbereichs und der regionalen Arbeitsstandorte der Interviewteilnehmenden konnte eine heterogene Stichprobenzusammensetzung erreicht werden (Tabelle 2). Insgesamt ergab sich eine Interviewanzahl von 53 mit einem Gesamtumfang verfügbaren Audiomaterials von 33,2 Stunden.

**Tabelle 2: Charakteristik der Interviewteilnehmenden**

	Gesamt	nach Institutionsart		
		Med. Dienste	Pflegekassen	Krankenkassen
Anzahl der Interviewteilnehmenden	<b>56</b>	12	21	23
Geschlecht, weiblich	<b>70 %</b>	67 %	76 %	65 %
Alter in Jahren, M (min-max)	<b>46 (24-64)</b>	47 (32-63)	45 (27-64)	47 (24-61)
Aufgabenfeld <sup>1</sup>				
Sachbearbeitung	<b>32 %</b>	-	33 %	48 %
Beratung	<b>11 %</b>	-	24 %	4 % <sup>2</sup>
Begutachtung	<b>16 %</b>	75 %	-	-
Teamleitung	<b>41 %</b>	25 %	43 %	48 %
Berufserfahrung in Jahren <sup>3</sup> , M (min-max)	<b>10 (1-35)</b>	12 (1-35)	9 (2-29)	9 (1-28)
Regionalzugehörigkeit <sup>4</sup>				
Nord	<b>21 %</b>	33 %	14 %	22 %
Ost	<b>13 %</b>	8 %	10 %	17 %
Süd	<b>23 %</b>	17 %	29 %	22 %
West	<b>43 %</b>	42 %	48 %	39 %
Anzahl der Interviews	<b>53</b>	9	21	23
Interviewform				
Vor-Ort	<b>13 %</b>	78 %	-	-
Telefonisch	<b>87 %</b>	22 %	100 %	100 %
Interviewdauer in Minuten, M (min-max)	<b>38 (17-100)</b>	60 (29-100)	31 (17-53)	35 (24-66)

Anmerkung: <sup>1</sup>entsprechend der Selbstauskunft; <sup>2</sup>eine interviewte Person der Krankenkassen berichtete mündlich, dass sie vorwiegend beratend tätig ist, aber auch Rehabilitationsanträge konkret bearbeitet; <sup>3</sup>im aktuellen Aufgabenfeld; <sup>4</sup>bezogen auf den Arbeitsort der Interviewteilnehmenden; M = Mittelwert, min = Minimalwert, max = Maximalwert

## 5.2 Kategoriensystem

In einem ersten Analyseschritt wurde, wie im Methodenteil (Kap. 4.3.3) beschrieben, das Kategoriensystem induktiv, d.h. aus dem empirischen Material heraus, entwickelt, welches im weiteren Verlauf auf das gesamte Datenmaterial angewendet wurde. So konnten anhand der Aussagen in den durchgeführten Interviews neun relevante Themenfelder identifiziert werden, mit denen:

- ein praxisbezogener Eindruck zum Umgang mit Rehabilitationsempfehlungen und den akteur\*innenspezifischen Abläufen im Zugangsverfahren gewonnen werden konnte,
- die Datengrundlage für die Identifizierung und Abgrenzung von Einflussfaktoren auf eine Zustimmung zur Rehabilitationsempfehlung und die Inanspruchnahme bewilligter Leistungen gelegt wurde sowie
- eine verknüpfende Ergebnissynthese und die Ableitung von Empfehlungen unter Berücksichtigung von berichteten Verfahrensaspekten ermöglicht wurde.

Im Wesentlichen ließen sich Äußerungen zu (A) akteur\*innenbezogenen Sichtweisen auf das Zugangsverfahren selbst sowie zu (B) den wahrgenommenen Versichertenperspektiven voneinander abgrenzen. Innerhalb der verfahrensseitigen Aussagen ließen sich (A.1) Prozessbeschreibungen zum selbstverantworteten Arbeitsschritt, (A.2) Darstellungen der rehabilitationsbezogenen Kommunikation gegenüber den Versicherten, (A.3) Aspekte zum akteur\*innenbezogenen Rollenverständnis im Zugangsverfahren, (A.4) Verfahrensbewertungen sowie (A.5) verfahrensseitige Einflussfaktoren unterscheiden. Bei den Interviewaussagen zur Versichertenperspektive bildeten (B.1) die wahrgenommenen Einflussfaktoren auf die Versichertenentscheidung eine zentrale Kategorie. Zusätzlich zeigten sich in den Interviews (B.2) die versichertenseitigen Haltungen und (B.3) Perspektiven zur Rehabilitation sowie (B.4) die Rolle der Angehörigen als wichtige Themenfelder, die aufgrund einer Vielzahl differenzierter und aufschlussreicher Aussagen in eigene Kategorien zugeordnet wurden.

Eine Übersicht zu den Kategorien inklusive deren Definition sowie jeweils einem Ankerbeispiel wird in Tabelle 3 zusammengefasst. Insgesamt gingen 2.594 nach diesem Kategoriensystem codierte Textstellen in die Auswertung ein. Anhand der den Themenkategorien zugeordneten Aussagen wird in den folgenden Kapiteln eine kondensierte Zusammenfassung der Befunde zu den einzelnen Kategorien dargestellt. Die Kategorien zu den versicherten- und verfahrensseitigen Einflussfaktoren können als Kernkategorien verstanden werden, die im Wesentlichen die Grundlage zur Beantwortung der Forschungsfragen bilden. Die ergänzenden Kategorien zu den versicherten- und verfahrensseitigen Perspektiven stellen dabei einen wichtigen Erklärungsrahmen dar, der grundlegende Informationen zum Verfahren und zur Versichertencharakteristik umfasst, eine Interpretation und Wertung der Ergebnisse zulässt und nicht zuletzt die Grundlage für die Ableitung von Empfehlungen bildet.

Tabelle 3. Induktiv entwickeltes Kategoriensystem zur einheitlichen Identifizierung relevanter Inhalte bezüglich der Beantwortung der Forschungsfragen und zur Ableitung von Empfehlungen

Kategorie/Themenfeld	Beschreibung	Ankerbeispiel
A.1 Allgemeine Verfahrensbeschreibung	Aussagen zu den konkreten eigenen oder allgemein institutionsbezogenen Arbeitsschritten im unmittelbaren Zusammenhang mit einer Rehabilitationsempfehlung; umfasst auch einzelne Arbeitsschritte und Handlungsstränge	„Also bei Gutachteneingang wird dort ein Kennzeichen gesetzt, dass der Gutachter eine Rehaempfehlung gegeben hat. Aufgrund dieses Merkmals, löst es bei uns einen Brief aus an den Pflegebedürftigen oder seinen Betreuerbevollmächtigten“
A.2 Kommunikation von Rehabilitation gegenüber Versicherten	Aussagen zur fallspezifischen/standardisierter Kommunikation zum Thema Rehabilitation/Rehabilitationsempfehlung auf allen Kommunikationswegen (persönlich, schriftlich etc.) inkl. gewählter Strategien, vermittelte Information zur Rehabilitation, kommunikativer Umgang mit Zustimmung, Unsicherheiten und Ablehnung von Versicherten oder Angehörigen	„Als erstes frage ich ihn allgemein, wie er dazu steht, eine Einschätzung her ob er eine Reha, sich Gedanken machen würde ob er im Grunde genommen an sowas teilnehmen würde, ob er sich das zutrauen würde - um erstmal überhaupt die Bereitschaft heraus zu bekommen.“
A.3 Akteur*innenbezogenes Rollenverständnis	Aussagen zu persönlichen oder auf die eigene Akteur*innengruppe bezogene Rollenfunktion bezüglich rehabilitationsbezogener Aufgaben oder Handlungsschritte, inkl. der eigenen Einstellung zum Thema Rehabilitation sowie Aussagen zu bekannten oder vermuteten Aufgaben/Verantwortungsbereiche/konkreten Handlungen der anderen relevanten Prozessakteur*innen	„Da sehe ich uns auch nicht in der Pflicht jetzt, ihm da gut zu zureden. Das sind erwachsene Menschen und die werden glaube ich schon genug bevormundet“
A.4 Verfahrensbewertung und Optimierungsvorschläge	Wertende Aussagen zum Zugangsverfahren über Rehabilitationsempfehlungen und den eigene oder der anderen Akteur*innen betreffende Verfahrensschritte; inkl. Perspektiven, Vorschläge, Wünsche zur Verfahrensverbesserung	„Ich glaube, wenn man einen Rehaflyer oder irgendwas über eine Rehageschichte beilegt, ich glaub das lesen die nicht. Also das ist so postalisch, ich glaube das müssten schon Menschen sein, die denen das erklären. [...] Das ist schon wichtig und da sehe ich eigentlich nur die Kasse, die Kasse in dem Moment, die Pflegekasse und den MDK vor Ort, der das Ansprechen könnte.“
A.5 Verfahrensseitige Einflussfaktoren	Aussagen, bei denen es <u>explizit nicht</u> um eine Versichertenentscheidung geht, sondern benannte Aspekte primär dem Verfahren selbst zuzuschreiben sind, weitestgehend unabhängig von versichertenzeitigen Wünsche, Präferenzen und Ansichten im Kontext von Rehabilitationsempfehlungen	„So da haben wir Fälle, da schreiben wir fünf Kliniken an, also die dafür eigentlich auch geeignet sein sollten, und die sagen, ‚Mit dem können wir hier nichts anfangen, den können wir hier nicht behandeln‘.
B.1 Einflussfaktoren auf Versichertenentscheidung Subkategorie: erlebt Subkategorie: vermutet	Aussagen zu geäußerten und wahrgenommenen Gründen und Motiven von Versicherten, die eine Inanspruchnahme der empfohlenen Rehabilitation (umfasst sowohl Antragsauslösung als auch Rehabilitationsantritt) positiv und negativ beeinflussen. Soweit möglich, hier die Zuordnung zu erlebten Aspekten (z.B. Interviewte*r schildert konkrete Versichertengespräch oder fasst Gesprächsaspekte auf Basis eigener Erfahrung zusammen) und eher vermuteter Aspekte (Aussagen in Verbindung mit „ich vermutete/ich glaube/ich könnte mir vorstellen“ und ggf. unter Berücksichtigung des tatsächlichen Kontaktumfangs der Interviewten mit Zielgruppe)	„...die wollen häufig nicht weg vom Partner, oder sagen, aber nur wenn mein Partner mitdarf, das sind ja so die üblichen Ängste. Ja, dass Sie ab einem gewissen Alter ihren Ehepartner, ohne den nichts mehr machen wollen.“  „Also ich denke mal, das hat verschiedene Gründe, warum häufig erstmal eine Zusage gemacht wird und am Ende wieder zurückgezogen wird und dann doch nicht durchgeführt wird. Oder auch die Angst was Neues, eine Veränderung im Leben, das ist oftmals bei Versicherten mit Einschränkungen oder auch im gewissen Alter auch nicht so einfach.“
B.2 Reaktion und Haltung von Versicherten bezüglich des Themas Rehabilitation	Aussagen zur ersten, unmittelbare Reaktion der Versicherten oder Versichertenvertreter, wenn vom Prozessakteur das Thema Rehabilitation/Rehabilitationsempfehlungen (in unterschiedlichen Formen) kommuniziert wird; hier v.a. direkt geäußerte und wahrgenommene Reaktion wie z.B. Überraschung, Ablehnung, Unsicherheit etc.	„Es gibt welche die sind sehr positiv, die sagen auch sofort ‚Oh ja, das wäre schön.‘ Das sind diejenigen, die das auch wirklich annehmen. Dann gibt es welche die haben sehr große Zweifel, sind in dem Moment völlig überfordert, können nicht ja und nicht nein sagen.“
B.3 Perspektive der Versicherten auf Rehabilitation	Aussagen zu geäußerten und wahrgenommenen rehabilitationspezifischen Erwartungen, Vorstellungen, Erfahrungen, Wünsche, Wissen, Meinungen und Bedürfnisse der Versicherten	„Die meisten können mit dem Wort Reha nichts anfangen, die kennen nur Kur.“
B.4 Rolle der Angehörigen	Alle Aussagen die in direkten oder indirekten Zusammenhang mit Angehörigen (Ehe/-Lebenspartner*innen, Töchter/Söhne, Enkel) stehen, inkl. Haltung, Wissen, Vorstellung, Ängste, wahrgenommene Rollenfunktion und Einflussnahme dieser Personengruppe	„Ja, sind häufig Angehörige dabei. Ganz selten, dass man mal alleine ist [...] Also die finden es total toll, und versuchen dann auch immer, der Mutter oder dem Vater das einzureden: ‚Mach doch, das kann dir doch guttun!‘.“

----- Akteur\*innenbezogene Sichtweise auf das Zugangsverfahren -----

----- Wahrgenommene Perspektive der Versicherten im Zugangsverfahren -----

## 5.3 Prozessbeschreibung aus Sicht der Akteur\*innen

### 5.3.1 Prozessvariationen auf Akteur\*innenebene

Aufgrund möglicher Unterschiede in den Verfahrensabläufen bei den Prozessakteur\*innen bzw. zwischen den jeweiligen Institutionen wurden in den Interviews auch prozessbezogene Perspektiven thematisiert. Im Rahmen der Analyse zeigten sich innerhalb aller drei interviewten Akteur\*innengruppen **unterschiedliche Verfahrensabläufe**. Zudem ergaben sich im induktiven Auswertungsprozess forschungsrelevante Aspekte bezüglich der **rehabilitationsbezogenen Kommunikation** sowie des **Rollenverständnisses** und der **Verfahrensbewertung** aus Sicht der Prozessakteur\*innen.

#### Prozessvariationen auf Ebene der Medizinischen Dienste

Im Umgang mit den Rehabilitationsempfehlungen auf Ebene der Medizinischen Dienste berichteten die interviewten Gutachter\*innen individuelle Strategien, wobei alle auf ein eher offenes und proaktives Vorgehen hinsichtlich des Themas Rehabilitation in der Begutachtungssituation verwiesen. Werden Hinweise auf eine Rehabilitationsindikation beim Versicherten ersichtlich, erfragen alle Interviewten das Interesse an einer medizinischen Rehabilitation. Einige Interviewte tun dies gleich zu Beginn der Begutachtung, um im weiteren Begutachtungsverlauf einzelne Aspekte oder Befunde immer direkt damit verknüpfen zu können.

*„...so dass ich zu Beginn sage ‚Haben Sie eigentlich mal über eine Reha nachgedacht?‘ – ‚Nein.‘ – ‚Gut. Wollen Sie eine machen?‘ – ‚Weiß ich nicht.‘ Dann sage ich ‚Wissen Sie was? Wir sitzen hier jetzt noch ungefähr 57 Minuten. Nach 58 Minuten frage ich Sie nochmal.‘ [...] im Gespräch baue ich das eine oder andere ein und dann ist es so, dass die Versicherten dann meistens sagen: ‚Ja, habe ich mir jetzt überlegt, mache ich!‘.“ MD\_08*

Die Abfrage der versichertenseitigen Rehabilitationsbereitschaft wird immer dann als typischer Gesprächseinstieg gewählt, wenn sich aus Sicht der Gutachter\*innen schon zu diesem Zeitpunkt Hinweise auf eine Rehabilitationsindikation zeigen.

*„Als erstes frage ich ihn allgemein, wie er dazu steht, eine Einschätzung, [...] ob er im Grunde genommen an sowas teilnehmen würde, ob er sich das zutrauen würde - um erstmal überhaupt die Bereitschaft heraus zu bekommen.“ MD\_02*

Ab diesem Zeitpunkt werden unterschiedliche Vorgehensweisen berichtet. Einige Interviewte geben an, die möglichen Rehabilitationsziele bereits mit den Versicherten in der Begutachtungssituation zu besprechen, andere legen die Rehabilitationsziele bspw. im Anschluss an die Begutachtung anhand der dokumentierten Einschränkungen fest. Zur Entscheidung über die Art der zu empfehlenden Rehabilitation berücksichtigen einige Interviewte neben den Informationen aus dem Begutachtungsgespräch auch die regionale Versorgungssituation und die Präferenzen der Versicherten.

*„Der Effekt der ambulanten Reha verpufft da komplett, finde ich. Zumindest ist es bei uns in der Gegend so, weil es nicht so viele ambulante Rehas gibt [...] Ich persönlich empfehle sie aus diesem Grund auch eher nicht.“ MD\_01*

*„Viele sagen auch, sie wollen gerne hierbleiben, sie wollen eben nicht von zu Hause weg. Dann empfehle ich die ambulante Reha [...] wird auch so in den Teamsitzungen immer wieder zurückgemeldet von den Reha-Ärzten [...] Also die möchten schon, dass, wenn Wünsche bestehen, wir das direkt so mit reinschreiben.“ MD\_09*

Andere Gutachter\*innen berichten, dass sie sich zur möglichen Allokation in der Begutachtungssituation gar nicht äußern, da es die alleinige Aufgabe der ärztlichen Gutachter\*innen ist, die passende Rehabilitationsform auszuwählen.

Unterschiede zeigen sich zudem bei der Berücksichtigung der Versichertenhaltung hinsichtlich der Auslösung einer Rehabilitationsempfehlung. So berichten einige Interviewte, dass bei klar geäußelter Ablehnung auf das Aussprechen der Rehabilitationsempfehlung verzichtet wird, andere Interviewte lösen dagegen entsprechend des wahrgenommenen Rehabilitationsbedarfs und ganz unabhängig der Versichertenmeinung eine Rehabilitationsempfehlung aus.

*„Nein, spreche ich nicht aus, weil die tun es eh nicht. Also dann kann ich mir das auch sparen. Wenn da die Motivation nicht da ist, brauche ich auch keine Reha-Empfehlung aussprechen, nein. [...] Die würden keine Reha beantragen. Die würden es nicht tun.“ MD\_08*

*„Viele äußern verständlicherweise ‚Ich möchte das im Moment nicht‘, kann man verstehen wenn die drei, vier Monate im Krankenhaus sind, die wollen erstmal nach Hause. Deswegen machen wir eigentlich diese Empfehlung trotzdem, auch wenn die im Moment sagen ‚Nein, wir wollen nicht in die Reha‘. Das ist eine Momentaufnahme, das kann sich in vier, sechs, acht Wochen komplett ändern.“ MD\_04*

Nehmen Gutachter\*innen Unsicherheiten oder Ablehnungen gegenüber der Rehabilitation wahr, reagieren sie darauf mit unterschiedlichen Strategien. So wird im Rahmen der zeitlichen Möglichkeiten zum Thema Rehabilitation aufgeklärt, ein Rehabilitationsflyer ausgehändigt, auf die Beratungsmöglichkeiten der Pflege- bzw. Krankenkassen hingewiesen und/oder ein rehabilitationsbezogener Beratungsbedarf im Formulargutachten vermerkt.

*„Dann erkläre ich eben, was so die Vorteile sind von einer Reha, also, dass er eben wirklich täglich drei, vier Anwendungen hat und wirklich seine Behandlung hat, um wieder auf die Beine zu kommen, zum Beispiel, was er ja zu Hause nicht hat, da ist meist Krankengymnastik einmal oder zweimal in der Woche.“ MD\_09*

*„Dann gibt es welche, die haben sehr große Zweifel, sind in dem Moment völlig überfordert, können nicht ja und nicht nein sagen. Bei denen sage ich dann, dass sie halt die Zeit haben, sich das zu überlegen und sich halt von der Kasse auch beraten zu lassen.“ MD\_02*

*„Alles was danach kommt, wenn er dann gesagt hat, er möchte im Moment nicht, dann wird das Kreuz gesetzt [betrifft ‚Beratung zur Umsetzung der empfohlenen Leistung zur medizinischen Rehabilitation erforderlich‘ unter 7.3.3 des Formulargutachtens - Anm. d. Verf.] und dann muss die Kasse noch mal aktiv werden.“ MD\_04*

Alle Interviewteilnehmenden bestätigen, dass die Rehabilitationsempfehlung anschließend durch eine\*n ärztliche\*n Gutachter\*in geprüft und freigegeben wird. Ein persönlicher Austausch mit den ärztlichen Gutachter\*innen erfolgt häufig nicht, weil es auch nach Aussage der Interviewten eher selten zu diskutierbaren Änderungen bzw. einer Ablehnung der Rehabilitationsempfehlung kommt. Anschließend wird die Rehabilitationsempfehlung zusammen mit dem Gutachten an die zuständige Pflegekasse übermittelt.

### **Prozessvariationen auf Ebene der Pflegekassen**

Aus den Interviews mit den Pflegekassen lassen sich anschließend drei Vorgehensweisen nach Eingang einer Rehabilitationsempfehlung bei den Pflegekassen differenzieren.

(1) Bei der ersten beschriebenen Verfahrensvariante informiert der überwiegende Teil der Pflegekassen die Versicherten schriftlich über die Rehabilitationsempfehlung, zeitgleich mit der Bekanntmachung des Ergebnisses der Pflegebegutachtung. Die Information zur Rehabilitationsempfehlung umfasst in der Regel einen kurzen Hinweis, dass der Medizinische Dienst

eine Rehabilitationsindikation sieht und welche Rehabilitationsform in diesem Zusammenhang empfohlen wird. Die Versicherten werden gebeten, auf einem mitgeschickten Formular ihre Einwilligung zur Weitergabe der Rehabilitationsempfehlung an die Krankenkasse zu bestätigen und postalisch zurückzusenden.

*„Also die Zusage für den Pflegegrad beinhaltet ja auch immer die Rehabilitations- und Präventionsempfehlung, die wir aussprechen müssen, und da ist dann auch die stationäre Rehabilitation mit aufgeführt als Empfehlung. Also das ist Bestandteil vom Bescheid. Und da wird dann zeitgleich das Gutachten mit beigefügt.“ PK\_01*

Teilweise wird im Versichertenanschreiben der Pflegekassen um eine Rückmeldung innerhalb von 3 Wochen gebeten. Einzelne Pflegekassen verweisen bereits im Schreiben darauf, dass bei ausbleibender Rücksendung der Einwilligung davon ausgegangen wird, dass kein Interesse an einer medizinischen Rehabilitationsleistung besteht. Eine nochmalige schriftliche Erinnerung bzw. ein aktives Nachhaken erfolgen in der Regel nicht.

*„Wir erinnern nicht. Also für uns ist das dann erledigt, wenn keine Rückmeldung kommt. Die haben die Information, dass eben die Möglichkeit besteht und wir erinnern aber nicht. Im Moment ist das nicht vorgesehen, dass auf Wiedervorlage zu halten und zu erinnern. Das ist dann für uns erledigt sage ich mal, wenn die sich gar nicht melden.“ PK\_07*

Senden die Versicherten die Einwilligungserklärungen zurück, gehen diese meist direkt an die Krankenkasse, ohne dass die verantwortlichen Mitarbeiter der Pflegekasse erneut eingebunden werden. Die Zuständigkeit der Krankenkassen zum Thema Rehabilitation wird bei einer Pflegekasse z.B. auch explizit in das Informationsschreiben zur Rehabilitationsempfehlung formuliert.

*„Und dann verweisen wir aber direkt, haben Sie Fragen zu diesem Schreiben geht es direkt an den Kundenberater in der Krankenversicherung.“ PK\_19*

(2) Eine weitere Verfahrensvariante berichtete eine Pflegekasse, wonach dort alle Versicherten mit einer Rehabilitationsempfehlung telefonisch kontaktiert werden, um persönlich über Inhalt der Rehabilitationsempfehlung und das weitere Vorgehen zu informieren. Erst nach diesem Gespräch erfolgt die schriftliche Einholung der Einwilligungserklärung zur Auslösung des Rehabilitationsantrags.

*„Wir rufen sie aktiv an und informieren sie vorab telefonisch, dass also eine positive Reha-Empfehlung, also ausgesprochen wurde. Im Nachgang wird aber der Kunde auf alle Fälle darüber auch schriftlich informiert, weil wir ja natürlich auch eine schriftliche Einwilligung dazu benötigen. Aber darüber wird der Kunde im Gespräch schon aufgeklärt, dass es nicht ohne seine Zustimmung vonstattengehen kann, also wir seine Unterschrift benötigen, um das ganze Reha-Verfahren dann überhaupt in die Wege leiten zu können.“ PK\_20*

(3) Die dritte Vorgehensweise nach Erhalt einer Rehabilitationsempfehlung ist laut den Beschreibungen einzelner Interviewter durch die direkte Einbindung der Krankenkasse gekennzeichnet. So erfolgt hierbei nach Eingang einer Rehabilitationsempfehlung in der Pflegekasse eine umgehende Weiterleitung an die Krankenkasse, die dann alle weiteren prozessbezogenen Schritte verantwortet. Die Versicherten erhalten durch die Pflegekasse mit dem Pflegebescheid den Hinweis, dass eine Rehabilitationsempfehlung ausgesprochen wurde und die Krankenkasse sich diesbezüglich melden wird.

*„...bei uns geht das Gutachten ein und wenn da jetzt eine Rehaempfehlung auch vom Medizinischen Dienst dann mit dabei ist, dann wird bei uns eine Aufgabe erzeugt im Fall, „Rehaempfehlung liegt vor“ und dann wird die Aufgabe automatisch in unsere Reha-Abteilung [der Krankenkasse – Anm. d. Verf.] gesteuert. Dass heißt, dass die dann die Aufgabe bekommen. Und auch in der Reha-Empfehlung stehen ja dann schon ein paar Infos, also ob es jetzt eine geriatrische Reha oder solche Dinge sind, also wo sie drauf schauen können. Und die Fachabteilung, die Reha-Abteilung,*

*die rufen dann den Versicherten an oder die Angehörigen und besprechen das mit denen, ob denn eine Reha überhaupt gewünscht wird.“ PK\_16*

## **Prozessvariationen auf Ebene der Krankenkassen**

Der Umgang mit den erhaltenen Rehabilitationsempfehlungen bei den Krankenkassen knüpft an das jeweilige Verfahren der Pflegekasse an. Hierbei zeigen sich wiederum relativ unterschiedliche Vorgehensweisen in der Bearbeitung der eingehenden Rehabilitationsempfehlungen. Insbesondere hinsichtlich der aktiven Einbindung von Versicherten in den Bearbeitungsprozess sowie der gewählten Kommunikationsstrategien unterscheiden sich die Krankenkassen in ihrem Vorgehen. Dies spiegelt sich in der Intensität der Versichertenkommunikation sowie der Reihung einzelner Prozessschritte und des dadurch ausgelösten Bearbeitungsumfangs wider.

Wie bereits in den Ausführungen seitens der Pflegekassen ersichtlich, gibt es Unterschiede im Zugang der Rehabilitationsempfehlung über die Pflegekasse. Der überwiegende Teil der Krankenkassen erhält die Einwilligungserklärung des Versicherten von der Pflegekasse und hat internen Zugriff auf die Rehabilitationsempfehlung. Interviewte einzelner Krankenkassen berichten, dass ihnen eine Information zur Rehabilitationsempfehlung systemintern vorliegt, sobald die Versicherten von der Pflegekasse über die Rehabilitationsempfehlung schriftlich informiert wurden, und sie dann den weiteren Antragsweg selbst initiieren.

Geht bei den Krankenkassen eine Rehabilitationsempfehlung ein, wird sie u.a. auf Fallzuständigkeit, Versichertenstatus und Vollständigkeit geprüft. Teilweise erfolgt auch eine Plausibilitätsprüfung der Rehabilitationsempfehlung vor dem Hintergrund der im Pflegegutachten beschriebenen Versichertensituation.

*„Dann guckt nochmal der Sachbearbeiter in meinem Team, schaut auch nochmal, passt das auch zu dem Pflegegrad oder zu der Begutachtung. Jemanden mit Pflegegrad 4 kann man schlecht in eine orthopädische Klinik schicken.“ KK\_19*

Bei auftretenden Unklarheiten zur Rehabilitationsempfehlung halten einzelne Krankenkassen gegebenenfalls auch noch einmal Rücksprache mit den vorgeschalteten Prozessakteur\*innen.

*„Dann greifen wir auch zum Hörer und schließen uns mit dem Medizinischen Dienst kurz, wenn wir Rückfragen haben, wenn wir sagen, für uns, aus unserer Sicht passt das nicht.“ KK\_24*

*„Also es muss immer von einem Arzt bestätigt worden sein im Gutachten. Wenn wir jetzt im Gutachten sehen, dass da nur eine Pflegefachkraft das bisher abgesehen hat, dann müssen wir nochmal Kontakt aufnehmen mit unserer Pflegeabteilung oder geben das einfach noch mal zurück mit der Information, dass es nochmal abgeklärt werden muss und die geben uns das dann wieder weiter, sobald die das gemacht haben.“ KK\_05*

Nach Sichtung der Unterlagen schließen sich dann kassenspezifische Verfahrensschritte an. Einige Krankenkassen fragen direkt mit den vorliegenden Informationen eine Klinik an und senden bei positiver Klinikrückmeldung einen schriftlichen Bewilligungsbescheid bzw. die Kostenzusage an die Versicherten.

*„Also wenn die ihre Einwilligung erteilt haben, sind wir damit durch, dann werden die [Versicherten – Anm. d. Verf.] auch nicht mit eingebunden. Dann suchen wir das Haus aus und dann bekommen die den Bewilligungsbescheid.“ KK\_13*

Gibt es klinikseitige Rückfragen zum Versichertenstatus, wird zu diesem Zeitpunkt versucht, an die Versicherten heranzutreten oder den Kliniken wird mitgeteilt, dass alle benötigten Informationen durch die Klinik selbst von den Versicherten zu beziehen sind.



*„Aber manchmal reicht es, wie gesagt, der Einrichtung nicht und da verweisen wir die dann aber im Zweifel an den Versicherten bzw. über den dann an den Hausarzt. Nach dem Motto ‚Wenn ihr da mehr wissen wollt, mehr haben wir halt nicht‘, wir haben halt nur dieses Gutachten und das ist manchmal medizinisch sehr dünn und manchmal reicht denen das nicht aus.“ KK\_04*

Andere Krankenkassen entscheiden sich unmittelbar nach Prüfung der Rehabilitationsempfehlung entsprechend der Allokationsempfehlung, Indikationsstellung oder des Pflegegrads für eine Kontaktierung der Versicherten bzw. der Hausärzt\*innen, um zusätzliche Informationen noch im Vorfeld der Kliniksuche einzuholen.

*„Gerade, ich sage jetzt mal, der geriatrische Bereich ist natürlich ein gewisses Altersklientel. Da gucken wir natürlich nach Einrichtungen, wo die Möglichkeit der Anfahrt usw. auch alles passt, damit es möglichst unkompliziert abläuft. Wenn ich sehe, dass da meinetwegen im neurologischen Bereich eine Rehabilitation empfohlen wurde, sei es wegen Parkinson oder sonstiges, dann spreche ich gerne mit den Patienten, wenn ich sehe, dass eventuell auch vorher schon mal Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt worden sind, ob man dieselbe Einrichtung nimmt oder mit der Entfernung wegen Fachkliniken usw. Da suche ich den Kontakt immer.“ KK\_34.*

Eine Kontaktaufnahme erfolgt entweder telefonisch oder schriftlich mit Bitte um Rücksendung bspw. eines beigelegten Selbstauskunftsbogens oder bestimmter medizinischer Unterlagen. Gerade bei den geriatrischen Rehabilitationsempfehlungen wird häufig standardgemäß der Barthel-Index abgefragt, da dieser in der Regel von den Rehabilitationskliniken bei der Aufnahmeprüfung verlangt wird. Im Zusammenhang mit dieser Kontaktaufnahme erfolgt je nach Krankenkasse ggf. auch eine Einholung der Einwilligungserklärung für die Verwendung des Pflegegutachtens zur Klinikanfrage.

*„Meine Aufgabe dann über den Versicherten oder auch, wenn ich die Adresse des Hausarztes habe, dann über den Hausarzt mir einen Barthel-Index zuschicken zu lassen. Mit der Unterschrift versehen also ausgefüllt, mit der Unterschrift versehen des Arztes.“ KK\_01*

*„...wenn das alles vorliegt - die Einwilligungserklärung, die Rehabilitationsempfehlung und das Pflegegutachten - einen telefonischen Kontakt aufnehmen mit dem Versicherten oder mit dem zuständigen Betreuer und dort haben wir ein separates Formblatt, eine sogenannte Notiz, wo also eine Art Barthel-Index angegeben worden ist zu den alltäglichen Dingen des Lebens und dort haben wir also die Möglichkeit, im Telefonat mit dem Versicherten oder mit der zuständigen Betreuung diese Art Barthel-Index abzusprechen.“ KK\_30*

Wieder andere Krankenkassen versuchen von vornherein, alle Versicherten mit einer Rehabilitationsempfehlung telefonisch zu kontaktieren, um z.B. vor einer Verfahrenseinleitung die momentane Rehabilitationsbereitschaft zu klären, rehabilitationsbezogene Vorstellungen und Wünsche der Versicherten zu erfassen beziehungsweise konkrete Umsetzungsmöglichkeiten zu besprechen. Teilweise werden in diesen Gesprächen schon geeignete Rehabilitationskliniken zur Auswahl gestellt.

*„Und dann haben wir uns bei der <Krankenkasse> dazu entschlossen, dann diese Rehabilitationsempfehlung und die Teilnahme, den Teilnahmewunsch des Kunden aufzugreifen und dann kommen dann jetzt die Gesundheitsberater mit ihrem Spezialwissen ins Spiel, die dann telefonisch Kontakt mit dem Kunden aufnehmen und nochmal die Sachlage besprechen.“ KK\_18*

*„Also wenn wir die Empfehlung erhalten, rufen wir die Versicherten [...] oder die Betreuer oder Bevollmächtigten an, und fragen, ob die Reha gewünscht ist. Und wenn sie gewünscht ist, dann schicken wir noch mal einen Selbstauskunftsbogen raus und wenn der zurück ist, dann suchen wir die passende Klinik aus.“ KK\_07*

Bei den beiden letzteren Strategien erfolgt dann in der Regel nach den eingeholten schriftlichen oder mündlichen Zusatzinformationen eine Klinikanfrage. Bei positiver Rückmeldung der Kliniken erhalten die Versicherten eine schriftliche Kostenzusage zugesandt. Einige Interviewte berichten, dass es aber

auch in diesem Prozessabschnitt noch zu klinikseitigen Rückfragen kommen kann und ein erneuter Kontakt mit den Versicherten nötig wird.

### 5.3.2 **Kommunikation mit Versicherten zum Thema ‚Medizinische Rehabilitation‘**

Eine **rehabilitationsbezogene Kommunikation innerhalb der Pflegebegutachtung** gehört laut den interviewten Gutachter\*innen der Medizinischen Dienste zum Standardverfahren, da entsprechende Basisinformationen für das Gutachten benötigt werden. Ergibt sich eine Rehabilitationsempfehlung, geben alle Interviewten an, diese gegenüber den Versicherten bereits in der Begutachtungssituation direkt zu kommunizieren. Hierbei werden auch im Rahmen der zeitlichen Möglichkeiten inhaltliche Rückfragen der Versicherten zur Rehabilitation beantwortet und der weitere formale Ablauf erklärt.

*„Wir sagen auch immer, dass der ärztliche Gutachter das erst prüfen muss, dass wir also nicht den abschließenden Empfehlungsteil haben, sondern es durch den ärztlichen Gutachter das erst erfolgt. Und weisen auch immer darauf hin, wenn der Versicherte sein Gutachten in die Hände bekommt, dass er dann nochmal die abschließenden Empfehlungen sieht und weisen auch darauf hin, dass die Pflegekasse sich mit ihm Verbindung setzt im Anschluss.“ MD\_04*

Mehrere Interviewte versuchen dann in diesem Zusammenhang, den Versicherten möglichst praxisnah anhand deren Problembereiche bzw. der vorliegenden Einschränkungen konkrete und realistische Rehabilitationsziele zu anschaulichen.

*„Also wir versuchen das schon zu kommunizieren. [...] Also klassisches Beispiel ist ja jemand, der vor der Haustür sechs Stufen hat und die er ja einfach nicht mehr bewältigt kriegt ohne fremde Hilfe. Dass man da einfach mal sagt ‚Vielleicht reicht es ja nur, wenn Sie dann nach der Reha es schaffen ihre Wohnung wieder alleine verlassen und selbstständig auch wieder aufsuchen zu können‘ also wirklich so ganz rudimentäre Sachen, dass die Leute nicht mehr in der Wohnung gefangen sind.“ MD\_10*

Insbesondere bei wahrgenommenen rehabilitationsbezogenen Unsicherheiten oder einer ablehnenden Haltung versuchen einige Interviewte gleichzeitig, diese Versicherten bezüglich der Rehabilitation positiv zu stimmen bzw. gezielt zu motivieren.

*„Aber es ist, dass ich es dann auch ein bisschen schmackhaft mache und sage ‚Probieren Sie es doch, Sie haben ja nichts zu verlieren‘, gebe ich ehrlich zu. Also ich sage nicht Sie müssen es antreten, sondern ‚Sie können dann immer noch entscheiden, es ist ja erst einmal nur eine Empfehlung‘.“ MD\_09*

Zum Teil räumen die Gutachter\*innen dem Thema auch durchaus mehr Zeit ein als im Begutachtungsprozess insgesamt vorgesehen ist.

*„Ich nehme mir auch die Zeit, wenn ich merke, es ist ein Beratungsbedarf da, dann wird das auch gemacht. Da guckt auch keiner auf die Uhr oder so, da sag ich jetzt nicht ‚Ich muss jetzt, ich bin jetzt eine Stunde hier gewesen‘, oder so. Dann sitzt man halt einmal eine Stunde fünfzehn.“ MD\_09*

Demgegenüber versuchen andere Interviewteilnehmer\*innen bewusst, die Kommunikation zur Rehabilitation kurz zu halten, um Diskussionen zu vermeiden, und verweisen bei weiteren Fragen der Versicherten auf die Beratungszuständigkeit der Pflege- bzw. Krankenkassen.

*„Da kürze ich das eigentlich relativ schnell ab. Ich versuche dann Ängste zu nehmen und zu sagen ‚ja, das kann man ja alles besprechen‘, aber ansonsten muss ich dann wirklich an die Kasse verweisen dann, weil die ja am Ende entscheidet.“ MD\_01*

Die sich an die Pflegebegutachtung anschließende rehabilitationsbezogene **Kommunikation zwischen den Pflegekassen und den Versicherten** begrenzt sich laut Beschreibungen in den Interviews überwiegend auf die schriftliche Anfrage zur Einwilligungserklärung einer Antragsauslösung. Die

Anschreiben an die Versicherten sind kurz gehalten und beinhalten eine Information zur Rehabilitationsempfehlung, teilweise auch mit der konkreten Allokationsempfehlung, sowie ein Formular zur Einwilligung der Antragsauslösung.

*„Also ich habe die hier vorliegen, ich habe mir die mal ausgedruckt. Das ist tatsächlich ein Zweizeiler.“ PK\_10*

*„Und die Einzelheiten sind ja dann im Gutachten benannt, das wird auch nochmal in dem Brief erwähnt, also ‚Einzelheiten zur Einschätzung zu des Rehabilitationsbedarfes und die konkreten Maßnahmen entnehmen Sie bitte der Empfehlung im Gutachten‘.“ PK\_24*

Die Interviewteilnehmer\*innen einiger Pflegekassen berichten, dass eine persönliche Kommunikation zum Thema Rehabilitation mit den Versicherten faktisch nicht vorkommt, da solche versichertenseitigen Anrufe zentralisiert in die Pflegeberatung oder in den Reha-Fachbereich der Krankenkasse weitergeleitet werden. Andere Interviewte gaben an, dass sich zwar gelegentlich Versicherte telefonisch melden, aber es in den seltensten Fällen um eine Rehabilitationsempfehlung geht, sondern es vielmehr Rückfragen zu spezifischen oder allgemeinen Pflegeleistungen gibt.

Kommt es bei einzelnen Interviewten zu telefonischen Rückfragen zur Rehabilitationsempfehlung, werden in erster Linie verfahrensbezogene Informationen vermittelt und gegebenenfalls wird versucht, die Versicherten niedrigschwellig zu motivieren. Alle tiefergehenden inhaltlichen Fragen werden normalerweise an die zuständigen Bereiche der Krankenkasse verwiesen.

*„Ich versuche dann dementsprechend, ja, die Auskunft zu geben, die benötigt wird in dem Moment, aber darüber hinaus über das Verfahren was die Rehabilitation anbetrifft würde ich definitiv immer verweisen an den Reha-Träger.“ PK\_07*

Die **Kommunikation mit Versicherten auf Ebene der Krankenkassen** gestaltet sich unterschiedlich und richtet sich in erster Linie nach der gewählten Bearbeitungsstrategie bei den Rehabilitationsempfehlungen. Dementsprechend gibt es Interviewte, die von keiner bis sehr wenig direkter Kommunikation mit den Versicherten berichten. Andere beschreiben die persönliche Versichertenkommunikation als eine ihrer Hauptaufgaben. Inwieweit auch die interviewten Teamleiter\*innen Gespräche mit Versicherten führen, ist nicht zuletzt von deren Funktion innerhalb der Kasse abhängig.

Übergreifend wird berichtet, dass sich Versicherte bezüglich der Rehabilitationsempfehlungen eher selten an die Kasse wenden, sondern meist ein Kontakt zustande kommt, wenn die Krankenkassen aktiv auf die Versicherten zugehen. Eine Kontaktaufnahme seitens der Versicherten gibt es zumeist in Fällen, in denen die Krankenkasse ohne vorherige Kommunikation einen Bewilligungsbescheid zustellt, schriftliche Auskünfte im Rahmen der Antragsbearbeitung erfragt oder die Versicherten nicht mit der ausgewählten Rehaklinik einverstanden sind. Die Kommunikation findet primär telefonisch statt. Bei Rehabilitationsanträgen aus den Pflegebegutachtungen wird häufiger mit Bevollmächtigten bzw. Angehörigen als mit den Versicherten selbst gesprochen, was einige Interviewteilnehmende auch bewusst forcieren.

*„Da ist es so, dass wir, wenn ein Bevollmächtigter hinterlegt ist, auch versuchen mit den Angehörigen zu sprechen und denen das dann halt zu erläutern, um auch einen Rehabilitationserfolg wirklich auch zu haben.“ KK\_32*

In den Gesprächen wird seitens der Krankenkasse umfangreich erklärt, was es mit der Rehabilitationsempfehlung auf sich hat, was die Versicherten erwartet und wie der weitere formale Ablauf aussieht. Ebenfalls wird versucht, alle Fragen der Versicherten zum Thema zu beantworten.

*„...was überhaupt befürwortet wurde oder was empfohlen wurde und denen dann auch erklären, was da passiert. Wie lange so eine Maßnahme geht, was eine mögliche Einrichtung wäre, was dort auch gemacht wird und was sich hinter der Leistungsart ‚Medizinische Rehabilitation‘ eigentlich verbirgt und welche Ziele auch verfolgt werden.“ KK\_24*

Bei Ablehnung oder Unsicherheiten seitens der Versicherten oder deren Angehörigen deuten die Interviewteilnehmenden unterschiedliche Umgangsstrategien damit an. So berichten einige Interviewte, dass sie versichertenseitigen Unsicherheiten mit einer möglichst umfangreichen Aufklärung begegnen und sie den Versicherten auch immer mehrere Tage Bedenkzeit vor einer wiederholten Kontaktierung geben. Andere Interviewte versuchen dagegen, bewusst keinen Einfluss auf die Versicherten zu nehmen und akzeptieren die Haltung und Entscheidung der Versicherten bzgl. der (Nicht-)Inanspruchnahme einer Rehabilitation.

*„Also wir sind eben nicht in der Situation, dass wir jetzt sagen müssten ‚Also du solltest das machen, das ist gut für dich‘ und sie wissen schon selber, was gut für sie ist. Also wir nehmen da keinen Einfluss. Wenn sie sagen ‚Ich wollte das gar nicht‘, dann akzeptieren wir das.“ KK\_04*

Neben der telefonischen Kommunikation erhalten die Versicherten in der Regel die kassenspezifischen Standardschreiben zum Verfahren. Seitens einer Kasse wird berichtet, dass die schriftliche Kommunikation bereits angepasst wurde, um die Versicherten bspw. besser zum Thema geriatrische Rehabilitation zu informieren.

*„Also wir haben für uns intern eine Maßnahme entwickelt, wir haben ein Informationsschreiben entwickelt, was wir auch noch mit dazu senden zu den Genehmigungen, wo die Geriatrie noch einmal näher beschrieben ist, was sich überhaupt dahinter auch verbirgt und sagen zu den Versicherten auch ‚Überlegen Sie es sich, beschäftigen Sie sich einfach nochmal mit dem Thema, sprechen Sie mit Ihren Angehörigen und lassen Sie sich vielleicht auch einfach mal auf diese Maßnahme ein‘, wenn wir schon einmal bewilligt haben.“ KK\_32*

Bei versichertenseitiger Ablehnung der Rehabilitation oder ausbleibender Rückantwort benachrichtigen einige Krankenkassen die Versicherten noch einmal schriftlich über die Rehabilitationsempfehlung, deren Gültigkeitsdauer und die Möglichkeit einer späteren Inanspruchnahme und ggf. auch über die Möglichkeit einer erneuten Antragstellung.

*„Wenn die Reha nicht gewünscht ist, dann schicken wir einen Brief [an die Versicherten – Anm. d. Verf.] raus, dass uns das so mitgeteilt wurde. Und wenn die Versicherten sich das anders überlegen, können sie jederzeit auf uns zukommen.“ KK\_20*

### **5.3.3 Rollenverständnis der Prozessakteur\*innen**

Betrachtet man den Weg der Rehabilitationsempfehlung als einen Prozess, in dem verschiedenen Akteur\*innen eine spezifische Rolle bzw. Verantwortlichkeit zukommt, dann ist anzunehmen, dass ein Prozesserfolg (hier vor allem die Inanspruchnahme einer bewilligten Rehabilitation durch die Versicherten) wesentlich davon abhängt, inwiefern die jeweiligen Prozessakteur\*innen ihre Rollenfunktion optimal ausfüllen. Da der Weg der Rehabilitationsempfehlungen institutionenübergreifend gestaltet ist, setzt dies mindestens ein gemeinsames Verständnis zur eigenen prozessbezogenen Verantwortlichkeit, aber auch zur Rollenfunktion der anderen Prozessakteur\*innen voraus. Kommt es zu Diskrepanzen hinsichtlich der wahrgenommenen und letztlich auch gelebten Rollenfunktionen, liegt es nahe, dass sich dies negativ auf den Prozess auswirkt. Aus den Interviews konnten Erkenntnisse zum Verständnis der eigenen Rollenfunktion innerhalb der drei Akteur\*innengruppen sowie zur Sichtweise auf die anderen Akteur\*innen gewonnen werden, die im Folgenden dargestellt werden. Dabei handelt es sich um eine

zusammenfassende Darstellung ohne wertende Einordnung einzelner Aussagen (z.B. hinsichtlich der Richtigkeit benannter Sachverhalte). Die Ergebnisse sollen vielmehr als Hinweis auf z. T. kontroverse Perspektiven auf die Rollenfunktion und das Zugangsverfahren verstanden werden.

Aus den Interviews mit den **Mitarbeiter\*innen der Medizinischen Dienste** wird deutlich, dass insbesondere angesichts des knappen Zeitfensters für eine Pflegebegutachtung die Rehabilitationsempfehlung einen nur nachrangigen Stellenwert gegenüber anderen Begutachtungsinhalten einnimmt. Die Aufgabe der Vor-Ort-Gutachter\*innen bestehe diesbezüglich vor allem in der Prüfung der Rehabilitationsindikation, wobei einzelne Interviewte ihre Rolle auch darin sehen, einen niedrighschwelligen Motivationsimpuls an die Versicherten zu geben, der durch andere Prozessakteur\*innen weiterverfolgt werden muss. Eine umfangreiche Überzeugungsarbeit zum Thema Rehabilitation kann laut der Interviewten aufgrund der geringen Begutachtungszeit nicht geleistet werden.

*„Wir sind ja erstmal in der Reha-Indikation und Potentialprüfung. Das muss man einfach sehen. Das ist eigentlich unsere Hauptberührung mit dem Versicherten. Und, also Motivationsimpulsgebe, das kann man sicherlich noch ein bisschen geben, aber ich glaube, in der Lebenssituation der Betroffenen begründet sind viele Hemmpunkte.“ MD\_03*

Daher sehen auch mehrere Interviewte für die Aufklärung, die Beratung und die Umsetzung von Versichertenwünschen zum Thema Rehabilitation die Pflege- bzw. Krankenkassen in der Hauptverantwortung.

*„Wenn ich sehe, dass die Reha sinnvoll ist, dann empfehle ich die oder halte Rücksprache, unabhängig davon was der Versicherte jetzt mal zu mir sagt, was er gerne hätte und wünsche, weil ich einfach sage, ‚das muss dann mit der Kasse geklärt werden, was da möglich ist‘. Das ist nicht mein Fachgebiet, obliegt ja auch überhaupt gar nicht in meinem Entscheidungsbereich.“ MD\_01*

*„Bei der Pflegekasse, dass die dann nochmal einen Pflegeberater oder speziell geschultes Personal hinschicken, die dann nochmal aufzeigen, genau aufzeigen, wie läuft die Rehabilitation ab, wo ist der Unterschied zwischen einer stationären Reha und welches Outcome ist zu erwarten oder ist möglich.“ MD\_11*

In diesem Zusammenhang verweisen einzelne Interviewte auch auf die Unverbindlichkeit der ausgesprochenen Rehabilitationsempfehlung und sehen die Rolle der genehmigenden Instanz bei den Pflege- bzw. Krankenkassen.

*„...wir sind ja immer geschult worden, wir empfehlen. Und es ist nur eine Empfehlung. Ich habe am Anfang, habe ich ja gedacht, das ist, wenn das vom Reha-Arzt dann zurückkommt, ist es eine Genehmigung. Aber uns wurde noch einmal definitiv gesagt, es ist nur eine Empfehlung. Die Genehmigung trägt die Kasse. Und deswegen löse ich sie oft aus, und sage halt, ‚Sie können dann immer noch ja oder nein sagen‘.“ MD\_09*

*„...und entscheiden müssen Sie sich im Prinzip dann, wenn die Kasse anruft und sagt ‚In Ihrem Gutachten ist eine Rehamaßnahme empfohlen worden und wir möchten ihnen diese Reha gerne genehmigen oder freistellen, wir hätten das und das für Sie, da könnten Sie hinfahren‘, dann ist der Zeitpunkt wo Sie aktiv entscheiden müssen.“ MD\_05*

Mehrere Interviewte nehmen wahr, dass das Thema Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen hat, wobei betont wird, dass es keine konkreten Vorgaben bzgl. der Anzahl erwarteter Rehabilitationsempfehlungen gibt.

*„Wir haben natürlich keine Vorgaben von Reha [...] wir prüfen es bei jedem Einzelfall ab, es gibt auch Tage, da empfehlen sie [die Gutachter\*innen – Anm. d. Verf.] keine Reha-Maßnahmen und an manchen Tagen 5.“ MD\_12*

*„Was uns damals so mitgegeben wurde, ist gerade jetzt in dem neuen Begutachtungs-Assessment: Reha-Reha-Reha [...] also so ein bisschen pauschal gesagt, am besten ist, ordentlich Rehas empfehlen. Aber es gibt jetzt keine Zahl. Also ich muss jetzt nicht im Monat 35 Rehas empfehlen, so nicht.“ MD\_08*

Die interviewten **Mitarbeiter\*innen der Pflegekassen** sehen ihre eigene Rollenfunktion schwerpunktmäßig auf den Bereich der Pflegeleistungen inkl. aller dazugehörigen Aspekte beschränkt. Das Thema Rehabilitation gehört nach dem Selbstverständnis der Pflegekassen nicht zum zentralen Verantwortungsbereich. Folglich sehen die Pflegekassen ihre Aufgabe im Zusammenhang mit Rehabilitationsempfehlungen vorrangig in der Informationsvermittlung und -weiterleitung zwischen den Medizinischen Diensten, den Versicherten und den Krankenkassen. Mehrere Interviewte betonen, dass sie für eine Beratung von Versicherten zur Rehabilitation nicht verantwortlich sind und begründen dies mit klar getrennten Zuständigkeitsbereichen sowie einem fehlenden Detailwissen zur Rehabilitation.

*„Wir sind Kundenberater Pflege, wir geben nicht zu viele Informationen über Rehabilitation raus, weil das auch nicht unser Fachbereich ist.“ PK\_20*

Dementsprechend sieht auch der Großteil der Interviewten vollumfängliche Zuständigkeit zum Thema Rehabilitation auf Seiten der Krankenkassen, die auch als erste Anlaufstelle für versichertenseitige Rückfragen angesehen werden.

*„Es kommen wenig Rückrufe, überhaupt Nachfragen dazu und wie gesagt, wenn er sagt ‚Ja, er möchte die Rehaempfehlung haben‘, leiten wir das an die Krankenkasse weiter und dann sind wir ja als Pflegekasse schon raus. Von daher haben wir ja nur einen minimalen Berührungspunkt mit dem Versicherten bezüglich der RehaMaßnahme selber.“ PK\_22*

*„Also wenn der Kunde dann Probleme hat oder Fragen hat, dann bespricht der das mit dem Fachzentrum mit unserem Fachzentrum für Rehabilitation.“ PK\_02*

Einzelne Interviewte beschreiben den Umgang mit den Rehabilitationsempfehlungen insgesamt als bewusst zurückhaltend und machen deutlich, dass Versicherte bei Rückfragen oder Beratungsbedarf auf die Pflege- oder Krankenkassen zugehen müssen und nicht das Gefühl bekommen sollen, zur Rehabilitationsleistung gezwungen zu werden.

*„Wenn wir es natürlich nicht erfahren und er [der Versicherte – Anm. d. Verf.] sich nicht bei uns meldet, dann haben wir natürlich immer ein Problem. [...] Er muss sich schon bei uns äußern. Wie auch immer - telefonisch, schriftlich.“ PK\_22*

*„Wenn sie dann da vielleicht hinfahren und sagen, ‚Ich MUSS ja hierher, ich muss hierher, mich hat die Kasse dazu gezwungen‘, also das möchten wir auf keinen Fall.“ PK\_26*

**Interviewte der Krankenkassen** beschreiben ihre eigene Rolle darin, für eine sach- und bedarfsgerechte rehabilitative Versorgung der Versicherten zu sorgen. Die Rehabilitationsempfehlung soll dabei möglichst so umgesetzt werden, wie sie ausgesprochen wurde. Vereinzelt wurde betont, dass es gerade bei den Rehabilitationsanträgen aus der Pflegebegutachtung keine kassenseitigen Restriktionen gibt.

*„Wir haben da überhaupt gar keine Probleme mit, wenn da so eine Empfehlung kommt und der Kunde will das, dann wird das gemacht. Also wir haben da überhaupt keine Karten dran, dass jetzt hier irgendwie gering zu halten oder Kosten zu sparen, das spielt da in dem Bereich überhaupt gar keine Rolle [...] Wir leisten uns da als <Krankenkasse> in dem Bereich eine relative Großzügigkeit, sage ich jetzt mal.“ KK\_04*

Gleichzeitig heben mehrere Interviewteilnehmende hervor, dass das Interesse der Versicherten an erster Stelle steht und niemand unter Druck gesetzt wird, eine empfohlene Maßnahme auch tatsächlich anzutreten.

*„Wir möchten ja auch niemand in Reha zwingen, weil, das wäre ja auch nicht zielführend.“ KK\_11*

Bezüglich der Auffassung, inwieweit den Krankenkassen auch eine aktive Beratungsrolle zum Thema medizinische Rehabilitation zukommt, zeigen sich gegensätzliche Sichtweisen. So definiert ein Teil der interviewten Krankenkassen-Mitarbeiter\*innen eine, bisweilen offensiv zu führende, intensive Kommunikation als Bestandteil des eigenen Aufgabenbereiches. Wiederum andere Interviewte vertreten die Ansicht, der Krankenkasse komme keine proaktive Beratungsrolle zu, da die eigentliche Entscheidung zur Rehabilitation mit Rücksendung der Einwilligungserklärung bereits durch die Versicherten getroffen wurde. Zwar stehe man für Rückfragen zur Verfügung, die Initiative müsse aber von den Versicherten ausgehen.

*„Also da findet eine Kommunikation statt, die muss stattfinden, die findet bei uns sehr offensiv statt und diese Gespräche machen in vielen Sachen die jeweiligen Führungskräfte so wie ich.“ KK\_28*

*„Wenn das halt kommt, also bei uns ist es ja schon durch. Also wenn wir das erhalten im Reha-Bereich, ist es so, dass dann diese Entscheidung schon durch ist und wir somit nur den Antrag bearbeiten und das benutzen, was in der Reha-Empfehlung für uns notwendig ist. Die Beratung wird durch uns auch durchgeführt, wenn Fragen sind, mit dem Versicherten im persönlichen Gespräch, aber nicht explizit, weil da dieses Kreuzchen gemacht wird.“ KK\_32*

Unterschiedlich wurde in diesem Zusammenhang auch die Beratungsrolle der zugehörigen Pflegekasse wahrgenommen. So gaben einzelne Interviewte der Krankenkasse an, die genauen Abläufe und Handlungen auf Ebene der zugehörigen Pflegekasse generell nicht zu kennen. Einige Krankenkassen-Mitarbeiter\*innen sahen die Beratungsrolle zum Thema Medizinische Rehabilitation bei der Pflegekasse, andere berichteten dagegen von begrenzten Beratungsmöglichkeiten auf Seiten der Pflegekasse aufgrund fehlender Kompetenzen oder Ressourcen. Vorliegende Ergebnisse legen nahe, dass Absprachen zur Übernahme von Beratungsaufgaben bzw. klar definierte Verantwortungsbereiche bei der rehabilitationsbezogenen Aufklärung und Beratung zwischen den Pflege- und Krankenkassen bislang fehlen.

*„Die Pflegekasse schaut sich das natürlich schon an und greift das schon auf, quasi was der MDK da angegeben hat, wo noch Beratungsbedarf besteht, aber bindet die Krankenkasse wirklich erst ein, wenn der Kunde oder die Familie sagt, ‚Ja, ich möchte diese Reha wirklich in Anspruch nehmen‘.“ KK\_21*

*„Die Beratung zur Reha kann die Pflegekasse nicht leisten, da fehlt einfach das Wissen.“ KK\_22*

*„Also mit unserer Pflegekasse, das ist aber auch eine interne Kommunikation, was auch schon hier in die Wege getreten wird. Natürlich wäre es schön, wenn die Vorgespräche schon geführt werden würden. Aber wir wissen, dass alle Arbeitsbereiche sehr überlastet sind, die gar nicht die Zeit haben [...] mit dem Patienten schon mal ein kleines Vorgespräch zu führen.“ KK\_34*

Ein\*e Interviewte\*r der Krankenkassen verdeutlicht, dass sich auch erst auf Basis der Versichertengespräche gewisse Problemkonstellationen ergeben, die aus dem Prozess der Bearbeitung von Rehabilitationsempfehlungen heraus eine nachträgliche Einbindung der Pflegeberatung erforderlich machen.

*„Wir haben halt Fälle, wo sich die Gesamtsituation dann ganz sowieso schwierig darstellt, wo wir dann sagen, okay, jetzt müssen wir eine Pflegeberatung mit einschalten, das kann dann noch sein. Also, wenn sich jetzt zeigt, da ist irgendwie das Problem insgesamt noch ein bisschen größer, in der gesamten häuslichen Situation [...] Weil gerade, Leute, die einen neuen Pflegegrad bekommen, Angehörige sind überfordert oder vielleicht gibt's keine Angehörigen und es gibt nur einen selbst schon über 80jährigen Ehepartner, Ehefrau, dass da eine völlige Überforderung ist überhaupt mit der Situation und dass wir dann sagen, da kommen so viele Probleme nochmal auf den Tisch in dem Telefonat, dass wir sagen, okay, jetzt können wir zwar das Wichtigste im Bereich Krankenversicherung beantworten, aber alles was dann irgendwo noch umfassend ist, dann braucht man eine Pflegeberatung.“ KK\_19*

Sehr häufig wurde von den Interviewten der Krankenkassen ihr Verständnis der Arbeit der Medizinischen Dienste gespiegelt, wobei auch hier unterschiedliche Eindrücke deutlich werden: So haben einige Interviewte auf Basis ihrer verantworteten Rehabilitationsempfehlungen den Eindruck, dass die Medizinischen Dienste bei Erstellung der Rehabilitationsempfehlungen die Klinikmöglichkeiten im Einzugsbereich der Versicherten berücksichtigen. Andere Krankenkassenmitarbeiter\*innen wiederum gehen davon aus, dass die rehabilitative Angebotssituation im Einzugsbereich der Versicherten keine Rolle bei der Erstellung der Rehabilitationsempfehlungen spielt.

*„Also der Medizinische Dienst das ist ja immer der Medizinische Dienst vor Ort, die kennen sich ja häufig etwas aus, was es überhaupt für Möglichkeiten auch im Rehabereich dort gibt. Es wird eigentlich meistens auch nur was Ambulantes empfohlen, wenn es auch ein ambulantes Zentrum gibt.“ KK\_05*

*„Die haben da mal was gelesen von mobil und dann schreiben die das da rein ohne Hintergrundwissen zu haben, ob das überhaupt praktikabel ist.“ KK\_04*

Einzelne Interviewte vermuten auch, dass der Medizinische Dienst im Rahmen der Begutachtung nur wenig auf das Thema Rehabilitation eingeht und mitunter nicht einmal anspricht, dass eine Rehabilitation empfohlen wird. Eine Empfehlung zur Rehabilitation würde demnach auch unabhängig davon ausgesprochen, ob der Versicherte das befürwortet oder ablehnt.

*„Es ist auch unterschiedlich, welche Informationen die Gutachter den Patienten, bei der Begutachtungssituation mitteilen. Da ist ja bei den Pflegegutachten auch immer ein Hinweis drin ‚Wurde dem Patienten mitgeteilt - ja oder nein‘. Aber da fließen die Informationen recht spärlich.“ KK\_11*

*„Da findet meiner Meinung nach - das ist nur so ein Gefühl, was ich habe - da findet nichts statt. Ich könnte mir sogar vorstellen, dass eine Rehaempfehlung in dem Moment noch nicht einmal mit den Versicherten im Gespräch das Wort Rehaempfehlung auch mal fällt.“ KK\_01*

Mehrere Interviewte schreiben dem Medizinischen Dienst auch in diesem Zusammenhang die Aufgabe zu, eine gewisse Quote an Rehabilitationsempfehlungen aussprechen zu müssen, was sich insbesondere in einer nicht immer nachvollziehbaren Sinnhaftigkeit der bearbeiteten Rehabilitationsempfehlungen spiegele.

*„Also das haben wir so wahrgenommen, dass die MDK, so die Pflegegutachter, dann eben auch so eine Marschrichtung bekommen haben, in soundso vielen Fällen wird das erwartet.“ KK\_16*

*„Die Gutachter müssen ja auch ihre Quote erfüllen, und erfüllen es manchmal, glaube ich, auch in Fällen, wo man sich denkt, hätten sie es sich eigentlich schenken können, haben sie nur gemacht, um ihre Quote zu erfüllen.“ KK\_20*



### 5.3.4 Verfahrensbewertung und Verbesserungswünsche aus Sicht der Prozessakteur\*innen

#### Das Verfahren aus Sicht der Medizinischen Dienste

Aus den Gesprächen mit den Gutachter\*innen der Medizinischen Dienste lassen sich verschiedene Sichtweisen und Meinungen zum Rehabilitationszugang über eine Pflegebegutachtung extrahieren. Die zeitliche Limitation der Begutachtungssituation, zum Teil auch der eigene rehabilitationsbezogene Kenntnisstand stellt für einige Interviewte ein Defizit dar, wenn es darum geht, das Thema Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung versichertenadäquat zu kommunizieren.

*„Ich erwische mich dann auch oft dabei, dass ich sage ‚Ich würde es Ihnen gerne noch ein bisschen näher erläutern, ich merke auch, dass Sie den Bedarf haben, aber das Problem ist, ich habe die Zeit einfach nicht.‘ [...] ich habe da einen Herrn Doktor sitzen, mit dem kann ich anders sprechen als mit einer Dame, die die Hauswirtschaftsschule besucht hat und Hausfrau war ihr ganzes Leben. [...] Da muss ich auch die Möglichkeit haben, mich meinem Gegenüber auch entsprechend ja auszudrücken, dass sie mich auch verstehen können. Aber wenn ich die Zeit dazu nicht habe, ja dann ist es schwierig.“*  
MD\_08

*„Als wir eingearbeitet wurden, also die Reha-Schulung, die ging über vier Stunden. Das war alles. Also das ja. Da hat man natürlich mal ein bisschen was angerissen, aber in vier Stunden kann man dieses komplexe Thema nicht allumfänglich bearbeiten. Und da wird einem auch wenig an die Hand gegeben. Auch wenig Wissen an die Hand gegeben, das muss ich auch sagen. Also vieles muss man sich dann doch selber auch erlesen. Und das ist ein bisschen schwierig.“* MD\_08

Mit Blick auf die weiteren Verfahrensabläufe nach der Auslösung einer Rehabilitationsempfehlung bemängelt ein\*e Interviewte\*r, dass aufgrund der Anzahl prozessinvolvierter Akteur\*innen mitunter wichtige versichertenbezogene Hinweise an den Schnittstellen verloren gehen können.

*„Ist ja eigentlich schonmal grotesk im System [...] weil wir aus dem pflegerischen Bedarf ja eigentlich eine Reha empfehlen, sie auch medizinisch untermauert wird und letztendlich durchlaufen ja eigentlich vier Personen - wir, der Arzt vom MDK, Pflegekasse, Krankenkasse. Also das glaube ich, sind zu viel und jeder legt es noch wieder anders aus, sage ich mal. Ich glaube zwischen Pflegekasse und Krankenkasse, wenn die das nur auf dem Schriftweg machen und da keine Rückmeldung ist ‚Was steht konkret im Gutachten drin?‘ sondern nur ‚Bitte Reha‘ und der Kassenmitarbeiter ruft dann an oder schickt einen Brief und weiß aber gar nicht, was sich dahinter verbirgt, weil er vielleicht die Anmerkungen, die wir schon im Gutachten geschrieben haben gar nicht mehr bekommt. Also wenn da auf dem Weg viel verloren geht, dann hat er ja eigentlich auch wenig Möglichkeit zu sagen im Gespräch oder zu fragen ‚Sie möchten gerne ambulant aus den und den Gründen‘, das weiß er ja vielleicht gar nicht mehr. So, ist halt die Frage, ob der Kassenmitarbeiter unser Gutachten dann vorliegen hat oder nur noch die weitergeleitete Info ‚Da bitte Reha machen‘.“* MD\_05

Seitens der Interviewten wurden auch einige Aspekte geäußert, die aus ihrer Sicht die Begutachtungssituation im Einzelnen sowie den Gesamtprozess der Rehabilitationsempfehlungen verbessern könnten. Laut mehreren Interviewten bedarf es einer verbesserten Aufklärung der Versicherten darüber, dass in der Begutachtungssituation auch eine Prüfung aller Aspekte der Rehabilitationsindikation stattfindet. Geeignete Informationen sollten dazu bereits vor der Begutachtung an die Versicherten übermittelt werden.

*„...der Pflegegutachter kommt, soll eigentlich einen Pflegegrad feststellen. Die wissen ja noch gar nicht, dass man das Thema Reha da anspricht. [...] Wenn die wenigstens noch vorbereitet würden, dass auch das Thema Rehabilitation eine große Rolle spielt.“* MD\_03

*„...zumindest allgemeine Informationen [...] überhaupt dass es geprüft wird, ob eine Rehabilitationsfähigkeit da ist und dann vielleicht allgemein als Information das Thema was Reha bedeutet. Und in welchem Umfang eine Reha stattfinden würde. Also über welchen Zeitraum, allgemeine Information, dass die einfach da nicht ganz vom Himmel fallen, wenn wir kommen.“* MD\_02

Ebenfalls sollten die Angehörigen sowie verantwortliche Hausärzt\*innen der Versicherten noch besser in den Verfahrensablauf der Rehabilitationsempfehlungen integriert werden, damit die vertrauten Ansprechpartner der Versicherten bei der Entscheidungsfindung zur Rehabilitationsinanspruchnahme aktiv mitwirken können.

*„Das ist mit Sicherheit auch die Frage, dass der Reha-Gedanke eigentlich nur dann auch in diesem Graubereich derjenigen, die so undifferenziert dem Thema gegenübersteht, dass der Gedanke aufgegriffen werden müsste von dem Hausarzt, der dann aber auch rehapositiv denken muss. Oder von den Angehörigen. Man muss die Angehörigen mit ins Boot nehmen und sagen: ‚Hör mal, da könntst der Mutter besser gehen‘.“ MD\_03*

Bezüglich des generellen Verfahrensablaufes wird angeregt, dass der bürokratische Aufwand für die Versicherten weiter reduziert und der Zugangsprozess zur Rehabilitation insgesamt beschleunigt wird. Demnach sollte z.B. die Rehabilitationsempfehlung möglichst direkt das Rehabilitationsverfahren auslösen und nicht noch weitere Antragsschleifen dazwischen geschaltet sein.

*„...da legt man es ja dann auch dem Versicherten in die Hand. Und das glaube ich, müsste irgendwie anders geregelt werden. Dass man nicht den Versicherten dafür verantwortlich macht, sich eine Leistung zu holen, sondern, dass man dem Versicherten Leistungen gibt. Weil das ist ja auch ein bisschen schwierig zu verstehen: ich als Gutachterin erzähle ihnen jetzt Frau <Nachname>, das wäre eine tolle Sache, wenn sie mal eine Reha machen.‘ Ich schreibe jetzt hier eine Empfehlung, alles toll und dann sagt die Kasse auch ‚Wird gemacht.‘. Nein, sie müssen dann der Kasse sagen, dass sie das wollen, obwohl sie es ja bei mir schon gesagt haben, dass sie es wollen. Und ich glaube, da ist das Problem. [...] Also ich finde, da an der Stellschraube da müsste man drehen. Und ich bilde mir ein, dass dann wahrscheinlich die Bereitschaft auch größer wäre. Oder das ‚Ich habe ja schon einmal ja gesagt und jetzt passiert auch was.‘ Und nicht ‚Ich habe ja gesagt, aber jetzt muss ich trotzdem hinterherrennen.‘.“ MD\_08*

Einige Interviewte wünschen sich eine generell bessere Kommunikation zwischen den Pflege- und Krankenkassen und den Medizinischen Diensten. So wird vorgeschlagen, dass eine Möglichkeit zum fallbezogenen Austausch geschaffen wird, damit z.B. klarer kommuniziert werden kann, warum eine Empfehlung ausgesprochen wurde und was bei der kassenseitigen Kontaktierung der Versicherten beachtet werden sollte. Zudem wird angeregt, dass die Gutachter\*innen ein Feedback zu den Verläufen ihrer ausgesprochenen Rehabilitationsempfehlungen und den versichertenseitigen Erfahrungen nach Rehabilitationsinanspruchnahme erhalten sollten, um hieraus Informationen für eine Verbesserung der eigenen Empfehlungsaktivitäten nutzen zu können. Darüber hinaus wünscht sich ein\*e Interviewte\*r mehr Informationen zu den kassenspezifischen Abläufen, um die Versicherten in der Begutachtungssituation genauer zum weiteren Verlauf informieren zu können.

*„Vielleicht wäre auch toll, wenn einfach zwischen MDK-Gutachtern und Kasse irgendwie mal so diese Abläufe, wenn man uns mal mitteilen würde, wie sind eigentlich die Abläufe. Dass man Versicherte da auch besser informieren kann. [...] Man sagt immer nur ‚Irgendwann kommt der Anruf von der Kasse und sie werden damit, müssen sich dann in dem Moment mit dem Gedanken auseinandersetzen und eine Entscheidung treffen‘, mehr wissen wir nicht. Was dann zwischen unserem Bescheid und diesem Telefonat ist und welcher Zeitraum, das kommt ja auch ‚Wie lange dauert das?‘, wo ich dann sage ‚Hm, ich kann ihnen sagen, mein Gutachten geht jetzt zum medizinischen Gutachter, der macht das fertig, dann geht das Gutachten zur Kasse.‘ Wann die Kasse sich meldet, in welchen Zeitraum, wissen wir ja gar nicht, kriegen wir auch keine Info zu.“ MD\_05*

## **Das Verfahren aus Sicht der Pflegekasse**

Einzelne Interviewte bewerten die Verortung der Rehabilitationsbegutachtung im Rahmen der Pflegegradermittlung als kritisch und vermuten, dass diese auch zu einem gewissen Misstrauen der Versicherten gegenüber der empfohlenen Rehabilitationsleistung führt.

*„Ich glaube einfach, dass das vielleicht noch mit zu vielen Fragezeichen verbunden ist für die alten Menschen, dass es eigentlich was Positives ist und nicht ein Versuch der bösen Pflegekasse ist, in irgendeiner Form Leistungen zu schmälern. Das ist glaube ich so ein Irrglaube, der weit verbreitet ist.“ PK\_10*

*„Naja, das Begutachtungsverfahren erfolgt ja zur Leistung des SGB XI. Das muss man erstmal auch so grenzsauber trennen. Der Pflegebedürftige stellt einen Antrag auf Pflegeleistung. Und der Pflegebedürftige erwartet, wenn der Gutachter kommt - im Anschreiben steht vom MDK auch sauber drin, wie auch von uns - dass eine Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit erfolgt. Da ist nirgendwo was von Reha. So, und der Gesetzgeber hat jetzt diese Rehasache mit reingedrückt. Das ist wirklich nur mit reingedrückt.“ PK\_26*

Ein weiterer Kritikpunkt wird im bürokratischen bzw. organisatorischen Aufwand gesehen, der mit dem eigentlich als niedrigschwellig angelegten Rehabilitationszugangsverfahren umgangen werden sollte.

*„Was man ja eigentlich vermeiden will, es ist dann doch auch zu viel Bürokratie, will man ja eigentlich durch ein Gesetz vermeiden, aber bleibt natürlich trotzdem einiges beim Arzt und bei den anderen an Organisationsaufwand dann.“ PK\_19*

Einzelne Interviewte reflektieren auch das Verfahren innerhalb der eigenen Pflegekasse selbstkritisch und gehen davon aus, dass die Versicherten die schriftliche Information zur Rehabilitationsempfehlung überlesen und so eine Mitwirkungspflicht gar nicht erkannt wird.

*„Wir sehen es ja selbst, wenn die Leute von uns einen Leistungsbescheid bekommen, dann lesen die Leute den Leistungsbescheid bis zum Betrag, den sie erhalten, bis zum Pflegegeldbetrag. Danach steht zum Beispiel im Brief, es muss jeder, der Pflegegeld bekommt, ein halbes Jahr einen Pflegeberatungsbesuch erbringen. Das lesen die Leute schon gar nicht mehr. Das gleiche ist auch mit der Rehaempfehlung, das steht weit hinten im Text und dieses Begleitschreiben, ob die Leute überhaupt so weit durchblättern, das ist die Frage.“ PK\_07*

Mehrere Interviewte greifen diesen Aspekt als einen zentralen Ansatzpunkt zur Verfahrensverbesserung auf. Einige schlagen vor, dass die Anschreiben der Pflegekassen informativer und adressatengerechter formuliert werden könnten. Dagegen sieht der eher überwiegende Teil nur die persönliche Auseinandersetzung mit den Versicherten als zielführend an, wobei in diesem Zusammenhang erwähnt wird, dass dies aufgrund der unzureichenden Personalsituation nicht durch die Pflegekassen getragen werden kann.

*„...wenn jedes Pflegegutachten tatsächlich angerufen würde und man mit den Leuten das intensiv durchsprechen kann, dann würde es vielleicht die Bereitschaft erhöhen. Aber da stehen halt doch oftmals auch die fehlenden Personalzahlen dem entgegen, dass man einfach nicht sagt, man kann wirklich jeden anrufen.“ PK\_04*

Ebenfalls wird vorgeschlagen, dass die Versicherten bereits zu einem früheren Prozesszeitpunkt zum Thema Rehabilitation sensibilisiert werden müssten.

*„Ich glaube, man müsste schon im Zusammenhang mit der Pflegeberatung relativ frühzeitig, zumindest in Aussicht stellen, dass es die Möglichkeiten gibt. Natürlich ist es ein bisschen unglücklich, wenn man da irgendwas schmackhaft macht und dann der Medizinische Dienst bei der Begutachtung das Potenzial gar nicht sieht. Deswegen, in Ruhe müsste man sich da wahrscheinlich den perfekten Zeitpunkt überlegen. Aber der Zeitpunkt 'Mit Bescheiderteilung' den finde ich persönlich fast zu spät.“ PK\_10*

*„Vielleicht müsste man auch schon im Eingangs darauf hinweisen, dass wenn der MDK kommt zur Pflegebewertung, dass er auch immer angehalten ist eine Empfehlung zu einer Reha zu geben [...] Da sind viele ziemlich überfordert mit dieser Stellungnahme. Da wäre es vielleicht auch mal ratsam den MDK dahingehend ein bisschen zu sensibilisieren, wenn sie so eine Empfehlung aussprechen, dass sie das vor Ort mit Angehörigen oder auch mit dem Betroffenen schon ansprechen ,Wir empfehlen schon mal eine Reha, richte dich drauf ein, dass deine Kasse auf dich zukommt'.“ PK\_20*

Mehrere Interviewte sehen auch die Prozesseinbindung der behandelnden (Haus-)Ärzt\*innen der Versicherten als sinnvolle Maßnahme für eine verbesserte Entscheidungsfindung seitens der Versicherten.

*„Dann sollte man das auch mehr über die Hausärzte forcieren, weil die die Situation am längsten und am besten kennen und so ein Hausarzt motiviert doch einen Versicherten ganz anders als ein Krankenkassenmitarbeiter. Dann kann doch der Hausarzt viel mehr sagen, ‚Also hier ist eine Reha notwendig‘, und der kann doch viel mehr sagen, ‚Ach, fahren Sie zur Reha, das bringt ihnen was und da wird es besser gehen. Glauben Sie mir das, das geht los.‘. Da habe ich doch den Hausarzt, der kann die Sache doch viel mehr stärken und forcieren.“ PK\_26*

Ein\*e Interviewte\*r sieht in der Schaffung weiterer Anreize oder auch in der Einführung von Sanktionen eine Möglichkeit, um die Rehabilitationsinanspruchnahme im Sinne des politischen Interesses zu erhöhen.

### Das Verfahren aus Sicht der Krankenkasse

Seitens der Krankenkassenmitarbeiter\*innen wurden verschiedene Prozessfacetten angesprochen und beurteilt. Die Rehabilitationsempfehlungen werden von mehreren Interviewten insgesamt als plausibel und in ihrer Intention als nachvollziehbar bewertet. Auch die Versorgungssituation im Einzugsbereich gestaltet sich bei einzelnen Interviewten so vielfältig, dass alle Allokationsempfehlungen problemlos umgesetzt werden können. Ein\*e Interviewte\*r sieht auch in den überarbeiteten Begutachtungsformularen einen deutlichen Mehrwert zur Bewertung der Versichertensituation.

*„Man muss ja auch sagen, im Gros klappt das ja auch sehr gut. Ich sage mal da, wo es sinnvoll ist, da freuen sich ja auch die Versicherten.“ KK\_07*

*„Heutzutage wurde ja dann auch die Rehabilitationsempfehlung seitens des MDK angepasst, wo also jetzt seit geraumer Zeit Angaben stehen zum Rehabilitationsbedarf, zur Rehabilitationsfähigkeit, die Prognose und das Rehabilitationsziel angegeben worden sind. Da können wir uns also heutzutage schon einen viel besseren Einblick verschaffen anhand dieser Empfehlung des Medizinischen Dienstes, was vorher nicht der Fall war.“ KK\_30*

Häufig äußerten die Interviewten der Krankenkassen jedoch kritische Einschätzungen zu den Verfahrensaspekten. So benennt die Mehrheit der Interviewten unterschiedliche prozessbezogene Probleme und Schwierigkeiten, mit denen sie bei der Bearbeitung von Rehabilitationsempfehlungen konfrontiert sind. Der Großteil dieser Probleme begründet sich aus den Rehabilitationsempfehlungen selbst. Gerade bezüglich der inhaltlichen Sinnhaftigkeit kommt es laut einiger Interviewteilnehmer\*innen immer wieder vor, dass auf Basis der Fallkonstellationen die ausgesprochenen Rehabilitationsempfehlungen nicht nachvollziehbar sind.

*„Aber wir haben es dann teilweise wirklich schon gehabt, dass wir diese Rehaempfehlung bekommen haben, dann lesen wir selbst nochmal das Gutachten und ab einem gewissen Pflegegrad, muss man auch ganz ehrlich sagen, besteht überhaupt keine Rehafähigkeit mehr und die kriegen trotzdem diese Empfehlung ausgesprochen.“ KK\_34*

Auch wird vereinzelt eine inhaltliche Diskrepanz zwischen den Rehabilitationsempfehlungen und den tatsächlichen Bedürfnissen bzw. auch Möglichkeiten der Versicherten berichtet.

*„Die Empfehlungen des MDK entsprechen oftmals nicht den Bedürfnissen, ja oftmals ist vielleicht jetzt zu hoch gegriffen, aber zumindest zu nem Teil, oftmals nicht den Bedürfnissen des Kunden.“ KK\_18*

*„Es ist so, dass uns sehr verstärkt aufgefallen ist, dass geriatrische Empfehlungen aus dem Medizinischen Dienst in unserem Bereich empfohlen werden für Pflegegrad 1 oder 2, das heißt, die eigentlich wirklich noch relativ mobil und fit*

*sind. Und bei einem Pflegegrad 4 oder 5 eine indikationsspezifische Reha empfohlen wird, die dann das gar nicht mehr leisten können, und auch die Kliniken das überhaupt nicht in der Pflege leisten können, die dort zu den Behandlungen hinzubringen, weil die müssen ja in einer indikationsspezifischen Einrichtung überwiegend die Behandlung selbstständig wahrnehmen und das können die dann nicht. Und wenn jemand mit einem Pflegegrad 1, der vielleicht mit ein bisschen Hilfe in den häuslichen Bereich kommt, dann in eine geriatrische Rehabilitationseinrichtung kommt, sind die überwiegend unzufrieden.“ KK\_32*

Vereinzelt wird angemerkt, dass die Erstellung der Rehabilitationsempfehlung auf der Einschätzung von pflegefachlichen Gutachter\*innen basiert, denen es möglicherweise an der entsprechenden fachlich-medizinischen Erfahrung fehlen könnte. Die nachfolgende ärztliche Prüfung der Rehabilitationsempfehlung basiert dann auf Aktenlage ohne direkten Versichertenkontakt, was die Grundprobleme nicht grundsätzlich auflöst.

*„Ja ich denke, dass viele Gutachten von Pflegefachkräften gemacht werden, ja, die einfach so nicht den Einblick und die Details einer Rehabilitation kennen und vielleicht eine Empfehlung abgeben, die nie eine Empfehlung sein kann, ja. Aber nicht aus Willkür, sondern aus Unwissenheit, ja, aus vielleicht nicht genauen Kenntnissen der Reha“ KK\_11*

*„Es ist halt oft noch mal problematisch, dass diese Pflegefachkräfte, die wahrscheinlich auch häufig viele Erfahrungen haben, diese Begutachtung machen. Aber es sind keine direkten ausgebildeten Mediziner und die schauen sich den Versicherten an bei der Begutachtung, stellen dann fest, man könnte hier vielleicht eine geriatrische Maßnahme durchführen und das wird dann nur noch mal von dem Arzt vom Medizinischen Dienst abgesegnet auf Aktenlage, also der ist ja nicht direkt mit vor Ort.“ KK\_05*

Durch die Arbeit mit überwiegend älteren Versicherten besteht ein großer Aufklärungsbedarf, wobei die versichertenseitige Auffassungs- und Mitwirkungsmöglichkeiten als eher begrenzt wahrgenommen werden. Zudem ergibt sich durch die unterschiedlichen Interessenlagen der Versicherten selbst sowie durch deren näheres Umfeld teilweise ein erheblicher Zeitaufwand auf Seiten der Krankenkassen.

*„...typische Situation ist, der Pflegebedürftige sitzt zu Hause, wir rufen an, dann ist er selber dran, der sagt, ‚Ach naja dann eben nicht, oder dann mach ich dies oder mach ich das‘. So, dann kommen die Kinder nach Hause, ‚Ja, da hat einer angerufen‘, ‚Ja, worum ging es denn?‘ ‚Na das weiß ich nicht‘, so, rufen die wieder an, und das geht das los, ‚Ja, nicht die Klinik an der Ostsee, sondern Nordsee‘ und hoch und runter, dann sagt die Klinik wieder, ‚Nein, den nehmen wir nicht‘, dann muss man aber wieder zurückrufen, also das macht viel Arbeit. Und das ist eben, wie gesagt, auch, weil so viele beteiligt sind. Und dann auch herauszufinden, wer hat es eigentlich betrieben und wer wollte es wirklich [...] Also wir dokumentieren ja im Grunde jeden Kontakt oder jedes Gespräch, in diesen Fällen hat man dann so um die 20, 25 Kontakte.“ KK\_16*

Neben der Benennung von Problembereichen und Schwierigkeiten im Umgang mit den Rehabilitationsempfehlungen werden aber auch konkrete Vorschläge zur Verbesserung des Prozesses geäußert. Handlungsbedarf wird dabei mehrheitlich beim Medizinischen Dienst gesehen. Im Zusammenhang mit den unterschiedlichen regionalen Versorgungsstrukturen wird angeführt, dass sich die Medizinischen Dienste bei den Empfehlungen bestenfalls an den realen Versorgungsmöglichkeiten orientieren sollten oder zumindest die Versicherten klar darauf hinweisen sollten, dass die tatsächliche Form der Rehabilitation durch die Krankenkasse auf Basis der verfügbaren Strukturen und Kapazitäten entschieden wird. Generell sprechen sich mehrere Interviewte dafür aus, dass in der Begutachtungssituation die zu erwartenden Inhalte der Rehabilitationsempfehlung klarer kommuniziert und auf erste Rückfragen der Versicherten zum Thema Rehabilitation direkt reagiert werden sollte.

*„Also, ich denke natürlich, gerade bei der Begutachtung wäre natürlich ein guter Zeitpunkt, da mit den Angehörigen wirklich in das Gespräch zu gehen, weil, ich denke, vor Ort macht immer am meisten Sinn, wie wenn dann irgendein*

Sachbearbeiter dann Wochen später einmal anruft. Also, da würde ich es jetzt sehen, bei der Begutachtung vom MDK eigentlich.“ KK\_21

Hierbei wird auch als wichtig erachtet, in der Vor-Ort-Kommunikation auf die Unabhängigkeit der Rehabilitationsempfehlung gegenüber der Pflegegradentscheidung sowie Freiwilligkeit hinsichtlich der Rehabilitationsinanspruchnahme aktiv hinzuweisen.

„Das muss anders kommuniziert werden, das ist eine freiwillige Leistung. Viele Versicherte sind verunsichert und denken, wenn sie nicht dieser Maßnahme einwilligen, könnte es zum Nachteil in der Pflege gehen und machen das, obwohl sie gar nicht wollen oder da machen wir wirklich alles fertig, suchen eine Einrichtung raus und dann trauen die sich zu sagen: ‚Wissen Sie was, ich kann gar nicht.‘ Oder dann ruft ein Kind oder der Partner an und sagt: ‚Meine Frau ist gar nicht imstande. Meine Mutter kann das gar nicht.‘ Dann sagen wir auch: ‚Mensch, hätten Sie doch gleich sagen können.‘ ‚Ja, aber wir haben ja Angst gehabt, wenn wir nicht zuwilligen oder einwilligen, dass dann eventuell in der Pflege was gekürzt wird oder da uns was negativ ausgelegt wird.‘ So haben wir das Gefühl, die Kommunikation muss ganz anders übergebracht werden, dass es nur eine Möglichkeit ist, die man, wenn man möchte, in Anspruch nehmen kann, aber kein Zwang ist [...] Ja, also ich finde, es kann ja nur der MDK im Grunde genommen machen.“ KK\_32

Die versichertenseitige Haltung zu einer Rehabilitationsleistung sollte nach Verständnis einiger Interviewteilnehmenden eigentlich die Basis für die Entscheidung für eine Empfehlung sein. Wenn nun aber doch, wie sich in der Praxis gezeigt hat, Rehabilitationsempfehlungen gegen den Willen des Versicherten ausgesprochen werden, müsste dies als Information für die nachgeschalteten Prozessakteur\*innen zumindest im Gutachten vermerkt werden.

„Aus meiner Sicht ist es sinnvoll, und da gehe ich noch einmal ein Stück weit zurück, in der MDK-Begutachtung, da den Versicherten auch genau erläutern, was man da empfiehlt, denn ich glaube, wenn da die Weichen gestellt sind, wenn man da vielleicht noch die Aussage kriegt, ‚Ich will so etwas gar nicht‘, und das schon im Gutachten so vermerkt ist, dann sind schon, ich sage mal, mindestens zwei Einheiten mit Informationen versorgt, was die tun müssen oder nicht mehr tun müssen.“ KK\_24

Einzelne Interviewte wünschen sich, dass die Medizinischen Dienste im Pflegegutachten deutlicher herausarbeiten, warum eine Empfehlung ausgesprochen wurde und welche Intention der\*die jeweilige Gutachter\*in damit verfolgte. Es sollte in diesem Zusammenhang auch ersichtlich werden, von wem der Rehabilitationsgedanke initiiert wurde und inwieweit dieser ggf. auch von den Versicherten oder Angehörigen mitgetragen wird.

„Wer forciert den Antrag oder wer hält das für sinnvoll, also die Angehörigen oder der Betreffende selber. Die nächste Sache, was für die Arbeit wichtig wäre oder sinnvoll wäre, was soll bei der Reha getan werden? Weil wir über die Schiene wieder ja eine Klinik finden. [...] Das Pflegegutachten kann so geschrieben werden, dass diese Information fehlt. Wenn es ein guter Gutachter ist, dann schreibt er das rein, dann sagen wir, ‚Jawohl, das verstehen wir alles‘ und dann gibt man das der Klinik und die sagt, ‚Ja, ist in Ordnung‘. Aber man kann es eben so oder so schreiben das Gutachten. Und wenn da noch so ein paar Fragen oder konkrete Aspekte zu beantworten wären, da wäre ganz sinnvoll.“ KK\_16

Mit Blick auf den Gesamtprozess wurde vorgeschlagen, dass die Medizinischen Dienste die Rehabilitationsempfehlung aufgrund der klar getrennten Verantwortungsbereiche direkt an den Rehabilitationsträger und somit der Krankenkasse übermitteln sollte.

„Der Schritt vom MDK, da der MDK eigentlich automatisch auch die zuständige Krankenkasse ermitteln kann, sollte der MDK es nicht an die Pflegeversicherung, sondern auch direkt an die zuständige Krankenkasse melden. Das wäre eine Prozessoptimierung, die weiterhelfen würde [...] die Pflegeversicherung ist kein Rehaträger, das ist immer, die Krankenversicherung. Und das ist dem MDK auch klar, welche das ist. Das sollte eigentlich problemlos möglich sein.“ KK\_19

Einige Interviewte sehen aber auch Verbesserungsbedarf bei den Pflegekassen. So sollen die Pflegekassen die Versicherten allgemein besser zum Thema Rehabilitation informieren. Dazu

könnten die Informationsschreiben der Pflegekassen ausführlicher, adressatengerechter und weniger formell gestaltet sein. Auch wird vorgeschlagen, dass z.B. bei der Einwilligungsanfrage zur Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung neben Zustimmung bzw. Ablehnung auch ein Feld existiert, mit dem die Versicherten einen Beratungsbedarf anzeigen können.

*„Vielleicht wäre es gut, wenn die Leute sich nicht gleich entscheiden müssen Rehamaßnahme ja oder nein im Grunde, sondern ob sie sich entscheiden können auch: Ich möchte gerne eine Beratung haben. [...] dass das vielleicht eine Option wäre für jemanden, der unsicher ist, und wenn man jetzt möchte, dass das oft in Anspruch genommen wird und dass der vielleicht, bevor er Nein ankreuzt, ankreuzt: Oh ja, ich möchte gern erst eine Information haben - und zwar eine persönliche, nicht irgendein Formblatt oder irgendeine schriftliche Info, sondern wirklich ein Telefonat oder von mir aus kann jemand vorbeikommen und da wird nochmal erklärt und dann entscheidet er sich zum Beispiel. Die Leute können ja auch vorher einfach so anrufen und sagen: Ich habe da noch eine Frage. Aber das ist ja schon wieder ein Schritt, wo derjenige gehen muss und wenn er jetzt einfach nur vielleicht das Kreuzchen machen kann ‚Ja, ich möchte gerne bitte einen Anruf haben und ich habe noch mehr Informationsbedarf‘, das könnte ich mir vorstellen, dass das eine gute Zwischenmöglichkeit noch wäre.“* KK\_22

## 5.4 Akteur\*innenseitige Wahrnehmungen der Versichertenperspektive

### 5.4.1 *Perspektive der Versicherten auf Rehabilitation aus Sicht der Prozessakteur\*innen*

Der **Kenntnisstand** der Versicherten hinsichtlich medizinischer Rehabilitation wird von den Interviewteilnehmenden als sehr unterschiedlich beschrieben. Seitens der Pflegekassen und besonders der Medizinischen Dienste wurde berichtet, dass ein Großteil der Versicherten nichts mit dem Begriff Rehabilitation anzufangen wisse oder nur oberflächliche Informationen und vage Vorstellungen von Rehabilitation habe. Mitarbeiter\*innen der Krankenkassen gaben darüber hinaus an, dass vor allem Versicherte mit früheren Rehabilitationserfahrungen gut über inhaltliche und organisatorische Aspekte medizinischer Rehabilitationsleistungen informiert seien. Allerdings lägen frühere Rehabilitationserfahrungen teilweise jahr(zehnt)elang zurück und entsprächen nicht immer den heutigen Bedingungen, unter denen Rehabilitation stattfindet. Rehabilitationsbezogene Fragen der Versicherten bezögen sich vorwiegend auf die Machbarkeit und organisatorische Aspekte und weniger auf Inhalte oder Ziele der Rehabilitation.

*„Also ganz häufig kommt die Frage ‚Muss ich da hin?‘ oder ‚Können wir das vielleicht auch hier am Wohnort machen?‘ oder ‚Kann ich mir die Reha-Einrichtung aussuchen?‘ oder solche Fragen kommen recht häufig. Oder ‚Wie lange dauert das? Kann ich meinen Angehörigen mitnehmen?‘ [...] Das sind so die häufigsten Fragen, die eigentlich kommen.“* MD\_04

In engem Zusammenhang mit dem rehabilitationsbezogenen Wissensstand der Versicherten stehen deren konkrete **Vorstellungen und Erwartungen** hinsichtlich der im eigenen Pflegegutachten empfohlenen Rehabilitationsleistung. Hierbei berichteten die Interviewten, mit zum Teil sehr unrealistischen und gegensätzlichen Vorstellungen von Rehabilitation konfrontiert zu sein. So assoziiere ein Teil der Versicherten Rehabilitation in erster Linie mit „Kur – Erholung – Urlaub“. Für andere wiederum ist Rehabilitation vergleichbar mit einem stationären Krankenhausaufenthalt, bei dem alle Rehabilitand\*innen unter „Drill“ einen straffen und anstrengenden Tagesplan absolvieren müssen.

*„Kürzlich hat eine ältere Dame gesagt: Ja, sie hat Sorge, das sei dann wie beim Militär, dass sie da morgens dann schon so einen Plan bekommen und Frühstück und sofort dann die Gruppe und dann das und sie weiß nicht, ob sie das schafft.“* KK\_22

Derartige Vorstellungen hinsichtlich des Ablaufs einer Rehabilitation sowie überzogene Vorstellungen bzgl. möglicher bzw. legitimer Rehabilitationsziele führten nicht selten zu einer Unterschätzung des eigenen Rehabilitationspotenzials und zu der Schlussfolgerung, Rehabilitation sei „eine gute Sache, aber nicht mehr für die eigene Person“. Darüber hinaus würde die Inanspruchnahme einer Rehabilitation für viele Versicherte eine Störung des gewohnten Tagesablaufes darstellen und sei mit der Erwartung eines enormen organisatorischen Aufwandes verbunden.

Hinsichtlich der geriatrischen Rehabilitation beschreiben die Mitarbeiter\*innen der Krankenkassen negative bis abschreckende Assoziationen der Versicherten, die dazu führen, dass sich viele Versicherte mit dieser Rehabilitationsform (noch) nicht identifizieren können und daher auch bei vorhandener Rehabilitationsintention die Inanspruchnahme einer geriatrischen Rehabilitation ablehnen. Darüber hinaus sei bisweilen nicht bekannt, dass in geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen pflegerische Hilfe entsprechend dem individuellen Bedarf zur Verfügung steht.

*„Was manchmal der Fall ist, dass Leute sagen: ‚Ich gehe auf keinen Fall in die Geriatrie. [...] Da sind ja nur Alte und Demenzkranke und da lernt man nur, dass man wieder alleine auf Toilette gehen kann‘.“* KK\_18

Das Wissen über medizinische Rehabilitation, insbesondere aber die Vorstellungen und Erwartungen würden maßgeblich durch eigene und/oder stellvertretende Rehabilitationserfahrungen („Mundpropaganda“) geprägt. Diese (stellvertretenden) Erfahrungen würden auf eine mögliche zukünftige Rehabilitation übertragen und führten zu rehabilitationsbezogenen Vorbehalten, welche auch in Beratungsgesprächen durch die professionellen Akteur\*innen nur schwer aufzulösen seien.

*„Ich habe das Gefühl, dass es schon so ist, dass Erfahrungen, also eigene Erfahrungen und Erfahrungen von anderen, das sehr beeinflussen, wie man zu etwas steht. Und vor allem, wenn die Freundin in Reha war und da war das Essen nicht gut, und da war das Personal unfreundlich, und die erzählt das... - also aus einer schlechten Erfahrung eine positive Meinung zu entwickeln, das ist eben sehr schwierig.“* PK\_32

Auch hat sich gezeigt, dass diese für die Versicherten zum Teil unmittelbar handlungsleitenden Vorstellungen von Rehabilitation erst relativ spät im Leistungsprozess offenbar werden. Vielfach kommen erst zum Zeitpunkt der telefonischen Kontaktaufnahme infolge eines ausgelösten Rehabilitationsantrages durch die Krankenkasse diese rehabilitationsbezogenen Vorstellungen und Erwartungen zur Sprache. Daher können entsprechend dem aktuellen Verfahrensablauf versichertenseitige Perspektiven erst nach erfolgter Antragsauslösung im Rahmen einer rehabilitationsbezogenen Aufklärung und Beratung durch Prozessakteur\*innen aufgegriffen und ggf. relativiert werden. Diejenigen Versicherten, die aufgrund rehabilitationsbezogener (unrealistischer) Vorstellungen und Erwartungen eine Antragsauslösung ablehnten, werden durch diese Beratung seitens der Krankenkassen nicht mehr erreicht.

Der folgende Interviewausschnitt fasst die akteur\*innenseitige Wahrnehmung der Versichertenperspektive auf Rehabilitation noch einmal anschaulich zusammen:

*„Ich glaube, viele Leute haben immer das Gefühl, eine Reha muss dafür da sein, dass da alles besser wird. Das sag ich auch grundsätzlich im Rahmen dessen, sag ich dann immer: ‚Wissen Sie, eine Reha ist nicht nur dafür da, dass es besser wird, sondern dass es halt auch nicht schlechter wird und eben dass sie auch so lang wie möglich zuhause bleiben können‘, was ja auch ein Ziel von allem ist, gerade im geriatrischen Bereich. Ich glaube nicht, dass die Leute es im vollen Umfang verstehen. Die kennen halt oft von früher, da waren sie mal vor 40 Jahren in einer Kur und so stellen die sich das vor. Da haben die Angst: ‚Ich bin ja jetzt gebrechlich und ich brauch ja auch Hilfe‘, dass sie in eine Reha gehen, da kriegen sie dann keine Hilfe, sind dann weit weg von zuhause unter Umständen und ich glaube, das ist ein großes Problem. Und ich*



*glaube nicht, dass die Leute häufig wissen, wie es in einer Reha überhaupt jetzt ist, ja gerade geriatrisch wieder in dem Fall.“ MD\_01*

Die durch die Interviewten beschriebenen spontanen **Reaktionen** der Versicherten bei erstmaliger Thematisierung der Rehabilitationsempfehlung sind heterogen und reichen von unmittelbarer Ablehnung über Unsicherheit bis hin zur sofortigen Zustimmung. Die Häufigkeit der verschiedenen Reaktionsweisen der Versicherten wurde von den einzelnen Akteur\*innengruppen unterschiedlich eingeschätzt. So seien die Vor-Ort-Gutachter\*innen der Medizinischen Dienste sowie die Mitarbeiter\*innen der Pflegekassen am häufigsten mit der sofortigen Ablehnung einer Rehabilitation konfrontiert. Auch zeige sich ein nicht unerheblicher Teil der Versicherten davon überrascht, dass Möglichkeiten der Rehabilitation im Kontext der Beantragung von Pflegeleistungen überhaupt eine Rolle spielen.

*„Also die sind, wie gesagt mit der Frage rechnen die gar nicht. So hab ich manchmal den Eindruck. Für die ist im Kopf: Da kommt ein Pflegegutachter, der macht eine Pflegeeinstufung und da ist das Thema Reha bei denen gar nicht präsent. Und wenn wir mit dem Thema kommen, wie gesagt, in der Regel sind sie oft manchmal dann, ja, überfragt. Und müssen sich erstmal mit dem Thema überhaupt auseinandersetzen. Was bis zu dem Zeitpunkt gar nicht gewesen ist.“ MD\_02*

Häufig zeigen sich Versicherte während der Begutachtungssituation unsicher hinsichtlich einer Rehabilitation, wobei die interviewten Gutachter\*innen neben einer häufig unsicher-ablehnenden Haltung auch Versicherte mit einer unsicher-aufgeschlossenen Haltung wahrnehmen.

*„So die erste Haltung, die ich wahrnehme, ist erstmal ‚Was soll denn das? Was ist denn Reha? Was soll denn das? Was soll ich denn damit? Ich bin doch nicht mehr im Berufsleben‘.“ MD\_08*

Zudem seien viele Versicherte mit der Frage nach der Bereitschaft zur Inanspruchnahme einer Rehabilitation überfordert und würden eine Bedenkzeit u.a. zur Abstimmung mit den Angehörigen erbitten. Versichertenseitige Nachfragen bei Thematisierung der Rehabilitationsempfehlung bezögen sich in erster Linie auf die Freiwilligkeit einer Inanspruchnahme sowie auf organisatorische Aspekte.

*„Also eher sind doch die Bedenken, die geäußert werden - das muss ich ganz klar sagen. Diejenigen, die der Sache positiv gegenüberstehen, die kann man eher an einer Hand abzählen übers Jahr hin. Leider.“ PK\_31*

Neben diesen Reaktionen der Versicherten erleben die Mitarbeiter\*innen der Krankenkassen deutlich öfter als die anderen Akteur\*innengruppen positive und aufgeschlossene Reaktionen sowie die spontane Zustimmung zur empfohlenen Rehabilitation.

#### **5.4.2 Rolle der Angehörigen im Prozess der Rehabilitationsempfehlung**

Als ein stetig wiederkehrendes, zentrales Thema in den Interviews offenbart sich die besondere Rolle der Angehörigen (im erweiterten Sinn auch als gesetzlich Bevollmächtigte) hinsichtlich der Einflussnahme auf den Prozess der Rehabilitationsempfehlung. Als Angehörige sind in diesem Kontext vor allem die Ehe-/Lebenspartner\*innen sowie die eigenen Kinder und Enkel zu verstehen. Deren besondere Bedeutung begründet sich aus der oftmals engen Einbindung in die Versorgung und Pflege der Versicherten und allen daraus resultierenden Einstellungen und Handlungen. So berichten z.B. die Interviewten der Medizinischen Dienste, dass Angehörige in der Regel bei der Begutachtung anwesend sind und auch die Pflege- sowie Krankenkassen geben an, dass eine telefonische Kommunikation überwiegend mit den Angehörigen und zum Teil nicht mit dem Versicherten selbst stattfindet. Die Interviewten weisen den Angehörigen in diesem Zusammenhang eine überwiegend

aktive Rolle im Prozess zu, was neben der Übernahme der Kommunikation im Vorfeld sich z.B. in der organisatorischen Unterstützung wie die Hin- und Rückfahrt zur Rehabilitationsklinik oder einfach im Kofferpacken äußert. Zudem wird vermehrt berichtet, dass gerade die Angehörigen eine aktive Beteiligung am Entscheidungsprozess anstreben, sich z.B. selbstständig zum Thema Rehabilitation informieren, Klinikmöglichkeiten recherchieren oder vorgeschlagene Kliniken hinsichtlich deren Bewertung überprüfen.

Übereinstimmend teilen die Befragten aus den unterschiedlichen Akteur\*innengruppen die Einschätzung, dass die Angehörigen insgesamt einen großen Einfluss auf die rehabilitationsbezogene Haltung der Versicherten und letztendlich auf die Inanspruchnahme einer empfohlenen Rehabilitationsleistung haben.

*„Die größte Pflegekraft, der größte Pflegedienst sind ja die Angehörigen. Und ich muss sagen, die Angehörigen spielen eine riesen Rolle bei solchen Geschichten, wo man sagen kann, kann ich jemanden motivieren dazu? Kann ich jemanden für etwas gewinnen und sagen, ‚Ja, mach jetzt diese Rehamaßnahme‘ und er ist dafür zu motivieren, das spielt eine riesen Rolle.“ PK\_26*

*„Also die Rolle die sehe ich ganz stark ausgeprägt weil, meine Vermutung und so kann ich das auch bestätigen aus den Gesprächen, die ich bisher gehabt habe, ist der Angehörige mit ganz stark im Boot, weil es kommt immer die Aussage ‚Das muss ich zuerst mit meiner Tochter, mit meinem Sohn besprechen oder mit meiner Frau‘. Ja, also der Patient selber entscheidet aus meiner Sicht ganz wenig.“ KK\_11*

Inwieweit neben der praktisch-organisatorischen Unterstützung und der Übernahme kommunikativer Aufgaben die Angehörigen auf die Versichertenentscheidung zur Rehabilitation bewusst einwirken, stellt sich nach den Aussagen der Interviewten sehr unterschiedlich dar. Die Interviewten berichten sowohl von positiver als auch negativer Einflussnahme durch Angehörige, wobei insgesamt häufiger ein positives Wirken wahrgenommen wird.

*„Also ich habe welche vor Augen, wo die Angehörigen eher Bremsklotz sind, wo der Versicherte vielleicht das vielleicht mal ganz nett fände [...] und die Angehörigen dann aber ‚Ach da kannst du doch gar nicht und da musst du so und so‘ also die dann so so als Bremsklotz agieren, aber es gibt genauso auch andere Fälle wo dann der Versicherte selbst ‚Ach ne und will ich nicht und ne ich will am liebsten lasst mich hier zuhause und lasst mich in Ruhe‘ und die Angehörigen dann sagen ‚Ach Mensch das wäre doch mal gut‘. Also ob es sich die Waage hält, weiß ich nicht, aber es gibt die und die Situationen.“ MD\_07*

*„Das kommt ganz drauf an. Das kann man so pauschal nicht übers Knie brechen. Also es gibt wirklich Angehörige, die sind sehr dahinter und die sagen ‚Meine Oma oder meine Mutter oder mein Vater müssen einfach mal raus‘ und denen das auch versuchen und sich selber auch mit dem Thema Geriatrie nochmal ein bisschen beschäftigt haben und gucken und es gibt auch diejenigen, die sagen ‚Nee, die Einrichtung oder die Geriatrie an sich ist im Internet nicht ordentlich bewertet, nicht gut bewertet, das tue ich meiner Mutter oder meiner Oma nicht an.‘ Also da gibt es wirklich zwiegespaltene Sachen.“ KK\_32*

Hinsichtlich der Rolle von Angehörigen unterscheiden die Interviewten mehrheitlich klar zwischen Ehe- bzw. Lebenspartner\*innen der Versicherten und Angehörigen einer jüngeren Generation (Kinder, Enkel\*innen, Nichten bzw. Neffen etc.). Demnach wirkt das Zusammenleben mit einem\*r nicht selten selbst pflegebedürftigen Ehe-/Lebenspartner\*in häufig als Barriere, wohingegen Kinder einer Rehabilitation oft positiv gegenüberstehen und folglich motivierend und unterstützend agieren.

*„Ich habe eher die Erfahrung, dass die Kinder die Befürworter sind und der Ehepartner oder die Ehepartnerin sich etwas zurückhaltend zeigt, also nicht in diesem Maße die Bestätigung wie das von den Kindern kommt, dass da schon auch gesagt wird ‚Das könnte dir schon helfen‘ das kommt schon auch vor, aber im Verhältnis jetzt gesehen zu den Kindern ist das deutlich geringer ausgeprägt, weil da vielleicht ja auch unter Umständen auch mit rein spielt ‚Dann bin ich alleine zuhause, vielleicht hilft ja mein Mann oder meine Frau hilft mir ja vielleicht auch noch das eine oder andere ne eine Handreichung oder der Gleichen, dann wäre ich auch auf mich alleine gestellt wenn der jetzt in Reha geht oder so‘ das*

*wird zwar nicht so ausgesprochen aber vielleicht auch da nochmal mit rein spielt, also da ist die Zustimmung nicht ganz so hoch wie bei den Kindern.“ MD\_10*

Der hinsichtlich einer Rehabilitation vorwiegend hinderliche Einfluss der Ehe-/Lebenspartner\*innen ergibt sich nach Aussagen der Interviewten zum einen daraus, dass der\*die (pflegebedürftige) Partner\*in nicht möchte, dass der\*die Versicherte eine Rehabilitation antritt oder dass die Versicherten andererseits es selbst ablehnen, den\*die Partner\*in für die Zeit der Rehabilitation alleine zu lassen.

*„Die Frau sagt: ‚Ha, da muss ich ja meinen Mann alleine lassen und der ist ja so unselbständig‘.“ PK\_18*

*„Weil der eine oft nicht ohne den anderen will und der, der eigentlich zur Reha könnte oder sollte, der möchte seinen Partner nicht alleine lassen. Also das finde ich, ist eher negativ.“ MD\_05*

*„...wenn es dann so Ehepartner sind, die sich untereinander pflegen, die tun sich dann schwerer, weil die eigentlich immer Probleme haben, wenn einer weg ist. Also bei Kindern ja, bei Ehegatten, die tun sich dann schwerer.“ PK\_19*

Inwieweit die Angehörigen nun eher positiv oder negativ hinsichtlich eine Rehabilitationsinanspruchnahme wirken, verknüpfen die Interviewten mit der Interessenlage und Rehabilitationserwartung der Angehörigen selbst. Als negativ wirkende Motive werden ein vordergründig finanzielles Interesse der Angehörigen an Pflegeleistungen bzw. die Angst vor Leistungskürzungen nach einem Rehabilitationserfolg benannt. Es wird zudem berichtet, dass sich Angehörige um eine adäquate Versorgung der Versicherten in den Kliniken sorgen, dass die Rehabilitation überfordern könnte und sich möglicherweise nachteilig auf die Gesundheitssituation der Versicherten auswirke.

*„...Aber auch da ist natürlich der skeptische Gedanke, wo das Geld heutzutage knapp ist, die Rente kaum reicht. [...] Dann heißt es eher: ‚Bist Du verrückt? Wir wolln doch den Grad.‘“ MD\_03*

*„Ich glaub manche Angehörige, gerade bei kognitiv eingeschränkten Personen, haben einfach Angst, dass der Versicherte schlechter heimkommt wie er schon war, was es ja leider auch gibt.“ MD\_01*

Einige Interviewte geben auch an, dass Angehörige zum Teil an der Sinnhaftigkeit der Rehabilitation zweifeln und keinen Nutzen in dieser Leistungsart für ihre\*n pflegebedürftige\*n Angehörige\*n sehen. Dabei kommt auch die pflegerische Belastung der Angehörigen zum Tragen. Zum einen kann bei hoher Belastung die Priorität auf der gewünschten Unterstützung im Sinne der Pflegeleistung liegen und das Thema Rehabilitation keine Bedeutung einnehmen. Zum anderen wird in den Interviews angeführt, dass eine wahrgenommene niedrige Belastung durch eine gute Versorgungssituation dazu führt, dass keine Rehabilitationsintention bei den Angehörigen vorhanden ist.

*„Dass insgesamt die Familie dann der Meinung ist, dass hier überhaupt keine positiven Verläufe zu erwarten sind. Sondern einzig, dass sie sich mehr Unterstützung durch Pflegedienste erhoffen und auch eine Entlastung, so Tagespflege oder dergleichen. Sie sind wirklich bereit, ihre Angehörigen zu unterstützen und alles möglich zu machen, was man tun kann, sich da auch den Pflegedienst zu zu holen, damit sie entlastet werden aber ehm, die erwarten glaube ich nicht mehr, dass die Pflegebedürftigkeit sich verbessert.“ PK\_22*

*„Also auf dem Land ist es eher so, dass da der Familienverband funktioniert. Und dass da die Pflege durch die Angehörigen sichergestellt wird. Da sind dann irgendwelche Cousinen, Cousins, Nichten, Neffen, was auch immer da. Da könnte man den ganzen Tag damit verbringen, die Pflegepersonen aufzulisten. Weil alle irgendwas irgendwie machen. Also alle stellen da irgendwie die pflegerische Situation sicher, sodass jemand zuhause bleiben kann. [...] Manchmal ist es so, dass Menschen dann sagen: ‚Ach nein, wir kriegen das hier schon so hin. Das brauchen wir nicht.‘ Das ist dann häufig die Argumentation: ‚Wir kriegen das hier alle zusammen hin. Das brauchen wir nicht.‘“ MD\_08*

Die Belastungsproblematik kann sich in ein positiv wirkendes Motiv der rehabilitationsbezogenen Einflussnahme wandeln, wenn die Angehörigen durch die Rehabilitation für sich selbst eine zumindest kurzfristige Entlastung von der Pflegeetätigkeit sehen.

*„Das ist nicht mal unbedingt alles nur objektiv medizinisch begründet, sondern ganz oft, welche Beteiligten sind da und welche Interessen haben diese. Und das, wie gesagt, nicht mal bösartig ist. Also so eine Pflegesituation ist ja auch belastend. Und da sind die Beteiligten auch froh, wenn Sie mal drei Wochen Ruhe haben.“* KK\_16

Darüber hinaus nehmen die Interviewten es als eher förderlich wahr, wenn seitens der Angehörigen die Motivation besteht, den Versicherten weiter in Selbstständigkeit zu halten. Hierbei weisen die Angehörigen eine positive Rehabilitationserwartung auf und verknüpfen die Rehabilitation mit der Möglichkeit zur Hinauszögerung der Pflegebedürftigkeit.

*„Wenn es dann so in eine Richtung Pflegebedürftigkeit geht und man merkt einfach, die Eltern werden gebrechlicher, haben die eigentlich immer große Hoffnungen, dass dadurch noch eine Verbesserung eintritt.“* PK\_19

*„Wenn man jemanden ambulant zu Hause pflegt, schwebt immer darüber, er muss irgendwann ins Pflegeheim. So, wenn die Kinder jetzt nicht bösartig denken, sondern gut, dann sagen die, ‚Mensch, wenn er die Reha jetzt machen würde, dann würden wir vielleicht das Pflegeheim sparen, oder noch ein Jahr oder zwei Jahre herauszögern vielleicht.“* KK\_16

## 5.5 Wahrgenommene Einflussfaktoren auf die Antragsauslösung und Inanspruchnahme

Aus den Interviews mit allen drei Akteur\*innengruppen ließen sich Faktoren identifizieren, die das Zustandekommen einer medizinischen Rehabilitation nach Feststellung einer positiven Rehabilitationsindikation beeinflussen können. Die Erkenntnisse der Interviewten zu den Einflussfaktoren wurden als „erlebt“ eingeordnet, wenn sie auf der persönlich erlebten Kommunikation mit Versicherten/Angehörigen im Rahmen des Zugangsprozesses, der eigenen Erfahrung mit dem selbstverantworteten Prozessschritt oder dem Austausch mit Kolleg\*innen in Vorbereitung auf das Interview beruhen. Davon sind lediglich geäußerte Vermutungen zu bestimmten Sachverhalten zu unterscheiden (Tabelle 4). Es gibt jedoch in der Gesamtbetrachtung aller Interviews keinen Einflussfaktor, der ausschließlich vermutet wurde. Jeder vermutete Einflussfaktor wird auch innerhalb der eigenen oder einer anderen Akteur\*innengruppe mindestens durch eine\*n Interviewteilnehmer\*in als tatsächlich erlebt beschrieben. Bei der Darstellung der Ergebnisse wird zwischen versichertenseitigen und verfahrensseitigen Einflussfaktoren unterschieden. Versichertenseitige Einflussfaktoren umfassen demnach alle Aspekte, Merkmale, Einstellungen, Wünsche, Bedürfnisse, Haltungen sowie Umweltfaktoren, die unmittelbar den Versicherten selbst zuzuschreiben sind. Demgegenüber zählen zu verfahrensseitigen Faktoren all jene Sachverhalte, die eine Realisierung der Rehabilitation beeinflussen, unabhängig davon, welche Haltung oder Perspektive der\*die Versicherte selbst zur Rehabilitation aufweist. Dabei wurden auch versichertenunabhängige Determinanten berichtet, die sich entweder verfahrensintern oder von außen auf das Leistungsverfahren auswirken. Verfahrensseitige Faktoren konnten nur auf Ebene der Krankenkassen identifiziert werden. Tabelle 4 gibt einen Überblick über die von den jeweiligen Akteur\*innengruppen thematisierten, erlebten und vermuteten Einflussfaktoren.

**Tabelle 4. Erlebte● und vermutete● Einflussfaktoren getrennt nach Akteur\*innengruppen**

Kategorie	Code	Medizinische Dienste	Pflegekassen	Krankenkassen
-----------	------	----------------------	--------------	---------------

Versichertenseitige Faktoren				
<b>Soziodemografische Merkmale</b>	Alter	●●	●●	●●
	Geschlecht	●	●	
	Partnerschaft	●●	●●	●
	Sozialstatus	●●	●	●
	Wohnort (städtischer/ländlicher Raum)	●●	●	
<b>Persönlichkeitsmerkmale</b>	Aufgeschlossenheit	●	●	
	Geselligkeit	●	●	
	Kontrollüberzeugungen	●●	●●	
<b>Gesundheitsaspekte</b>	veränderter Gesundheitszustand	●	●●	●
	Akutereignis/Krankenhausaufenthalt	●	●●	●
	Psychische Komorbidität	●	●	
	(häusliche) Pflegesituation	●	●●	●
	Pflegegrad	●	●	
	Tod	●	●	
<b>Häusliche Bindung und Verpflichtungen</b>	Versorgungsaufgaben (Tiere, Partner, Familie)	●●	●●	●●
	Krankenhausbiografie	●●	●●	●
	Bequemlichkeit	●●	●●	●●
	Angst vor fremder Umgebung/unbekannter Situation	●	●●	●●
	Sorge um Routineverlust	●	●	●
<b>Finanzielle Aspekte</b>	Angst vor Leistungseinbußen/-kürzungen	●●	●●	●●
	Angst vor direkten/indirekten Sanktionen	●	●●	●●
<b>Versichertenseitige Erwartungen von der Rehabilitation</b>	(stellvertretende) Rehabilitationserfahrung	●●	●●	●●
	Kenntnisse zu Zielen und Inhalten	●●	●●	●
	Wahrgenommener Nutzen/ Wirksamkeit	●●	●●	●●
	Rehabilitationsspezifische Ängste	●●	●●	●●
<b>Rehabilitationsbezogene Wünsche der Versicherten</b>	Termin	●	●●	●●
	Reha-Form	●●	●●	●●
	Ausstattung			●
	Klinik/Klinikort	●●	●	●●
	Begleitperson	●●	●	●
<b>Rehabilitationsbezogene soziale Unterstützung</b>	Motivation und Hilfe/Unterstützung durch verschiedene Akteur*innen, z.B. Familie, Hausarzt, MDK	●	●●	●●
<b>Nicht-intendierte Antragsstellung der Versicherten</b>	Unabsichtliche Antragsauslösung			●●
	Soziale Erwünschtheit		●	●●
	Durch Umfeld/Dritte intendiert	●	●	●●
Verfahrensseitige Faktoren				
<b>Mangelnde rehabilitative Versorgungsstrukturen</b>	Geriatrische Rehakliniken			●
	Ambulante Angebote			●
	Mobile Angebote	●		●
<b>Auslastung der Rehakliniken</b>	Auslastung		●	●
<b>Klinikseitige Ablehnung von Pflegebedürftigen</b>	Erhöhter Pflegegrad/-bedarf	●	●	●
	Psychosomatischen Problemlagen			●
	Reha-Fähigkeit/Reha-Prognose			●
<b>Mangelnde medizinische Informationen zum Versicherten</b>	Versichertenseitige/ärztliche Zuarbeit			●
	Datenschutzrechtliche Bedingungen			●
<b>wahrgenommene Verfahrensrestriktionen</b>	Reha-Allokation darf nicht abgeändert werden			●
<b>Schnittstellenverluste im Prozess</b>	Reha-Empfehlung wird nicht korrekt bearbeitet/weitergeleitet	●		●

Anmerkung: Bedeutung ● = entsprechender Sachverhalt wurde als erlebt beschrieben; Bedeutung ● = entsprechender Sachverhalt wurde vermutet

## 5.5.1 Versichertenseitige Einflussfaktoren

### Soziodemografische Merkmale

Aus Sicht der Interviewteilernehmer\*innen spielen soziodemografische Merkmale eine Rolle für die Beantragung und Inanspruchnahme einer empfohlenen Rehabilitation. Am häufigsten wurde hierbei ein höheres Alter der Versicherten als Barriere angeführt.

*„Die jüngeren Älteren sage ich jetzt mal nehmen das schon sehr gut an, die sehen das auch als Chance sich irgendwo zu entwickeln oder noch zu verbessern. Ältere, so die Nachkriegsgeneration, die tun sich da schwer das anzunehmen.“ PK\_32*

Daneben scheinen das Geschlecht, der Partnerschaftsstatus, der Sozialstatus und die Größe des Wohnortes in diesem Kontext relevant zu sein. Demnach stehen Frauen einer Rehabilitation tendenziell offener gegenüber als Männer.

*„Auch gerade Veränderungen und Neuerungen stehen Frauen den Dingen offener gegenüber und auch ältere Damen sind da eher kooperativ. Die Männer winken schneller mal ab. Für die ist vieles, auch gerade was so Veränderungen angeht, das ist zu viel, damit will man sich nicht mehr auseinandersetzen.“ PK\_34*

Leben Versicherte zusammen mit ihrem\*r (Ehe-)Partner\*in weisen sie nach Einschätzung der Interviewten tendenziell eine negativere rehabilitationsbezogene Haltung und folglich eine geringere Inanspruchnahmebereitschaft auf.

*„Ja die, die alleine leben, sagen in der Regel eher ‚Ja, finde ich eine gute Idee.‘ Weil die auch niemanden haben, mit dem sie sich absprechen müssen. Weil sie für sich allein verantwortlich sind, niemanden um irgendeine Erlaubnis bitten müssen. Ja und aber auch ja dadurch, dass sie alleine sind, viel mehr Dinge anders kompensieren müssen. Und die sind dann eher bereit, dass sie sagen ‚Ich versuche das mal, ich mach das mal und im Zweifel hilft es mir und ich komme besser im Alltag zurecht, weil ich bin ja alleine.‘“ MD\_08*

Vereinzelt wurde auch angeführt, Versicherte aus dem ländlichen Raum seien im Vergleich zu Versicherten aus (Groß-)Städten weniger aufgeschlossen für eine Rehabilitation.

*„Also es ist natürlich im ländlichen Bereich der Unterschied nur, dass die Menschen die dort einen Antrag stellen, oft manchmal sehr spät einen Antrag auf eine Pflegeleistung überhaupt stellen. Die machen viel in der Familie es aus, bevor sie überhaupt einen Antrag stellen. Das heißt, die sind in der Regel oftmals manchmal noch eingeschränkter in der Gesamtsituation als wie Menschen aus der Stadt. Die sind da etwas schneller und früher Hilfe anzunehmen.“ MD\_02*

Versicherte mit einem geringeren Sozialstatus, insbesondere hinsichtlich Bildungsstand und Haushaltseinkommen, werden gegenüber einer Rehabilitationsleistung als eher ablehnend beschrieben.

*„Aber, also es ist zu beobachten, dass die Menschen, die vermeintlich wenig haben und die vielleicht [...] das Pflegegeld einfach auch zum Leben brauchen, dass die auch sagen ‚Nein, ich möchte keine Reha machen.‘“ MD\_08*

*„...diese im sozialen Niveau - ohne das despektierlich zu sagen - im unteren Bereich angesiedelten Leute, die haben in ihrem Leben nie so richtig über Achtsamkeit und Reha nachgedacht.“ MD\_03*

## **Persönlichkeitsmerkmale**

Seitens der Medizinischen Dienste und der Pflegekassen wurden auch persönlichkeitsbezogene Aspekte als bedeutsam beschrieben. So sei eine offene Haltung gegenüber der empfohlenen Rehabilitation in der Regel stärker bei Versicherten wahrzunehmen, die in Anlehnung an das Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeitsdimensionen [21] als aufgeschlossen und sozial aktiv/gesellig beschrieben wurden.

*„Menschen, die wahrscheinlich ihr Leben lang offen mit allen Umgang hatten und mit vielen Menschen, die stehen dem offener entgegen wie jetzt Menschen, die schon immer isoliert und eigenbrötlerisch waren.“ PK\_31*

*„Ich habe es tatsächlich oft, dass so Ängste auch geäußert werden: ‚Ja, aber dann die ganzen... Ach nein, das sind dann alles Fremde, ich will mich Fremden gegenüber nicht öffnen.‘“ PK\_32*

Zudem seien gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen der Versicherten relevant. Personen mit einer externalen Kontrollüberzeugung, die ihren Gesundheitszustand und ihren Funktionsstatus als „schicksalhaft“ annehmen, seien auch weniger bereit, ihre Pflegesituation durch die Inanspruchnahme einer Rehabilitationsleistung aktiv zu beeinflussen.

*„Es gibt die einen, die sich völlig, ja wie soll ich sagen, völlig ihrem Schicksal hingeben, und es gibt diejenigen die sagen ‚Das gefällt mir so nicht. Ich will diesen Zustand überwinden und ich will niemandem zur Last fallen. Und ich möchte eigentlich, dass es mir wieder besser geht.‘ Das ist einfach so eine Wesensfrage.“ PK\_10*

## Gesundheitsaspekte

Als Einflussgrößen der Antragsauslösung und insbesondere der Inanspruchnahme einer bewilligten Rehabilitation werden durch die Prozessakteur\*innen gesundheitliche Aspekte angeführt. So seien ein höherer Pflegegrad (ab Pflegegrad 3) und die damit verbundenen höheren Einschränkungen mit einer geringeren Inanspruchnahmebereitschaft assoziiert.

*„Bei einer Bewilligung von Pflegegraden eins und zwei ist es durchaus möglich, dass man noch eine Einsicht des Versicherten hat: ‚Hier kann ich persönlich noch was für mich tun und damit die Pflegebedürftigkeit oder die Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit noch hinaus ziehen.‘ Wenn es aber Pflegebedürftigkeiten vier und fünf sind, dann sind eigentlich schon lange die Familie und die Angehörigen involviert und stellen den Antrag, weil sie überfordert sind und eigentlich nach Hilfe suchen. Weil sie jetzt merken: ‚Wir kommen alleine gar nicht mehr zurecht.‘ Und von daher, in diesen hohen Pflegegraden wird die Reha abgelehnt.“ PK\_22*

Auch wirke sich das Vorliegen psychischer Komorbidität (insbesondere depressive Zustände oder eine beginnende Demenz) negativ auf die Rehabilitationsbereitschaft der Versicherten aus.

*„Und manche sagen von vorneherein ‚Nein, hab ich gar eine Lust zu.‘ Kommt auch so ein bisschen auf die Krankheitsbilder an. So die Depressiven oder psychisch Beeinträchtigten, die wollen meist überhaupt nicht, die wollen in Ruhe gelassen werden.“ MD\_05*

Die Nicht-Inanspruchnahme einer bewilligten Rehabilitationsleistung wird von den Interviewten mehrheitlich auf einen sich im Prozessverlauf veränderten, vor allem (akut) verschlechterten, Gesundheitszustand und/oder die Notwendigkeit eines Krankenhausaufenthaltes zurückgeführt, infolge dessen eine Rehabilitationsfähigkeit (vorübergehend) nicht mehr gegeben sei. Vereinzelt wird auch ein zwischenzeitlich verbesserter Gesundheitszustand, bspw. als Folge bereits gewährter Pflegeleistungen oder Hilfs- und Heilmittel, als Ablehnungsgrund berichtet. Des Weiteren komme es auch vor, dass Versicherte noch vor dem Rehabilitationsbeginn versterben.

Einen weiteren gesundheitsbezogenen Einflussfaktor stellt die (häusliche) Pflegesituation dar. Werde die Pflege durch Angehörige und/oder professionelle Pflegekräfte sichergestellt und die (häusliche) Pflegesituation insgesamt von den Versicherten als zufriedenstellend wahrgenommen, verringere dies den subjektiven Rehabilitationsbedarf bzw. den subjektiven Nutzen einer Inanspruchnahme und folglich auch die Rehabilitationsbereitschaft.

*„Was sind denn das für Fälle, die dann in die Reha fahren? Das sind oftmals Alleinstehende, das sind oftmals Leute, wo die Pflegesituation nicht ganz sicher gestellt ist und wo ein entsprechender Leidensdruck besteht.“ KK\_18*

*„Wenn die Leute dann zu Hause sind und vielleicht auch noch dem Heim entgangen sind, weil man zu Hause Pflege sichergestellt hat, durch den Pflegedienst, durch Pflegepersonen und so weiter, dass die dann einfach zufrieden sind und mehr eigentlich auch gar nicht wollen.“ KK\_31*

## Häusliche Bindung und Verpflichtungen

Ein in den Interviews vielfach geäußertes Einflussfaktor auf die Beantragung und Inanspruchnahme empfohlener Rehabilitationen stellt das Ausmaß dar, in dem sich die Versicherten an ihr häusliches Umfeld gebunden fühlen bzw. durch häusliche Verpflichtungen oder Versorgungsaufgaben gebunden sind. Je stärker bei den Versicherten die Haltung ausgeprägt ist, „**nicht von zu Hause weg**“ zu wollen, desto höher sei die Wahrscheinlichkeit, dass eine (stationäre) Rehabilitation abgelehnt wird. Einige Interviewteilnehmer\*innen stellten hierbei einen Zusammenhang zur **Krankenhausbiografie** der Versicherten her. Demnach führten wiederholte oder längere Krankenhausaufenthalte in der jüngeren Vergangenheit zur Verstärkung dieser häuslichen Bindung und folglich eher zur Weigerung, sich (erneut) aus dem häuslichen Umfeld zu lösen.

*„Sie kriegen dann immer Panik in den Augen, ‚Ich war jetzt so und so lange im Krankenhaus und so lange in der Reha, ich will jetzt nicht weg, schicken Sie mich ja nicht wieder weg.‘“ MD\_07*

Ebenso würden die Versicherten häufig **häusliche Verantwortlichkeiten** (z.B. Versorgung von Partner\*in und/oder Haustieren) anführen, aufgrund derer ihnen die Durchführung einer Rehabilitation nicht möglich sei.

*„Die hängen an ihren Haustieren. Wenn dann Haus und Hof nicht versorgt wird oder man es nicht versorgt weiß, dann sagt man eher ‚Dann fahre ich nicht.‘“ MD\_04*

*„Also sobald derjenige, der eine Reha befürwortet bekommen hat, selber auch eine Funktion als Pflegeperson hat, ist es fast unmöglich.“ PK\_32*

Aus Sicht der Prozessakteur\*innen spielen generelle **Ängste**, das gewohnte Umfeld zu verlassen und sich (allein) in unbekannte Situationen zu begeben, auch für die Inanspruchnahmebereitschaft von Rehabilitation eine wesentliche Rolle.

*„Die gewohnte Umgebung zu verlassen, das ist, glaube ich, die größte Angst. Wenn jemand seit Jahren vielleicht nicht mehr im Urlaub war, nicht mehr an sozialen Aktivitäten teilnimmt und er dann in Reha soll, also das ist so die große Angst, das gewohnte Umfeld zu verlassen.“ PK\_32*

*„Den Leuten geht es primär gar nicht um die Therapie, sondern sie haben vielmehr die Angst davor, irgendwo hin zu kommen [...] Wenn die Reha hören, hören die in erster Linie: ‚Ich muss woanders hin. Ich muss daheim weg.‘“ MD\_01*

Eng verknüpft mit der Angst vor unbekanntem sind versichertenseitige Befürchtungen hinsichtlich eines **Routineverlustes**. Die Durchführung einer Rehabilitation sei aus Sicht vieler Versicherter nicht mit deren alltäglichen Routinen und den, an die individuellen Einschränkungen angepassten, Handlungsabläufen vereinbar, brächte Unruhe in deren Alltag und führe zu großer Unsicherheit außerhalb des gewohnten Bewegungsradius.

*„Also ich hatte vor kurzem zwei ähnlich gelagerte Fälle und zwar auch Personen, die Ja angekreuzt hatten und die haben dann gleich gesagt: Ja, sie können doch nicht zur Reha gehen, sie haben sich das jetzt nochmal überlegt - und zwar beides Mal geht es da um die Darmproblematik. Also die eine Dame [...] das hat man richtig gemerkt, also es war ein richtiger Stressfaktor für sie und dann hat sie gesagt: Wenn sie dann einen Termin hat, sie kann dann nicht gehen und das ist alles ganz langwierig.“ KK\_22*

Einige Interviewte vermuten zudem eine gewisse **„Bequemlichkeit“** aufseiten der Versicherten, welche der Bereitschaft, aktiv etwas für den eigenen Gesundheitszustand bzw. den Erhalt der Funktionsfähigkeit zu tun, entgegensteht.

*„Es gibt welche, die sagen, sie wollen nicht, weil sie nicht mehr so durch die Gegend gescheucht, [...] nicht mehr irgendwie groß mobilisiert werden wollen. Die sagen jetzt ‚Ich habe jetzt einfach verdient, dass ich auch in Ruhe gelassen werde.‘“ KK\_19*



## Finanzielle Aspekte

Eine weitere wichtige Einflussgröße stellen aus Sicht der Prozessakteur\*innen finanzielle Erwartungen der Versicherten dar, die in der Regel mit dem Antrag auf eine Pflegeleistung verknüpft würden. Die **Befürchtung (in)direkter Sanktionen** innerhalb der Begutachtungssituation (z.B. Gutachter\*in entscheidet weniger wohlgesonnen oder es wird kein oder nur ein niedriger Pflegegrad gewährt, wenn die gutachterlichen Vorschläge abgelehnt werden) wirke erst einmal förderlich auf die geäußerte versichertenseitige Rehabilitationsbereitschaft und könne auch in einer Antragsauslösung münden.

*„Ja, und dann ist natürlich auch, sicher auch nen wichtiger Punkt, den der Gutachter auch vor Ort wissen muss oder den man auch ausräumen muss, der aber schwer auszuräumen ist, dass man das anbietet eine Reha in Zusammenhang mit der Bearbeitung eines Leistungswunsches und das die Leute Angst haben, dass, wenn sie jetzt ‚Nein‘-sagen zu einer Reha in der Begutachtung, sich das negativ auf die Entscheidung des Pflegegrades auswirkt. Das klingt banal, das ist aber logisch.“ MD\_03*

*„Sie glauben wirklich teilweise: ‚Wenn ich das jetzt nicht in Anspruch nehme, werde ich das nie wieder kriegen.‘ Das sind Ängste, was uns durch diese Gespräche immer wieder klar wird.“ KK\_34*

Demgegenüber wirke jedoch die **Befürchtung von Pflegeleistungseinbußen/-kürzungen** infolge eines (zu) guten Rehabilitationsergebnisses und einer damit verbundenen Herabstufung des Pflegegrades wiederum negativ auf die tatsächliche Rehabilitationsintention der Versicherten.

*„In vielen Köpfen dieser Generation ist der Gedanke ganz sehr fest verankert: ‚Wenn ich jetzt eine Reha mache, was ist mit meinem Pflegegrad, wird der eventuell wieder aberkannt, wird das nochmal neu überprüft? Stelle ich mir dann nicht selber ein Bein, weil eigentlich brauche ich ja die Unterstützung zu Hause?‘.“ PK\_34*

*„Ich habe aber auch schon mal ganz klar zu hören bekommen: ‚Nein das wollen wir nicht, hinterher wird er runtergestuft in der Pflege und dann fehlen uns die finanziellen Mittel hinterher.‘“ KK\_13*

## Versichertenseitige Erwartungen von der Rehabilitation

Einen wesentlichen Einflussfaktor rehabilitationsbezogener Versichertenentscheidungen stellen aus Sicht der Prozessakteur\*innen die (stellvertretenden) **Rehabilitationserfahrungen** der Versicherten dar. Wie in Kapitel 5.3.1 ausgeführt, würden frühere Rehabilitationserfahrungen auf zukünftige Rehabilitationsleistungen übertragen, wobei subjektiv positive Reha-Erfahrungen die Beantragung und Inanspruchnahme der empfohlenen Rehabilitation unmittelbar begünstigen und keine oder negative Erfahrungen diese eher verhindern.

*„Also wir fragen ja auch ‚Haben Sie schon einmal eine Reha gehabt: Ja/nein? Wie war der subjektive Reha-Erfolg?‘ Wenn der gut war, wenn die Menschen profitiert haben, sei es nur, dass sie ein bisschen mehr Mobilität gewonnen haben oder dass die psychische Situation sich verbessert, Stimmungslage besser geworden ist, dann sind sie in der Regel auch offener und sagen ‚Ja, hat mir gut gefallen. Fand ich toll. Möchte ich gerne nochmal machen.‘ Ist der subjektive Reha-Erfolg schlecht, habe ich das Gefühl ‚Mir hat es nichts gebracht. Ich bin weder beweglicher, noch bin ich schmerzfrei und, und, und.‘, dann können Sie sicher sein, sagen diese Menschen nein.“ MD\_08*

Auf die gleiche Weise wie eigene Erfahrungen wirken aus Akteur\*innensicht stellvertretende Rehabilitationserfahrungen, die durch das Umfeld an die Versicherten herangetragen werden.

*„Oder sie sagen ‚Mensch, das hat der Nachbarin schon gut gefallen, das will ich auch, ich will auch mitreden.‘ oder ‚Der Nachbar von gegenüber fand das total blöd, das ist bei mir bestimmt auch so. Eer hat gesagt ‚Mach das auf keinen Fall‘ und dann mach ich das auch nicht.‘“ PK\_31*

Relevant in diesem Kontext seien auch die versichertenseitigen **Kenntnisse** zu Zielen und Inhalten medizinischer Rehabilitationsleistungen und der daraus abgeleitete subjektive Gewinn einer Inanspruchnahme. Fehle es an einem grundlegenden Verständnis der Ziele und Inhalte von Rehabilitation und/oder sähen Versicherte für sich keinen potenziellen persönlichen Nutzen, stelle dies eine wesentliche Barriere für die Versicherten dar.

*„Ich kann mich zu Hause genauso erholen in meinem Garten, da habe ich es schöner. ‚Da ist nicht so ein Vorturner‘ habe ich auch schon gehört.“ PK\_31*

*„Oder dann hatte ich auch einmal den Anruf gehabt ‚Ach, Frau <Sachbearbeiterin>, das ist ja sehr nett, ich bedanke mich vielmals für die Bewilligung der Maßnahme, aber wissen Sie was, ich habe keine Lust mehr. [...] Wissen Sie, was soll ich alter Mensch jetzt noch einer Rehabilitation? Ich bin froh, dass ich noch vielleicht drei oder fünf Jahre leben darf und mir geht es soweit gut und ich bin hier versorgt, was soll ich da noch in einer Rehabilitationsmaßnahme?“ KK\_30*

Aus den Kenntnissen und Erwartungen der Versicherten hinsichtlich medizinischer Rehabilitationsleistungen würden sich aus Sicht der Akteur\*innen konkrete **rehabilitationsbezogene Ängste** der Versicherten ergeben, welche sich negativ auf die Inanspruchnahme der empfohlenen Reha auswirken können. Dazu gehörten Ängste u.a. vor einer zu hohen Belastung in der Rehabilitation, vor fehlender Hilfe bei Routineaufgaben (z.B. Toilettengang), ebenso wie vor der Unterstützung durch fremdes Pflegepersonal. Angeführt wurden aber auch vermeintlich banale Dinge wie z.B. die Angst vor schlechtem Essen.

*„Ein großer Punkt ist einfach Angst und Unsicherheit über das, was in der Reha passiert, dort alleine dazustehen und eventuell auch nicht mehr dann zurück zu kommen, weil es einfach auch Krankenhauscharakter hat.“ MD\_01*

*„Für viele ist es so, dass sie sagen ‚Nein, ich will nicht drei, vier Wochen irgendwo sein, wo mir das Essen nicht schmeckt. Essen ist das einzige, was ich noch habe als Freude und das will ich nicht.“ MD\_07*

## Rehabilitationsbezogene Wünsche der Versicherten

Neben den rehabilitationsbezogenen Erwartungen der Versicherten wurden in den Interviews wiederkehrend Wünsche und Bedürfnisse zur konkreten Rehabilitationsleistung benannt, welche bei Nicht-Erfüllung zum Teil zur unmittelbaren Ablehnung der Rehabilitationsleistung führen können. Bezüglich der Rehabilitationsform seien es vor allem ambulante Rehabilitationsmöglichkeiten, die die Versicherten eher bereit sind in Anspruch zu nehmen.

*„Ambulant wird natürlich lieber angenommen, weil sie danach wieder zu Hause sind. Es ist selten, dass dann jemand sagt: ‚Ich möchte lieber stationär als ambulant‘.“ PK\_31*

Demgegenüber stellt die spezifische Form der geriatrischen Rehabilitation für einige Versicherte einen direkten Ablehnungsgrund dar.

*„Geriatric hat für viele immer noch so dieses Schreckgespenst alt, klapprig und senil und da wollen viele überhaupt nicht hin.“ KK\_33*

Die Durchführung einer stationären Rehabilitationsleistung würden die Versicherten an die Verfügbarkeit von Einzelzimmern oder die Möglichkeit zur gemeinsamen Rehabilitationsdurchführung mit einer Begleitperson knüpfen.

*„Also bei uns hier in der Region, ich glaube, auch weiter verbreitet ist es so, dass bei der geriatrischen Reha, dass es da Doppelzimmer gibt. Also Standard sind die Doppelzimmer. Das ist für viele ein großes Problem. [...] Manchmal ist ganz klar, dass sie nur gehen, wenn sie ein Einzelzimmer bekommen.“ KK\_22*

Im fortgeschrittenen Entscheidungsprozess wirke sich dann auch der Wunsch/Ablehnung eines spezifischen Klinikorts bzw. einer Klinik auf die Inanspruchnahme aus.

*„Da sagen die Angehörigen dann, ‚Ja das gefällt uns aber gar nicht, das ist ja nicht an der Ostsee, das ist ja Nordsee‘, oder irgendwie sowas: ‚Suchen Sie mal was Anderes!‘.“* KK\_16

*„Das sind halt die Kliniken, die haben keinen guten Ruf und auch die Bewertungen im Internet, wo viele sich ja auch erst mal vorab belesen, sagen häufig nichts Gutes über die Einrichtungen.“* KK\_33

Wesentlich hierbei sei für einen Großteil der Versicherten die Wohnortnähe des Klinikortes. Darüber hinaus würden Versicherte ihre Rehabilitationsinanspruchnahme teilweise auch in Abhängigkeit individueller Präferenzen zu den Terminzeiträumen (z.B. nur im Sommer) stellen.

*„Viele wollen dann nicht mehr im Winter fahren, dann wollen welche nicht im Sommer fahren. Es gibt welche, die wollen nur in einer bestimmten Zeit fahren. Also das ist noch so ein Grund, wenn es dann Richtung Weihnachten geht, werden die Absagen immer häufiger [...] Januar/Februar will eigentlich keiner in eine Rehabilitationseinrichtung unbedingt fahren.“* KK\_32

Auch wenn rehabilitationsbezogene Wünsche nicht im Sinne einer „Inanspruchnahme-Bedingung“ wirken, so beeinflusse es eine Inanspruchnahme in der Regel negativ, wenn versichertenseitigen Wünschen nicht entsprochen wird.

### **Rehabilitationsbezogene soziale Unterstützung**

Aus Sicht der Interviewten stellen die Motivation und Hilfe/Unterstützung durch verschiedene Akteur\*innen einen wesentlichen positiven Einflussfaktor dar, welcher in allen Prozessabschnitten wirken kann. Dies bezieht neben den nahestehenden Bezugspersonen des Versicherten (z.B. Familie) auch medizinische Experten (z.B. Hausärzt\*innen) sowie die Prozessakteur\*innen (MDK, Sachbearbeiter der Pflege und Krankenkassen) mit ein, die mit ihrer spezifischen Rollenfunktion die Versichertenhaltung positiv beeinflussen können. In diesem Zusammenhang wird besonders das Fehlen des Zuspruchs durch die engen Bezugspersonen der Versicherten als Barriere wahrgenommen.

*„In den Haushalten, wo ich jetzt aktive Angehörige mit drin habe, kommt eine RehaMaßnahme eher zustande, als in Haushalten, wo die - ich sag's mal so - die alten Leute sich selbst überlassen sind, wo nur ein Pflegedienst kommt [...]. Da [Haushalte, in denen Pflegebedürftige mit Angehörigen leben – Anm. d. Verf.] gibt es dann verschiedene Motivationen und sie sagen ‚Wir fahren dich hin zur Kur‘ - und dann läuft alles. Wo auch eine moralische Unterstützung in der Motivation noch da ist. Da kommt eher was zustande, als in den Haushalten, wo die Leute sich selbst überlassen sind.“* PK\_26

Die Hausärzt\*innen werden von den interviewten Prozessakteur\*innen aufgrund ihrer nicht selten langjährigen Begleitung der Patienten und dem daraus resultierenden vertrauensvollen Behandlungsverhältnis als besondere Unterstützungsressource wahrgenommen. Hausärztliches Unterstützungspotenzial wird sowohl hinsichtlich der Motivierung der Versicherten zur Rehabilitationsinanspruchnahme als auch bezüglich der konkreten Planung und Organisation einer Rehabilitation beschrieben.

*„Und die Hausärzte, das ist ja häufig so eine ganz enge Einheit mit den Versicherten und da kann die Tochter hundertmal was sagen, wenn der Hausarzt das sagt, dann hören die da auch drauf.“* KK\_30

### **Nicht-intendierte Antragsstellung der Versicherten**

Als eine klare Barriere für die Inanspruchnahme einer bewilligten Rehabilitationsleistung wird durch die Interviewteilnehmer\*innen eine unklare bzw. fehlende Rehabilitationsbereitschaft der Versicherten im Zuge der Antragsauslösung berichtet. So werden in den Interviews Erfahrungen geschildert, wonach es zu einer **unabsichtlichen Antragsauslösung** seitens der Versicherten gekommen ist, da die Folgen der Einwilligung im Antragsverfahren den Versicherten nicht bewusst gewesen wären.

*„Was auch hin und wieder vorkommt, ist, das der Kunde sagt: ‚Ja, ich hab mal einfach das Kreuzchen bei ‚Ja‘ gesetzt, eigentlich will ich ja gar nicht.‘ [...] Oftmals ist dem Kunden gar nicht klar, was diese Einverständniserklärung bezweckt.“*  
KK\_16

Ebenso hätten Versicherte zu späteren Prozesszeitpunkten berichtet, die Antragsauslösung sei aufgrund **sozialer Erwünschtheit** oder **durch das Umfeld/Dritte**, in den meisten Fällen durch Angehörige, erfolgt. Bestehe keine klare versichertenseitige Rehabilitationsbereitschaft, führe dies trotz erfolgter Antragsauslösung im späteren Prozessverlauf zur Ablehnung einer Rehabilitation.

*„Wir hatten da so in der Vergangenheit, bis vor ein paar Wochen war das so gewesen, in dem Pflegebescheid, wo wir dann sagen: ‚Der Gutachter hat die Reha-Empfehlung ausgesprochen, melden Sie sich - innerhalb von 3 Wochen [...] wenn Sie sie in Anspruch nehmen möchten.‘ Und dann auf Mitwirkungspflichten hingewiesen. Und diese Mitwirkungspflichten haben offensichtlich dann dazu geführt, dass sich viele unter Druck gesetzt haben, um dann doch die Zustimmung zum Reha-Antragsverfahren abzugeben obwohl sie eigentlich gar nicht wollten.“* KK\_31

*„Also das kriegt man ja auch sehr häufig mit, dass dann die Kinder auch oftmals eine große Rolle in dem Leben spielen, denn die Kinder kümmern sich häufig auch noch um die Eltern und die sagen dann: ‚Mensch, Mama, Papa, das ist doch toll, wenn ihr jetzt drei Wochen mal rauskommt.‘ Dann sagen die: ‚Mhm, okay, ja, habt ihr ja recht.‘ Wenn sie sich dann nochmal gedanklich zurücklehnen und vielleicht eine Woche oder zwei vorbeiziehen lassen und feststellen, ich möchte aus meinem gewohnten Umfeld gar nicht raus, weil eigentlich fühle ich mich wohl so wie es ist und ich brauche mich auch räumlich nicht verändern - und dann wollen sie nicht mehr.“* KK\_34

## 5.5.2 **Verfahrensseitige Einflussfaktoren**

Neben den versichertenseitigen Einflussfaktoren der Rehabilitationsinanspruchnahme, die im Wesentlichen auf den Erfahrungen und Eindrücken bei der Bearbeitung der Rehabilitationsempfehlungen sowie Versichertenkommunikation der befragten Akteur\*innen basieren, ließen sich aus den Interviews auch verschiedene verfahrensseitige Einflussfaktoren identifizieren. Diese Faktoren umfassen jene Sachverhalte, die eine Realisierung der Rehabilitation beeinflussen, unabhängig davon welche Haltung oder Perspektive der Versicherte selbst zur Rehabilitation aufweist. Dabei zeigen sich insgesamt sechs verschiedene Themenbereiche, die vor allem durch die Interviewten auf Ebene der Krankenkassen wahrgenommen wurden.

Viele der Krankenkassen berichteten, dass die Umsetzung der **genauen Allokationsempfehlung** häufig durch **mangelnde rehabilitative Versorgungsstrukturen** im Einzugsgebiet der Versicherten erschwert wird, teilweise auch unmöglich ist. Dies bezieht sich insbesondere auf die Verfügbarkeit geriatrischer Rehabilitationskliniken sowie ambulanter und mobiler Rehabilitationsangebote, wobei sowohl fehlende vertragliche Regelungen als auch ein genereller Mangel an Anbietern angeführt wird. Das Fehlen von Anbietern scheint dabei das häufigere Problem zu sein. In diesem Zusammenhang deuten die Interviewten auch ganz unterschiedliche Versorgungssituationen in den Bundesländern an.

*„...es wird vorgeschlagen, eine ambulante Reha. Wo wir dann halt auch sagen müssen, wir würden ja gerne aber wir können nicht, weil es zum Beispiel keine entsprechenden Leistungserbringer hier in der Region oder teilweise auch im Land gibt.“* KK\_31

*„Versorgungsangebot der geriatrischen Reha im Allgemeinen ist länderspezifisch sehr unterschiedlich. Wir haben alleine in <Bundesland> nur eine geriatrische Rehabilitationseinrichtung.“* KK\_28

Als eines der häufigsten Probleme wird die Versorgungssituation mit ambulanten geriatrischen Rehabilitationskliniken und mobilen Rehabilitationsangeboten angeführt, die eine Umsetzung der konkreten Allokationsempfehlung teilweise unmöglich macht.

*„Also ich würde mal sagen, in jedem zweiten Fall geht das [die Allokationsempfehlung – Anm. d. Verf.] nicht einfach so durch.“* KK\_16

Die Problematik, geeignete Rehabilitationskliniken zu finden, verschärft sich zudem bei steigendem Pflegegrad der Versicherten. Ein\*e Interviewte\*r berichtet, dass in diesem Zusammenhang Kliniken ganz bewusst gegen die Krankenkassen arbeiten würden.

*„Also im Verfahren Rehabilitation vor Pflege arbeiten die geriatrischen Kliniken auch teilweise gegen uns als Krankenkasse. Also die Zusammenarbeit ist schwierig, weil ihnen einfach die Unterlagen nicht ausreichend sind, wo ich mir sage, ein Pflegegutachten, was aktuell ist, was da den Klinikärzten nicht ausreicht und die Rehabilitationsempfehlung, die ja noch dazukommt, das ist alles nicht ausreichend, dann fragt man sich, was die geriatrischen Rehabilitationskliniken noch haben wollen. Also das ist auch schwierig. Es ist gut, dass der Gesetzgeber die Möglichkeit geschaffen hat, aber die Kliniken müssen auch mitspielen und die spielen nicht immer mit.“* KK\_30

Ein\*e Interviewte\*r der Krankenkasse beschreibt den Einfluss der Versorgungsstruktur aus gegensätzlicher Perspektive und bestätigt, dass eine gute Versorgungsstruktur die verfahrensseitige Umsetzung der Rehabilitationsempfehlungen begünstigt.

*„...wir haben hier in der Region Reha-Einrichtungen, die sämtliche Indikationen bedienen können, von dem her ist das eigentlich eine Optimallösung jetzt für uns als <Krankenkasse> hier den Kunden so entsprechend zu vermitteln, dass er ortsnah qualitativ hochwertig gut betreut wird.“* KK\_11

Jedoch wird in den Interviews auch gespiegelt, dass sich bei vorhandenen Angebotsstrukturen die Umsetzung von Rehabilitationsempfehlungen nicht zwangsläufig einfach gestaltet, da die **Auslastung der Rehakliniken** eine zeitnahe Realisierung der Rehabilitationsleistung behindert.

*„...und wenn wir dann eine Klinik gefunden haben, die sie [die Versicherten – Anm. d. Verf.] aufnehmen können, gibt es die nächsten Schwierigkeiten, die Aufnahme kann sich teilweise über sechs Monate hinstrecken aufgrund der Kapazitätsauslastung [...] die Einrichtungen, die wir haben, sind kapazitätsmäßig an die Grenzen gekommen. Also da ist schon mal ein Problem, wir kriegen die Leute nicht unter.“* KK\_33

Ein weiteres verfahrensseitiges Problem bei der Umsetzung einer bewilligten Rehabilitationsleistung besteht laut mehreren Krankenkassen in der **klinikseitigen Ablehnung von Pflegebedürftigen**, im Rahmen der durch die Krankenkassen ausgelösten Klinikanfragen zur Versichertenaufnahme. Dabei werden unterschiedliche Konstellationen berichtet, unter welchen Bedingungen es zu solchen Ablehnungen kommen kann. Bei indikationsspezifischen Rehabilitationsempfehlungen lehnen Kliniken demnach ab, sobald ein erhöhter Pflegebedarf besteht.

*„...das gibt es sogar häufig bei den pulmologischen [Rehabilitationen – Anm. d. Verf.] zum Beispiel, oder bei den psychosomatischen, wenn sie schon einen Pflegegrad haben, also ab Pflegegrad 2 wird es dann schon schwierig, sie unterzubringen.“* KK\_20

*„Manchmal ist es ja auch, dass eine orthopädische Reha empfohlen wird, die [Versicherten – Anm. d. Verf.] aber so viel Hilfebedarf brauchen, dass die orthopädischen Kliniken eine Aufnahme ablehnen.“* KK\_07

Ähnliche Erfahrungen wurden auch bei der Suche von ambulanten Einrichtungen für Versicherte mit einem Pflegegrad berichtet.

*„...das ist halt, das zum Beispiel eine ambulante Reha empfohlen wird, das macht bei Kunden jetzt, wenn die keine Pflegegrad zugeteilt bekommen, dann natürlich ist das völlig in Ordnung. Das wird aber spätestens ab Pflegegrad zwei einfach nicht realistisch, dass man eine Klinik [findet – Anm. d. Verf.], die so jemanden dann aufnimmt.“ KK\_19*

Mehrere Interviewte gaben an, dass generell, sowohl in der indikationsspezifischen als auch der geriatrischen Rehabilitation, mit steigendem Pflegegrad das Ablehnungsverhalten der Kliniken zunimmt und es schwieriger wird, überhaupt eine Klinik für die Versicherten zu finden. Dies betrifft vor allem die Pflegegrade 3, 4 und 5. Laut der Interviewten begründen die Kliniken ihre Ablehnung einerseits damit, dass sie für den hohen Pflegeaufwand keine adäquaten Strukturen bereithalten, andererseits mit einer nicht vorhandenen positiven Rehabilitationsprognose bzw. der Rehabilitationsfähigkeit der\*s Versicherten.

*„...es gibt da andere Konstellationen, wo wir egal wie wir es dann organisieren möchten, ob orthopädisch, geriatrisch, neurologisch, hier keine Aufnahmemöglichkeiten seitens der Einrichtungen besteht, weil wie gesagt die Reha-Fähigkeit [...] oder der Gesundheitszustand so schlecht ist, dass sie ihn [den Versicherten – Anm. d. Verf.] gar nicht behandeln können.“ KK\_11*

*„Da haben wir Fälle, da schreiben wir fünf Kliniken an, die dafür eigentlich auch geeignet sein sollten, und diese sagen: ‚Mit dem [Versicherten – Anm. d. Verf.] können wir hier nichts anfangen, den können wir hier nicht behandeln‘.“ KK\_16*

Ein\*e Interviewte\*r gibt an, dass auch die jeweiligen Kliniken ihre fallbezogenen Zuständigkeiten unterschiedlich einschätzen und durchaus zurückmelden, in welchen Einrichtungen die Versicherten zu behandeln sind.

*„...gerade geriatrische Kliniken lehnen oft ab, zum Beispiel, die sagen dann, ‚Nein, der muss pulmologisch‘, und die pulmologische Klinik sagt, ‚Nein, der muss geriatrisch‘. [betrifft jeweils die Art der Rehabilitationsklinik – Anm. d. Verf.]“ KK\_20*

In diesem Zusammenhang wird in den Interviews ein weiterer verfahrensseitiger Einflussfaktor deutlich, der alle Schritte des Verfahrensablaufs bei den Krankenkassen beeinflussen kann und teilweise auch mit der klinikseitigen Ablehnung verknüpft wird. So bemängeln einige Interviewte sowohl direkt als auch indirekt **mangelnde medizinische Informationen zum Gesundheitszustand der Versicherten**, die eine Realisierung der Rehabilitation auf verschiedene Weise behindern. Dies betrifft sowohl das eigene Arbeiten, z.B. in der Auswahl einer passenden Klinik, als auch die Entscheidung der angefragten Kliniken zur Versichertenaufnahme, welche ihre Rückfragen zu medizinischen Aspekten in der Regel direkt an die Krankenkassen richten. Das Informationsdefizit seitens der Krankenkasse resultiert zumeist daraus, dass ihnen die Informationen selbst, z.B. bei Anfrage an den\*die Hausärzt\*in nicht bereitgestellt werden oder die Versicherten einer Weitergabe der Daten an die Klinik nicht zustimmen.

*„Ich habe genau diesen Fall gestern wieder gehabt, dass eine neurologische Rehaeinrichtung uns drum gebeten hat, dass sie noch ärztliche Befundunterlagen anfordern. Dann sagen Sie mal einem Hausarzt: Du hast zwar keine Reha in die Wege geleitet, aber jetzt will eine Klinik noch von dir Unterlagen für eine Rehabilitationsmaßnahme haben. Die gucken einen an und sagen: ‚Wie soll ich denn das abrechnen? Der Patient war ja gar nicht bei mir in Behandlung‘, weil das Ganze durch ein Pflegegutachten in die Wege geleitet worden ist.“ KK\_34*

*„Hier ist schon die erste Problematik, dass einige Versicherte die Textbausteine, die wir eingefügt haben, nicht verstehen. Es gibt also da die Möglichkeit einmal zu sagen ‚Ja, ich bin damit einverstanden, dass Daten weitergegeben werden, mein Pflegegutachten‘ oder ‚Ich bin nicht damit einverstanden, dass das Pflegegutachten weitergeleitet wird an Dritte‘. Die nächste Möglichkeit ist ‚Ich bin damit einverstanden meine Telefonnummer weiterzugeben oder dass die weitergegeben werden darf‘ oder ‚Ich bin damit nicht einverstanden‘. Da ist also schon die erste Hürde, dass also manche Versicherte das gar nicht ausfüllen, gar kein Kreuz setzen und unterschreiben oder aber es kam auch schon vor, dass die Versicherten komplett alles ausgefüllt haben, alles angekreuzt haben.“ KK\_30*

*„Daran kann man wieder sehen, dieses Dreieitige, was mir als offizielle Bearbeitung zur Verfügung steht, da sind keine Informationen drin. [...] Das ist nicht so leicht, [...] dass man sagt, eine Rehempfehlung tritt das in Gang und löst das aus, dass der Bearbeitungsweg komplizierter und komplexer auch ist.“* KK\_34

Das Informationsdefizit zum Versicherten wird besonders dann deutlich, wenn die Kliniken erst nach Aufnahme und Eingangsdiagnostik der Versicherten feststellen, dass dieser nicht behandelt werden kann.

*„... also gibt nichts Schlimmeres, als wenn wir dann den Versicherten irgendwo hinschicken und da festgestellt wird, bei der Eingangsuntersuchung, ‚Das kriegen wir hier nicht hin‘.“* KK\_24

*„... wir kriegen die Rückmeldung von den Kliniken, nach dem Motto: ‚Wir haben ihn [den Versicherten – Anm. d. Verf.] aufgenommen, aber geht gar nicht und wir schicken ihn wieder nach Hause.‘“* KK\_31

Die zwei übrigen identifizierten verfahrensseitigen Einflussfaktoren basieren auf Eindrücken einzelner Interviewter. So können demnach auch **wahrgenommene Verfahrensrestriktionen** die Realisierung einer Rehabilitationsempfehlung negativ beeinflussen. Ein\*e Interviewte\*r einer Krankenkasse gab z.B. an, dass Rehabilitationsempfehlungen nicht ohne medizinische Begründung abgewandelt werden dürfen. Demgegenüber berichtet die Mehrheit der Krankenkassen, dies in unterschiedlicher Form zu tun.

*„Es ist auch so, dass die Versicherten manchmal wünschen, wenn sie erfahren, was hinter einer geriatrischen Rehabilitation steckt, dass dann nochmal kommt ‚Das ist nicht das, was sie sich vorgestellt haben, das ist nicht das, was sie unter einer Rehabilitation verstehen und das ist auch nicht das, was der Medizinische Dienst bei der Begutachtung erzählt hat‘, dass wir auf Wunsch das nicht ändern können, weil wir sind da schon an die Entscheidung des Medizinischen Dienstes gebunden und nur aufgrund neuer medizinischer Aspekte oder Veränderungen können wir hier auch eine Änderung der Leistung vornehmen.“* KK\_32

*„Also, wir ändern auch ganz oft das Ganze ab [betrifft die empfohlene Leistung zur medizinischen Rehabilitation laut Formulatgutachten 7.3.3 – Anm. d. Verf.]. Also, das Problem ist halt, ich sag jetzt mal einfach ein Beispiel: Wenn man jetzt z.B. eine ambulante Rehabilitation empfohlen bekommt und die soll geriatrisch sein. Dann haben wir in dem Raum hier, wo wir sind, also hier im Raum <westdeutsche Großstadt> usw. und Umgebung, haben wir keine Klinik, die ambulant geriatrisch beispielsweise anbietet.“* KK\_27

Zudem wurde vermutet, dass **Schnittstellenverluste bei der Übermittlung der Rehabilitationsempfehlung** dazu führen können, dass eine ausgesprochene Rehabilitationsempfehlung nicht in einer Rehabilitation mündet. Sowohl aus Perspektive der Krankenkassen als auch des Medizinischen Dienstes wurden dafür Indizien benannt.

*„...wir bekommen ganz oft zu hören ‚Na die Kasse hat mich nie angerufen, ich habe nie eine Rückfrage von der Kasse bekommen‘.“* MD\_04

*„...das Problem ist, ich glaube, da sind natürlich verschiedene Krankenkassen auch an ihre Software gebunden, weil ich kann sagen, wir haben es automatisiert so eingestellt, dass ich sofort die Info kriege, wenn sie auch in der Pflegeversicherung vorliegt. [...] ich bekomme ein pdf-Dokument und eine Aufgabe kriegt ein Mitarbeiter in seine persönliche Inbox, wo das direkt steht. Ohne Zeitversatz zur Pflegeversicherung. Und das ist, glaube ich, ein wesentlicher Unterschied, wo ich mir vorstellen kann, dass das in Kassen, die anders arbeiten da doch ein bisschen Schwund unterwegs passiert.“* KK\_19

## 5.6 Ergebnissynthese zu den Forschungsfragen

Im vorangegangenen Kapitel wurde die Vielzahl an identifizierten Einflussfaktoren, die auf eine Antragsauslösung und die Inanspruchnahme einer bewilligten Rehabilitationsleistung wirken können,

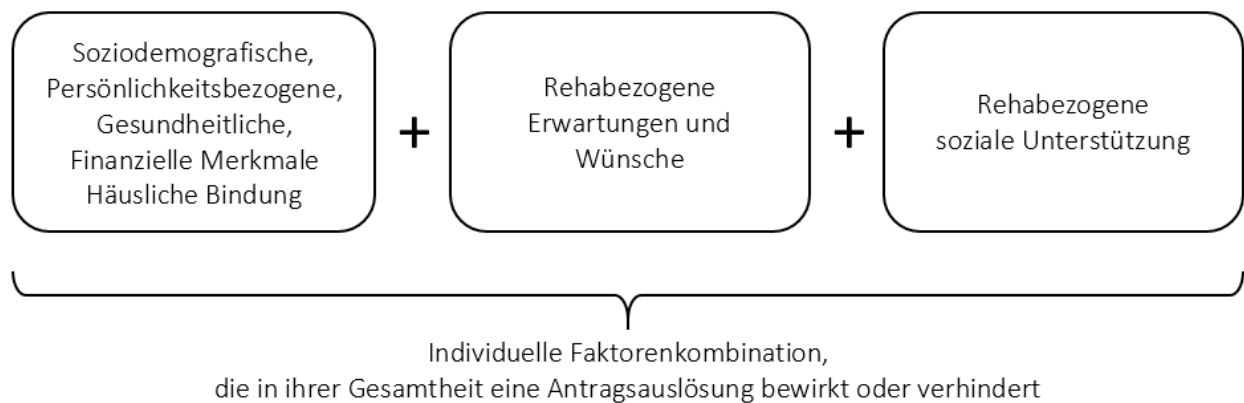
aufgezeigt. Jedoch muss berücksichtigt werden, dass es sich bei der Auflistung um isoliert dargestellte Faktoren handelt, die in der Realität oftmals ineinandergreifen und sich gegenseitig bedingen. Obwohl nicht ein isolierter Wirkzeitpunkt der Einflussgrößen bestimmt werden kann, lassen sich für die Beantwortung der beiden Forschungsfragen bestimmte Einzelfaktoren bzw. Faktorenkonstellationen ausmachen, die vorwiegend die Antragsauslösung (Forschungsfrage 1) bzw. die Rehabilitationsinanspruchnahme (Forschungsfrage 2) beeinflussen. Im Folgenden werden zu den zwei leitenden Forschungsfragen die Ergebnisse zusammengefasst.

### **5.6.1 *Forschungsfrage 1: Einflussfaktoren auf die Antragsauslösung zur medizinischen Rehabilitation nach Rehabilitationsempfehlung aus der Pflegebegutachtung***

Die erste Forschungsfrage fragt danach, welche Einflussfaktoren eine Antragsauslösung zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Pflegebegutachtung auslösen können. Eine solche Antragsauslösung setzt in der Regel eine konkrete Rehabilitationsbereitschaft der Versicherten oder zumindest eine positive Grundhaltung gegenüber der Rehabilitationsinanspruchnahme voraus. Auf die bewusste Entscheidung für oder gegen eine Antragsauslösung können (bis auf die Sonderkategorie „Nicht-intendierte Antragsstellung durch Versicherte“) alle identifizierten **versichertenseitigen** Einflussfaktoren (s. Tabelle 4) wirken. Aus den Interviews wurde deutlich, dass soziodemografische, persönlichkeitsbezogene, gesundheitliche und finanzielle Aspekte sowie die häusliche Bindung eng mit einander verwoben sind und die besondere Charakteristik der Zielgruppe verdeutlichen. So wirken diese Einflussfaktoren nicht isoliert nebeneinander, sondern in einem komplexen Zusammenspiel, in dem sich förderliche und hemmende Einflüsse sowohl überlagern und verstärken als auch abmildern oder aufheben können. So scheint bspw. bei einer von vornherein negativ wirkenden Ausgangskonstellation (z.B. höheres Alter, ausgeprägte Krankenhausbiografie, eher verschlossene, wenig kontaktfreudige Persönlichkeit) entscheidend, wie stark die Bindung an das häusliche Umfeld und die rehabilitationsbezogene soziale Unterstützung ausgeprägt sind und auf welche Weise rehabilitationsbezogene Erwartungen und Wünsche der Versicherten wirken. Hieraus ergibt sich eine jeweils individuelle Faktorenkonstellation, die in ihrer Gesamtheit eine Antragsauslösung bewirkt bzw. verhindert (Abbildung 3).

Einzelne Einflussfaktoren (z.B. Angst vor direkten/indirekten Sanktionen; Unterstützung durch das Umfeld; soziale Erwünschtheit) können nach Ansicht der Interviewten aber auch vorübergehend förderlich wirken, so dass Anträge ausgelöst werden, ohne dass eine ausgeprägte Rehabilitationsbereitschaft beim Versicherten vorliegt.





**Abbildung 3. Versichertenseitige Einflussfaktoren auf die Auslösung eines Antrages auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 14 SGB IX i.V.m. § 31 Abs. 3 SGB XI**

Neben diesen versichertenseitigen Einflussfaktoren lässt sich aus den Ergebnissen auf weitere, verfahrensseitige Faktoren schließen, die eine Antragsauslösung beeinflussen können. Zum einen kommt es darauf an, wie vollständig relevante Informationen zu den Versicherten (z.B. Lebensumstände, rehabilitationsbezogene Präferenzen) an nachfolgende Prozessakteur\*innen weitergegeben werden bzw. inwiefern es zu Informationsverlusten an den Schnittstellen kommt. Zum anderen spielt hierbei das Ausmaß, in dem die Versicherten in die Entstehung der Rehabilitationsempfehlung und den weiteren Prozess aktiv eingebunden sind, eine ganz entscheidende Rolle. So ist es für die Akzeptanz medizinischer Entscheidungen und folglich für die Adhärenz wesentlich, inwieweit die Versicherten partnerschaftlich in einem gemeinsamen Entscheidungsprozess (Shared Decision Making [22, 23]) involviert sind, an dessen Ende sie eine „informierte Entscheidung“ treffen können, oder inwieweit dieser Entscheidungsprozess für die Versicherten oder „über deren Kopf hinweg“ getroffen wurde. Um eine informierte Entscheidung für sich treffen zu können, müssen die Versicherten ausreichend gut über die Rehabilitationsleistungen, wie auch über Verantwortlichkeiten und Prozessabläufe informiert sein. Dies scheint nach vorliegenden Ergebnissen beim Rehabilitationszugang über die Pflegebegutachtung in vielen Fällen nicht gegeben zu sein. Darüber hinaus bedeutet Beteiligung am Prozess auch, dass versichertenseitige Einstellungen und Präferenzen berücksichtigt werden und sich letztlich auch in der Rehabilitationsempfehlung wiederfinden. Des Weiteren ist es für eine adäquate Information der Versicherten wichtig, zu welchem Zeitpunkt im Prozess eine erste rehabilitationsbezogene Beratung erfolgt. Im aktuellen Standardprozess sind die Krankenkassen, als eigentliche Experten zum Thema Rehabilitation, in der Regel nicht in die Phase bis zur Antragsauslösung und somit nicht in die Entscheidungsfindung der Versicherten involviert. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass ein Teil der Versicherten die Entscheidung zur Antragsauslösung auf Grundlage unzureichender Informationen und/oder teilweise unrealistischer Vorstellungen und Erwartungen trifft.

### **5.6.2 Forschungsfrage 2: Einflussfaktoren auf die Rehabilitationsinanspruchnahme bei Bewilligung einer Rehabilitationsleistung**

Die zweite Forschungsfrage fragte nach den Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme einer bewilligten Rehabilitationsleistung aus dem Zugangsverfahren der Pflegebegutachtung. Diese Forschungsfrage schließt prozesschronologisch an die erste Forschungsfrage an. Es kann davon ausgegangen werden, dass bei Versicherten, die eine Willensbekundung zur

Rehabilitationsinanspruchnahme abgegeben haben (Einwilligungserklärung), die in Kapitel 5.4.1 beschriebenen positiv wirkenden Faktoren zum Zeitpunkt der Antragsauslösung überwiegen. Somit bezieht sich die zweite Forschungsfrage auf eine vermutlich bereits mehr oder weniger stark selektierte Personengruppe, die eine Antragsauslösung (in den überwiegenden Fällen) bewusst intendiert hat und zu diesem Zeitpunkt eine grundlegende Bereitschaft zur Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsleistung vorlag. Im Fokus der zweiten Forschungsfrage stehen daher vor allem Gründe und Faktoren, die eine Veränderung der vermeintlich bestehenden, positiven Einstellung zur Inanspruchnahme der Rehabilitationsleistung herbeiführen.

Der Großteil der interviewten Krankenkassen tritt bei vorgesehenen Leistungen, für die formale Voraussetzungen erfüllt sind, vorab mit den Versicherten in Kontakt, um die möglichen Rahmenbedingungen gemeinsam abzustimmen. Wird im Folgendem von Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme einer bewilligten Leistung gesprochen, schließt das auch die vorgesehenen Leistungen ein, zu denen die Versicherten erst einmal telefonisch in Kenntnis gesetzt werden und bereits zu diesem Zeitpunkt Gründe und Motive angeben, die vorgeschlagene Leistung nicht antreten zu wollen.

Häufig führe nach Aussagen der Interviewten eine Veränderung des Gesundheitszustands nach der Antragsauslösung dazu, dass eine bewilligte Rehabilitationsleistung nicht angetreten wird. Dabei werden insbesondere Akutereignisse und (un-)geplante Krankenhausaufenthalte benannt. Eine solche Veränderung des Gesundheitszustandes kann durchaus auch den\*die Partner\*in der\*des Versicherten betreffen. Ein weiterer zentraler Grund für die Änderung der Rehabilitationsbereitschaft nach Antragsauslösung ergibt sich aus Diskrepanzen zwischen der von Versicherten oder deren Angehörigen erwarteten/gewünschten und der seitens der Krankenkassen angebotenen Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Durch die späte Überführung der allgemeingehaltenen Rehabilitationsempfehlung in ein spezifisches Leistungsangebot werden die Versicherten mit konkreten Rahmenbedingungen z.B. Zeitraum, Klinikort, organisatorische Modalitäten ihrer Rehabilitationsteilnahme konfrontiert. Dabei können Diskrepanzen zwischen konkreten rehabilitationsbezogenen Wünschen und dem vorgeschlagenen Leistungsangebot entstehen.

Aus den Interviews wird deutlich, dass die Versicherten eine Rehabilitation häufig nicht in Anspruch nehmen, wenn die Erwartungen oder Wünsche nicht erfüllt werden. Wird ersichtlich, welche konkrete Rehabilitationsklinik oder Rehabilitationsform zur Verfügung steht, beginnt der Abwägungsprozess vor dem Hintergrund der in Forschungsfrage 1 berichteten Einflussfaktoren erneut. Dies betrifft einerseits die Einflussfaktoren der „Häuslichen Bindung“, wenn z.B. trotz erwarteter ambulanter Rehabilitation eine stationäre Leistung angeboten wird und zu diesem Zeitpunkt ersichtlich wird, dass häusliche Verpflichtungen (z.B. Versorgung der/der Partner\*in) für die Zeit der Rehabilitation nicht selbst übernommen werden können. Andererseits sind es die konkreten rehabilitationspezifischen Erwartungen und Wünsche, die der eigentlichen Antragsauslösung zu Grunde lagen: So können bestimmte Kliniken, Angebotsformen oder erst zu diesem Zeitpunkt erläuterte rehabilitative Inhalte Einfluss darauf nehmen, dass z.B. spezielle rehabilitationsbezogene Ängste entstehen. Hierbei kann wiederum die eigene Vorerfahrung mit Rehabilitation oder das soziale Umfeld entscheidend auf die Versichertenbereitschaft zur Inanspruchnahme sowohl positiv als auch negativ wirken. Das breite Spektrum an unterschiedlichen

Erfahrungsberichten der Krankenkassenmitarbeiter\*innen legt nahe, dass wie bereits zur Antragsauslösung auch zu diesem Zeitpunkt ganz individuelle Einflussfaktoren gemeinsam (Vgl. Forschungsfrage 1) auftreten.

Es besteht für die Krankenkassen generell die Möglichkeit, solche Diskrepanzen aufzulösen, z.B. indem andere Kliniken gesucht oder auch die Mitnahmemöglichkeit des\*der Partner\*in geprüft werden und somit versucht wird, die versichertenseitigen Bedingungen zu erfüllen. Jedoch berichten die Interviewteilnehmenden, dass die Versicherten häufig auch entsprechenden Alternativen ablehnend gegenüberstehen. Auch führen die verfahrensseitigen Faktoren der mangelnden, ausgelasteten oder pflegerisch unzureichend ausgestatteten Rehabilitationskliniken an dieser Stelle dazu, dass den Krankenkassen nur wenig Alternativangebote zur Verfügung stehen. Die Suche nach passenden Rehabilitationskliniken bzw. im weiteren Verlauf das Finden entsprechender Alternativkliniken verlängert den Bearbeitungsprozess nicht selten deutlich. Dies kann laut Aussagen der Interviewten dazu beitragen, dass wiederum versichertenseitige Einflussfaktoren (z.B. Veränderung des Gesundheitszustands) zum Tragen kommen, die einer Inanspruchnahme der Rehabilitationsleistung entgegenstehen.

Eine mangelnde Rehabilitationsbereitschaft, die bereits während der Antragsauslösung wahrgenommen wurde, kann ebenfalls dazu beitragen, dass die Rehabilitation nicht angetreten wird. Demnach erfolgt die Antragsauslösung aufgrund einer eher temporär positiven Rehabilitationshaltung oder auch aufgrund gänzlich anderer Gründe (u.a. finanzielle Aspekte, soziale Erwünschtheit, durch Dritten intendiert), welche häufig erst im Bearbeitungsprozess durch die Krankenkassen ersichtlich werden. Erfolgte die Antragsauslösung ohne klare Rehabilitationsintention der Versicherten, wird eine bewilligte bzw. zur Bewilligung vorgesehene Leistung in der Regel abgelehnt.

## **6 Ergebnisdiskussion**

---

### **6.1 Einordnung der Ergebnisse in den aktuellen Forschungsstand**

Auf Basis der geführten Interviews konnte eine Vielzahl möglicher Barrieren und Förderfaktoren identifiziert werden, die eine versichertenseitige Inanspruchnahme von Rehabilitationsempfehlungen auf unterschiedliche Weise beeinflussen können. Die gewonnenen Ergebnisse decken sich im Wesentlichen mit den in der Fachliteratur vermuteten Einflussfaktoren bzw. mit den Befunden der wenigen Studien zu diesem spezifischen Rehabilitationszugang.

So benannten die Interviewten das Alter und den Funktionsstatus der Versicherten als Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme einer Leistung zur medizinische Rehabilitation. Beide Aspekte zeigten auch als relevante Einflussgrößen in einer Befragung von älteren, pflegebedürftigen Personen zur Rehabilitationsbereitschaft [11] sowie in einer Analyse zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen im höherem Alter [12]. Die Interviewaussagen legen zudem eine spezifische Charakteristik der Zielgruppe nahe, die sich u.a. in einer starken Bindung an die eigene Häuslichkeit zeigt. Dieser Aspekt offenbarte sich auch in einer qualitativen Befragung von Sefcik und Kolleg\*innen zu Ablehnungsgründen älterer Personen gegenüber postakuten Versorgungsangeboten [13].

Demnach wurde die ausgeprägte Präferenz zum Verbleib in der Häuslichkeit als Grund identifiziert, warum bestimmte Versorgungsangebote nicht wahrgenommen werden. Eine zielgruppenabhängige gesundheitliche Resignation, wie bei Janßen und Kolleg\*innen beobachtet [11], und eine beschriebene geringe Offenheit gegenüber der Rehabilitation [14] findet sich in den identifizierten versichertenseitigen Erwartungen an eine Rehabilitation (u.a. im geringen wahrgenommenen Nutzen) wieder. Ebenfalls beschreiben die Interviewten, dass die Zufriedenheit mit der eigenen Versorgungssituation sowie die Erfahrungen mit Rehabilitationsleistungen die Rehabilitationsbereitschaft der Versicherten beeinflussen können. Beide Aspekte decken sich mit den Befragungsergebnissen der Studien von Janßen und Kolleg\*innen [11] sowie Sefcik und Kolleg\*innen [13]. Der von Rothgang und Kolleg\*innen im Forschungsprojekt Reha XI [3] vermutete mangelnde Kenntnisstand zur rehabilitationsbezogenen Bedarfsprüfung während der Pflegebegutachtung sowie die Konkurrenzwahrnehmung zwischen pflegerischen und rehabilitativen Leistungen bei den Versicherten lassen sich durch die gewonnenen Erkenntnisse bekräftigen. Vor allem letzterer Aspekt wird anhand der geschilderten Eindrücke und Erfahrungen bezüglich finanzieller Interessen der Versicherten bzw. deren Angehöriger durch alle befragten Akteur\*innengruppen bestätigt. Einzelne Rückmeldungen von Krankenkassenmitarbeiter\*innen zur erlebten Zusammenarbeit mit den Hausärzt\*innen der Versicherten stützen die Vermutung von Rothgang und Kolleg\*innen, wonach auch auf dieser Ebene Konfliktpotentiale existieren können [3]. Die Ergebnisse untermauern zudem die vermuteten negativen Auswirkungen der unzureichenden ambulanten Rehabilitationsangebote [14, 15] auf die Inanspruchnahme. So wirkt sich die rehabilitative Versorgungssituation auf die kassenseitigen Umsetzungsmöglichkeiten konkreter Allokationsempfehlungen aus und berührt dabei unmittelbar die Realisierung des häufig im Vordergrund stehenden Versichertenwunsches nach einer wohnortnahen Erbringung der Rehabilitationsleistung. Insgesamt finden sich nur vereinzelt gegensätzliche Befunde bezüglich des bisherigen Forschungsstandes. Die in der Studie von Janßen und Kolleg\*innen [11] beobachtete größere Rehabilitationsinanspruchnahme durch pflegebedürftige Männer kann anhand der vorliegenden Daten nicht bestätigt werden. Vielmehr schilderten einige Interviewte die Erfahrung, dass Frauen einer medizinischen Rehabilitationsleistung generell offener gegenüberstünden. Auch für den vermuteten kassenseitigen restriktiven und wirtschaftlich-orientierten Umgang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei älteren Personen [16] finden sich in dieser Studie keine Anhaltspunkte.

Die durch die Interviewteilnehmer\*innen beschriebene wichtige Rolle der Angehörigen für den Zugang pflegebedürftiger Personen zur medizinischen Rehabilitation wurde in der Literatur in dieser Form bislang noch nicht beschrieben. Neben praktischen Unterstützungsleistungen (u.a. Kommunikations- und Organisationsverantwortung) scheinen vor allem die Motive und Interessenlagen der Angehörigen die Versichertenhaltung zur empfohlenen Rehabilitation wesentlich zu beeinflussen. Auch spezifische rehabilitationsbezogene Erwartungen, Kenntnisse, Ängste oder Wünsche der Versicherten sowie Persönlichkeitsmerkmale wurden in der Fachliteratur als Einflussfaktoren der Inanspruchnahme empfohlener Rehabilitationen bislang kaum diskutiert.

Als verfahrensseitige Einflussfaktoren, die von außen auf das Verfahren wirken, wurden die Klinikauslastung und das klinikseitige Ablehnungsverhalten bei Pflegebedürftigkeit nach unserer Kenntnis erstmals explizit identifiziert. Diese Faktoren können auch Zugangsprobleme in Regionen mit adäquaten Klinikzahlen begünstigen. Als weiterer verfahrensinterner Einflussfaktor offenbarte

sich die Verfügbarkeit von medizinischen Informationen zu den Versicherten im Verfahrensverlauf, der bisher in der Literatur noch nicht thematisiert wurde. Aufgrund verschiedener Barrieren wird die Verfügbarkeit häufig als unzureichend dargestellt und wirkt sich daher negativ im Verfahren aus.

## 6.2 Ableitung von Empfehlungen

Auf Basis der Ergebnisse des Forschungsprojekts lassen sich mögliche Ansatzpunkte zur Verbesserung bestehender Prozesse innerhalb der Begutachtung und Kommunikation zwischen den Akteur\*innengruppen sowie zwischen Pflege- oder Krankenkassen und Versicherten ableiten. Diese werden im Folgenden nach zeitpunktbezogenen und verfahrensübergreifenden Empfehlungen eingeteilt. Alle Aspekte sind als Empfehlungen zu verstehen, die sowohl den einzelnen Prozessakteur\*innen als auch die Institutionsebenen adressieren. Hierbei ist zu betonen, dass einer Empfehlung nicht zwingend ein Defizit – im Sinne einer „schlechten“ Prozessqualität – zu Grunde liegt, sondern auch Forschungsergebnisse zu förderlichen Faktoren im Sinne eines Gute Praxis-Verfahrens der beteiligten Institutionen. Die Empfehlungen dienen somit als Grundlage für eine Reflexion und Bewertung eigener Verfahrensabläufe sowie als Impuls für potenzielle qualitätsverbessernde Anpassungen.

### 6.2.1 Empfehlungen – Medizinische Dienste

(1) In den Interviews wurde berichtet, dass Versicherte in der Begutachtungssituation überrascht, teilweise auch überfordert auf die Prüfung einer Rehabilitationsindikation reagieren. Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass die bisherigen Informationswege zu Rehabilitationsinhalten im Rahmen der Pflegebegutachtung (bisher als MDK-Flyer/Onlinepräsentation, Aufforderung zur Bereitstellung von Unterlagen) nicht ausreichen, um der überwiegend älteren Zielgruppe den Zweck der Prüfung einer Rehabilitationsindikation und den Nutzen einer Rehabilitationsmaßnahme zu verdeutlichen. Daher wird empfohlen, die jetzige Praxis zur Vorabinformation der Medizinischen Dienste (ggf. auch der Pflegekassen) an die Versicherten zur Prüfung einer Rehabilitationsindikation im Rahmen der Pflegebegutachtung kritisch zu analysieren.

(2) Aufgrund der berichteten versichertenseitigen Unklarheiten, falschen Annahmen und Ängste zu direkten und indirekten Folgen einer festgestellten Rehabilitationsindikation sollten Versicherte während der Pflegebegutachtung darüber informiert werden, dass es sich bei der empfohlenen Rehabilitation um eine freiwillige und zusätzliche Leistungsoption handelt, die keinen unmittelbaren Einfluss auf die Pflegebegutachtung (weitere Begutachtungssituation/Bewertung, Meinung des\*r Gutachter\*in, Ergebnis zum Pflegegrad etc.) hat. Wird in der Begutachtungssituation der Hinweis zur möglichen Wiederholungsbegutachtung nach Rehabilitationsinanspruchnahme gegeben, sollten Gutachter\*innen dies entsprechend sensibel kommunizieren, da eine Verknüpfung beider Sachverhalte die Angst vor einer Leistungskürzung infolge einer erfolgreichen Rehabilitation bei den Versicherten bzw. Angehörigen schüren kann.

(3) Um die wahrgenommenen unrealistischen Vorstellungen zu Rehabilitationszielen auf Seiten der Versicherten auszuräumen, sollten Gutachter\*innen die Ziele möglichst konkret und individuell dem\*der jeweiligen Versicherten angepasst formulieren. In diesem Zusammenhang sollte Funktionsverbesserung im Interesse der Versicherten betont werden, an der sich der weitere Unterstützungsbedarf orientiert. Gerade gegenüber Versicherten mit einem höheren Pflegegrad

sollten Rehabilitationsziele niedrigschwellig und alltagsnah erklärt werden, um sie für die Versicherten anschaulich und greifbar zu machen (z.B. möglichst lange in der aktuellen Pflegesituation/Häuslichkeit verbleiben zu können, selbständig eine Wasserflasche öffnen zu können, Kartoffeln schälen zu können, allein auf Toilette gehen zu können etc.). Für jüngere Versicherte bzw. für Versicherte mit Pflegegrad 1 oder 2 könnte es wichtig sein, bei der Formulierung von Rehabilitationszielen und dem vielfach negativ besetzten Begriff „geriatrischer“ Rehabilitation angemessene und ggf. korrigierende Erläuterungen zu geben, damit sich diese Personengruppe auch mit den entsprechenden Leistungen identifizieren kann und sie nicht pauschal ablehnt.

(4) Aufgrund zu erwartender Unterschiede bezüglich der Verfahrensabläufe bei unterschiedlichen Pflege-/Krankenkassen sollten die Gutachter\*innen Versicherte darüber informieren, dass der weitere organisatorische Ablauf zu den Rehabilitationsempfehlungen abhängig von der jeweiligen Pflege- und Krankenkasse ist und diese sich möglicherweise schriftlich oder telefonisch melden wird, um die generelle Bereitschaft/Zustimmung zur Rehabilitation nochmals abzufragen.

(5) Möglichst frühzeitig sollten die Versicherten informiert werden, dass eine nachträgliche Änderung der konkret empfohlenen Allokationsform im weiteren Bearbeitungsprozess möglich ist bzw. mitunter notwendig wird. Weiterhin sollten Gutachter\*innen die Versicherten darauf hinweisen, dass die Rehabilitationsform (Allokation) auf Basis der gutachterlichen Befunde und einer ärztlichen Beurteilung empfohlen sowie nach Möglichkeit entsprechend dem Wunsch- und Wahlrecht gemäß § 8 SGB IX umgesetzt wird. Es sollte darüber informiert werden, dass auch die Krankenkassen auf Basis der verfügbaren Rehabilitationseinrichtungen und deren Auslastung ggf. auch eine Änderung der zuvor empfohlenen Form vorschlagen.

(6) In den Interviews hat sich gezeigt, dass sowohl Gutachter\*innen der Medizinischen Dienste als auch Krankenkassenmitarbeiter\*innen eine Nicht-Berücksichtigung der Versorgungsstrukturen als wenig zielführend erachten. Es sollte Gutacht\*innen daher freigestellt werden, inwieweit sie auf Basis ihres Kenntnisstands die Versorgungsstrukturen im Umfeld von Versicherten bei ihrer Allokationsempfehlung berücksichtigen. Wenn Gutachter\*innen Angebote sinnvoll erscheinen, die im Bundesland/im Einzugsbereich nicht verfügbar sind, sollten neben der „realistischen“ Empfehlung verfügbarer Angebote auch die davon unabhängig am geeignetsten erscheinenden Angebote konsequent dokumentiert werden (Bestandteil einer Bedarfserhebung rehabilitativer Angebote).

(7) Es wäre empfehlenswert, wenn die Gutachter\*innen klar geäußerte rehabilitationsbezogene Wünsche der Versicherten dokumentieren und in geeigneter Form in das Gutachten aufnehmen, um eine effektivere Bearbeitung durch alle nachfolgenden Akteur\*innen zu ermöglichen. Im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung könnte dann z.B. die Pflegekasse die spezifischen Wünsche in der schriftlichen Abfrage zur Antragsauslösung ergänzen, auch um den Versicherten zu vermitteln, dass sie am Prozess beteiligt sind. Auch die Krankenkasse erhält dann für die weiteren Bearbeitungsschritte bereits frühzeitig wichtige Hinweise zu den versichertenseitigen Wünschen.

(8) Aufgrund von einzelnen Hinweisen zu uneinheitlichen Formulargutachten bzw. Ausfüllpraktiken sollte bei allen Medizinischen Diensten die Standardisierung der Anwendung überprüft werden, insbesondere hinsichtlich der Dokumentation der Beratung zur Umsetzung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

### **6.2.2 Empfehlungen – Pflegekassen**

(9) Die Pflegekassen sollten hinsichtlich der MDK-Vorgaben zur Erstellung der Rehabilitationsempfehlungen sowie der Ausfüllpraxis sensibilisiert werden. Zu beachten sind insbesondere die weiteren Empfehlungen und Hinweise bzgl. einer ggf. erforderlichen Beratung zur Umsetzung der empfohlenen Leistung zur medizinischen Rehabilitation (Punkte 7.3.3 und 8.8 des Formulargutachtens).

(10) Mit der Zustimmung der Versicherten sollten behandelnde Ärzt\*innen der Versicherten aufgrund deren wahrgenommener Einflussmöglichkeiten grundsätzlich von der Pflegekasse eine Information zu einer ausgesprochenen Rehabilitationsempfehlung erhalten (inkl. der konkreten Inhalte), um die Versicherten proaktiv beraten zu können oder zu einem späteren Zeitpunkt (z.B. bei vorläufiger versichertenseitiger Ablehnung/Krankenhausbiografie etc.) eine Antragsstellung zu fördern oder zu initiieren.

(11) Der Umgang mit der Rehabilitationsempfehlung sollte innerhalb einer Kranken- und Pflegekasse unter allen am Prozess beteiligten Akteur\*innen abgestimmt sein, dies betrifft v.a. die Zuständigkeit für versichertenseitige Informationen und Rückfragen sowie die Art der Vermittlung der Versicherten zu den jeweiligen Ansprechpersonen (z.B. direkte Weiterleitung, Weitergabe der Telefonnummer, konkrete Vereinbarung eines Rückrufs, Nennung verfügbarer Zeiten der Ansprechperson etc.).

(12) Mit Blick auf die Besonderheiten der Zielgruppe sollte die Beratungsrolle der Pflegekassen diskutiert werden. Die in den Interviews wahrgenommene Praxis, wonach die Versicherten von den teilnehmenden Pflegekassen in der Regel eine einmalige, (vielfach knappe) schriftliche Aufforderung zur Einwilligung einer Antragsauslösung erhalten, legt nahe, dass versichertenseitige Informationsdefizite/Wünsche einer Antragsauslösung entgegenstehen könnten. Daher sollte bspw. in der Umsetzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI insbesondere geprüft werden, inwieweit in diesem Rahmen eine rehabilitationsspezifische Beratung fokussiert werden kann.

(13) Bei aktueller Ablehnung der empfohlenen Rehabilitation aufgrund temporär wirkender Gründe (z.B. keine Zeit, aktuell nicht in der Lage) bzw. ausbleibender Rückantwort ist es empfehlenswert, die Versicherten zu einem späteren Zeitpunkt wiederholt (bestenfalls persönlich) zu kontaktieren und über die Möglichkeit der späteren Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen.

(14) Es sollten vor dem Hintergrund der berichteten, häufig mehrfach notwendigen Kontaktschleifen mit den Versicherten im Zusammenhang mit der Einholung und Verwendung von Versicherteninformationen eruiert werden, welche datenschutzkonformen Möglichkeiten zu Vereinfachung einer Informationsnutzung und -verarbeitung zur Umsetzung von Rehabilitationsempfehlungen zur Verfügung stehen.

### **6.2.3 Empfehlungen – Krankenkassen**

(15) Sofern es noch keine Regelung zur Verbindlichkeit im Umgang mit den Rehabilitationsempfehlungen auf Ebene der Krankenkassen gibt, sollte die Relevanz der Rehabilitationsempfehlung als medizinisches Gutachten verdeutlicht werden. In diesem Zusammenhang sollten die Mitarbeiter\*innen zu bestehenden Regelungen (§ 40 SGB V) sensibilisiert

werden, ob, wann und welche Abweichungen bei der Umsetzung der Rehabilitationsempfehlung seitens der Krankenkassen möglich sind.

(16) Zur Reflexion der getroffenen Entscheidungen wurde seitens der Medizinischen Dienste wiederholt der Wunsch nach Rückmeldungen durch nachfolgende Prozessakteur\*innen geäußert. Es sollte diskutiert werden, inwieweit es seitens der Krankenkassen realisierbar ist, den vorgeschalteten Prozessakteur\*innen ein Feedback zu den Ergebnissen einer Rehabilitationsempfehlung (u.a. tatsächlich bewilligte Leistungen, Inanspruchnahmeverhalten ggf. geäußerte Ablehnungsgründe) möglichst individuell, sonst wenigstens in aggregierter Form mit qualitativen und quantitativen Informationen zu geben.

#### **6.2.4 Verfahrenübergreifende Empfehlungen**

(17) An vielen Stellen des Leistungsprozesses ist ein Informations- und Beratungsbedarf der Versicherten zu vermuten, welcher sich direkt und indirekt auf die Antragsauslösung sowie die Inanspruchnahme auswirkt. Es sollte klargestellt und konsentiert werden, welche Aufklärungs- und Beratungsverantwortung die unterschiedlichen Prozessakteur\*innen wahrzunehmen haben und an welchen Prozessabschnitten die Rehabilitationsbereitschaft der Versicherten aufzugreifen und ggf. mit geeigneten Mitteln zu stärken ist, einschließlich der Identifizierung und Gewichtung von Barrieren im Einzelfall. Dabei gilt es insbesondere eine rehabilitationsspezifische Beratung der Versicherten noch vor Antragsauslösung unter Berücksichtigung des individuellen Wunsch- und Wahlrechts sicherzustellen.

(18) Für eine ressourcenorientierte und zielgruppengerechte Information der Versicherten sowie zur Vermeidung einer (unbewussten) Verstärkung versichertenseitiger Bedenken oder Ängste sollten die Prozessakteur\*innen hinsichtlich der relevanten Einflussfaktoren der Rehabilitationsinanspruchnahme sowie der Bedeutung ihres eigenen Einflusses durch Beratungs- und Aufklärungstätigkeit sensibilisiert werden. Dies gilt v.a. bezüglich der engen Zusammenarbeit mit Angehörigen, Aktivierung von Unterstützungsressourcen, Problemkonstellation der Versicherten und entsprechenden Lösungsansätze.

(19) Durch alle Prozessakteur\*innen sollten Versicherte und Angehörige dahingehend sensibilisiert werden, dass der Erhalt von Teilhabemöglichkeiten, eine Verbesserung der Funktionsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit sowie das Anliegen, „...ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern...“ (§1 SGB IX) im Fokus stehen. Somit kann neben einer vorrangig anzustrebenden Verbesserung der Funktionsfähigkeit auch die Sicherung des gegenwärtigen Gesundheitszustands mit Vermeidung eines zunehmenden Pflegebedarfs ein wesentliches Rehabilitationsziel darstellen (u.a. Verzögerung weiterer Folgen/Verbleib in der Häuslichkeit).

(20) Durch alle Prozessakteur\*innen sollte im Rahmen der eigenen Möglichkeiten die Informationsvermittlung zum Thema Rehabilitation verbessert werden. Dies könnte über mehr Aufklärung, ergänzendes Infomaterial mit wenig Text und vielen Bildern (von den Kliniken, Therapieräumen, Peers, zielgruppenorientierte Klinikbilder), klare Informationen zum Ablauf, Veranschaulichung durch Erfahrungsberichte, Informationen über die Verfügbarkeit pflegerischer Hilfe etc. realisiert werden. Das Ziel sollte sein, möglichst viel von dem Fremdheitscharakter einer



medizinischen Rehabilitation zu nehmen und allen Stellen ein positives Rehabilitationsbild zu vermitteln. Für Versicherte und Angehörige sollten ggf. unterschiedliche, dem Adressatenkreis angepasste Vorgehensweisen gewählt werden.

(21) Es sollte diskutiert werden, inwieweit sich dem in der Zielgruppe negativ besetzten Wording „geriatrisch/Geriatrie“ bzw. dem negativen Image der Geriatrie begegnen lässt (z.B. durch frühzeitige, bessere Aufklärung über konkrete Inhalte, s. Punkt 20).

### 6.3 Methodenkritische Würdigung

Die vorliegende qualitative Untersuchung nähert sich dem Forschungsgegenstand explorativ und mit größtmöglicher Offenheit. Die Ergebnisse bilden das inhaltliche Spektrum der forschungsrelevanten Äußerungen der Interviewtenehmer\*innen ab, ohne die Inhaltskategorien dabei quantifizierend einzuordnen. Aus den dargestellten Ergebnissen lassen sich daher keine Aussagen zur (Auftretens)Häufigkeit und darauf basierenden praktischen Relevanz der einzelnen Aspekte ableiten. Die Ergebnisse dieser Untersuchung müssen zudem vor dem Hintergrund der folgenden **Limitationen** betrachtet werden:

Die Interviewtenehmer\*innen stellen keine repräsentative Stichprobe der Gesamtheit der untersuchten Prozessakteur\*innen dar. So wurden die Interviewtenehmenden zum einen in vorselektierten Institutionen rekrutiert. Diese mit der projektbegleitenden Arbeitsgruppe abgestimmte Vorauswahl einzuschließender Institutionen fand auf Grundlage struktureller Besonderheiten einzelner Regionen bzw. dort ansässiger Institutionen statt (z.B. Verzicht auf Regionen mit im Bundesvergleich geringer Anzahl ausgesprochener Rehabilitationsempfehlungen).

Darüber hinaus ist nicht bekannt, nach welchen Kriterien die einrichtungsinterne Gewinnung der Interviewtenehmer\*innen erfolgte. Zudem sind die einzelnen Interviewtenehmer\*innen zumeist an einem Regionalstandort tätig, so dass die Aussagen insbesondere zum Leistungsverfahren nicht ohne Weiteres auf die jeweilige Einrichtung inkl. aller Regionalstandorte übertragen werden können.

Die erhobenen Daten stellen die Fremdperspektive der Interviewten auf die Zielgruppe der Versicherten dar. Die geäußerten Sachverhalte, Eindrücke oder Vermutungen unterliegen daher immer auch der subjektiven Wahrnehmung und Interpretation der Interviewtenehmer\*innen, in die deren eigene Erfahrungen und Lebensumstände einfließen. Zum Teil stellten interviewte Prozessakteur\*innen während der Interviews selbst einen direkten Bezug zwischen den geschilderten Eindrücken hinsichtlich der Versichertenmotive und eigenen familiären Ereignissen her. Zudem haben die Interviewtenehmer\*innen in sehr unterschiedlichem Ausmaß direkten und/oder rehabilitationsbezogenen Versichertenkontakt. Einige Interviewtenehmer\*innen gaben an, sich in Vorbereitung des Gespräches bei Kolleg\*innen z.T. aus anderen Abteilungen zur interessierenden Thematik informiert zu haben (z.B. tauschten sich Mitarbeiter\*innen der Pflegekassen vorab mit Kolleg\*innen der Rehabilitationsabteilung in der zugehörigen Krankenkasse aus). Daher muss davon ausgegangen werden, dass geschilderte Sachverhalte teilweise nicht ausschließlich die eigene Perspektive der Interviewten, sondern auch die Meinung Dritter widerspiegeln („fremde Fremdperspektive“). Zudem lässt sich nicht ausschließen, dass versichertenbezogene Eindrücke der Interviewten zum Teil auf präsenten (problematischen)

Versicherten beruhen und andere, weniger einprägsame Versichertenkontakte in der Erinnerung/Reflektion untergingen.

Diesen Einschränkungen stehen folgende **Stärken** gegenüber:

Die Stichprobe weist eine starke Heterogenität hinsichtlich der Institutionszugehörigkeit, der Regionalität und der Berufserfahrung der Interviewteilnehmer\*innen auf. Der Einbezug verschiedener Akteur\*innengruppen erlaubt einen umfassenden Blick auf den Forschungsgegenstand, da die Expertenperspektive an verschiedenen Zeitpunkten des Leistungsprozesses abgeholt wird. Zudem liegt eine für qualitative Studien vergleichsweise große Stichprobe vor, so dass hinsichtlich aller forschungsrelevanter Themen eine theoretische Sättigung erreicht werden konnte.

Objektivität als klassisches Gütekriterium quantitativer Forschungsansätze wird auch in qualitativen Studien im Sinne einer Unabhängigkeit der Forschungsergebnisse von der Person des\*r Forschenden angestrebt. In vorliegender Untersuchung waren im gesamten Forschungsprozess zwei Forscher\*innen zu gleichen Anteilen involviert, die im Vorlauf der Interviews ihr Vorwissen und ihre Haltung zum Thema transparent offenlegten. Die Ergebnisse können insoweit als objektiv betrachtet werden, als dass sie die Synthese der Ergebnisse zweier unabhängiger Forscher\*innen darstellen.

## 7 Fazit

---

Im Rahmen dieses Forschungsprojektes konnten anhand der Erfahrungen und Ansichten unterschiedlicher Prozessakteur\*innen des Rehabilitationszugangs aus der Pflegebegutachtung potenzielle Einflussfaktoren auf die versichertenseitige Zustimmung zu einer Rehabilitationsempfehlung sowie die Inanspruchnahme daraus bewilligter Rehabilitationsleistungen identifiziert werden. Dabei wurden bekannte und in der Literatur zum Teil vermutete Einflussfaktoren weitgehend bestätigt sowie neue, bislang kaum diskutierte Aspekte des Inanspruchnahmeverhaltens der überwiegend älteren Zielgruppe deutlich. Ebenfalls ließen sich verfahrensseitige Einflussfaktoren aufzeigen, aus denen praxisorientierte Empfehlungen zur möglichen Reflexion und Bewertung der Verfahrensabläufe abgeleitet wurden. Hieraus ergeben sich Impulse für potenzielle qualitätsverbessernde Anpassungen, vor allem im Kontext von rehabilitationsbezogenen Beratungsaufgaben und Prozessen der Informationsweiterleitung.

Die gewonnenen Erkenntnisse aus dem Projekt sollten zudem als Impuls für weitere Forschungsansätze verstanden werden. Es ist zu empfehlen, dass die generierten Hypothesen zu den Motiven von Versicherten und deren Angehörigen unter direktem Einbezug dieser Zielgruppen validiert werden. Gleiches gilt für die besondere Position und Rollenfunktion behandelnder Ärzt\*innen der Versicherten. Die Ergebnisse liefern zudem Ansätze zur Prüfung der versicherten- und verfahrensseitigen Einflussfaktoren anhand von Routinedatenanalysen. Eine Quantifizierung der Bedeutsamkeit einzelner Einflussfaktoren und daraus resultierender Problemkonstellationen ist anzustreben.

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse auch die Komplexität dieses spezifischen Rehabilitationszugangs und den damit verbundenen Herausforderungen für die unterschiedlichen Prozessakteur\*innen. Versucht man aufgezeigte Sachverhalte zusammenhängend und mit Blick auf mögliche grundlegende Ursachen zu interpretieren, wird deutlich, dass auch die von außen auf das Verfahren wirkenden Faktoren einer dringenden Berücksichtigung bedürfen. Dies war kein zentraler Bestandteil des Forschungsauftrags. Dennoch bedarf es mit Blick auf den Projekthintergrund einer breiten Diskussion zur aktuellen und zukünftigen gesundheitspolitischen Ausrichtung der medizinischen Rehabilitation für pflegebedürftige Menschen, insbesondere zu den Versorgungsstrukturen und akteur\*innenbezogenen Anreizen.

## 8 Literaturverzeichnis

---

1. GKV-Spitzenverband. Leistungsbeschreibung zum Vergabeverfahren "Nachverfolgung von Rehabilitationsempfehlung im Rahmen der Pflegebegutachtung": Aktenzeichen beim GKV-Spitzenverband: SV 18-29; 2018.
2. MDS & GKV-Spitzenverband. Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. 2nd ed. Berlin, Essen; 2017. [https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/17-07-17\\_BRi\\_Pflege.pdf](https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/17-07-17_BRi_Pflege.pdf). Accessed 30 Sep 2019.
3. Rothgang H, Huter K, Kalwitzki T, Mundhenk R. Reha XI - Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung des MDK; Evaluation und Umsetzung: Kurzbericht; 2014. [http://www.socium.uni-bremen.de/lib/download.php?file=1e147ac5d4.pdf&filename=Reha\\_XI\\_Ergebnisse\\_Kurzbericht.pdf](http://www.socium.uni-bremen.de/lib/download.php?file=1e147ac5d4.pdf&filename=Reha_XI_Ergebnisse_Kurzbericht.pdf). Accessed 30 Sep 2019.
4. Kalwitzki T, Huter K, Runte R, Breuninger K, Janatzek S, Gronemeyer S, et al. Aus der Forschung ins Pflegestärkungsgesetz II: Das Projekt Reha XI zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs in der MDK-Pflegebegutachtung. *Gesundheitswesen*. 2017;79:e26-e38. doi:10.1055/s-0042-103745.
5. Bundesministerium für Gesundheit. Sechster Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland; 2016. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/6.Pflegebericht.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/6.Pflegebericht.pdf). Accessed 30 Sep 2019.
6. GKV-Spitzenverband. Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 18a Abs. 3 SGB XI über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten unabhängigen Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit Berichtsjahr 2018; 2019. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien\\_\\_vereinbarungen\\_\\_formulare/pflege\\_berichte/2018\\_5/190831\\_Pflege-Bericht\\_Reha-Empfehlungen\\_18a.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/pflege_berichte/2018_5/190831_Pflege-Bericht_Reha-Empfehlungen_18a.pdf). Accessed 16 Sep 2019.
7. GKV-Spitzenverband. Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 18a Abs. 3 SGB XI über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten unabhängigen Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit: Berichtsjahr 2015; 2016. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien\\_\\_vereinbarungen\\_\\_formulare/pflege\\_berichte/2015\\_3/2016\\_10\\_31\\_Bericht\\_18a-oAe.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/pflege_berichte/2015_3/2016_10_31_Bericht_18a-oAe.pdf). Accessed 30 Sep 2019.

8. GKV-Spitzenverband. Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 18a Abs. 3 SGB XI über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten unabhängigen Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit: Berichtsjahr 2016; 2017. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien\\_\\_vereinbarungen\\_\\_formulare/pflege\\_berichte/2016\\_3/2017\\_08\\_28\\_Bericht\\_\\_18a.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/pflege_berichte/2016_3/2017_08_28_Bericht__18a.pdf). Accessed 30 Sep 2019.
9. GKV-Spitzenverband. Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 18a Abs. 3 SGBXI über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten unabhängigen Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit: Berichtsjahr 2017; 2018. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien\\_\\_vereinbarungen\\_\\_formulare/pflege\\_berichte/2017\\_4/180831\\_Bericht\\_\\_18a\\_SGB\\_XI.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/pflege_berichte/2017_4/180831_Bericht__18a_SGB_XI.pdf). Accessed 30 Sep 2019.
10. Brzoska P, Garms-Homolová V, Razum O, Sieger V, Thielgen G. Übergreifende Aspekte zum Lebenslagenkonzept in der Rehabilitation. In: Rehabilitation. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2018. p. 261–276. doi:10.1007/978-3-662-54250-7\_24.
11. Janßen H. Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfs und Evaluation Mobiler Geriatrischer Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege: Abschlussbericht; 2018. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/Schlussbericht\\_MoGeRe\\_10.\\_Sept\\_2018.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Schlussbericht_MoGeRe_10._Sept_2018.pdf). Accessed 30 Sep 2019.
12. Szybalska A, Broczek K, Slusarczyk P, Kozdron E, Chudek J, Puzianowska-Kuznicka M, et al. Utilization of medical rehabilitation services among older Poles: results of the PolSenior study. *Eur Geriatr Med.* 2018;9:669–77. doi:10.1007/s41999-018-0077-8.
13. Sefcik JS, Ritter AZ, Flores EJ, Nock RH, Chase J-AD, Bradway C, et al. Why older adults may decline offers of post-acute care services: A qualitative descriptive study. *Geriatr Nurs.* 2017;38:238–43. doi:10.1016/j.gerinurse.2016.11.003.
14. Klie T. Kooperation und Integration: die Herausforderung Rehabilitation vor Pflege. In: Brandhorst A, Hildebrandt H, Luthé E-W, editors. Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2017. p. 263–283. doi:10.1007/978-3-658-13783-0\_13.
15. Bertelsmann Stiftung. Themenreport Pflege 2030. Was ist zu erwarten – Was ist zu tun? Gütersloh; 2012. [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP\\_Themenreport\\_Pflege\\_2030.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf). Accessed 30 Sep 2019.
16. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung ; Unterrichtung durch die Bundesregierung; 2016.

<https://www.bmfsfj.de/blob/120144/2a5de459ec4984cb2f83739785c908d6/7--altenbericht---bundestagsdrucksache-data.pdf>. Accessed 30 Sep 2019.

17. Strauss A, Corbin J. Grounded theory methodology: An overview. In: Handbook of qualitative research. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc; 1994. p. 273–285.
18. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 12th ed. Weinheim: Beltz; 2015.
19. Waldherr A, Wehden L-O, Stoltenberg D, Miltner P, Ostner S, Pfetsch B. Induktive Kategorienbildung in der Inhaltsanalyse: Kombination automatischer und manueller Verfahren 2019. doi:10.17169/fqs-20.1.3058.
20. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. Scand J Public Health. 2012;40:795–805. doi:10.1177/1403494812465030.
21. Herzberg PY, Roth M. Persönlichkeitspsychologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2014.
22. Spatz ES, Spertus JA. Shared decision making: a path toward improved patient-centered outcomes. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2012;5:e75-7. doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.112.969717.
23. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). Social Science & Medicine. 1997;44:681–92. doi:10.1016/S0277-9536(96)00221-3.

## 9 Anhang

---

Anlage I – Interviewleitfaden für Experteninterviews mit Gutachter\*innen

Anlage II – Interviewleitfaden für Experteninterviews mit Mitarbeiter\*innen der Pflegekassen

Anlage III – Interviewleitfaden für Experteninterviews mit Mitarbeiter\*innen der Krankenkassen

Anlage IV – Interviewleitfaden für Experteninterviews mit Pflegeberater\*innen

Anlage V – Datenschutzkonzept

Anlage VI – Akquisekonzept

## ANLAGE I

### Interviewleitfaden für Experteninterviews mit Gutachter\*innen

#### Kurze Vorstellung

- Mein Name ist ... und ich bin wissenschaftliche/r Mitarbeiter/-in an der Martin-Luther-Universität in Halle.
- Vielen Dank, dass Sie mir die Gelegenheit für dieses Interview geben.
- In unserem ersten Telefonat am [Zeitpunkt] haben wir Ihnen das Projekt kurz vorgestellt. Hintergrund ist, dass etwa jede zweite Rehabilitations-Empfehlung, die im Rahmen der Pflegebegutachtung ausgesprochen wird, in einen Antrag auf medizinische Rehabilitation mündet. Nicht jeder Antragsteller tritt dann die Rehabilitationsmaßnahme tatsächlich an.
- In unserem Interview möchte ich gerne erfahren, was aus Ihrer Sicht Einfluss darauf haben könnte, ob ein Versicherter eine empfohlene Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt.
- Das Interview wird ca. 45 Minuten in Anspruch nehmen. Ich zeichne unser Gespräch auf, werde es anschließend verschriftlichen und dann in anonymisierter Form mit anderen Interviews zusammen auswerten. So können keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden. Die Gesprächsaufzeichnung lösche ich, sobald das Interview verschriftlicht wurde.
- Haben Sie noch Fragen an mich bevor es losgeht?

Leitfragen	Aspekte für evtl. Nachfragen
Wenn sich im Rahmen der Begutachtungssituation beim Versicherten Hinweise für eine Reha-Indikation zeigen, wie gehen Sie mit dieser Information gegenüber dem Versicherten um?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Wie konkret thematisiert?</i></li> <li>• <i>Umgang mit Rückfragen, z.B. zum Reha-Flyer</i></li> </ul>
<p><i>Falls die Versicherten bereits während der Begutachtung über die Reha-Empfehlung informiert werden:</i></p> <p>Wie reagieren die Versicherten darauf?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verstehen des Versicherten/anderer Anwesender</i></li> <li>• <i>Konkrete Fragen der Versicherten</i></li> <li>• <i>Vorwissen/Vorerfahrungen</i></li> <li>• <i>Haltung des Versicherten</i></li> <li>• <i>Haltung anderer anwesender Personen</i></li> </ul>
<p>Welche konkreten Gründe äußern die Versicherten/andere Anwesende für ihre Haltung (z.B. Aufgeschlossenheit/Unsicherheit) zur Rehabilitation in der Begutachtungssituation?</p> <p>Welche darüber hinaus gehenden Gründe vermuten Sie für die Haltung der Versicherten (oder Anwesenden) zur Rehabilitation?</p>	<p><i>(häufig genannte)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Vorbehalte</i></li> <li>• <i>Ängste</i></li> <li>• <i>Unsicherheiten</i></li> </ul>



Leitfragen	Aspekte für evtl. Nachfragen
<p>Wie gehen Sie in der Begutachtungssituation damit um, wenn Versicherte beim Thema Rehabilitation Unsicherheiten äußern oder z.B. ganz offen ablehnen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Strategien</i></li> <li>• <i>Empfehlung weiterführender Beratungsbedarf: in welchen Situationen</i></li> </ul>
<p><i>Für pflegefachliche Gutachter*innen:</i>          Wenn ich die Richtlinien zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit richtig verstanden habe, dann entscheidet über eine Reha-Empfehlung am Ende immer ein ärztlicher Gutachter auf Basis Ihrer Begutachtungsergebnisse.</p> <p>Bei welchen Aspekten in der Erstellung von Reha-Empfehlungen ergeben sich von Ihrer Seite Rückfragen an die ärztlichen Gutachter?</p> <p>In wie weit treten die ärztlichen Gutachter mit Rückfragen an Sie heran, nachdem Sie Ihre Reha-Empfehlung weitergeleitet haben?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>häufige Inhalte, wenn weiterer Gesprächsbedarf</i></li> <li>• <i>Diskrepanzen zw. dem, was gegenüber Versicherten geäußert wurde und dem, was letztendlich entschieden wird</i></li> </ul>
<p>Bis ein Versicherter nach der Begutachtung eine Rehabilitation dann tatsächlich antreten kann, wird die Reha-Empfehlung noch von der Pflege- und Krankenkasse bearbeitet. Haben Sie Vermutungen oder Ideen, weshalb Versicherte zu einem späteren Zeitpunkt die Reha doch nicht antreten, auch wenn sie während der Begutachtung für eine Reha aufgeschlossen waren?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Zustimmung zur Reha-Empfehlung/Antragstellung</i></li> <li>• <i>Rehabilitationsantritt</i></li> </ul>
<p>Ich habe keine weiteren Fragen mehr. Habe ich vergessen etwas nachzufragen, was aus Ihrer Sicht noch wichtig zum Thema wäre?</p> <p>Dann möchte ich mich herzlich bei Ihnen für das Gespräch bedanken!</p>	

Gesprächsabschluss

- Hinweis auf die Bedeutung der erhaltenen Informationen, an denen der/die Interviewte mitgewirkt hat
- Information zur Verarbeitung der Daten und dem weiteren Projektverlauf

## ANLAGE II

### Interviewleitfaden für Experteninterviews mit Mitarbeiter/-innen der Pflegekassen

#### Kurze Vorstellung

- Mein Name ist ... und ich bin wissenschaftliche/r Mitarbeiter/-in an der Martin-Luther-Universität in Halle.
- Vielen Dank, dass Sie mir die Gelegenheit für dieses Interview geben.
- In unserem ersten Telefonat am [Zeitpunkt] haben wir Ihnen das Projekt kurz vorgestellt. Hintergrund ist, dass etwa jede zweite Reha-Empfehlung, die im Rahmen einer Pflegebegutachtung ausgesprochen wird, in einen Antrag auf medizinische Rehabilitation mündet. Nicht jeder Antragsteller tritt dann die Rehabilitationsmaßnahme tatsächlich an.
- Ich möchte von Ihnen gerne erfahren, was aus Ihrer Sicht Einfluss darauf haben könnte, ob ein Versicherter eine empfohlene Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt.
- Das Interview wird ca. 45 Minuten in Anspruch nehmen. Ich zeichne unser Gespräch auf, werde es anschließend verschriftlichen und dann in anonymisierter Form mit anderen Interviews zusammen auswerten. So können keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden. Die Gesprächsaufzeichnung lösche ich, sobald das Interview verschriftlicht wurde. Haben Sie noch Fragen an mich bevor es losgeht?

#### Überleitung zu den Leitfragen

- In unserem Gespräch möchte ich mit Ihnen darüber sprechen, was passiert, wenn Sie im Rahmen der Bearbeitung von Anträgen auf Leistungen der Pflegeversicherung vom MDK/SMD ein Gutachten mit Rehabilitationsempfehlung erhalten. Wenn ich richtig informiert bin, können sich die einzelnen Bearbeitungsschritte von Pflegekasse zu Pflegekasse zum Teil etwas unterscheiden.

Leitfragen	Aspekte für evtl. Nachfragen
Können Sie mir daher bitte kurz beschreiben, was alles zu tun ist, wenn sie bei der Bearbeitung von Anträgen auf Leistungen der Pflegeversicherung eine Rehabilitationsempfehlung vom MDK/SMD erhalten.	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>genereller Ablauf aus Perspektive des Interviewten</i></li><li>• <i>Mögliche weitere involvierte Personen (z.B. Berater/-innen)</i></li><li>• <i>Werden Inhalte der Reha-Empfehlungen in der weiteren Bearbeitung aufgegriffen?</i></li><li>• <i>falls Interviewpartner Teamleiter: Grad der Einbindung in einzelne Bearbeitungsschritte</i></li></ul>
<i>Falls Inhalte der Rehabilitationsempfehlungen berücksichtigt werden:</i> Wenn im Gutachten ein zusätzlicher Beratungsbedarf aufgrund von Unsicherheiten des Versicherten gegenüber einer Rehabilitation (durch den MDK/SMD-Gutachter angekreuzt) festgestellt wurde, was geschieht dann?	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Organisation der Beratung</i></li><li>• <i>Inhalte der Beratung</i></li></ul>
Wie werden die Versicherten von/bei Ihnen über eine Rehabilitationsempfehlung und die erforderliche Einwilligung informiert?	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Zeitpunkt der Information und Bezug zum Pflegebescheid</i></li></ul>

Leitfragen	Aspekte für evtl. Nachfragen
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Inhalte und Detaillierungsgrad der Information zur Rehabilitation</i></li> <li>• <i>Ggf. Einbindung/Umgang mit spezifischen Inhalten der Rehabilitationsempfehlung</i></li> <li>• <i>Vorhandene kassenspezifische Standards/Festlegungen</i></li> <li>• <i>Benannte Beratungsmöglichkeiten</i></li> </ul>
<p>In wie weit erhalten Sie von den Versicherten in der Regel Rückantworten oder Rückmeldung zur Rehabilitationsempfehlung bzw. zur Einwilligung?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Reaktionen der Versicherten</i></li> <li>• <i>Üblicher Umgang mit ausbleibender Rückantwort/Ablehnung (Standards)</i></li> </ul>
<p>In wie weit kommen sie mit Versicherten/Angehörigen die einen Antrag auf Pflegeleistungen gestellt haben, zu irgendeinem Zeitpunkt auch persönlich z.B. via Telefon in Kontakt?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Zu welchen Zeitpunkten</i></li> <li>• <i>typische Kontaktgründe</i></li> <li>• <i>Umgang mit spezifischen Rückfragen der Versicherten (z.B. Beratung oder Weiterleitung an beratende Mitarbeiter/-in)</i></li> </ul>
<p><i>Wenn ein direkter Versichertenkontakt berichtet wird und/oder Interviewte/r eine Beratungsfunktion hat:</i>  Wenn in diesen Versichertengesprächen das Thema Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bzw. die Rehabilitationsempfehlung zur Sprache kommt:  Welche Haltung(en)/Reaktionen nehmen Sie bei den Versicherten häufig wahr?  Welche konkreten Gründe benennen Versicherte hierbei?  Welche Gründe vermuten Sie darüber hinaus, warum Versicherte sich gegen eine Antragstellung entscheiden?  Wie gehen Sie mit Unsicherheit bzw. Ablehnung zur Einwilligung der empfohlenen Rehabilitation um?  Nicht alle Versicherten, die einer Reha-Antragstellung zugestimmt haben, nehmen diese Reha dann auch in Anspruch. Woran könnte es Ihrer Meinung nach liegen, dass eine bewilligte Rehabilitationsmaßnahme später dann doch nicht angetreten wird?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Wer thematisiert Reha und in welchen Detaillierungsgrad?</i></li> <li>• <i>Vorbehalte, Wünsche, Ängste Unsicherheiten des Antragstellers</i></li> <li>• <i>Einfluss/Wirkung des Gesprächs/der vermittelten Information auf Versicherten</i></li> </ul>
<p><i>Zusatz Teamleiter/-in:</i>  Mit welchen Fragen und Problemen zum Thema Rehabilitationsempfehlungen wenden sich Ihre Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus dem Team an Sie?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Strategien und Lösungswege</i></li> </ul>
<p>Ich habe keine weiteren Fragen mehr. Habe ich etwas vergessen, was aus Ihrer Sicht noch wichtig zum Thema wäre?  Dann möchte ich mich herzlich bei Ihnen für das Gespräch bedanken!</p>	

Gesprächsabschluss

- Hinweis auf die Bedeutung der erhaltenen Informationen und Perspektiven, an denen der/die Interviewte mitgewirkt hat
- Allgemeine Information zur Verarbeitung der Daten und dem weiteren Projektverlauf

### ANLAGE III

#### Interviewleitfaden für Experteninterviews mit Mitarbeiter/-innen der Krankenkassen

##### Kurze Vorstellung

- Mein Name ist ... und ich bin wissenschaftliche/r Mitarbeiter/-in an der Martin-Luther-Universität in Halle.
- Vielen Dank, dass Sie mir die Gelegenheit für dieses Interview geben.
- In unserem ersten Telefonat am [Zeitpunkt] haben wir Ihnen das Projekt kurz vorgestellt. Hintergrund ist, dass etwa jede zweite Reha-Empfehlung, die im Rahmen einer Pflegebegutachtung ausgesprochen wird, in einen Antrag auf medizinische Rehabilitation mündet. Nicht jeder Antragsteller tritt dann die Rehabilitationsmaßnahme tatsächlich an.
- Ich möchte von Ihnen gerne erfahren, was aus Ihrer Sicht Einfluss darauf haben könnte, ob ein Versicherter eine empfohlene Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt.
- Das Interview wird ca. 45 Minuten in Anspruch nehmen. Ich zeichne unser Gespräch auf, werde es anschließend verschriftlichen und dann in anonymisierter Form mit anderen Interviews zusammen auswerten. So können keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden. Die Gesprächsaufzeichnung lösche ich, sobald das Interview verschriftlicht wurde.
- Haben Sie noch Fragen an mich bevor es losgeht?

##### Überleitung zu den Leitfragen

- In unserem Gespräch möchte ich mit Ihnen darüber sprechen, was passiert, wenn die Pflegekasse eine Rehabilitationsempfehlung mit Zustimmung der Versicherten an Sie weiterleitet und damit ein Antrag auf medizinische Rehabilitation ausgelöst wird.
- Wenn ich richtig informiert bin, können sich die einzelnen Bearbeitungsschritte von Krankenkasse zu Krankenkasse zum Teil etwas unterscheiden.

Leitfragen	Aspekte für Nachfragen
Können Sie mir daher bitte kurz beschreiben, was alles zu tun ist, wenn Sie von der Pflegekasse mit Zustimmung der Versicherten eine Rehabilitationsempfehlung erhalten.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>genereller Ablauf aus Perspektive des Interviewten</i></li> <li>• <i>Anlässe bzw. Themen für ggf. erforderliche Rücksprachen mit MDK/PK</i></li> <li>• <i>Unterschiede zu Reha-Anträgen, die auf anderen Wegen gestellt werden?</i></li> <li>• <i>Umgang mit einzelnen rehabilitationsbezogenen Informationen der Pflegebegutachtung</i></li> <li>• <i>Zeithorizont zwischen Begutachtung Antragsbearbeitung</i></li> <li>• <i>Einbindung der Versicherten in den Prüf- und Entscheidungsprozess</i></li> </ul>
In wie weit können sich bei der Bearbeitung des Rehabilitationsantrags Änderungen/Konkretisierungen gegenüber der Rehabilitationsempfehlung ergeben?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Häufige Aspekte für Änderung/Konkretisierung</i></li> <li>• <i>Kriterien für Allokationsentscheidung</i></li> </ul>

Leitfragen	Aspekte für Nachfragen
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Umgang mit möglicher Diskrepanz zwischen Reha-Empfehlung und tatsächlicher regionaler Verfügbarkeit (z.B. § 111 SGB V vs. § 109 SGB V)</i></li> <li>• <i>Abweichung von Allokationsempfehlungen</i></li> </ul>
<p>Wie werden die Versicherten von/bei Ihnen über die Entscheidung zum Rehabilitationsantrag informiert?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Inhalte und Detaillierungsgrad des Leistungsbescheides</i></li> <li>• <i>Vorhandene kassenspezifische Standards/Festlegungen</i></li> <li>• <i>Benannte Möglichkeiten zu Beratung oder Widerspruch</i></li> </ul>
<p>In wie weit erhalten Sie von den Versicherten in der Regel Rückantworten oder Rückmeldung zum Leistungsbescheid über die medizinische Rehabilitation?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Reaktionen der Versicherten</i></li> <li>• <i>Üblicher Umgang mit ausbleibender Rückantwort/Ablehnung (Standards)</i></li> </ul>
<p>In wie weit kommen sie mit Versicherten/Angehörigen, die nach der Pflegebegutachtung einem Reha-Antrag zugestimmt haben, auch persönlich z.B. via Telefon in Kontakt?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Zeitpunkte</i></li> <li>• <i>Häufige Kontaktgründe/Rückfragen</i></li> <li>• <i>Umgang mit spezifischen Rückfragen der Versicherten (z.B. Beratung oder Weiterleitung an beratende Mitarbeiter)</i></li> </ul>
<p><i>Wenn ein direkter Versichertenkontakt berichtet wird und/oder Interviewte/r eine Beratungsfunktion hat:</i>          Wenn Sie in diesen Gesprächen eine Unsicherheit der Versicherten gegenüber der bewilligten Rehabilitationsmaßnahme wahrnehmen:          Welche konkreten Gründe benennen Versicherte hierbei?          Welche Gründe vermuten Sie darüber hinaus, warum Versicherte eine bewilligte Rehabilitationsmaßnahme dann doch nicht antreten?          Wie gehen Sie mit Unsicherheit bzw. Ablehnung hins. der Inanspruchnahme der bewilligten Rehabilitation um?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Vorbehalte, Wünsche, Ängste Unsicherheiten des Antragstellers</i></li> <li>• <i>Zusammenhang Ablehnung – Reha-Form (ambulant/stationär)</i></li> <li>• <i>Einfluss/Wirkung des Gesprächs/der vermittelten Information auf Versicherten</i></li> </ul>
<p><i>Zusatz Teamleiter:</i>          Mit welchen Fragen oder Problemen zu Rehabilitationsanträgen aus den Pflegebegutachtungsverfahren wenden sich Ihre Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus dem Team an Sie?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Strategien und Lösungswege</i></li> </ul>
<p>Ich habe keine weiteren Fragen mehr. Habe ich etwas vergessen, was aus Ihrer Sicht noch wichtig zum Thema wäre?          Dann möchte ich mich herzlich bei Ihnen für das Gespräch bedanken!</p>	

Gesprächsabschluss

- Hinweis auf die Bedeutung der erhaltenen Informationen und Perspektiven, an denen der/die Interviewte mitgewirkt hat
- Allgemeine Information zur Verarbeitung der Daten und dem weiteren Projektverlauf

#### **ANLAGE IV**

##### Interviewleitfaden für Experteninterviews mit Pflegeberater/-innen der Pflegekassen

###### Kurze Vorstellung

- Mein Name ist ... und ich bin wissenschaftliche/r Mitarbeiter/-in an der Martin-Luther-Universität in Halle.
- Vielen Dank, dass Sie mir die Gelegenheit für dieses Interview geben.
- In unserem ersten Telefonat am [Zeitpunkt] haben wir Ihnen das Projekt kurz vorgestellt. Hintergrund ist, dass etwa jede zweite Reha-Empfehlung, die im Rahmen einer Pflegebegutachtung ausgesprochen wird, in einen Antrag auf medizinische Rehabilitation mündet. Nicht jeder Antragsteller tritt dann die Rehabilitationsmaßnahme tatsächlich an.
- Das Interview wird ca. 45 Minuten in Anspruch nehmen. Ich zeichne unser Gespräch auf, werde es anschließend verschriftlichen und dann in anonymisierter Form mit anderen Interviews zusammen auswerten. So können keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden. Die Gesprächsaufzeichnung lösche ich, sobald das Interview verschriftlicht wurde. Haben Sie noch Fragen an mich bevor es losgeht?

###### Überleitung zu den Leitfragen

- Als Pflegeberater/-in sind Sie für die Versicherten und Angehörigen Ansprechpartner/-in bei auftretenden Fragen oder Unsicherheiten, auch zu empfohlenen Reha-Maßnahmen.
- Daher möchte ich mit Ihnen darüber sprechen, was aus Ihrer Sicht Einfluss darauf haben könnte, ob ein Versicherter eine empfohlene Reha-Maßnahme in Anspruch nimmt.

Leitfragen	Aspekte für evtl. Nachfragen
<p>Wenn ich richtig informiert bin, haben die Pflegegutachter die Möglichkeit, in dem Gutachten einen zusätzlichen Beratungsbedarf aufgrund von Unsicherheiten des Versicherten gegenüber einer empfohlenen Rehabilitation festzuhalten.</p> <p>Können Sie mir bitte kurz beschreiben, was passiert, wenn ein Gutachten vom MDK bei ihrer Pflegekasse eingeht, in dem ein solcher zusätzlicher rehabilitationsbezogener Beratungsbedarf festgestellt wurde?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisation der Beratung</li> </ul>
<p>Wenn Sie eine Beratung aufgrund von Unsicherheiten der Versicherten gegenüber einer empfohlenen Reha-Maßnahme durchführen, was sind dabei häufige Fragen oder Unsicherheiten der Versicherten bzw. der Angehörigen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reha-bezogene Beratungsinhalte</li> <li>• Vorbehalte, Wünsche, Ängste Unsicherheiten des Antragstellers</li> </ul>
<p>Wie gehen Sie in dem Beratungsgespräch mit geäußerten Fragen oder Unsicherheiten um?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umgang mit spezifischen Fragen</li> <li>• Welche Informationen werden den Versicherten mitgeteilt?</li> </ul>

Leitfragen	Aspekte für evtl. Nachfragen
Welchen Einfluss des Beratungsgespräches auf die Entscheidungsfindung des Versicherten hins. der Inanspruchnahme der Reha nehmen Sie wahr?	
<p>Wenn die Versicherten in der Beratung äußern, dass sie die empfohlene Rehabilitation nicht in Anspruch nehmen möchten, welche konkreten Gründe benennen sie hierbei?</p> <p>Welche Gründe vermuten Sie darüber hinaus, warum Versicherte sich gegen eine Antragstellung entscheiden?</p>	
<p>Soweit ich informiert bin, können sich Versicherte oder Angehörige auch <u>auf eigene Initiative</u> hin zu allen pflegerelevanten Fragen von ihnen beraten lassen.</p> <p>Inwieweit wenden sich Versicherte, bei denen der MDK einen Reha-Bedarf festgestellt hat, mit reha-bezogenen Fragen an Sie?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• häufige Beratungsinhalte</li> <li>• Haltung der Versicherten bzw. Angehörigen zur Reha-Empfehlung</li> </ul>
<p>Nicht alle Versicherten, die einer Reha-Antragstellung zugestimmt haben, nehmen diese Reha dann auch in Anspruch.</p> <p>Woran könnte es Ihrer Meinung nach liegen, dass eine bewilligte Rehabilitationsmaßnahme später dann doch nicht angetreten wird?</p>	
Inwieweit ist nach Ihrer Einschätzung die reha-bezogene Aufklärung der Versicherten bzw. die reha-bezogene Kommunikation mit den Versicherten bzw. Angehörigen ausreichend für die Entscheidung hins. der Inanspruchnahme einer empfohlenen Reha-Maßnahme?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimierungsbedarf hins. Umfang, Inhalt, Zeitpunkt der Informationsvermittlung</li> </ul>
<p>Ich habe keine weiteren Fragen mehr. Habe ich etwas vergessen, was aus Ihrer Sicht noch wichtig zum Thema wäre?</p> <p>Dann möchte ich mich herzlich bei Ihnen für das Gespräch bedanken!</p>	

#### Gesprächsabschluss

- Hinweis auf die Bedeutung der erhaltenen Informationen und Perspektiven, an denen der/die Interviewte mitgewirkt hat
- Allgemeine Information zur Verarbeitung der Daten und dem weiteren Projektverlauf

ANLAGE V

... Datenschutzkonzept als PDF ...



ANLAGE VI

... Akquisekonzept als PDF ...