

Forschungsprojekt

Analyse des Antragsrückgangs bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Endbericht



Quelle: © iStock – Christopher Futcher

© Prognos 2019

Forschungsprojekt

Analyse des Antragsrückgangs bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Endbericht

Von

Dr. Stefan Moog

Sören Mohr

Johann Weiß

Tilmann Knittel

Dr. Ronny Klein

Carsten Maddy

Im Auftrag von

Deutsche Rentenversicherung Bund

Abschlussdatum

August 2019

Das Unternehmen im Überblick

Prognos – wir geben Orientierung.

Wer heute die richtigen Entscheidungen für morgen treffen will, benötigt gesicherte Grundlagen. Prognos liefert sie - unabhängig, wissenschaftlich fundiert und praxisnah. Seit 1959 erarbeiten wir Analysen für Unternehmen, Verbände, Stiftungen und öffentliche Auftraggeber. Nah an ihrer Seite verschaffen wir unseren Kunden den nötigen Gestaltungsspielraum für die Zukunft - durch Forschung, Beratung und Begleitung. Die bewährten Modelle der Prognos AG liefern die Basis für belastbare Prognosen und Szenarien. Mit rund 150 Experten ist das Unternehmen an acht Standorten vertreten: Basel, Berlin, Düsseldorf, Bremen, München, Stuttgart, Freiburg und Brüssel. Die Projektteams arbeiten interdisziplinär, verbinden Theorie und Praxis, Wissenschaft, Wirtschaft und Politik. Unser Ziel ist stets das eine: Ihnen einen Vorsprung zu verschaffen, im Wissen, im Wettbewerb, in der Zeit.

Geschäftsführer

Christian Böllhoff

Präsident des Verwaltungsrates

Dr. Jan Giller

Handelsregisternummer

Berlin HRB 87447 B

Umsatzsteuer-Identifikationsnummer

DE 122787052

Rechtsform

Aktiengesellschaft nach schweizerischem Recht; Sitz der Gesellschaft: Basel
Handelsregisternummer
CH-270.3.003.262-6

Gründungsjahr

1959

Arbeitsprachen

Deutsch, Englisch, Französisch

Hauptsitz

Prognos AG

St. Alban-Vorstadt 24
4052 Basel | Schweiz
Tel.: +41 61 3273-310
Fax: +41 61 3273-300

Weitere Standorte

Prognos AG

Goethestr. 85
10623 Berlin | Deutschland
Tel.: +49 30 5200 59-210
Fax: +49 30 5200 59-201

info@prognos.com | www.prognos.com | www.twitter.com/prognos_ag

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	VI
Abbildungsverzeichnis	VIII
Executive Summary	1
1.1 Epidemiologische Analyse	1
1.2 Ergebnisse der standardisierten Befragungen	4
1 Hintergrund und Zielsetzung	7
2 Analyserahmen und Hypothesen zum Antragsrückgang	9
2.1 Durchführung von Fachgesprächen	10
2.2 Ergebnisse der Literaturlauswertung	14
2.3 Analyserahmen – Hypothesen zum Rückgang der Anträge	16
3 Epidemiologische Analyse	19
3.1 Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	20
3.1.1 Entwicklung der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	22
3.1.2 Regionale Unterschiede in der der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	31
3.2 Überprüfung verschiedener Hypothesen zur Erklärung des Antragsrückgangs	41
3.2.1 Institutionelle Faktoren	42
3.2.2 Zuwanderung	44
3.2.3 Morbidität	46
3.2.4 Medizinische Versorgungsstruktur	52
3.2.5 Sozial- und Wirtschaftsstruktur	59
3.2.6 Gesamtbetrachtung	66
4 Ergebnisse der standardisierten Befragungen	71

4.1.1	Zentrale Ergebnisse der standardisierten Befragung im Überblick	71
4.2	Befragung von Ansprech- und Beratungsstellen	74
4.2.2	Beschreibung der Stichprobe	76
4.2.3	Ergebnisse der Befragung von Ansprech-/Beratungsstellen	80
4.3	Befragung von ambulanten Haus- und Fachärztinnen und -ärzten	86
4.3.2	Beschreibung der Stichprobe	87
4.3.3	Ergebnisse der Befragung von ambulanten Haus- und Fachärztinnen und -ärzten	89
4.4	Befragung von Betriebsärztinnen und -ärzten	101
4.4.2	Beschreibung der Stichprobe	102
4.4.3	Ergebnisse der Befragung von Betriebsärztinnen und -ärzten	104
4.5	Befragung von Betriebsräten	120
4.5.2	Beschreibung der Stichprobe	122
4.5.3	Ergebnisse der Befragung von Betriebsräten	124
4.6	Befragung von Versicherten	137
4.6.2	Beschreibung der Stichprobe	139
4.6.3	Ergebnisse der Befragung von Versicherten	148
	Impressum	VIII

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Übersicht der Gesprächspartnerinnen und -partner	10
Tabelle 2:	Verzeichnis der Literaturrecherche	15
Tabelle 3:	Versorgungsperspektive	16
Tabelle 4:	Perspektive der Versicherten	17
Tabelle 5:	Perspektive der Ärztinnen und Ärzte	18
Tabelle 6:	Arbeitsbelastung von Ärzten	54
Tabelle 7:	Rücklauf nach Art der Ansprech-/Beratungsstelle	75
Tabelle 8:	Rücklauf bei den Ansprech-/Beratungsstellen nach west- und ostdeutschen Bundesländern	76
Tabelle 9:	Rücklauf bei der Befragung von ambulanten Ärztinnen und Ärzten	87
Tabelle 10:	Rücklauf bei der Befragung von Betriebsärztinnen und -ärzten	102
Tabelle 11:	Rücklauf bei der Befragung von Betriebsräten	121
Tabelle 12:	Rücklauf bei der Versichertenbefragung	138
Tabelle 13:	Rücklauf und Bruttostichprobe nach Geschlecht	139
Tabelle 14:	Rücklauf und Bruttostichprobe nach Staatsangehörigkeit	140
Tabelle 15:	Sprachkompetenz der deutschen Sprache nach Staatsangehörigkeit	140
Tabelle 16:	Rücklauf und Bevölkerung der 55-Jährigen nach Bundesland des Wohnortes	141
Tabelle 17:	Erwerbstätigkeit der befragten Versicherten	142
Tabelle 18:	Beschäftigtengrößenklassen der Unternehmen der befragten Versicherten	143
Tabelle 19:	Merkmale der privaten Situation der befragten Versicherten	144
Tabelle 20:	Rücklauf und Bruttostichprobe nach Krankengeldbezug	145
Tabelle 21:	Gesundheitliche Beeinträchtigung der befragten Versicherten im Privatleben und im Beruf	146
Tabelle 22:	Erfolgte Teilnahme an einer medizinischen Rehabilitation	147

Tabelle 23:	Erfahrung mit dem Antragsverfahren	147
Tabelle 24:	Antragsverhalten von „antragsberechtigten“ Versicherten mit möglichem Rehabilitationsbedarf	150

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation insgesamt und nach Maßnahmearten	7
Abbildung 2: Die Arbeitsmodule im Überblick	8
Abbildung 3: Der Weg in die medizinische Rehabilitation und Ausgangshypothesen zum Antragsrückgang	9
Abbildung 4: Abgeschlossene Leistungen und Anträge zur medizinischen Rehabilitation im Vergleich*	21
Abbildung 5: Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Deutschland insgesamt*	22
Abbildung 6: Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach Maßnahmearten	24
Abbildung 7: Rückgang der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach Maßnahmearten	25
Abbildung 8: Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach Bundesländern	26
Abbildung 9: Rückgang der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach Bundesländern und Zeiträumen	27
Abbildung 10: Rückgang der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach Bundesländern und Maßnahmearten	28
Abbildung 11: Korrelation zwischen der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in den Bundesländern	29
Abbildung 12: Korrelation zwischen dem Rückgang der Reha-Inanspruchnahme bei Frauen und Männern nach Maßnahmearten	30
Abbildung 13: Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Reha nach Bundesländern	32
Abbildung 14: Regionale Unterschiede in der Reha-Inanspruchnahme nach Bundesländern und Maßnahmearten	33
Abbildung 15: Regionale Unterschiede in der Reha-Inanspruchnahme nach Bundeslandtyp und Maßnahmearten	34
Abbildung 16: Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Reha insgesamt nach Bundesländern und Geschlecht	35

Abbildung 17: Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Reha insgesamt nach Bundesländern und Geschlecht	36
Abbildung 18: Bedeutung regionaler Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Reha nach Maßnahmearten	39
Abbildung 19: Bewilligungsquote, Budgetausschöpfungsquote und Reha-Inanspruchnahme	43
Abbildung 20: Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach Nationalität	45
Abbildung 21: Veränderung der Krankenhausfälle und Reha-Leistungen nach Diagnosen	48
Abbildung 22: Entwicklung der Krankenhausfälle und Reha-Leistungen nach Diagnosen und Bundesländern	49
Abbildung 23: Krankenhausfälle und Reha-Leistungen nach Diagnosen und Bundesländern	50
Abbildung 24: Zusammenhang zwischen Krankenhausfällen und Reha-Inanspruchnahme in den Bundesländern	51
Abbildung 25: Medizinische Versorgungsdichte nach Regionen	55
Abbildung 26: Zusammenhang zwischen Reha-Inanspruchnahme und medizinischer Versorgungsstruktur	56
Abbildung 27: Zusammenhang zwischen Reha-Inanspruchnahme und medizinischer Versorgungsstruktur nach Bundeslandtyp	58
Abbildung 28: Entwicklung der Sozial- und Wirtschaftsstruktur	61
Abbildung 29: Sozial- und Wirtschaftsstruktur nach Regionen	62
Abbildung 30: Zusammenhang zwischen der Reha-Inanspruchnahme und der Sozial- und Wirtschaftsstruktur	63
Abbildung 31: Zusammenhang zwischen der Reha-Inanspruchnahme und der Sozial- und Wirtschaftsstruktur nach Gebiet	64
Abbildung 32: Zusammenhang zwischen der Morbidität und der Reha-Inanspruchnahme für unterschiedliche Modellspezifikationen	67
Abbildung 33: Zusammenhang zwischen der Wirtschafts- und Sozialstruktur und der Reha-Inanspruchnahme für unterschiedliche Modellspezifikationen	69
Abbildung 34: Beratungsprofil der Ansprech-/Beratungsstellen	77
Abbildung 35: Leistungsspektrum der Ansprech-/Beratungsstellen	77
Abbildung 36: Umfang der Leistungserbringung der Ansprech-/Beratungsstellen	78

Abbildung 37: Zugangswege zu den Ansprech-/Beratungsstellen	79
Abbildung 38: Zeitliche Veränderung der Zugangswege zu den Ansprech-/Beratungsstellen	80
Abbildung 39: Das Antragsverfahren aus Sicht der Ansprech-/Beratungsstellen	81
Abbildung 40: Zeitliche Veränderung des Antragsverfahrens sowie der Kenntnisse und des Unterstützungsbedarfs der Versicherten aus Sicht der Ansprech-/Beratungsstellen	82
Abbildung 41: Bereitschaft zur Durchführung einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Ansprech-/Beratungsstellen	83
Abbildung 42: Zeitliche Veränderung der Bereitschaft zur Durchführung einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Ansprech-/Beratungsstellen	84
Abbildung 43: Berufliche und private Barrieren der Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Ansprech-/Beratungsstellen	85
Abbildung 44: Fachrichtungen der ambulanten Ärztinnen und Ärzte	88
Abbildung 45: Leistungsspektrum der ambulanten Ärztinnen und Ärzte	88
Abbildung 46: Das Antragsverfahren aus Sicht der ambulanten Ärztinnen und Ärzte	89
Abbildung 47: Bewilligungs- und Ablehnungspraxis aus Sicht der ambulanten Ärztinnen und Ärzte	91
Abbildung 48: Zeitliche Veränderung des Antragsverfahrens aus Sicht der ambulanten Ärztinnen und Ärzte	93
Abbildung 49: Zeitliche Veränderung der Kenntnisse und des Unterstützungsbedarfs der Patientinnen und Patienten aus Sicht der ambulanten Ärztinnen und Ärzte	93
Abbildung 50: Bereitschaft zur Durchführung einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der ambulanten Ärztinnen und Ärzte	94
Abbildung 51: Zeitliche Veränderung der Bereitschaft zur Durchführung einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der ambulanten Ärztinnen und Ärzte	95
Abbildung 52: Empfehlungs- und Beantragungshäufigkeit einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der ambulanten Ärztinnen und Ärzte	95
Abbildung 53: Wirksamkeit einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der ambulanten Ärztinnen und Ärzte	96
Abbildung 54: Zusammenarbeit mit Rehabilitationseinrichtungen aus Sicht der ambulanten Ärztinnen und Ärzte	97
Abbildung 55: Allgemeine Informiertheit der ambulanten Ärztinnen und Ärzte über medizinische Rehabilitation	98

Abbildung 56: Informiertheit der ambulanten Ärztinnen und Ärzte über verschiedene Aspekte der medizinischen Rehabilitation	99
Abbildung 57: Berufliche und private Barrieren der Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der ambulanten Ärztinnen und Ärzte	100
Abbildung 58: Rahmen der betriebsärztlichen Tätigkeit	103
Abbildung 59: Leistungsspektrum der Betriebsärztinnen und -ärzte	103
Abbildung 60: Das Antragsverfahrens aus Sicht der Betriebsärztinnen und -ärzte	105
Abbildung 61: Die Bewilligungs- und Ablehnungspraxis aus Sicht der Betriebsärztinnen und -ärzte	106
Abbildung 62: Zeitliche Veränderung des Antragsverfahrens aus Sicht der Betriebsärztinnen und -ärzte	107
Abbildung 63: Zeitlichen Veränderung der Kenntnisse und des Unterstützungsbedarfs der Patientinnen und Patienten aus Sicht der Betriebsärztinnen und -ärzte	108
Abbildung 64: Bereitschaft zur Durchführung einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Betriebsärztinnen und -ärzte	109
Abbildung 65: Zeitliche Veränderung der Bereitschaft zur Durchführung einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Betriebsärztinnen und -ärzte	109
Abbildung 66: Zeitliche Veränderung des Bedarfs an medizinischer Rehabilitation bei Arbeitnehmerinnen und -nehmern aus Sicht der Betriebsärztinnen und -ärzte	110
Abbildung 67: Empfehlungs- und Beantragungshäufigkeit einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Betriebsärztinnen und -ärzte	110
Abbildung 68: Wirksamkeit einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Betriebsärztinnen und -ärzte	111
Abbildung 69: Zusammenarbeit mit Rehabilitationseinrichtungen aus Sicht der Betriebsärztinnen und -ärzte	112
Abbildung 70: Stellenwert der medizinischen Rehabilitation in Unternehmen aus Sicht der Betriebsärztinnen und -ärzte	114
Abbildung 71: Betriebliches Eingliederungsmanagements in den Unternehmen der Betriebsärztinnen und -ärzte	115
Abbildung 72: Allgemeine Informiertheit der Betriebsärztinnen und -ärzte über medizinische Rehabilitation	116
Abbildung 73: Informiertheit der Betriebsärztinnen und -ärzte über verschiedene Aspekte der medizinischen Rehabilitation	117

Abbildung 74: Berufliche und private Barrieren der Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Betriebsärztinnen und -ärzte	118
Abbildung 75: Arbeitsbezogene Rahmenbedingungen aus Sicht der Betriebsärztinnen und -ärzte	118
Abbildung 76: Befragte Betriebe/Unternehmen nach Beschäftigtengrößenklassen	122
Abbildung 77: Befragte Betriebe/Unternehmen nach Beschäftigtengrößenklassen	123
Abbildung 78: Information der Beschäftigten zur medizinischen Rehabilitation	124
Abbildung 79: Das Antragsverfahren und Erfolgchancen auf Bewilligung aus Sicht der Betriebsräte	125
Abbildung 80: Zeitliche Veränderung des Antragsverfahrens aus Sicht der Betriebsräte	126
Abbildung 81: Zeitliche Veränderung der Kenntnisse und des Unterstützungsbedarfs der Beschäftigten aus Sicht der Betriebsräte	126
Abbildung 82: Bereitschaft zur Durchführung einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Betriebsräte	127
Abbildung 83: Zeitliche Veränderung der Bereitschaft zur Durchführung einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Betriebsräte	128
Abbildung 84: Antrags- bzw. Inanspruchnahmehäufigkeit einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Betriebsräte	128
Abbildung 85: Zeitliche Veränderung des Bedarfs an medizinischer Rehabilitation aus Sicht der Betriebsräte	129
Abbildung 86: Zeitliche Veränderung der Inanspruchnahme von medizinischer Rehabilitation aus Sicht der Betriebsräte	129
Abbildung 87: Wirksamkeit einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Betriebsräte	130
Abbildung 88: Stellenwert der medizinischen Rehabilitation im Betrieb/Unternehmen aus Sicht der Betriebsräte	131
Abbildung 89: Betriebliches Eingliederungsmanagement in den Betrieben/Unternehmen der befragten Betriebsräte	132
Abbildung 90: Informiertheit und Informationsbedarf von Betriebsräten über medizinische Rehabilitation	133
Abbildung 91: Berufliche und private Barrieren der Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Betriebsräte	135
Abbildung 92: Arbeitsbezogene Rahmenbedingungen aus Sicht der Betriebsräte	136

Abbildung 93: Gesundheitliche Beeinträchtigung aufgrund körperlicher und psychischer Anforderungen im Beruf	146
Abbildung 94: Bereitschaft zur Antragstellung bzw. Durchführung einer medizinischen Rehabilitation	148
Abbildung 95: Bereitschaft zur Durchführung einer stationären und ambulanten medizinischen Rehabilitation	149
Abbildung 96: Art der beantragten medizinischen Rehabilitation	149
Abbildung 97: Wirksamkeit einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Versicherten	151
Abbildung 98: Wirksamkeit einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht von Versicherten mit gesundheitlicher Beeinträchtigung	152
Abbildung 99: Relevanz verschiedener Aspekte des Aufenthalts in einer Rehabilitationseinrichtung	153
Abbildung 100: Relevanz verschiedener Aspekte des Aufenthalts in einer Rehabilitationseinrichtung aus Sicht von Versicherten mit Rehabilitationserfahrung	154
Abbildung 101: Das Antragsverfahrens aus Sicht der Versicherten	155
Abbildung 102: Unterstützungsbedarf bei der Antragstellung	156
Abbildung 103: Unterstützungsbedarf bei der Antragstellung von Versicherten mit gesundheitlicher Beeinträchtigung und keiner Erfahrung mit dem Antragsverfahren	157
Abbildung 104: Einschätzung der Bewilligungs- und Ablehnungspraxis	158
Abbildung 105: Erwartete Probleme zu Hause während einer stationären Rehabilitation	159
Abbildung 106: Erwartete Übernahme von Verpflichtungen zu Hause während einer stationären Rehabilitation	160
Abbildung 107: Befürchtung finanzieller Schwierigkeiten	161
Abbildung 108: Befürchtung finanzieller Schwierigkeiten bei „antragsberechtigten“ Versicherten ohne (Intention zur) Antragstellung	161
Abbildung 109: Einschätzung von beruflichen Barrieren für die Inanspruchnahme einer Rehabilitation	163
Abbildung 110: Kenntnis und Nutzung von Informations- und Beratungsangeboten	165
Abbildung 111: Ärztliche Empfehlung für eine medizinische Rehabilitation und Unterstützung bei der Antragstellung bei Versicherten mit gesundheitlicher Beeinträchtigung	166

Abbildung 112: Ärztliche Empfehlung für eine medizinische Rehabilitation und Unterstützung bei der Antragstellung bei „antragsberechtigten“ Versicherten ohne (Intention zur) Antragstellung	167
Abbildung 113: Betriebsärztliche Empfehlung für eine medizinische Rehabilitation bei Versicherten mit gesundheitlicher Beeinträchtigung	168
Abbildung 114: Offen genannte Gründe (kategorisiert) gegen eine Antragstellung bzw. Inanspruchnahme einer Rehabilitation	169

Executive Summary

Nach einem kontinuierlichen Anstieg der Anträge auf medizinische Rehabilitation zwischen 2005 und 2009 ist in den letzten Jahren ein Antragsrückgang zu verzeichnen. Dieser Rückgang der Antragszahlen ist für sich zunächst nicht überraschend. Da die geburtenstarken Jahrgänge in der Mitte der 2000er das reha-intensive Alter erreicht, dieses aber teilweise bereits wieder durchschritten haben, sind sowohl der Anstieg als auch ein gewisser Rückgang der Antragszahlen grundsätzlich durch die demografische Entwicklung erklärbar. Allerdings zeigt sich der Rückgang, aber auch der Anstieg, der Antragshäufigkeit nicht nur in der Entwicklung der absoluten Anzahl der Anträge, sondern auch in der um demografische Einflüsse bereinigten altersstandardisierten Antragsrate.

Zu den Gründen für den Antragsrückgang liegen bislang allenfalls in Ansätzen Hinweise, aber keine umfassenden und gesicherten Erkenntnisse vor. Ziel des Forschungsgutachtens ist es, diese Lücke zumindest teilweise zu schließen.

Hierzu wird auf Grundlage von Fachgesprächen und einer Literaturanalyse zunächst der Analyse-rahmen für die Untersuchung abgegrenzt und Hypothesen zur Erklärung des Antragsrückgangs formuliert. Diese Hypothesen werden im Rahmen des Forschungsgutachtens anhand von zwei empirischen Zugängen oder Methoden überprüft.

In einem ersten Schritt werden im Rahmen einer epidemiologischen Analyse die zentralen Trends und Unterschiede in der Entwicklung der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach Maßnahmentearten, Geschlecht und Regionen untersucht und dargestellt. Daran anschließend werden einzelne, statistisch oder quantitativ operationalisierbare, Hypothesen anhand weiterer Indikatoren überprüft. Hierzu zählen insbesondere die Rolle der Morbidität, der medizinischen Versorgungsstruktur aber auch die regionale Sozial- und Wirtschaftsstruktur.

In einem zweiten Schritt werden die eingangs formulierten Hypothesen anhand von standardisierten Befragungen qualitativ untersucht. Zum einen über eine Befragung der zentralen Zielgruppen, die im Antragsprozess eine Rolle spielen (Haus- und Betriebsärzte und -ärztinnen, Beratungsstellen und Beschäftigtenvertretungen). Zum anderen werden die Versicherten der DRV selbst befragt, um auch hier Hypothesen für den beobachteten Antragsrückgang zu testen.

1.1 Epidemiologische Analyse

Im Rahmen der epidemiologischen Analyse wird die Entwicklung der altersstandardisierten Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation insgesamt und getrennt nach Maßnahmentearten, Geschlecht und Regionen auf Grundlage eines Ausschnitts der Reha-Statistik-Datenbasis für die Jahre 2006 bis 2017 analysiert.

Die Entwicklung der Reha-Inanspruchnahme ist durch ähnliche Trends charakterisiert

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass sich in der epidemiologischen Analyse zur Entwicklung der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sehr ähnliche Trends zeigen. Generell kann die Entwicklung der Reha-Inanspruchnahme im Zeitraum 2006 bis 2017 in zwei

Phasen unterteilt werden. Insgesamt, nach Maßnahmearten, Regionen und Geschlecht zeigt sich eine Zunahme der Leistungsanspruchnahme bis etwa 2010, gefolgt von einer Trendumkehr bzw. einem Trendbruch nach 2010. Infolge spezifischer Trends, wie bspw. der generell starke Anstieg bei psychosomatischen Rehabilitationen, zeigt sich diese Trendumkehr bei den Anschlussheilbehandlungen und der psychosomatischen Rehabilitationen eher in einer Stagnation als einem Rückgang der Leistungsanspruchnahme. Ein deutlich überdurchschnittlicher Rückgang ist bei den Entwöhnungsbehandlungen festzustellen.

Nur geringe Trendunterschiede nach Geschlecht

Bei der Entwicklung der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zeigen sich insgesamt nur geringe Unterschiede nach Geschlecht. Nach Maßnahmearten, Diagnosen und Regionen sind größere Unterschiede im Niveau der Inanspruchnahme von Männern und Frauen festzustellen. Unter Berücksichtigung dieser Niveauunterschiede zeigen sich in der zeitlichen Entwicklung jedoch nur geringe Trendunterschiede zwischen den Geschlechtern.

Für einzelne Regionen zeigen sich große Unterschiede im Ausmaß des Rückgangs

Die regionale Analyse zeigt sowohl für die Bundesländer als auch die Raumordnungsregionen größere Unterschiede hinsichtlich des Zeitpunktes der Trendumkehr, als auch hinsichtlich des Ausmaßes des Rückgangs. Insbesondere in den Stadtstaaten Hamburg und Berlin ist ein überdurchschnittlicher Rückgang festzustellen. In den Raumordnungsregionen ist in einzelnen Fällen eine leichte Zunahme der Reha-Inanspruchnahme festzustellen. Insgesamt sind die regionalen Unterschiede im Zeitverlauf stabil. In der Masse der Regionen zeigen sich nur geringe Trendunterschiede. Die größeren Unterschiede in einzelnen Regionen sind daher eher als Ausnahmen zu interpretieren.

Es bestehen große regionale Unterschiede im Niveau der Inanspruchnahme

Große Unterschiede zeigen sich im Niveau der Inanspruchnahme nach Regionen. Generell zeigt sich im Südwesten (Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz, Saarland) eine überdurchschnittliche Inanspruchnahme, in den Stadtstaaten eine nur unterdurchschnittliche Inanspruchnahme. Im Nordwesten (Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein) und im Osten liegt die Inanspruchnahme teils über und teils unter dem Bundesdurchschnitt. Auf Ebene der Raumordnungsregionen fallen die Unterschiede noch größer aus. Die größten Unterschiede zeigen sich bei Kinder- und Jugendrehabilitationen, bei psychosomatischen Rehabilitationen und Entwöhnungsbehandlungen.

Die regionalen Unterschiede sind bundeslandspezifisch.

Die Ergebnisse einer Regressionsanalyse zum Einfluss von Bundesland, Bundeslandtyp und Regionentyp zeigen, dass die regionalen Unterschiede zu einem großen Anteil durch bundeslandspezifische Faktoren geprägt sind. Lediglich für einzelne Maßnahmearten zeigt sich ein Ost-West-Gefälle (Ca-Leistungen, Kinder- und Jugendrehabilitationen) oder ein Stadt-Land-Gefälle (Anschlussheilbehandlungen).

Mögliche Ursachen des Antragsrückgangs

Insgesamt liefert die epidemiologische Analyse lediglich Hinweise und Indizien zu den Ursachen des Antragsrückgangs. Generell legen die ähnlichen Trends nach Maßnahmearten, Regionen und

Geschlecht nahe, dass der Antragsrückgang auf Faktoren zurückzuführen ist, welche das gesamte Spektrum der medizinischen Rehabilitation betreffen. Die Unterschiede im Zeitraum vor und nach 2010 legen dabei nahe, dass der Antragsrückgang seine Ursache insbesondere in Faktoren hat, welche diese beiden Zeiträume spürbar voneinander unterscheiden. Neben institutionellen Gründen kommen aufgrund der zeitlichen Koinzidenz als mögliche Ursachen der Einschnitt durch die Finanz- und Wirtschaftskrise, aber auch der darauffolgende Beschäftigungsboom oder die hohe Zuwanderung der vergangenen Jahre in Betracht.

- **Zuwanderung:** Ein Zusammenhang zwischen der hohen Zuwanderung und dem Antragsrückgang kann ausgeschlossen werden. Die Ergebnisse zur Reha-Inanspruchnahme nach Nationalität zeigen, dass die starke Zunahme der ausländischen Versicherten keinen Einfluss auf die Entwicklung der Reha-Inanspruchnahme hatte.
- **Institutionelle Faktoren:** Der starke Rückgang der Reha-Inanspruchnahme im Jahr 2011 legt zusammen mit dem Rückgang der Bewilligungsquote im Jahr 2010 einen Zusammenhang zur Ausschöpfung des Reha-Budgets in den Jahren 2009 bis 2012 nahe. Inwiefern dies im Zusammenhang mit dem Antragsrückgang steht, kann anhand der verfügbaren Daten und Indikatoren allerdings nicht überprüft werden. Denkbar ist, dass die öffentliche Berichterstattung zur Ausschöpfung des Reha-Budgets, aber auch der tatsächliche Rückgang der Bewilligungsquote sich in der Folge auf die (gefühlten) Erfolgsaussichten und damit auf die Wahrscheinlichkeit einer Antragstellung ausgewirkt haben.
- **Wirtschaftliche Lage:** Der Zusammenhang zur konjunkturellen Entwicklung wird im Rahmen des Forschungsgutachtens nicht direkt untersucht. Generell zeigt sich, dass sich die positive Entwicklung der Wirtschaft und auf dem Arbeitsmarkt – mit Ausnahme einer Delle infolge der Wirtschafts- und Finanzkrise – im gesamten Betrachtungszeitraum für alle betrachteten Indikatoren in einem positiv verlaufenden Trend widerspiegelt. Auch legen die Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen der Reha-Inanspruchnahme und der regionalen Sozial- und Wirtschaftsstruktur, z. B. ein negativer Zusammenhang zur Arbeitslosenquote, eher eine Zunahme der Anträge nahe. Da sich die Analyse jedoch auf die regionalen Unterschiede beschränkt, sind Implikationen zur zeitlichen Entwicklung der Reha-Inanspruchnahme allerdings mit Vorsicht zu behandeln.
- **Morbidität:** Insgesamt legt die Analyse zur zeitlichen Entwicklung der Krankenhausdiagnosen nahe, dass die Entwicklung der Reha-Inanspruchnahme teilweise durch die Morbidität erklärt werden kann. Zum einen zeigen sich auch bei den Krankenhausdiagnosen qualitativ ähnliche Trends wie bei der Reha-Inanspruchnahme, beispielsweise eine Trendumkehr nach 2010 und für einzelne Diagnosen ein Rückgang. Allerdings fällt auf, dass sowohl die Zunahme vor 2010 als auch der Rückgang nach 2010 bei der Reha-Inanspruchnahme stärker ausgeprägt sind.
- **Medizinische Versorgung:** Die Ergebnisse zur Entwicklung der medizinischen Versorgungsstruktur legen insgesamt keinen Zusammenhang zum Antragsrückgang nahe.

Erklärung der regionalen Unterschiede

Neben den geringen Trendunterschieden in der zeitlichen Entwicklung zeigt die epidemiologische Analyse große regionale Unterschiede in der Reha-Inanspruchnahme nach Maßnahmearten und teilweise nach Geschlecht. Zur Identifizierung möglicher Erklärungsfaktoren der regionalen Unterschiede wird der Einfluss der Morbidität, der medizinischen Versorgungsstruktur und der Wirtschafts- und Sozialstruktur auf die Reha-Inanspruchnahme nach Regionen untersucht.

- **Morbidität:** Für alle Maßnahmearten und Diagnosen ergibt sich ein positiver und signifikanter Zusammenhang zwischen den Krankenhausfällen und der Reha-Inanspruchnahme. Nach

Maßnahmearten zeigen sich bei Kinder- und Jugend-Rehabilitationen sowie Anschlussheilbehandlungen, nach Diagnosen bei Neubildungen und Krankheiten des Kreislaufsystems starke Zusammenhänge. Die Ergebnisse einer Regressionsanalyse zeigen, dass diese Zusammenhänge auch unter Berücksichtigung des Einflusses der medizinischen Versorgungsstruktur sowie der Sozial- und Wirtschaftsstruktur robust sind. Lediglich bei Ca-Leistungen und Kinder- und Jugendrehabilitationen ergibt sich in der Gesamtbetrachtung nur ein geringerer Zusammenhang. Dies ist ein Indiz dafür, dass bspw. die überdurchschnittliche Inanspruchnahme bei Ca-Leistungen und Kinder- und Jugendrehabilitationen in den ostdeutschen Regionen möglicherweise nicht allein auf eine überdurchschnittliche Morbidität zurückzuführen ist.

- **Medizinische Versorgung:** Für die medizinische Versorgungsstruktur resultiert unter Berücksichtigung der Morbidität und der Sozialstruktur in der Regel kein Zusammenhang zur Reha-Inanspruchnahme. Lediglich bei psychosomatischen Rehabilitationen, Kinder- und Jugendrehabilitationen und Anschlussheilbehandlungen zeigen sich positive und plausible Zusammenhänge zur Versorgungsdichte bei Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Kinderärztinnen/-ärzten bzw. Hausärztinnen/-ärzten.
- **Sozial- und Wirtschaftsstruktur:** In Übereinstimmung mit den Ergebnissen anderer Studien zeigen die Ergebnisse einen starken und signifikanten Zusammenhang zwischen der Reha-Inanspruchnahme und Indikatoren der regionalen Sozial- und Wirtschaftsstruktur. Mangels belastbarer Hypothesen sollten diese zwar nicht zwangsläufig als kausale Zusammenhänge interpretiert werden. Jedoch können diese Ergebnisse als Evidenz für die These herangezogen werden, dass zur Erklärung der regionalen Unterschiede in der Reha-Inanspruchnahme neben Unterschieden in der Morbidität auch andere Faktoren von zentraler Bedeutung sind. Beispielsweise ist in der Gesamtbetrachtung sowohl für die Reha-Inanspruchnahme insgesamt als auch getrennt für Maßnahmearten ein negativer Zusammenhang zwischen der Reha-Inanspruchnahme und dem Haushaltseinkommen, aber auch ein positiver Zusammenhang zur Industriequote festzustellen. Für die Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation insgesamt ergibt sich ein negativer Zusammenhang zur Arbeitslosenquote.

1.2 Ergebnisse der standardisierten Befragungen

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die Befragungsergebnisse ein sehr homogenes Meinungsbild der unterschiedlichen Zielgruppen zur medizinischen Rehabilitation und zu möglichen Barrieren der Antragsstellung und Inanspruchnahme zeigen.

Positive Einschätzung der Wirksamkeit einer medizinischen Rehabilitation

Die Wirksamkeit einer medizinischen Rehabilitation mit ihrem ganzheitlichen bio-psycho-sozialen Therapieansatz wird insbesondere von den befragten Betriebsärztinnen und -ärzten und Ärztinnen und Ärzten anderer Fachrichtungen, aber auch von den befragten Betriebsräten und den Versicherten selbst nicht in Frage gestellt und vor allem in Bezug auf die Änderung des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens sehr positiv eingeschätzt. Alternative Behandlungsangebote und der medizinische Fortschritt bspw. in der ambulanten Versorgung machen eine medizinische Rehabilitation aus Sicht der Befragten nicht entbehrlich und kommen nicht als Faktoren in Betracht, die einen Antragsrückgang erklären.

Hohe Bereitschaft zur Inanspruchnahme

Trotz möglicher Barrieren auf dem Weg zu einer Rehabilitation besteht seitens der Versicherten grundsätzlich eine hohe Bereitschaft, eine medizinische Rehabilitation der DRV in Anspruch zu nehmen. Auch hat die Bereitschaft aus Sicht der Befragten in den letzten Jahren nicht abgenommen. Die hohe Teilnahmebereitschaft bezieht sich jedoch in erster Linie auf die stationäre Rehabilitation und ist im Hinblick auf eine ambulante Rehabilitation vergleichsweise gering. Die geringe Bereitschaft der Versicherten zur Teilnahme an einer ambulanten Rehabilitation kann darauf hindeuten, dass die Versicherten in der ambulanten Rehabilitation eine mögliche Doppelbelastung im Hinblick auf Berufstätigkeit oder private Verpflichtungen befürchten.

Rehabilitationseinrichtungen haben kein Image-Problem

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass die medizinische Rehabilitation kein Image-Problem im Hinblick auf die Behandlungs- und Aufenthaltsqualität in Rehabilitationseinrichtungen hat. Verschiedene Aspekte der Qualität des Aufenthalts – insbesondere die Art der Behandlungen und Therapien sowie die Möglichkeit, die Einrichtungen auszuwählen und der strukturierte Tagesablauf während einer Rehabilitation – werden von den befragten Versicherten positiv bewertet. Die Bewertung der (technischen) Ausstattung sowie der Verpflegung und der Freizeitmöglichkeiten fallen zwar weniger positiv aus, scheinen die Bereitschaft der Versicherten zur Teilnahme an einer Rehabilitation aber nicht maßgeblich zu beeinflussen.

Die wichtigsten Barrieren beim Zugang in die medizinische Rehabilitation

Trotz grundsätzlich hoher Bereitschaft der Versicherten und eines hohen Bedarfs an medizinischer Rehabilitation, wird ein Missverhältnis der tatsächlichen Inanspruchnahmehäufigkeit wahrgenommen. Nicht alle Patientinnen und Patienten, die eine medizinische Rehabilitation benötigen, nehmen diese auch in Anspruch. Die aus Sicht der Befragten wichtigsten Ursachen für die Nichtinanspruchnahme bzw. ausbleibende Antragstellung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der DRV lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- **Mangelnde Nachvollziehbarkeit der Ablehnung von Anträgen:** Die Ablehnungsquote bei Anträgen auf medizinische Rehabilitation wird als hoch empfunden und es wird eine Intransparenz bei den Bewilligungs- und Ablehnungskriterien beklagt. Bei den Befragten entsteht der Eindruck, dass Anträge nicht ausschließlich nach dem Bedarf, sondern auch abhängig von einem gedeckelten Budget bewilligt werden. Das Gefühl, Bewilligung und Ablehnung eines Antrags nicht beeinflussen zu können, demotiviert Ärztinnen und Ärzte, Antragstellungen zu empfehlen und kann ein wichtiger erklärender Faktor des Antragsrückgangs sein. Auch bei einem Großteil der Versicherten selbst herrscht das Meinungsbild vor, dass Anträge häufig abgelehnt werden, was eine entscheidende Barriere für die Antragstellung darstellt.
- **Aufwändiges und unzeitgemäßes Antragsverfahren:** Der bürokratische Aufwand ist eine weitere deutliche Barriere für die Antragstellung. Das Antragsverfahren erscheint den Befragten unnötig kompliziert und veraltet. Für viele Ärztinnen und Ärzte ist das Antragsverfahren mit zu viel Aufwand und für Patientinnen und Patienten mit einem meist langwierigen Verfahren verbunden. Aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte steht die Vergütung für die Erstellung des Befundberichts in keinem angemessenen Verhältnis zum Aufwand. Verbunden mit subjektiv empfundenen geringen Erfolgchancen bzw. intransparenten Kriterien der Bewilligung und Ablehnung wird die Bereitschaft von Ärztinnen und Ärzten geschmälert, eine medizinische Rehabilitation zu empfehlen und bei der Antragstellung zu unterstützen.

- **Erhöhter Unterstützungsbedarf:** Der Unterstützungsbedarf der Versicherten – insbesondere beim Ausfüllen der Antragsformulare – ist hoch. Nicht nur die befragten Ansprech-/Beratungsstellen, Ärztinnen und Ärzte sowie Betriebsräte, auch die Versicherten selbst stellen fest, dass sie bei der Antragstellung auf professionelle Hilfe angewiesen sind. Gerade für Versicherte mit Sprachbarrieren besteht ein erhöhter Unterstützungs- und Informationsbedarf. Professionelle Beratungsstellen sind den Versicherten jedoch häufig nicht bekannt bzw. werden nicht genutzt.
- **Mangelnde Informationslage:** Es wird ein Verbesserungspotential bei der Aufbereitung von Informationsangeboten zur medizinischen Rehabilitation der DRV gesehen. Ärztinnen und Ärzte sowie Betriebsräte fühlen sich unzureichend über die Rehabilitationsmöglichkeiten der DRV informiert. Insbesondere besteht Bedarf an zielgruppenspezifischem Informationsmaterial für Betriebe/Unternehmen sowie vergleichenden Bewertungen der Rehabilitationseinrichtungen für Ärztinnen und Ärzte und Informationen, welche Kliniken für bestimmte Indikationen geeignet sind.

Auffällig ist zudem, dass in einem Großteil der befragten Unternehmen – insbesondere in kleineren Unternehmen – keinerlei Information zur medizinischen Rehabilitation erfolgt. Aus den Antworten der Versicherten geht zudem hervor, dass ein Teil der Versicherten aufgrund von Zuzahlungen bei der Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation finanzielle Belastungen befürchtet. Die Sorge um finanzielle Belastung ist womöglich auch auf eine mangelnde Informiertheit der Versicherten über die Übernahme von Kosten für Reise, Unterkunft, Verpflegung und Behandlung durch den Rentenversicherungsträger sowie den Anspruch auf Lohnfortzahlung zurückzuführen.
- **Private und berufliche Barrieren für die Inanspruchnahme:** Für einen Teil der Versicherten sind private Rahmenbedingungen nicht mit einem mehrwöchigen Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung vereinbar. Dies ist insbesondere der Fall, wenn pflegebedürftige Personen oder Kinder unter 15 Jahren im eigenen Haushalt versorgt werden. Die Befürchtung, dass niemand diese Verpflichtungen übernehmen kann, stellt für diese Versicherten einen wichtigen Grund gegen die Durchführung einer stationären Rehabilitation dar.

Die Angst vor dem Arbeitsplatzverlust und die Sorge um eine mögliche Beeinträchtigung der Karriere durch die Teilnahme an einer Rehabilitation sind berufliche Barrieren, die insbesondere von Versicherten geäußert werden, die in kleineren Unternehmen beschäftigt sind. In größeren Unternehmen wird von Versicherten und Betriebsräten eher eine unterstützende und bestärkende Haltung der Personalleitung und des Arbeitgebers wahrgenommen und die Sorge um berufliche Nachteile durch die Teilnahme an einer Rehabilitation ist geringer als in kleineren Unternehmen.

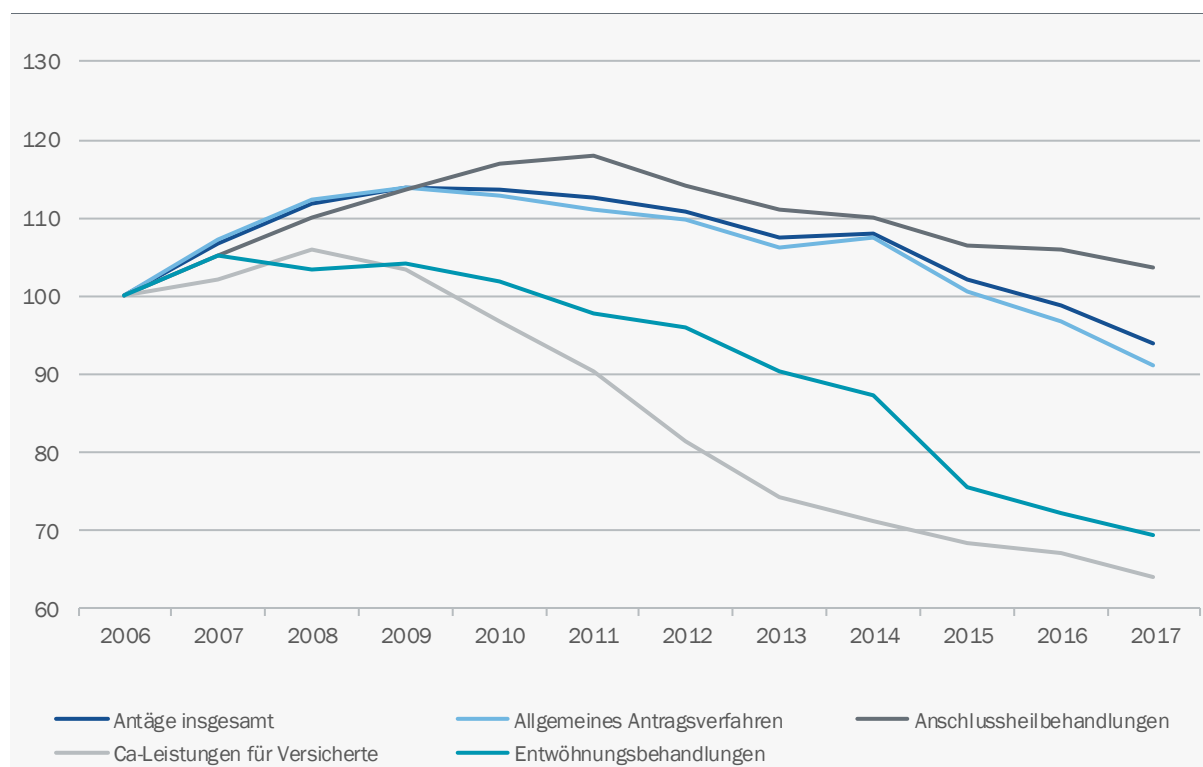
Während private und berufliche Rahmenbedingungen für bestimmte Subgruppen von Versicherten entscheidende Barrieren für die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation darstellen, spielen sie in der Gesamtbetrachtung und im Vergleich eine untergeordnete Rolle.

1 Hintergrund und Zielsetzung

Nach einem kontinuierlichen Anstieg der Anträge auf medizinische Rehabilitation zwischen 2005 und 2009 ist in den letzten Jahren ein Antragsrückgang zu verzeichnen (Abbildung 1). Schwankungen bei der Häufigkeit von Anträgen auf medizinische Rehabilitation sind nicht ungewöhnlich und gab es auch früher. In der Vergangenheit waren auftretende Schwankungen dabei durch die wirtschaftliche Lage, die demografische Entwicklung oder durch gesetzliche Änderungen plausibel erklärbar. Da die geburtenstarken Jahrgänge in der Mitte der 2000er das reha-intensive Alter erreicht, aber teilweise bereits wieder durchschritten haben, sind sowohl der Anstieg als auch ein gewisser Rückgang der Antragszahlen grundsätzlich durch die demografische Entwicklung erklärbar. Allerdings zeigt sich der Rückgang, aber auch der Anstieg der Antragshäufigkeit nicht nur in der Entwicklung der absoluten Anzahl der Anträge, sondern auch in der um demografische Einflüsse bereinigten altersstandardisierten Antragsrate.

Abbildung 1: Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation insgesamt und nach Maßnahmentearten

2006 bis 2017, altersstandardisierte Antragsrate je 10.000 Versicherte, 2006 = 100



Quelle: DRV Bund, eigene Darstellung

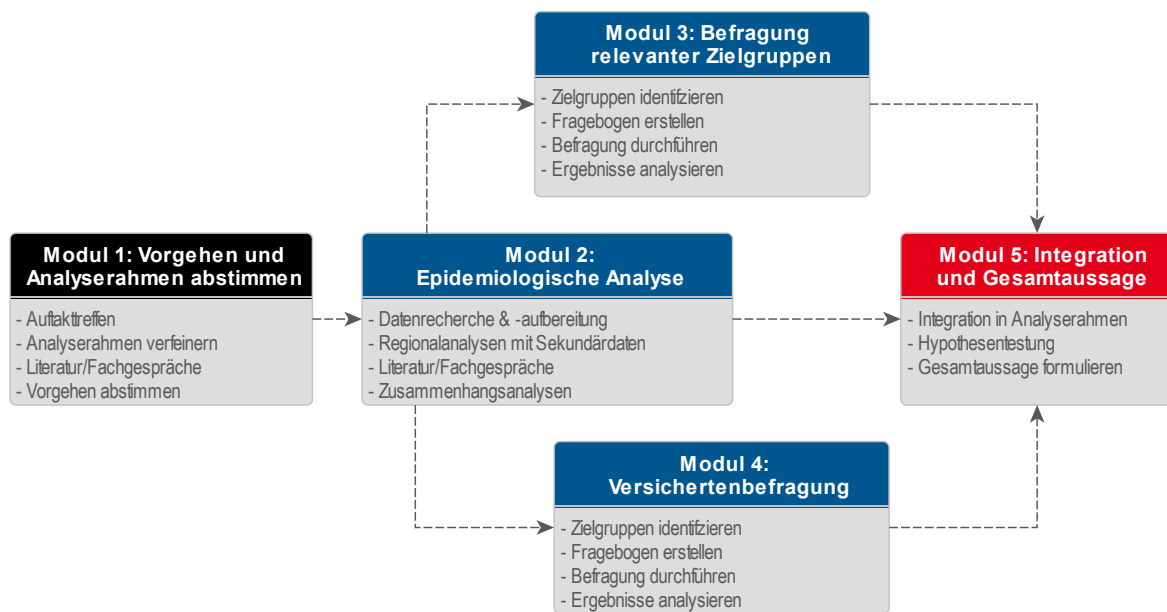
© Prognos 2019

In einzelnen Leistungskategorien ist der altersstandardisierte Rückgang besonders ausgeprägt (Ca-Maßnahmen, Entwöhnungsbehandlungen). Weniger stark ausgeprägt ist der Rückgang bei Anschlussheilbehandlungen.

Zu den Gründen für den Antragsrückgang liegen bislang allenfalls in Ansätzen Hinweise, aber keine umfassenden und gesicherten Erkenntnisse vor. Ziel dieser Studie ist es, diese Lücke zu schließen. Die Vorgehensweise lässt sich dabei in fünf Arbeitsmodule gliedern (Abbildung 2).

Zunächst wird auf Grundlage von Fachgesprächen und einer Literaturanalyse der Analyserahmen für die Untersuchung abgegrenzt (Kapitel 2). Anschließend werden epidemiologische Analysen vorgestellt, die soweit möglich die in Kapitel 2 formulierten Hypothesen zum beobachteten Antragsrückgang überprüfen (Kapitel 3). Darüber hinaus wurden in zwei weiteren Arbeitsmodulen eigene Primärdaten erhoben. Zum einen über eine Befragung der zentralen Zielgruppen, die im Antragsprozess eine Rolle spielen (Haus- und Betriebsärztinnen und -ärzten, Beratungsstellen und Beschäftigtenvertretungen). Zum anderen werden die Versicherten der DRV selbst befragt, um auch hier Hypothesen für den beobachteten Antragsrückgang zu testen. Vorgehen und Ergebnisse der Befragungen sind in Kapitel 4 dokumentiert.

Abbildung 2: Die Arbeitsmodule im Überblick



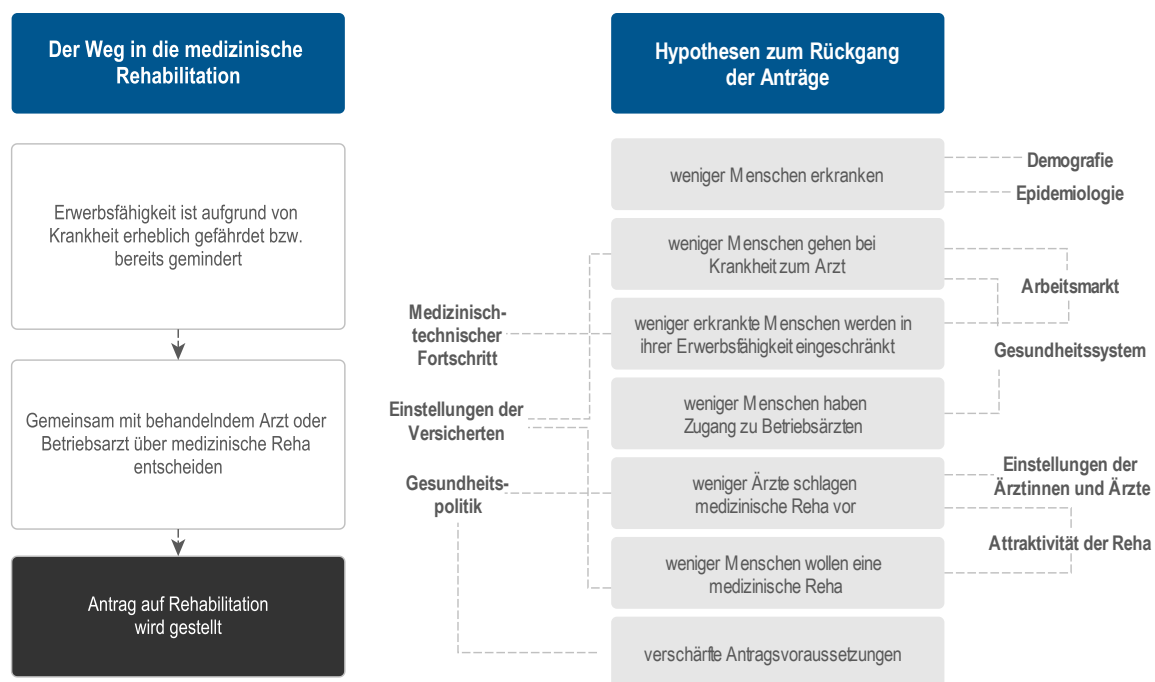
Quelle: eigene Darstellung

© Prognos 2019

2 Analyserahmen und Hypothesen zum Antragsrückgang

Die Analyse berücksichtigt eine große Bandbreite möglicher Erklärungsansätze für den Antragsrückgang in der medizinischen Rehabilitation. Dazu werden in einem ersten Schritt anhand eines prototypischen Zugangsweges in die medizinische Rehabilitation verschiedene Ausgangshypothesen formuliert, warum ein altersstandardisierter Rückgang der Anträge beobachtet wird (Abbildung 3). So lassen sich bspw. Ursachen in der Epidemiologie, dem medizinischen Fortschritt, einer veränderten Arbeitswelt, Strukturveränderungen im Gesundheitswesen sowie Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen benennen. Die Hypothesen sollen sich idealerweise mit den nachfolgenden Analysen belegen bzw. falsifizieren lassen. An dieser Stelle sei bereits einschränkend angemerkt, dass nicht für alle Hypothesen und potenziellen Ursachen hinter dem Antragsrückgang belastbare, empirisch fundierte Belege gefunden werden konnten.

Abbildung 3: Der Weg in die medizinische Rehabilitation und Ausgangshypothesen zum Antragsrückgang



Quelle: eigene Darstellung

© Prognos 2019

Die hier gezeigten Ausgangshypothesen bildeten die Grundlage für Gespräche mit sieben externen Expertinnen und Experten, um im Rahmen der Hypothesenbildung eine möglichst große Bandbreite sachkundiger Perspektiven zu berücksichtigen (Kapitel 2.1.1). Ergänzend wurde die Fachliteratur zum Thema ausgewertet (Kapitel 2.1.2). Im Ergebnis dieses Arbeitsschritts steht der

Analyserahmen mit den schließlich zu untersuchenden Hypothesen zum Antragsrückgang für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Kapitel 2.1.3).

2.1 Durchführung von Fachgesprächen

Die Fachgespräche stellen sicher, dass bei der Hypothesenbildung eine möglichst große Bandbreite sachkundiger Perspektiven berücksichtigt wird. Die Gesprächspartnerinnen und -partner decken ein breites Spektrum unterschiedlicher Erfahrungshintergründe ab: das direkte Umfeld der Deutschen Rentenversicherung und deren Rehabilitationskliniken, die Perspektive der Versicherten bzw. der Patientinnen und Patienten, die Belange der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Sicht der Krankenkassen sowie die Perspektive der Betriebsärzte (Tabelle 1).

Tabelle 1: Übersicht der Gesprächspartnerinnen und -partner

Name	Organisation
Dr. med. Ulrich Eggens	DRV Berlin-Brandenburg Leitender Arzt Abteilung Rehabilitation und Gesundheitsförderung
Prof. Dr. med. Bernhard Greitemann	Dt. Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften DGRW-Vorstandsmitglied, Klinik Münsterland der Deutschen Rentenversicherung Westfalen
Dr. Sabine Grotkamp	Medizinischer Dienst der Krankenkassen Leiterin der SEG 1 „Leistungsbeurteilung/Teilhabe“ der MDK-Gemeinschaft beim MDK Niedersachsen (MDKN)
Andreas Herzog	BAG Selbsthilfe
Markus Hofmann	Leiter der Abteilung Sozialpolitik beim DGB
Dr. Monika Kücking	GKV Spitzenverband Leiterin der Abteilung Gesundheit
Dr. med. Wolfgang Panter	Präsident des Verbands deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW)

© Prognos 2019

In den Gesprächen wurde deutlich, dass die Hypothesenbildung entlang eines prototypischen Weges in die medizinische Rehabilitation zwar anschaulich, aber nicht unbedingt leitend ist. Vielmehr argumentierten die befragten Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Perspektiven. So wurde einmal die Perspektive des medizinischen Versorgungssystems eingenommen, die auch epidemiologische Entwicklungen beinhaltet. Des Weiteren wurde die Perspektive der potenziellen Rehabilitanden erörtert, deren Situation im Arbeitsmarkt und Privatleben betrachtet, sowie deren Erwartungen und Erfahrungen mit der Rehabilitation in den Blick genommen. Als spezielle Subgruppe wurde die Perspektive der Eltern auf die Kinder-/Jugend-Rehabilitation diskutiert. Schließlich spielte die Perspektive der Ärztinnen und Ärzte eine große Rolle in den Gesprächen.

Die Ärztinnen und Ärzte sind zum einen als Berater ein wichtiger Akteur in der Antragstellung. Zudem erstellen sie die Befundberichte zu den Anträgen. Aus diesem Grunde werden im Folgenden die diskutierten Hypothesen zum Antragsrückgang in der Rehabilitation nach diesen Perspektiven unterschieden.

Versorgungsperspektive

Einig waren sich die befragten Expertinnen und Experten, dass die Krankheitslast im Allgemeinen nicht rückläufig ist. Vielmehr gebe es einzelne Entwicklungen, die sich ganz unterschiedlich auf den Reha-Bedarf auswirken. So werde durch die Änderungen der Berufsbilder im Arbeitsmarkt weniger schwer körperlich gearbeitet. Auf der anderen Seite nehme die seelische und mentale Beanspruchung im Arbeitsleben zu. Es sei daher zu beobachten, dass Muskel-Skelett-Erkrankungen seltener, dafür aber psychische Erkrankungen häufiger auftreten als früher. Diese unterschiedliche Entwicklung sollte sich in den Antragszahlen zur Rehabilitation ausdrücken.

Weiterhin wurde genannt, dass die Menschen immer älter werden und dabei länger gesund bleiben. Die Notwendigkeit einer Rehabilitation könne somit möglicherweise verstärkt erst nach Ende der Erwerbstätigkeit auftreten und folglich nicht mehr in der Zuständigkeit der DRV liegen.

Sehr wahrscheinlich haben aus Sicht der befragten Expertinnen und Experten auch die Verbesserungen in der ambulanten Versorgung dazu beigetragen, dass die Nachfrage nach Rehabilitation gesunken sein könnte. So würden bessere medikamentöse Behandlungen dazu führen, dass die Betroffenen mit ihren Krankheiten sich besser in den Alltag integrieren können und keine Notwendigkeit mehr für eine Rehabilitation sehen. Auch sei die begleitende, medizinische Unterstützung in Disease Management Programmen (z. B. bei Diabetes mellitus) zum Teil eine Alternative zur medizinischen Rehabilitation.

Speziell bei Krebs seien die Behandlungsmöglichkeiten – insbesondere in den zertifizierten Krebszentren – deutlich besser, differenzierter und spezialisierter geworden. Bspw. würden die Betroffenen bereits häufig in den Krebszentren psychologisch betreut. Zudem führen der medizinisch-technische Fortschritt und eine frühzeitigere Diagnose dazu, dass Patientinnen und Patienten die Akutbehandlung in besserem Gesundheitszustand verlassen als früher. Auch wenn nach der Akutbehandlung eine Rehabilitation noch immer Standard sei, sei es aufgrund der komplexeren Strategien in der Krebsbehandlung nicht mehr so einfach, den optimalen Zeitpunkt dafür zu bestimmen. Das könnte dazu beitragen, dass der Antrag auf Rehabilitation hinausgeschoben und eventuell gar nicht gestellt wird, weil die Abläufe und Zuständigkeiten nicht mehr eindeutig geregelt sind. So sei im Umkehrschluss auffällig, dass in der „klassischen“ Anschlussheilbehandlung die Antragszahlen nicht rückläufig sind. Hier bestehe weiterhin ein großer Bedarf in der Akutversorgung, die Patientinnen und Patienten möglichst rasch aus den Kliniken in die Rehabilitation zu verlegen, weshalb dort die organisatorischen Abläufe entsprechend optimiert seien.

Der beobachtete Rückgang bei den Entwöhnungsbehandlungen in der Rehabilitation ließe sich z. T. ebenfalls durch Verbesserungen in der ambulanten Versorgung erklären. So hätten sich dort die Entwöhnungsprogramme stark verbessert bzw. seien in den letzten Jahren ausgebaut worden. Ambulante psychotherapeutische Maßnahmen sowie Suchtzentren würden so für sozial integrierte erkrankte Menschen eine sehr gute Alternative zur stationären Rehabilitation bieten.

Perspektive der Versicherten

Aus Sicht der Versicherten könnte laut der befragten Expertinnen und Experten die Komplexität des Antragsprozesses eine Rolle spielen. Dieser sei heute nicht mehr zeitgemäß und behindere

einen niederschweligen Zugang zur Rehabilitation. Auch würden bei einem steigenden Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund immer mehr Menschen in der Bevölkerung aufgrund sprachlicher Barrieren nicht mehr erreicht. Das könne auch auf funktionale Analphabeten zutreffen, deren Zahl möglicherweise in den letzten Jahren ebenfalls gestiegen sei.

Darüber hinaus seien die Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt von Bedeutung. So sei derzeit eher ein Fachkräftemangel zu beobachten. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer müssten daher immer mehr Verantwortung übernehmen und sich schwertun, zusätzlich zum Urlaub eine Rehabilitationsmaßnahme von drei Wochen und mehr in Anspruch zu nehmen. Prinzipiell sei festzustellen, dass es bei sinkender Arbeitslosigkeit weniger Reha-Anträge gebe, bei steigender Arbeitslosigkeit aber wieder mehr Anträge gestellt würden. Bei einem angespannten Arbeitsmarkt würden die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer einen deutlich höheren Leistungsdruck verspüren. Krankheit und Rehabilitation stellten dann einen Weg für sie dar, diesem Druck zeitweise auszuweichen. In den letzten Jahren lasse dies somit eher einen Rückgang der Anträge auf Rehabilitation erwarten.

Niedrige Arbeitsunfähigkeitszeiten im Arbeitsmarkt könnten ebenfalls eine Erklärung für den Rückgang der Antragszahlen sein. Viele der neu geschaffenen Jobs in den letzten Jahren seien überdies prekäre Beschäftigungsverhältnisse. Menschen in solchen Arbeitsverhältnissen könnten selbst bei einem augenscheinlich guten Arbeitsmarkt einen Reha-Aufenthalt scheuen – aus Angst, ihren Job zu verlieren.

Neben dem Arbeitsmarkt hätten andere gesellschaftliche Entwicklungen einen Einfluss auf die Inanspruchnahmen der medizinischen Rehabilitation. So lasse sich nach Meinung der befragten Expertinnen und Experten über alle Schichten ein zunehmend individualisierter Lebensstil beobachten: Menschen seien nicht mehr ohne Weiteres bereit, sich drei Wochen in eine Einrichtung zu begeben und dabei kaum individuelle Wünsche nach Zeit, Art und Ort berücksichtigt zu sehen. Die Reha-Einrichtungen würden von den Versicherten zudem eher mit spartanischen Zimmern und schlechtem Essen in Verbindung gebracht, die nicht mehr der heutigen Anspruchshaltung genügen. Gerade auf jüngere Menschen würden die „70er Jahre Kästen“ nicht attraktiv wirken, insbesondere da das Angebot an privaten „Wellness“-Einrichtungen zugenommen habe.

Demnach würden die Versicherten die Rehabilitation bisweilen mit einem Kuraufenthalt verwechseln. Dieser Erwartungshaltung könne das Leistungsgeschehen in der Rehabilitation aber nicht gerecht werden. So sei heute eine reaktivierende Therapie Standard. Solche Trainingsprogramme und Lebensstiländerungen würden die Patientinnen und Patienten aber fordern, was die Betroffenen womöglich von einer Rehabilitation abschrecken könnte. Zusätzlich hätten sich die Therapiegruppen in der Rehabilitation vergrößert, was ebenfalls einen negativen Eindruck auf Patientinnen und Patienten hinterlassen haben könnte.

Die Individualisierung der Lebensentwürfe führe aber auch dazu, dass aufgrund persönlicher Hemmnisse – z. B. Kinderbetreuung oder pflegebedürftige Angehörige – kaum ein mehrwöchiger Rehabilitationsaufenthalt für die Versicherten vorstellbar sei.

Spezielle Faktoren bei Kinder-/Jugendlichen-Rehabilitation

Ein Hemmnis in der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche sei etwa die zunehmende Sorge der Eltern vor einem Schulausfall ihrer Kinder. Die meisten Antragsteller würden sich daher eine Rehabilitation in den Schulferien wünschen, was praktisch aber kaum umsetzbar sei. Darüber hinaus würden die Eltern ihre Kinder nicht mehr für vier Wochen „loslassen“ können bzw. diesen zutrauen, diese Zeit allein zu bewältigen.

Auch könnten die Eltern ihre Kinder in die Rehabilitation immer seltener begleiten. Denn sie müssten sich gegebenenfalls für einen langen Zeitraum freinehmen, was bei einem steigenden Anteil berufstätiger Mütter bzw. von Doppelverdiener-Haushalten nur schwer gelingt. Zusätzlich würden unklare Finanzierungsregelungen einer Elternbegleitung diese erschweren.

Des Weiteren hätte sich mit den Mutter/Vater-&Kind-Kuren in den letzten Jahren eine ernstzunehmende Konkurrenz zur Rehabilitation für Kinder und Jugendliche etabliert. Zwar sei es eine klare Fehlversorgung durch die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt, wenn den Eltern rehabilitationsbedürftiger Kinder eine Mutter/Vater-&Kind-Kur empfohlen wird. Denn diese Kuren richten sich in erster Linie auf die Mutter bzw. den Vater. Trotzdem lassen diese sich deutlich einfacher beantragen und werden überdies häufiger bewilligt, was zu einem Rückgang in der Kinder- und Jugend-Rehabilitation der DRV geführt haben könnte.

Perspektive der Ärztinnen und Ärzte

Einig waren sich die befragten Expertinnen und Experten darin, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte eine bedeutsame Rolle in der Antragstellung auf Rehabilitation einnehmen. Deren Perspektive sei somit zu berücksichtigen. Als eine mögliche Ursache für den Rückgang der gestellten Anträge wurde dabei genannt, dass die Ärztinnen und Ärzte relativ wenig über die Rehabilitation und deren Wirksamkeit informiert sind. Inwieweit sich dies in den letzten Jahren verstärkt haben könnte, sei aber unklar.

Nach Aussage einiger Expertinnen und Experten nähmen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte eine zu hohe Ablehnungsquote gestellter Anträge wahr, was bei einem ohnehin komplexen und aufwendigen Antragsverfahren zusätzlich zur Frustration führe – insbesondere wenn die Ablehnungsgründe aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte nicht immer transparent und nachvollziehbar seien. Dies könnte dazu beigetragen haben, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte weniger häufig medizinische Rehabilitation vorschlagen. Verstärkt werde dieser Trend eventuell noch durch die steigenden Patientenzahlen in den Arztpraxen, die weniger Zeit für Reha-Anträge lassen.

Auch hier spielten Alternativen zu einer medizinischen Rehabilitation der DRV eine Rolle. So seien die Antragsverfahren für Rehabilitation in der GKV häufig weniger aufwendig – bei weniger Ablehnungen. Dies treffe etwa auf die Mutter/Vater-&Kind-Kuren zu. Durch Integration der Anträge in die Praxissoftware würden hier zudem Standards gesetzt, die das Antragsverfahren bei der DRV unnötig komplex erscheinen lassen.

Neben verwaltungstechnischen Aspekten werden aus Sicht der befragten Expertinnen und Experten die Wirksamkeit der Rehabilitation von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten hinterfragt. Ähnlich wie die Versicherten stellten sich die Ärztinnen und Ärzte in der Rehabilitation eher eine Art Erholungskur für die Patientinnen und Patienten vor. Die oben bereits erwähnte Entwicklung zu aktivierenden Rehabilitationsmaßnahmen würden aber Langzeitziele anstreben und die körperliche Belastung führe kurzfristig dazu, dass die Patientin bzw. der Patient nicht erholt, sondern in einem vermeintlich schlechteren Gesundheitszustand aus der Reha zurückkehrt. Die Reha-Berichte für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte seien zudem nicht ausreichend adressatengerecht und könnten somit deren Wissen über die Rehabilitation nicht stärken.

Der Zugang der Versicherten zu den Ärztinnen und Ärzten könnte sich aus Sicht einiger der befragten Expertinnen und Experten in den letzten Jahren verschlechtert haben. Auch wenn es nicht unbedingt weniger Betriebsärztinnen und -ärzte als früher gebe, so verfügten doch mittlere und

kleine Betriebe häufig über keine eigenen Betriebsärztinnen und -ärzte mehr. Diese seien stattdessen häufiger selbstständig oder für externe Dienstleister wie z. B. den TÜV tätig. Die Ansprechbarkeit der Betriebsärztin bzw. des Betriebsarztes sei somit oft nicht mehr ohne Weiteres gegeben. Gleichzeitig seien die externen Betriebsärztinnen und -ärzte nicht mehr mit den Betriebsstrukturen vertraut.

Darüber hinaus wird ein bundesweiter Mangel an Psychotherapeutinnen und -therapeuten gesehen. Das führe dazu, dass Hausärztinnen und Hausärzte oftmals Reha-Anträge anregen und befürworten, ohne dass eine Diagnose oder ein Heilversuch („probatorische Sitzung“) unternommen wurde. Ohne Befundbericht müsse dieser Antrag aber abgelehnt werden, was wiederum zur Frustration bei den Ärztinnen und Ärzten führe. Mittlerweile gebe es dazu aber erste Gegenmaßnahmen und die Versicherten hätten einen Anspruch auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch innerhalb von vier Wochen.

2.2 Ergebnisse der Literaturlauswertung

Vorbereitend zu den Fachgesprächen wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, um Hypothesen aus dem derzeitigen Forschungsstand ableiten und prüfen zu können. Ein Großteil der Literatur befasst sich vornehmlich mit Kinder- und Jugendrehabilitation. Die Literaturrecherche ermöglichte eine gute Zustandsbeschreibung der Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen. Einflussfaktoren, die niedrige Antragszahlen erklären, konnten auf Arzt- und Patientenseite identifiziert werden. Ob und wie sich diese Einflussfaktoren im Zeitverlauf verstärkt und zu einem Absinken der Antragszahlen geführt haben, konnte aus der Literaturrecherche nicht erschlossen werden. Sie erklären lediglich das Niveau der Antragszahlen, nicht aber deren Rückgang.

Hemmnisse auf Seiten der Ärzte

Ärztinnen und Ärzten kommt eine entscheidende Rolle als „Gatekeeper“ bei der Antragstellung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu (Tabelle 2; 1, 3, 6, 11, 13). Sie werden dieser Rolle allerdings nicht immer gerecht. Häufig haben sie Informationsdefizite über die Ziele und Wirksamkeit medizinischer Rehabilitation und können den Reha-Bedarf ihrer Patientinnen und Patienten nicht frühzeitig und bedarfsgerecht genug ermitteln (1, 2, 3). Zeitintensiver, bürokratischer Aufwand und Intransparenz der Bewilligungs- bzw. Ablehnungskriterien schrecken vor der Antragstellung ab (1, 8). Aufwand in Verbindung mit der geringen Vergütung wirkt zudem frustrierend (3). Beklagt wird der nur ungenügende Austausch zwischen behandelndem Mediziner und Gutachter (1, 3). Oft wird den Gutachtern die medizinische Kompetenz abgesprochen (1).

Ärztinnen und Ärzte sehen durch verbesserte ambulante Betreuung zum Teil einen geringeren Rehabilitationsbedarf (1,3). Mutter-Kind-Kuren werden als Alternative zur Reha genutzt (3). Auch mangelnde Sprachkenntnisse von Familien mit Migrationshintergrund seien eine Barriere (3).

Hemmnisse auf Seiten der Patientinnen und Patienten

Ärztliche und familiäre Unterstützung sind von hoher Bedeutung für eine erfolgreiche Antragstellung (11, 13). Die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation setzt eine hohe Motivation der Patientinnen und Patienten oder Eltern voraus. Nicht-Inanspruchnahme kann persönliche, familiäre und berufliche Gründe haben (1, 7). Der bürokratische Aufwand wird oftmals als zu hoch angesehen (1, 7, 10). Zudem gibt es auf Patientenseite erhebliche Wissensdefizite über Ablauf und Ziele der medizinischen Rehabilitation (3, 7). Lokale Angebote werden häufig als attraktiver empfunden (3, 7). Auch Mutter-Kind-Kuren stellen eine attraktive Alternative dar (1, 3). Ein

wesentliches Hemmnis, ist die geringe Bereitschaft von Eltern, ihre Kinder ohne Begleitung mehrere Wochen fortzuschicken (3, 8). Angst vor Schulausfall während eines Reha-Aufenthaltes wirkt als starke Hürde (1, 3), zumal Eltern in zu geringem Maße über den Schulunterricht während der Rehabilitation informiert sind (3). Das derzeitige Reha-Angebot wird von Familien als zu unflexibel angesehen und orientiere sich zu wenig an deren Lebenssituation (3, 10).

Nach einer Studie von Richter et al. (12) scheinen soziale Ungleichheiten bei Zugang und Inanspruchnahme von stationären Kinderrehabilitationsmaßnahmen keine Rolle zu spielen. Die Möglichkeit eines Widerspruchsverfahrens bei Antragablehnung wird hingegen eher von Eltern sozial höherer Schichten in Anspruch genommen. In der Zufriedenheit mit der Rehabilitation zeigten sich keine Unterschiede zwischen den sozialen Gruppen.

Tabelle 2: Verzeichnis der Literaturrecherche

Publikation	
1	Richter, M., Schumann, N., Kasprzyk, K. (2016), Zugang zur stationären Kinderrehabilitation: Barrieren und Potentiale – eine Projektsynthese mit Handlungsleitfäden für die Praxis (KIREZplus) – Abschlussbericht, Halle.
2	Spyra, K., Bernert, S. (2016), Determinanten der Antragstellung medizinischer Rehabilitation im Vergleich der Regionalträger mit der DRV-Bund unter besonderer Berücksichtigung der Region Berlin-Brandenburg – Abschlussbericht, Berlin.
3	Jürgensen, M., Großmann, N., Thyen, U. (2015), Veränderte Inanspruchnahme stationärer Rehabilitationsbehandlungen von Kindern und Jugendlichen in der Deutschen Rentenversicherung: Untersuchung möglicher Ursachen in der Zuweiserkette und der Akzeptanz der Angebote – Abschlussbericht, Lübeck.
4	Rodoschewski, F.M., Michel, E. (2015), Entwicklungstrends und Strukturen von Anschlussrehabilitationen (AR/AHB), Berlin.
5	Bethge, M., Spanier, K., Neugebauer, T., Mohnberg, I., Radoschewski, F.M. : Selfreported poor work abilityVan indicator of need for rehabilitation? A crosssectional study of a sample of German employees. Am J Phys Med Rehabil 2015.
6	Bethge, M., Peters, E., Michel, E., Radoschewski, F.M., Spanier, K. : Motivationale und volitionale Determinanten für die Beantragung einer psychosomatischen Rehabilitation: Ergebnisse einer Kohortenstudie. Rehabilitation 2016; 55: 341–347.
7	Deck, R., Walter, A.L. : Warum gehen onkologische Reha-Anträge und Reha-Leistungen der Deutschen Rentenversicherung zurück? Ergebnisse qualitativer Interviews mit Patienten aus onkologischen Versorgungszentren. Prävention und Rehabilitation, Jahrgang 29, Nr. 2/2017, S. 76-83.
8	Berghem, S. , Was sind die Gründe für den Rückgang der Antragszahlen in der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche? - Ergebnisübersicht einer Befragungsaktion, Usedom.
9	Friedrich-Ebert-Stiftung (2015), Zukunft der medizinischen Rehabilitation – Positionspapier, Bonn.
10	Jürgensen, M., Großmann, N., Thyen, U. : „Das würde ich gar nicht erst beantragen!“ – Barrieren der Inanspruchnahme einer Kinder- und Jugend-Rehabilitations- Maßnahme aus Sicht der Familien. Rehabilitation 2017; 56: 109–118.
11	Mohnberg, I., Spanier, K., Peters, E., Radoschewski, F.M., Bethge, M. : Determinanten für intendierte Anträge auf medizinische Rehabilitation bei vorangegangenen Krankengeldbezug. Rehabilitation 2016; 55: 81–87.
12	Richter, M., Schumann, N., Fach, E.M., Günther, S., Kasprzyk, K. (2014), „Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen (rekju)“ – Abschlussbericht, Halle.

-
- 13 **Spanier, K., Mohnberg, I., Peters, E., Michel, E., Radoschewski, M., Bethge, M.:** Motivationale und volitionale Prozesse im Kontext der Beantragung einer medizinischen Rehabilitationsleistung. Eine Anwendung des sozial-kognitiven Prozessmodells gesundheitlichen Handelns. *Psychother Psych Med* 2016; 66: 242–248.
-
- 14 **Spanier, K., Mohnberg, I., Radoschewski, F.M., Streibelt, M., Bethge, M.:** Sind administrative Daten für Rentenantragsintentionen und Indikatoren subjektiven Rehabilitationsbedarfs prognostisch bedeutsam? *Rehabilitation* 2015; 54: 172–177.
-
- 15 **Deutsche Rentenversicherung Bund** (2018, 2015, 2013, 2012, 2010), *Reha-Bericht*, Berlin.
-
- 16 **Deutsche Rentenversicherung Bund** (2016, 2014, 2012, 2011), *Reha-Bericht. Update*, Berlin.
-

© Prognos 2019

2.3 Analyserahmen – Hypothesen zum Rückgang der Anträge

Das Ergebnis der Fachgespräche, der Literaturlauswertung und eines Workshops mit dem Auftraggeber sowie weiteren Expertinnen und Experten bildet der Analyserahmen mit verschiedenen Hypothesen zum Antragsrückgang bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ab. In den nachfolgenden Tabellen (Tabelle 3 bis Tabelle 5) sind die möglichen Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die zugehörigen Hypothesen sowie der jeweilige empirische Zugang zur Überprüfung der Hypothesen zusammengefasst.

Für die nachfolgenden Arbeitsmodule bzw. Kapitel ist zu berücksichtigen, dass aus Gründen der Datenverfügbarkeit nur ein Teil der Hypothesen geprüft wird bzw. geprüft werden konnte. Dies gilt insbesondere für die Auswertungen von Sekundärstatistiken im Rahmen der epidemiologischen Analyse. Gründe für die Nicht-Berücksichtigung von Hypothesen sind das Fehlen geeigneter Indikatoren oder aber wenn Indikatoren nicht nach Alter und/oder Geschlecht, als Zeitreihe oder regional verfügbar waren. Für die nicht überprüften Hypothesen finden sich nachfolgend jeweils in einer Fußnote die Gründe für die Nicht-Berücksichtigung und eine kurze Einschätzung zu deren empirischer Relevanz.

Tabelle 3: Versorgungsperspektive

Einflussfaktoren und Hypothesen zum Antragsrückgang und Zugang zur Prüfung

Einflussfaktoren und Hypothesen	Mögliche Auswirkungen auf Reha-Anträge und empirischer Zugang
<p>Morbidität der Versicherten</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rückgang spezifischer Belastungen am Arbeitsplatz und damit einhergehender Erkrankungen (bspw. Muskel-Skelett-Erkrankungen) ▪ Verschiebung berufseinschränkender Erkrankungen in höhere Altersgruppen (GKV-Zuständigkeit) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnosehäufigkeiten in den Reha-Einrichtungen sollte sich ähnlich entwickeln wie in den Arztpraxen und Krankenhäusern ▪ Altersverschiebung sollte sich bereits in den Arztpraxen und Krankenhäusern abzeichnen ▪ <i>Vergleich mit Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausstatistik¹</i>

¹ Daten zur Arbeitsunfähigkeit (AU) in der Gesetzlichen Krankenversicherung nach Alter, Geschlecht und Krankheitsgruppen sind erst ab dem Jahr 2011 und lediglich für Deutschland insgesamt verfügbar. Eine Auswertung der verfügbaren Daten zeigt bis 2014 einen leichten Rückgang und damit eine Ähnlichkeit zur Reha-Inanspruchnahme. Nach 2014 haben die AU-Fälle dagegen zugenommen. Die These einer ähnlichen Entwicklung kann damit nicht verworfen werden. Die abweichenden Entwicklungen nach 2014 könnten beispielsweise auch als eine Verlagerung von der Reha in die AU interpretiert werden.

Versorgungssituation

- Verbesserung der ambulanten und stationären Versorgung erübrigt zum Teil zusätzliche Rehabilitationsmaßnahmen (bspw. Krebs, Diabetes, Asthma)
- Unterschiedliche Entwicklung bei den verschiedenen Reha-Maßnahmen (je nach Diagnose) und im Vergleich zu vorgelagerten Sektoren
- Anstieg der Teilnehmenden an DMP-Programmen
- *Entwicklung der in DMP-Programmen eingeschriebenen Versicherten²*

© Prognos 2019

Tabelle 4: Perspektive der Versicherten

Einflussfaktoren und Hypothesen zum Antragsrückgang und Zugang zur Prüfung

Einflussfaktoren und Hypothesen

Mögliche Auswirkungen auf Reha-Anträge und empirischer Zugang

Wahlmöglichkeiten bei Zeit, Ort und Inhalten der Reha-Maßnahmen

- Verbreitung individualisierter, selbstorganisierter Lebensstile der Versicherten

Imageprobleme der Reha: Zimmer, Essen, Unterhaltung

- Steigende Erwartungshaltungen an Aufenthaltsqualität, die nicht gedeckt werden

Erwartungen: Reha als Kur, Wellness-Aufenthalt

- Wandel der Rehabilitation zu einer stärker aktivierenden Reha macht diese unattraktiver
- Zunahme kommerzieller Wellness- und Erholungsangebote auf dem zweiten Gesundheitsmarkt

- Antragsrückgang sollte bei allen Maßnahmenarten (außer AHB) ähnlich sein
- *Versichertenbefragung*
- *Befragung der Beratungsstellen*

Geringe Kenntnis von bzw. Vertrauen in Rehabilitation unter Menschen mit Migrationshintergrund

- Steigender Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund an der Bevölkerung

- Antragsrückgang sollte bei allen Maßnahmenarten (außer AHB) ähnlich sein
- *Versichertenbefragung*
- *Befragung der Beratungsstellen*
- *Entwicklung des Anteils von Menschen mit Migrationshintergrund (ausländische Staatsangehörigkeit) an den Versicherten*

Komplexität des Antragprozesses

- Steigender Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund an der Bevölkerung, die Anträge nicht gut verstehen
- Steigender Anteil von Menschen mit funktionalem Analphabetismus
- „Entwöhnung“ von komplexen Antragsverfahren aufgrund der Ausbreitung als leichter wahrgenommener Verfahren in anderen Sektoren

- Antragsrückgang sollte bei allen Maßnahmenarten (außer AHB) ähnlich sein
- *Versichertenbefragung*
- *Befragung der Beratungsstellen*
- *Entwicklung des Anteils von Menschen mit Migrationshintergrund an den Versicherten*
- *Entwicklung des Anteils von Menschen mit funktionalem Analphabetismus³*

² Daten zu den in DMP Programmen eingeschriebenen Versicherten sind als Gesamtzahl verfügbar. Generell ist seit Mitte der 2000er Jahre ein starker Anstieg zu beobachten, wobei rund 50 Prozent der Fälle auf Diabetes und rund 25 Prozent auf eine koronare Herzkrankheit zurückzuführen sind. Aufgrund des starken Anstiegs könnte insbesondere bei diesen beiden Krankheiten ein Zusammenhang zur Reha-Inanspruchnahme bestehen.

³ Daten zum Anteil der Menschen mit funktionalem Analphabetismus waren lediglich für das Jahr 2010 verfügbar. Legt man die Ergebnisse der im Mai 2019 veröffentlichten zweiten LEO Studie zugrunde, so gibt es jedoch keine Evidenz für die Hypothese eines Antragsrückgangs infolge einer Zunahme des funktionalen Analphabetismus. So hat sich der Anteil der Menschen mit funktionalem Analphabetismus (Alpha-Level 1-3) zwischen 2010 und 2018 sowohl in der Bevölkerung insgesamt als auch in der reha-intensiven Altersgruppe verringert. Siehe Grotlüschen, A., K. Buddeberg, G. Dutz, L. Heilmann, C. Stammer (2019), LEO 2018 – Leben mit geringer Literalität, Pressebroschüre, Hamburg. Online unter: <http://blogs.epb.uni-hamburg.de/leo>.

<p>Arbeitsplatzbezogene Sorge bei Antritt einer Reha-Maßnahme</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zunehmende Status-Unsicherheit bei älteren Beschäftigten ▪ Zunehmende(s) Verantwortung(sgefühl) der Beschäftigten aufgrund von Jobverdichtung und Fachkräftemangel ▪ Verbreitung atypischer, prekärer Beschäftigungsverhältnisse 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antragsrückgang sollte bei allen Maßnahmenarten (außer AHB) ähnlich sein ▪ <i>Versichertenbefragung</i> ▪ <i>Befragung der Beratungsstellen</i> ▪ <i>Entwicklung des Anteils von Menschen in prekären Beschäftigungsverhältnissen⁴</i>
---	--

© Prognos 2019

Tabelle 5: Perspektive der Ärztinnen und Ärzte

Einflussfaktoren und Hypothesen zum Antragsrückgang und Zugang zur Prüfung

Einflussfaktoren und Hypothesen	Mögliche Auswirkungen auf Reha-Anträge und empirischer Zugang
<p>Hoher Aufwand der Antragstellung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Arbeitsverdichtung in der Ärzteschaft lässt weniger Zeit für Antragstellung ▪ Digitalisierung in den Arztpraxen macht Antragsverfahren der DRV unattraktiv <p>Unzureichende Kenntnis der Reha-Angebote sowie ihrer Wirksamkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Status und Stellenwert der Rehabilitationsmedizin ist in Studium und Praxis gesunken 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antragsrückgang sollte bei allen Maßnahmenarten (außer AHB) ähnlich sein ▪ <i>Befragung der Ärztinnen und Ärzte</i> ▪ <i>Befragung der Beratungsstellen</i> ▪ <i>Entwicklung der Zahl der Patientinnen und Patienten pro Hausarzt</i>
<p>Geringe Erfolgserwartungen an die Antragstellung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bewilligungspraxis wird als restriktiver wahrgenommen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Befragung der Ärztinnen und Ärzte</i> ▪ <i>Befragung der Beratungsstellen</i> ▪ <i>Entwicklung der Bewilligungsquoten</i>
<p>Arzt als Gatekeeper zur Rehabilitation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verschiebung der Morbidität zu psychischen Erkrankungen kann von der Versorgung nicht adäquat aufgenommen werden: Zu wenige Psychotherapeutinnen und -therapeuten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antragsrückgang bei Muskel-Skelett-Erkrankungen fällt höher als, als der Zugewinn bei psychischen Erkrankungen ▪ <i>Versichertenbefragung</i> ▪ <i>Befragung der Beratungsstellen</i> ▪ <i>Entwicklung der Zahl der psychotherapeutischen Versorgungsdichte</i>

© Prognos 2019

⁴ Daten zu prekären oder atypischen Beschäftigungsverhältnissen sind grundsätzlich als regionale Zeitreihen verfügbar. Gemessen an der Entwicklung der prekären oder atypischen Beschäftigung gibt es für den Betrachtungszeitraum jedoch keine empirische Evidenz für die These eines Antragsrückgangs infolge einer zunehmenden Sorge um den Arbeitsplatz. So ist eine Zunahme der prekären Beschäftigung vor allem in der Phase des Anstiegs der (altersstandardisierten) Antragszahlen zu beobachten. In der Phase des Antragsrückgangs ist parallel zur insgesamt positiven Beschäftigungsentwicklung dagegen auch ein Rückgang der atypischen Beschäftigung festzustellen.

3 Epidemiologische Analyse

Im Rahmen der epidemiologischen Analyse werden die Entwicklung der altersstandardisierten Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation insgesamt und getrennt nach Maßnahmearten, Geschlecht und Regionen analysiert. Die Datengrundlage bildet ein Ausschnitt der Reha-Statistik-Datenbasis für die Jahre 2006 bis 2017 (Infobox). Für die Frage des Antragsrückgangs bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist zu berücksichtigen, dass für die epidemiologische Analyse mit der Reha-Statistik-Datenbasis die abgeschlossenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation herangezogen wurden (Infobox, Abschnitt 3.1).⁵

In Abschnitt 3.1 werden zunächst die zeitliche Entwicklung und die regionalen Unterschiede in der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dargestellt. Daran anschließend werden in Abschnitt 3.2 anhand weiterer Indikatoren verschiedene Hypothesen zur Erklärung der Entwicklung der Reha-Inanspruchnahme und des Rückgangs der Reha-Anträge untersucht. Zu diesen Hypothesen gehören die Morbidität, die medizinische Versorgungsdichte, die regionale Sozialstruktur, aber auch institutionelle Faktoren oder die Zuwanderung nach Deutschland.⁶

i

Datengrundlage für die epidemiologische Analyse

Für die epidemiologische Analyse wird ein Ausschnitt der Reha-Statistik-Datenbasis der DRV Bund verwendet. Die Querschnittsdaten enthalten alle Fälle mit abgeschlossenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für die Jahre 2006 bis 2017. Für jeden Fall stehen dabei die folgenden Angaben zur Verfügung:

- Alter
- Geschlecht
- Antragsart
- Maßnahmeart
- Entlassungsdiagnose
- Wohnort.

Für die Altersstandardisierung der Inanspruchnahme wurden zusätzlich die folgenden Datenquellen berücksichtigt:

- Daten der DRV Bund zur Anzahl der aktiv Versicherten am Jahresende nach Alter, Geschlecht und Wohnort für die Jahre 2005 bis 2016.
- Daten der DRV Bund zum Rentenbestand am Jahresende nach Alter, Geschlecht und Wohnort für die Jahre 2005 bis 2016.

⁵ Anträge eignen sich schlechter als abgeschlossene Leistungen als Grundlage für eine epidemiologische Analyse, da sie bis zum Jahr 2018 nur als Summenstatistik mit erheblichen Einschränkungen in Breite und Tiefe von Merkmalen (nur 5 Altersgruppen) vorliegt. Zudem enthält diese Statistik Mehrfachzählungen aufgrund von Weiterleitungen und kennt keine Unterscheidung in Rehabilitationen nach § 15 und § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI.

⁶ Im folgenden Abschnitt werden Vorgehen und Ergebnisse der epidemiologischen Analyse möglichst knapp und anschaulich zusammengefasst. Details enthält das separat erstellte Chartbook sowie eine separate Darstellung der Regressionsanalyse.

- Daten des Statistischen Bundesamts zum Bevölkerungsstand am Jahresende nach Alter, Geschlecht und Kreisen für die Jahre 2005 bis 2016.

Entsprechend der unterschiedlichen Zielgruppen (aktive Versicherte, Rentner, Kinder und Jugendliche) wird in den folgenden Analysen und Darstellungen unterschieden zwischen Leistungen an (aktiv) Versicherte, Leistungen zur onkologischen Rehabilitation nach § 31 SGB VI und Leistungen der Kinder- und Jugendrehabilitation. Bei den Leistungen an Versicherte wird ferner nach den folgenden Maßnahmearten differenziert:

- Leistungen an Versicherte insgesamt
- allgemeines Antragsverfahren
- Anschlussheilbehandlungen
- Ca-Leistungen nach § 15 SGB VI
- psychosomatischen Rehabilitationen
- Entwöhnungsbehandlungen

Neben der Abgrenzung nach der Art der Leistung liegt den Analysen für jede Versichertengruppe auch eine Abgrenzung nach dem Alter zugrunde. Infolge der geringen Anzahl an aktiv Versicherten ab 65 Jahren werden bei den Leistungen an Versicherte lediglich Fälle im Alter bis unter 65 Jahren berücksichtigt. Im Unterschied dazu werden bei den Ca-Leistungen an Rentner nach § 31 SGB VI lediglich Fälle ab einem Alter von 65 Jahren berücksichtigt.⁷ Bei den Kinder- und Jugendrehabilitationen werden dagegen lediglich Fälle bis zu einem Alter von unter 20 Jahren berücksichtigt.

Entsprechend der Abgrenzung der Versichertengruppen und der jeweiligen Altersabgrenzung werden für die Altersstandardisierung die folgenden Standardbevölkerung zugrunde gelegt:

- Leistungen an Versicherte: aktiv Versicherte bis unter 65 Jahre zum 31.12.2005.
- Ca-Leistungen nach § 31 SGB VI: Rentenbestand ab 65 Jahren zum 31.12.2005.
- Kinder- und Jugendrehabilitationen: Einwohner unter 20 Jahren zum 31.12.2005.

3.1 Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Im Folgenden wird die Entwicklung der altersstandardisierten Inanspruchnahmerate von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation insgesamt und differenziert nach Merkmalen für den Zeitraum 2006 bis 2017 dargestellt. Abschnitt 3.1.1 konzentriert sich dabei auf die Unterschiede und Gemeinsamkeiten in der zeitlichen Entwicklung nach Maßnahmearten, Geschlecht und Regionen. Daran anschließend werden in Abschnitt 3.1.2 die regionalen Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Reha-Leistungen dargestellt.

⁷ Neben Rentnern haben auch Familienangehörige von Versicherten grundsätzlich einen Anspruch auf Leistungen nach § 31 SGB VI. Allerdings entfallen auf die Gruppe der Leistungsberechtigten lediglich 1 bis 2 Prozent der Rehabilitationen nach § 31 SGB VI.

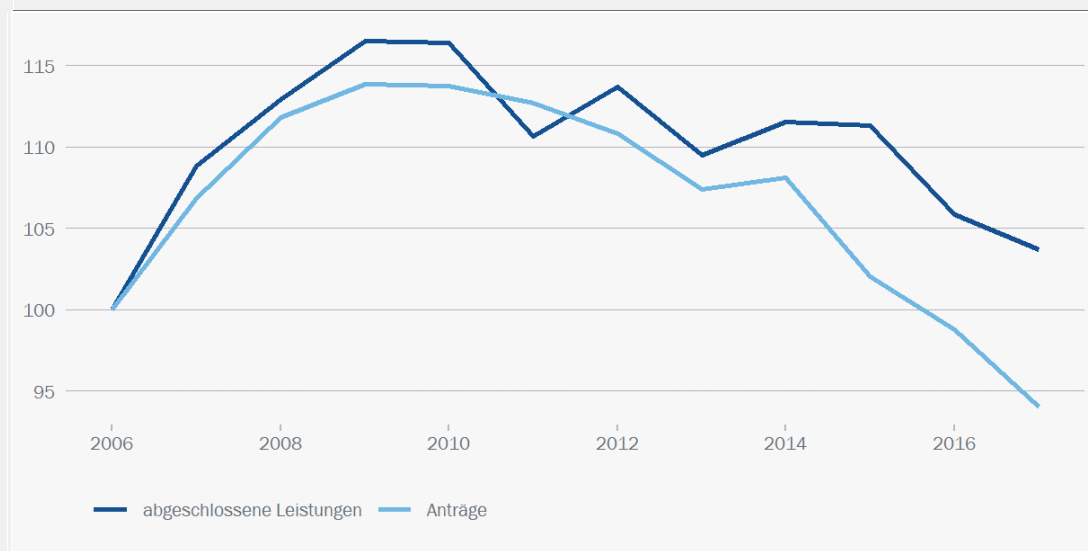
i

Anträge und Leistungen im Vergleich

Ziel des Forschungsgutachtens ist die Analyse des Antragsrückgangs bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Eine epidemiologische oder statistische Analyse zu den Ursachen des Antragsrückgangs ist jedoch aufgrund der Nachteile der Antragsstatistik nur auf der Grundlage der abgeschlossenen Leistungen möglich.⁸ Vor diesem Hintergrund wurde überprüft, inwiefern die Analyse zur Entwicklung der Inanspruchnahme geeignet ist, um Rückschlüsse auf die Ursachen des Antragsrückgangs zu ziehen.

Abbildung 4: Abgeschlossene Leistungen und Anträge zur medizinischen Rehabilitation im Vergleich*

2006 bis 2017, altersstandardisierte Antrags- bzw. Inanspruchnahmerate je 10.000 Versicherte, 2006 = 100



* Abgeschlossene Leistungen an Versicherte ohne Leistungen der Kinder- und Jugendrehabilitation und Leistungen zur onkologischen Rehabilitation nach § 31 SGB VI. Standardisierungsbevölkerung: Aktiv Versicherte unter 65 Jahren insgesamt am 31.12.2005. Die Daten zur Entwicklung der altersstandardisierten Antragsrate wurden von der DRV Bund zur Verfügung gestellt.

Quelle: DRV Bund, eigene Berechnungen

Insgesamt kann die Entwicklung der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die wesentlichen Trends der Entwicklung der Reha-Anträge nachzeichnen (Abbildung 4). Bis zum Jahr 2010 verläuft die Entwicklung der Inanspruchnahme etwas dynamischer. Im Zeitraum nach 2010 verläuft die Entwicklung dagegen – mit Ausnahme der größeren Abweichungen in den Jahren 2011 und 2015 – weitestgehend parallel. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Zusammenhang in einzelnen Jahren und für einzelne Maßnahmentypen nicht perfekt ist und die Entwicklung der Reha-Inanspruchnahme nicht allein durch die Entwicklung der Antragsrate, sondern auch

⁸ Siehe hierzu auch Fußnote 5.

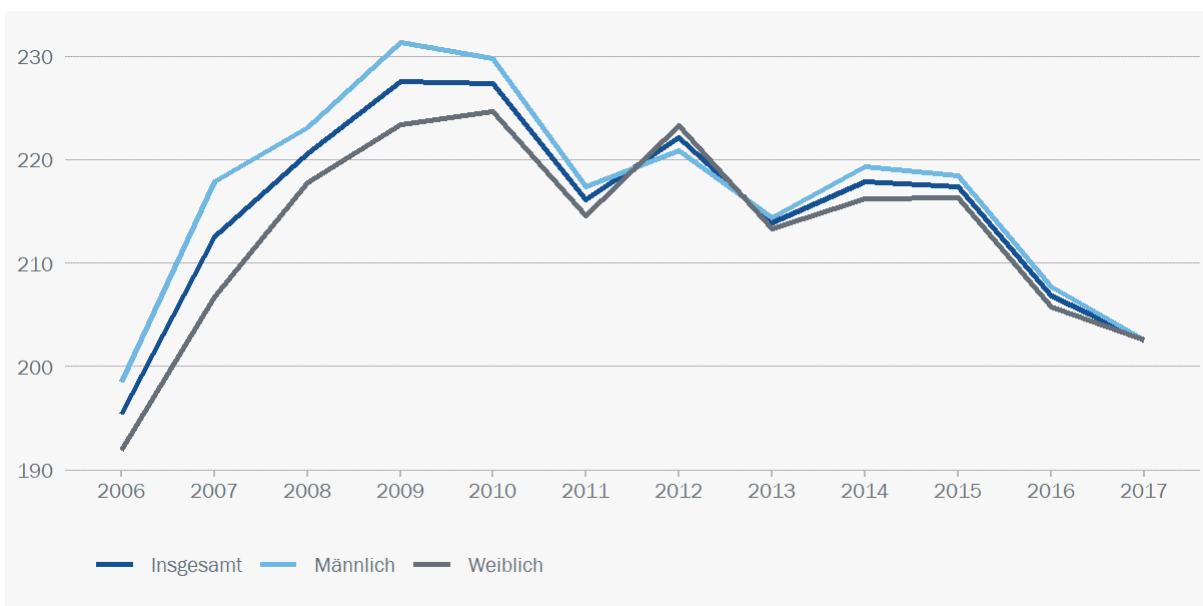
durch andere Faktoren wie bspw. die zeitliche Verzögerung zwischen Antragsstellung, Bewilligung, Antritt und Abschluss einer Reha-Maßnahme sowie die institutionellen Rahmenbedingungen, wie bspw. Schwankungen der Bewilligungsquote, geprägt wird.

3.1.1 Entwicklung der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

In Abbildung 5 ist die Entwicklung der altersstandardisierten Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation an Versicherte in Deutschland für die Jahre 2006 bis 2017 dargestellt. Insgesamt kann die Entwicklung in zwei Phasen oder Zeiträume unterteilt werden. Zwischen 2006 und 2009 lässt sich ein deutlicher Anstieg der Leistungsanspruchnahme feststellen. In diesem Zeitraum ist die Inanspruchnahme um 16 Prozent (5,2 Prozent pro Jahr) gestiegen und erreichte ihren Höhepunkt im Jahr 2009 mit 228 Fällen je 10.000 Versicherte. Zwischen 2010 und 2017 ist hingegen ein Rückgang zu verzeichnen. Die altersstandardisierte Inanspruchnahme ist dabei um 11 Prozent (1,4 Prozent pro Jahr) gesunken, lag mit 203 Fällen je 10.000 Versicherte im Jahr 2017 jedoch noch über dem Niveau des Jahres 2006 (195 Fälle je 10.000 Versicherte). In den Jahren 2011, 2013 und 2016 fiel der Rückgang besonders deutlich aus.

Abbildung 5: Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Deutschland insgesamt*

2006 bis 2017, altersstandardisierte Inanspruchnahmerate je 10.000 Versicherte*



* Abgeschlossene Leistungen an Versicherte ohne Leistungen der Kinder- und Jugendrehabilitation und Leistungen zur onkologischen Rehabilitation nach § 31 SGB VI. Standardisierungsbevölkerung: Aktiv Versicherte unter 65 Jahren insgesamt am 31.12.2005.

Nach Geschlecht sind nur geringe Unterschiede zwischen der Entwicklung der Inanspruchnahmerate von Männern und Frauen zu beobachten. Bis einschließlich 2010 lag die Inanspruchnahmerate der männlichen Versicherten über derjenigen der weiblichen Versicherten. Seit 2011 hat sich die standardisierte Inanspruchnahme zwischen den beiden Geschlechtern jedoch angeglichen.

Maßnahmearten

Die Entwicklung der altersstandardisierten Inanspruchnahmerate von Reha-Leistungen nach Maßnahmearten zeigt neben Ähnlichkeiten zum Gesamttrend für einzelne Maßnahmearten auch größere Unterschiede. Im Folgenden wird die Entwicklung der Inanspruchnahme für insgesamt fünf Maßnahmearten analysiert:⁹

- Anschlussheilbehandlungen
- Entwöhnungsbehandlungen
- Psychosomatische Rehabilitationen (ohne Sucht)
- Onkologische Rehabilitation (Ca-Leistungen)
- Kinder und Jugendrehabilitationen

Bei den Maßnahmen zur onkologischen Rehabilitation wird weiterhin unterschieden zwischen

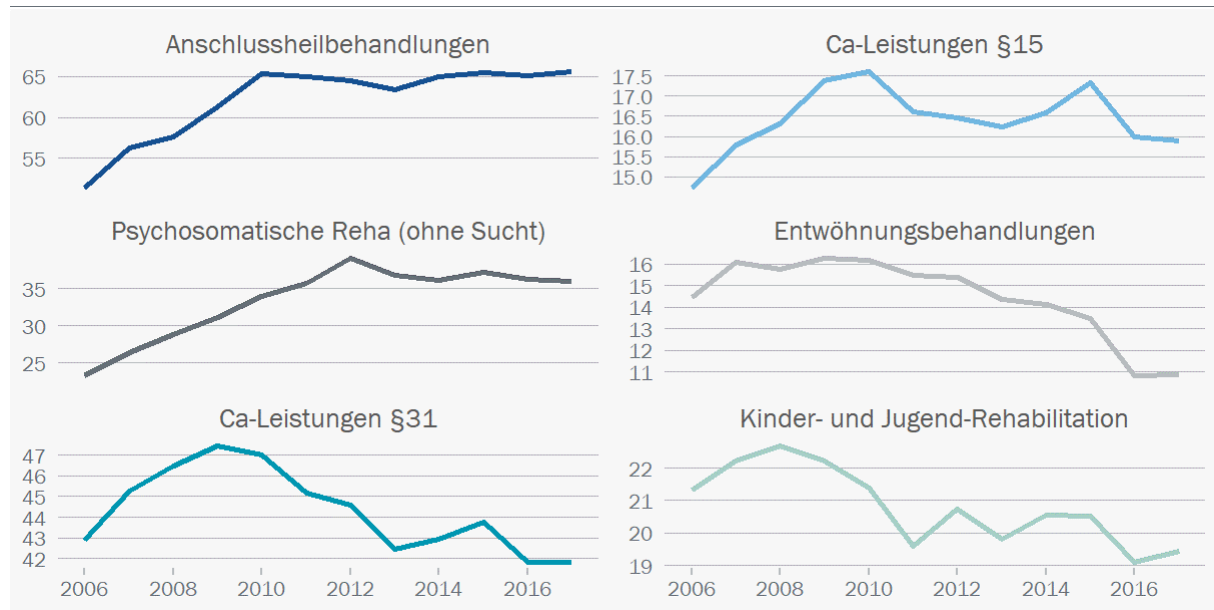
- Leistungen nach § 15 SGB VI und
- Leistungen nach § 31 SGB VI.

Auch nach Maßnahmearten kann die Entwicklung in zwei Phasen unterteilt werden (Abbildung 6).

⁹ Aufgrund der geringen Unterschiede zwischen der Entwicklung der Leistungen aus dem allgemeinen Antragsverfahren und den Leistungen insgesamt, werden diese bei der Differenzierung nach Maßnahmearten nicht separat betrachtet.

Abbildung 6: Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach Maßnahmearten

2006 bis 2017, altersstandardisierte Inanspruchnahmerate je 10.000 Versicherte*



* Kinder- und Jugendrehabilitationen: je 10.000 Einwohner unter 20 Jahren; Ca-Leistungen nach § 31 SGB VI: je 10.000 Rentner ab 65 Jahren.

Quelle: DRV Bund, eigene Berechnungen

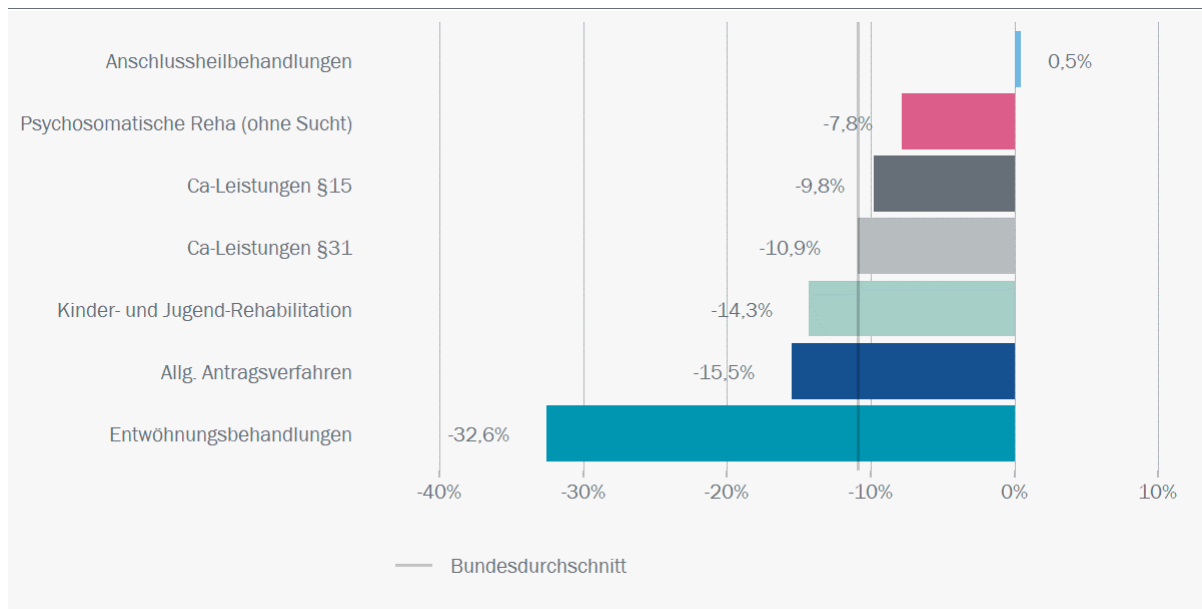
© Prognos 2019

Für alle Maßnahmearten ist zu Beginn des Betrachtungszeitraums ein Anstieg der Inanspruchnahmerate zu beobachten, gefolgt von einer Trendumkehr bzw. einem Trendbruch. Diese Trendumkehr setzt bei der Kinder- und Jugendrehabilitation bereits nach 2008 ein, bei der psychosomatischen Reha dagegen erst nach 2012.

Bei den Anschlussheilbehandlungen spiegelt sich die Trendumkehr jedoch nicht in einem Rückgang, sondern nur in einer Stagnation der Inanspruchnahme wider (Abbildung 7). Für die anderen Maßnahmearten ist dagegen wie im Gesamttrend ein Rückgang zu beobachten. Lediglich unterdurchschnittlich zurückgegangen sind die Leistungen zur psychosomatischen Rehabilitation und die Ca-Leistungen nach § 15 SGB VI. Bei allen anderen Antrags- und Maßnahmearten liegt der Rückgang dagegen über dem Durchschnitt. Der mit Abstand größte Rückgang ist bei den Entwöhnungsbehandlungen zu beobachten.

Abbildung 7: Rückgang der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach Maßnahmearten

2010 bis 2017*, Veränderung der altersstandardisierten Inanspruchnahmerate je 10.000 Versicherte**



* Entsprechend des Zeitpunktes der Trendumkehr ist für die Kinder- und Jugendrehabilitation die Veränderung zwischen 2008 und 2017, für die psychosomatische Rehabilitation zwischen 2012 und 2017 dargestellt.

** Kinder- und Jugendrehabilitationen: je 10.000 Einwohner unter 20 Jahren; Ca-Leistungen nach § 31 SGB VI: je 10.000 Rentner im Alter ab 65 Jahren.

Quelle: DRV Bund, eigene Berechnungen

© Prognos 2019

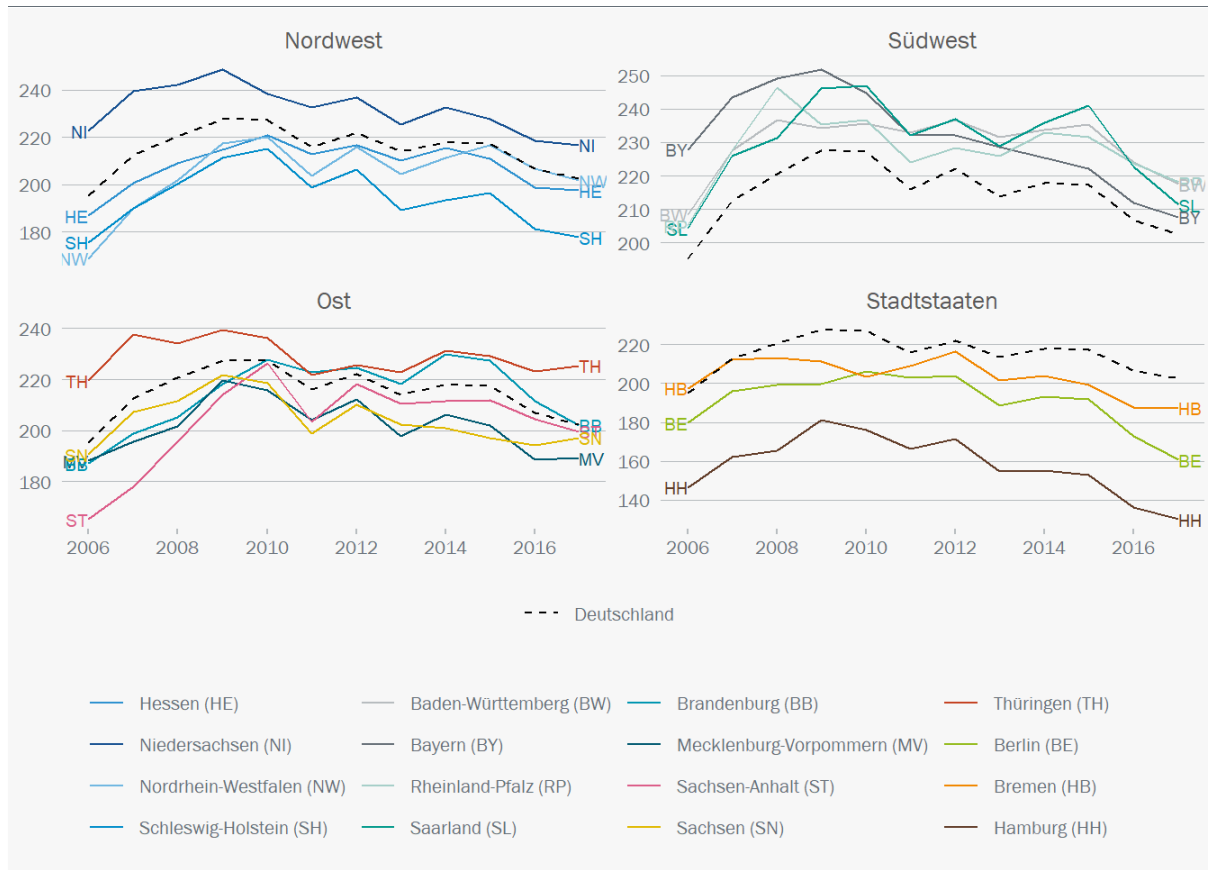
Wie im Gesamttrend sind auch für die einzelnen Maßnahmearten teils deutliche Rückgänge und Anstiege in einzelnen Jahren festzustellen. Diese Gemeinsamkeit ist ein Indiz dafür, dass die Entwicklung der Reha-Inanspruchnahme in den vergangenen Jahren durch Faktoren beeinflusst wurde, welche nicht nur einzelne Maßnahmearten, sondern das Reha-Geschehen insgesamt betroffen haben. Ein weiteres Indiz für diese These ist, dass auch nach Maßnahmearten nur geringe Unterschiede in der zeitlichen Entwicklung nach Geschlecht festzustellen sind, obwohl nach Maßnahmearten signifikante Unterschiede im Niveau der Inanspruchnahme zwischen Männern und Frauen zu beobachten sind.

Regionen

Bei der Entwicklung der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zeigen sich auch nach Regionen große Unterschiede (Abbildung 8). Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt sind die Flächenländer im Südwesten (Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz Saarland) durch eine überdurchschnittliche Inanspruchnahme, die Stadtstaaten dagegen durch eine unterdurchschnittliche Inanspruchnahme charakterisiert. Insbesondere in Hamburg ist im Bundesländervergleich eine deutliche unterdurchschnittliche Inanspruchnahme zu beobachten. In den Flächenländern im Nordwesten (Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein) und im Osten liegt die Inanspruchnahme dagegen teils über und teils unter dem Bundesdurchschnitt.

Abbildung 8: Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach Bundesländern

2006 bis 2017, altersstandardisierte Inanspruchnahme je 10.000 Versicherte



Abgeschlossene Leistungen an Versicherte ohne Leistungen der Kinder- und Jugendrehabilitation und Leistungen zur onkologischen Rehabilitation nach § 31 SGB VI. Standardisierungsbevölkerung: Aktiv Versicherte unter 65 Jahren insgesamt am 31.12.2005.

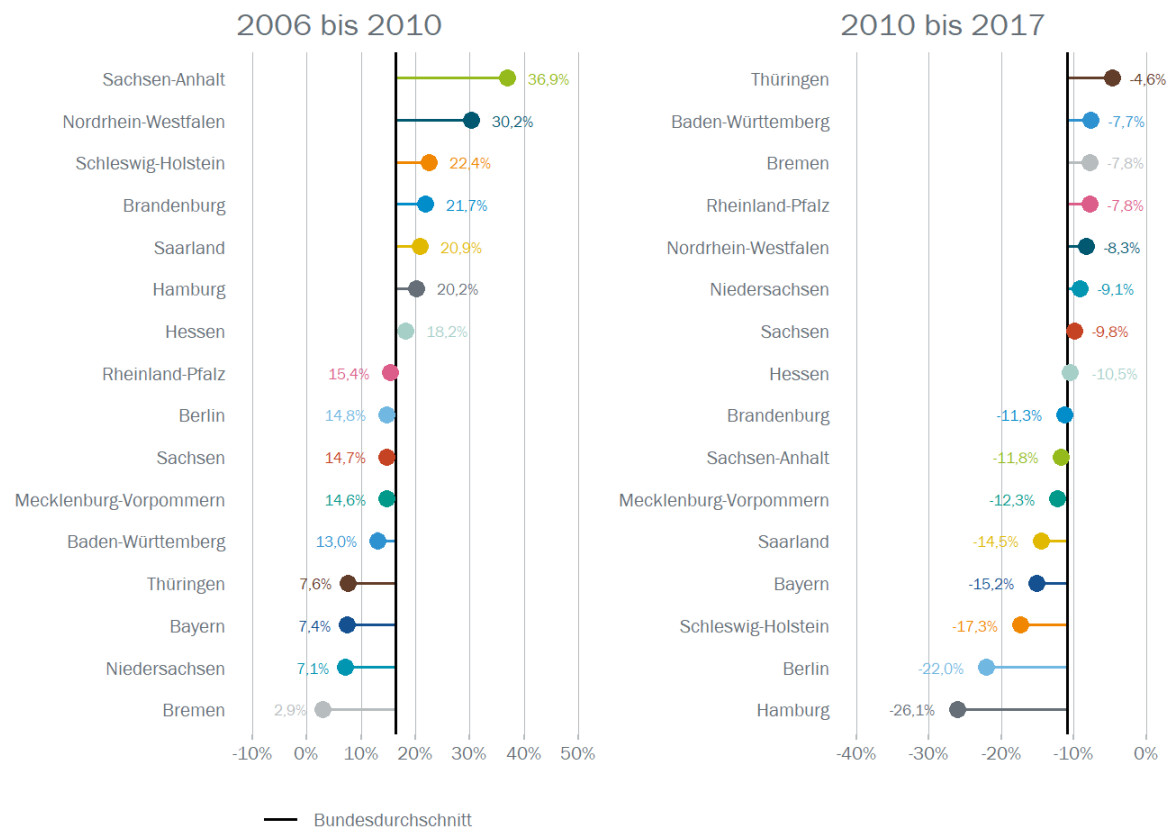
Quelle: DRV Bund, eigene Berechnungen

© Prognos 2019

In der zeitlichen Entwicklung ist insgesamt festzustellen, dass die Entwicklung in den Bundesländern weitestgehend dem Bundestrend folgt. In allen Bundesländern hat die Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der zweiten Hälfte der 2000er Jahre zugenommen und ist seit Beginn der 2010er Jahre wieder zurückgegangen. Unterschiede bestehen jedoch hinsichtlich des Zeitpunktes der Trendumkehr und des Ausmaßes der Veränderungen in den beiden Zeiträumen. Orientiert man sich am Jahr 2010 als Zeitpunkt der Trendumkehr im Bundesdurchschnitt, so ist in Sachsen-Anhalt und Nordrhein-Westfalen eine spürbar überdurchschnittliche Zunahme zwischen 2006 und 2010 zu beobachten (Abbildung 9). Hingegen liegt der Rückgang zwischen 2010 und 2017 in den Stadtstaaten Hamburg und Berlin, aber auch in Schleswig-Holstein, Bayern, Saarland über dem Bundesdurchschnitt. In anderen Bundesländern – Thüringen, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Bremen – fällt der Rückgang hingegen schwächer aus.

Abbildung 9: Rückgang der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach Bundesländern und Zeiträumen

Veränderung der altersstandardisierten Inanspruchnahme je 10.000 Versicherte, in %



Abgeschlossene Leistungen an Versicherte ohne Leistungen der Kinder- und Jugendrehabilitation und Leistungen zur onkologischen Rehabilitation nach § 31 SGB VI. Standardisierungsbevölkerung: Aktiv Versicherte unter 65 Jahren insgesamt am 31.12.2005.

Quelle: DRV Bund, eigene Berechnungen

© Prognos 2019

Wie im Bundestrend sind auch in den meisten Bundesländern nur geringe Unterschiede nach Geschlecht festzustellen. Größere Unterschiede im Ausmaß des Rückgangs ergeben sich für den Zeitraum 2010 bis 2017 lediglich im Saarland sowie in Nordrhein-Westfalen, Bremen, Brandenburg und Berlin, wobei der Rückgang der Reha-Inanspruchnahme bei den Männern jeweils stärker ist.

Größere Unterschiede zeigen sich in den Bundesländern nach Maßnahmearten (Abbildung 10).

Abbildung 10: Rückgang der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach Bundesländern und Maßnahmearten

2010 bis 2017*, Veränderung der altersstandardisierten Inanspruchnahme je 10.000 Versicherte**, in %



Das Diagramm stellt den Rückgang der altersstandardisierten Inanspruchnahmerate nach Bundesländern und Maßnahmearten im Vergleich zum Bundesdurchschnitt dar. Die durchgezogene Linie entspricht dem Rückgang der Leistungen an Versicherte insgesamt, die größeren Punkte dem Rückgang nach Maßnahmearten im Bundesdurchschnitt. Die kleineren Punkte entsprechen jeweils einem Bundesland. Um ein Überlagern (Overplotting) zu verhindern, sind die Beobachtungen für die Bundesländer vertikal versetzt dargestellt.

* Entsprechend des Zeitpunktes der Trendumkehr ist für die Kinder- und Jugendrehabilitation die Veränderung zwischen 2008 und 2017, für die psychosomatische Rehabilitation zwischen 2012 und 2017 dargestellt.

** Kinder- und Jugendrehabilitationen: je 10.000 Einwohner unter 20 Jahren; Ca-Leistungen nach § 31 SGB VI: je 10.000 Rentner ab 65 Jahren.

Quelle: DRV Bund, eigene Berechnungen

© Prognos 2019

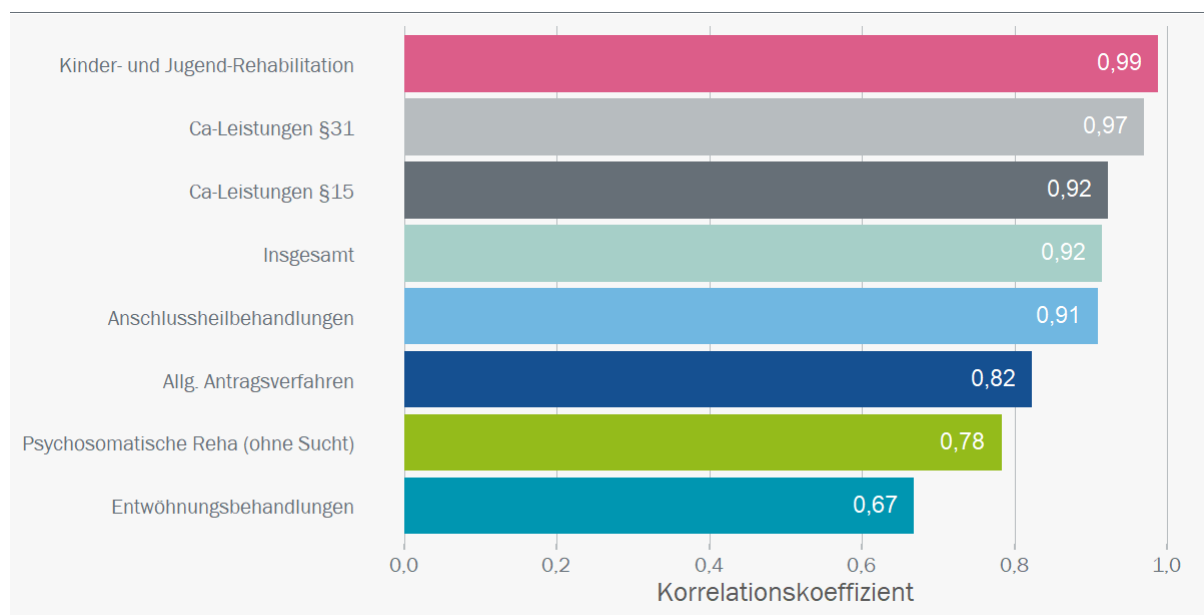
Für die meisten Maßnahmearten entspricht die Spannweite der Unterschiede weitestgehend derjenigen für die Reha-Inanspruchnahme insgesamt. Lediglich bei den Entwöhnungsbehandlungen und der psychosomatischen Reha fallen die Unterschiede größer aus. Große Abweichungen vom Bundestrend sind bei der psychosomatischen Reha in Hamburg und bei den Entwöhnungsbehandlungen in Sachsen festzustellen. Für die anderen Maßnahmearten fallen insbesondere die spürbare Zunahme der Inanspruchnahme von Anschlussheilbehandlungen in Thüringen und die

Stagnation bzw. leichte Zunahme der Inanspruchnahme von Ca-Leistungen in Nordrhein-Westfalen als Abweichungen vom Bundestrend in den Blick.

Trotz dieser Unterschiede ergibt ein statistischer Test, dass die Entwicklung der Inanspruchnahmerate in den Bundesländern sowohl für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation insgesamt als auch nach Maßnahmentearten durch einen ähnlichen Trend charakterisiert ist.⁴⁰ Auch die hohe Korrelation zwischen der Inanspruchnahmerate in den Jahren 2010 und 2017 zeigt, dass die Unterschiede zwischen den Bundesländern sowohl für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation insgesamt als auch nach Maßnahmentearten zwischen 2010 und 2017 weitestgehend erhalten bleiben (Abbildung 11). Nach Maßnahmentearten weist der geringere Korrelationskoeffizient insbesondere für die Entwöhnungsbehandlungen sowie für die Leistungen aus dem allgemeinen Antragsverfahren und der psychosomatischen Reha auf größere Verschiebungen zwischen den Bundesländern hin.

Abbildung 11: Korrelation zwischen der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in den Bundesländern

2010 und 2017*, altersstandardisierte Inanspruchnahmerate je 10.000 Versicherte**



* Entsprechend des Zeitpunktes der Trendumkehr ist für die Kinder- und Jugendrehabilitation die Veränderung zwischen 2008 und 2017, für die psychosomatische Rehabilitation zwischen 2012 und 2017 dargestellt.

** Kinder- und Jugendrehabilitationen: je 10.000 Einwohner unter 20 Jahren; Ca-Leistungen nach § 31 SGB VI: je 10.000 Rentner ab 65 Jahren.

Quelle: DRV Bund, eigene Berechnungen

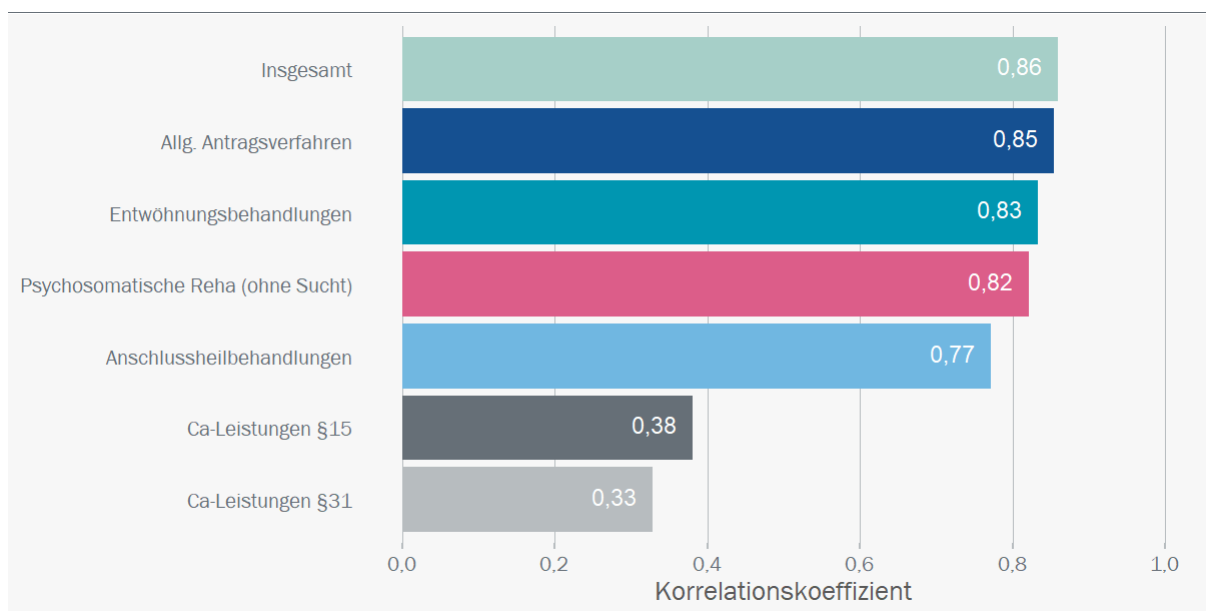
© Prognos 2019

⁴⁰ Um auf Trendunterschiede zwischen den Bundesländern zu testen wurde die altersstandardisierte Inanspruchnahmerate je 10.000 Versicherte getrennt nach Maßnahmentearten auf einen Zeittrend sowie einen Interaktionsterm zwischen Zeittrend und einer Indikatorvariablen für das Bundesland regressiert. Zur Berücksichtigung der Niveauunterschiede nach Geschlecht und nach Bundesländern, wurden in die Regression zusätzlich Indikatorvariablen für das Geschlecht und das Bundesland einbezogen. Die geschätzten Koeffizienten für den Interaktionsterm zwischen dem Zeittrend und dem Bundesland sind dabei nur in wenigen Fällen signifikant von Null verschieden. Bei Anschlussheilbehandlungen, Ca-Leistungen nach § 15 SGB VI, Entwöhnungsbehandlungen sowie Kinder- und Jugendrehabilitationen in drei Fällen, bei psychosomatischen Rehabilitationen in einem Fall.

Die Differenzierung nach Geschlecht zeigt größere Trendunterschiede bei der Entwicklung der Reha-Inanspruchnahme der Frauen. Gleichzeitig lässt die Korrelation zwischen der *Veränderung* der Inanspruchnahmerate auf einen hohen Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme von Männern und Frauen schließen. Dies bestätigt, dass die Entwicklung der Inanspruchnahmerate von Frauen und Männern auch in den Bundesländern einem ähnlichen Trend folgt. Eine Ausnahme bilden die Ca-Leistungen. Sowohl für die Ca-Leistungen an aktiv Versicherte nach §15 SGB VI als auch die Ca-Leistungen an Rentner nach §31 SGB VI ist nur eine geringe Korrelation festzustellen, was auf größere Trendunterschiede zwischen den Geschlechtern hinweist (Abbildung 12).

Abbildung 12: Korrelation zwischen dem Rückgang der Reha-Inanspruchnahme bei Frauen und Männern nach Maßnahmearten

Bundesländer, Veränderung der altersstandardisierten Inanspruchnahmerate je 10.000 Versicherte* zwischen 2010 und 2017**



* Kinder- und Jugendrehabilitationen: je 10.000 Einwohner unter 20 Jahren; Ca-Leistungen nach § 31 SGB VI: je 10.000 Rentner ab 65 Jahren.

** Entsprechend des Zeitpunktes der Trendumkehr ist für die Kinder- und Jugendrehabilitation die Veränderung zwischen 2008 und 2017, für die psychosomatische Rehabilitation zwischen 2012 und 2017 dargestellt.

Quelle: DRV Bund, eigene Berechnungen

© Prognos 2019

Für den Zeitraum zwischen den Jahren 2010 und 2017 erlauben die Daten der Reha-Statistik-Datenbasis neben der Perspektive der Bundesländer auch eine Analyse der regionalen Entwicklung der Inanspruchnahmerate von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auf Ebene der kleinräumigeren Raumordnungsregionen. Insgesamt ergibt die Analyse für die Raumordnungsregionen nur geringe Unterschiede zur Entwicklung auf Bundeslandebene. Erwartungsgemäß ist die Spannweite der Unterschiede nach Raumordnungsregionen jedoch größer, was sich beispielsweise in einer geringeren Korrelation zwischen der Inanspruchnahmerate in den Jahren 2010 und 2017 zeigt. Im Vergleich zu den Bundesländern sind in den Raumordnungsregionen generell größere Trendunterschiede bei den Frauen festzustellen, bei den Männern lediglich bei Ca-Leistungen nach § 15 SGB VI.

Die Perspektive der Raumordnungsregionen erlaubt zusätzlich eine Differenzierung nach Bundesland- und nach Regionentyp. Nach Bundeslandtyp ergibt sich für die Stadtstaaten ein überdurchschnittlicher Rückgang der Reha-Inanspruchnahme. Für die ostdeutschen und die westdeutschen Flächenländern zeigen sich bei Reha-Leistungen insgesamt nur geringe, nach Maßnahmentearten dagegen größere Unterschiede. Mit Ausnahme der Anschlussheilbehandlungen und der Entwöhnungsbehandlungen ist in den ostdeutschen Flächenländern ein überdurchschnittlicher Rückgang festzustellen. Die Inanspruchnahme von Entwöhnungsbehandlungen ist im Osten dagegen nur unterdurchschnittlich zurückgegangen, während Anschlussheilbehandlungen überdurchschnittlich zugenommen haben. Neben den Unterschieden zwischen Ost und West sind im Osten größere Trendunterschiede bei der Entwicklung der Reha-Inanspruchnahme insgesamt, Anschlussheilbehandlungen und psychosomatischen Rehabilitationen zu beobachten, im Westen dagegen bei Kinder- und Jugendrehabilitationen.

Die Differenzierung nach Regionentyp ergibt sowohl für die Reha-Inanspruchnahme insgesamt als auch nach Maßnahmentearten nur geringe Unterschiede im Rückgang der Reha-Inanspruchnahme zwischen eher ländlichen und eher städtischen Regionen. Lediglich für die Kinder- und Jugendrehabilitationen ist in Regionen mit Verstädterungstendenz ein geringerer Rückgang der Inanspruchnahme festzustellen. Größere Trendunterschiede sind lediglich für die Entwöhnungsbehandlungen in den Regionen mit Verstädterungstendenz festzustellen. Auch nach Geschlecht resultieren lediglich für Ca-Leistungen nach § 15 SGB VI wiederum in den Regionen mit Verstädterungstendenz größere, in städtischen Regionen dagegen geringere Trendunterschiede zwischen Männern und Frauen.

Fazit

Die Entwicklung der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation folgt sehr ähnlichen Trends. Generell kann die Entwicklung der Reha-Inanspruchnahme im Zeitraum 2006 bis 2017 in zwei Phasen unterteilt werden. Insgesamt, nach Maßnahmentearten, Regionen und Geschlecht zeigt sich eine Zunahme der Leistungsinanspruchnahme bis etwa 2010, gefolgt von einer Trendumkehr bzw. einem Trendbruch nach 2010. Unterschiede nach Maßnahmentearten spiegeln eher spezifische Trends, wie bspw. den generellen Anstieg der psychosomatischen Rehabilitation, wider. In der Masse der Regionen sind nur geringe Trendunterschiede festzustellen. Größere Trendunterschiede in einzelnen Regionen stellen daher eher die Ausnahme dar.

3.1.2 Regionale Unterschiede in der der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Der vorangehende Abschnitt hat die Entwicklung der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach Maßnahmentearten, Regionen und Geschlecht untersucht. Bereits dort zeigten sich Unterschiede im Niveau der Reha-Inanspruchnahme nach Bundesländern (Abbildung 8, Seite 26). Der folgende Abschnitt konzentriert sich daher auf die regionalen Unterschiede im Niveau der Inanspruchnahme von Reha-Maßnahmen – also auf die Abweichungen der Inanspruchnahme vom Bundesdurchschnitt nach Bundesländern und Raumordnungsregionen.

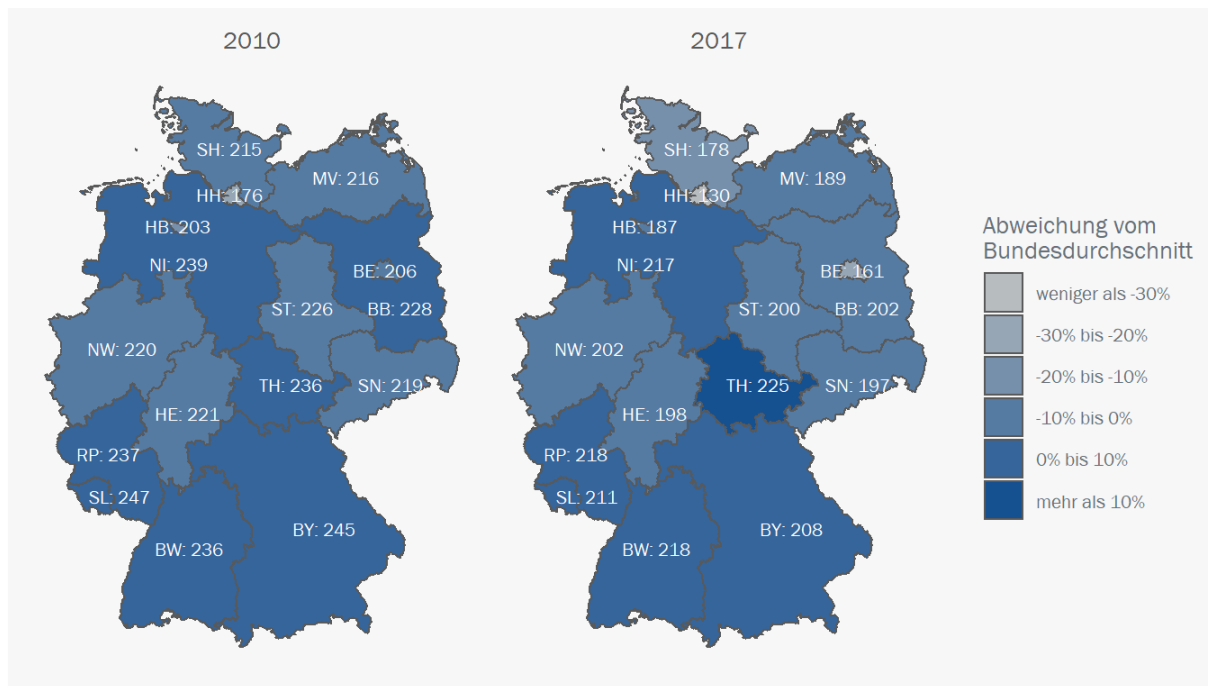
Regionale Unterschiede

Die Analyse der zeitlichen Entwicklung nach Regionen hat ergeben, dass im Zeitraum 2010 bis 2017 nur geringe Trendunterschiede zwischen den Regionen festzustellen sind. Entsprechend zeigt sich sowohl für die Reha-Inanspruchnahme insgesamt als auch nach Maßnahmentearten, dass

die Unterschiede in der Reha-Inanspruchnahme nach Bundesländern und Raumordnungsregionen in den Jahren 2010 und 2017 relativ robust sind (Abbildung 13).¹¹ Die folgende Analyse beschränkt sich daher im Wesentlichen auf das Jahr 2017.

Abbildung 13: Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Reha nach Bundesländern

2010 und 2017, altersstandardisierte Inanspruchnahmerate je 10.000 Versicherte*



Das Diagramm stellt die Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Reha nach Bundesländern für die Jahre 2010 und 2017 dar. Die Einfärbung der Bundesländer entspricht der Abweichung der Reha-Inanspruchnahme vom jeweiligen Bundesdurchschnitt, die Beschriftung der Bundesländer dagegen dem Wert der altersstandardisierten Inanspruchnahme je 10.000 Versicherte. * Abgeschlossene Leistungen an Versicherte ohne Leistungen der Kinder- und Jugendrehabilitation und Leistungen zur onkologischen Rehabilitation nach § 31 SGB VI. Standardisierungsbevölkerung: Aktiv Versicherte unter 65 Jahren insgesamt am 31.12.2005.

Quelle: DRV-RSD, eigene Berechnungen

© Prognos 2019

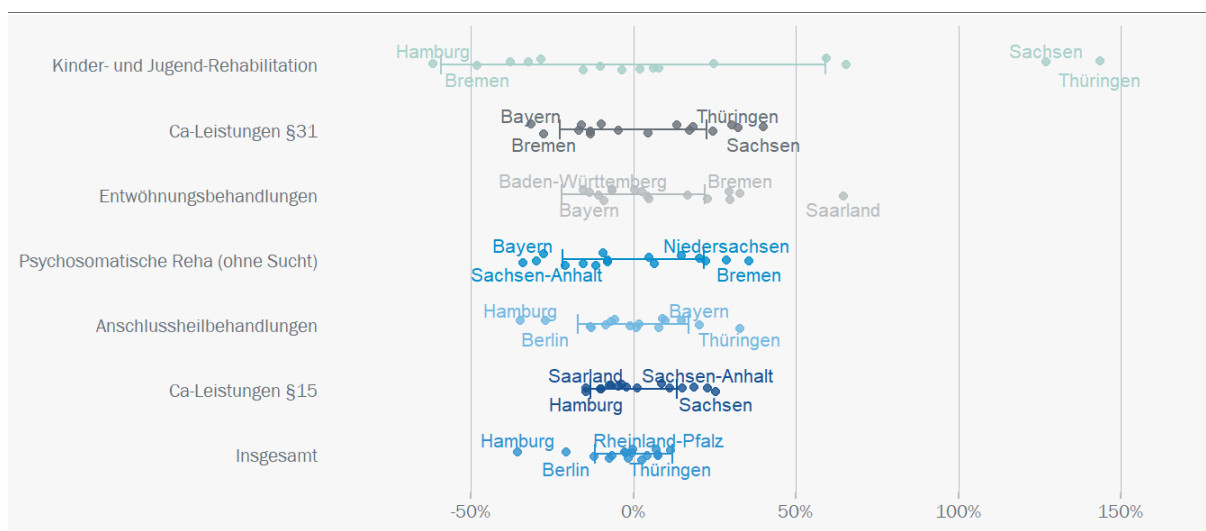
Die geringsten Unterschiede resultieren für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation insgesamt (Abbildung 14). Im Durchschnitt liegt die Reha-Inanspruchnahme in den Bundesländern im Bereich von rund +/- 12 Prozent um den Bundesdurchschnitt. In den Stadtstaaten Hamburg und

¹¹ Gemessen an der Standardabweichung zeigt sich für die Ca-Leistungen sowie die Kinder- und Jugend-Rehabilitationen ein Rückgang der Unterschiede zwischen den Bundesländern und den Raumordnungsregionen, für die anderen Maßnahmentypen und die Reha-Leistungen insgesamt dagegen eine Zunahme der Unterschiede.

Berlin weicht die Inanspruchnahme deutlicher vom Bundesdurchschnitt ab.¹² Nach Maßnahmentypen zeigen sich bei Kinder- und Jugendrehabilitationen die größten Unterschiede zwischen den Bundesländern. Auch bei Entwöhnungsbehandlungen, psychosomatischen Rehabilitationen und Ca-Leistungen nach § 31 SGB VI ergeben sich größere Unterschiede und Ausreißer. Die geringsten Unterschiede zeigen sich nach Maßnahmentypen bei den Ca-Leistungen nach § 15 SGB VI.

Abbildung 14: Regionale Unterschiede in der Reha-Inanspruchnahme nach Bundesländern und Maßnahmentypen

2017, altersstandardisierte Inanspruchnahmerate je 10.000 Versicherte*, Abweichung zum Bundesdurchschnitt in %



Das Diagramm stellt die Reha-Inanspruchnahme in den Bundesländern als Abweichungen vom Bundesdurchschnitt dar. Die Datenpunkte entsprechen jeweils einem Bundesland. Die Datenpunkte wurden vertikal versetzt zu vermeiden. Die als durchgezogene Linien dargestellten Fehlerbalken stellen die mittlere Abweichung um den Bundesdurchschnitt dar. Die Länge der Fehlerbalken entspricht der doppelten Standardabweichung.

* Kinder- und Jugendrehabilitationen: je 10.000 Einwohner unter 20 Jahren; Ca-Leistungen nach § 31 SGB VI: je 10.000 Rentner ab 65 Jahren.

Quelle: DRV-RSD, eigene Berechnungen

© Prognos 2019

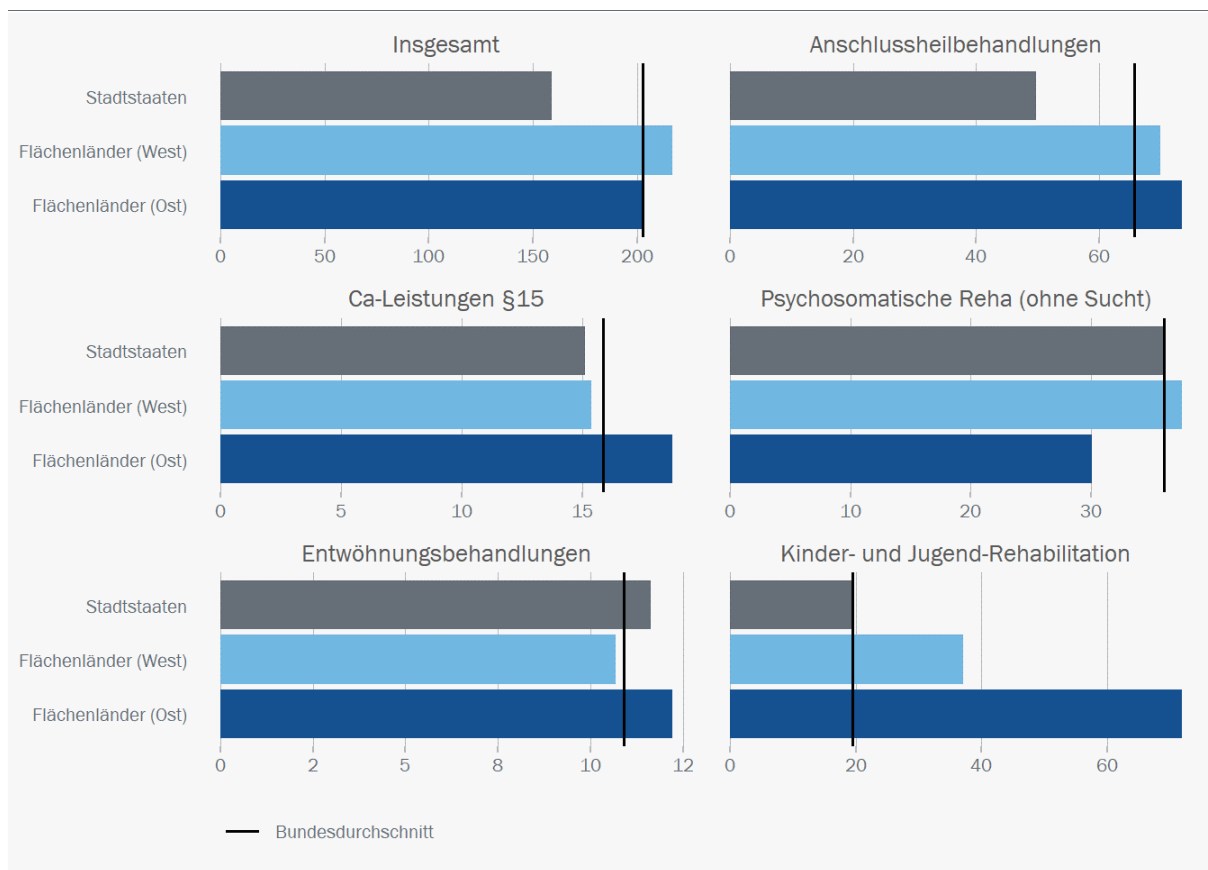
Die Ausreißer vom Bundesdurchschnitt lassen für einzelne Maßnahmentypen auf systematische Unterschiede nach Bundeslandtyp schließen (Abbildung 15). Neben der insgesamt geringeren Inanspruchnahme in den Stadtstaaten ergibt sich für die ostdeutschen Flächenländer eine überdurchschnittliche Inanspruchnahme bei Kinder- und Jugendrehabilitationen und Ca-Leistungen, dagegen nur eine unterdurchschnittliche Inanspruchnahme von psychosomatischen Rehabilitationen. Für die Stadtstaaten sind mit Ausnahme der Kinder- und Jugendrehabilitationen sowie der Anschlussheilbehandlungen nach Maßnahmentypen nur geringe Unterschiede zu den westdeutschen Flächenländern festzustellen. Darüber hinaus zeigt die Analyse nach Bundeslandtyp in den

¹² Entsprechend fallen die Unterschiede zwischen den Bundesländern bei Nicht-Berücksichtigung der Stadtstaaten mit einer Standardabweichung von rund +/- 7 Prozent um den Bundesdurchschnitt deutlich geringer aus. Die Nicht-Berücksichtigung der Stadtstaaten spiegelt sich auch bei den Anschlussheilbehandlungen und den Leistungen aus dem allgemeinen Antragsverfahren in einer spürbaren geringeren Standardabweichung wider. Für die anderen Maßnahmentypen zeigt sich dagegen nur ein geringer Einfluss der Stadtstaaten auf das Ausmaß der regionalen Unterschiede.

ostdeutschen Regionen größere Ähnlichkeiten im Inanspruchnahmeverhalten als in den westdeutschen Regionen. Lediglich bei Kinder- und Jugendrehabilitationen ist in den ostdeutschen Regionen eine größere Streuung der Inanspruchnahme von Reha-Leistungen festzustellen.

Abbildung 15: Regionale Unterschiede in der Reha-Inanspruchnahme nach Bundeslandtyp und Maßnahmearten

Jahr 2017, altersstandardisierten Inanspruchnahmerate je 10.000 Versicherte*, Durchschnitt der Raumordnungsregionen nach Bundeslandtyp**



* Kinder- und Jugendrehabilitationen: je 10.000 Einwohner unter 20 Jahren; Ca-Leistungen nach § 31 SGB VI: je 10.000 Rentner ab 65 Jahren.

** Für die Bundeslandtypen ist jeweils der ungewichtete Mittelwert der Inanspruchnahmeraten der zugehörigen Raumordnungsregionen dargestellt. Dagegen entspricht der Bundesdurchschnitt einem – mit der Größe der Bundesländer – gewichteten Mittelwert der Inanspruchnahmeraten. Infolgedessen ist beispielsweise bei Kinder- und Jugendrehabilitation der Durchschnitt für alle drei Bundeslandtypen mindestens so hoch wie der Bundesdurchschnitt.

Nach Regionentypen sind dagegen nur geringe Unterschiede festzustellen. In ländlichen Regionen ist eine unterdurchschnittliche Inanspruchnahme von psychosomatischen Rehabilitationen, dagegen eine überdurchschnittliche Inanspruchnahme bei Anschlussheilbehandlungen sowie Kinder- und Jugendrehabilitationen festzustellen. In städtischen Regionen zeigt sich dagegen wie für die Stadtstaaten – neben der insgesamt geringeren Inanspruchnahme von Reha-Leistungen – eine nur unterdurchschnittliche Inanspruchnahme bei Anschlussheilbehandlungen sowie Kinder-

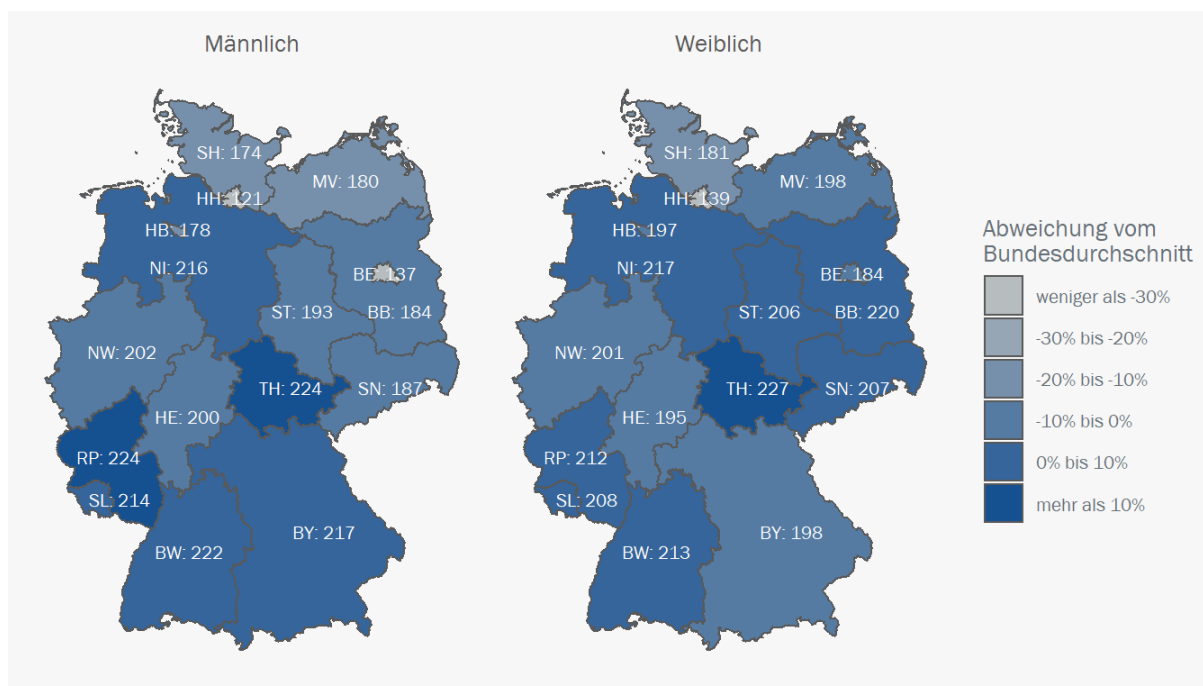
und Jugendrehabilitationen.¹³ Neben den Unterschieden im Niveau der Inanspruchnahme ergibt die Analyse nach Regionentypen in den ländlichen Regionen eine leicht höhere Streuung der Reha-Inanspruchnahme insgesamt und Anschlussheilbehandlungen, in den städtischen Regionen größere Unterschiede bei Entwöhnungsbehandlungen.

Regionale Unterschiede nach Geschlecht

Im Bundesdurchschnitt zeigen sich bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation insgesamt nur geringe Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Dies gilt jedoch nicht für alle Bundesländer (Abbildung 16). Insbesondere in den Stadtstaaten und in den ostdeutschen Bundesländern ist eine spürbar höhere Inanspruchnahme der Frauen zu beobachten. Dagegen ist insbesondere in den Bundesländern im Südwesten eine höhere Inanspruchnahme der Männer festzustellen.

Abbildung 16: Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Reha insgesamt nach Bundesländern und Geschlecht

2017, altersstandardisierte Inanspruchnahmerate je 10.000 Versicherte*



Das Diagramm stellt die Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Reha nach Bundesländern und Geschlecht für das Jahr 2017 dar. Die Einfärbung der Bundesländer spiegelt die Abweichung der Reha-Inanspruchnahme vom jeweiligen Bundesdurchschnitt dar. Die Werte in der Beschriftung der Bundesländer entsprechen dem Wert der altersstandardisierten Inanspruchnahme je 10.000 Versicherte.

¹³ Die Unterschiede nach Regionentyp zeigen sich auch, wenn man die Analyse auf die westdeutschen Flächenländer beschränkt.

* Abgeschlossene Leistungen an Versicherte ohne Leistungen der Kinder- und Jugendrehabilitation und Leistungen zur onkologischen Rehabilitation nach § 31 SGB VI. Standardisierungsbevölkerung: Aktiv Versicherte unter 65 Jahren insgesamt am 31.12.2005.

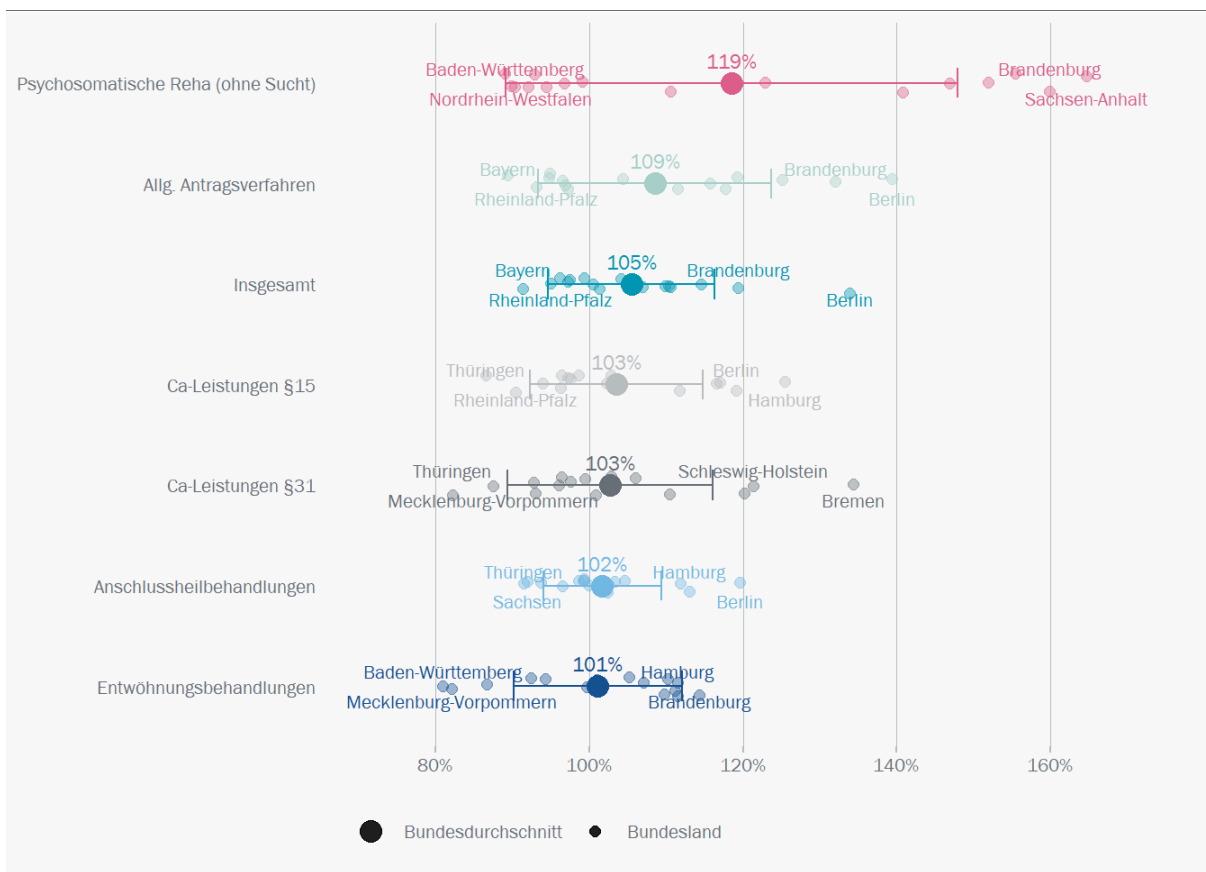
Quelle: DRV-RSD, eigene Berechnungen

© Prognos 2019

Auch nach Maßnahmearten zeigen sich in der regionalen Analyse größere Unterschiede zum Bundesdurchschnitt (Abbildung 17). Die geringsten Unterschiede zwischen den Bundesländern weisen Anschlussheilbehandlungen, die größten Unterschiede psychosomatische Rehabilitationen auf. Beispielsweise liegt die Inanspruchnahme von psychosomatischen Rehabilitationen für Frauen in Brandenburg und Sachsen um 60 Prozent über den Männern, während in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen bei den Männern eine höhere Inanspruchnahme festzustellen ist.

Abbildung 17: Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Reha insgesamt nach Bundesländern und Geschlecht

2017, altersstandardisierten Inanspruchnahmerate je 10.000 Versicherte*, Frauen in % der Männer



Das Diagramm stellt die Unterschiede in der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Reha nach Bundesländern und Geschlecht für das Jahr 2017 dar. Ein Wert von 100 Prozent bedeutet, dass kein Unterschied zwischen der Inanspruchnahme von Frauen und Männern festzustellen ist. Ein Wert oberhalb von 100 Prozent entspricht dagegen einer höheren Inanspruchnahme der Frauen, ein Wert unterhalb von 100 Prozent dagegen einer höheren Inanspruchnahme der Männer.

Quelle: DRV-RSD, eigene Berechnungen

© Prognos 2019

Die Ausreißer vom Bundesdurchschnitt lassen dabei wiederum auf systematische Unterschiede nach Bundeslandtyp schließen. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt ergibt sich in den Stadtstaaten sowohl insgesamt als auch nach Maßnahmearten eine relativ stärkere Reha-Inanspruchnahme der Frauen. In den ostdeutschen Regionen ist insbesondere eine relativ stärkere Inanspruchnahme der Frauen bei psychosomatischen Rehabilitationen, in den westdeutschen Regionen dagegen bei den Männern festzustellen. Darüber hinaus zeigt sich für den Osten auch bei den Reha-Leistungen insgesamt eine relativ stärkere Reha-Inanspruchnahme der Frauen. Nach Regionentyp zeigen sich dagegen nur geringe Unterschiede in der relativen Inanspruchnahme von Männern und Frauen zwischen eher ländlichen und eher städtischen Regionen. Lediglich bei psychosomatischen Rehabilitationen haben Frauen in ländlichen Regionen eine relativ stärkere Inanspruchnahme.

Gesamtbetrachtung

Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation große regionale Unterschiede festzustellen sind. Unterschiede bestehen sowohl zwischen Bundesländern und Raumordnungsregionen als auch nach Bundesland- und Regionentyp. Darüber hinaus sind auch regionalspezifische Unterschiede nach Geschlecht festzustellen.

Zur Abschätzung der Bedeutung der regionalen Einflussfaktoren Bundesland, Bundeslandtyp und Regionentyp zur Erklärung der regionalen Unterschiede in der Reha-Inanspruchnahme werden im Folgenden die Ergebnisse einer Regressionsanalyse für die Reha-Inanspruchnahme insgesamt und nach Maßnahmearten in den Raumordnungsregionen für die Jahre 2010 bis 2017 dargestellt (Infobox).¹⁴

i

Regressionsanalyse zum Einfluss der regionalen Faktoren

Den Ergebnissen zur Bedeutung der regionalen Faktoren liegt eine lineare Regressionsanalyse der Reha-Inanspruchnahme insgesamt und nach Maßnahmearten in den Raumordnungsregionen für die Jahre 2010 bis 2017 zugrunde.

Für jede Maßnahmeart ist die abhängige oder zu erklärende Variable die altersstandardisierte Inanspruchnahmerate nach Geschlecht und Raumordnungsregion. Da in der Analyse die regionalen Unterschiede oder Abweichungen vom Bundesdurchschnitt im Vordergrund stehen, wurden die altersstandardisierte Inanspruchnahmerate um den jeweiligen Bundesdurchschnitt nach Geschlecht bereinigt bzw. normalisiert.

Die unabhängigen oder erklärenden Variablen bilden Indikatorvariablen für die drei regionalen Einflussfaktoren Bundesland, Bundeslandtyp und Regionentyp. Zur Berücksichtigung geschlechtsspezifischer regionaler Einflüsse werden zusätzlich eine Indikatorvariable für das Geschlecht sowie Interaktionsterme mit den regionalen Faktoren in die Analyse einbezogen. Weiterhin wurde in den Regressionsanalysen jeweils eine Konstante berücksichtigt. Der Schätzkoeffizient für die Konstante entspricht dabei der

¹⁴ Die Analyse wurde mit nahezu identischen Ergebnissen für das Jahr 2017 wiederholt. Dies kann als ein weiteres Indiz für die These interpretiert werden, wonach die Entwicklung der Reha-Inanspruchnahme im Zeitraum 2010 bis 2017 durch regional ähnliche Trends charakterisiert ist.

durchschnittlichen Inanspruchnahmerate in der Referenzgruppe, während die Schätzkoeffizienten für die Indikatorvariablen den Einfluss des jeweiligen Faktors als Abweichung von der Referenzgruppe darstellen. Dabei wurden als Referenzgruppe für den Bundeslandtyp die westdeutschen Flächenländer, für den Regionentyp die Regionen mit Verstädterungstendenz und für das Geschlecht die Frauen gewählt. Im Falle des Faktors Bundeslandes wurde für jede Maßnahmeart als Referenzgruppe jeweils das Bundesland gewählt, für das die alterststandardisierte Inanspruchnahmerate im Jahr 2017 die geringste Abweichung zum Bundesdurchschnitt aufweist.¹⁵

Zur Abschätzung der Bedeutung der regionalen Einflussfaktoren wurden für jede Maßnahmeart mehrere Regressionsmodelle geschätzt. In einem ersten Schritt wurde der Einfluss der drei regionalen Faktoren isoliert betrachtet. Neben einer Konstanten wurde dabei jeweils nur einer der drei regionalen Faktoren als erklärende Variable berücksichtigt. In einem zweiten Schritt wurde der Einfluss der regionalen Faktoren im Zusammenspiel betrachtet. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine gleichzeitige Berücksichtigung des Bundeslands und den Bundeslandtyps nicht möglich ist. Um dieses Problem zu umgehen, wurden hierbei lediglich die westdeutschen Flächenländer und die Stadtstaaten einzeln, die ostdeutschen Flächenländer dagegen als Gruppe berücksichtigt. In einem dritten Schritt wurde schließlich die Bedeutung regionalspezifischer Unterschiede nach Geschlecht berücksichtigt. Neben den regionalen Faktoren wurde dabei jeweils auch die Indikatorvariable für das Geschlecht sowie Interaktionsterme zwischen Geschlecht und Region einbezogen. Der Schätzkoeffizient für die Interaktionsterme spiegelt dabei den regionalspezifischen Einfluss des Geschlechts auf die Reha-Inanspruchnahme wider.

Die isolierte Betrachtung der regionalen Faktoren zeigt, dass die Unterschiede in der Reha-Inanspruchnahme insgesamt und nach Maßnahmearten zu einem großen Anteil auf bundeslandspezifische Einflüsse zurückzuführen sind (Abbildung 18). Gemessen am adjustierten Bestimmtheitsmaß kann der Faktor Bundesland je nach Maßnahmeart zwischen 25 Prozent (Entwöhnungsbehandlungen) und 59 Prozent (Psychosomatische Rehabilitationen) der regionalen Unterschiede erklären. Für den Bundesland- und den Regionentyp ist dagegen in der Regel nur ein geringer Einfluss zu beobachten. Lediglich für Ca-Leistungen nach § 15 SGB VI und Anschlussheilbehandlungen legen die Ergebnisse der isolierten Betrachtung eine hohe Bedeutung von spezifischen Unterschieden nach Bundeslandtyp bzw. Regionentyp für die Reha-Inanspruchnahme nahe.¹⁶

Die geringe Bedeutung des Bundeslandtyps ist auch darauf zurückzuführen, dass allein zwischen den westdeutschen Flächenländern große Unterschiede bei der Reha-Inanspruchnahme bestehen. Werden lediglich die ostdeutschen Flächenländer als eine Gruppe betrachtet, die westdeut-

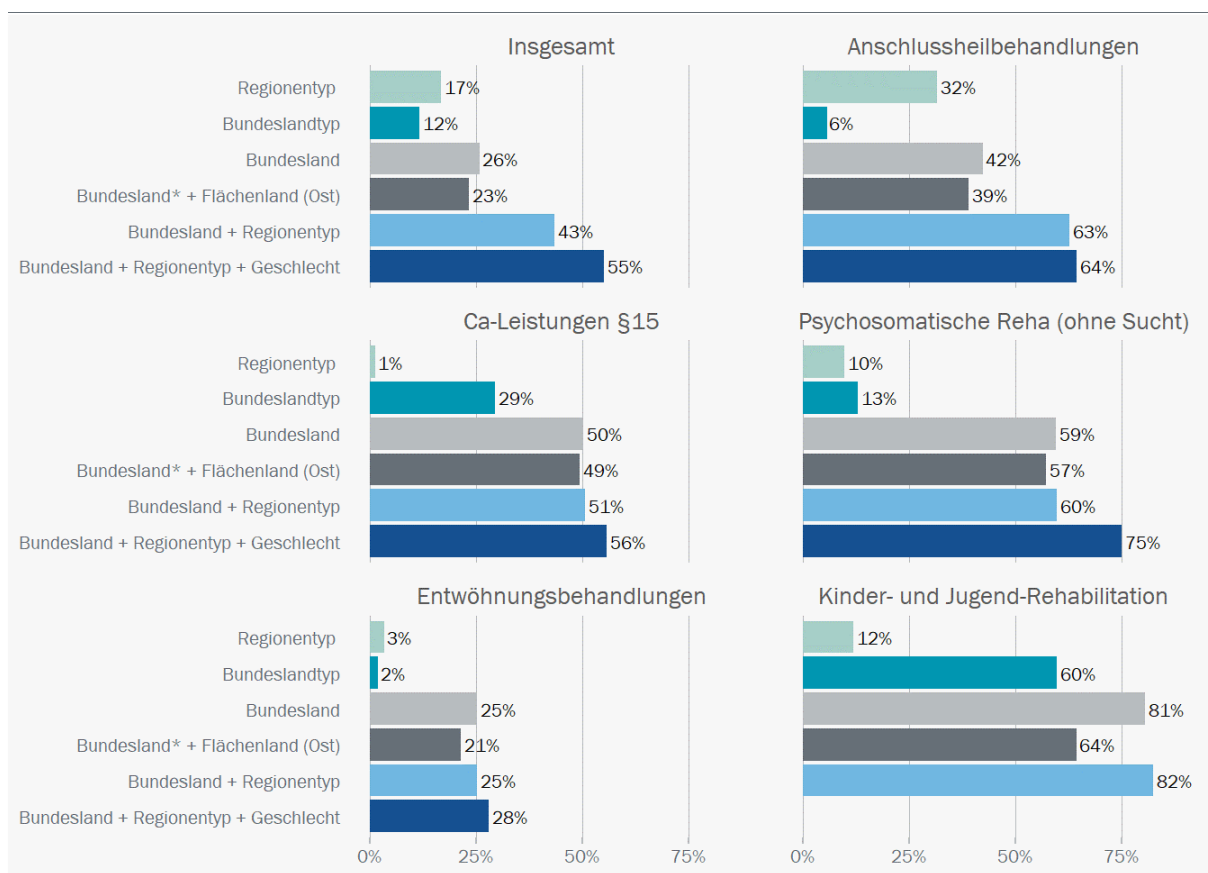
¹⁵ Für die Reha-Inanspruchnahme insgesamt ist Bayern das Bundesland mit der geringsten Abweichung zum Bundesdurchschnitt im Jahr 2017, bei den Anschlussheilbehandlungen und den Entwöhnungsbehandlungen Niedersachsen, bei den Ca-Leistungen nach § 15 SGB VI Rheinland-Pfalz, bei der psychosomatischen Rehabilitation Baden-Württemberg und bei der Kinder- und Jugendrehabilitation Bremen.

¹⁶ Im Falle der Ca-Leistungen nach § 15 SGB VI spiegelt der hohe Erklärungsgehalt des Bundeslandtyps die überdurchschnittliche Inanspruchnahme in den ostdeutschen Bundesländern wider. Hingegen ist der hohe Erklärungsgehalt des Regionentyp im Falle der Anschlussheilbehandlungen sowohl auf die überdurchschnittliche Inanspruchnahme in den ländlichen als auch die unterdurchschnittliche Inanspruchnahme in den städtischen Regionen zurückzuführen.

schen Flächenländer und die Stadtstaaten dagegen einzeln berücksichtigt (Bundesland* + Flächenland Ost), so zeigen die Ergebnisse nur geringe Unterschiede zu dem Modell (Bundesland), bei dem alle Bundesländer einzeln berücksichtigt werden. Dies bestätigt die These, wonach die Reha-Inanspruchnahme in den ostdeutschen Bundesländern homogener, in den westdeutschen Bundesländern dagegen heterogener ist. Lediglich bei Kinder- und Jugendrehabilitationen besteht auch in den ostdeutschen Bundesländern eine hohe Heterogenität.

Abbildung 18: Bedeutung regionaler Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Reha nach Maßnahmearten

2017, Raumordnungsregionen, adjustiertes Bestimmtheitsmaß (adjustiertes R²) in %



Das Diagramm stellt die Ergebnisse verschiedener Regressionsmodelle zur Analyse der Bedeutung regionalspezifischer Faktoren als Erklärung für die Unterschiede in der Reha-Inanspruchnahme in den Raumordnungsregionen dar. In den drei Modelle **Regionentyp**, **Bundeslandtyp** und **Bundesland** werden jeweils nur die isolierten Einflüsse des jeweiligen Faktors berücksichtigt. Das Modell **Bundesland* + Flächenland (Ost)** entspricht dem Modell Bundesland, berücksichtigt für die ostdeutschen Regionen jedoch nur einen gemeinsamen Einfluss des Bundeslandtyps. Das Modell **Bundesland + Regionentyp** berücksichtigt spezifische Einflüsse sowohl infolge des Bundeslandes als auch des Regionentyps. Im Modell **Bundesland + Regionentyp + Geschlecht** werden zusätzlich auch regionalspezifische Einflüsse nach Geschlecht berücksichtigt.

Quelle: DRV-RSD, eigene Berechnungen

© Prognos 2019

Unter Berücksichtigung des Einflusses des Bundeslandes zeigen die Ergebnisse (Bundesland + Regionentyp) weiterhin, dass spezifische Unterschiede zwischen ländlichen und städtischen Regionen bei der Reha-Inanspruchnahme insgesamt und bei Anschlussheilbehandlungen von Bedeutung sind. Für alle anderen Maßnahmearten liefert der Regionentyp dagegen keinen zusätzlichen

Erklärungsgehalt.¹⁷ Schließlich lassen die Ergebnisse der Regressionsanalyse (Bundesland + Regionentyp + Geschlecht) darauf schließen, dass regionalspezifische Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei der Reha-Inanspruchnahme insgesamt und bei psychosomatischen Rehabilitationen sowie in geringerem Umfang bei Ca-Leistungen nach § 15 SGB VI von Bedeutung sind.

Fazit

Die Ergebnisse zu den regionalen Unterschieden in der Inanspruchnahme von Reha-Leistungen zeigen sowohl insgesamt als auch nach Maßnahmearten deutliche Unterschiede nach Bundesländern und Raumordnungsregionen, aber auch nach Bundesland- und Regionentyp. Darüber hinaus sind auch regionalspezifische Unterschiede nach Geschlecht festzustellen.

Nach den Ergebnissen einer Regressionsanalyse sind die Unterschiede in der Reha-Inanspruchnahme nach Raumordnungsregionen und Geschlecht zu einem großen Anteil auf bundeslandspezifische Unterschiede zurückzuführen. Dies gilt insbesondere für die westdeutschen Regionen, während in den ostdeutschen Regionen unabhängig vom Bundesland ein homogeneres Inanspruchnahmeverhalten zu beobachten ist. Nach Maßnahmearten erweist sich das Bundesland insbesondere bei Kinder- und Jugendrehabilitationen, aber auch bei psychosomatischen Rehabilitationen, Ca-Leistungen nach § 15 SGB VI und Anschlussheilbehandlungen als sehr bedeutsam. Für die Reha-Inanspruchnahme insgesamt und die Anschlussheilbehandlungen sind es darüber hinaus die Unterschiede zwischen ländlichen und städtischen Regionen. Wiederum für die Reha-Inanspruchnahme insgesamt, aber auch für die psychosomatischen Rehabilitationen ist zudem auch eine größere Bedeutung regionalspezifischer Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten von Frauen und Männern erkennbar.

Die regionalen Einflussfaktoren Bundesland und Regionentyp sowie regionale Unterschiede nach Geschlecht können bei der Reha-Inanspruchnahme insgesamt und bei Ca-Leistungen nach § 15 SGB VI jeweils rund 55 Prozent der regionalen Unterschiede erklären. Bei Anschlussheilbehandlungen (64%), psychosomatischen Rehabilitationen (75%) und den Kinder- und Jugendrehabilitationen (82%) liegt die erklärte Varianz sogar erheblich höher. Eine deutliche Ausnahme sind die Entwöhnungsbehandlungen, bei denen die regionalen Faktoren zusammen lediglich 28 Prozent der Unterschiede zwischen den Raumordnungsregionen erklären können.

Ein Nachteil der bisherigen Analyse ist, dass die Ergebnisse der Regressionsanalyse keine Hinweise darauf liefern, welche strukturellen Ursachen und Gründe für die aufgezeigten Unterschiede verantwortlich sind bzw. die Bedeutung der einzelnen Faktoren erklären können. Im Hinblick auf die Identifizierung der strukturellen Ursachen und Gründe können die Ergebnisse jedoch eine Richtung vorgeben. So legt die hohe Bedeutung des Einflussfaktors Bundesland nahe, dass eine Erklärung der regionalen Unterschiede in der Reha-Inanspruchnahme sich insbesondere auf Faktoren konzentrieren sollte, für welche strukturelle Unterschiede zwischen den Bundesländern festzustellen sind. Für die Reha-Inanspruchnahme insgesamt, die Anschlussheilbehandlungen und die psychosomatischen Rehabilitationen sollte die Suche nach den strukturellen Ursachen sich dagegen auch auf Faktoren richten, welche die Unterschiede in der Inanspruchnahme zwischen ländlichen und städtischen Regionen oder zwischen Frauen und Männern erklären können.

¹⁷ Im Unterschied zur isolierten Betrachtung ist für die psychosomatische Rehabilitation und die Kinder- und Jugendrehabilitationen nach Berücksichtigung des Bundeslandes kein zusätzlicher Erklärungsbeitrag des Regionentyps festzustellen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass der isolierte Effekt im Falle der psychosomatischen Rehabilitation die unterdurchschnittliche, bei den Kinder- und Jugend-Rehabilitationen dagegen die überdurchschnittliche Inanspruchnahme in den größtenteils ländlichen Regionen im Osten widerspiegelt.

Als ein erster Schritt zur Identifizierung möglicher struktureller Erklärungsfaktoren werden im folgenden Abschnitt verschiedene Hypothesen sowohl zur Erklärung des Antragsrückgangs bzw. des Rückgangs in der Inanspruchnahme von Reha-Leistungen aber auch zur Erklärung der regionalen Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Reha-Leistungen zwischen den Bundesländern und den Raumordnungsregionen untersucht.

3.2 Überprüfung verschiedener Hypothesen zur Erklärung des Antragsrückgangs

Anknüpfend an die Analyse des vorangehenden Abschnitts werden im Folgenden mehrere Hypothesen zur Erklärung des Antragsrückgangs und der regionalen Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Reha-Leistungen überprüft.

In Abschnitt 3.2.1 wird zunächst die These überprüft, wonach der Rückgang der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auf institutionellen Faktoren zurückgeführt werden kann, welche das gesamte Spektrum der medizinischen Rehabilitation betreffen. Für diese These sprechen beispielsweise die ähnlichen Trends, aber auch die teils spürbaren Rückgänge in einzelnen Jahren, welche in der zeitlichen Entwicklung der Reha-Inanspruchnahme nach Maßnahmentearten, Geschlecht und Regionen zu beobachten sind.

Neben den geringen Trendunterschieden ist in der zeitlichen Entwicklung der Reha-Inanspruchnahme für alle Maßnahmentearten, aber auch nach Geschlecht oder Regionen ein Trendbruch bzw. eine Trendumkehr festzustellen, welche um das Jahr 2010 herum einsetzt. Neben institutionellen Gründen legt dies nahe, dass der Antragsrückgang seine Ursache in Faktoren hat, welche den Zeitraum vor und nach Jahr 2010 spürbar unterscheiden. Aufgrund der zeitlichen Koinzidenz kommt als eine mögliche Ursache, neben dem Einschnitt durch die Finanz- und Wirtschaftskrise oder dem konjunkturellen Aufschwung bzw. Anstieg der Beschäftigung, insbesondere die hohe Zuwanderung in Betracht. In Abschnitt 3.2.2 wird daher die These überprüft, wonach der Rückgang der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auf die hohe Zuwanderung zurückzuführen ist.

Im Anschluss an die Analyse zu den exogenen Einflussfaktoren, werden in den nachfolgenden Faktoren in den Blick genommen, bei denen ein direkter Zusammenhang zur Antragsstellung auf bzw. Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu vermuten ist.

Da ein Antrag bzw. ein Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 10 SGB VI zum einen die (voraussichtliche) Gefährdung der Erwerbsfähigkeit wegen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung voraussetzt, ist ein Zusammenhang zwischen der Reha-Inanspruchnahme und der Entwicklung bzw. den regionalen Unterschieden in der Morbidität (Abschnitt 3.2.3) zu vermuten.

Zum anderen setzt die Feststellung einer (voraussichtlichen) Gefährdung der Erwerbsfähigkeit, aber auch die Antragsstellung eine ärztliche Diagnose bzw. einen Befundbericht oder ein Gutachten des Hausarztes voraus. In Abschnitt 3.2.4 wird daher der Zusammenhang zwischen der Reha-Inanspruchnahme und der Entwicklung bzw. den regionalen Unterschieden in der medizinischen Versorgungsstruktur untersucht.

Neben der Morbidität und der medizinischen Versorgungsstruktur findet sich in Studien zu den Determinanten einer Reha-Antragsstellung, aber auch in der medizinischen und der gesundheitsökonomischen Literatur empirische Evidenz dafür, dass die Antragstellung und die Inan-

spruchnahme von Reha-Leistungen sowie die Morbidität und die Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems durch sozioökonomischen Faktoren wie Einkommen, Bildung oder beruflichem Status beeinflusst wird. In Abschnitt 3.2.5 wird daher der Zusammenhang zwischen der Reha-Inanspruchnahme und regionalen Indikatoren der Sozial- und Wirtschaftsstruktur untersucht.

Anknüpfend an die isolierten Analysen zum Einfluss der Morbidität, der medizinischen Versorgung und der Sozial- und Wirtschaftsstruktur werden die einzelnen Hypothesen in Abschnitt 3.2.6 in einer Gesamtbetrachtung zusammengeführt.

3.2.1 Institutionelle Faktoren

Kapitel 3.1 zeigt, dass trotz der bestehenden Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowohl nach Maßnahmearten, Geschlecht und Regionen sehr ähnliche Trends zu beobachten sind.

So lassen sich nach Geschlecht nur geringe Unterschiede bei der Entwicklung der altersstandardisierten Inanspruchnahmerate feststellen – sowohl bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation insgesamt als auch nach Maßnahmearten.

Des Weiteren bestehen qualitativ große Ähnlichkeiten zwischen der Entwicklung der altersstandardisierten Inanspruchnahmerate nach Maßnahmearten. So zeigt der Verlauf der jährlichen Veränderungsrate für alle Maßnahmearten eine qualitativ ähnliche Entwicklung. Insbesondere ist für alle Maßnahmearten ein Rückgang der altersstandardisierten Inanspruchnahmerate in den Jahren 2011, 2013 und 2016 zu beobachten. Einzige Ausnahme bilden die Anschlussheilbehandlungen.

Im Hinblick auf die Entwicklung der altersstandardisierten Inanspruchnahmerate nach Regionen sind qualitativ ebenfalls große Ähnlichkeiten zu beobachten. Diese dokumentieren sich auch im Verlauf der jährlichen Veränderungsrate über alle Raumordnungsregionen hinweg. Insbesondere ist in der überwiegenden Mehrzahl der Raumordnungsregionen ein Rückgang der altersstandardisierten Inanspruchnahmerate in den Jahren 2011, 2013 und 2016 zu beobachten. Dies gilt insbesondere für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation insgesamt. Größere Unterschiede bestehen allerdings zwischen den Regionen für die unterschiedlichen Maßnahme- und Verfahrensarten.

Im Ergebnis legen diese Ähnlichkeiten nahe, dass die Entwicklung der altersstandardisierten Inanspruchnahmerate durch Ereignisse oder Faktoren beeinflusst wurde, die das gesamte Spektrum der medizinischen Rehabilitation betroffen haben.

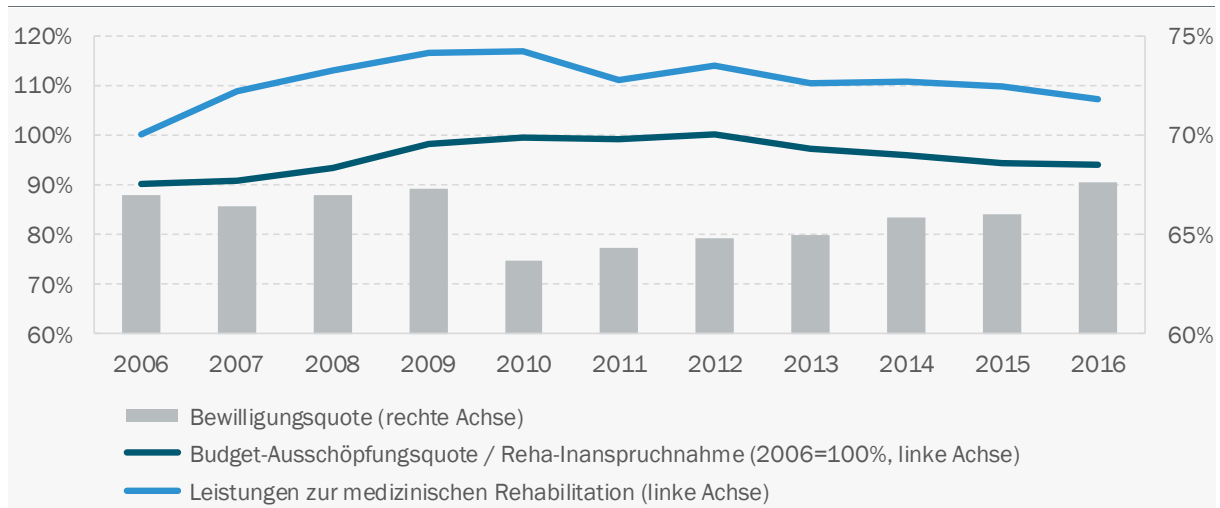
Als ein möglicher Erklärungsansatz für den markanten Rückgang der Reha-Inanspruchnahmerate im Jahr 2011 kommt die Ausschöpfung des Reha-Budgets im Zeitraum 2009 bis 2012 in Betracht (Abbildung 19).¹⁸ So lag die Bewilligungsquote bis zum Jahr 2009 bei etwa 67 Prozent, ist zwischen 2009 und 2010 jedoch spürbar von 67,3 Prozent auf 63,7 Prozent gesunken. Aufgrund der zeitlichen Koinzidenz legt dies einen Zusammenhang zur Ausschöpfung des Reha-Budgets nahe. Berücksichtigt man, dass es infolge des Zeitraums zwischen Antragsstellung und Abschluss

¹⁸ Das Rentenpaket 2014 (u. a. Demografiekomponente, Rente mit 63) ist ein weiterer institutioneller Faktor, der das Reha-Geschehen insgesamt beeinflusst haben könnte. So hat etwa die altersstandardisierte Antragsrate im Jahr 2014 zugenommen.

einer Reha-Maßnahme zu einer gewissen Verzögerung kommt, so kann der Rückgang der Bewilligungsquote im Jahr 2010 eine Erklärung für den markanten Rückgang der Reha-Inanspruchnahme im Jahr 2011 liefern.

Abbildung 19: Bewilligungsquote, Budgetausschöpfungsquote und Reha-Inanspruchnahme

2006 bis 2016



Budgetausschöpfungsquote = Netto-Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe/Reha-Budget
 Bewilligungsquote = bewilligte Anträge/Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
 Reha-Inanspruchnahme = Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, altersstandardisiert, 2006 = 100

Quelle: DRV Bund, eigene Berechnungen

© Prognos 2019

Die Ausschöpfung des Reha-Budgets bzw. der Rückgang der Bewilligungsquote können allerdings nicht erklären, wieso die Antrags- und in der Folge auch die Inanspruchnahmeraten auch nach 2011 weiter gesunken sind. Denkbar ist, dass die öffentliche Berichterstattung zur Ausschöpfung des Reha-Budgets, aber auch der tatsächliche Rückgang der Bewilligungsquote sich in der Folge auf die (gefühlten) Erfolgsaussichten und damit auf die Wahrscheinlichkeit einer Antragstellung ausgewirkt haben.

Fazit

Der starke Rückgang der Reha-Inanspruchnahme im Jahr 2011 legt zusammen mit dem Rückgang der Bewilligungsquote einen Zusammenhang zur Ausschöpfung des Reha-Budgets in den Jahren 2009 bis 2012 nahe. Inwiefern dies im Zusammenhang mit dem Antragsrückgang steht, kann anhand der verfügbaren Daten und Indikatoren allerdings nicht überprüft werden. Denkbar ist, dass die öffentliche Berichterstattung zur Ausschöpfung des Reha-Budgets, aber auch der tatsächliche Rückgang der Bewilligungsquote sich in der Folge auf die (gefühlten) Erfolgsaussichten und damit auf die Wahrscheinlichkeit einer Antragsstellung ausgewirkt haben.

3.2.2 Zuwanderung

In den vergangenen Jahren hat die Zuwanderung nach Deutschland deutlich zugenommen. Ein Großteil der Zuwanderer stammt aus den übrigen Ländern der Europäischen Union. Im Zuge der Entwicklung ist auch die Anzahl der ausländischen aktiv Versicherten zwischen 2009 und 2015 um 1,6 Mio. Personen auf 4,9 Mio. Personen angestiegen. Die Zahl der aktiv versicherten Deutschen hat im gleichen Zeitraum dagegen um lediglich 0,3 Millionen zugenommen. Der Beginn des Zuwanderungsbooms fällt in etwa mit dem Zeitpunkt des Rückgangs der Anträge auf medizinische Rehabilitation zusammen. Im Folgenden wird überprüft, ob zwischen diesen beiden Ereignissen ein Zusammenhang festzustellen ist.

Eine Erklärung für einen möglichen Zusammenhang können bestimmte versicherungsrechtliche Voraussetzungen sein. So müssen etwa vor einer Antragstellung eine allgemeine Wartezeit von 15 Jahren oder sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung während der letzten zwei Jahre nachgewiesen werden (§ 11 SGB VI). Insofern die Zuwanderer die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für einen Antrag auf medizinische Rehabilitation nicht erfüllen, könnte der beobachtete Rückgang der Reha-Inanspruchnahme darauf zurückzuführen sein, dass die Zunahme der aktiv Versicherten sich nicht in einer entsprechenden Zunahme der Reha-Anträge bzw. -Fälle niedergeschlagen hat. Allerdings ist dieses Argument nicht vollends überzeugend, insofern beispielsweise die Voraussetzung von sechs Kalendermonaten mit Pflichtbeiträgen aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung in den zwei Jahren vor Antragstellung keine zu hohe Hürde darstellt. Und selbst wenn dies der Fall wäre, sollte die Zunahme der aktiv Versicherten infolge der Zuwanderung sich spätestens mit einer gewissen Verzögerung in einer Zunahme der Reha-Fälle niederschlagen.

i

Datengrundlage zur Analyse des Einflusses der Zuwanderung

Der Analyse zum Einfluss der Zuwanderung auf die Reha-Inanspruchnahme liegen Daten der DRV Bund zur Anzahl der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in den Jahren 2006 bis 2016 und zur Anzahl der aktiv Versicherten nach Staatsangehörigkeit in den Jahren 2005 bis 2015 zugrunde.

Die Daten zu den Reha-Fällen nach Alter (Altersgruppen), Geschlecht und Staatsangehörigkeit stammen für die Jahre 2006 bis 2013 aus dem Statistikband Rehabilitation (Tabellen 3.01 M und 3.02 M) und für die Jahre 2014 bis 2016 aus dem Statistikportal der DRV Bund.

Die Daten zu den aktiv Versicherten des Berichtsjahres nach Alter (Altersgruppen), Geschlecht und Staatsangehörigkeit stammen für die Jahre 2005 bis 2012 aus dem Statistikband Versicherte (Tabellen 15.01 V und 15.02 V) und für die Jahre 2013 bis 2015 aus dem Statistikportal der DRV Bund.

Aufgrund der unterschiedlichen Datenbasis ist zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse zur Reha-Inanspruchnahme nach Nationalität von den in Abschnitt 3.1 dargestellten Ergebnissen abweichen. Zum einen umfassen die Daten zu den Reha-Fällen alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, also einschließlich der Leistungen zur Kinderrehabilitation und der Ca-Leistungen nach § 31 SGB VI. Zum anderen liegt der Analyse aus

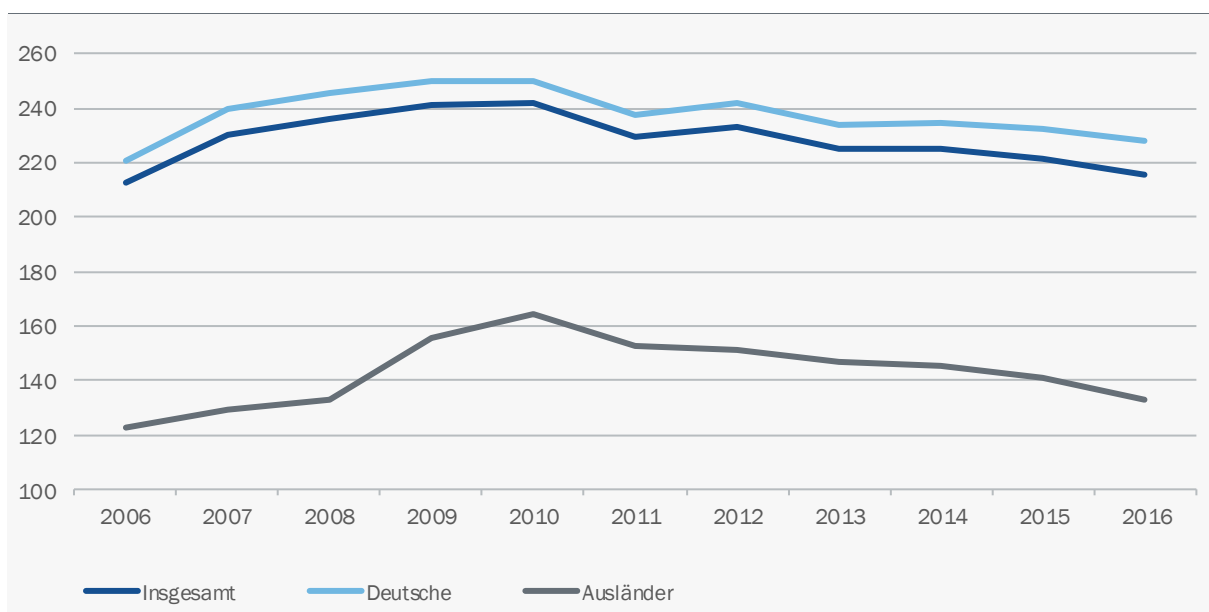
Gründen der Datenverfügbarkeit die Anzahl der aktiv Versicherten im Berichtszeitraum statt zum 31.12 zugrunde.

Ein weiterer Erklärungsansatz ist die geringere Reha-Inanspruchnahme ausländischer Versicherter. Unter deutschen Versicherten lag sie im Jahr 2016 bei 271 Fällen je 10.000 Versicherten, bei den ausländischen Versicherten dagegen bei lediglich 117 Fällen je 10.000 Versicherten. Neben Unterschieden in der Morbidität oder den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dürfte die geringere Inanspruchnahme ausländischer Versicherter auch auf interkulturelle Faktoren zurückzuführen sein, wie beispielsweise die Sprachbarriere, Informationsdefizite oder aber eine generell geringere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. Unabhängig von den Gründen bedeutet die geringere Reha-Inanspruchnahme ausländischer Versicherter, dass bei einem steigenden Anteil an aktiv Versicherten mit einer ausländischen Staatsbürgerschaft im Durchschnitt über alle Versicherten mit einem Rückgang der Reha-Inanspruchnahme zu rechnen ist.

Die Entwicklung der Reha-Inanspruchnahme nach Staatsangehörigkeit ergibt, dass dieser Effekt festzustellen ist (Abbildung 20). Im Durchschnitt der Jahre 2006 bis 2016 liegt die Reha-Inanspruchnahme ausländischer Versicherter bei etwa 60 Prozent der Inanspruchnahme deutscher Versicherter. Für beide Versichertengruppen sind jedoch sehr ähnliche Entwicklungen festzustellen, wobei sowohl die Zunahme bis 2010 als auch der Rückgang nach 2010 bei den ausländischen Versicherten stärker ausgeprägt ist.

Abbildung 20: Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach Nationalität

2006 bis 2016, altersstandardisierte Inanspruchnahme je 10.000 Versicherte



Quelle: DRV Bund, eigene Berechnungen

© Prognos 2019

Fazit

Ein Zusammenhang zwischen der hohen Zuwanderung und dem Antragsrückgang kann weitestgehend ausgeschlossen werden. Die Ergebnisse zur Reha-Inanspruchnahme nach Nationalität ergeben, dass die Entwicklungen bei deutschen und ausländischen Versicherten einem ähnlichen Trend folgen. Die starke Zunahme der ausländischen Versicherten hatte dabei nur einen geringen Einfluss auf die Entwicklung der Reha-Inanspruchnahme im Durchschnitt über alle Versicherten. Jedoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass der überdurchschnittliche Rückgang der Reha-Inanspruchnahme bei den ausländischen Versicherten in Zusammenhang mit der hohen Zuwanderung steht.

3.2.3 Morbidität

Ein erster Indikator, der mit der Antragsstellung und der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Zusammenhang stehen könnte, ist die Entwicklung der Morbidität, also die Krankheitshäufigkeit bezogen auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe. Hierzu wird im Folgenden die altersstandardisierte Inanspruchnahme von Reha-Leistungen insgesamt sowie getrennt nach Maßnahmearten und nach Regionen der Morbidität in der Bevölkerung gegenübergestellt. Als Indikator für die Morbidität werden die altersstandardisierten Krankenhausfälle je 10.000 Versicherte herangezogen (Infobox). Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei der Entwicklung der altersstandardisierten Krankenhausfälle infolge des Zensus 2011 ein Zeitreihenbruch zwischen den Jahren 2010 und 2011 vorliegt.¹⁹ Die nachfolgende Analyse zur zeitlichen Entwicklung der altersstandardisierten Krankenhausfälle beschränkt sich daher auf die Entwicklung im Zeitraum 2006 bis 2010 und im Zeitraum 2011 bis 2017.



Datengrundlage zur Analyse des Einflusses der Morbidität

Als Indikator für die Morbidität dienen die altersstandardisierten Krankenhausfälle.

Für die Bundesländer liegen der Analyse die in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (www.gbe-bund.de) veröffentlichten Diagnosedaten der Krankenhäuser zur Anzahl der Krankenhausfälle nach Diagnosen, Bundesland, Alter und Geschlecht für die Jahre 2006 bis 2017 zugrunde. Für die Raumordnungsregionen wird auf Daten der Regionaldatenbank des Statistischen Bundesamts (www.regionalstatistik.de) zur Anzahl der Krankenhausfälle nach Diagnosen, Alter und Kreisen im Jahr 2016 zurückgegriffen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass in der Regionaldatenbank lediglich Daten für beide Geschlechter insgesamt zur Verfügung stehen.

Entsprechend ihrer Bedeutung für das Reha-Geschehen konzentriert sich die Analyse nach Diagnosen auf die folgenden ICD-Kapitel:²⁰

¹⁹ Der zensusbedingte Bevölkerungsrückgang spiegelt sich in einer spürbaren Zunahme der altersstandardisierten Krankenhausfälle zwischen den Jahren 2010 und 2011 wider.

²⁰ Insgesamt entfallen auf die berücksichtigten Einzeldiagnosen im Betrachtungszeitraum 2006 bis 2017 rund 86 Prozent der Reha-Fälle.

- Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (Muskel-Skelett, ICD M00-M99)
- Neubildungen (Neubildungen, ICD C00-D48)²¹
- Psychische und Verhaltensstörungen (Psychische Krankheiten, ICD F00-F99)
- Krankheiten des Kreislaufsystems (Kreislauf, ICD I00-I99)
- Krankheiten des Atmungssystems (Atemweg, ICD J00-J99)
- Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie Krankheiten des Verdauungssystems (Ernährung, ICD E00-E90/K00-K93)

Für die Analysen nach Bundesländern differenzieren wir im Falle der psychischen und Verhaltensstörungen entsprechend der bei den Reha-Maßnahmen üblichen Unterscheidung zwischen psychischen Rehabilitationen (ohne Sucht) und Entwöhnungsbehandlungen zusätzlich zwischen

- psychischen und Verhaltensstörungen ohne Störungen durch psychotrope Substanzen (Psychische Krankheiten (ohne Sucht), ICD F00-F09/F20-F99)
- psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Psychische Krankheiten (nur Sucht), ICD F10-F19).²²

Entsprechend der Abgrenzung der Versichertengruppen in der Reha-Statistik-Datenbasis wurde bei Leistungen an Versicherte die Krankenhausfälle in der Altersgruppe 20 bis unter 65 Jahren, bei Ca-Leistungen nach § 31 SGB VI in der Altersgruppe 65 und älter und bei Leistungen der Kinder- und Jugendrehabilitation in der Altersgruppe bis unter 20 Jahre berücksichtigt. Für die Altersstandardisierung der Anzahl der Krankenhausfälle wurde wie im Falle der Reha-Leistungen bei den Leistungen an Versicherte als Standardbevölkerung die Anzahl der aktiv Versicherten zum 31.12.2005, bei den Ca-Leistungen nach § 31 SGB VI die Anzahl der Rentner zum 31.12.2005 und bei Leistungen der Kinder- und Jugendrehabilitation die Anzahl der Einwohner unter 20 Jahren zum 31.12.2005 verwendet.

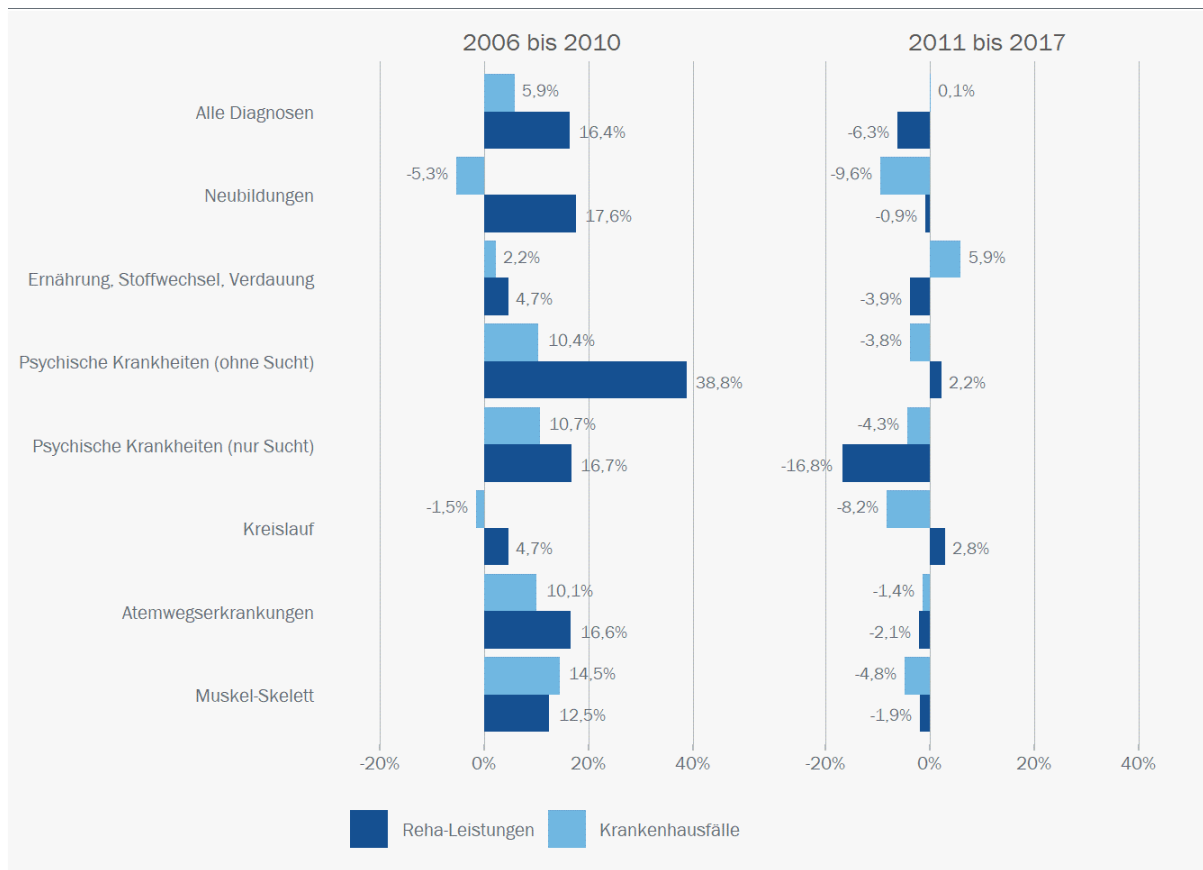
Ein erster Überblick zeigt, dass die altersstandardisierte Anzahl der Krankenhausfälle sowohl insgesamt als auch für die Mehrzahl der Einzeldiagnosen zwischen 2006 und 2010 zugenommen hat (Abbildung 21). Lediglich bei Neubildungen und Krankheiten des Kreislaufsystems ist in diesem Zeitraum ein Rückgang zu beobachten. Im Zeitraum 2011 bis 2017 ergibt sich für die altersstandardisierten Krankenhausfälle insgesamt eine Stagnation. Mit Ausnahme der Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (einschließlich Krankheiten des Verdauungssystems) ist für Mehrzahl der Diagnosen dagegen ein Rückgang festzustellen.

²¹ einschließlich Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmter Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (ICD D50-D90).

²² In der Regionaldatenbank des Statistischen Bundesamtes werden lediglich Daten zu den 23 Hauptdiagnosekapiteln der ICD10 bereitgestellt.

Abbildung 21: Veränderung der Krankenhausfälle und Reha-Leistungen nach Diagnosen

Deutschland, Veränderung der altersstandardisierten Krankenhausfälle bzw. Reha-Leistungen je 10.000 Versicherte in %*



* Leistungen an Versicherte ohne Leistungen der Kinder- und Jugendrehabilitation und Leistungen zur onkologischen Rehabilitation nach § 31 SGB VI. Krankenhausfälle im Alter zwischen 20 und 65 Jahren. Standardisierungsbevölkerung: Aktiv Versicherte unter 65 Jahren insgesamt am 31.12.2005.

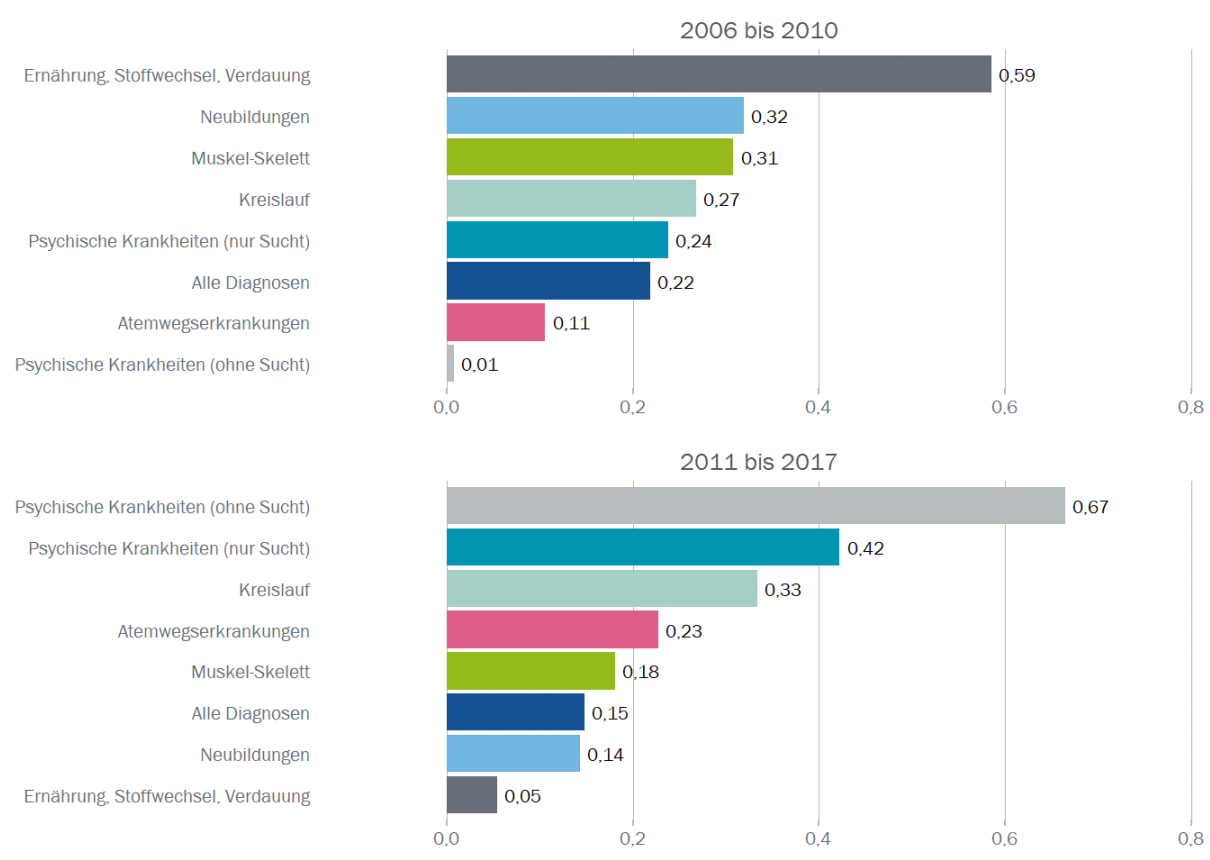
Quelle: DRV Bund, gbe-bunde.de, eigene Berechnungen © Prognos 2019

Qualitativ ist für die Entwicklung der Krankenhausfälle damit insgesamt und auch nach Diagnosen ein ähnlicher Verlauf wie für die Entwicklung der Reha-Leistungen zu beobachten. Bis 2010 steigen sowohl die altersstandardisierten Krankenhausfälle wie auch die Inanspruchnahme von Reha-Leistungen. Nach 2010 zeigt sich dagegen sowohl für die Krankenhausfälle wie auch für die Reha-Leistungen eine Trendumkehr. Mit Ausnahme der Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems ist die Inanspruchnahme von Reha-Leistungen zwischen 2006 und 2010 allerdings spürbar stärker gestiegen als die Anzahl der Krankenhausfälle. Auch spiegelt sich die Trendumkehr bei den Reha-Leistungen in einem Rückgang, bei den Krankenhausfällen insgesamt dagegen nur in einer Stagnation wider. Für einzelne Diagnosen sind dabei größere Ähnlichkeiten (z. B. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems), für andere Diagnosen dagegen größere Unterschiede (z. B. Neubildungen) zwischen der Entwicklung der Krankenhausfälle und der Reha-Leistungen festzustellen.

Für die Bundesländer zeigt sich für den Zeitraum zwischen 2006 bis 2010 und den Zeitraum zwischen 2011 und 2017 nur ein geringer Zusammenhang zwischen der Veränderung der Krankenhausfälle und der Reha-Inanspruchnahme. Im Zeitraum 2006 bis 2010 ist lediglich für die Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie Krankheiten des Verdauungssystems, im Zeitraum 2011 bis 2017 bei den Psychischen Krankheiten ein stärkerer Zusammenhang zwischen der Entwicklung der Krankenhausfälle und den Reha-Leistungen nach Bundesländern festzustellen.²³

Abbildung 22: Entwicklung der Krankenhausfälle und Reha-Leistungen nach Diagnosen und Bundesländern

Veränderung der altersstandardisierten Krankenhausfälle bzw. Reha-Leistungen je 10.000 Versicherte zwischen 2006 und 2010 bzw. 2011 und 2017, Korrelationskoeffizient



* Leistungen an Versicherte ohne Leistungen der Kinder- und Jugendrehabilitation und Leistungen zur onkologischen Rehabilitation nach § 31 SGB VI. Krankenhausfälle im Alter zwischen 20 und 65 Jahren. Standardisierungsbevölkerung: Aktiv Versicherte unter 65 Jahren insgesamt am 31.12.2005.

Quelle: DRV Bund, gbe-bunde.de, eigene Berechnungen © Prognos 2019

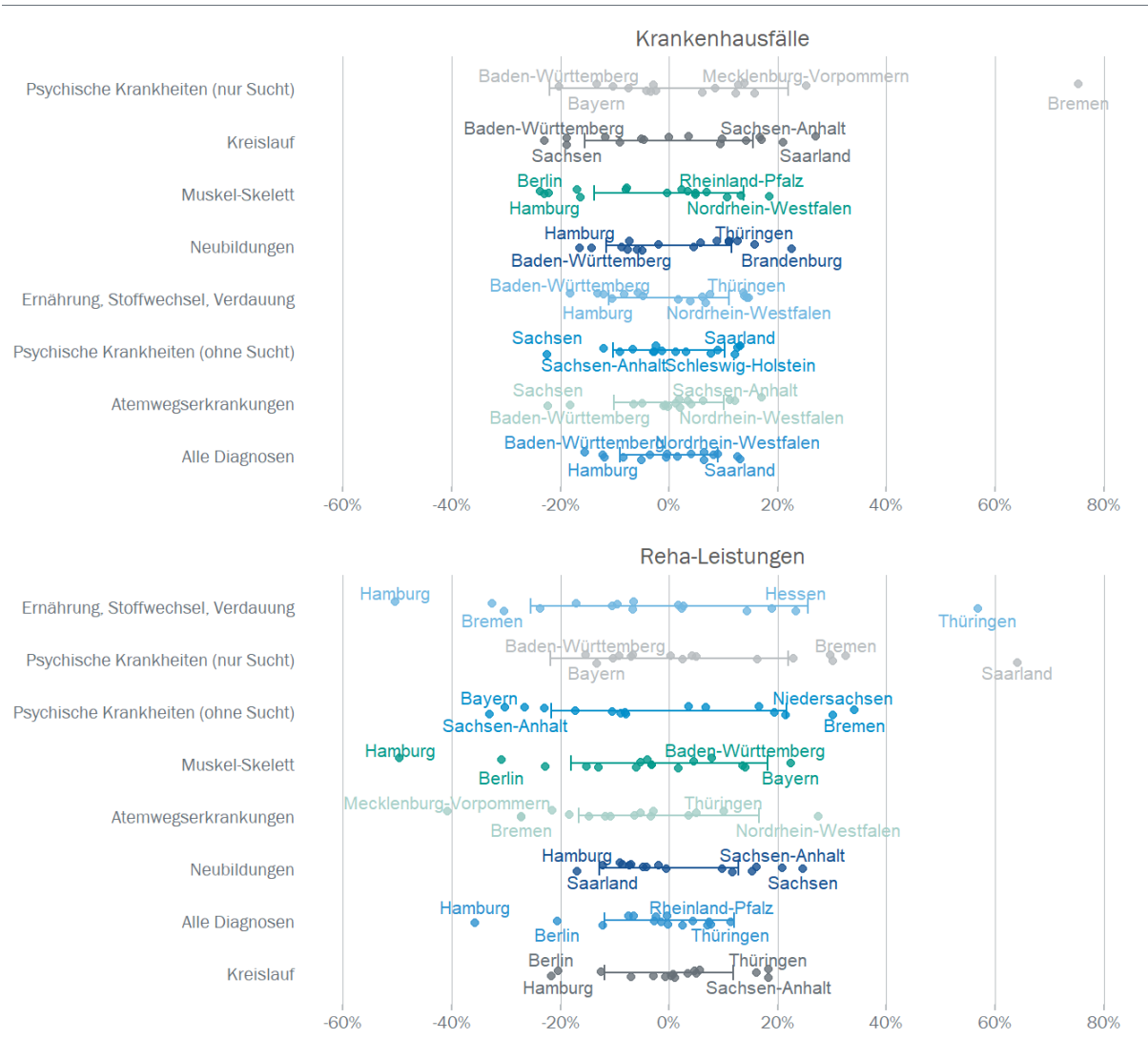
Die bisherige Analyse hat sich auf den Zusammenhang der Entwicklung der Morbidität zur Erklärung des Rückgangs der Reha-Inanspruchnahme konzentriert. Im Weiteren konzentriert sich die

²³ Neben der Betrachtung nach Zeiträumen wurde die Analyse auch für die jährliche Veränderung der Krankenhausfälle und der Reha-Leistungen wiederholt. Hierbei zeigt sich für alle Diagnosen ein geringerer Zusammenhang als für die Zeiträume.

Analyse auf den Zusammenhang zwischen den regionalen Unterschieden bei der Reha-Inanspruchnahme und den Krankenhausfällen (Abbildung 23).

Abbildung 23: Krankenhausfälle und Reha-Leistungen nach Diagnosen und Bundesländern

2017, altersstandardisierte Krankenhausfälle bzw. Reha-Leistungen je 10.000 Versicherte, Abweichung vom Bundesdurchschnitt in %



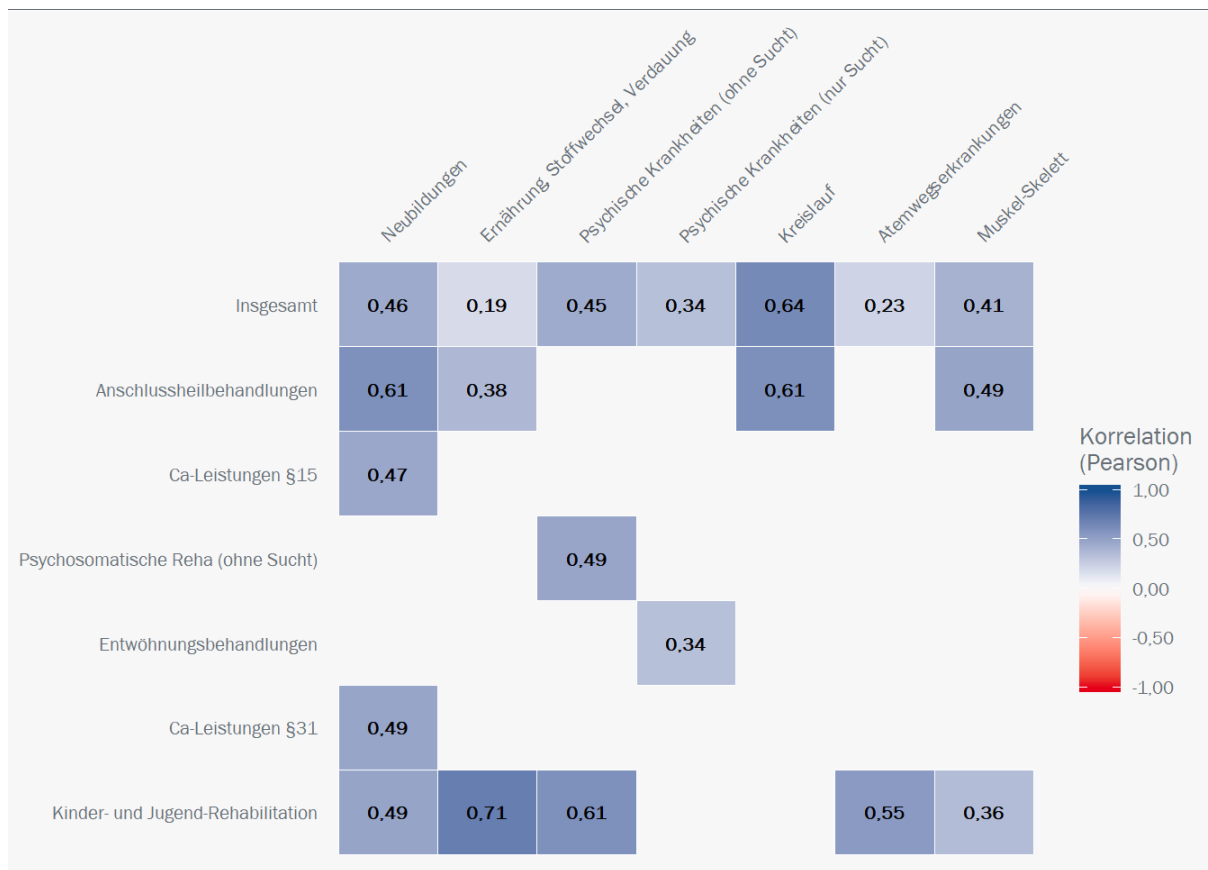
* Leistungen an Versicherte ohne Leistungen der Kinder- und Jugendrehabilitation und Leistungen zur onkologischen Rehabilitation nach § 31 SGB VI. Krankenhausfälle im Alter zwischen 20 und 65 Jahren. Standardisierungsbevölkerung: Aktiv Versicherte unter 65 Jahren insgesamt am 31.12.2005.

Sowohl für Krankenhausfälle als auch für Reha-Leistungen sind nach Diagnosen große Unterschiede zwischen den Bundesländern festzustellen. Für die Inanspruchnahme von Reha-Leistun-

gen ergibt sich dabei in der Regel eine größere Streuung um den Bundesdurchschnitt. Auch ergeben sich für die Inanspruchnahme von Reha-Leistungen für einzelne Bundesländer größere Abweichungen vom Bundesdurchschnitt als bei den Krankenhausfällen. Dies gilt insbesondere für die spürbar unterdurchschnittliche Reha-Inanspruchnahme in den beiden Stadtstaaten Hamburg und Berlin. Unter Berücksichtigung dieses Unterschiedes, ist bei einem Vergleich der Bundesländer mit den größten Abweichungen vom jeweiligen Bundesdurchschnitt eine gewisse Schnittmenge zwischen den Krankenhausfällen und den Reha-Leistungen erkennbar.

Abbildung 24: Zusammenhang zwischen Krankenhausfällen und Reha-Inanspruchnahme in den Bundesländern

2006 bis 2017, altersstandardisierte Krankenhausfälle bzw. Reha-Leistungen je 10.000 Versicherte*, Abweichung zum Bundesdurchschnitt in %



* Kinder- und Jugendrehabilitationen: je 10.000 Einwohner unter 20 Jahren; Ca-Leistungen nach § 31 SGB VI: je 10.000 Rentner ab 65 Jahren.

Quelle: DRV Bund, gbe-bunde.de, eigene Berechnungen

© Prognos 2019

Auch im Durchschnitt zeigt sich für die Bundesländer im Zeitraum 2006 bis 2017 nach Maßnahmearten und Diagnosen ein Zusammenhang zwischen der Reha-Inanspruchnahme und den Krankenhausfällen (Abbildung 24). Für alle Maßnahmearten und Diagnosen ist eine positive und signifikante Korrelation zwischen der Morbidität und der Reha-Inanspruchnahmerate festzustellen.

Nach Maßnahmearten trifft dies insbesondere auf Kinder- und Jugend-Rehabilitationen aber auch auf Anschlussheilbehandlungen, nach Diagnosen auf Neubildungen und Krankheiten des Kreislaufsystems zu. Berücksichtigt man, dass die für einzelne Diagnosen lediglich geringe Korrelation bei den Leistungen an Versicherten eine geringe Bedeutung widerspiegelt,²⁴ so resultiert nach Maßnahmearten und Diagnosen bei Entwöhnungsbehandlungen bzw. suchtbedingten psychischen Krankheiten ein schwächerer Zusammenhang zwischen den Krankenhausdiagnosen und der Reha-Inanspruchnahme.

Insgesamt ist der Zusammenhang zwischen der Reha-Inanspruchnahme und den Krankenhausfällen für alle Maßnahmearten und Diagnosen bei den Männern stärker. Einzige Ausnahme sind die Krankheiten des Kreislaufsystems, für die sich bei Frauen ein stärkerer Zusammenhang ergibt. Auch für die Raumordnungsregionen ist für alle Maßnahmearten und Diagnosen ein positiver, aber geringerer Zusammenhang zwischen der Reha-Inanspruchnahme und den Krankenhausfällen erkennbar. Allerdings ist dabei zu berücksichtigen, dass für die Analyse der Raumordnungsregionen lediglich Daten für das Jahr 2016 und für beide Geschlechter insgesamt zur Verfügung stehen.²⁵

Fazit

Die Analyse zum Einfluss der Morbidität zeigt, dass bei der Entwicklung der Krankenhausfälle und der Reha-Inanspruchnahme qualitativ ähnliche Trends festzustellen sind. Beispielsweise ist bei den Krankenhausfällen ebenfalls eine Trendumkehr nach 2010 und für einzelne Diagnosen auch ein Rückgang nachweisbar. Insgesamt besteht in der Mehrzahl der Diagnosen jedoch nur ein geringer Zusammenhang zwischen der Entwicklung der Krankenhausfälle und der Reha-Leistungen.

Stärkere Zusammenhänge zwischen der Morbidität und der Reha-Inanspruchnahme ergeben sich dagegen im Hinblick auf die Unterschiede in der Inanspruchnahme zwischen den Bundesländern. Diese Unterschiede sind allerdings geschlechtsspezifisch. Für die Frauen ergibt sich im Allgemeinen ein geringerer, für die Männer dagegen ein stärkerer Zusammenhang. In der Analyse auf der Grundlage von Raumordnungsregionen ist dagegen nur ein schwächerer Zusammenhang festzustellen.

3.2.4 Medizinische Versorgungsstruktur

Ein zweiter Indikator, der mit der Antragstellung und der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Zusammenhang stehen könnte, ist das regionale Versorgungssystem. So kommen einzelne Studien zu dem Ergebnis, dass (häufige) Arztkontakte die Wahrscheinlichkeit für einen Antrag erhöhen (z. B. Mohnberg et al., 2016). Andere Forscher finden hingegen keinen statistisch signifikanten Erklärungsbeitrag von Indikatoren des regionalen Versorgungssystems.

²⁴ Um dieses Problem einzugrenzen, wurden bei allen Maßnahmearten die Diagnosen mit einem Anteil von weniger als 2 Prozent der Reha-Fälle ausgeschlossen.

²⁵ Für die Raumordnungsregionen wurde der Zusammenhang zwischen der Reha-Inanspruchnahme und den Krankenhausfällen für die Jahre 2010 bis 2017 zusätzlich unter Verwendung der Krankenhausfälle nach Bundesländern geprüft. Hierbei zeigt sich jedoch nur in Einzelfällen ein stärkerer Zusammenhang. Die zusätzliche Differenzierung nach Geschlecht zeigt wiederum einen stärkeren Zusammenhang bei den Männern.

tems auf die Antragstellung (z. B. Spyra und Bernert, 2016). Hierzu wird im Folgenden die altersstandardisierte Inanspruchnahme von Reha-Leistungen der Entwicklung der Anzahl der Ärztinnen und Ärzte und der Krankenhausbetten gegenübergestellt (Infobox).

i

Datengrundlage zur Analyse des Einflusses der medizinischen Versorgungsstruktur

Als Indikator für die Dichte der medizinischen Versorgungsstruktur wird die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte und der Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner herangezogen.

Der Analyse liegen die in der INKAR-Datenbank des BBSR Bonn (Stand 2018) veröffentlichten Angaben zur **Anzahl der Ärztinnen und Ärzte** und der **Krankenhausbetten** je 100.000 Einwohner nach Bundesland und Raumordnungsregion für die Jahre 2006 bis 2014 zugrunde.²⁶ Neben der Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte werden als Indikatoren zur ambulanten Versorgungsstruktur auch Angaben zu den folgenden ärztlichen Fachrichtungen berücksichtigt:²⁷

- Hausärztinnen/-ärzte (alle Diagnosen)
- Internistinnen/-en (nur Neubildungen, Kreislauf sowie Ernährung, Stoffwechsel, Verdauung)
- Orthopädinnen/-en (nur Muskel-Skelett)
- Psychotherapeutinnen/-therapeuten (nur Psychische Krankheiten)
- Kinderärztinnen/-ärzte (nur Kinder- und Jugendrehabilitationen).

Da die Indikatoren zur medizinische Versorgungsstruktur sich auf die Zahl der Einwohner beziehen ist zu berücksichtigen, dass die Angaben für den Zeitraum vor und ab dem Jahr 2011 infolge des Zensus 2011 in der zeitlichen Entwicklung nur bedingt mit den Vorjahren vergleichbar sind.

Bei der Entwicklung der medizinischen Versorgungsstruktur zeigt sich im Zeitraum von 2006 bis 2014 ein Rückgang bei der hausärztlichen Versorgung, während die fachärztliche Versorgungsdichte engmaschiger geworden ist. Die Entwicklung bei den Kinderärztinnen/-ärzten und den Krankenhausbetten ist konstant bis 2012, danach rückläufig. Auch regional ergeben sich nach Bundesland, Bundeslandtyp und Regionentyp ähnliche Trends, wobei für die ostdeutschen und die ländlichen Regionen eine gewisse Angleichung an die westdeutschen bzw. eher städtischen Regionen festzustellen ist.

Im Vergleich zur Reha-Inanspruchnahme legt die Entwicklung der Versorgungsdichte insgesamt nur für die hausärztliche Versorgung einen möglichen Zusammenhang mit dem Antragsrückgang bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nahe. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass es sich beim Rückgang der hausärztlichen Versorgungsdichte um einen Trend handelt, der

²⁶ In der aktuell verfügbaren Version der INKAR Datenbank werden lediglich Daten zur Ärztedichte für das Jahr 2015 bereitgestellt. Die für die Analyse für die Jahre 2006 bis 2014 verwendeten Daten stammen dagegen aus einer früheren Version der INKAR-Datenbank. Ferner ist zu berücksichtigen, dass die Daten für das Jahr 2015 aufgrund einer neuen Datenquelle nur eingeschränkt mit den Daten aus den Vorjahren vergleichbar sind.

²⁷ In Klammern sind für jede ärztliche Fachrichtung die Diagnosekapitel bzw. Maßnahmearten angegeben, bei denen diese als erklärende Variable berücksichtigt wird.

bereits sehr viel länger und insbesondere in der Phase des Anstiegs der Reha-Anträge und -Leistungen vor 2010 zu beobachten ist. Andererseits sind die Indikatoren zur Versorgungsdichte nur grobe Indikatoren für den generellen Zugang zum medizinischen Versorgungssystem, welche wenige Rückschlüsse auf Versorgungsengpässe bspw. infolge einer steigenden Arbeitszeitverdichtung der Ärztinnen/-ärzte erlauben.

Dagegen spricht allerdings, dass auch die Zahl der Behandlungsfälle je Hausarzt in der zeitlichen Entwicklung relativ konstant ist. Dies ist beispielsweise auch in der psychotherapeutischen Versorgung festzustellen. Auch hier sind die Behandlungsfälle je Psychotherapeutin/-therapeut im Betrachtungszeitraum nahezu konstant geblieben. Schließlich zeigen auch Befragungsergebnisse, dass die „gefühlte“ Arbeitszeitbelastung sowohl der Hausärztinnen und -ärzte als auch der Psychotherapeutinnen/-therapeuten in den letzten Jahren in Deutschland nicht signifikant gestiegen ist (Tabelle 6). So geben rund 40 Prozent der befragten Hausärztinnen und Hausärzte seit 2012 an, dass Ihnen ausreichend Zeit zur Patientenbehandlung zur Verfügung steht. Bei den Psychotherapeutinnen/-therapeuten sind es gar rund 70 Prozent. Diese Werte haben sich in den letzten Jahren kaum geändert. Das trifft auch auf die Zahl der behandelten Patientinnen und Patienten und der Arbeitsstunden für Patientensprechstunden zu.

Tabelle 6: Arbeitsbelastung von Ärztinnen/Ärzten

Anteil der befragten Ärztinnen/Ärzte in %

	2012	2014	2016
Hausärztinnen/-ärzte			
"Für die Behandlung meiner Patienten steht mir ausreichend Zeit zur Verfügung." Stimme eher/voll und ganz zu	36	36	41
Durchschnittliche Anzahl der am Tag behandelten Patientinnen und Patienten	53,1	51,6	51,1
Anzahl der Arbeitsstunden für Patientensprechstunden	34,4	33,3	33,3
Psychotherapeutinnen/-therapeuten			
"Für die Behandlung meiner Patienten steht mir ausreichend Zeit zur Verfügung." Stimme eher/voll und ganz zu	70	66	69
Durchschnittliche Anzahl der am Tag behandelten Patientinnen und Patienten	6,9	6,8	6,7
Anzahl der Arbeitsstunden für Patientensprechstunden	28,9	28,2	27,3

Quelle: infas (versch. Jg.): Ärztemonitor

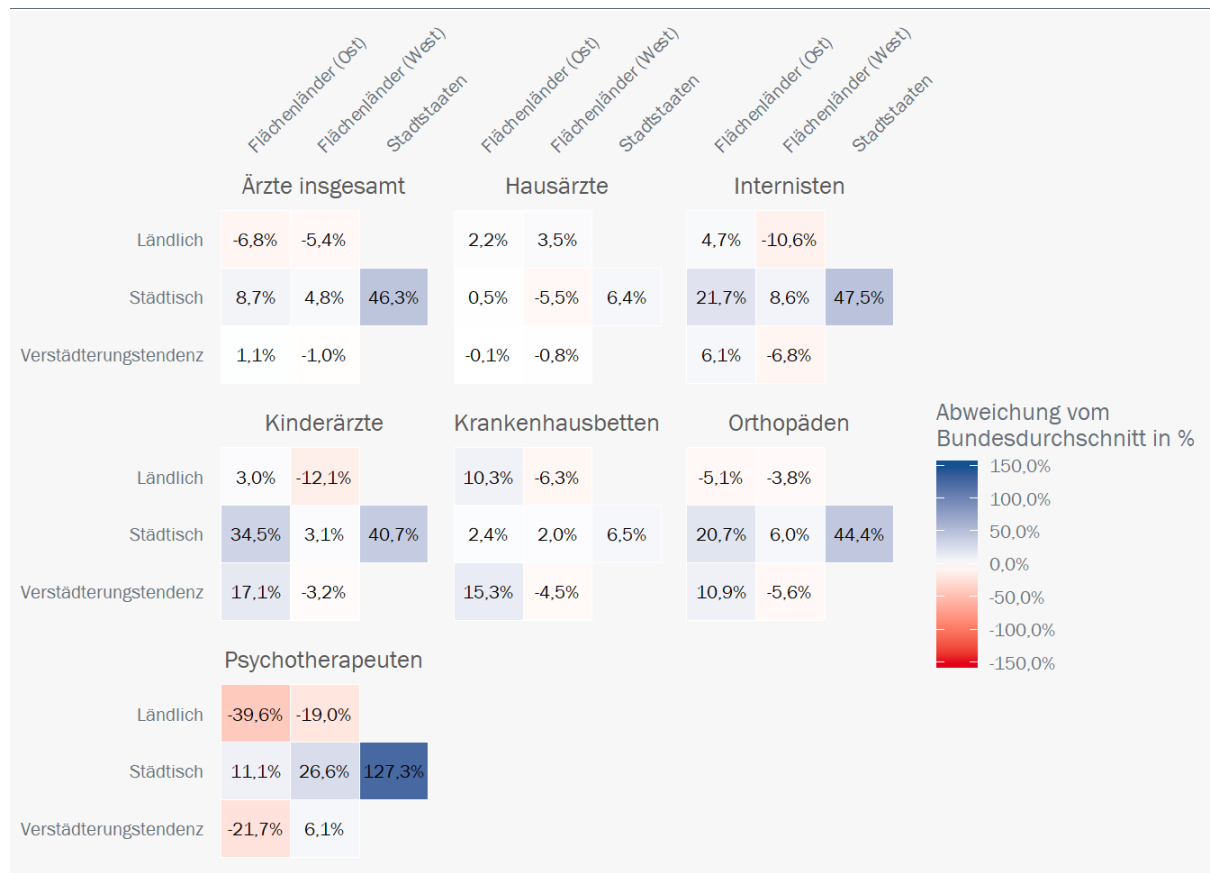
© Prognos 2019

Insgesamt ist damit festzustellen, dass die Entwicklung der Indikatoren zur medizinischen Versorgungsdichte nur wenig Anhaltspunkte dafür liefert, dass der Antragsrückgang bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wesentlich auf eine steigende Arbeitsbelastung von Ärztinnen/Ärzten oder medizinische Versorgungsengpässe zurückzuführen ist.

Gleichzeitig zeigt die Analyse große regionale Unterschiede in der medizinischen Versorgungsstruktur. Neben Unterschieden zwischen den Bundesländern stellt die regionale Analyse eine generell höhere medizinische Versorgungsdichte in städtischen Regionen und insbesondere den Stadtstaaten fest. Für ostdeutsche Regionen lässt sich für städtische Regionen und für Kinderärztinnen und -ärzte eine höhere Versorgungsdichte als im Westen nachweisen. Die größten Unterschiede sind bei der Anzahl der Psychotherapeutinnen/-therapeuten festzustellen. Hier ist sowohl ein deutliches Stadt-Land- als auch Ost- West-Gefälle zu beobachten. Für die hausärztliche und die stationäre Versorgung sind dagegen nur geringe Unterschiede nach Bundesland- und Regionentyp erkennbar.

Abbildung 25: Medizinische Versorgungsdichte nach Regionen

2014, Raumordnungsregionen, Anzahl je 100.000 Einwohner, Abweichung vom Bundesdurchschnitt in %, Durchschnitt nach Bundesland- und Regionentyp



Quelle: BBSR Bonn, eigene Berechnungen

© Prognos 2019

Insgesamt ergibt sich sowohl für die Bundesländer als auch für die Raumordnungsregionen im Allgemeinen ein negativer Zusammenhang zwischen der medizinischen Versorgungsdichte und der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Abbildung 26). Positive, wenn auch geringe Zusammenhänge zeigen sich für die psychosomatischen Rehabilitationen (Psychotherapeutinnen/-therapeuten), die Entwöhnungsbehandlungen (Ärztinnen/Ärzte insgesamt), die Anschlussheilbehandlungen (Hausärztinnen/-ärzte, Krankenhausbetten) sowie für die

Kinder- und Jugendrehabilitationen (Kinderärztinnen/-ärzte, Krankenhausbetten). Im Vergleich zu den Raumordnungsregionen ist bei der Analyse der Bundesländer lediglich bei psychosomatischen Rehabilitationen und Entwöhnungsbehandlungen ein stärkerer Zusammenhang, für die anderen Maßnahmentearten dagegen ein schwächerer bzw. stärkerer negativer Zusammenhang erkennbar.

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die geringen und negativen Zusammenhänge zumindest teilweise darauf zurückzuführen sind, dass die regionalen Muster bei der Reha-Inanspruchnahme und bei der medizinischen Versorgungsdichte genau entgegengesetzt sind, wie bspw. die höhere Inanspruchnahme in den ländlichen Regionen und den Flächenländern. Insofern spiegeln die Ergebnisse über alle Raumordnungsregionen hinweg zumindest teilweise weniger den Zusammenhang zwischen der Reha-Inanspruchnahme und der medizinischen Versorgungsdichte als vielmehr den Zusammenhang zwischen der Reha-Inanspruchnahme und den Regionentypen wider.

Abbildung 26: Zusammenhang zwischen Reha-Inanspruchnahme und medizinischer Versorgungsstruktur

2010 bis 2014, Raumordnungsregionen



Die Werte entsprechen dem Korrelationskoeffizienten zwischen der medizinischen Versorgungsdichte je 100.000 Einwohner und der altersstandardisierten Reha-Inanspruchnahme je 10.000 Versicherte (Kinder- und Jugendrehabilitationen: 10.000 Einwohner) für die Raumordnungsregionen. Da bei der Berechnung des Korrelationskoeffizienten Daten aus mehreren Jahren, für Männer und Frauen sowie für verschiedene Diagnosen einfließen, wurden die Indikatoren zur medizinischen Versorgungsdichte und die altersstandardisierten Reha-Inanspruchnahme mit dem jeweiligen Bundesdurchschnitt normalisiert. Für **fett** dargestellte Werte ist der Korrelationskoeffizient statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau.

Diese Interpretation der Ergebnisse wird durch eine differenzierte Analyse des Zusammenhangs zwischen Reha-Inanspruchnahme und medizinischer Versorgungsstruktur nach Bundesland und/oder Regionentyp gestützt. Differenziert nach Bundeslandtyp sind in den ostdeutschen Regionen bei Entwöhnungsbehandlungen und Kinder- und Jugendrehabilitation durchweg positive und stärkere Zusammenhänge zu den jeweiligen Indikatoren der medizinischen Versorgungsstruktur festzustellen, aber beispielsweise auch zwischen den Ca-Leistungen nach § 15 SGB VI und der Anzahl der Internisten (

Abbildung 27). Nach Regionentyp ergeben sich für die ländlichen Regionen positive und stärkere Zusammenhänge zu den Indikatoren der medizinischen Versorgungsstruktur. Gleichzeitig bleibt jedoch einzuschränken, dass sich auch in der differenzierten regionalen Analyse in vielen Fällen weiterhin negative Zusammenhänge zeigen.

Abbildung 27: Zusammenhang zwischen Reha-Inanspruchnahme und medizinischer Versorgungsstruktur nach Bundeslandtyp

2010 bis 2014, Raumordnungsregionen



Die Werte entsprechen dem Korrelationskoeffizienten zwischen der medizinischen Versorgungsdichte je 100.000 Einwohner und der altersstandardisierten Reha-Inanspruchnahme je 10.000 Versicherte (Kinder- und Jugendrehabilitationen: 10.000 Einwohner) für die Raumordnungsregionen. Da bei der Berechnung des Korrelationskoeffizienten Daten aus mehreren Jahren, für Männer und Frauen sowie für verschiedene Diagnosen einfließen, wurden die Indikatoren zur medizinischen Versorgungsdichte und die altersstandardisierten Reha-Inanspruchnahme mit dem jeweiligen Bundesdurchschnitt normalisiert. Für **fett** dargestellte Werte ist der Korrelationskoeffizient statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau.

Quelle: DRV Bund, BBSR Bonn, eigene Berechnungen

© Prognos 2019

Fazit

Die Ergebnisse zur Entwicklung der medizinischen Versorgungsstruktur legen insgesamt keinen Zusammenhang zum Antragsrückgang nahe. Die regionale Analyse ermittelt bei den psychosomatischen Rehabilitationen, den Kinder- und Jugendrehabilitationen und den Anschlussheilbehandlungen positive und plausible Zusammenhänge zur Versorgungsdichte bei Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Kinder- bzw. Hausärztinnen/-ärzten.

3.2.5 Sozial- und Wirtschaftsstruktur

Im letzten Teil der epidemiologischen Analyse wird überprüft, inwiefern ein Zusammenhang zwischen der regionalen Sozial- und Wirtschaftsstruktur, wie z. B. Arbeitslosigkeit, Wirtschaftsstruktur, soziale Deprivation und Urbanität mit der Antragstellung und der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Zusammenhang stehen könnten. So können etwa prekäre oder unsichere Beschäftigungsverhältnisse dazu führen, dass eine Rehabilitation nicht beantragt wird (Spyra und Bernert, 2016). Eine andere Studie kommt zum Ergebnis, dass ein Zusammenhang zwischen regionalen Sozialstrukturfaktoren und der Morbidität bzw. der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen besteht (Schulz et al., 2016).²⁸ Zur Überprüfung dieser Hypothese werden verschiedene Indikatoren der regionalen Sozialstruktur überprüft (Infobox).

i

Datengrundlage zur Analyse des Einflusses der Sozial- und Wirtschaftsstruktur

Als Indikatoren für die Sozial- und Wirtschaftsstruktur werden die folgenden acht Indikatoren herangezogen:

- Arbeitslosenquote (Anteil der Arbeitslosen an den zivilen Erwerbspersonen in %)
- Beschäftigtenquote (sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Wohnort je 100 Einwohner im erwerbsfähigen Alter)
- Erwerbstätigenbesatz (Erwerbstätige je 100 Einwohner im erwerbsfähigen Alter)
- Industriequote (sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort in der Industrie (WZ 2008) je 100 Einwohner im erwerbsfähigen Alter)
- Haushaltseinkommen (durchschnittliches Haushaltseinkommen in Euro je Einwohner)
- Bruttoinlandsprodukt je Erwerbstätigen (Bruttoinlandsprodukt in 1.000 Euro je Erwerbstätigen)
- SGB-II-Quote (Anteil der erwerbsfähigen und nicht erwerbsfähigen Leistungsberechtigten nach SGB II an den Einwohnern unter 65 Jahren in %)
- Wohngeldhaushalte (Haushalte, die Empfänger von Wohngeld sind, je 1.000 Haushalte)
- Lebenserwartung (mittlere Lebenserwartung eines Neugeborenen in Jahren)
- Einwohnerdichte (Einwohner je km²)

Hierbei liegen der Analyse die in der INKAR-Datenbank des BBSR Bonn (Stand 2018) für jeden Indikator veröffentlichten Angaben nach Bundesland und Raumordnungsregion für die Jahre 2006 bis 2015 zugrunde.

Die Auswahl der Indikatoren erfolgte in einem ersten Schritt anhand einer Auswahl von Bereichen, für die ein Zusammenhang zur Reha-Inanspruchnahme oder zur Antragstellung vermutet werden kann. Auf Grundlage der in Modul 1 formulierten Hypothesen und in anderen Studien gefundenen Zusammenhängen zu den Determinanten der regionalen Morbidität und der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens wurden im ersten Schritt die Themen- oder Hypothesenblöcke Arbeitsmarkt, Beschäftigung, Wirtschafts-

²⁸ Schulz, M., T. Czihal, M. Erhart und D. Stillfreid (2016), Korrelation zwischen räumlichen Sozialstrukturfaktoren und Indikatoren des medizinischen Versorgungsbedarfs, Das Gesundheitswesen, 78, S. 290-297.

kraft und soziale Deprivation abgeleitet. Zusätzlich wurden als Indikator zum allgemeinen Gesundheitszustand die Lebenserwartung und die Einwohnerdichte als Indikator für den Grad der Urbanität berücksichtigt.

Für jeden dieser Themenblöcke wurden in einem zweiten Schritt jeweils zwei Indikatoren ausgewählt. Die Auswahl der Indikatoren erfolgte dabei zum einen anhand der in den Deprivations- und Urbanitätsindizes von Schulz et al. (2016) berücksichtigten Variablen. Zum anderen wurden lediglich Indikatoren ausgewählt, für welche Daten auf Ebene der Raumordnungsregionen für den gesamten Zeitraum 2010 bis 2015 verfügbar waren.

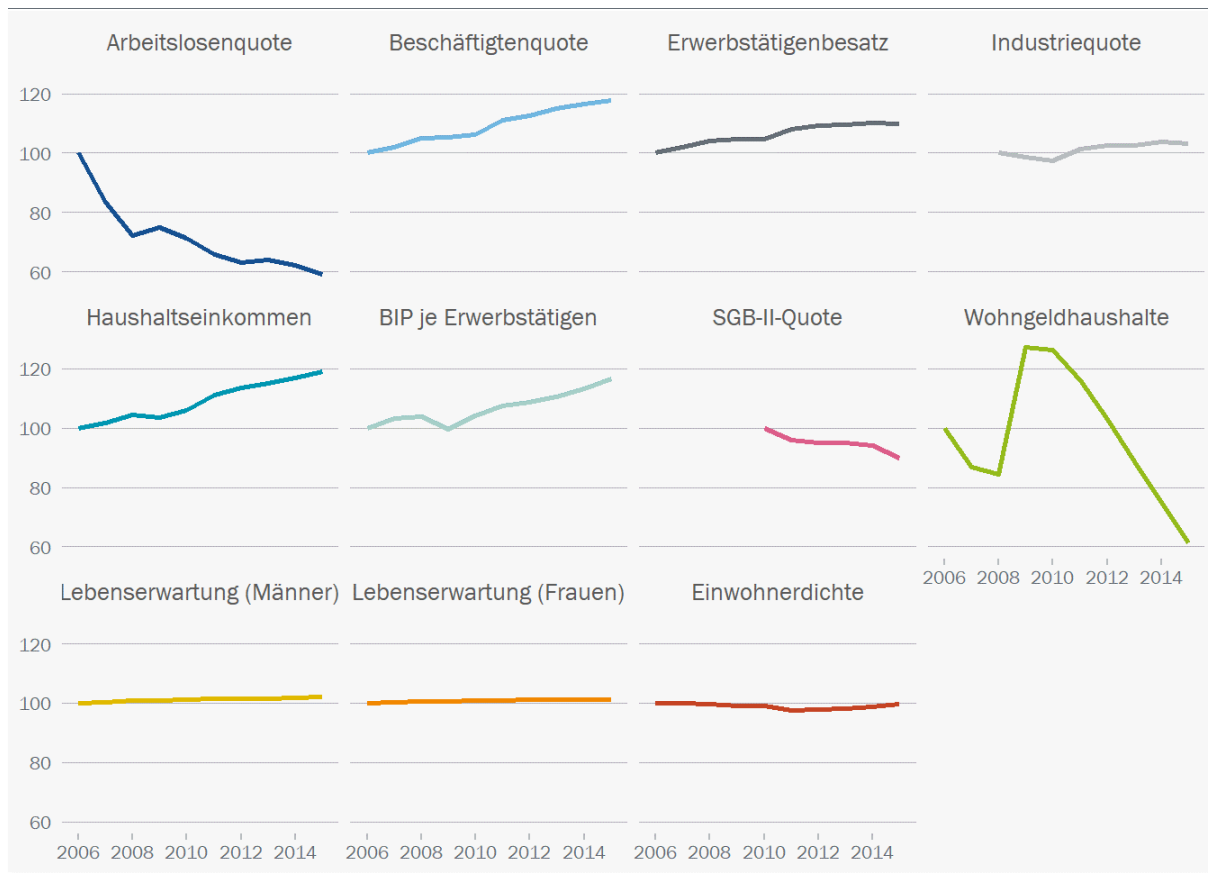
Da sich die Indikatoren zur Sozial- und Wirtschaftsstruktur teilweise auf die Zahl der Einwohner beziehen ist wiederum zu berücksichtigen, dass die Angaben für den Zeitraum vor und ab dem Jahr 2011 infolge des Zensus 2011 in der zeitlichen Entwicklung nur bedingt mit den Vorjahren vergleichbar sind.

Mit Ausnahme der Lebenserwartung und der Einwohnerdichte ist für alle Indikatoren zur Sozial- und Wirtschaftsstruktur im gesamten Zeitraum 2006 bis 2015 eine positive Entwicklung zu beobachten (Abbildung 28). Gleichzeitig zeigt sich für alle Indikatoren zum Arbeitsmarkt, der Beschäftigung und der Wirtschaftskraft der Einfluss der Wirtschafts- und Finanzkrise in den Jahren 2009 und 2010 als eine „Delle“ in der Entwicklung. Insgesamt spiegelt diese Entwicklung die generelle Verbesserung der wirtschaftlichen Situation im betrachteten Zeitraum wider. Besonders deutlich ist etwa der Rückgang der Arbeitslosigkeit.

Nach Bundesland- und Regionentypen sind in den ländlichen und den ostdeutschen Regionen im Allgemeinen eine überdurchschnittlich positive Entwicklung festzustellen, wie bspw. ein stärkerer Rückgang der Arbeitslosen- und der SGB-II-Quote, aber auch ein stärkerer Anstieg der Beschäftigung und des Bruttoinlandsprodukts je Erwerbstätigen. Insgesamt hat die positive wirtschaftliche Entwicklung damit zu einer Angleichung zwischen den ostdeutschen und den westdeutschen Regionen geführt.

Abbildung 28: Entwicklung der Sozial- und Wirtschaftsstruktur

Deutschland, 2006 bis 2014, Index 2006=100*



* Industriequote: 2008 = 100, SGB-II-Quote: 2010 = 100. Insbesondere für die Zahl der Wohngeldhaushalte legen die Daten einen Bruch in der Zeitreihe nahe.

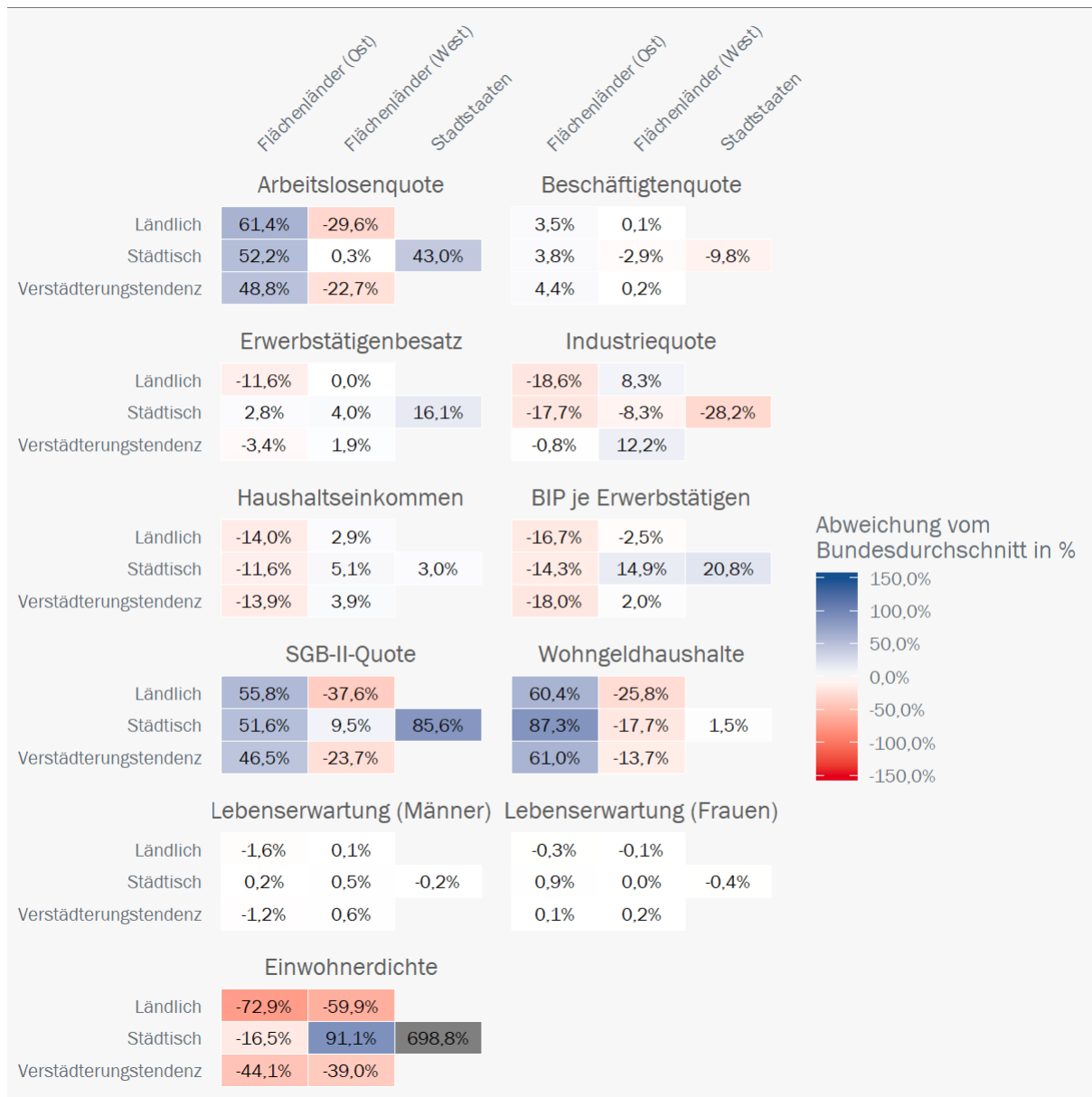
Quelle: BBSR Bonn, eigene Berechnungen

© Prognos 2019

Trotz dieser Angleichung ist für die Mehrzahl der Indikatoren weiterhin ein deutliches Ost-West-Gefälle festzustellen. Lediglich bei der Beschäftigtenquote liegen die ostdeutschen Regionen über dem Bundesdurchschnitt, was unter anderem die traditionell höhere Erwerbsbeteiligung der Frauen in den ostdeutschen Regionen widerspiegelt. Neben den Unterschieden zwischen Ost und West zeigen sich auch große Unterschiede zwischen den westdeutschen Flächenländern und den Stadtstaaten, aber auch zwischen den ländlichen und den städtischen Regionen im Westen.

Abbildung 29: Sozial- und Wirtschaftsstruktur nach Regionen

2015, Raumordnungsregionen, Abweichung vom Bundesdurchschnitt in %, Durchschnitt nach Bundesland- und Regionentyp



Quelle: BBSR Bonn, eigene Berechnungen

© Prognos 2019

Sowohl für die Bundesländer als auch die Raumordnungsregionen legen die Ergebnisse einer Korrelationsanalyse nur einen geringen Einfluss der Wirtschafts- und Sozialstruktur auf die Inanspruchnahme von Reha-Leistungen insgesamt nahe. Lediglich für die Industriequote ergibt sich ein stärkerer positiver Zusammenhang. Für die einzelnen Maßnahmearten sind dagegen stärkere, für die Bundesländer teils starke Zusammenhänge festzustellen. Dies gilt insbesondere für die Ca-Leistungen und die Kinder- und Jugend-Rehabilitationen, während die Zusammenhänge bei den Anschlussheilbehandlungen, den psychosomatischen Rehabilitationen und den Entwöh-

nungsbehandlungen geringer sind. Insbesondere für die Bundesländer sind diese Zusammenhänge bei einzelnen Maßnahmentypen jedoch Ausdruck der Ähnlichkeiten zwischen den regionalen Mustern bei der Reha-Inanspruchnahme und den Indikatoren zur Wirtschafts- und Sozialstruktur. So spiegeln die starken Zusammenhänge bei den Ca-Leistungen und Kinder- und Jugend-Rehabilitationen das Zusammentreffen einer höheren Inanspruchnahme in den ostdeutschen Regionen mit einer höheren Arbeitslosenquote oder einer geringen Wirtschaftskraft wider.

Abbildung 30: Zusammenhang zwischen der Reha-Inanspruchnahme und der Sozial- und Wirtschaftsstruktur

2010 bis 2015, Raumordnungsregionen



Die Werte entsprechen dem Korrelationskoeffizienten zwischen den Indikatoren zur Sozial- und Wirtschaftsstruktur und der altersstandardisierten Reha-Inanspruchnahme je 10.000 Versicherte (Kinder- und Jugendrehabilitationen: 10.000 Einwohner) für die Raumordnungsregionen. Da bei der Berechnung des Korrelationskoeffizienten Daten aus mehreren Jahren, für Männer und Frauen sowie für verschiedene Diagnosen einfließen, wurden die Indikatoren zur Sozial- und Wirtschaftsstruktur und die altersstandardisierten Reha-Inanspruchnahme mit dem jeweiligen Bundesdurchschnitt normalisiert. Für **fett** dargestellte Werte ist der Korrelationskoeffizient statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau.

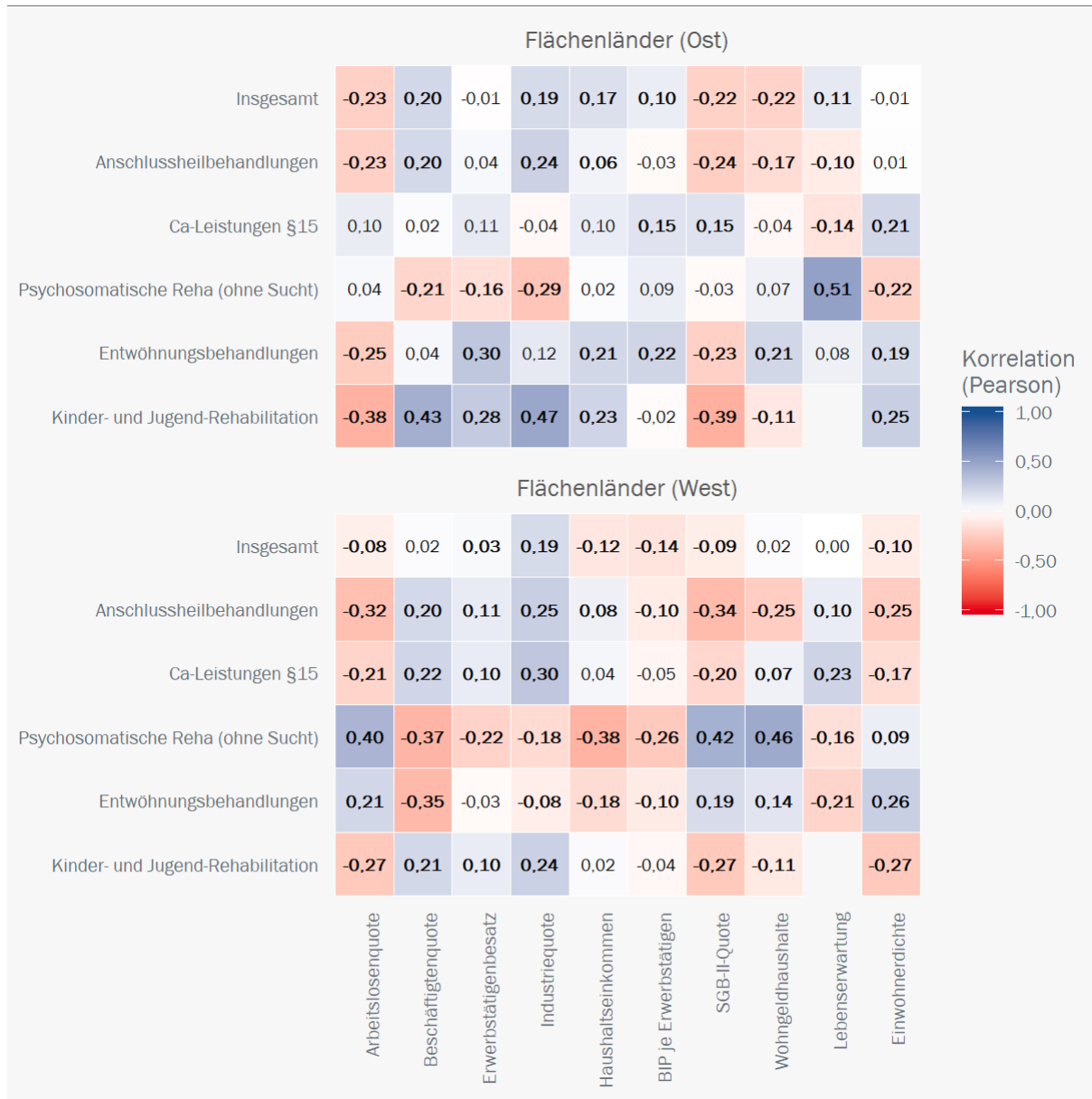
Quelle: DRV Bund, BBSR Bonn, eigene Berechnungen

© Prognos 2019

Evidenz für diese These liefert eine differenzierte Analyse nach Bundeslandtyp, welche qualitativ andere Ergebnisse zeigt als im Durchschnitt aller Raumordnungsregionen bzw. Bundesländer (Abbildung 31).

Abbildung 31: Zusammenhang zwischen der Reha-Inanspruchnahme und der Sozial- und Wirtschaftsstruktur nach Gebiet

2010 bis 2015, Raumordnungsregionen



Die Werte entsprechen dem Korrelationskoeffizienten zwischen den Indikatoren zur Sozial- und Wirtschaftsstruktur und der altersstandardisierten Reha-Inanspruchnahme je 10.000 Versicherte (Kinder- und Jugendrehabilitationen: 10.000 Einwohner) für die Raumordnungsregionen. Da bei der Berechnung des Korrelationskoeffizienten Daten aus mehreren Jahren, für Männer und Frauen sowie für verschiedene Diagnosen einfließen, wurden die Indikatoren zur Sozial- und Wirtschaftsstruktur und die altersstandardisierten Reha-Inanspruchnahme mit dem jeweiligen Bundesdurchschnitt normalisiert. Für **fett** dargestellte Werte ist der Korrelationskoeffizient statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau.

Quelle: DRV Bund, BBSR Bonn, eigene Berechnungen

© Prognos 2019

Für die Reha-Inanspruchnahme insgesamt zeigen sich sowohl in Ost und West etwas stärkere, insgesamt allerdings weiterhin nur geringe Zusammenhänge. Neben eines robusten positiven Zusammenhangs mit der Industriequote, ergeben sich in den ostdeutschen Regionen auch stärkere positive Zusammenhänge zu den Indikatoren für die Wirtschaftskraft, dagegen negative Zusammenhänge zur Arbeitslosenquote und den Indikatoren für die soziale Deprivation (SGB-II-Quote, Wohngeldhaushalte). Bei einer Differenzierung nach Regionentyp sind diese Zusammenhänge allein für ländliche Regionen nachweisbar.²⁹ In den westdeutschen Regionen lässt sich dagegen ein negativer Zusammenhang zur Wirtschaftskraft und dort insbesondere in den städtischen und teilweise den ländlichen Regionen beobachten.

Nach Maßnahmearten ist sowohl in Ost und West als auch nach Regionentypen ein positiver Zusammenhang zu den Arbeitsmarkt- und Beschäftigungsindikatoren und der Inanspruchnahme von Anschlussheilbehandlungen und den Kinder- und Jugendrehabilitationen festzustellen, dagegen ein negativer Zusammenhang zu den Deprivationsindikatoren.

Im Westen sind ähnliche Zusammenhänge in den eher städtischen Regionen auch bei Ca-Leistungen nach § 15 SGB VI zu beobachten, während in den ländlichen Regionen eine hohe Inanspruchnahme von Ca-Leistungen nach § 15 SGB VI mit einem hohen Deprivationsgrad und einer geringeren Lebenserwartung einhergeht. Im Unterschied dazu ist bei psychosomatischen Rehabilitationen im Westen für alle Regionentypen ein positiver und stärkerer Zusammenhang zu Indikatoren der sozialen Deprivation, negative Zusammenhänge dagegen zu Arbeitsmarkt und Wirtschaftskraft erkennbar. Auch bei den Entwöhnungsbehandlungen bestehen ähnliche, wenn auch in der Regel schwächere Zusammenhänge.

Im Osten geht eine höhere Inanspruchnahme von psychosomatischen Rehabilitationen eher mit einer schlechteren Arbeitsmarktlage einher. Dagegen ist im Unterschied zum Westen eine hohe Inanspruchnahme von Entwöhnungsbehandlungen eher in wirtschaftlich stärkeren Regionen zu beobachten. Qualitative Unterschiede zeigen sich schließlich auch bei den Zusammenhängen zur Lebenserwartung und der Einwohnerdichte. Im Westen kann für die Lebenserwartung als Indikator für den allgemeinen Gesundheitszustand ein positiver Zusammenhang zur Inanspruchnahme von Anschlussheilbehandlungen und Ca-Leistungen festgestellt werden; im Osten dagegen nicht. Im Westen wird bei Kinder- und Jugendrehabilitationen und Ca-Leistungen ein negativer, im Osten dagegen ein positiver Zusammenhang zwischen der Einwohnerdichte und der Reha-Inanspruchnahme ermittelt.

Für die Indikatoren zur sozialen Deprivation oder zur Arbeitslosenquote kann die negative Korrelation zur Reha-Inanspruchnahme sowohl als Evidenz für den in der Literatur dokumentierten negativen Zusammenhang zwischen dem Arbeitslosigkeitsrisiko und der Wahrscheinlichkeit einer Antragstellung als auch für den sozialen Gradienten im Gesundheitswesen, d.h. den negativen Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und dem sozialen Status, interpretiert werden.

Fazit

Insgesamt legen die Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen der Reha-Inanspruchnahme und der regionalen Sozial- und Wirtschaftsstruktur, z. B. ein negativer Zusammenhang zur Arbeitslosenquote, eher eine Zunahme der Anträge als einen Antragsrückgang nahe. Da sich die Analyse

²⁹ Eine Differenzierung nach Regionentyp ist für die ostdeutschen Regionen aufgrund der geringen Anzahl an städtischen Regionen (2 Regionen) und Regionen mit Verstädterungstendenz (4 Regionen) lediglich für die ländlichen Regionen sinnvoll.

jedoch auf die regionalen Unterschiede beschränkt, sind Implikationen zur zeitlichen Entwicklung der Reha-Inanspruchnahme mit Vorsicht zu behandeln. In Übereinstimmung mit den Ergebnissen anderer Studien zeigen die Ergebnisse einen starken und signifikanten Zusammenhang zwischen der Reha-Inanspruchnahme und Indikatoren der regionalen Sozial- und Wirtschaftsstruktur. Mangels belastbarer Hypothesen sollten diese zwar nicht zwangsläufig als kausale Zusammenhänge interpretiert werden. Jedoch können diese Ergebnisse als Evidenz für die These herangezogen werden, dass zur Erklärung der regionalen Unterschiede in der Reha-Inanspruchnahme neben Unterschieden in der Morbidität auch andere Faktoren von zentraler Bedeutung sind.

3.2.6 Gesamtbetrachtung

In den vorangegangenen Abschnitten wurde der Zusammenhang zwischen der Morbidität, der medizinischen Versorgungsstruktur und der Sozialstruktur isoliert analysiert. Anknüpfend an die isolierte Betrachtung werden die einzelnen Hypothesen bzw. Indikatoren im Rahmen einer linearen Regressionsanalyse zu einer Gesamtbetrachtung zusammengeführt (Infobox). Da für die Raumordnungsregionen lediglich Daten zu allen Indikatoren für ein Jahr zur Verfügung stehen, werden im Folgenden im Wesentlichen die Ergebnisse des Gesamtmodells unter Einbeziehung aller Indikatoren sowie einer Indikatorvariablen für die Bundesländer im Zeitraum 2008 bis 2015 dargestellt.³⁰

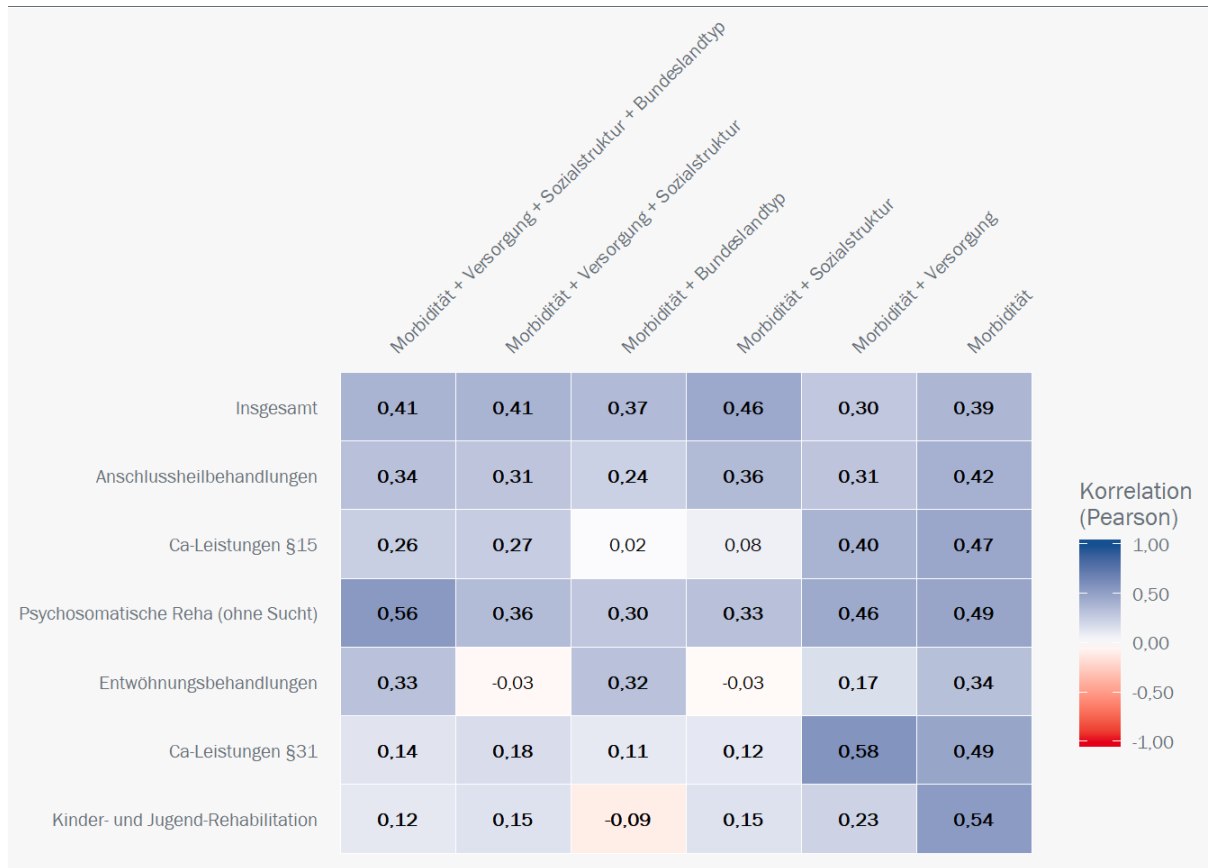
Morbidität

In der isolierten Analyse ergibt sich für die Bundesländer im Zeitraum 2006 bis 2017 ein positiver Zusammenhang zwischen der Reha-Inanspruchnahme und den Krankenhausfällen. Die Ergebnisse der Regressionsanalyse belegen, dass der Zusammenhang zwischen der Morbidität und der Reha-Inanspruchnahme insgesamt auch unter Berücksichtigung der Einflüsse der medizinischen Versorgungsstruktur und der Wirtschafts- und Sozialstruktur Bestand hat (Abbildung 32). Dies gilt ebenfalls für die Anschlussheilbehandlungen, die psychosomatischen Rehabilitationen und die Entwöhnungsbehandlungen. Ohne Berücksichtigung der Indikatorvariablen für den Bundeslandtyp besteht bei psychosomatischen Rehabilitationen und Entwöhnungsbehandlungen nur ein geringer bzw. kein Zusammenhang. Bei Ca-Leistungen und insbesondere Kinder- und Jugendrehabilitationen verbleibt in der Gesamtbetrachtung dagegen nur ein geringerer oder geringer Zusammenhang. Auch ist dieses Ergebnis robust gegenüber alternativen Spezifikationen des Modells. Bei den Kinder- und Jugendrehabilitationen zeigt sich unabhängig davon, welche Indikatoren neben der Morbidität berücksichtigt werden, stets nur ein geringer Zusammenhang. Bei den Ca-Leistungen ergibt sich ein geringerer Zusammenhang in allen Modellen, in denen die Sozial- und Wirtschaftsstruktur oder der Bundeslandtyp berücksichtigt werden. Dies ist zumindest ein Indiz dafür, dass bspw. die überdurchschnittliche Inanspruchnahme bei den Ca-Leistungen und den Kinder- und Jugendrehabilitationen in den ostdeutschen Regionen nicht allein durch eine überdurchschnittliche Morbidität erklärt werden kann.

³⁰ Siehe hierzu Fußnote 31.

Abbildung 32: Zusammenhang zwischen der Morbidität und der Reha-Inanspruchnahme für unterschiedliche Modellspezifikationen

2008 bis 2015, Bundesländer



Die Werte entsprechen dem standardisierten Regressionskoeffizienten der altersstandardisierten Krankenhausfälle je 10.000 Versicherte (Kinder- und Jugendrehabilitationen: 10.000 Einwohner) für unterschiedliche Spezifikationen eines linearen Regressionsmodells. Für **fett** dargestellte Werte ist der Regressionskoeffizient statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau.

Quelle: DRV Bund, BBSR Bonn, eigene Berechnungen

© Prognos 2019

Die Ergebnisse der Regressionsanalyse für die Raumordnungsregionen ergeben lediglich für die Anschlussheilbehandlungen einen robusten und positiven Zusammenhang. Für alle anderen Maßnahmentearten ist im Gesamtmodell dagegen kein Zusammenhang zwischen der Morbidität und der Reha-Inanspruchnahme festzustellen.



Regressionsanalyse zum Einfluss der Morbidität, der medizinischen Versorgungsstruktur sowie der Sozial- und Wirtschaftsstruktur

Den Ergebnissen der Gesamtbetrachtung zur Bedeutung der Morbidität, der medizinischen Versorgungsstruktur sowie der Sozial- und Regionalstruktur liegt eine lineare Regressionsanalyse der Reha-Inanspruchnahme insgesamt und nach Maßnahmentearten

in den Bundesländern für die Jahre 2008 bis 2015 und in den Raumordnungsregionen für das 2016 zugrunde.³¹

Für jede Maßnahmeart ist die abhängige oder zu erklärende Variable die altersstandardisierte Inanspruchnahmerate nach Geschlecht und Raumordnungsregion. Da in der Analyse die regionalen Unterschiede oder Abweichungen vom Bundesdurchschnitt im Vordergrund stehen, wurden die altersstandardisierte Inanspruchnahmeraten um den jeweiligen Bundesdurchschnitt nach Geschlecht bereinigt bzw. normalisiert.

Die unabhängigen oder erklärenden Variablen bilden die in den Abschnitten 3.2.3 bis 3.2.5 betrachteten Indikatoren zur Morbidität, zur medizinischen Versorgungsstruktur und zur Sozial- und Wirtschaftsstruktur. Wie im Rahmen der Korrelationsanalyse in den vorangegangenen Abschnitten wurden die einzelnen Indikatoren jeweils mit dem Bundesdurchschnitt normalisiert. Die Indikatoren zur Versorgungs-, Sozial- und Wirtschaftsstruktur wurden nach Jahren, die Indikatoren zur Morbidität nach Jahren, Geschlecht und Diagnose normalisiert. Zusätzlich wurde in der Analyse für die Bundesländer eine Indikatorvariable für den Bundeslandtyp und für die Raumordnungsregionen für den Bundesland- und den Regionentyp berücksichtigt.

Die im vorliegenden Abschnitt dargestellten Ergebnisse entsprechen jeweils den standardisierten Regressionskoeffizienten oder Beta-Koeffizienten. Die Verwendung der standardisierten Regressionskoeffizienten hat zum einen den Vorteil, dass diese im Sinne eines Korrelationskoeffizienten interpretiert werden können und daher mit den Ergebnissen der vorangegangenen Abschnitte verglichen werden können. Zum anderen spiegelt der standardisierte Regressionskoeffizient die relative Bedeutung bzw. den Erklärungsbeitrag einer Variablen im Vergleich zu den anderen erklärenden Variablen wider.

Medizinische Versorgung

Für die Indikatoren zur medizinischen Versorgungsstruktur ergibt die isolierte Betrachtung im Allgemeinen nur einen geringen bzw. signifikant negativen Zusammenhang. Unter Berücksichtigung der Unterschiede in der Morbidität und der Sozialstruktur ist sowohl für die Bundesländer als auch die Raumordnungsregionen in der Gesamtbetrachtung im Allgemeinen kein signifikanter Zusammenhang erkennbar. Insbesondere verschwinden unter Berücksichtigung der Sozialstruktur und des Bundesland- bzw. Regionentyp die unplausiblen negativen Zusammenhänge. Dies ist ein weiteres Indiz für die bereits in Abschnitt 3.2.4 formulierte These, wonach die Indikatoren zur medizinischen Versorgungsstruktur vermutlich eher als generelle Indikatoren der Regionalstruktur zu interpretieren sind.

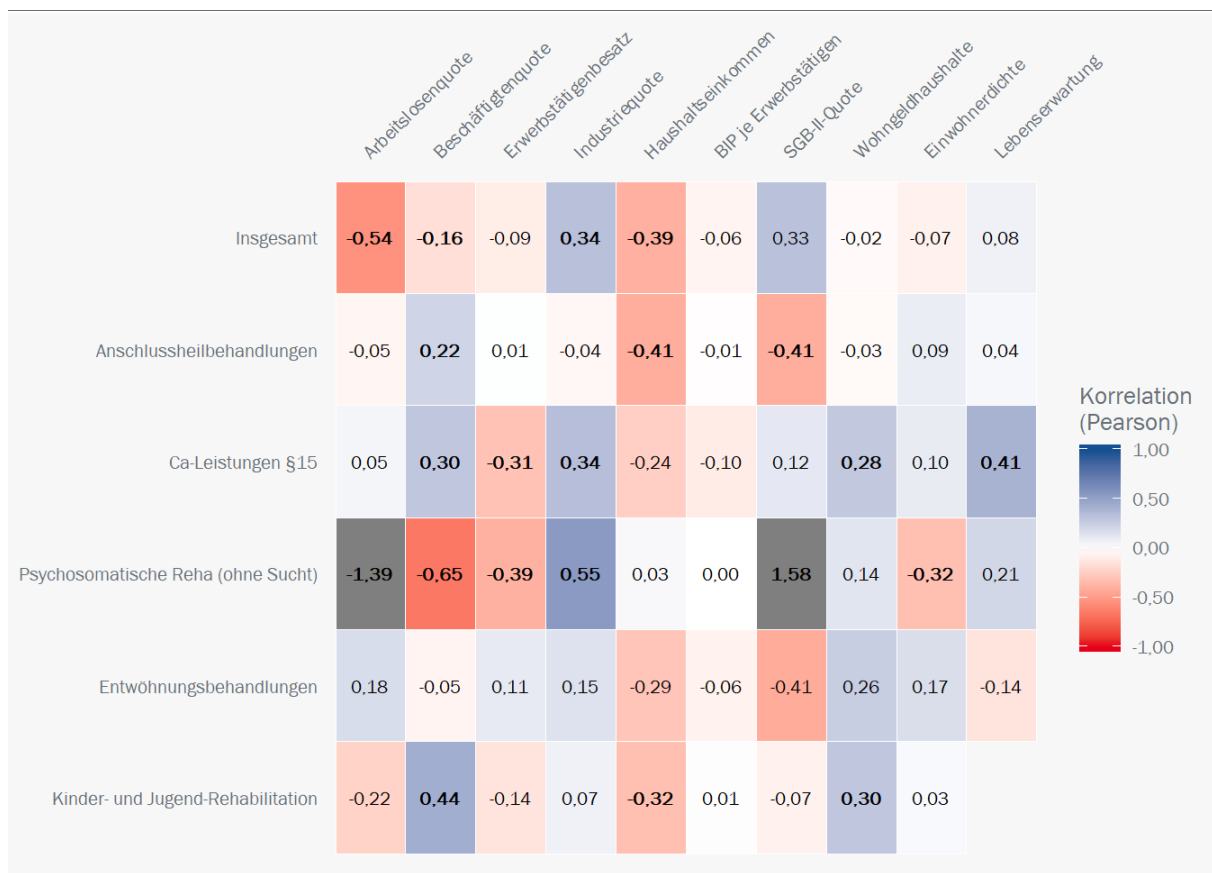
³¹ Da in der INKAR Datenbank des BBSR nur Daten bis zum Jahr 2015 bereitgestellt werden, erstreckt sich die Analyse für die Bundesländer lediglich bis zum Jahr 2015. Um eine lange Zeitreihe zu gewährleisten, wurde die SGB-II-Quote für die Bundesländer nicht berücksichtigt, da Daten hierzu in der INKAR-Datenbank erst ab dem Jahr 2010 zur Verfügung stehen. Auch für die Industriequote stehen Daten erst ab dem Jahr 2008 zur Verfügung. Da sich in der isolierten Analyse allerdings ein robuster Zusammenhang zur Reha-Inanspruchnahme gezeigt hat, wurde diese in die Analyse einbezogen. Für die Raumordnungsregionen ist zu berücksichtigen, dass in der Regionaldatenbank lediglich Daten zu den Krankenhausdiagnosen ab dem Jahr 2016 bereitgestellt werden. Daher wurden für die Raumordnungsregionen Daten zur Reha-Inanspruchnahme und zur Morbidität aus dem Jahr 2016, dagegen Daten zur Versorgungs-, Sozial- und Wirtschaftsstruktur aus das Jahr 2015 verwendet.

Sozialstruktur

Für alle Indikatoren zur Sozial- und Wirtschaftsstruktur zeigen sich in der isolierten Betrachtung signifikante Zusammenhänge. Unter Berücksichtigung der Morbidität und der Versorgungsstruktur bleiben für viele Indikatoren die signifikanten Zusammenhänge bestehen (Abbildung 33).

Abbildung 33: Zusammenhang zwischen der Wirtschafts- und Sozialstruktur und der Reha-Inanspruchnahme für unterschiedliche Modellspezifikationen

2008 bis 2015, Bundesländer



Die Werte entsprechen dem standardisierten Regressionskoeffizienten der altersstandardisierten Krankenhaufälle je 10.000 Versicherte (Kinder- und Jugendrehabilitationen: 10.000 Einwohner) für unterschiedliche Spezifikationen eines linearen Regressionsmodells. Für **fett** dargestellte Werte ist der Regressionskoeffizient statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau.

Quelle: DRV Bund, BBSR Bonn, eigene Berechnungen

© Prognos 2019

Für andere Indikatoren ergeben sich weiterhin stärkere aber nicht länger signifikante Zusammenhänge, während bei anderen Indikatoren die Zusammenhänge verschwinden. Gleichzeitig treten die signifikanten Zusammenhänge stärker in den Vordergrund. Beispielsweise konnte sowohl für die Bundesländer als auch die Raumordnungsregionen ein negativer Zusammenhang zwischen der Reha-Inanspruchnahme und dem Haushaltseinkommen ermittelt werden. Auch für die Industriequote als Indikator für die Wirtschafts- bzw. Branchenstruktur ist ein stärkerer positiver Zusammenhang nachweisbar.

Für beide Indikatoren resultiert in der Gesamtbetrachtung sowohl in den Bundesländern als auch in den Raumordnungsregionen eine hohe Bedeutung für die Reha-Inanspruchnahme insgesamt. In den Raumordnungsregionen ergibt sich gleichzeitig ein starker negativer Zusammenhang zur Arbeitslosenquote. Bei den Anschlussheilbehandlungen zeigen die Ergebnisse einen deutlichen negativen Zusammenhang zum Grad der sozialen Deprivation in einer Region. Bei den Ca-Leistungen werden stärkere Zusammenhänge zur Beschäftigungsquote- und zur Industriequote, aber beispielsweise auch zur Lebenserwartung festgestellt. Auch bei den psychosomatischen Rehabilitationen und den Entwöhnungsbehandlungen fällt ein positiver Zusammenhang zur Industriequote sowie gleichzeitig ein stärkerer Zusammenhang zum Grad der sozialen Deprivation auf. Schließlich ist bei Kinder- und Jugendrehabilitation wie in der isolierten Betrachtung ein positiver Zusammenhang zur Beschäftigungsquote in eher urbaneren Regionen sowie ein negativer Einfluss des Grads der sozialen Deprivation zu beobachten.

Fazit

In der Gesamtbetrachtung ergeben sich auch unter Berücksichtigung des Einflusses der medizinischen Versorgungsstruktur sowie der Sozial- und Wirtschaftsstruktur ein positiver und signifikanter Zusammenhang zwischen der Morbidität und der Reha-Inanspruchnahme. Ca-Leistungen und Kinder- und Jugendrehabilitationen stellen hier die Ausnahme dar. Dies ist ein Indiz dafür, dass bspw. die überdurchschnittliche Inanspruchnahme von Ca-Leistungen und Kinder- und Jugendrehabilitationen in den ostdeutschen Regionen möglicherweise nicht allein auf eine überdurchschnittliche Morbidität zurückzuführen sind. Für die medizinische Versorgungsstruktur ist dagegen auch in der Gesamtbetrachtung in der Regel kein Zusammenhang zur Reha-Inanspruchnahme festzustellen. Dagegen bleiben für viele Indikatoren zur Sozial- und Wirtschaftsstruktur weiterhin signifikante Zusammenhänge zur Reha-Inanspruchnahme bestehen. Beispielsweise zeigt sich sowohl für die Reha-Inanspruchnahme insgesamt als auch für Maßnahmearten ein negativer Zusammenhang zwischen der Reha-Inanspruchnahme und dem Haushaltseinkommen, aber auch ein positiver Zusammenhang zur Industriequote. Für die Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation insgesamt wurde dagegen ein negativer Zusammenhang zur Arbeitslosenquote ermittelt.

4 Ergebnisse der standardisierten Befragungen

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse der standardisierten Befragungen können und sollen nicht beanspruchen, den beobachteten Antragsrückgang zu wesentlichen Teilen bzw. abschließend zu erklären. Vielmehr sind die Ergebnisse im Kontext der Gesamtanalyse zu interpretieren und zu würdigen.

Mit Blick auf die Konzeption und Interpretation der Befragungen ist zu beachten, dass der im Rahmen einer altersstandardisierten Analyse nachweisbare Rückgang der Inanspruchnahmehäufigkeit von Rehabilitationsleistungen nicht oder zumindest nicht in gleichem Maße in der alltäglichen Praxis der Befragten beobachtbar ist. Aufgrund der demografischen Verschiebung und insbesondere dem Umstand, dass in den letzten Jahren die geburtenstarken Jahrgänge das Alter zwischen 50 und 55 erreicht haben, in dem am häufigsten Rehabilitationen in Anspruch genommen werden, ist für die Befragten nicht unbedingt ein Rückgang der Antragsfälle bemerkbar. Dennoch konnte innerhalb der Befragungen als zentrale Fragestellungen erhoben werden, wo Barrieren für eine Antragstellung und Inanspruchnahme von Reha-Maßnahmen bestehen und z. T. wie sich die Bedeutung dieser Barrieren in den zurückliegenden Jahren entwickelt hat.

4.1.1 Zentrale Ergebnisse der standardisierten Befragung im Überblick

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die Befragungsergebnisse ein sehr homogenes Meinungsbild der unterschiedlichen Zielgruppen zur medizinischen Rehabilitation und zu möglichen Barrieren der Antragsstellung und Inanspruchnahme zeigen.

Positive Einschätzung der Wirksamkeit einer medizinischen Rehabilitation

Die Wirksamkeit einer medizinischen Rehabilitation mit ihrem ganzheitlichen bio-psycho-sozialen Therapieansatz wird insbesondere von den befragten Betriebsärztinnen und -ärzten und Ärztinnen und Ärzten anderer Fachrichtungen, aber auch von den befragten Betriebsräten und den Versicherten selbst nicht in Frage gestellt und vor allem in Bezug auf die Änderung des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens sehr positiv eingeschätzt. Alternative Behandlungsangebote und der medizinische Fortschritt bspw. in der ambulanten Versorgung machen eine medizinische Rehabilitation aus Sicht der Befragten nicht entbehrlich und kommen nicht als Faktoren in Betracht, die einen Antragsrückgang erklären.

Hohe Bereitschaft zur Inanspruchnahme

Trotz möglicher Barrieren auf dem Weg zu einer Rehabilitation besteht seitens der Versicherten grundsätzlich eine hohe Bereitschaft, eine medizinische Rehabilitation der DRV in Anspruch zu nehmen. Auch hat die Bereitschaft aus Sicht der Befragten in den letzten Jahren nicht abgenommen. Die hohe Teilnahmebereitschaft bezieht sich jedoch in erster Linie auf die stationäre Rehabilitation und ist im Hinblick auf eine ambulante Rehabilitation vergleichsweise gering. Die geringe Bereitschaft der Versicherten zur Teilnahme an einer ambulanten Rehabilitation kann darauf hindeuten, dass die Versicherten in der ambulanten Rehabilitation eine mögliche Doppelbelastung im Hinblick auf Berufstätigkeit oder private Verpflichtungen befürchten.

Rehabilitationseinrichtungen haben kein Image-Problem

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass die medizinische Rehabilitation kein Image-Problem im Hinblick auf die Behandlungs- und Aufenthaltsqualität in Rehabilitationseinrichtungen hat. Verschiedene Aspekte der Qualität des Aufenthalts – insbesondere die Art der Behandlungen und Therapien sowie die Möglichkeit, die Einrichtungen auszuwählen und der strukturierte Tagesablauf während einer Rehabilitation – werden von den befragten Versicherten positiv bewertet. Die Bewertung der (technischen) Ausstattung sowie der Verpflegung und der Freizeitmöglichkeiten fallen zwar weniger positiv aus, scheinen die Bereitschaft der Versicherten zur Teilnahme an einer Rehabilitation aber nicht maßgeblich zu beeinflussen.

Die wichtigsten Barrieren beim Zugang in die medizinische Rehabilitation

Trotz grundsätzlich hoher Bereitschaft der Versicherten und eines hohen Bedarfs an medizinischer Rehabilitation, wird ein Missverhältnis der tatsächlichen Inanspruchnahmehäufigkeit wahrgenommen. Nicht alle Patientinnen und Patienten, die eine medizinische Rehabilitation benötigen, nehmen diese auch in Anspruch. Die aus Sicht der Befragten wichtigsten Ursachen für die Nichtinanspruchnahme bzw. ausbleibende Antragstellung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der DRV lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- **Mangelnde Nachvollziehbarkeit der Ablehnung von Anträgen:** Die Ablehnungsquote bei Anträgen auf medizinische Rehabilitation wird als hoch empfunden und es wird eine Intransparenz bei den Bewilligungs- und Ablehnungskriterien beklagt. Bei den Befragten entsteht der Eindruck, dass Anträge nicht ausschließlich nach dem Bedarf, sondern auch abhängig von einem gedeckelten Budget bewilligt werden. Das Gefühl, Bewilligung und Ablehnung eines Antrags nicht beeinflussen zu können, demotiviert Ärztinnen und Ärzte, Antragstellungen zu empfehlen und kann ein wichtiger erklärender Faktor des Antragsrückgangs sein. Auch bei einem Großteil der Versicherten selbst herrscht das Meinungsbild vor, dass Anträge häufig abgelehnt werden, was eine entscheidende Barriere für die Antragstellung darstellt.
- **Aufwändiges und unzeitgemäßes Antragsverfahren:** Der bürokratische Aufwand ist eine weitere deutliche Barriere für die Antragstellung. Das Antragsverfahren erscheint den Befragten unnötig kompliziert und veraltet. Für viele Ärztinnen und Ärzte ist das Antragsverfahren mit zu viel Aufwand und für Patientinnen und Patienten mit einem meist langwierigen Verfahren verbunden. Aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte steht die Vergütung für die Erstellung des Befundberichts in keinem angemessenen Verhältnis zum Aufwand. Verbunden mit subjektiv empfundenen geringen Erfolgchancen bzw. intransparenten Kriterien der Bewilligung und Ablehnung wird die Bereitschaft von Ärztinnen und Ärzten geschmälert, eine medizinische Rehabilitation zu empfehlen und bei der Antragstellung zu unterstützen.
- **Erhöhter Unterstützungsbedarf:** Der Unterstützungsbedarf der Versicherten – insbesondere beim Ausfüllen der Antragsformulare – ist hoch. Nicht nur die befragten Ansprech-/Beratungsstellen, Ärztinnen und Ärzte sowie Betriebsräte, auch die Versicherten selbst stellen fest, dass sie bei der Antragstellung auf professionelle Hilfe angewiesen sind. Gerade für Versicherte mit Sprachbarrieren besteht ein erhöhter Unterstützungs- und Informationsbedarf. Professionelle Beratungsstellen sind den Versicherten jedoch häufig nicht bekannt bzw. werden nicht genutzt.
- **Mangelnde Informationslage:** Es wird ein Verbesserungspotential bei der Aufbereitung von Informationsangeboten zur medizinischen Rehabilitation der DRV gesehen. Ärztinnen und Ärzte sowie Betriebsräte fühlen sich unzureichend über die Rehabilitationsmöglichkeiten der DRV informiert. Insbesondere besteht Bedarf an zielgruppenspezifischem Informationsmaterial für Betriebe/Unternehmen sowie vergleichenden Bewertungen der Rehabilitationseinrich-

tungen für Ärztinnen und Ärzte und Informationen, welche Kliniken für bestimmte Indikationen geeignet sind.

Auffällig ist zudem, dass in einem Großteil der befragten Unternehmen – insbesondere in kleineren Unternehmen – keinerlei Information zur medizinischen Rehabilitation erfolgt. Aus den Antworten der Versicherten geht zudem hervor, dass ein Teil der Versicherten aufgrund von Zuzahlungen bei der Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation finanzielle Belastungen befürchtet. Die Sorge um finanzielle Belastung ist womöglich auch auf eine mangelnde Informiertheit der Versicherten über die Übernahme von Kosten für Reise, Unterkunft, Verpflegung und Behandlung durch den Rentenversicherungsträger sowie den Anspruch auf Lohnfortzahlung zurückzuführen.

- **Private und berufliche Barrieren für die Inanspruchnahme:** Für einen Teil der Versicherten sind private Rahmenbedingungen nicht mit einem mehrwöchigen Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung vereinbar. Dies ist insbesondere der Fall, wenn pflegebedürftige Personen oder Kinder unter 15 Jahren im eigenen Haushalt versorgt werden. Die Befürchtung, dass niemand diese Verpflichtungen übernehmen kann, stellt für diese Versicherten einen wichtigen Grund gegen die Durchführung einer stationären Rehabilitation dar.

Die Angst vor dem Arbeitsplatzverlust und die Sorge um eine mögliche Beeinträchtigung der Karriere durch die Teilnahme an einer Rehabilitation sind berufliche Barrieren, die insbesondere von Versicherten geäußert werden, die in kleineren Unternehmen beschäftigt sind. In größeren Unternehmen wird von Versicherten und Betriebsräten eher eine unterstützende und bestärkende Haltung der Personalleitung und des Arbeitgebers wahrgenommen und die Sorge um berufliche Nachteile durch die Teilnahme an einer Rehabilitation ist geringer als in kleineren Unternehmen.

Während private und berufliche Rahmenbedingungen für bestimmte Subgruppen von Versicherten entscheidende Barrieren für die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation darstellen, spielen sie in der Gesamtbetrachtung und im Vergleich eine untergeordnete Rolle.

4.2 Befragung von Ansprech- und Beratungsstellen

Zentrale Ergebnisse der Befragung von Ansprech- und Beratungsstellen

Die Antworten der Ansprech- und Beratungsstellen zeigen, dass die Befragten aus ihrer langjährigen Beratungstätigkeit gut mit den Einstellungen und Wahrnehmungen der Ratsuchenden vertraut sind. Als generelles Bild zeichnet sich ab, dass die Bereitschaft zur Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme selbst nicht abgenommen hat. Als zentrale Barriere wird dagegen das Antragsverfahren – und im Speziellen der damit verbundene Aufwand und die eingeschränkte Erfolgserwartung – genannt.

Die Beratungs- und Unterstützungsleistungen der befragten Stellen sind gekennzeichnet durch eine Begleitung der Klientinnen und Klienten beim Ausfüllen der Antragsdokumente. Die befragten Stellen nehmen in den letzten Jahren einen steigenden Unterstützungsbedarf wahr. Es wird eine grundsätzlich hohe Bereitschaft der Klientinnen und Klienten zur Durchführung einer stationären Rehabilitation wahrgenommen. Die Präferenz für eine ambulante Rehabilitation fällt aus Sicht der Stellen jedoch deutlich geringer aus.

Trotz hoher Bereitschaft der Versicherten zur Teilnahme an einer medizinischen Rehabilitation wird das Antragsverfahren als zentrale Barriere dargestellt. Nach Einschätzung eines Großteils der Stellen ist das Antragsverfahren für die Versicherten zu kompliziert und die Erwartung, dass der eigene Antrag abgelehnt wird, weit verbreitet.

Methodik³² und Rücklauf

Zielgruppe der Befragung waren *Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung* sowie die aktuellen *Ansprechstellen für Prävention und Reha* (vormals *Gemeinsame Servicestellen*)³³. Berücksichtigt wurden dabei auch Ansprechstellen, die sich in einer anderen Trägerschaft als der DRV befinden.

Die Befragung wurde als Online-Befragung umgesetzt. Der Link zur Befragung wurde über die DRV Bund an die Stellen geschickt, mit der Bitte um Weiterleitung an eine Beraterin/einen Berater mit langjähriger Beratungserfahrung und dem Hinweis, dass je Stelle ein Fragebogen auszufüllen ist. Aufgrund dieses Weiterleitungsmodells ist die Größe der Bruttostichprobe der Befragung nicht bestimmbar. Zudem wurden die Einladungen zur Befragung an die Adressen der vormaligen Gemeinsamen Servicestellen gesendet, wobei allerdings unklar blieb, welche und wie viele dieser Stellen in veränderter Form zum Zeitpunkt der Befragung weitergeführt worden sind.

Aufgrund der eingeschränkten Information zur Befragungsstichprobe und damit verbunden der mangelnden Möglichkeit zur Kontrolle und qualifizierten Bewertung des Befragungsrücklaufs, können die Ergebnisse keine Repräsentativität im statistischen Sinne beanspruchen. Aussagekräftig sind sie dennoch als Illustration der Wahrnehmung von – in aller Regel langjährig tätigen –

³² Bei einigen der folgenden Abbildungen ist zu beachten, dass die Prozentangaben mitunter in der Summe nicht 100 Prozent ergeben, da sie gerundet wurden und der Anteil der Antwortkategorien *keine Einschätzung möglich/weiß nicht* und von fehlenden Angaben nicht mit abgebildet sind.

³³ Mit der Neugestaltung des SGB XI durch das Bundesteilhabegesetz sind die gesetzlichen Regelungen zu den Gemeinsamen Servicestellen entfallen. Bestehende Gemeinsame Servicestellen konnten noch bis zum 31.12.18 fortgeführt werden, die dann teilweise in Ansprechstellen für Prävention und Reha nach § 12 SGB IX oder in Auskunfts- und Beratungsstellen übergegangen sind. Derzeit gibt es noch keine Liste aller Ansprechstellen.

Beratungspersonen, die mit dem Verfahren der Antragstellung umfassend vertraut sind. Angesichts der vielfach höchst eindeutigen Verteilung der Antworten können die entsprechenden Ergebnisse bei aller nötigen Vorsicht zumindest als Tendenzaussagen Gültigkeit beanspruchen.

Die Online-Befragung startete Ende Januar 2019 und die angeschriebenen Stellen hatten Zeit, innerhalb von ca. sechs Wochen an der Befragung teilzunehmen (Befragungszeitraum: 30.01. – 15.03.2019). Zur Sicherstellung der Praktikabilität und Beantwortbarkeit der Fragen wurde anhand des Fragebogenentwurfs ein qualitativer Pretest im Rahmen eines persönlichen strukturierten Interviews mit einer Auskunfts- und Beratungsstelle durchgeführt.

Der Fragebogen wurde von Beraterinnen und Beratern aus insgesamt 84 Ansprech-/Beratungsstellen ausgefüllt. Tabelle 7 zeigt die Verteilung des Rücklaufs nach Art der Stelle, in der die antwortenden Beraterinnen und Berater tätig sind. Mit 79 Prozent ist ein Großteil der antwortenden Beraterinnen und Berater in Auskunfts- und Beratungsstellen der DRV tätig.

Tabelle 7: Rücklauf nach Art der Ansprech-/Beratungsstelle

Art der Ansprech-/Beratungsstelle	Anzahl	Anteil
Auskunfts- und Beratungsstelle der DRV	66	79 %
Ansprechstelle für Prävention und Reha	13	15 %
<i>keine Angabe</i>	5	6 %
Gesamt	84	100 %

Quelle: Online-Befragung von Ansprech-/Beratungsstellen

© Prognos AG 2019

Zur Abschätzung der Repräsentativität des Rücklaufs erfolgte im Fragebogen die Erfassung des Bundeslandes, in dem die antwortenden Stellen liegen. Über die Hälfte der Antworten (52 %) wurde von Ansprech-/Beratungsstellen gegeben, die in ostdeutschen Flächenländern liegen (Tabelle 8). Insbesondere Stellen in Sachsen und in Brandenburg sind in der Befragung überrepräsentiert. 42 Prozent der Antworten stammen von Stellen in den alten Bundesländern.

Tabelle 8: Rücklauf bei den Ansprech-/Beratungsstellen nach west- und ostdeutschen Bundesländern

Bundesländer	Anzahl	Anteil
alte Bundesländer (ohne Berlin)	35	42 %
neue Bundesländer	44	52 %
keine Angabe	5	6 %
Gesamt	84	100 %

Quelle: Online-Befragung von Ansprech-/Beratungsstellen

© Prognos AG 2019

4.2.2 Beschreibung der Stichprobe

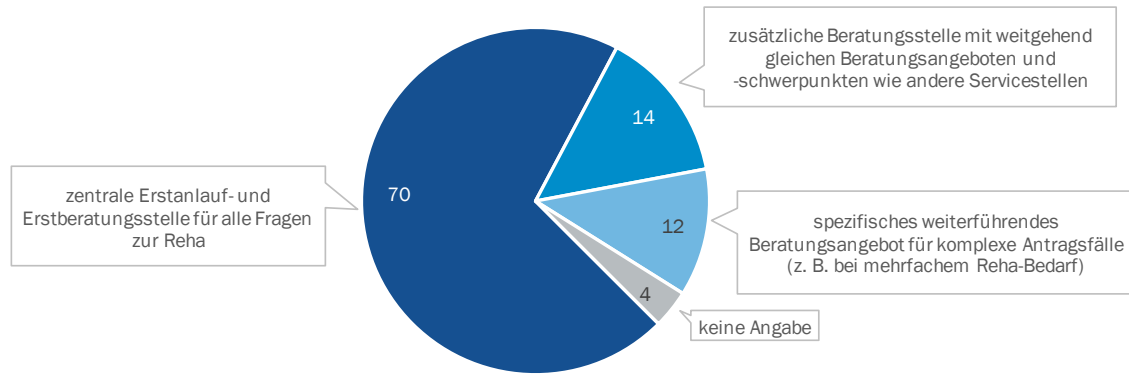
Im Durchschnitt sind die antwortenden Beraterinnen und Berater seit 19 Jahren, 81 Prozent der Beraterinnen und Berater sind seit mindestens 10 Jahren und 55 Prozent seit 20 oder mehr Jahren in der jeweiligen Stelle tätig, und können damit bei der Einschätzung von Gründen für den Rückgang der Antragshäufigkeit auf eine langjährige Beratungserfahrung zurückgreifen.

Beratungsprofil der Ansprech-/Beratungsstellen

Insgesamt sieht sich die Mehrheit der befragten Stellen als eine zentrale Erstanlaufstelle für alle Fragen zur Reha (70 %) (Abbildung 34). Deutlich seltener verstehen sich die befragten Stellen als weiterführendes Beratungsangebot (12 %) für Ratsuchende, die eine umfassendere Beratung benötigen. Insbesondere Auskunft- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung, die in der Stichprobe mehrheitlich vertreten sind, fungieren als zentrale Erstanlaufstelle (83 %), wohingegen Ansprechstellen für Prävention und Reha kein einheitliches Beratungsprofil aufweisen (ohne Abbildung). Fünf von 13 Ansprechstellen sehen ihre eigene Tätigkeit als spezifisches weiterführendes Beratungsangebot für komplexe Antragsfälle, jeweils vier Ansprechstellen ordnen sich den anderen Beratungsprofilen zu.

Abbildung 34: Beratungsprofil der Ansprech-/Beratungsstellen

Frage: Bitte geben Sie an, welches Beratungsprofil am ehesten Ihrer Ansprech-/Beratungsstelle entspricht.
(N = 84, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von Ansprech-/Beratungsstellen

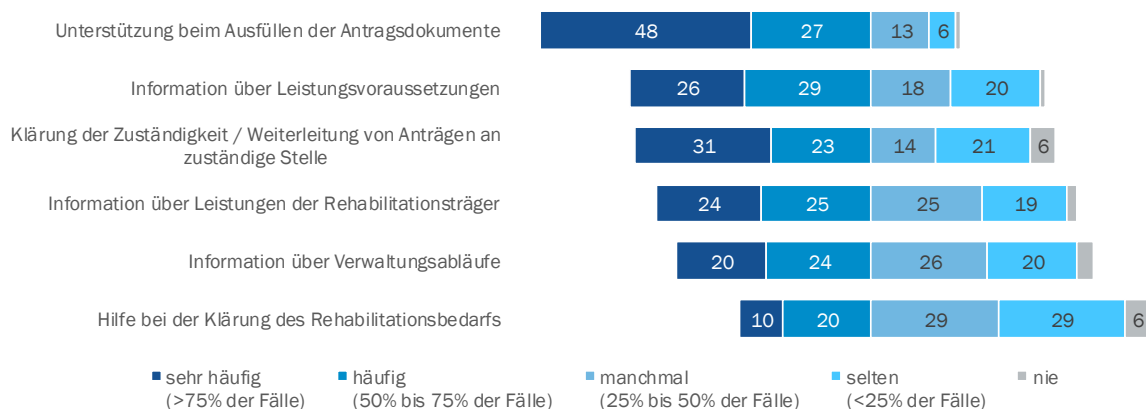
© Prognos AG 2019

Leistungsspektrum der Ansprech-/Beratungsstellen

Die Beratungs- und Unterstützungsleistungen der befragten Stellen sind gekennzeichnet durch eine Begleitung der Klientinnen und Klienten beim Ausfüllen der Antragsdokumente. Drei Viertel der Antwortenden gibt an, diese Unterstützung *häufig* (50 % bis 75 % der Fälle) (27 %) oder *sehr häufig* (>75 % der Fälle) (48 %) anzubieten (Abbildung 35). Häufig erfolgt durch die Stellen auch eine Klärung der Zuständigkeit und eine Weiterleitung der Anträge an die zuständige Stelle. Insgesamt halten viele befragte Stellen ein breites Leistungsspektrum vor: von der reinen Information über die Klärung der Zuständigkeit und des Rehabilitationsbedarfs bis hin zur Unterstützung beim Ausfüllen der Antragsformulare.

Abbildung 35: Leistungsspektrum der Ansprech-/Beratungsstellen

Frage: Wie häufig umfasst Ihre Beratung folgende Leistungen?
(N = 84, Anteile in %)



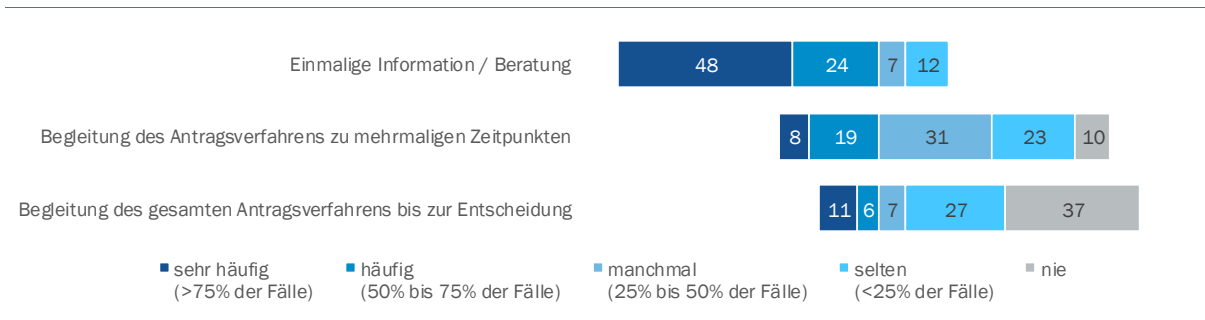
Quelle: Online-Befragung von Ansprech-/Beratungsstellen

© Prognos AG 2019

Entsprechend dem Beratungsprofil der antwortenden Stellen, ist der überwiegende Teil der Beratungskontakte einmalig (Abbildung 36). Mehrere Kontakte mit den Klientinnen und Klienten sind nicht die Regel. Zusammen geben gut 70 Prozent der Stellen an, *häufig* (24 %) oder *sehr häufig* (48 %) Klientinnen und Klienten einmalig zu beraten oder zu informieren. Obgleich die befragten Stellen häufig beim Ausfüllen der Antragsdokumente unterstützen, wird das komplette Antragsverfahren eher seltener begleitet. Rund zwei Drittel der Befragten (64 %) begleitet das Antragsverfahren *selten* (<25 % der Fälle) (27 %) oder *nie* (37 %) bis zur Entscheidung. Aber immerhin rund ein Viertel der Befragten (24 %) begleitet das Verfahren in mindestens 25 Prozent der Fälle bis zum Ende und kennt somit Gründe einer möglichen Ablehnung des Antrags aus der eigenen Beratungserfahrung.

Abbildung 36: Umfang der Leistungserbringung der Ansprech-/Beratungsstellen

Frage: In welcher Form erbringen Sie diese Leistungen?
(N = 84, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von Ansprech-/Beratungsstellen

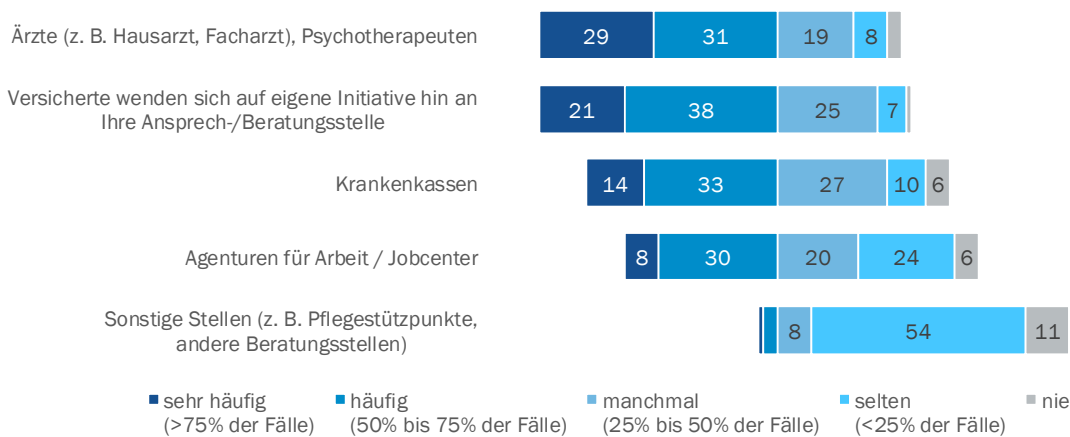
© Prognos AG 2019

Zugangswege zu den Ansprech-/Beratungsstellen

Die Klientinnen und Klienten gelangen über unterschiedliche Wege zu den Ansprech-/Beratungsstellen. In den meisten Fällen sind es Ärztinnen und Ärzte, die ihre Patientinnen und Patienten an die Stellen weiterleiten (Abbildung 37). 60 Prozent der Beraterinnen und Berater berichten, dass ihre Klientinnen und Klienten *häufig* (31 %) oder *sehr häufig* (29 %) von Ärztinnen und Ärzten an sie weitergeleitet wurden. Nach Einschätzung der Beraterinnen und Berater wenden sich Versicherte jedoch ebenso häufig auf eigene Initiative hin an die Stellen (38 % *häufig*, 21 % *sehr häufig*).

Abbildung 37: Zugangswege zu den Ansprech-/Beratungsstellen

Frage: Kommen die Versicherten auf Empfehlung anderer Stellen/Personen auf Sie zu? Wie häufig werden die Versicherten über die folgenden Stellen/Personen an Ihre Ansprech-/Beratungsstelle weitergeleitet?
(N = 84, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von Ansprech-/Beratungsstellen

© Prognos AG 2019

Die Beraterinnen und Berater können mit ihrer langjährigen Erfahrung keinen Rückgang der Häufigkeit feststellen, mit der Klientinnen und Klienten von den unterschiedlichen Stellen an die Ansprech-/Beratungsstellen weitergeleitet werden (Abbildung 38). Zu jeweils rund einem Viertel geben die Befragten an, dass die Häufigkeit der Weiterleitung in den letzten Jahren *eher gestiegen* sei. Insbesondere die Häufigkeit, dass Versicherte auf eigene Initiative Auskunft und Beratung suchen, hat aus Sicht der beratenden Stellen zugenommen (37 % *eher gestiegen*). Dies lässt auf einen steigenden Beratungs- und Unterstützungsbedarf schließen (vgl. Abbildung 39).

Abbildung 38: Zeitliche Veränderung der Zugangswege zu den Ansprech-/Beratungsstellen

Frage: Hat sich Ihrer Einschätzung nach die Häufigkeit der Weiterleitung von Versicherten über die folgenden Stellen/Personen an Ihre Ansprech-/Beratungsstelle in den letzten 10 Jahren geändert?
(N = 84, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von Ansprech-/Beratungsstellen

© Prognos AG 2019

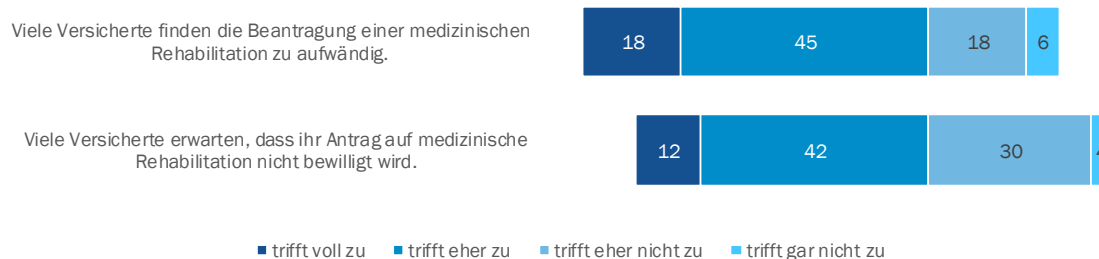
4.2.3 Ergebnisse der Befragung von Ansprech-/Beratungsstellen

Einschätzung des Antragsverfahrens und der Bewilligungs- und Ablehnungspraxis

Von den hier befragten Stellen wird der Aufwand beim Ausfüllen des Antrags eindeutig als Barriere für die Versicherten wahrgenommen (Abbildung 39). Die Mehrheit der befragten Stellen bemerkt, dass viele Versicherte die Beantragung einer medizinischen Rehabilitation bei der Deutschen Rentenversicherung als zu aufwändig empfinden. Knapp zwei Drittel der antwortenden Beraterinnen und Berater (63 %) geben an, dass diese Aussage *voll* (18 %) oder *eher zutrifft* (45 %). Mehr als die Hälfte der Stellen sind ebenfalls der Auffassung, dass viele Versicherte erwarten, dass ihr Antrag auf medizinische Rehabilitation nicht bewilligt wird (42 % *trifft eher zu*, 12 % *trifft voll zu*). Somit sehen die befragten Ansprech-/Beratungsstellen das aufwändige Antragsverfahren und eine geringe Erfolgserwartung seitens der Versicherten als zentrale Faktoren, die sich letztendlich negativ auf das Antragsverhalten auswirken können.

Abbildung 39: Das Antragsverfahren aus Sicht der Ansprech-/Beratungsstellen

Frage: Inwiefern treffen die folgenden Aussagen zum Beantragen einer medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung und zu Erfolgchancen (also Bewilligung bzw. Ablehnung) der Anträge zu?
(N = 84, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von Ansprech-/Beratungsstellen

© Prognos AG 2019

In den Antworten auf eine offene Frage am Ende des Fragebogens nach Gründen für den Rückgang der Häufigkeit bei Anträgen erläutern die befragten Stellen Ihre Einschätzung zum Antragsverfahren und der Bewilligungs- und Ablehnungspraxis wie folgt:

Zitat: Der Rückgang der Häufigkeit der Antragstellung, ist ganz klar darin zu sehen, dass in der Vergangenheit zu häufig Reha-Anträge abgelehnt wurden. Menschen, die eine Reha dringend gebraucht hätten, haben eine Ablehnung erhalten. Viele Versicherte gehen davon aus, dass Reha-Anträge "sowieso erstmal abgelehnt" werden. Deshalb lehnen auch viele die Antragstellung ab, da sich der Aufwand für sie nicht lohnt.

Zitat. Viel zu viele Formulare, bitte drucken Sie einfach ein Formularpaket für eine medizinische Rehabilitation incl. Erläuterungen aus. Viel zu viele Optionen und Informationen an zu vielen verschiedenen Orten, es fehlt ein roter Faden. Für Bürger ohne Fachkenntnisse kaum noch zu durchschauen.

Zitat: Problem ist, dass Versicherte regelmäßig äußern, dass bei gewissen Rententrägern pauschal eine Ablehnung erfolgt und erst nach aufwendigem Widerspruch eine Bewilligung erteilt wird.

Zitat: Viele Anträge werden abgelehnt (obwohl medizinische Beeinträchtigungen vorliegen) mit der Begründung, erst Maßnahmen vor Ort ausschöpfen! Diese Kunden nehmen von weiteren Antragstellungen Abstand.

Zitat: Primär ist es die häufige Ablehnung. Alle ambulanten Behandlungen müssen zunächst abgeschlossen sein. Deshalb wagen sich die Versicherten nicht, einen Antrag zu stellen.

Zitat: Anträge werden gar nicht erst gestellt, weil durch Ablehnung einer Reha im letzten Jahr oder im Bekanntenkreis die Befürchtung besteht, es wird wieder abgelehnt. Die DRV habe kein Geld für solche Sachen und lehnt eh alles ab.

Zitat: Mehr Formulare als früher. Immer mehr Menschen mit Migrationshintergrund, die mit den deutschsprachigen Vordruckten/Formularen nicht zurecht kommen oder gar nicht auf die Idee kommen, einen Antrag zu stellen, weil sich das im fremdsprachlichen Umfeld nicht herumgesprochen hat.

Diese hemmenden Faktoren bei der Antragstellung sind aus Sicht der Befragten in den letzten Jahren verstärkt zu beobachten (Abbildung 40). 35 Prozent der befragten Beraterinnen und Berater äußern, dass der Aufwand zur Beantragung einer medizinischen Rehabilitation bei der DRV in den letzten Jahren *eher gestiegen* und weitere sieben Prozent meinen, dass er *deutlich gestiegen* sei. Aus Sicht der befragten Stellen erachten auch mehr Versicherte selbst das Antragsverfahren als zu aufwändig. Mithin nehmen die Beraterinnen und Berater in den letzten Jahren einen erhöhten Unterstützungsbedarf wahr. So geben 36 Prozent der Antwortenden an, dass der Unterstützungsbedarf der Versicherten bei der Antragstellung in den letzten Jahren *eher gestiegen sei* und weitere 11 Prozent sprechen von einer *deutlichen* Steigerung. Hinzu kommt, dass nach Ansicht der Beraterinnen und Berater der Anteil der Versicherten, die die Chancen einer Bewilligung eher gering einschätzen und befürchten, dass ihr Antrag abgelehnt wird, in den letzten 10 Jahren gestiegen sei (31 % *eher gestiegen*, 12 % *deutlich gestiegen*).

Abbildung 40: Zeitliche Veränderung des Antragsverfahrens sowie der Kenntnisse und des Unterstützungsbedarfs der Versicherten aus Sicht der Ansprech-/Beratungsstellen

Frage: Haben sich Ihrer Einschätzung nach in den letzten 10 Jahren das Antragsverfahren und die Einstellungen der Antragstellenden geändert?

Haben sich Ihrer Einschätzung nach in den letzten 10 Jahren die Kenntnisse und der Unterstützungsbedarf der Versicherten rund um die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung verändert?

(N = 84, Anteile in %)



Einschätzung der Bereitschaft zur Inanspruchnahme einer Rehabilitation

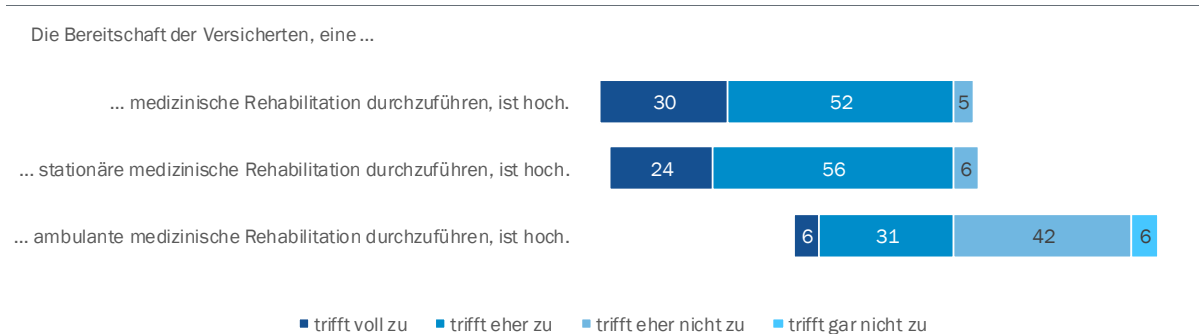
Ungeachtet möglicher Barrieren, die der Motivation von Versicherten, einen Antrag zu stellen, entgegenwirken, stellen die befragten Stellen eine hohe Bereitschaft seitens der Versicherten fest, eine medizinische Rehabilitation der DRV in Anspruch zu nehmen. Dies gilt insbesondere in Bezug auf eine stationäre medizinische Rehabilitation (Abbildung 41). Insgesamt trifft die Aussage, dass die Bereitschaft der Versicherten, eine stationäre medizinische Rehabilitation durchzuführen, hoch ist, aus Sicht von 80 Prozent der Beraterinnen und Berater *eher* (56 %) oder *voll zu* (24 %). Die Bereitschaft zur Durchführung einer ambulanten Rehabilitation ist aus Sicht der Befragten vergleichsweise gering (6 % *trifft voll zu*, 31 % *trifft eher zu*).

Insbesondere in den neuen Bundesländern beobachten die Befragten eine geringe Bereitschaft zur Durchführung einer ambulanten Rehabilitation (20 % *trifft eher zu*, 2 % *trifft voll zu*), die auch auf einen möglichen Mangel an wohnortnahen ambulanten Reha-Einrichtungen zurückzuführen sein könnte (ohne Abbildung).

Insgesamt kann die von den befragten Stellen konstatierte geringe Bereitschaft der Versicherten zur Teilnahme an einer ambulanten Reha auch darauf hindeuten, dass die Versicherten in der ambulanten Rehabilitation eine mögliche Doppelbelastung im Hinblick auf Berufstätigkeit oder private Verpflichtungen befürchten.

Abbildung 41: Bereitschaft zur Durchführung einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Ansprech-/Beratungsstellen

Frage: Inwiefern treffen die folgenden Aussagen zur Bereitschaft von Versicherten, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung in Anspruch zu nehmen, zu?
(N = 84, Anteile in %)

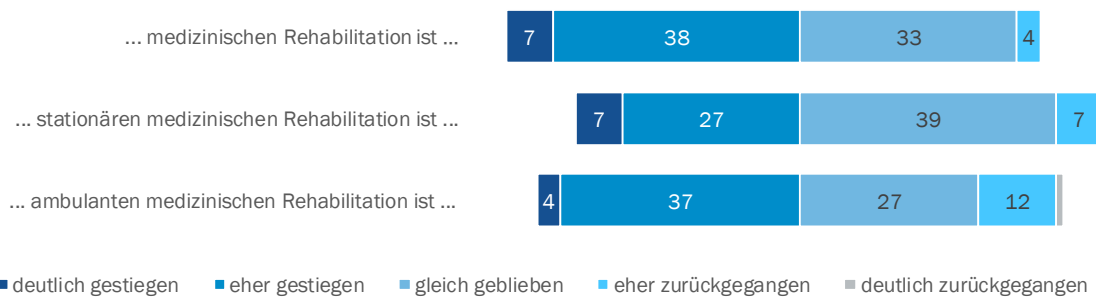


Die Bereitschaft zur Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation ist aus Sicht der befragten Stellen in den letzten 10 Jahren nicht gesunken. Im Gegenteil geben die meisten befragten Stellen an, dass die Bereitschaft *eher gestiegen* sei (38 %) (Abbildung 42). Eine Zunahme der Bereitschaft stellen die Beraterinnen und Berater noch stärker in Bezug auf die Durchführung einer ambulanten Rehabilitation fest – allerdings eher in den alten (54 % *eher gestiegen*) als in den neuen Bundesländern (23 % *eher gestiegen*) (ohne Abbildung).

Abbildung 42: Zeitliche Veränderung der Bereitschaft zur Durchführung einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Ansprech-/Beratungsstellen

Frage: Hat sich Ihrer Einschätzung nach in den letzten 10 Jahren die Bereitschaft der Versicherten geändert, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch zu nehmen?
(N = 84, Anteile in %)

Die Bereitschaft der Versicherten, eine ...



Quelle: Online-Befragung von Ansprech-/Beratungsstellen

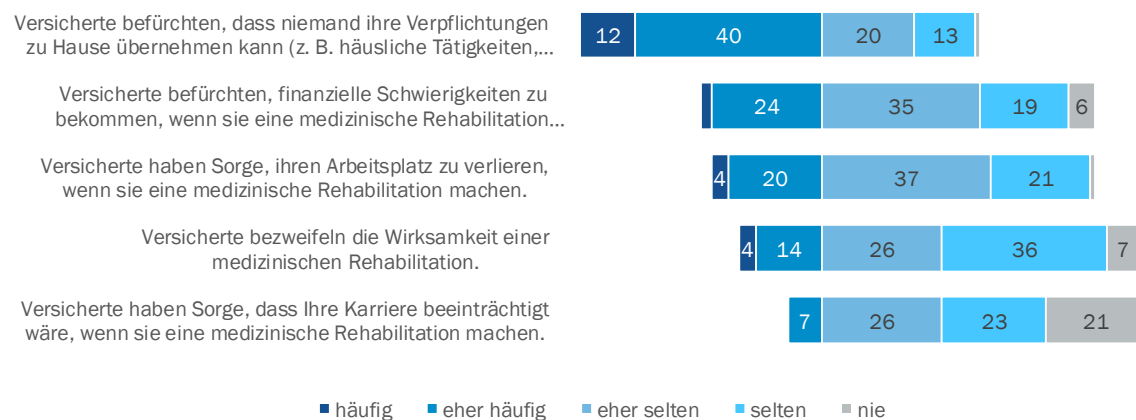
© Prognos AG 2019

Einschätzung beruflicher und privater Barrieren der Inanspruchnahme einer Rehabilitation

Private Gründe, dass Versicherte keine medizinische Rehabilitation in Anspruch nehmen, sehen die befragten Stellen insbesondere in organisatorischen Barrieren im familiären Umfeld. 52 Prozent geben an, dass Versicherte *eher häufig* (40 %) oder *häufig* (12 %) befürchten, dass niemand ihre Verpflichtungen zu Hause übernehmen kann (Abbildung 43). Arbeitsplatzbezogene Gründe können aus Sicht der Stellen ebenso eine Rolle spielen. Die Befürchtung einer finanziellen Belastung und die Sorge um den Arbeitsplatz können aus Sicht der Beraterinnen und Berater dazu führen, dass sich Versicherte nicht auf eine medizinische Rehabilitation einlassen. Als Gründe werden diese Punkte aber deutlich seltener von Versicherten genannt.

Abbildung 43: Berufliche und private Barrieren der Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Ansprech-/Beratungsstellen

Frage: Wenn von Ihnen beratene Versicherte Vorbehalte oder Gründe gegen die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung äußern, wie häufig werden die folgenden Vorbehalte oder Gründe genannt? (N = 84, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von Ansprech-/Beratungsstellen

© Prognos AG 2019

4.3 Befragung von ambulanten Haus- und Fachärztinnen und -ärzten

Zentrale Ergebnisse der Befragung von Haus- und Fachärztinnen und -ärzten

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass die befragten ambulanten Haus- und Fachärztinnen und -ärzte eine generell positive Einstellung zur Wirksamkeit medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen haben und den Bedarf nicht in Frage stellen. Die medizinische Rehabilitation stellt aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte eine grundsätzlich und vor allem in Bezug auf die Änderung des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens sinnvolle und wirksame Behandlungsoption dar. Ebenso stellen die Ärztinnen und Ärzte eine hohe Bereitschaft der Patientinnen und Patienten zur Durchführung einer – in erster Linie stationären – Rehabilitation fest.

Als zentrale Barriere beklagen die befragten Ärztinnen und Ärzte jedoch den im Vorfeld der Rehabilitation vermeintlich hohen Aufwand, den eine Antragstellung bei der DRV mit sich bringt. Hinzu kommt, dass die Bewilligungs- und Ablehnungspraxis den Ärztinnen und Ärzten intransparent und Ablehnungsgründe nicht nachvollziehbar erscheinen. Das Gefühl, Bewilligung und Ablehnung des Antrags nicht beeinflussen zu können, führt nach eigener Aussage der Befragten zusammen mit einer als gering empfundenen Vergütung zur mangelnden Motivation, Antragstellungen zu empfehlen und kann aus Sicht der Befragten ein wichtiger erklärender Faktor des Antragsrückgangs sein. Insbesondere hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte (Allgemeinmedizin/Innere Medizin) beklagen eine hohe Ablehnungsquote und eine intransparente Bewilligungs- und Ablehnungsquote. Insgesamt entsteht bei den befragten Ärztinnen und Ärzten der Eindruck, dass Anträge nicht ausschließlich nach dem Bedarf, sondern auch abhängig von einem gedeckelten Budget bewilligt werden.

Ambulante Haus- und Fachärztinnen und -ärzte fühlen sich unzureichend über die Rehabilitationsmöglichkeiten der DRV informiert und das bestehende Informationsangebot sei ausbaufähig. Insbesondere besteht Bedarf an vergleichenden Bewertungen der Rehabilitationseinrichtungen für Ärztinnen und Ärzte und Informationen, welche Kliniken für bestimmte Indikationen geeignet sind. Was die Zusammenarbeit mit Rehabilitationseinrichtungen angeht, so verweisen die befragten Ärztinnen und Ärzte auf lange Wartezeiten zur Aufnahme und eine schlechte Erreichbarkeit von Ansprechpersonen. Die Qualität der Entlassungsberichte wird hingegen von einem Großteil der Befragten positiv bewertet.

Methodik³⁴ und Rücklauf

Zielgruppe der Befragung waren ambulant tätige Haus- und Fachärztinnen und -ärzte. Die Befragung wurde als Online-Befragungen umgesetzt. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wurden Mitte April 2019 zur Online-Befragung eingeladen und hatten ca. fünf Wochen Zeit, den Fragebogen auszufüllen (Befragungszeitraum: 16.04. - 17.05.2019). Die E-Mail-Adressen für die Befragung wurden von einem kommerziellen Adressbroker erworben.

Für die Befragung von ambulanten Haus- und Fachärztinnen standen insgesamt 7.984 E-Mail-Adressen zur Verfügung. Bei 949 dieser 7.984 E-Mail-Adressen konnte die Einladung zur Online-Befragung aufgrund einer veralteten oder fehlerhaften E-Mail-Adresse nicht zugestellt werden. Bis zum Stichtag der Befragung gingen insgesamt Fragebögen von 318 Ärztinnen und Ärzten ein. Die Rücklaufquote lag letztendlich bei 4,5 Prozent (Tabelle 9).

Tabelle 9: Rücklauf bei der Befragung von ambulanten Ärztinnen und Ärzten

Bruttostichprobe Anzahl	unzustellbare E-Mails Anzahl	Nettostichprobe Anzahl	Rücklauf Anzahl	Rücklaufquote bezogen auf Nettostichprobe
7.984	949	7.035	318	4,5 %

Quelle: Online-Befragung von ambulanten Haus- und Fachärztinnen und -ärzten

© Prognos AG 2019

4.3.2 Beschreibung der Stichprobe

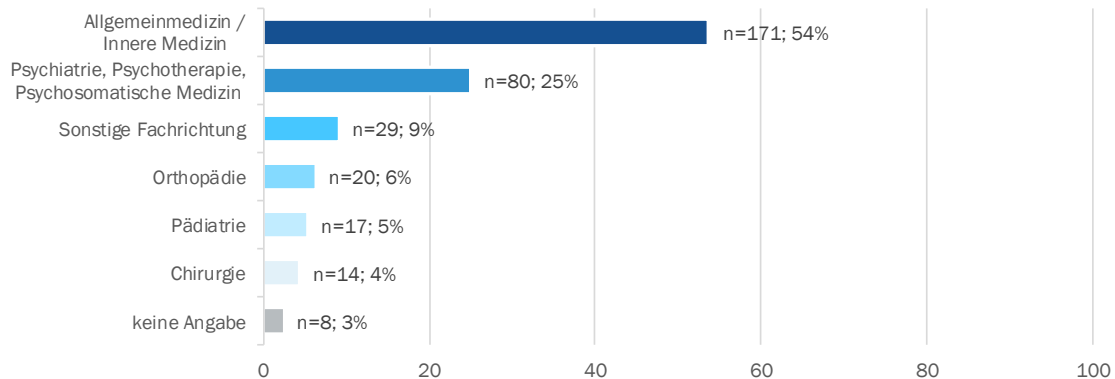
Im Durchschnitt sind die antwortenden Ärztinnen und Ärzte seit 19 Jahren als niedergelassene Ärztinnen und -ärzte tätig. 84 Prozent der Ärztinnen und Ärzte praktizieren seit mindestens 10 Jahren und 47 Prozent üben ihren Beruf seit mindestens 20 Jahren aus.

Fachrichtungen der ambulanten Ärztinnen und Ärzte

Von den insgesamt 318 antwortenden niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ist mehr als die Hälfte in der Fachrichtung Allgemeinmedizin bzw. Innere Medizin (54 %) – und damit in hausärztlicher Praxis – tätig. Ein Viertel der Antwortenden ist im Bereich Psychiatrie, Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin tätig (Abbildung 44). Die Fachrichtungen Orthopädie, Pädiatrie und Chirurgie sind zusammen zu 16 Prozent in der Stichprobe vertreten.

³⁴ Bei einigen der folgenden Abbildungen ist zu beachten, dass die Prozentangaben mitunter in der Summe nicht 100 Prozent ergeben, da sie gerundet wurden und der Anteil der Antwortkategorien *keine Einschätzung möglich/weiß nicht* und von fehlenden Angaben nicht mit abgebildet sind.

Abbildung 44: Fachrichtungen der ambulanten Ärztinnen und Ärzte



Quelle: Online-Befragung von ambulanten Haus- und Fachärztinnen und -ärzten

© Prognos AG 2019

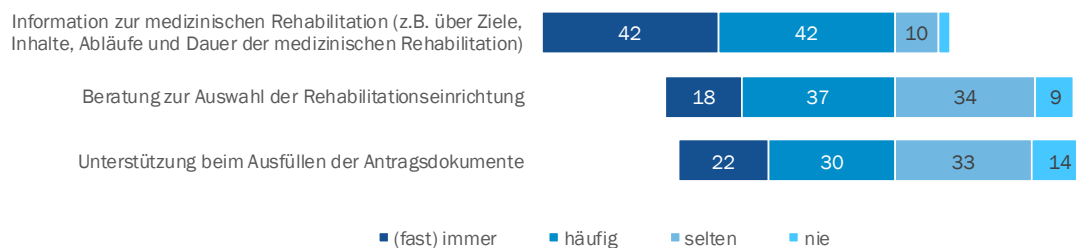
* Mehrfachnennungen waren möglich. Anteil bezogen auf Anzahl der Antwortenden insgesamt (N = 318).

Leistungsspektrum der ambulanten Ärztinnen und Ärzte im Zusammenhang mit der medizinischen Rehabilitation

Abbildung 45 zeigt, dass die ambulanten Ärztinnen und Ärzte ihre Patientinnen und Patienten regelmäßig über Ziele, Inhalte und Abläufe einer medizinischen Rehabilitation informieren, wenn diese einen Antrag bei der DRV stellen (42 % *(fast) immer*, 42 % *häufig*). Gut die Hälfte der Befragten (52 %) unterstützt ihre Patientinnen auch *(fast) immer* (22 %) oder *häufig* (30 %) beim Ausfüllen der Antragsformulare und berät zur Auswahl der Rehabilitationseinrichtung (18 % *(fast) immer*, 37 % *häufig*). Die andere Hälfte der Ärztinnen und Ärzte überlässt das Ausfüllen der Dokumente ihren Patientinnen und Patienten selbst und beschränkt sich auf das Erstellen des ärztlichen Befundberichts.

Abbildung 45: Leistungsspektrum der ambulanten Ärztinnen und Ärzte

Frage: Wenn Ihre Patientinnen und Patienten einen Antrag für eine medizinische Rehabilitation bei der Deutschen Rentenversicherung stellen, wie häufig leisten Sie zusätzlich zum ärztlichen Befundbericht folgende Unterstützung? (N = 318, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von ambulanten Haus- und Fachärztinnen und -ärzten

© Prognos AG 2019

4.3.3 Ergebnisse der Befragung von ambulanten Haus- und Fachärztinnen und -ärzten

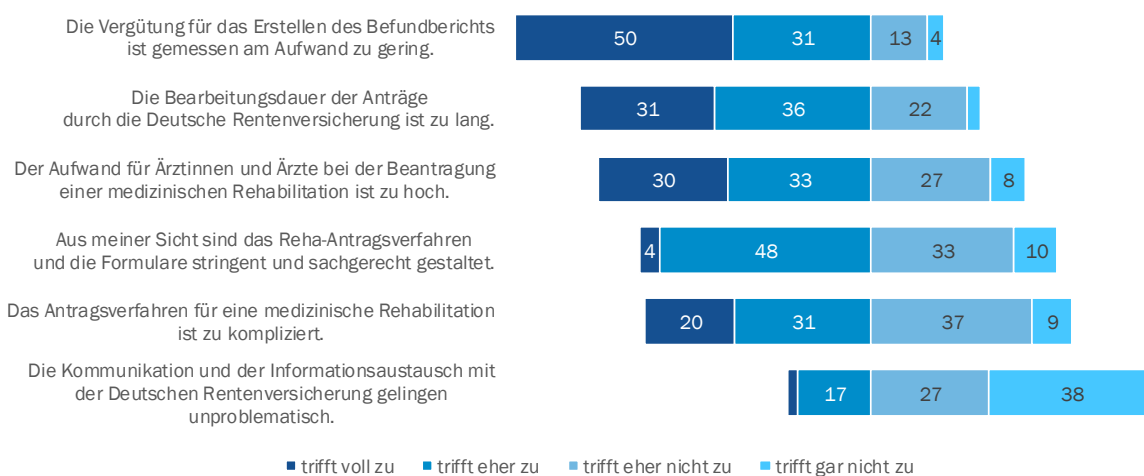
Einschätzung des Antragsverfahrens und der Bewilligungs- und Ablehnungspraxis

Haus- und Fachärztinnen und -ärzte sind für Patientinnen und Patienten häufig die ersten Ansprechpersonen auf dem Weg zur Rehabilitation. Ihnen kommt bei der Antragstellung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eine entscheidende Rolle als „Gatekeeper“ zu. Sie entscheiden mit, ob die Patientin/der Patient einen Antrag stellt und der ärztliche Befundbericht stellt für den Kostenträger eine Grundlage für die Entscheidung über den Antrag dar. Die Einschätzungen und Einstellungen von Ärztinnen und Ärzten zum Antragsverfahren und dem damit einhergehendem Aufwand können mithin entscheidende Einflussfaktoren auf die Bereitschaft der Versicherten zur Antragstellung darstellen.

Aus Sicht der befragten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte geht das Antragsverfahren für eine medizinische Rehabilitation der DRV mit einem großen Aufwand einher, der in keinem angemessenen Verhältnis zur Vergütung für die Ärztinnen und Ärzte steht. 81 Prozent der Befragten empfinden die Vergütung für das Erstellen des Befundberichts als zu gering (31 % *trifft eher zu*, 50 % *trifft voll zu*) (Abbildung 46). Viele ambulante Ärztinnen und Ärzte äußern sich kritisch über die Zusammenarbeit mit der DRV. Die Bearbeitungsdauer der Anträge durch die DRV ist aus Sicht von zwei Drittel der Ärztinnen und Ärzte zu lang (36 % *trifft eher zu*, 31 % *trifft voll zu*) und lediglich 19 Prozent sind der Auffassung, dass die Kommunikation und der Informationsaustausch mit der DRV unproblematisch gelinge (17 % *trifft eher zu*, 3 % *trifft voll zu*). Ebenfalls gut 60 Prozent meint, dass der Aufwand für Ärztinnen und Ärzte bei der Beantragung zu hoch sei (33 % *trifft eher zu*, 30 % *trifft voll zu*) und die Hälfte meint, dass das Antragsverfahren zu kompliziert sei (31 % *trifft eher zu*, 20 % *trifft voll zu*).

Abbildung 46: Das Antragsverfahren aus Sicht der ambulanten Ärztinnen und Ärzte

Frage: Inwiefern treffen die folgenden Aussagen zum Beantragen einer medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung zu?
(N = 318, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von ambulanten Haus- und Fachärztinnen und -ärzten

© Prognos AG 2019

In den Antworten auf eine offene Frage am Ende des Fragebogens nach Gründen, die gegen die Stellung eines Antrags zur medizinischen Rehabilitation bei der DRV sprechen können, formulieren die ambulanten Ärztinnen und Ärzte ihre kritische Bewertung des Antragsverfahrens, der Vergütung und der Erreichbarkeit von Ansprechpartnern folgendermaßen:

Zitat: Die Kassenärzte sind mittlerweile mit bürokratischen Erfordernissen völlig überlastet. Bei der heutigen 5-min-Medizin passt das aufwendige Ausfüllen von Formularen schlicht nicht mehr in die Zeit! In der gleichen Zeit mache ich lieber einen dringenden Hausbesuch. Wenn die Vergütung adäquat wäre (100-150 Euro/Stunde Aufwand), würde sich die Situation ändern.

Zitat: Als niedergelassener Landarzt habe ich schon genug zu tun und kann mir in den Zeitprofilen keine Rehaanträge leisten. Ich kriege beim Ausfüllen des Formulars, aufgrund der Wiederholungen und der sinnlosen Fragen (Ziele?) einen Hals und Wut. Lieber habe ich Freizeit, als solche sinnlosen Anträge auszufüllen, die eh zu 90% abgelehnt werden. Zum Antrag muss man hier eh gleich den Widerspruch mitschicken. Es ist so sinnlos. Die Bezahlung dieser Qual ist unter aller Sau.

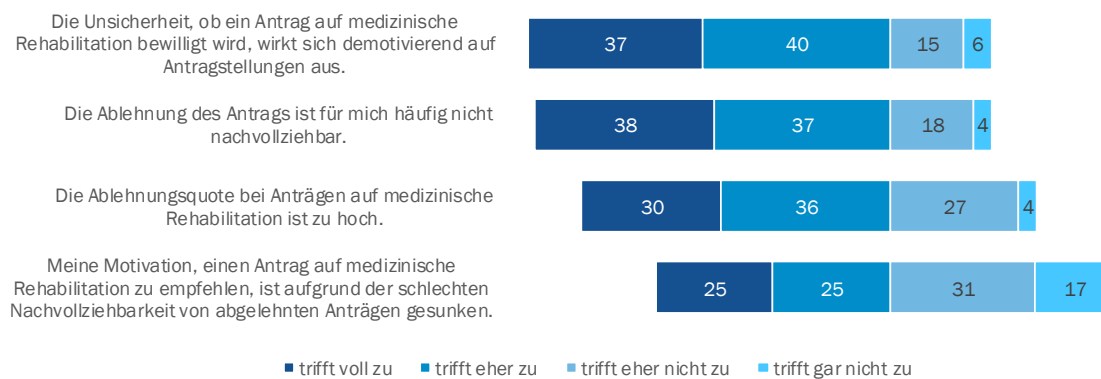
Zitat: Freue mich über die Umfrage, man hat ständig das Gefühl, dass es eigentlich nur darum geht, die Anträge abzulehnen, bestimmte Patienten kommen in Reha, andere mit dringlicher Indikation kriegen Reha nur nach Widerspruch und Drohung mit Anwalt, selbst wenn man um Rückruf bittet erfolgt dieser praktisch sehr selten, entscheidende Kollegen sind praktisch nie zu erreichen. Zudem z.T. dämliche Wiederholungsfragen im Antrag, man schreibt ständig irgendwie das Gleiche: Warum will der Arzt, die Reha warum will es der Patient, es fehlte noch, warum will es die Ehefrau und die Enkelin und der Friseur...

Zitat: Insbesondere die Deutsche Rentenversicherung vergütet die erforderliche ärztliche Expertise im Zusammenhang mit sämtlichen Erfordernissen (Reha-Anträge, Anfragen zu Grundsicherungen, ärztliche Befundberichte, ...) miserabel! Das spricht grundsätzlich nicht gegen die Stellung eines Reha Antrags - wird sich aber regelmäßig in adäquater miserabler Qualität der ärztlichen Mitarbeit äußern und führt in der Folge zu vermehrter Ablehnung. Und wir Ärzte gewinnen durchaus den Eindruck, dass sei genau so gewollt - weil es ja finanzielle Ressourcen schont.

Die befragten ambulanten Ärztinnen und Ärzte sind der Auffassung, dass viele Anträge auf medizinische Rehabilitation abgelehnt würden. Knapp Zwei Drittel der Befragten empfindet die Ablehnungsquote als zu hoch (36 % trifft eher zu, 30 % trifft voll zu) und für drei Viertel der Ärztinnen und Ärzte ist die Ablehnung des Antrags häufig nicht nachvollziehbar (37 % trifft eher zu, 38 % trifft voll zu) (Abbildung 47). Die subjektiv empfundene Intransparenz bezüglich der Ablehnungskriterien kann einen negativen Effekt auf die Motivation zur Antragstellung haben. Gut drei Viertel der Haus- und Fachärztinnen und -ärzte äußern, dass sich die Unsicherheit, ob ein Antrag auf medizinische Rehabilitation bewilligt wird, demotivierend auf Antragstellungen auswirke (40 % trifft eher zu, 37 % trifft voll zu). Im Vergleich hat die schlechte Nachvollziehbarkeit von abgelehnten Anträgen etwas seltener negative Auswirkungen auf das Empfehlungsverhalten der Ärztinnen und Ärzte. Dennoch ist bei der Hälfte der Befragten auch die Motivation gesunken, Patientinnen und Patienten die Antragstellung zu empfehlen (25% trifft eher zu, 25 % trifft voll zu).

Abbildung 47: Bewilligungs- und Ablehnungspraxis aus Sicht der ambulanten Ärztinnen und Ärzte

Frage: Inwiefern treffen die folgenden Aussagen zu Erfolgchancen (also Bewilligung bzw. Ablehnung) der Anträge auf medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung zu? (N = 318, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von ambulanten Haus- und Fachärztinnen und -ärzten

© Prognos AG 2019

Die befragten Haus- und Fachärztinnen und -ärzte fassen ihre Einschätzung des Antragsverfahrens und der Bewilligungs- und Ablehnungspraxis der Deutschen Rentenversicherung folgendermaßen zusammen:

Zitat: Die DRV agiert als Reha-Verhinderungseinrichtung, ist extrem bürokratisch, verweigert regelmäßig indizierte Leistungen, das Antragsverfahren ist viel zu komplex, insbesondere für viele Patienten mit eingeschränkten Sprachkenntnissen wie in meiner Praxis. Die Vergütung für den Antragsteller ist ein Witz, Ansprechpartner sind nicht oder schlecht erreichbar, Ablehnungen stets nach Aktenlage, nicht nachvollziehbar und ohne eigene Wertung oder Sichtung des Patienten, insgesamt Note 5-6! Eine Katastrophe!

Zitat: Gerade bei älteren Patienten ist der REHA-Bedarf hoch und wird aber häufig abgelehnt. Solange Budgets und Regressandrohungen (und -Durchführungen) nicht vom Tisch sind, wird manche ambulante Behandlung nicht verordnet und daher auch nicht durchgeführt, was im Umkehrschluss zur Ablehnung der (stationären) REHA führt. Ältere Menschen sind oft nicht in der Lage eine ambulante REHA durchzuführen (Belastung durch Transportwege, Selbstversorgung in der vulnerablen Phase...)

Zitat: [...] Ambulante Leistungen wie Physiotherapie/ Rehasport werden von den zuständigen Kostenträgern sehr oft abgelehnt - daher läuft die Frage nach Ausschöpfung ambulanter Maßnahmen vor Ort oftmals ins Leere und geht an der Realität vorbei. Gehäuft habe ich auf die offiziellen Rehaanträge der DRV im Internet zurückgegriffen. Es hieß dann manchmal von Seiten der DRV, dass diese veraltet seien, daher musste ich alles nochmal ausfüllen. Das ist Beschäftigungstherapie. [...] Die Anträge fülle ich jeweils am Samstag aus, da es unter der Woche nicht mehr zu leisten bei 12-14 Stundentagen. Umso ärgerlich und nervtötender ist dann das Procedere im Nachgang (Ablehnung, Nachfragen etc.). [...]

Zitat: Der häufigste Ablehnungsgrund ist ein rein formaler: Es gibt noch amb. Möglichkeiten, die nicht ausgeschöpft sind. - Oft sind diese aber nicht sinnvoll einsetzbar aus verschiedensten Gründen. Dafür gibt es zwar ein Ankreuzfeld, es wird aber meist nicht beachtet vom Gutachter.

Zitat: [...] Demotivierend ist auch, dass viele Anträge mit dem Totschlagargument "ambulante Maßnahmen nicht ausgeschöpft" abgelehnt werden, auch wenn diese gar nicht zur Verfügung stehen oder in Anspruch genommen werden können.

Einige befragte Ärztinnen und Ärzte äußerten die Vermutung, dass Anträge von Hausärztinnen und -ärzten häufiger abgelehnt werden als von Ärztinnen und Ärzten anderer Fachrichtungen:

Zitat: [...] Meine Beobachtung ist, dass Anträge die ich als Facharzt stelle meistens positiv beschieden werden, wohingegen Anträge, die meine Patienten über den Hausarzt stellen, deutlich höhere Ablehnungsquoten haben.

Zitat: M.e. werden Anträge von Hausärzten für psychosomatische Rehas häufiger abgelehnt.

Zitat: [...] Als ambulant tätiger Arzt hat man das Gefühl, der Erstantrag wird quasi „grundsätzlich“ abgelehnt, erst bei Widerspruch gibt es Erfolgsaussichten. Mir persönlich sind die Indikationsdiagnosen, die eine Chance auf Reha ermöglichen nicht vollständig klar. Manchmal verweise den Patienten ich an den mitbehandelnden Facharzt, weil ich glaube, der Antrag habe dann mehr Chancen.

Zitat: Anträge, die primär über den Hausarzt gestellt werden, haben eine deutlich erhöhte Ablehnungsquote. Anträge, die von mir als Facharzt unterstützt werden, wurden in den vergangenen 20 Jahren nahezu immer genehmigt. Die Erfahrung einer Ablehnung demotiviert häufig die Patienten. In meinem Fachgebiet der psychischen Erkrankungen sind die Betroffenen besonders leicht zu verunsichern und zweifeln dann selbst, dass ihnen eine Maßnahme zusteht.

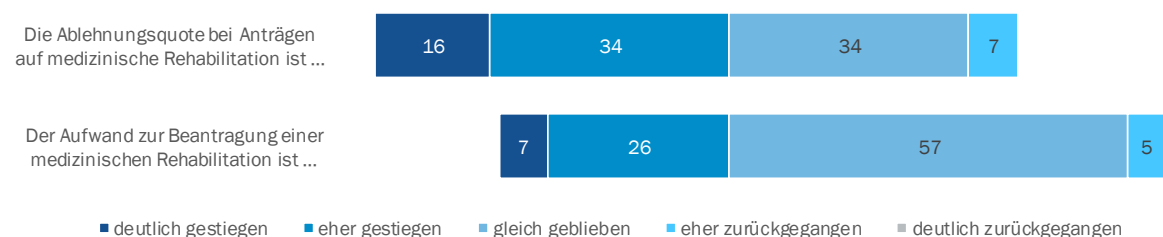
Auch bei der Gesamtheit der Antworten auf die standardisierten Fragen zur Bewilligung und Ablehnung (vgl. Abbildung 47) zeigt sich ein Unterschied zwischen Hausärztinnen und -ärzten und Ärztinnen und Ärzten anderer Fachrichtungen. So wird die Ablehnungsquote von 72 Prozent der hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte (Allgemeinmedizin/Innere Medizin) als zu hoch empfunden (*trifft eher zu* oder *trifft voll zu*). Ärztinnen und Ärzte anderer Fachrichtungen stimmen dieser Aussage zu 57 Prozent zu. Für 80 Prozent der Hausärztinnen und -ärzte ist die Ablehnung des Antrags häufig nicht nachvollziehbar, bei den Fachärztinnen und -ärzten sind es 68 Prozent. Mithin wirkt sich die schlechte Nachvollziehbarkeit von abgelehnten Anträgen auch deutlich auf die Empfehlungsrates von Hausärztinnen und -ärzten aus, die zu 58 Prozent angeben, dass ihre Motivation, einen Antrag zu empfehlen, gesunken sei. Bei Ärztinnen und Ärzten anderer Fachrichtungen ist dies deutlich seltener der Fall (38 %) (ohne Abbildung).

Nach Einschätzung der Hälfte der befragten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ist die Ablehnungsquote bei Anträgen auf medizinische Rehabilitation der DRV in den letzten 10 Jahren gestiegen (Abbildung 48). Die Hälfte gibt an, dass die Ablehnungsquote *eher* (34 %) oder *deutlich gestiegen* (16 %) sei. Der Aufwand zur Beantragung ist zwar aus Sicht der meisten Befragten unverändert geblieben, ein Drittel nimmt jedoch eine Zunahme des Aufwands wahr (26 % *eher gestiegen*, 7 % *deutlich gestiegen*).

Zitat: [...] In den 25 Jahren meiner Praxisführung haben die Ablehnungen und Schwierigkeiten, Patienten eine Reha-Maßnahme zu ermöglichen, derart zugenommen, dass der Aufwand und die geringe Vergütung mich veranlassten, nur noch selten einen Antrag zu stellen. Bsp: 6 Monate Wartezeit bis zur Entscheidung mit Widerspruch bei akutem Erschöpfungszustand mit chronischer Laryngitis (angestellte Lehrkraft). Noch in den 1990iger Jahren war eine Reha-Maßnahme mit einfachem Antrag zu erreichen. Heute geht das nur noch mit Hinzuziehen des Hausarztes und dann erst durch das Widerspruchsverfahren. [...]

Abbildung 48: Zeitliche Veränderung des Antragsverfahrens aus Sicht der ambulanten Ärztinnen und Ärzte

Frage: Hat sich Ihrer Einschätzung nach in den letzten 10 Jahren das Antragsverfahren bei einer medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung geändert?
(N = 318, Anteile in %)



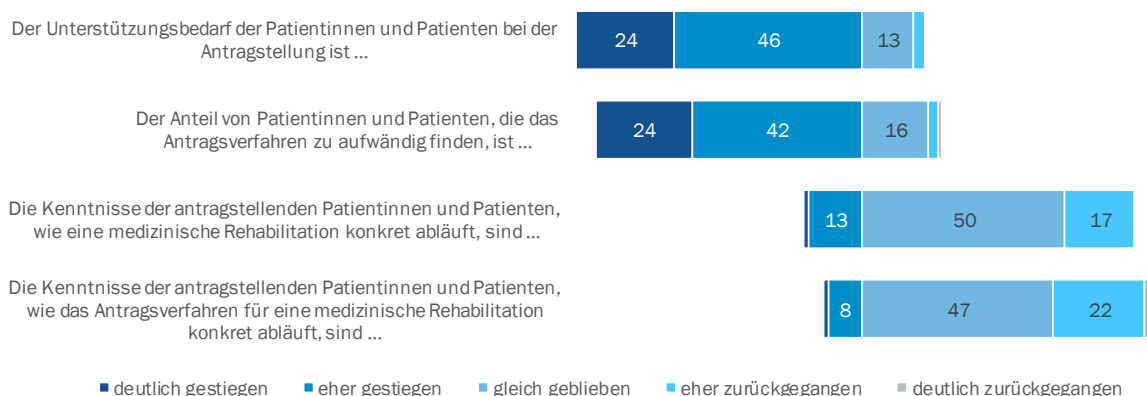
Quelle: Online-Befragung von ambulanten Haus- und Fachärztinnen und -ärzten

© Prognos AG 2019

Parallel zum von den Ärztinnen und Ärzten empfundenen Anstieg der Ablehnungsquote hat der Unterstützungsbedarf der Patientinnen und Patienten aus Sicht der Befragten zugenommen (Abbildung 49). Zwei Drittel der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten meinen, dass der Anteil der Patientinnen und Patienten, die das Antragsverfahren zu aufwändig findet, *eher* (42 %) oder *deutlich gestiegen* (24 %) sei und 70 Prozent nehmen einen erhöhten Unterstützungsbedarf beim Ausfüllen der Antragsdokumente wahr (46 % *eher gestiegen*, 24 % *deutlich gestiegen*). Rund 20 Prozent der befragten Ärztinnen und Ärzte stellen ein zunehmendes Informationsdefizit auf Seiten der Patientinnen und Patienten über den Ablauf einer medizinischen Reha (17 % *eher zurückgegangen*) oder über das Antragsverfahren fest (22 % *eher zurückgegangen*).

Abbildung 49: Zeitliche Veränderung der Kenntnisse und des Unterstützungsbedarfs der Patientinnen und Patienten aus Sicht der ambulanten Ärztinnen und Ärzte

Frage: Haben sich Ihrer Einschätzung nach in den letzten 10 Jahren die Kenntnisse und der Unterstützungsbedarf der Patienten rund um die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung verändert?
(N = 318, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von ambulanten Haus- und Fachärztinnen und -ärzten

© Prognos AG 2019

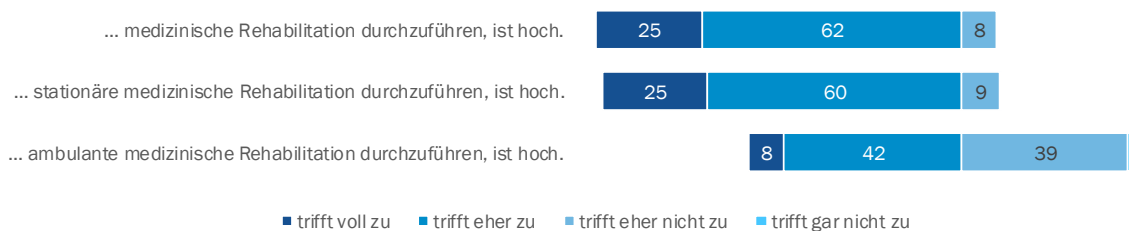
Einschätzung der Bereitschaft zur Inanspruchnahme einer Rehabilitation

Ungeachtet möglicher Barrieren bei der Antragstellung stellen die befragten Ärztinnen und Ärzte eine hohe Bereitschaft seitens der Patientinnen und Patienten fest, eine medizinische Rehabilitation der DRV in Anspruch zu nehmen. Dies gilt insbesondere in Bezug auf eine stationäre medizinische Rehabilitation (Abbildung 50). Insgesamt trifft die Aussage, dass die Bereitschaft von Patientinnen und Patienten, eine stationäre medizinische Rehabilitation durchzuführen, hoch ist, aus Sicht von 85 Prozent der befragten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte *eher* (60 %) oder *voll zu* (25 %). Die Bereitschaft zur Durchführung einer ambulanten Rehabilitation ist aus Sicht der Befragten vergleichsweise gering (42 % *trifft eher zu*, 8 % *trifft voll zu*).

Abbildung 50: Bereitschaft zur Durchführung einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der ambulanten Ärztinnen und Ärzte

Frage: Inwiefern treffen die folgenden Aussagen zur Bereitschaft von Versicherten, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung in Anspruch zu nehmen, zu?
(N = 318, Anteile in %)

Die Bereitschaft von Patientinnen und Patienten, eine ...



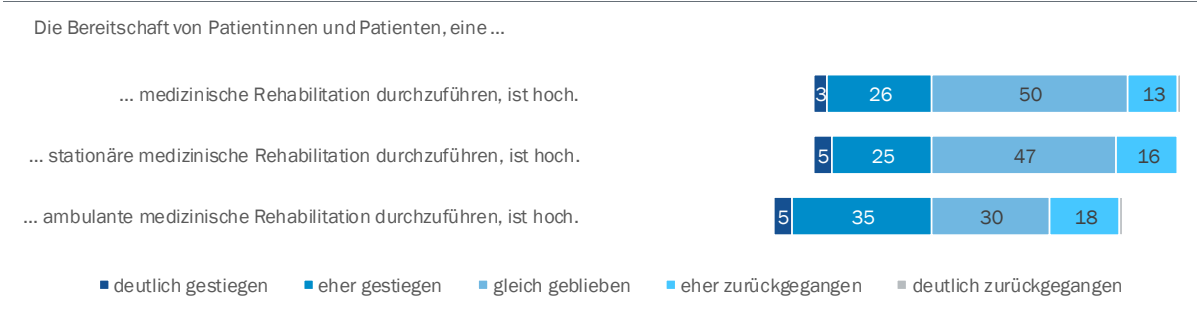
Quelle: Online-Befragung von ambulanten Haus- und Fachärztinnen und -ärzten

© Prognos AG 2019

Die Bereitschaft zur Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation ist aus Sicht der befragten Ärztinnen und Ärzte in den letzten 10 Jahren nicht gesunken. Einige befragte niedergelassene Ärztinnen und Ärzte meinen, dass die Bereitschaft *eher* (26 %) oder *deutlich gestiegen* (3 %) sei (Abbildung 51). Eine Zunahme der Bereitschaft stellen die Befragten noch stärker in Bezug auf die Durchführung einer ambulanten Rehabilitation (35 % *eher gestiegen*, 5 % *deutlich gestiegen*) im Vergleich zu einer stationären Rehabilitation (25 % *eher gestiegen*, 5 % *deutlich gestiegen*) fest.

Abbildung 51: Zeitliche Veränderung der Bereitschaft zur Durchführung einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der ambulanten Ärztinnen und Ärzte

Frage: Hat sich Ihrer Einschätzung nach in den letzten 10 Jahren die Bereitschaft der Versicherten geändert, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch zu nehmen?
(N = 318, Anteile in %)

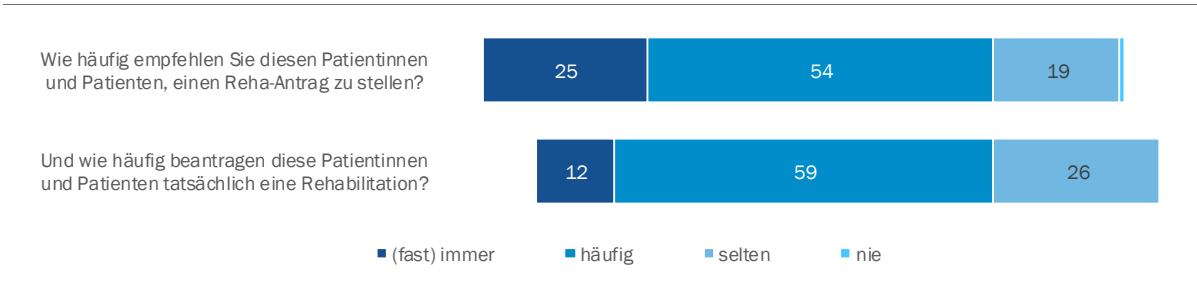


Quelle: Online-Befragung von ambulanten Haus- und Fachärztinnen und -ärzten © Prognos AG 2019

Wenn die befragten ambulanten Ärztinnen und Ärzte eine medizinische Rehabilitation der DRV als sinnvoll erachten, empfehlen sie ihren Patientinnen und Patienten i.d.R., einen Antrag zu stellen (54 % häufig, 25 % (fast) immer) und häufig stellen diese dann nach Einschätzung der Befragten auch einen Antrag (59 % häufig, 12 % (fast) immer) (Abbildung 52). Die aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte hohe Ablehnungsquote und geringe Nachvollziehbarkeit abgelehnter Anträge (vgl. Abbildung 47), trägt jedoch dazu bei, dass Ärztinnen und Ärzte trotz festgestellten Rehabilitationsbedarfs, nicht immer eine Antragstellung empfehlen. Jeder Fünfte gibt an, Patientinnen und Patienten selten eine Beantragung zu empfehlen.

Abbildung 52: Empfehlungs- und Beantragungshäufigkeit einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der ambulanten Ärztinnen und Ärzte

Frage: Wenn Sie an von Ihnen betreute Patientinnen und Patienten denken, bei denen eine medizinische Rehabilitation bei der Deutschen Rentenversicherung sinnvoll wäre:
(N = 318, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von ambulanten Haus- und Fachärztinnen und -ärzten © Prognos AG 2019

Einschätzung der Wirksamkeit einer medizinischen Rehabilitation

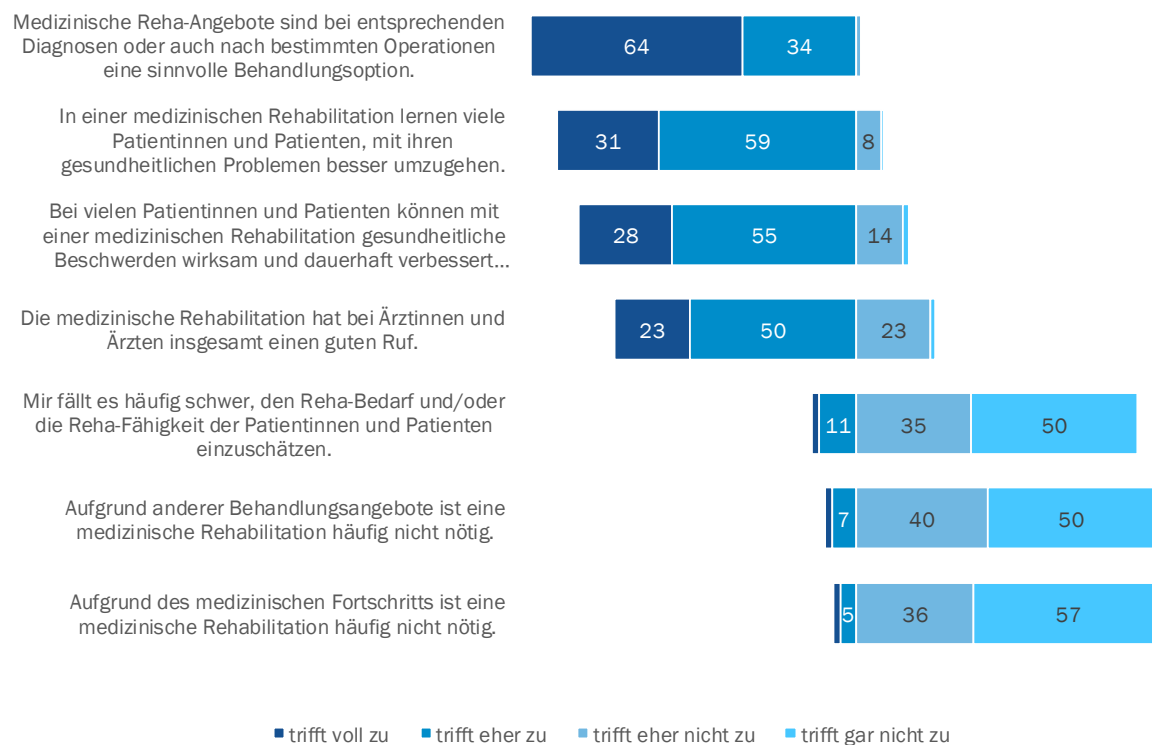
Die befragten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte bewerten die Wirksamkeit einer medizinischen Rehabilitation grundsätzlich und vor allem in Bezug auf die Änderung des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens ihrer Patientinnen und Patienten sehr positiv. Alle Befragten sind der

Auffassung, dass medizinische Reha-Angebote bei entsprechenden Diagnosen oder nach bestimmten Operationen eine sinnvolle Behandlungsoption seien (98 % *trifft eher zu* oder *trifft voll zu*) (Abbildung 53). Ebenso lernen viele Patientinnen und Patienten nach Einschätzung der Befragten, mit Ihren gesundheitlichen Problemen besser umzugehen (90 %) und gesundheitliche Beschwerden können wirksam und dauerhaft verbessert werden (83 %).

Etwas weniger Ärztinnen und Ärzte sind der Auffassung, dass die medizinische Rehabilitation in der Ärzteschaft insgesamt einen guten Ruf genieße (73 % *trifft eher zu* oder *trifft voll zu*). Umgekehrt sind knapp ein Viertel der Befragten der Meinung, die medizinische Rehabilitation der DRV habe ein Imageproblem (24 % *trifft eher nicht zu* oder *trifft gar nicht zu*).

Abbildung 53: Wirksamkeit einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der ambulanten Ärztinnen und Ärzte

Frage: Wie schätzen Sie die Wirksamkeit und den Nutzen der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung ein? (N = 318, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von ambulanten Haus- und Fachärztinnen und -ärzten

© Prognos AG 2019

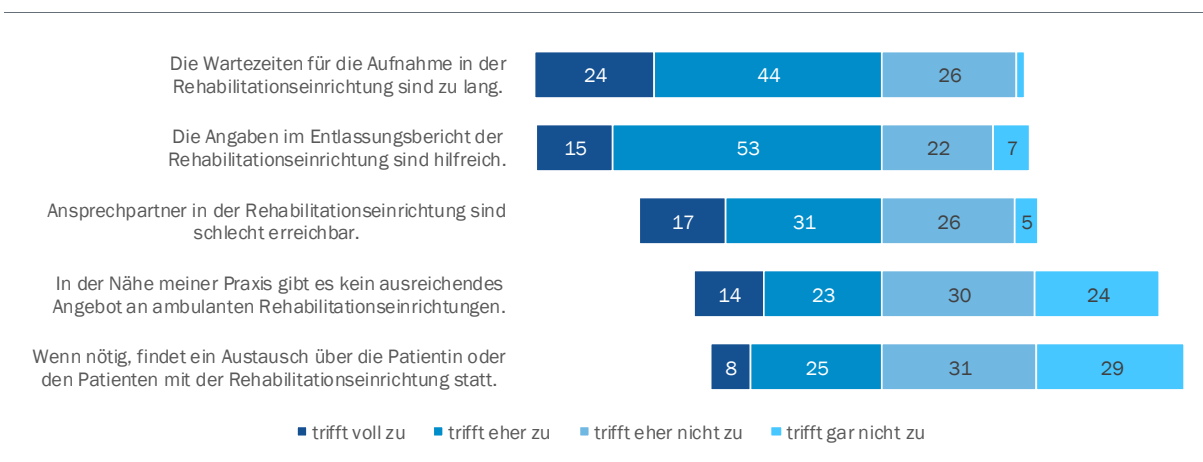
Einschätzung der Zusammenarbeit mit Rehabilitationseinrichtungen

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation sind viele Schnittstellen vorhanden. Die Zusammenarbeit von ambulanter Versorgung, Betrieben, Kostenträgern und Rehabilitationseinrichtungen kann nicht immer reibungslos verlaufen. Bezüglich der Zusammenarbeit mit Rehabilitationseinrichtungen (Abbildung 54) beklagen die befragten Haus- und Fachärztinnen und -ärzte insbeson-

dere lange Wartezeiten für die Aufnahme in die Kliniken (68 % trifft eher zu oder trifft voll zu). Zudem stellt knapp die Hälfte der Befragten Kommunikationsdefizite mit den Kliniken fest, die die Zusammenarbeit erschweren. Die befragten Ärztinnen und Ärzte beklagen dabei die schlechte Ansprechbarkeit von Ansprechpartnerinnen und -partnern in den Rehabilitationseinrichtungen (31 % trifft eher zu, 17 % trifft voll zu) und lediglich ein Drittel meint, dass ein nötiger Austausch mit dem Klinikpersonal über die Patientinnen und Patienten stattfindet (25 % trifft eher zu, 8 % trifft voll zu). Ein mangelndes Angebot wohnortnaher ambulanter Rehabilitationseinrichtungen beklagen 37 Prozent der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte (trifft eher zu oder trifft voll zu). Die Entlassungsberichte der Einrichtungen werden hingegen positiver bewertet. 68 Prozent der Ärztinnen und Ärzte erachten die Angaben in Entlassungsberichten als hilfreich (53 % trifft eher zu, 15 % trifft voll zu).

Abbildung 54: Zusammenarbeit mit Rehabilitationseinrichtungen aus Sicht der ambulanten Ärztinnen und Ärzte

Frage: Inwiefern treffen die folgenden Aussagen zur Zusammenarbeit mit Rehabilitationseinrichtungen zu? (N = 318, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von ambulanten Haus- und Fachärztinnen und -ärzten

© Prognos AG 2019

Aus den offenen Antworten geht hervor, dass Ärztinnen und Ärzte die Qualität von Rehabilitationseinrichtungen und der Behandlung als heterogen wahrnehmen. Die Befragten wünschen sich mehr Informationen zu den einzelnen Einrichtungen, es würden insbesondere vergleichende Bewertungen der Einrichtungen und Informationen fehlen, welche Kliniken für bestimmte Indikationen geeignet sind (vgl. Abbildung 56). Zudem werden teilweise eingeschränkte Freiheiten bzw. Mitentscheidungsmöglichkeiten bei der Auswahl der Rehabilitationsklinik bemängelt.

Zitat: Intransparenz bei Wartezeiten. Wenn Patienten in Kliniken anrufen, um nach Terminen zu fragen, fühlen sie sich oft abgewiesen. Zuordnung der Klinik ist häufiger bezogen auf die Erkrankungen der Patienten nicht passend. In den letzten Jahren klagen zunehmend viele Patienten, dass Personal in den Kliniken fehlt und Behandlungen oft ausfallen.

Zitat: Die oft mangelnde Qualität der medizinischen Leistungen in den Rehakliniken, insbesondere bei Patienten mit Skeletterkrankungen, bringt mich oft dazu, den Patienten eher von einem Rehaantrag abzuraten (alle möglichen Vorträge und Beratungen zu i.d.R. indikationsfernen Themen, kaum - vermutlichlich aus finanziellen Gründen - sinnvolle indikationsbezogene Therapien!). Ich habe abschreckende Beispiele von Entlassungsberichten mit Listen der durchgeführten Maßnahmen ("Normalkost", "Schulung am Frühstücksbuffet", "Wandern", "Vortrag" etc.) auf meinem Schreibtisch.

Zitat: Qualität der Reha Kliniken oft mäßig, die dort tätigen Ärzte eher „Zweite Wahl“ (sorry). Inhalte der sozialmedizinischen Epikrise stehen oft vorher fest und scheinen unausgesprochenen Regeln der „Quotierung“ zu folgen. Die für die DRV tätigen Ärzte und Einrichtungen handeln zu sehr nach dem Motto „Wes Brot ich ess, des Lied ich sing“

Zitat: Häufige Qualitätsdefizite der Rehakliniken vor allem wegen Personalmangels. Oft Probleme, die empfohlene oder gewünschte Klinik bewilligt zu bekommen.

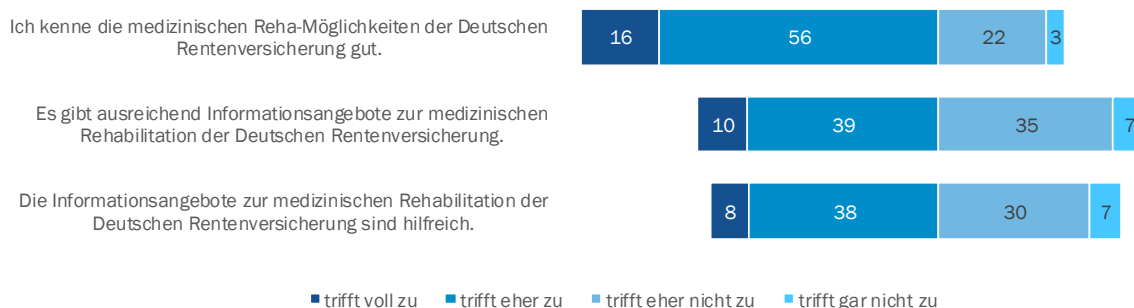
Zitat: Unklar, ob die zugewiesene Einrichtung den tatsächlichen Behandlungsbedarf erfüllen kann. Zu wenig Freiheit bei der Einrichtungsauswahl.

Informiertheit von ambulanten Ärztinnen und Ärzten über medizinische Rehabilitationsangebote

Knapp drei Viertel der Befragten gibt an, die medizinischen Reha-Möglichkeiten der Deutschen Rentenversicherung gut zu kennen (72 % *trifft eher zu* oder *trifft voll zu*) (Abbildung 55). Dennoch meinen rund 40 Prozent der befragten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, dass die Informationsangebote nicht ausreichend oder nicht hilfreich seien (*trifft eher nicht zu* oder *trifft gar nicht zu*).

Abbildung 55: Allgemeine Informiertheit der ambulanten Ärztinnen und Ärzte über medizinische Rehabilitation

Frage: Inwiefern treffen die folgenden Aussagen zu Ihrem Kenntnisstand über medizinische Reha-Möglichkeiten und Informationsangebote der Deutschen Rentenversicherung zu?
(N = 318, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von ambulanten Haus- und Fachärztinnen und -ärzten

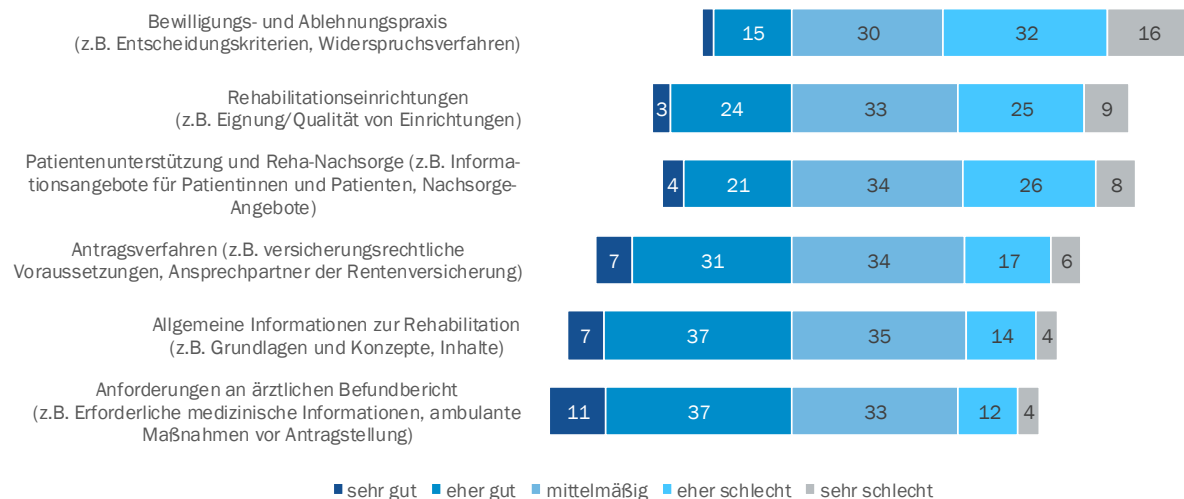
© Prognos AG 2019

Informationsbedarf sehen die befragten Haus- und Fachärztinnen und -ärzte insbesondere in Bezug auf Entscheidungskriterien bei der Bewilligung und Ablehnung von Anträgen. Hier fühlen sich 30 Prozent der Befragten *mittelmäßig* und knapp die Hälfte (48 %) *eher schlecht* oder *sehr schlecht* informiert (Abbildung 56). Ebenfalls fehlt es aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte an Informationen über Rehabilitationseinrichtungen. Lediglich 27 Prozent fühlen sich diesbezüglich *sehr gut* oder *eher gut* informiert. Die Befragten wünschen sich vor allem vergleichende Bewertungen der Einrichtungen und Informationen, welche Kliniken für bestimmte Indikationen geeignet sind. Besser fühlen sich die befragten Ärztinnen und Ärzte über Anforderungen an den ärztlichen Befundbericht informiert (48 % *sehr gut* oder *eher gut*), aber auch hier besteht bei der Hälfte der Ärztinnen und Ärzte nach eigener Einschätzung ein Informationsdefizit (49 % *mittelmäßig* bis *sehr schlecht*).

Abbildung 56: Informiertheit der ambulanten Ärztinnen und Ärzte über verschiedene Aspekte der medizinischen Rehabilitation

Frage: Wie gut fühlen Sie sich über die folgenden Aspekte einer medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung informiert?

(N = 318, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von ambulanten Haus- und Fachärztinnen und -ärzten

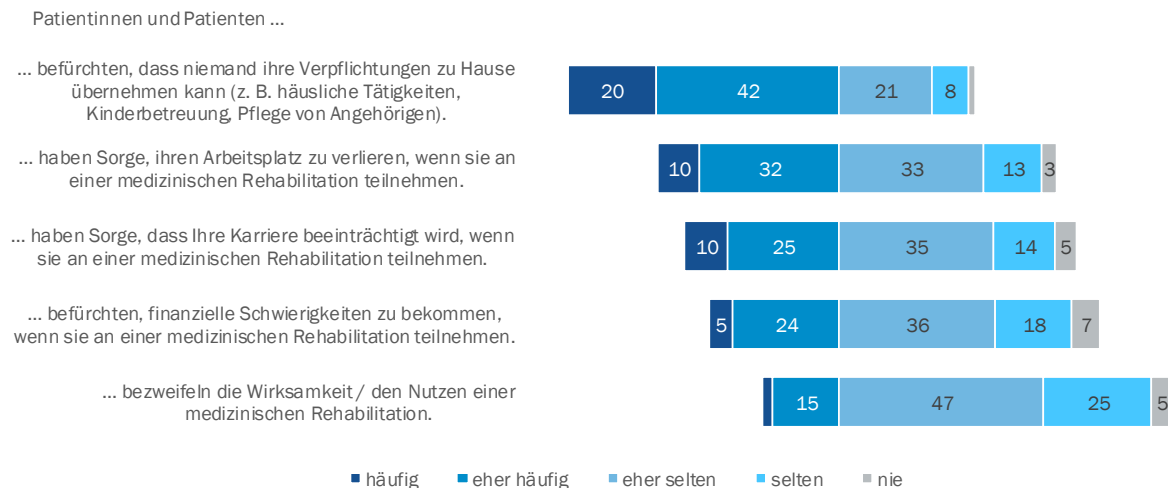
© Prognos AG 2019

Einschätzung beruflicher und privater Barrieren der Inanspruchnahme einer Rehabilitation

Für einige Patientinnen und Patienten können berufliche und private Barrieren vorherrschen, die es erschweren, sich für die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation zu entscheiden und dazu beitragen, dass trotz möglichen Rehabilitationsbedarfs von einer Antragstellung abgesehen wird. Als Gründe, dass Patientinnen und Patienten keine medizinische Rehabilitation in Anspruch nehmen, kommen aus Sicht der befragten ambulanten Ärztinnen und Ärzte insbesondere organisatorische Barrieren im familiären Umfeld in Betracht. 62 Prozent geben an, dass Patientinnen und Patienten *eher häufig* oder *häufig* befürchten würden, dass niemand ihre Verpflichtungen zu Hause übernehmen kann (Abbildung 57). Arbeitsplatzbezogene Gründe können aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte auch eine Rolle spielen. Die Befürchtung einer finanziellen Belastung und die Sorge um den Arbeitsplatz können aus Sicht der Befragten dazu führen, dass sich Patientinnen und Patienten nicht auf eine medizinische Rehabilitation einlassen. Als Gründe werden diese Punkte aber seltener genannt.

Abbildung 57: Berufliche und private Barrieren der Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der ambulanten Ärztinnen und Ärzte

Frage: Wenn Patientinnen und Patienten Vorbehalte oder Gründe gegen die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung äußern, wie häufig werden die folgenden Vorbehalte oder Gründe genannt? (N = 318, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von ambulanten Haus- und Fachärztinnen und -ärzten

© Prognos AG 2019

Persönliche sowie arbeitsplatzbezogene Gründe, die gegen die Beantragung und Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation sprechen könnten, erläutern die befragten Ärztinnen und Ärzte wie folgt:

Zitat: Viele Patienten denken, Sie haben nicht die Zeit für eine stationäre Reha. Die Gründe dafür sind vielfältig: Familie, zur wenig Personal auf der Arbeit, ... (Dermatologische Reha macht eigentlich nur stationär einen Sinn, weil es um die Entfernung aus dem großstädtischen Klima geht -> Klimatherapie an Nord- oder Ostsee)

Zitat: Die beruflichen Anforderungen und Überforderung der Patienten sind weiter ansteigend. Für viele besteht deshalb keine Perspektive, die bisherige Arbeit fort zu führen bei chronischen Erkrankungen. Die Arbeitgeber sind oft nicht bereit, zum Beispiel bei einem Arbeitsplatzwechsel entgegenzukommen. Somit sehen die Patientin keinen Sinn, mit die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder Ganze verbessern.

4.4 Befragung von Betriebsärztinnen und -ärzten

Zentrale Ergebnisse der Befragung von Betriebsärztinnen und -ärzten

Die befragten Betriebsärztinnen und -ärzte haben eine grundsätzlich positive Einstellung zur Wirksamkeit einer medizinischen Rehabilitation. Alle Befragten sind der Auffassung, dass medizinische Rehabilitationsangebote bei entsprechenden Diagnosen oder nach bestimmten Operationen eine sinnvolle Behandlungsoption darstellen und heben deren Wirksamkeit vor allem in Bezug auf die Änderung des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens hervor. In den von Ihnen betreuten Betrieben stellen die Betriebsärztinnen und -ärzte einen deutlich steigenden Bedarf an medizinischer Rehabilitation fest und gehen von einer hohen Bereitschaft der Versicherten aus, an einer (stationären) Rehabilitation teilzunehmen.

Wie auch ambulante Ärztinnen und Ärzte anderer Fachrichtungen (vgl. Kapitel 4.3) wird von den befragten Betriebsärztinnen und -ärzten das Antragsverfahren als eine zentrale Barriere auf dem Weg zur Rehabilitation gesehen und kann verbunden mit einer als gering empfundenen Vergütung und einer intransparenten Bewilligungs- und Ablehnungspraxis die Motivation der Betriebsärztinnen und -ärzte, eine Antragstellung zu empfehlen und Patientinnen und Patienten zu unterstützen maßgeblich beeinträchtigen.

Betriebsärztinnen und -ärzte fühlen sich zudem unzureichend über die Rehabilitationsmöglichkeiten der DRV informiert und wünschen sich insbesondere vergleichende Bewertungen der Rehabilitationseinrichtungen und welche Kliniken für bestimmte Indikationen geeignet sind.

Während die Qualität der Entlassungsberichte der Rehabilitationseinrichtung von vielen befragten Betriebsärztinnen und -ärzten positiv bewertet wird, werden zugleich lange Wartezeiten zur Aufnahme und eine schlechte Erreichbarkeit von Ansprechpersonen beklagt.

Betriebsärztinnen und -ärzte stellen zudem aus ihrer Perspektive einen eingeschränkten Stellenwert der medizinischen Rehabilitation in den von ihnen betreuten Unternehmen fest – insbesondere auf der Ebene der Betriebs- und Personalleitung. Geringe Unterstützung durch die Betriebs- und Personalleitung bei der Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation nehmen insbesondere Betriebsärztinnen und -ärzte wahr, die Betriebe extern betreuen – und damit vermutlich für kleinere Betriebe tätig sind.

Methodik³⁵ und Rücklauf

Zielgruppe der Befragung waren betriebsärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte. Die Befragung wurde als Online-Befragung umgesetzt. Die Befragung der Betriebsärztinnen und -ärzte startete Ende März 2019 und die angeschriebenen Ärztinnen und Ärzte hatten Gelegenheit, innerhalb von fünf Wochen an der Befragung teilzunehmen (Befragungszeitraum: 29.03. - 03.05.2019).

Die E-Mail-Adressen der befragten Ärztinnen und Ärzte setzen sich aus Informationen arbeitsmedizinischer Verbände zusammen. Die E-Mail-Adressen wurden über die Arztsuche-Funktion der Homepage des Berufsverbands Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V. (VDBW) und des Berufsverbands selbstständiger Arbeitsmediziner und freiberuflicher Betriebsärzte (BsAfB) bezogen.

Für die Befragung von Betriebsärztinnen und -ärzten standen insgesamt 1.425 E-Mail-Adressen zur Verfügung, 1.082 vom VDBW und 343 vom BsAfB. Bei 66 dieser 1.425 E-Mail-Adressen konnte die Einladung zur Online-Befragung aufgrund einer veralteten oder fehlerhaften E-Mail-Adresse nicht zugestellt werden. Die Rücklaufquote lag letztendlich bei 11,6 Prozent (Tabelle 10). Damit lagen insgesamt 157 Antworten vor.

Tabelle 10: Rücklauf bei der Befragung von Betriebsärztinnen und -ärzten

Bruttostichprobe Anzahl	unzustellbare E-Mails Anzahl	Nettostichprobe Anzahl	Rücklauf Anzahl	Rücklaufquote bezogen auf Nettostichprobe
1.425	66	1.359	157	11,6 %

Quelle: Online-Befragung von Betriebsärztinnen und -ärzten

© Prognos AG 2019

4.4.2 Beschreibung der Stichprobe

Im Durchschnitt sind die antwortenden Ärztinnen und Ärzte seit 20 Jahren als Betriebsärztinnen und -ärzte tätig. 89 Prozent der Ärztinnen und Ärzte sind seit mindestens 10 Jahren und 58 Prozent üben ihren Beruf seit mindestens 20 Jahren aus.

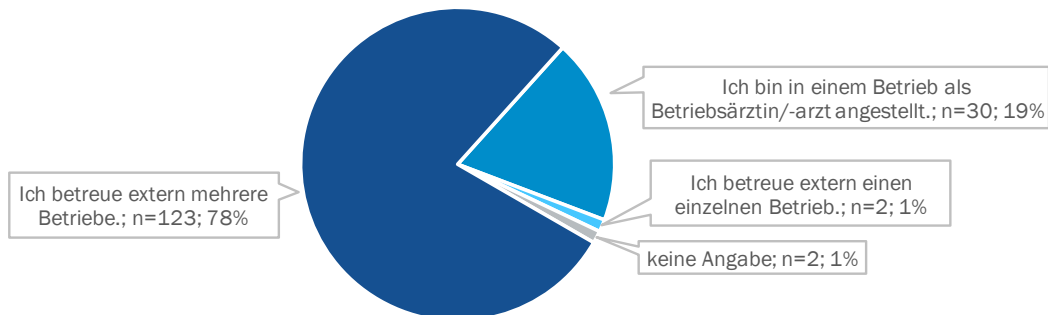
Rahmen der betriebsärztlichen Tätigkeit

Die befragten Betriebsärztinnen und -ärzte sind überwiegend als niedergelassene Ärztinnen und Ärzte tätig und betreuen Betriebe extern (Abbildung 58). Bis auf wenige Ausnahmen betreuen die Ärztinnen und Ärzte dabei nicht nur einen (1 %), sondern mehrere Betriebe (78 %). Ein Fünftel der betriebsärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte sind in einem Betrieb angestellt (19 %).

³⁵ Bei einigen der folgenden Abbildungen ist zu beachten, dass die Prozentangaben mitunter in der Summe nicht 100 Prozent ergeben, da sie gerundet wurden und der Anteil der Antwortkategorien *keine Einschätzung möglich/weiß nicht* und von fehlenden Angaben nicht mit abgebildet sind.

Abbildung 58: Rahmen der betriebsärztlichen Tätigkeit

Frage: in welchen Rahmen sind Sie als Betriebsärztin/-arzt tätig?
(N = 157, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von Betriebsärztinnen und -ärzten

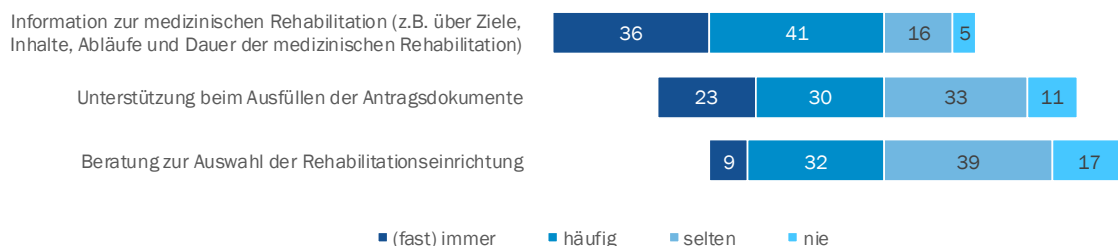
© Prognos AG 2019

Leistungsspektrum der Betriebsärztinnen- und -ärzte im Zusammenhang mit der medizinischen Rehabilitation

Abbildung 59 zeigt, dass die Betriebsärztinnen und -ärzte ihre Patientinnen und Patienten regelmäßig über Ziele, Inhalte und Abläufe einer medizinischen Rehabilitation informieren, wenn diese einen Antrag bei der DRV stellen (77 % (fast) immer oder häufig). Gut die Hälfte der Befragten (53 %) unterstützt ihre Patientinnen auch (fast) immer oder häufig beim Ausfüllen der Antragsformulare. Die andere Hälfte der Betriebsärztinnen und -ärzte überlässt das Ausfüllen der Dokumente ihren Patientinnen und Patienten selbst und beschränkt sich auf das Erstellen des ärztlichen Befundberichts.

Abbildung 59: Leistungsspektrum der Betriebsärztinnen und -ärzte

Frage: Wenn Ihre Patientinnen und Patienten einen Antrag für eine medizinische Rehabilitation bei der Deutschen Rentenversicherung stellen, wie häufig leisten Sie zusätzlich zum ärztlichen Befundbericht folgende Unterstützung?
(N = 157, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von Betriebsärztinnen und -ärzten

© Prognos AG 2019

Sind Betriebsärztinnen und -ärzte in einem Betrieb angestellt, können Beschäftigte umfangreicher bzw. häufiger beraten und unterstützt werden. Betriebsärztinnen und -ärzte, die in einem Be-

trieb angestellt sind, geben zu 47 Prozent an, Beschäftigte (*fast immer*) zur medizinischen Rehabilitation zu informieren und 27 Prozent unterstützen (*fast immer*) bei der Antragstellung (ohne Abbildung).

4.4.3 Ergebnisse der Befragung von Betriebsärztinnen und -ärzten

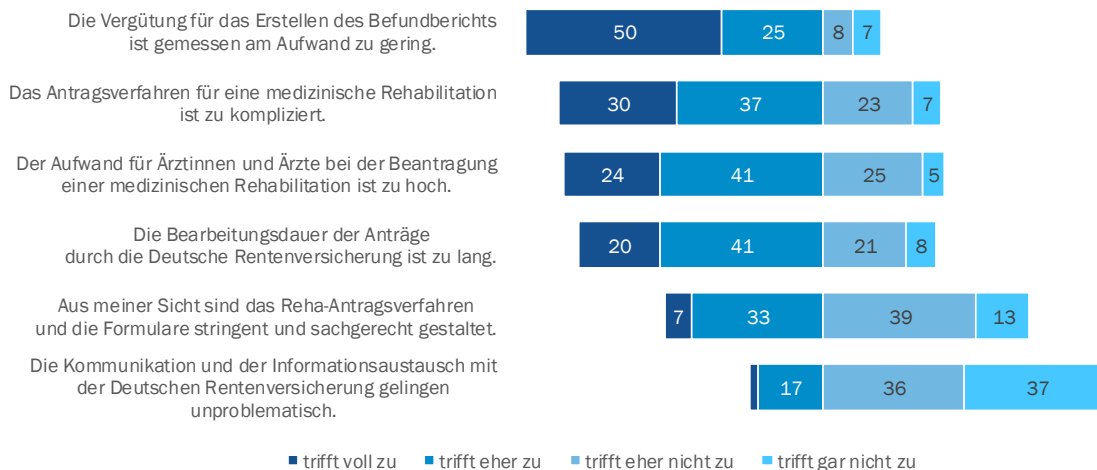
Einschätzung des Antragsverfahrens und der Bewilligungs- und Ablehnungspraxis

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind Antragsleistungen. Die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation setzt eine hohe Motivation der Versicherten voraus und Versicherte sind bei der Antragstellung ggf. auf Unterstützung angewiesen. Machen sich gesundheitliche Beeinträchtigungen im Beruf bemerkbar, ist die/der Betriebsärztin/-arzt eine mögliche Ansprechperson, um Lösungswege zu finden. Die Einschätzungen und Einstellungen von Betriebsärztinnen und -ärzten zum Antragsverfahren und dem damit einhergehendem Aufwand können entscheidende Einflussfaktoren auf die Bereitschaft der Versicherten zur Antragstellung darstellen.

Aus Sicht der befragten Betriebsärztinnen und Ärzte geht das Antragsverfahren für eine medizinische Rehabilitation der DRV mit einem großen Aufwand einher, der in keinem angemessenen Verhältnis zur Vergütung für die Ärztinnen und Ärzte steht. Drei Viertel der Befragten empfindet die Vergütung für das Erstellen des Befundberichts als zu gering (25 % *trifft eher zu*, 50 % *trifft voll zu*) (Abbildung 60). Jeweils zwei Drittel meint, dass das Antragsverfahren zu kompliziert (37 % *trifft eher zu*, 30 % *trifft voll zu*) und der Aufwand für Ärztinnen und Ärzte bei der Beantragung zu hoch sei (41 % *trifft eher zu*, 24 % *trifft voll zu*). Viele Betriebsärztinnen und Ärzte äußern sich zudem kritisch über die Zusammenarbeit mit der DRV. Die Bearbeitungsdauer der Anträge durch die DRV ist aus Sicht von gut 60 Prozent der Ärztinnen und Ärzte zu lang (41 % *trifft eher zu*, 20 % *trifft voll zu*) und lediglich 18 Prozent sind der Auffassung, dass die Kommunikation und der Informationsaustausch mit der DRV unproblematisch gelinge.

Abbildung 60: Das Antragsverfahrens aus Sicht der Betriebsärztinnen und -ärzte

Frage: Inwiefern treffen die folgenden Aussagen zum Beantragen einer medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung zu?
(N = 157, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von Betriebsärztinnen und -ärzten

© Prognos AG 2019

In den Antworten auf eine offene Frage am Ende des Fragebogens nach Gründen, die gegen die Stellung eines Antrags zur medizinischen Rehabilitation bei der DRV sprechen können, formulieren die Betriebsärztinnen und -ärzte ihre kritischen Bewertung des Antragsverfahrens, der Vergütung und der Erreichbarkeit von Ansprechpartnern folgendermaßen:

Zitat: Eine Änderung des Formularwesens ist dringend und zwingend angezeigt! Die Formulare strahlen unverblümt den ganzen Charme der bürokratischen Verhinderungshaltung aus!

Zitat: Extrem komplexes Antragsverfahren, über die letzten 10 Jahre (zumindest gefühlt) immer wieder andere Formulare. Das Verfahren müsste erheblich vereinfacht werden, zumindest für die erste Antragstellung, oder eine erheblich höhere Vergütung (mindestens 10x mehr Geld!!!)

Zitat: Die Antragsunterlagen sind in Internet auf der Homepage der RV sehr schlecht zu finden, insbesondere die für Betriebsärzte. Die Formatierung ist nicht Anwender gerecht. Bsp. Platz nur für max. 2 Diagnosen, zu wenig Platz zur Darstellung der med. Problematik. Verbesserungsvorschlag: entweder Formatierung so hinterlegen, dass der Arzt auch bei Bedarf ausführlichen Rehaanlass etc. darlegen kann oder für diese Situation anständiges Anlageblatt bereitstellen. Im Antrag des Patienten kürzen! Versicherungssummen muss online von alleine in allen Seiten erscheinen usw. Ich benötig trotz einiger Erfahrung 30-40 min/Antrag – kein Wunder also, wenn niedergelassene Kollegen die Anträge nur oberflächlich ausfüllen und Anträge dann abgelehnt werden.

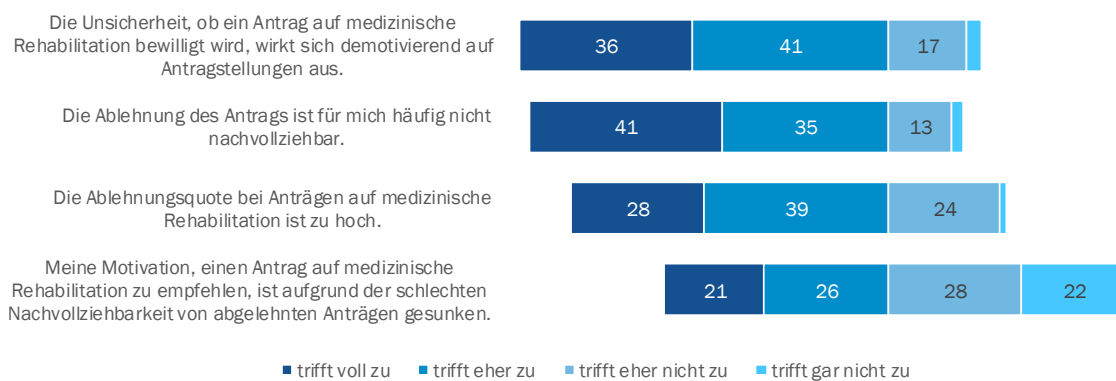
Zitat: In der Antragsabwicklung gibt es große und relevante Unterschiede zwischen DRV Bund und DRV Land. Bei DRV-Land ist die Kommunikation und Beratung sehr viel besser! Es gibt persönlichen Kontakt!

Zitat: Zu komplizierte Antragsformalitäten, viel zu häufige Ablehnung, bei Genehmigung zu lange Vorlaufzeiten, nicht kompetentes bzw. äußerst unfreundliches Personal bei telef. Rückfragen bei der DRV, teils zu starre zeitliche und organisatorische Abläufe in Reha - Kliniken mit Pauschalbehandlungen/Gruppentherapien.

Rund zwei Drittel der befragten Betriebsärztinnen und -ärzte empfindet die Ablehnungsquote als zu hoch (39 % trifft eher zu, 28 % trifft voll zu) und für rund drei Viertel der Ärztinnen und Ärzte ist die Ablehnung des Antrags häufig nicht nachvollziehbar (35 % trifft eher zu, 41 % trifft voll zu) (Abbildung 61). Die subjektiv empfundene Intransparenz bezüglich der Ablehnungskriterien kann einen negativen Effekt auf die Motivation zur Antragstellung haben. Gut drei Viertel der Betriebsärztinnen und -ärzte äußert, dass sich die Unsicherheit, ob ein Antrag auf medizinische Rehabilitation bewilligt wird, demotivierend auf Antragstellungen auswirke (41 % trifft eher zu, 36 % trifft voll zu). Im Vergleich hat die schlechte Nachvollziehbarkeit von abgelehnten Anträgen etwas seltener negative Auswirkungen auf das Empfehlungsverhalten der Ärztinnen und Ärzte. Dennoch ist bei knapp der Hälfte der Befragten auch die Motivation gesunken, Patientinnen und Patienten die Antragstellung zu empfehlen (26 % trifft eher zu, 21 % trifft voll zu).

Abbildung 61: Die Bewilligungs- und Ablehnungspraxis aus Sicht der Betriebsärztinnen und -ärzte

Frage: Inwiefern treffen die folgenden Aussagen zu Erfolgchancen (also Bewilligung bzw. Ablehnung) der Anträge auf medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung zu?
(N = 157, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von Betriebsärztinnen und -ärzten

© Prognos AG 2019

Die befragten Betriebsärztinnen und -ärzte fassen ihre Einschätzung des Antragsverfahrens und der Bewilligungs- und Ablehnungspraxis der Deutschen Rentenversicherung folgendermaßen zusammen:

Zitat: Es werden grundsätzlich alle Reha Anträge abgelehnt, sodass häufig der Hausarzt/Betriebsarzt einen Widerspruch formulieren muss, auch dieser wird dann abgelehnt. Man hat den Eindruck, dass die Anträge von nicht kompetentem Personal bearbeitet werde, oder es wird gewürfelt wer eine Absage/Zusage bekommt. Es ist eigentlich ein ganz großes Ärgernis dieses Reha Verfahren, weil nicht nachvollziehbar.

Zitat: Am Bsp. der „Präventionsreha“ möchte ich die unsägliche Genehmigungspraxis skizzieren: Fünf begründete Anträge gestellt, hier insb. bei leistungsorientierten MA ohne AU Zeiten aber klarer Indikationsstellung für die Maßnahme. Alle abgelehnt mit der Begründung da keine AU Zeiten angefallen sein. Was ist das denn für eine schlechte Begründung. Alle Maßnahmen wurden dann zwar im Widerspruchsverfahren genehmigt, zeigt aber welch geistes Kind die DRV ist. Das lesen der Anträge wäre sinnvoller denn auf AU Zeiten zu schauen.

Zitat: Die Ablehnungsgründe sind pauschal und man hat oft den Eindruck, dass erstmal reflektorisch abgelehnt wird, wobei medizinischer Sachverstand nicht immer eine Rolle spielt.

Zitat: Die Erwartungshaltung, dass ja eh abgelehnt wird ist hoch, die Erwartungshaltung, dass es im Betrieb Ärger geben könnte ebenfalls. Meist wird kein Antrag vom Patienten gestellt, die durchgeführten RehaMaßnahmen werden im Normalfall schon im Krankenhaus beantragt. Wenn das nicht klappt gibt es meist keine Reha mehr.

Zitat: Die Ablehnungen durch die DRV, insbesondere durch die DRV Bund, sind häufig nicht nachvollziehbar. Die angebliche Kooperation mit Mitgliedern des VdBW ist eher schlecht, was der DRV anzukreiden ist.

Zitat: Bei Ablehnungen entsteht der Eindruck, dass die realen regionalen ambulanten Versorgungsstrukturen völlig unbekannt sind.

Zitat: Die GKV deckelt die Möglichkeit der physikalischen Therapie - die DRV lehnt die med. Reha ab, weil noch ZU WENIG physikal. Therapie ambulant gelaufen ist. Die Wartezeit auf einen Psychotherapieplatz ist lang - die DRV lehnt die med. Reha ab, weil noch ZU WENIG Psychotherapie ambulant gelaufen ist. Da ist ein Fehler im System.

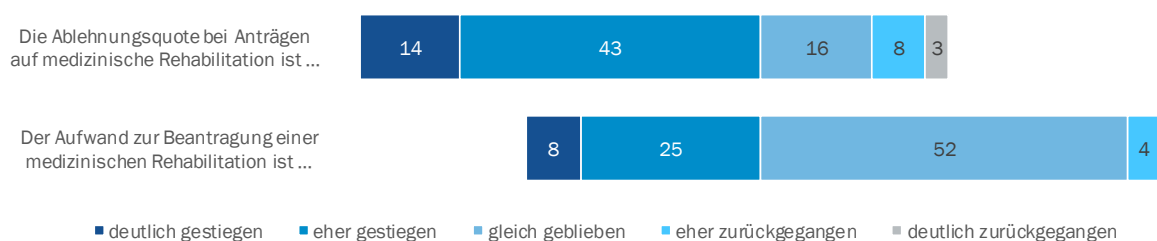
Nach Einschätzung der Mehrheit der befragten Betriebsärztinnen und -ärzte ist die Ablehnungsquote bei Anträgen auf medizinische Rehabilitation der DRV in den letzten 10 Jahren gestiegen (Abbildung 62). Mehr als die Hälfte gibt an, dass die Ablehnungsquote *eher* (43 %) oder *deutlich* gestiegen (14 %) sei. Der Aufwand zur Beantragung ist zwar aus Sicht der meisten Befragten unverändert geblieben, ein Drittel nimmt jedoch eine Zunahme des Aufwands wahr (25 % *eher* gestiegen, 8 % *deutlich* gestiegen).

Zitat: Extrem komplexes Antragsverfahren, über die letzten 10 Jahre (zumindest gefühlt) immer wieder andere Formulare. Das Verfahren müsste erheblich vereinfacht werden, zumindest für die erste Antragstellung, oder eine erheblich höhere Vergütung (mindestens 10x mehr Geld!!!)

Zitat: Zunahme an Ablehnungen in nicht nachvollziehbaren Gründen (Extrembeispiel: z. B. 6 - 12 Mo nach BS-Operation mit erheblichen körperlichen Beschwerden im Berufsleben) sprechen sich unter den MA herum. [...]

Abbildung 62: Zeitliche Veränderung des Antragsverfahrens aus Sicht der Betriebsärztinnen und -ärzte

Frage: Hat sich Ihrer Einschätzung nach in den letzten 10 Jahren das Antragsverfahren bei einer medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung geändert?
(N = 157, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von Betriebsärztinnen und -ärzten

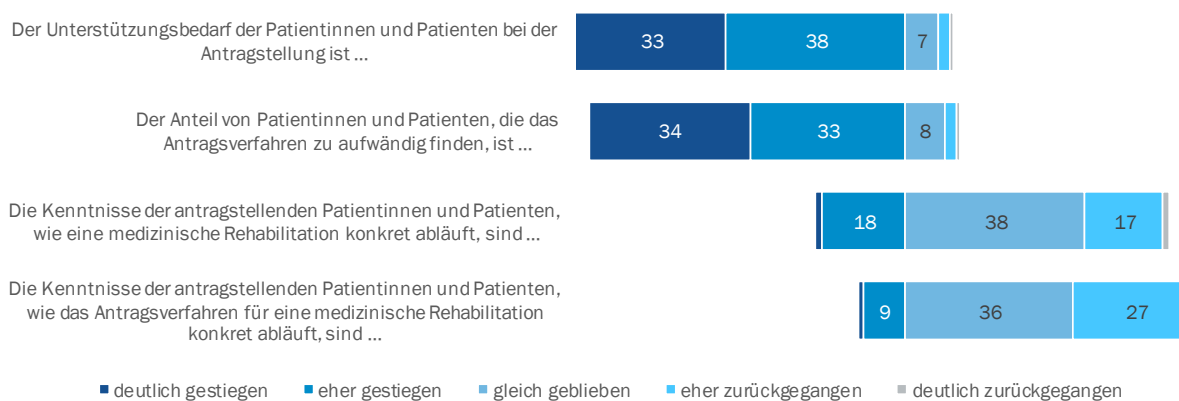
© Prognos AG 2019

Parallel zum von den Betriebsärztinnen und Ärzten empfundenen Anstieg der Ablehnungsquote hat der Unterstützungsbedarf der Patientinnen und Patienten aus Sicht der Befragten zugenommen (Abbildung 63). Rund 70 Prozent der Ärztinnen und Ärzten meinen, dass der Anteil der Patientinnen und Patienten, die das Antragsverfahren zu aufwändig findet, *eher* (33 %) oder *deutlich*

gestiegen (34 %) sei und ein erhöhter Unterstützungsbedarf beim Ausfüllen der Antragsdokumente zu beobachten sei (38 % *eher gestiegen*, 33 % *deutlich gestiegen*). Rund 20 Prozent der befragten Ärztinnen und Ärzte stellen ein zunehmendes Informationsdefizit auf Seiten der Patientinnen und Patienten über den Ablauf einer medizinischen Reha (17 % *eher zurückgegangen*) und insbesondere über das Antragsverfahren fest (27 % *eher zurückgegangen*).

Abbildung 63: Zeitlichen Veränderung der Kenntnisse und des Unterstützungsbedarfs der Patientinnen und Patienten aus Sicht der Betriebsärztinnen und -ärzte

Frage: Haben sich Ihrer Einschätzung nach in den letzten 10 Jahren die Kenntnisse und der Unterstützungsbedarf der Patienten rund um die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung verändert?
(N = 157, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von Betriebsärztinnen und -ärzten

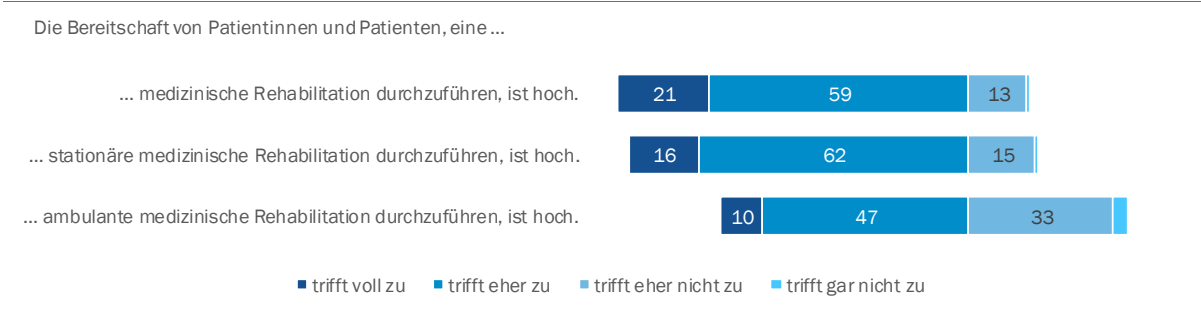
© Prognos AG 2019

Einschätzung der Bereitschaft zur Inanspruchnahme einer Rehabilitation

Die befragten Betriebsärztinnen und -ärzten stellen eine hohe Bereitschaft seitens der Patientinnen und Patienten fest, eine medizinische Rehabilitation der DRV in Anspruch zu nehmen. Insgesamt trifft die Aussage, dass die Bereitschaft von Patientinnen und Patienten, eine stationäre medizinische Rehabilitation durchzuführen, hoch ist, aus Sicht von 78 Prozent der befragten Betriebsärztinnen und Ärzten *eher* oder *voll zu* (Abbildung 64). Die Bereitschaft zur Durchführung einer ambulanten Rehabilitation ist aus Sicht der Befragten vergleichsweise gering (57 %).

Abbildung 64: Bereitschaft zur Durchführung einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Betriebsärztinnen und -ärzte

Frage: Inwiefern treffen die folgenden Aussagen zur Bereitschaft von Versicherten, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung in Anspruch zu nehmen, zu?
(N = 157, Anteile in %)



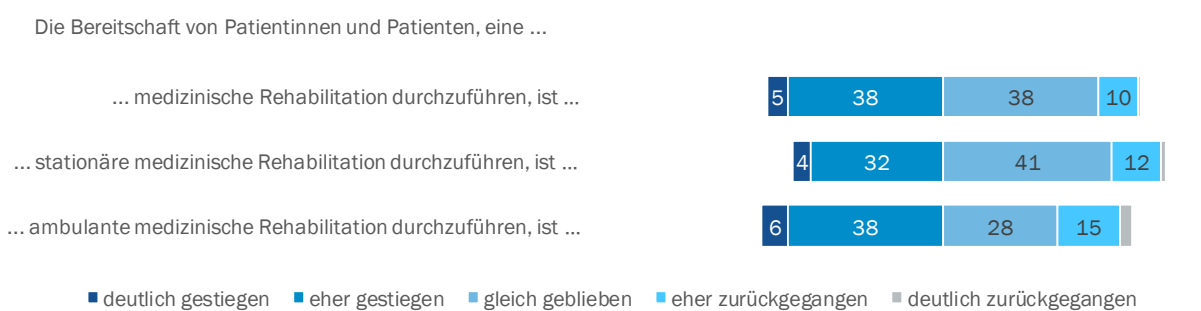
Quelle: Online-Befragung von Betriebsärztinnen und -ärzten

© Prognos AG 2019

Einige befragte Betriebsärztinnen und -ärzte meinen, dass die Bereitschaft zur Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation in den letzten 10 Jahren *eher* (38 %) *oder deutlich gestiegen* (5 %) sei (Abbildung 65). Eine Zunahme der Bereitschaft stellen die Befragten noch etwas stärker in Bezug auf die Durchführung einer ambulanten Rehabilitation (38 % *eher gestiegen*, 6 % *deutlich gestiegen*) im Vergleich zu einer stationären Rehabilitation (32 % *eher gestiegen*, 4 % *deutlich gestiegen*) fest.

Abbildung 65: Zeitliche Veränderung der Bereitschaft zur Durchführung einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Betriebsärztinnen und -ärzte

Frage: Hat sich Ihrer Einschätzung nach in den letzten 10 Jahren die Bereitschaft der Versicherten geändert, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch zu nehmen?
(N = 157, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von Betriebsärztinnen und -ärzten

© Prognos AG 2019

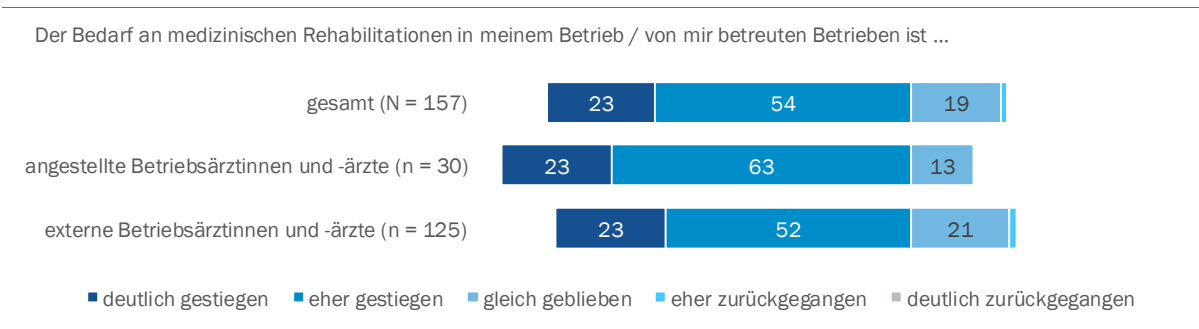
Betriebsärztinnen und -ärzte nehmen eindeutig einen steigenden Bedarf an medizinischer Rehabilitation in von ihnen betreuten Betrieben wahr (Abbildung 66). Nach Einschätzung von 54 Prozent der Betriebsärztinnen und -ärzte ist der Bedarf *eher gestiegen* und ein weiteres Viertel meint, dass der Bedarf *deutlich gestiegen* (23 %) sei.

Der Bedarf an medizinischer Rehabilitation ist höher aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte, die in einem Betrieb angestellt sind. Diese geben zu einem Viertel an, dass der Bedarf *deutlich gestiegen*

und weitere 63 Prozent nehmen an, dass er *eher gestiegen* sei, während dies weniger Ärztinnen und Ärzte angeben, die Betriebe extern betreuen (52 % *eher gestiegen*, 23 % *deutlich gestiegen*).

Abbildung 66: Zeitliche Veränderung des Bedarfs an medizinischer Rehabilitation bei Arbeitnehmerinnen und -nehmern aus Sicht der Betriebsärztinnen und -ärzte

Frage: Hat sich Ihrer Einschätzung nach in den letzten 10 Jahren der Bedarf für medizinische Rehabilitationen in Ihrem Betrieb bzw. den von Ihnen betreuten Betrieben geändert?
(Anteile in %)

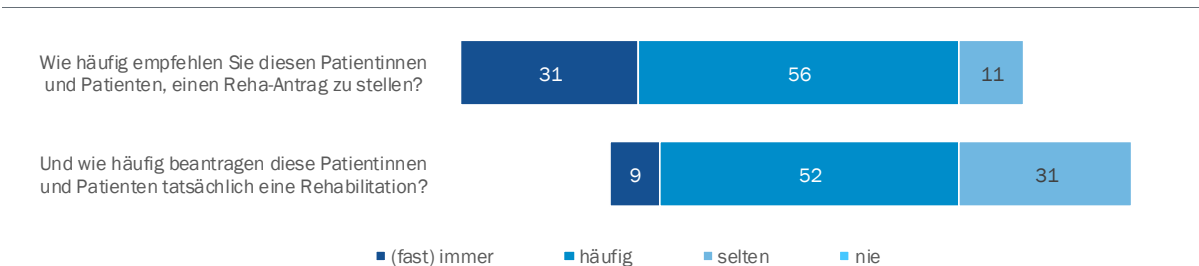


Quelle: Online-Befragung von Betriebsärztinnen und -ärzten © Prognos AG 2019

Wenn die befragten Betriebsärztinnen und -ärzte eine medizinische Rehabilitation der DRV als sinnvoll erachten, empfehlen sie ihren Patientinnen und Patienten in der Regel, einen Antrag zu stellen (87 % *häufig* oder (*fast*) *immer*) und häufig stellen diese dann nach Einschätzung der Befragten auch einen Antrag (61 % *häufig* oder (*fast*) *immer*) (Abbildung 67). Die aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte hohe Ablehnungsquote und geringe Nachvollziehbarkeit abgelehnter Anträge (vgl. Abbildung 61), trägt jedoch dazu bei, dass Ärztinnen und Ärzte trotz festgestellten Rehabilitationsbedarfs, nicht immer eine Antragstellung empfehlen. 11 Prozent der befragten Betriebsärztinnen und -ärzte geben an, Patientinnen und Patienten selten eine Beantragung zu empfehlen.

Abbildung 67: Empfehlungs- und Beantragungshäufigkeit einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Betriebsärztinnen und -ärzte

Frage: Wenn Sie an von Ihnen betreute Patientinnen und Patienten denken, bei denen eine medizinische Rehabilitation bei der Deutschen Rentenversicherung sinnvoll wäre:
(N = 157, Anteile in %)



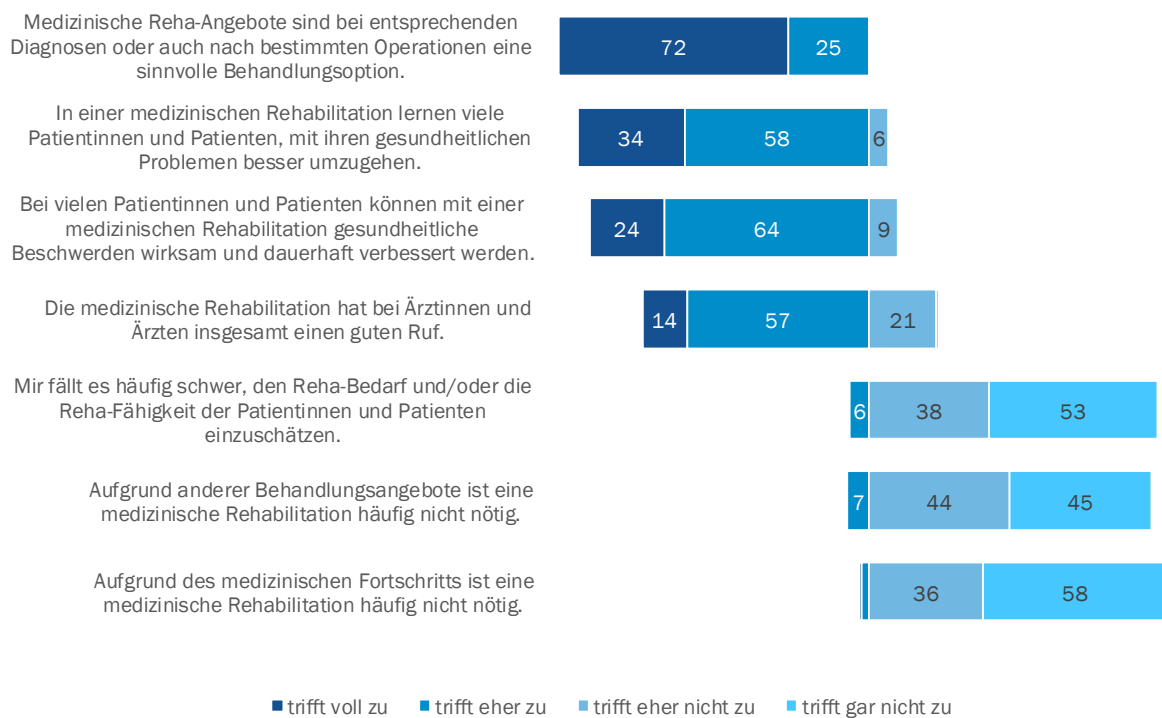
Quelle: Online-Befragung von Betriebsärztinnen und -ärzten © Prognos AG 2019

Einschätzung der Wirksamkeit einer medizinischen Rehabilitation

Bei den befragten Betriebsärztinnen und -ärzten gilt die medizinische Rehabilitation als ein wirksamer Therapieansatz. Alle Befragten sind der Auffassung, dass medizinische Reha-Angebote bei entsprechenden Diagnosen oder nach bestimmten Operationen eine sinnvolle Behandlungsoption seien (97 % *trifft eher zu* oder *trifft voll zu*) (Abbildung 68). Ebenso lernen viele Patientinnen und Patienten nach Einschätzung der Befragten, mit ihren gesundheitlichen Problemen besser umzugehen (92 %) und gesundheitliche Beschwerden können wirksam und dauerhaft verbessert werden (88 %). Etwas weniger Betriebsärztinnen und -ärzte sind der Auffassung, dass die medizinische Rehabilitation in der Ärzteschaft insgesamt einen guten Ruf genieße (71 % *trifft eher zu* oder *trifft voll zu*). Umgekehrt sind knapp ein Viertel der Befragten der Meinung, die medizinische Rehabilitation der DRV habe ein Imageproblem (22 % *trifft eher nicht zu* oder *trifft gar nicht zu*).

Abbildung 68: Wirksamkeit einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Betriebsärztinnen und -ärzte

Frage: Wie schätzen Sie die Wirksamkeit und den Nutzen der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung ein? (N = 157, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von Betriebsärztinnen und -ärzten

© Prognos AG 2019

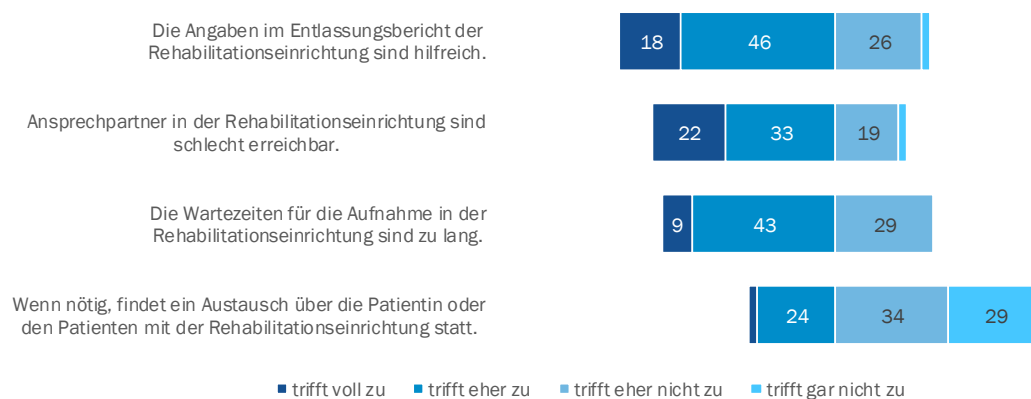
Einschätzung der Zusammenarbeit mit Rehabilitationseinrichtungen

Bezüglich der Zusammenarbeit mit Rehabilitationseinrichtungen beklagen die befragten Betriebsärztinnen und -ärzte insbesondere Kommunikationsdefizite mit den Kliniken, die die Zusammenarbeit erschweren (Abbildung 69). Die befragten Ärztinnen und Ärzte beklagen dabei die

schlechte Ansprechbarkeit von Ansprechpartnerinnen und -partnern in den Rehabilitationseinrichtungen und lediglich rund ein Viertel meint, dass ein nötiger Austausch mit dem Klinikpersonal über die Patientinnen und Patienten stattfindet (24 % trifft eher zu, 3 % trifft voll zu). Gut die Hälfte der Befragten beklagt zudem lange Wartezeiten für die Aufnahme in die Kliniken (43 % trifft eher zu, 9 % trifft voll zu). Die Entlassungsberichte der Einrichtungen werden hingegen positiver bewertet. 64 Prozent der Betriebsärztinnen und -ärzte erachten die Angaben in Entlassungsberichten als hilfreich (46 % trifft eher zu, 18 % trifft voll zu).

Abbildung 69: Zusammenarbeit mit Rehabilitationseinrichtungen aus Sicht der Betriebsärztinnen und -ärzte

Frage: Inwiefern treffen die folgenden Aussagen zur Zusammenarbeit mit Rehabilitationseinrichtungen zu? (N = 157, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von Betriebsärztinnen und -ärzten

© Prognos AG 2019

Aus den offenen Antworten geht hervor, dass Betriebsärztinnen und -ärzte die Qualität von Rehabilitationseinrichtungen und der Behandlung als heterogen wahrnehmen. Die Befragten wünschen sich mehr Informationen zu den einzelnen Einrichtungen. Zudem werden teilweise eingeschränkte Freiheiten bzw. Mitentscheidungsmöglichkeiten bei der Auswahl der Rehabilitationsklinik bemängelt.

Zitat: Die Reha-Einrichtungen sind von sehr unterschiedlicher Qualität; es ist schwierig, die geeignete und auch gute Einrichtung zu finden.

Zitat: Die Qualität der REHA-Einrichtungen ist nicht immer gegeben (eigene Beobachtung während eigener Reha).

Zitat: Die Rehakliniken habe keinen guten Ruf. Es wird von unzureichender Personalausstattung und schlecht Deutsch sprechenden Ärzten berichtet. Reha-Mediziner suchen nur selten Kontakt zu Ihren betriebsärztlichen Kollegen. Bestenfalls hat man Kontakt mit oft unfreundlichen Sozialdienstmitarbeitern, die einem eine Blanko-Zustimmung zu einer stufenweisen Wiedereingliederung abringen möchten. Eine Zusammenarbeit lässt sich nicht lokal etablieren, da die Mitarbeiter in Einrichtungen in ganz Deutschland geschickt werden, statt immer in die gleichen Kliniken in der Nähe.

Zitat: [...] Patienten haben zu wenig Einfluss auf die Auswahl der Reha-Einrichtung.

Einschätzung des Stellenwerts der medizinischen Rehabilitation in Unternehmen

Betriebsärztinnen und -ärzte wurden in der Befragung nach dem Stellenwert der medizinischen Rehabilitation in den von ihnen betreuten Betrieben gefragt (Abbildung 70). Die Befragten konstatieren einen guten Ruf der medizinischen Rehabilitation bei den Beschäftigten insgesamt (80 % *trifft eher zu* oder *trifft voll zu*). Ein schlechteres Image hat die medizinische Rehabilitation aus Sicht der Betriebsärztinnen und -ärzte bei der Betriebs- und Personalleitung (45 %). Dies kann sich darin äußern, dass die Teilnahme an einer medizinischen Rehabilitation von der Leitungsebene im Betrieb nicht aktiv bestärkt wird.

Geringe Unterstützung durch die Betriebs- und Personalleitung nehmen insbesondere Betriebsärztinnen und -ärzte wahr, die Betriebe extern betreuen – und damit vermutlich für kleinere Betriebe tätig sind. 49 Prozent geben an, dass Betriebs- und Personalleitung es alles in allem nicht gern sehen, wenn Beschäftigte an einer medizinischen Rehabilitation teilnehmen (*trifft eher zu* oder *trifft voll zu*). Sind Ärztinnen und Ärzte in einem Betrieb angestellt, stimmen sie dieser Aussage deutlich seltener zu (20 %).

Abbildung 70: Stellenwert der medizinischen Rehabilitation in Unternehmen aus Sicht der Betriebsärztinnen und -ärzte

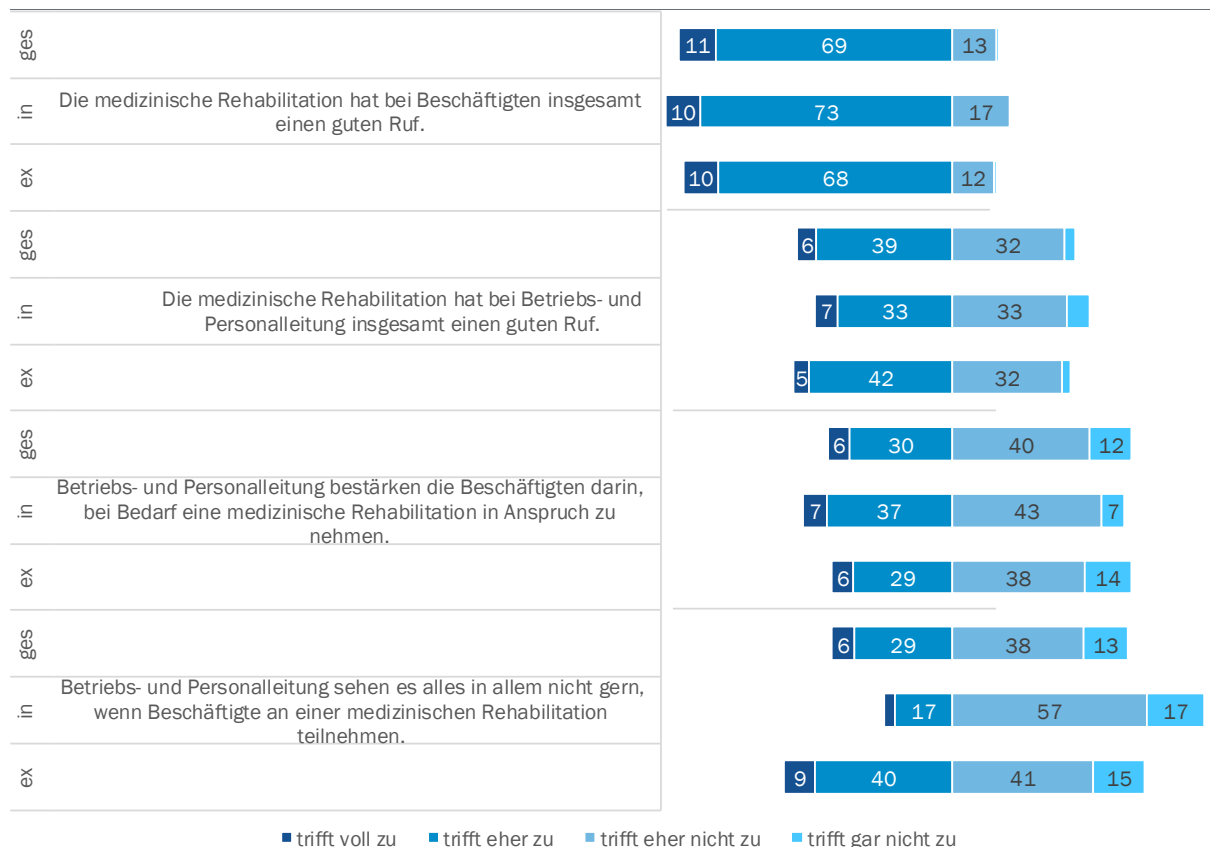
Frage: Inwiefern stimmen Sie den folgenden Aussagen zur Bedeutung der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung in Ihrem Betrieb/in von Ihnen betreuten Betrieben zu?

in: Betriebsärztinnen und -ärzte, die in einem Betrieb angestellt sind (n = 30)

ex: Betriebsärztinnen und -ärzte, die Betriebe extern betreuen (n = 125)

ges: Gesamt (N = 157)

(Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von Betriebsärztinnen und -ärzten

© Prognos AG 2019

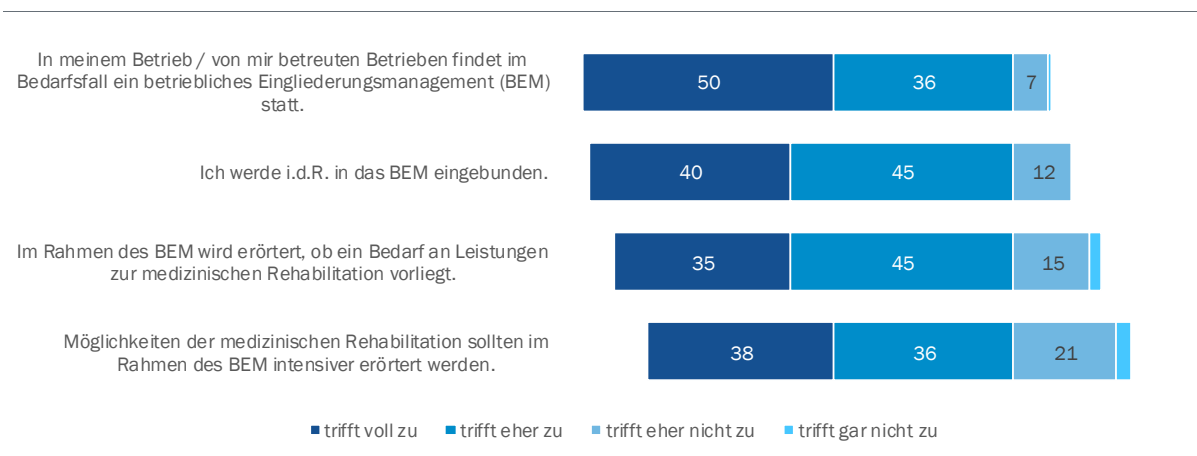
Nach § 167 Absatz 2 SGB IX sind Arbeitgeber verpflichtet, länger erkrankten Beschäftigten ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) anzubieten. Im Rahmen des BEM soll geklärt werden, „wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann“. Dennoch findet nach Einschätzung der befragten Betriebsärztinnen und -ärzte nicht in allen Betrieben im Bedarfsfall ein BEM statt. Acht Prozent der Befragten können nicht behaupten, dass in von ihnen betreuten Betrieben ein BEM stattfindet (Abbildung 71).

Findet ein BEM statt, werden 85 Prozent der befragten Betriebsärztinnen und -ärzte i.d.R. eingebunden und in 80 Prozent der Fälle wird aus Sicht dieser Ärztinnen und Ärzte erörtert, ob Bedarf an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vorliegt (*trifft eher zu* oder *trifft voll zu*). Jedoch sind drei Viertel der Meinung, dass Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation im Rahmen des BEM intensiver erörtert werden sollten (74 % *trifft eher zu* oder *trifft voll zu*).

Betriebsärztinnen und -ärzte, die in einem Betrieb angestellt sind, geben zu einem größeren Anteil an, dass ein BEM im Bedarfsfall stattfindet (97 % *trifft eher zu* oder *trifft voll zu*) als Betriebsärztinnen und -ärzte, die Betriebe extern betreuen (85 %). Ebenso geben in Betrieben angestellte Ärztinnen und Ärzte häufiger an, dass im Rahmen des BEM der Bedarf an medizinischer Rehabilitation erörtert wird (90 %) und geben umgekehrt seltener an, dass Möglichkeiten der Rehabilitation intensiver erörtert werden müssten (55 %) als externe Betriebsärztinnen und -ärzte (77 % bzw. 79 %) (ohne Abbildung).

Abbildung 71: Betriebliches Eingliederungsmanagements in den Unternehmen der Betriebsärztinnen und -ärzte

Frage: Inwiefern stimmen Sie den folgenden Aussagen zur Bedeutung der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung in Ihrem Betrieb/in von Ihnen betreuten Betrieben zu?
(N = 157, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von Betriebsärztinnen und -ärzten

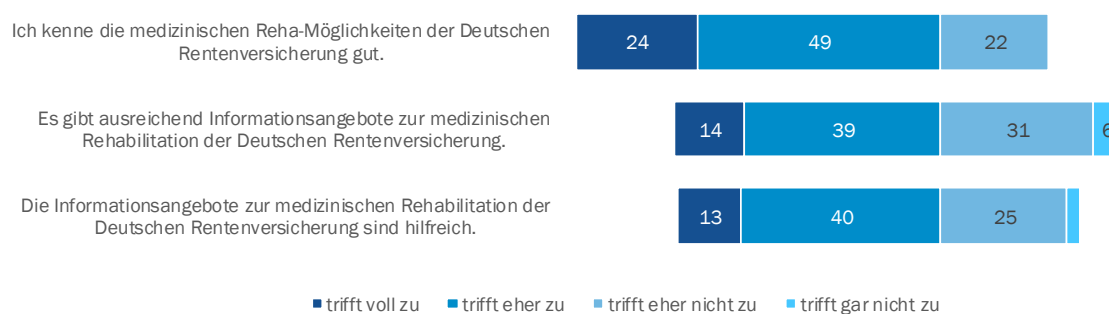
© Prognos AG 2019

Informiertheit von Betriebsärztinnen und -ärzten über medizinische Rehabilitationsangebote

Knapp drei Viertel der Befragten gibt an, die medizinischen Reha-Möglichkeiten der Deutschen Rentenversicherung gut zu kennen (73 % *trifft eher zu* oder *trifft voll zu*) (Abbildung 72). Dennoch meinen rund 30 bis 40 Prozent der befragten Betriebsärztinnen und -ärzte, dass die Informationsangebote nicht ausreichend oder nicht hilfreich seien (*trifft eher nicht zu* oder *trifft gar nicht zu*).

Abbildung 72: Allgemeine Informiertheit der Betriebsärztinnen und -ärzte über medizinische Rehabilitation

Frage: Inwiefern treffen die folgenden Aussagen zu Ihrem Kenntnisstand über medizinische Reha-Möglichkeiten und Informationsangebote der Deutschen Rentenversicherung zu?
(N = 157, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von Betriebsärztinnen und -ärzten

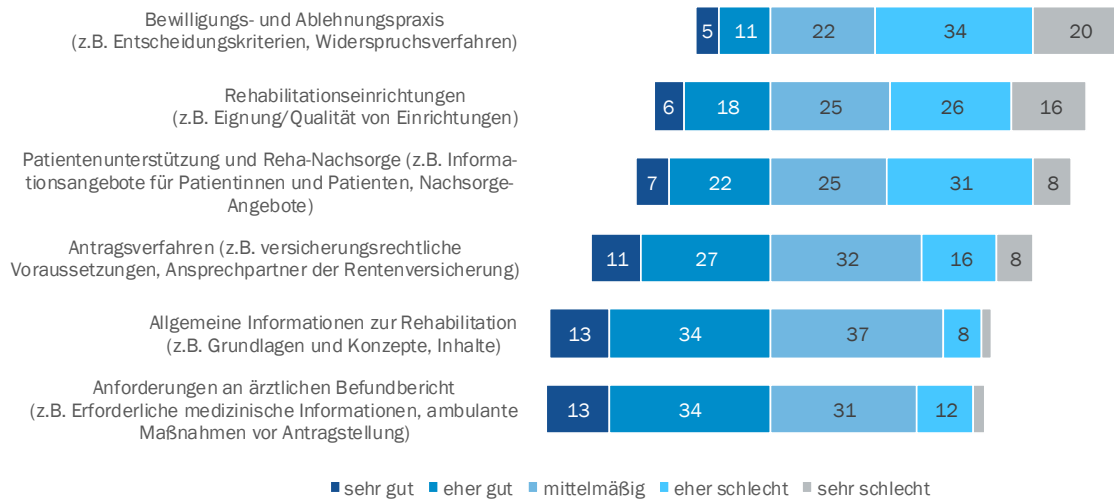
© Prognos AG 2019

Informationsbedarf sehen die befragten Betriebsärztinnen und -ärzte insbesondere in Bezug auf Entscheidungskriterien bei der Bewilligung und Ablehnung von Anträgen. Hier fühlen sich 22 Prozent der Befragten *mittelmäßig* und über die Hälfte (54 %) *eher schlecht* oder *sehr schlecht* informiert (Abbildung 73). Ebenfalls fehlt es aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte an Informationen über Rehabilitationseinrichtungen. Lediglich rund ein Viertel fühlt sich diesbezüglich *sehr gut* (6 %) oder *eher gut* (18 %) informiert und wünscht sich vor allem vergleichende Bewertungen der Einrichtungen und Informationen, welche Kliniken für bestimmte Indikationen geeignet sind. Besser fühlen sich die befragten Ärztinnen und Ärzte über Anforderungen an den ärztlichen Befundbericht informiert (13 % *sehr gut*, 34 % *eher gut*), aber auch hier besteht bei knapp der Hälfte der Betriebsärztinnen und -ärzte (46 %) nach eigener Einschätzung ein Informationsdefizit (*mittelmäßig* bis *sehr schlecht*).

Abbildung 73: Informiertheit der Betriebsärztinnen und -ärzte über verschiedene Aspekte der medizinischen Rehabilitation

Frage: Wie gut fühlen Sie sich über die folgenden Aspekte einer medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung informiert?

(N = 157, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von Betriebsärztinnen und -ärzten

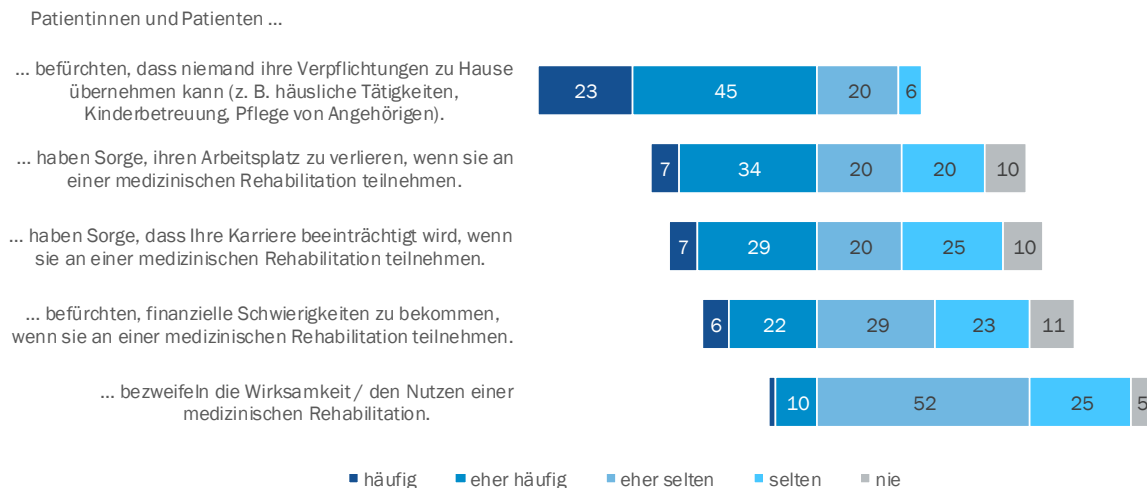
© Prognos AG 2019

Einschätzung beruflicher und privater Barrieren der Inanspruchnahme Rehabilitation

Als private Gründe, dass Patientinnen und Patienten keine medizinische Rehabilitation in Anspruch nehmen, kommen aus Sicht der befragten Betriebsärztinnen und -ärzte insbesondere organisatorische Barrieren im familiären Umfeld in Betracht. 68 Prozent geben an, dass Patientinnen und Patienten *eher häufig* oder *häufig* befürchten würden, dass niemand ihre Verpflichtungen zu Hause übernehmen kann (Abbildung 74). Arbeitsplatzbezogene Gründe können aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte auch eine Rolle spielen. Die Befürchtung einer finanziellen Belastung und die Sorge um den Arbeitsplatz können aus Sicht der Befragten dazu führen, dass sich Patientinnen und Patienten nicht auf eine medizinische Rehabilitation einlassen. Als Gründe werden diese Punkte aber seltener genannt.

Abbildung 74: Berufliche und private Barrieren der Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Betriebsärztinnen und -ärzte

Frage: Wenn Patientinnen und Patienten Vorbehalte oder Gründe gegen die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung äußern, wie häufig werden die folgenden Vorbehalte oder Gründe genannt? (N = 157, Anteile in %)



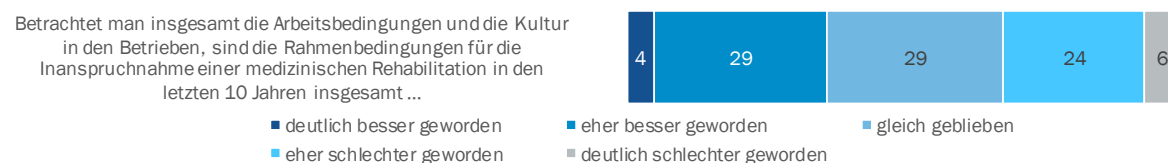
Quelle: Online-Befragung von Betriebsärztinnen und -ärzten

© Prognos AG 2019

Ob sich die arbeitsbezogenen Rahmenbedingungen für die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation in den letzten Jahren verändert haben, beantworten die befragten Betriebsärztinnen und -ärzte unterschiedlich (Abbildung 75). Jede/r Dritte stellt eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Kultur in den Betrieben fest, weitere 30 Prozent sehen eine Verschlechterung und ebenfalls rund 30 Prozent nehmen keine Veränderung wahr.

Abbildung 75: Arbeitsbezogene Rahmenbedingungen aus Sicht der Betriebsärztinnen und -ärzte

(N = 157, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von Betriebsärztinnen und -ärzten

© Prognos AG 2019

Persönliche sowie arbeitsplatzbezogene Gründe, die gegen die Beantragung und Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation sprechen könnten, erläutern die befragten Ärztinnen und Ärzte wie folgt:

Zitat: Ein Problem sind Zuzahlungen, welche die Menschen abschrecken. Dann teilweise Verpflichtungen zu Hause, z. B. die Pflege Angehöriger. Die DRV sollte Motivationsprogramme entwickeln, damit Beschäftigte es interessant finden zur Reha zu gehen. Z. B. Prämien, wenn man nach einer Reha weniger AU-Zeiten hatte oder wenn nach einer Reha das

Körpergewicht nachhaltig gesenkt werden konnte oder wenn nach einer Reha nachhaltig körperliche Aktivität nachweisbar war. Die Prämien könnten z. B. aus der vorzeitigen Bewilligung einer erneuten Reha bestehen. Darüber hinaus freut sich manch einer, wenn z. B. höhenverstellbare Schreibtische wieder via LTA zu beantragen wären. Hier zu sparen war ein Fehler.

Zitat: Im Wesentlichen ist Bürokratieaufwand und Barrieren, wie fehlende häusliche Unterstützung (Angehörigenversorgung, kulturelle Zugangsbarrieren und Haustierversorgung insbesondere Hund) problematisch. Kenntnisse fehlen und Erwartungshaltung ist mäßig. Der Aufwand für ambulante Angebote (Fahrwege) wird im Vergleich zum erwarteten Effekt vom Patienten vielmals für zu hoch erachtet)

4.5 Befragung von Betriebsräten

Zentrale Ergebnisse der Befragung von Betriebsräten

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass die befragten Betriebsratsmitglieder von einer hohen Wirksamkeit medizinischer Rehabilitationsleistungen ausgehen. Nach ihrem Eindruck besteht bei ihren Kolleginnen und Kollegen grundsätzlich eine große Bereitschaft zur Durchführung einer Rehabilitation. Aus Sicht der Befragten ist die Bereitschaft der Beschäftigten zur Teilnahme an einer ambulanten Rehabilitation etwas höher als bei einer stationären Rehabilitation.

In den Unternehmen wird ein hoher und steigender Rehabilitationsbedarf wahrgenommen. Je größer das Unternehmen, in dem die Befragten tätig sind, desto höher wird der Bedarf an medizinischer Rehabilitation eingeschätzt. Jedoch wird von einem Großteil der befragten Betriebsräte ein Missverhältnis zwischen dem Bedarf und der tatsächlichen Inanspruchnahmehäufigkeit festgestellt.

Der Aufwand beim Antragsverfahren und die Ablehnungspraxis werden von den Betriebsräten als zentrale Barrieren identifiziert. Die Betriebsratsmitglieder haben den Eindruck, dass viele Beschäftigte die Beantragung einer medizinischen Rehabilitation bei der DRV als zu aufwändig empfinden und nehmen an, dass das Meinungsbild der Beschäftigten von einer als hoch empfundenen Ablehnungsquote geprägt ist.

Auffällig ist zudem, dass in einem Großteil der Unternehmen keinerlei Information der Beschäftigten zur medizinischen Rehabilitation erfolgt. Die Betriebsräte fühlen sich selbst unzureichend über die Rehabilitationsmöglichkeiten der DRV informiert, beklagen ein Informationsdefizit und wünschen sich mehr spezialisierte Informationen, um ihre Kolleginnen und Kollegen entsprechend informieren und beraten zu können.

Betriebsräte stellen zudem einen eingeschränkten Stellenwert der medizinischen Rehabilitation in ihren Betrieben fest. Insgesamt wird der Stellenwert der medizinischen Rehabilitation in Unternehmen unterschiedlicher Größe ähnlich eingeschätzt, in größeren Unternehmen gehen die Befragten jedoch von einer stärkeren Befürwortung und Unterstützung durch Betriebs- und Personalleitung aus.

Auch private Gründe und arbeitsplatzbezogene Rahmenbedingungen können die Antragsintention aus Sicht der Betriebsräte für einen Teil der Beschäftigten entscheidend beeinflussen. Insbesondere häusliche oder familiäre Verpflichtungen und befürchtete finanzielle Schwierigkeiten können dazu führen, dass Beschäftigte von einer Antragstellung absehen. Unter Beschäftigten mit Leitungs- oder Führungsfunktion spielt aus Sicht der Betriebsräte noch stärker die Sorge um die Karriere eine Rolle.

Methodik³⁶ und Rücklauf

Die Befragung von Betriebsräten wurde als Online-Befragungen umgesetzt und startete Anfang Mai 2019. Die angeschriebenen Betriebsräte bzw. Betriebe/Unternehmen hatten Gelegenheit, innerhalb von ca. fünf Wochen an der Befragung teilzunehmen (Befragungszeitraum: 07.05. - 07.06.2019).

Die E-Mail-Adressen setzten sich zum einen aus einer Stichprobe eines kommerziellen Adressbrokers (502 Adressen), zum anderen aus Informationen aus einer großen Datenbank für Unternehmensdaten (DAFNE³⁷) zusammen. Aus der DAFNE Datenbank wurden insgesamt 7.507 Unternehmen mit einer Beschäftigtenzahl von mindestens 200 Mitarbeitenden ausgewählt. E-Mail-Adressen zu den ausgewählten Unternehmen waren in der Datenbank nicht enthalten, nur die Adresse der Website (und damit die Domain). Die eingekauften Adressen der 502 Unternehmen haben gezeigt, dass ein Großteil der Unternehmensadressen den Lokalteil „info@“ beinhaltet. Um den Verteiler für die Befragung zu erweitern wurden für die 7.507 Unternehmen aus der Datenbank E-Mail-Adressen mit diesem Lokalteil kreiert.

Die angeschriebenen Betriebe/Unternehmen wurden im Anschreiben gebeten, den ihnen zugesandten Link zur Online-Befragung an ihren Betriebsrat weiterzuleiten, idealerweise an ein Mitglied, welches sich mit dem Thema Gesundheitsförderung im Unternehmen beschäftigt.

Für die Befragung von Betriebsräten standen insgesamt 8.009 E-Mail-Adressen zur Verfügung. Bei 2.053 dieser 8.009 E-Mail-Adressen konnte die Einladung zur Online-Befragung aufgrund einer veralteten oder fehlerhaften E-Mail-Adresse nicht zugestellt werden. Demnach wurden letztendlich 5.956 Betriebe/Unternehmen angeschrieben. Die Rücklaufquote lag bei 6,8 Prozent (Tabelle 11). Damit lagen insgesamt 407 Antworten vor.

Tabelle 11: Rücklauf bei der Befragung von Betriebsräten

Bruttostichprobe Anzahl	unzustellbare E-Mails Anzahl	Nettostichprobe Anzahl	Rücklauf Anzahl	Rücklaufquote bezogen auf Nettostichprobe
8.009	2.053	5.956	407	6,8 %

Quelle: Online-Befragung von Betriebsräten

© Prognos AG 2019

³⁶ Bei einigen der folgenden Abbildungen ist zu beachten, dass die Prozentangaben mitunter in der Summe nicht 100 Prozent ergeben, da sie gerundet wurden und der Anteil der Antwortkategorien *keine Einschätzung möglich/weiß nicht* und von fehlenden Angaben nicht mit abgebildet sind.

³⁷ Die DAFNE-Datenbank beinhaltet Unternehmensdaten zu deutschen Unternehmen und wird vom Bureau van Dijk angeboten: <https://www.bvdinfo.com/de-de/unsere-losungen/daten/nach-landern/dafne>

4.5.2 Beschreibung der Stichprobe

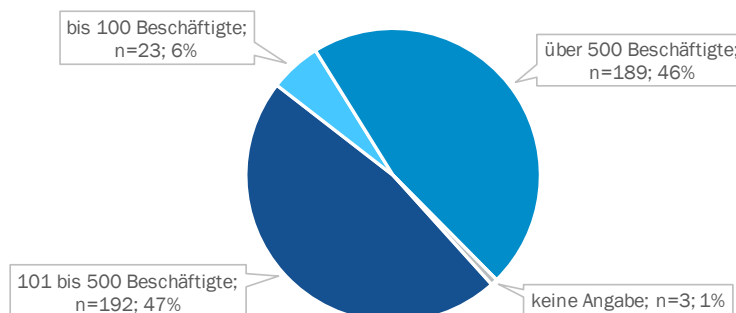
Im Durchschnitt sind die antwortenden Betriebsratsmitglieder seit 25 Jahren in ihrem Betrieb/Unternehmen tätig. 89 Prozent der Antwortenden sind seit mindestens 10 Jahren und 68 Prozent seit mindestens 20 Jahren in Ihrem Betrieb/Unternehmen tätig.

71 Prozent der antwortenden Betriebsratsmitglieder geben an, dass Sie selbst und/oder andere Betriebsratsmitglieder nach § 38 BetrVG für die Wahrnehmung von Betriebsratsaufgaben freigestellt sind.

Größe der Betriebe/Unternehmen

Die befragten Betriebsräte vertreten die Interessen von Beschäftigten in Betrieben/Unternehmen mit größtenteils 101 bis 500 (47 %) und über 500 Beschäftigten (46 %) (Abbildung 76). Sechs Prozent der befragten Betriebsräte sind in Betrieben/Unternehmen mit bis zu 100 Beschäftigten tätig.

Abbildung 76: Befragte Betriebe/Unternehmen nach Beschäftigtengrößenklassen

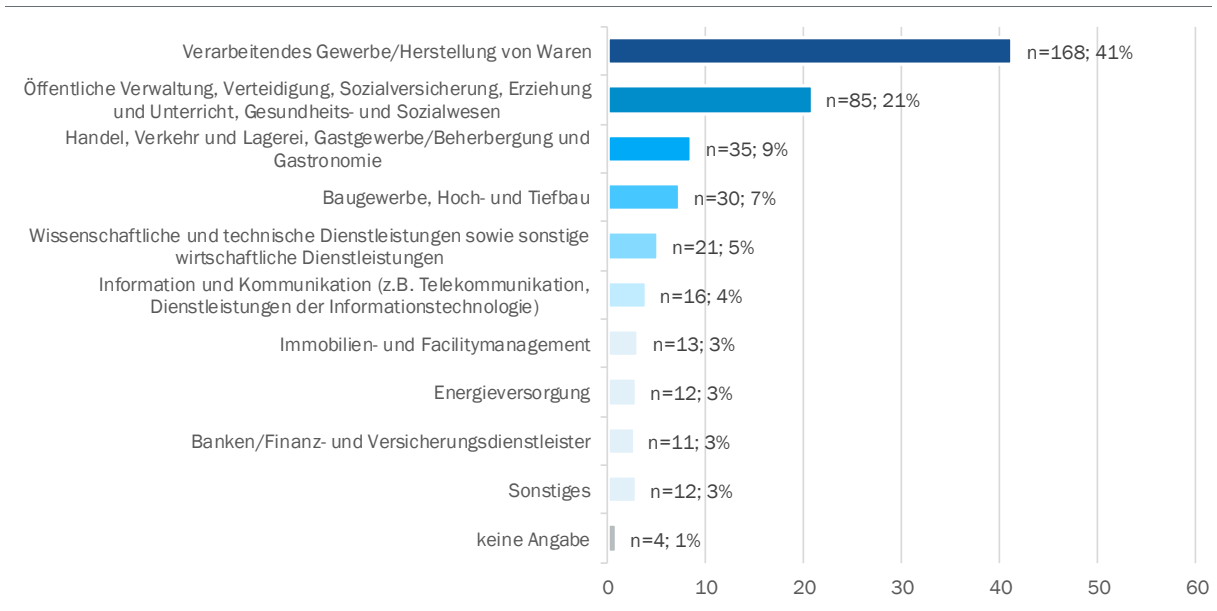


Quelle: Online-Befragung von Betriebsräten

© Prognos AG 2019

Branche der Unternehmen

Die Betriebsräte wurden gebeten, ihr Unternehmen einer Branche/einem Wirtschaftszweig zuzuordnen (Abbildung 77). Die meisten befragten Betriebsräte sind in Unternehmen aus der Branche „Verarbeitendes Gewerbe/Herstellung von Waren“ aktiv (41 %). Unternehmen aus der Branche „Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung, Erziehung und Unterricht, Gesundheits- und Sozialwesen“ sind zu 21 Prozent in der Stichprobe vertreten. „Handel, Verkehr und Lagerei, Gastgewerbe/Beherbergung und Gastronomie“ ist zu neun Prozent, das „Baugewerbe, Hoch- und Tiefbau“ zu sieben Prozent vertreten und fünf Prozent der antwortenden Betriebsräte sind in Unternehmen aus der Branche „Wissenschaftliche und technische Dienstleistungen sowie sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen“ aktiv. Weitere Branchen sind zu jeweils rund drei Prozent in der Stichprobe vertreten.

Abbildung 77: Befragte Betriebe/Unternehmen nach Beschäftigtengrößenklassen

Quelle: Online-Befragung von Betriebsräten

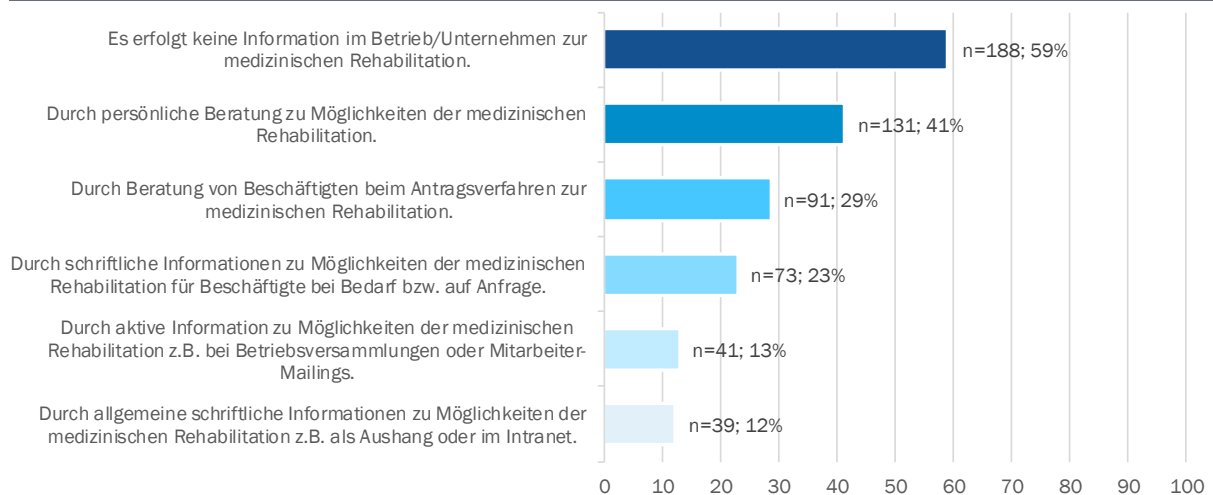
© Prognos AG 2019

Tätigkeiten der Betriebsräte im Zusammenhang mit medizinischer Rehabilitation

Die Betriebsratsmitglieder wurden gefragt, inwiefern Beschäftigte in ihrem Betrieb/Unternehmen zur medizinischen Rehabilitation informiert oder beraten werden. Wenn eine Information oder Beratung erfolgt, dann werden Beschäftigte häufig persönlich zum Antragsverfahren beraten: 41 Prozent geben an, dass Beschäftigte persönlich zu Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation beraten werden. Inhalt der Beratungsgespräche ist das Antragsverfahren (29 %). In rund einem Viertel der Betriebe/Unternehmen (23 %) erfolgt eine schriftliche Information bei Bedarf bzw. auf Anfrage. In Betriebsversammlungen oder Mitarbeiter-Mailings finden Informationen zu Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation seltener Erwähnung (13 %). Die meisten Betriebsräte (59 %) geben jedoch an, dass keine Information der Beschäftigten zur medizinischen Rehabilitation erfolgt (Abbildung 78). Dies gilt insbesondere für Betriebsräte in kleineren Betrieben/Unternehmen (bis 100 Beschäftigte) und Unternehmen zwischen 101 bis 500 Beschäftigten, die zu 70 Prozent bzw. 52 Prozent angeben, keine Informationen zur medizinischen Rehabilitation für Beschäftigte vorzuhalten, während dies für 38 Prozent der größeren Betriebe/Unternehmen zutrifft (über 500 Beschäftigte (ohne Abbildung)).

Abbildung 78: Information der Beschäftigten zur medizinischen Rehabilitation

Frage: Werden Beschäftigte in Ihrem Betrieb/Unternehmen zur medizinischen Rehabilitation durch den Betriebsrat und/oder Personalverantwortliche oder Betriebsärztinnen/-ärzte informiert oder beraten?
(N = 407, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von Betriebsräten

© Prognos AG 2019

* Mehrfachnennungen waren möglich. Anteil bezogen auf Anzahl der Antwortenden insgesamt (N=407).

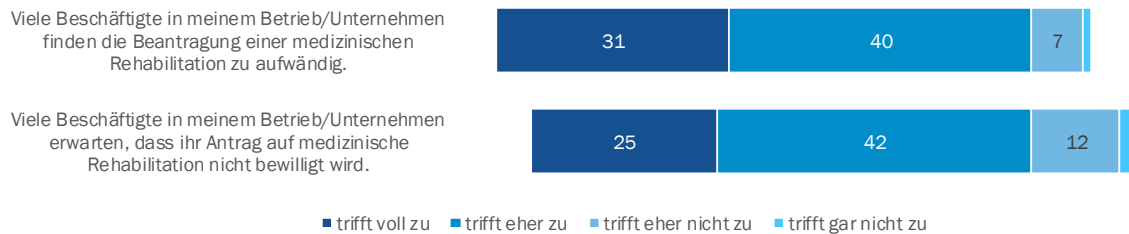
4.5.3 Ergebnisse der Befragung von Betriebsräten

Einschätzung des Antragsverfahrens und der Bewilligungs- und Ablehnungspraxis

Der von Versicherten empfundene Aufwand zur Beantragung einer medizinischen Rehabilitation kann einen entscheidenden Einfluss auf die Bereitschaft zur Antragstellung ausüben. Nach Einschätzung der befragten Betriebsräte empfinden viele Beschäftigte die Beantragung einer medizinischen Rehabilitation bei der DRV als zu aufwändig (Abbildung 79). 71 Prozent meinen, dass diese Aussage *eher* (40 %) oder *voll zutrifft* (31 %) und rund zwei Drittel der Befragten gehen von einer negativen Erwartungshaltung der Beschäftigten bezüglich des Antragsbescheids aus und meinen, dass viele Beschäftigte erwarten würden, dass ihr Antrag auf medizinische Rehabilitation nicht bewilligt wird (42 % *trifft eher zu*, 25 % *trifft voll zu*).

Abbildung 79: Das Antragsverfahren und Erfolgchancen auf Bewilligung aus Sicht der Betriebsräte

Frage: Inwiefern treffen die folgenden Aussagen zum Beantragen einer medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung und zu Erfolgchancen (also Bewilligung bzw. Ablehnung) der Anträge zu? (N = 407, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von Betriebsräten

© Prognos AG 2019

In den Antworten auf eine offene Frage am Ende des Fragebogens nach Gründen, die gegen die Stellung eines Antrags zur medizinischen Rehabilitation bei der DRV sprechen können, formulieren die Betriebsratsmitglieder ihre Einschätzung des Antragsverfahrens folgendermaßen:

Zitat: Antragstellung zu aufwendig! Warum nicht online?

Zitat: Die Anträge sind zu kompliziert aufgebaut. Die Kollegen verzichten auf ihre Möglichkeiten (Leistung der Teilhabe), weil nicht nachvollziehbar ist, warum wegen z. B. Einlagen in Arbeitsschuhen, der komplette berufliche Lebenslauf aufgeschrieben werden muss. Oder wenn sich geweigert wird ein Hörgerät zu bezahlen, nur weil es ein spezielles Hörgerät ist.

Zitat: Die Mitarbeiter scheuen sich vor der Komplexität der Antragsformulare, deshalb gibt es häufig nach dem BEM einen gesonderten Termin, wo ich die Anträge zusammen mit dem Mitarbeiter ausfülle. [...]

Zudem verweisen die befragten Betriebsratsmitglieder in ihren offenen Angaben häufig auf die Befürchtung der Beschäftigten, dass ein Antrag abgelehnt wird:

Zitat: Konkretes Beispiel: Kollegin [...] hat Antrag gestellt und obwohl die Behinderungsgrad 50 hat und viele andere Sachen die dafür sprechen, wurde Antrag nicht bewilligt. Wenn das richtig ist, dann sage ich, man muss halb Tod sein um Bewilligung zu bekommen.

Zitat: Ich führe dies auf die vielen Ablehnungsbescheide der DRV Bund zurück. Die Menschen haben den Eindruck „ich kriege sowieso keine Reha-Maßnahme bewilligt“.... Dies zeigt die Erfahrung aus dem BEM-Verfahren und als Vertrauensleute der schwerbehinderten Menschen.

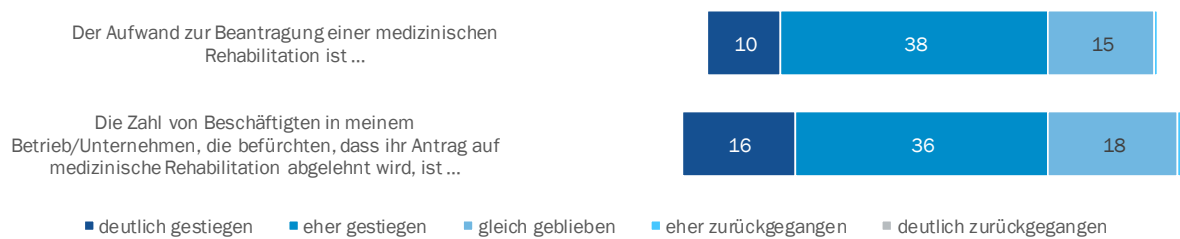
Zitat: Das Wissen, das gestellte Anträge erst mal grundsätzlich abgelehnt werden. Das Wissen resultiert aus Gesprächen mit Kollegen die in gleicher Lage waren.

Nach eigener Aussage nehmen die Betriebsräte in den letzten Jahren eine steigende Zahl von Beschäftigten wahr, die befürchten, dass ihr Antrag abgelehnt wird (52 % *eher* oder *deutlich gestiegen*) (Abbildung 80). Auch was den Aufwand zur Beantragung einer medizinischen Rehabilitation angeht, nehmen viele befragte Betriebsratsmitglieder eine Veränderung wahr. Aus Sicht von 38 Prozent ist der Aufwand *eher gestiegen* und für weitere zehn Prozent ist er *deutlich gestiegen*.

Abbildung 80: Zeitliche Veränderung des Antragsverfahrens aus Sicht der Betriebsräte

Frage: Haben sich Ihrer Einschätzung nach in den letzten 10 Jahren das Antragsverfahren und die Einstellungen der Antragstellenden geändert?

(N = 407, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von Betriebsräten

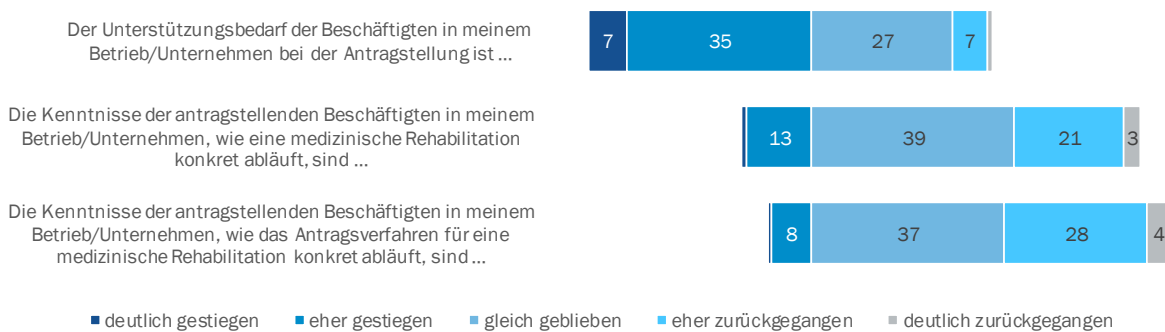
© Prognos AG 2019

Parallel zum von den Betriebsräten empfundenen Anstieg der Ablehnungsquote hat der Unterstützungsbedarf der Beschäftigten aus Sicht von einigen Befragten zugenommen (Abbildung 81). Der Unterstützungsbedarf bei der Antragstellung ist aus Sicht von 35 Prozent *eher* und aus Sicht von sieben Prozent *deutlich gestiegen*. Ein zunehmendes Informationsdefizit auf Seiten der Beschäftigten über den Ablauf einer medizinischen Reha oder über das Antragsverfahren können die meisten Befragten eher nicht feststellen. Gut 30 Prozent gehen aber auch davon aus, dass die Kenntnisse der Beschäftigten, wie das Antragsverfahren konkret abläuft, *eher* (28 %) oder *deutlich zurückgegangen* (4 %) sind.

Abbildung 81: Zeitliche Veränderung der Kenntnisse und des Unterstützungsbedarfs der Beschäftigten aus Sicht der Betriebsräte

Frage: Haben sich Ihrer Einschätzung nach in den letzten 10 Jahren die Kenntnisse und der Unterstützungsbedarf der Patienten rund um die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung verändert?

(N = 407, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von Betriebsräten

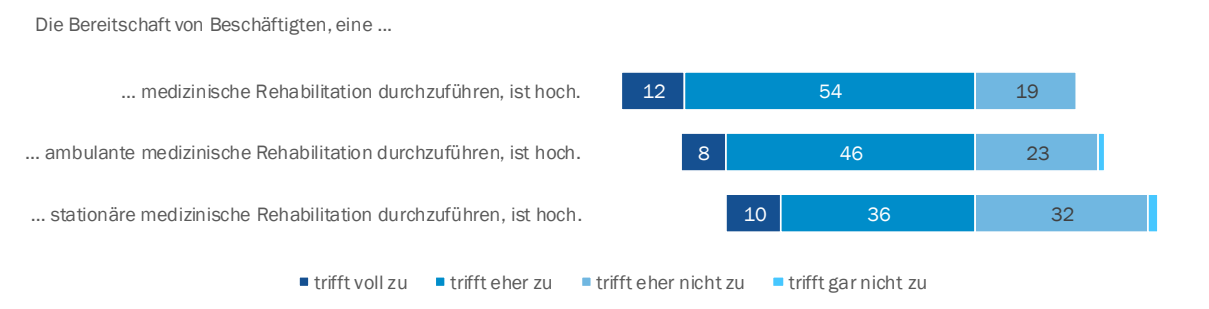
© Prognos AG 2019

Einschätzung der Bereitschaft zur Inanspruchnahme einer Rehabilitation

Ungeachtet möglicher Barrieren bei der Antragstellung stellen die meisten befragten Betriebsratsmitglieder eine hohe Bereitschaft seitens ihrer Kolleginnen und Kollegen fest, eine medizinische Rehabilitation der DRV in Anspruch zu nehmen (Abbildung 82). So geben zwei Drittel der Befragten an, dass die Bereitschaft hoch sei (66 % *trifft eher zu* oder *trifft voll zu*). Aus Sicht der Befragten ist die Bereitschaft der Beschäftigten zur Teilnahme an einer ambulanten Rehabilitation (54 % *trifft eher zu* oder *trifft voll zu*) etwas höher als bei einer stationären Rehabilitation (46 % *trifft eher zu* oder *trifft voll zu*).

Abbildung 82: Bereitschaft zur Durchführung einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Betriebsräte

Frage: Inwiefern treffen die folgenden Aussagen zur Bereitschaft von Beschäftigten in Ihrem Betrieb/Unternehmen, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung in Anspruch zu nehmen, zu? (N = 407, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von Betriebsräten

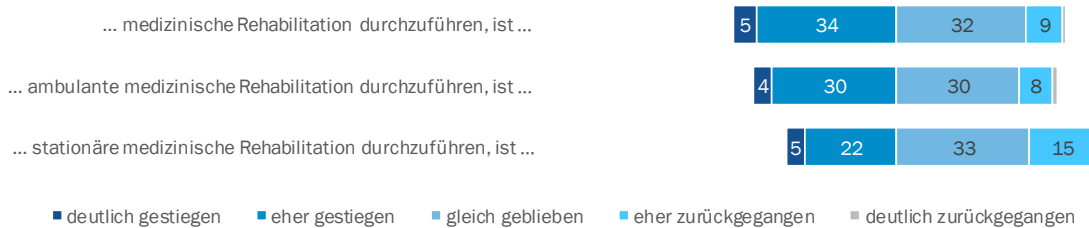
© Prognos AG 2019

Ob sich die Teilnahmebereitschaft in den letzten zehn Jahren geändert hat, beantworten die befragten Betriebsräte unterschiedlich (Abbildung 83). Ein Drittel der Betriebsräte nimmt keine Veränderung wahr. Ein weiteres Drittel geht von einer leichten Zunahme aus (34 % *eher gestiegen*), während fünf Prozent von einem *deutlichen* Anstieg ausgehen und jeder Zehnte/jede Zehnte meint (9 %), dass die Bereitschaft *eher zurückgegangen* ist. Eine Zunahme der Bereitschaft stellen die Befragten etwas stärker in Bezug auf die Durchführung einer ambulanten Rehabilitation (34 % *eher oder deutlich gestiegen*) im Vergleich zu einer stationären Rehabilitation (27 %) fest.

Abbildung 83: Zeitliche Veränderung der Bereitschaft zur Durchführung einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Betriebsräte

Frage: Hat sich Ihrer Einschätzung nach in den letzten 10 Jahren die Bereitschaft der Beschäftigten geändert, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch zu nehmen?
(N = 407, Anteile in %)

Die Bereitschaft von Beschäftigten, eine ...



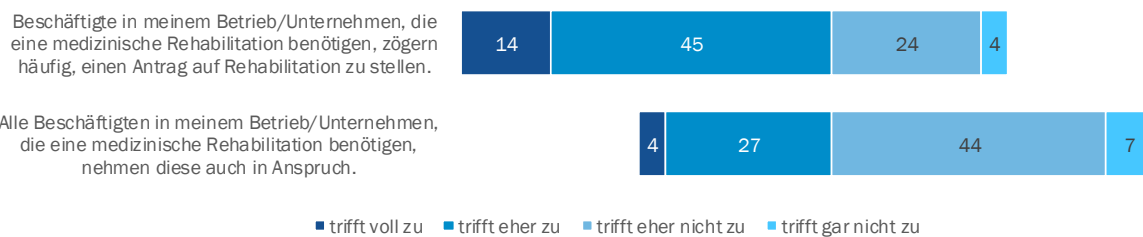
Quelle: Online-Befragung von Betriebsräten

© Prognos AG 2019

Abbildung 84 zeigt, dass von den Betriebsräten ein Missverhältnis zwischen dem Bedarf an medizinischer Rehabilitation und der Inanspruchnahme in ihren Betrieben/Unternehmen wahrgenommen wird. Ein Großteil der Befragten stellt fest, dass nicht alle Beschäftigten, die eine Rehabilitation benötigen, diese auch in Anspruch nehmen (51 % *trifft eher nicht zu* oder *trifft gar nicht zu*). Umgekehrt meinen 59 Prozent der Befragten, dass Beschäftigte trotz Rehabilitationsbedarf häufig zögern, einen Antrag zu stellen (*trifft eher zu* oder *trifft voll zu*).

Abbildung 84: Antrags- bzw. Inanspruchnahmehäufigkeit einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Betriebsräte

Frage: Inwiefern stimmen Sie den folgenden Aussagen zur bedarfsgerechten Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationen in Ihrem Betrieb/Unternehmen zu?
(N = 407, Anteile in %)



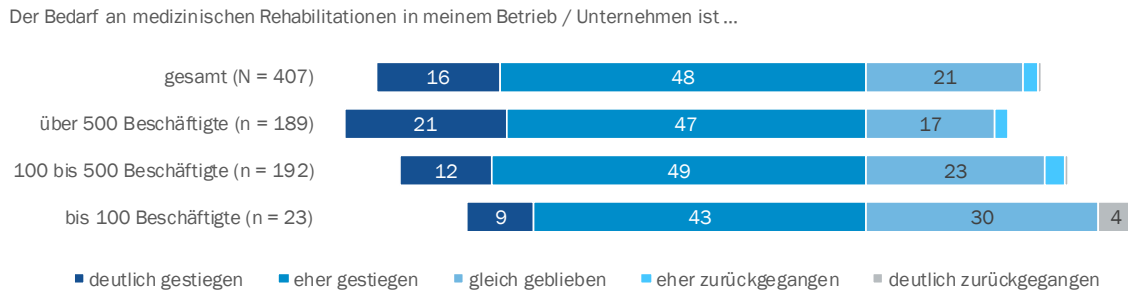
Quelle: Online-Befragung von Betriebsräten

© Prognos AG 2019

Der Bedarf ist aus Sicht von knapp zwei Drittel der Befragten (64 %) in den letzten zehn Jahren *eher* (16 %) oder *deutlich gestiegen* (48 %). Je größer der Betrieb/das Unternehmen, in dem die Befragten tätig sind, desto höher wird der Bedarf an medizinischer Rehabilitation eingeschätzt. Betriebsratsmitglieder in kleineren Betrieben/Unternehmen (bis 100 Beschäftigte) geben zu 52 Prozent an, dass der Bedarf *eher* oder *deutlich gestiegen* sei, während dies 68 Prozent der Befragten in größeren Betrieben/Unternehmen (über 500 Beschäftigte) angeben (Abbildung 85).

Abbildung 85: Zeitliche Veränderung des Bedarfs an medizinischer Rehabilitation aus Sicht der Betriebsräte

Frage: Haben sich Ihrer Einschätzung nach in den letzten 10 Jahren der Bedarf für medizinische Rehabilitationen und die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationen in Ihrem Betrieb/Unternehmen geändert? (Anteile in %)



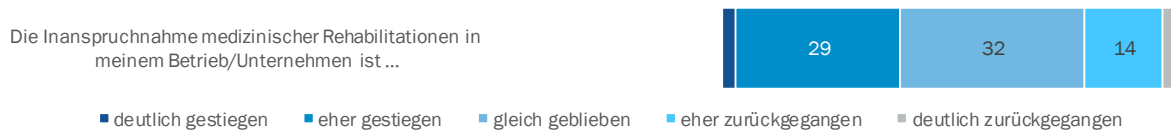
Quelle: Online-Befragung von Betriebsräten

© Prognos AG 2019

Während der Bedarf aus Sicht der Befragten (64 %) in den letzten zehn Jahren gestiegen ist, stagniert die Inanspruchnahmehäufigkeit von medizinischen Rehabilitationsleistungen aus Sicht von 32 Prozent der Befragten oder ist sogar *eher* (14 %) oder *deutlich* (3 %) rückläufig (Abbildung 86). Die Einschätzungen zur Inanspruchnahme sind nicht abhängig von der Größe der Betriebe/Unternehmen, in denen die Befragten tätig sind (ohne Abbildung).

Abbildung 86: Zeitliche Veränderung der Inanspruchnahme von medizinischer Rehabilitation aus Sicht der Betriebsräte

Frage: Haben sich Ihrer Einschätzung nach in den letzten 10 Jahren der Bedarf für medizinische Rehabilitationen und die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationen in Ihrem Betrieb/Unternehmen geändert? (N = 407, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von Betriebsräten

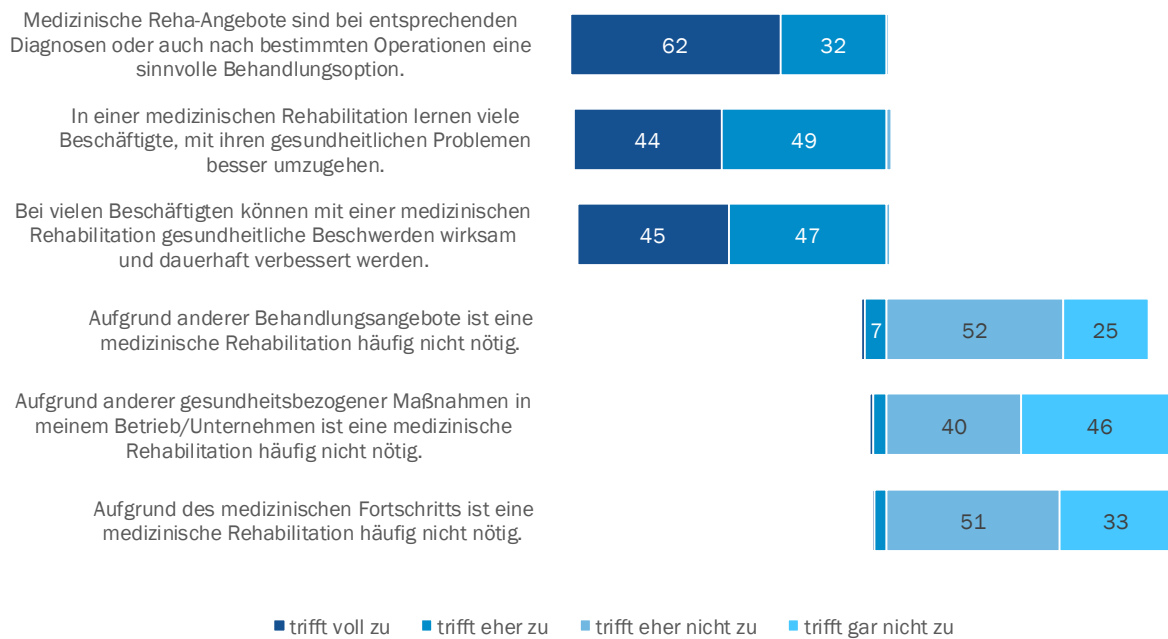
© Prognos AG 2019

Einschätzung der Wirksamkeit einer medizinischen Rehabilitation

Alle befragten Betriebsräte sind der Auffassung, dass medizinische Reha-Angebote bei entsprechenden Diagnosen oder nach bestimmten Operationen eine sinnvolle Behandlungsoption seien (94 % *trifft eher zu* oder *trifft voll zu*) (Abbildung 87). Ebenso lernen viele Beschäftigte nach Einschätzung der Befragten, mit ihren gesundheitlichen Problemen besser umzugehen (93 %) und gesundheitliche Beschwerden können wirksam und dauerhaft verbessert werden (92 %). Gesundheitsbezogene Maßnahmen im Betrieb/Unternehmen, alternative Behandlungsangebote oder der medizinische Fortschritt im Allgemeinen machen eine medizinische Rehabilitation aus Sicht der Befragten nicht überflüssig.

Abbildung 87: Wirksamkeit einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Betriebsräte

Frage: Wie schätzen Sie die Wirksamkeit und den Nutzen der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung ein? (N = 407, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von Betriebsräten

© Prognos AG 2019

Einschätzung des Stellenwerts der medizinischen Rehabilitation in Unternehmen

Die Betriebsratsmitglieder wurden in der Befragung nach dem Stellenwert der medizinischen Rehabilitation in ihrem Betrieb/Unternehmen gefragt. Gut die Hälfte der Befragten nimmt an, dass die medizinische Rehabilitation bei Beschäftigten insgesamt einen guten Ruf hat (43 % *trifft eher zu*, 9 % *trifft voll zu*). Ebenso stellt knapp die Hälfte der Betriebsräte einen guten Ruf bei der Betriebs- und Personalleitung fest (40 % *trifft eher zu*, 8 % *trifft voll zu*) (Abbildung 88).

Abbildung 88: Stellenwert der medizinischen Rehabilitation im Betrieb/Unternehmen aus Sicht der Betriebsräte

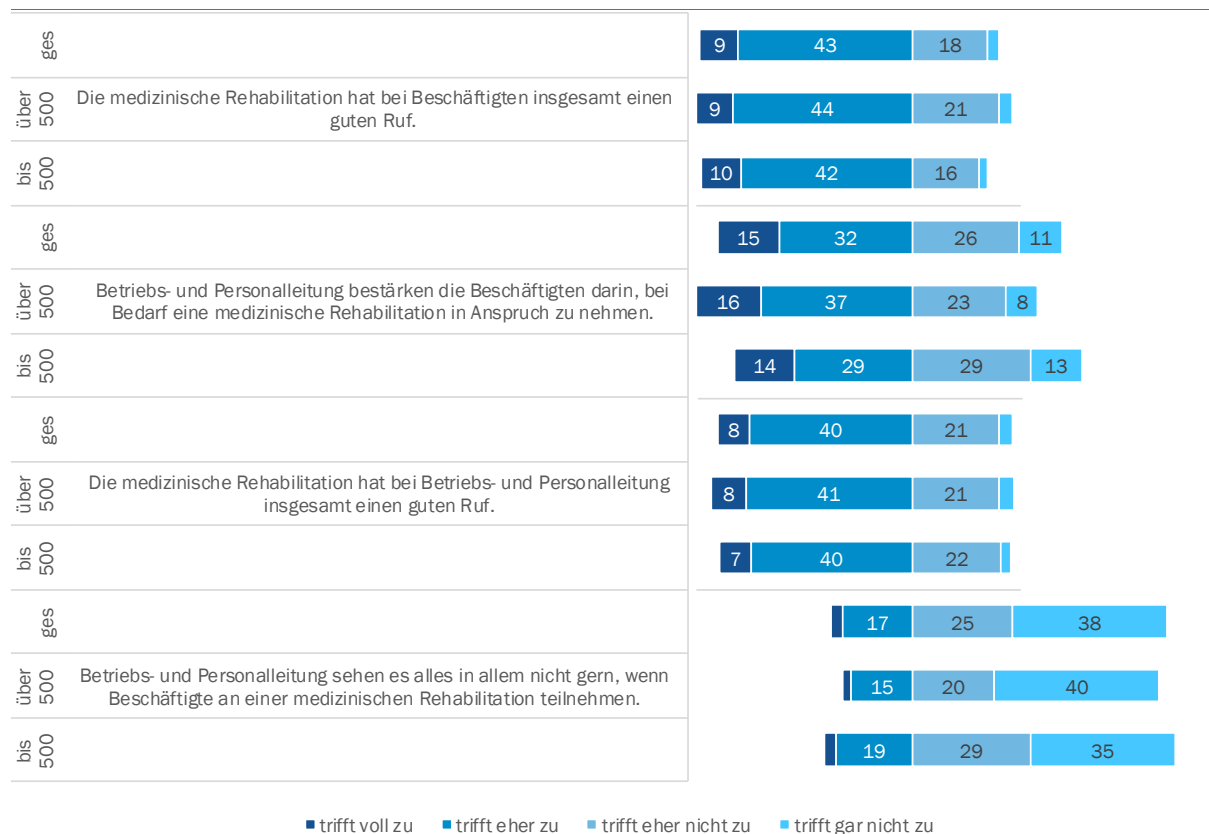
Frage: Inwiefern stimmen Sie den folgenden Aussagen zur Bedeutung der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung in Ihrem Betrieb/Unternehmen zu?

bis 500: Betriebe/Unternehmen mit bis zu 500 Beschäftigten (n = 215)

über 500: Betriebe/Unternehmen mit über 500 Beschäftigten (n = 189)

ges: Gesamt (N = 407)

(Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von Betriebsräten

© Prognos AG 2019

Die Akzeptanz und Anregung der Rehabilitation durch die Führungsebene im Unternehmen kann förderlich für die Teilnahmebereitschaft der Beschäftigten sein. Daher ist es wichtig, dass Betriebs- und Personalleitung die Beschäftigten darin bestärken, bei Bedarf eine medizinische Rehabilitation in Anspruch zu nehmen. Unter den befragten Betriebsratsmitgliedern gibt knapp die Hälfte an, dass die Teilnahme an einer medizinischen Rehabilitation von der Leitungsebene im Betrieb bestärkt wird (32 % *trifft eher zu*, 15 % *trifft voll zu*). Allerdings stellen auch 37 Prozent der Befragten eine mangelnde Akzeptanz bei der Betriebs- und Personalleitung fest und können

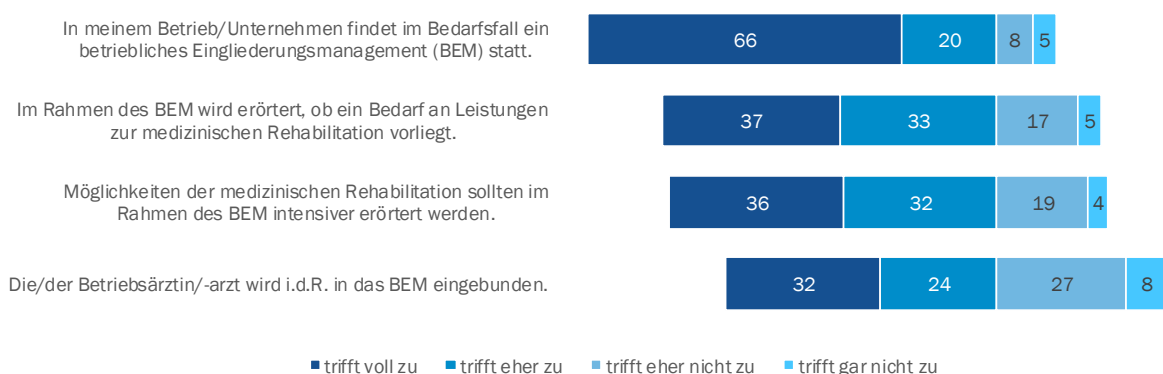
nicht bestätigen, dass diese die Beschäftigten darin bestärkt, eine Reha bei Bedarf in Anspruch zu nehmen (*trifft eher nicht* oder *trifft gar nicht zu*). Insgesamt wird der Stellenwert der medizinischen Rehabilitation in Betrieben/Unternehmen unterschiedlicher Größe ähnlich eingeschätzt. Betriebsräte in kleineren und mittleren Betrieben/Unternehmen (bis 500 Beschäftigte) konstatieren zwar auf Ebene der Betriebs- und Personalleitung zu gleichen Anteilen einen guten Ruf wie Betriebsräte in größeren Betrieben/Unternehmen (über 500 Beschäftigte), in größeren Betrieben wird die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation durch die Betriebs- und Personalleitung jedoch häufiger bestärkt (53 % *trifft eher zu* oder *trifft voll zu*) als in Betrieben/Unternehmen mit weniger als 500 Beschäftigten (43 %) (Abbildung 88).

Nach § 167 Absatz 2 SGB IX sind Arbeitgeber verpflichtet, länger erkrankten Beschäftigten ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) anzubieten. Im Rahmen des BEM soll geklärt werden, „wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann“. Dennoch findet nach Angabe der befragten Betriebsräte nicht in allen Betrieben/Unternehmen im Bedarfsfall ein BEM statt. 13 Prozent der Befragten können nicht behaupten, dass in ihrem Betrieb/Unternehmen ein BEM stattfindet (Abbildung 89).

Findet ein BEM statt, wird aus Sicht von 70 Prozent der Betriebsräte erörtert, ob ein Bedarf an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vorliegt (33 % *trifft eher zu*, 37 % *trifft voll zu*). Jedoch sind ebenso viele Betriebsräte der Auffassung, dass Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation im Rahmen des BEM intensiver erörtert werden sollten (32 % *trifft eher zu*, 36 % *trifft voll zu*). Häufig findet aus Sicht der Befragten keine Einbindung der Betriebsärztin/des Betriebsarztes in das BEM statt. Gut ein Drittel der Betriebsräte (in Betrieben/Unternehmen, in denen eine Betriebsärztin/ein Betriebsarzt tätig ist, bzw. die von einer/einem externen Betriebsärztin/-arzt betreut werden) gibt an, dass die Ärztin/der Arzt in der Regel nicht eingebunden werden (27 % *trifft eher nicht*, 8 % *trifft gar nicht zu*).

Abbildung 89: Betriebliches Eingliederungsmanagement in den Betrieben/Unternehmen der befragten Betriebsräte

Frage: Inwiefern stimmen Sie den folgenden Aussagen zur Bedeutung der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung in Ihrem Betrieb/in von Ihnen betreuten Betrieben zu?
(N = 407, Anteile in %)

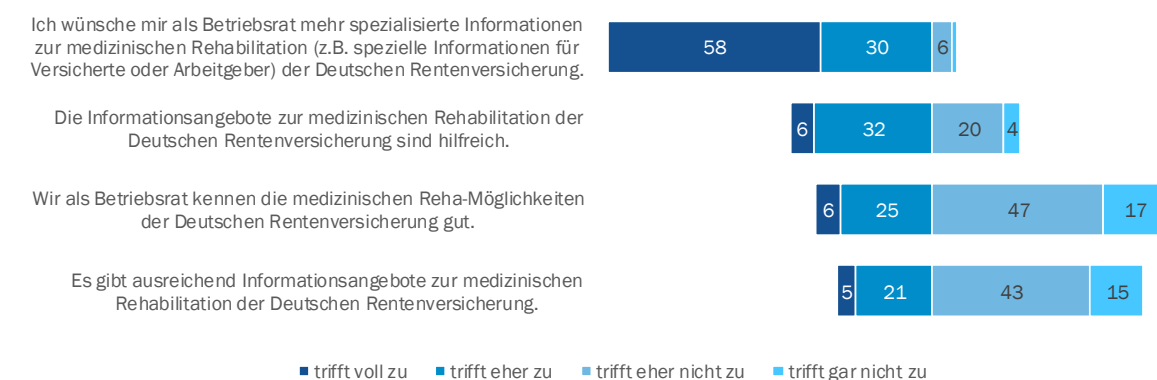


Informiertheit von Betriebsräten über medizinische Rehabilitationsangebote

Die befragten Betriebsräte fühlen sich nicht ausreichend über Angebote der medizinischen Rehabilitation informiert (Abbildung 90). Knapp zwei Drittel der Befragten kann nicht bestätigen, die medizinischen Rehabilitationsmöglichkeiten der DRV gut zu kennen (47 % *trifft eher nicht zu*, 17 % *trifft gar nicht zu*) und lediglich knapp 40 Prozent bezeichnet die vorhandenen Informationsangebote als hilfreich (32 % *trifft eher zu*, 6 % *trifft voll zu*). Die Betriebsräte wünschen sich mehr spezialisierte Informationen der DRV, um ihre Kolleginnen und Kollegen bedarfsgerecht zu informieren (58 % *trifft voll zu*, 30 % *trifft eher zu*).

Abbildung 90: Informiertheit und Informationsbedarf von Betriebsräten über medizinische Rehabilitation

Frage: Inwiefern treffen die folgenden Aussagen zum Kenntnisstand Ihres Betriebsrats über medizinische Reha-Möglichkeiten und Informationsangebote zu?
(N = 407, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von Betriebsräten

© Prognos AG 2019

Auch in den offenen Antworten bemängeln viele Betriebsratsmitglieder die Informationslage zu Rehabilitationsmöglichkeiten und zur Beantragung. Häufig wird auch darauf verwiesen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte Beschäftigte umfangreicher und frühzeitiger informieren müssten.

Zitat: Man weiß zu wenig über Möglichkeiten der Antragstellung. Eine Verbesserung der Informationswege durch die Rentenversicherung ist dringend notwendig. Ich als Betriebsrat und SchwB Beauftragte würde es sehr schätzen und begrüßen.

Zitat: Zu wenig Aufklärung/Information. In der Regel wird eine Reha nur nach einer OP in Anspruch genommen. Als vorbeugende Maßnahme ist die Reha unbekannt.

Zitat: Aus unserer Sicht, besteht ein Informationsdefizit zu den Leistungen und Angeboten der Deutschen Rentenversicherung.

Zitat: Es liegen uns diesbezüglich keine Informationen über die Möglichkeiten einer Reha vor, um die Arbeitskraft und die Gesundheit zu erhalten.

Zitat: Zu Wenig Informationen an die Allgemeinheit. Auf einer unserer Betriebsversammlungen könnte ich mir das Thema mit einem Referenten der deutschen Rentenversicherung vorstellen.

Zitat: Die Ärzte sollten die AU-Mitarbeiter früher über Reha-Maßnahmen informieren, wegen der sechs Wochen Endgeldfortzahlung usw.

Zitat: Wir schätzen, dass es wegen der mangelnden Infos, wie ein Antrag und vor allem wann ein Antrag gestellt werden kann das große Problem bei der Belegschaft ist. Hier wäre eine bessere Beratung durch den behandelnden Arzt sehr von Vorteil, das natürlich aber auch mit höheren Kosten für die Deutsche Rentenversicherung verbunden wäre.

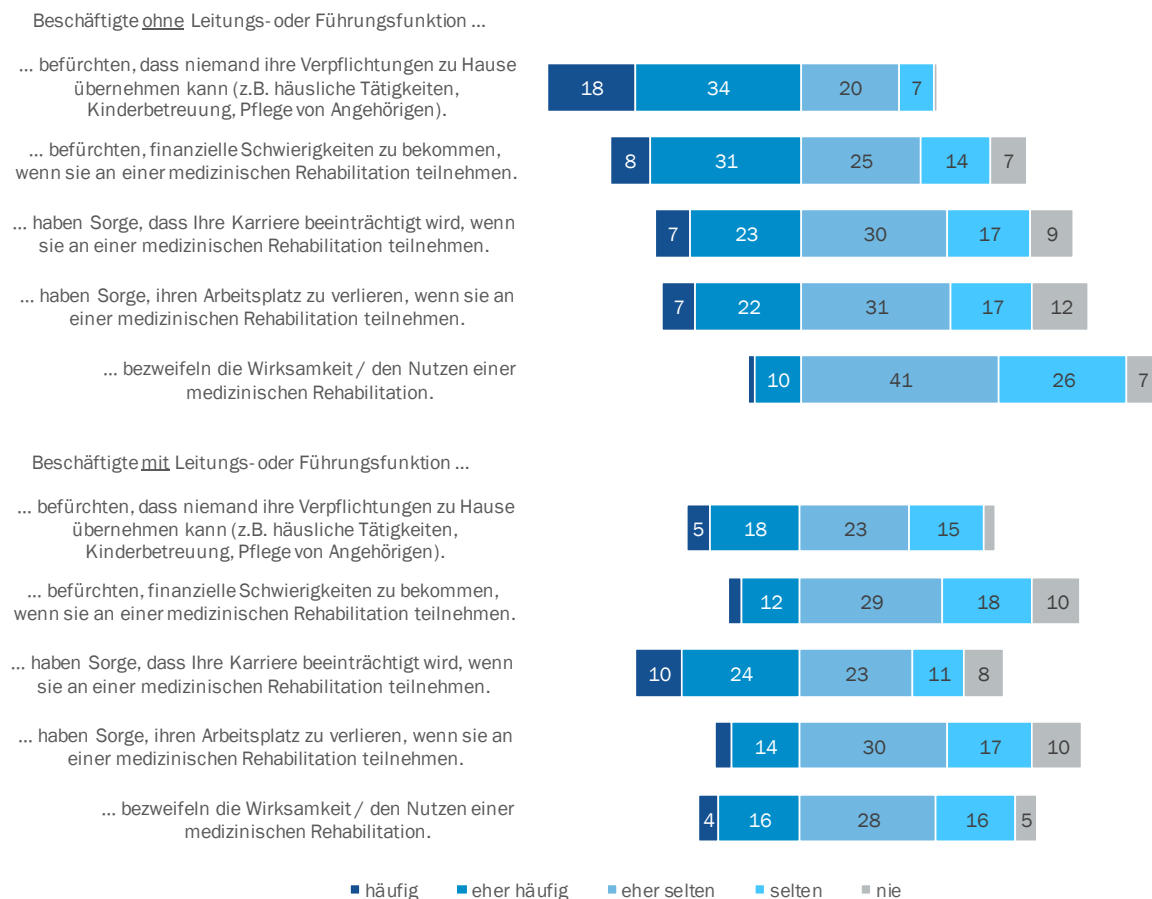
Einschätzung beruflicher und privater Barrieren für die Inanspruchnahme einer Rehabilitation

An die befragten Betriebsratsmitglieder wurden von den Beschäftigten insbesondere private Barrieren herangetragen, die gegen die Durchführung einer Rehabilitation sprechen. In Bezug auf Beschäftigte ohne Leitungs- oder Führungsfunktion geben 52 Prozent der Betriebsratsmitglieder an, dass *eher häufig* oder *häufig* befürchtet wird, dass niemand Verpflichtungen zu Hause übernehmen kann (Abbildung 91). Zu 39 Prozent nehmen die Betriebsräte an, dass Beschäftigte (ohne Leitungs- oder Führungsfunktion) durch die Teilnahme an einer Rehabilitation finanzielle Schwierigkeiten befürchten würden (*eher häufig* oder *häufig*). Die Antworten zeigen, dass auch Beschäftigte selbst die Wirksamkeit einer medizinischen Rehabilitation grundsätzlich nicht infrage stellen. Lediglich aus Sicht von 11 Prozent der befragten Betriebsräte würden Beschäftigte eine geringe Wirksamkeit/einen geringen Nutzen einer Rehabilitation als Vorbehalt gegen die Inanspruchnahme nennen.

Betrachtet man die Einschätzungen der Betriebsräte in Bezug auf Beschäftigte mit Leitungs- oder Führungsfunktion, haben private Barrieren eine andere Relevanz. Unter Beschäftigten mit Leitungs- oder Führungsfunktion spielt aus Sicht der Betriebsräte noch stärker die Sorge um die Karriere eine Rolle (34 % *eher häufig* oder *häufig*). An zweiter Stelle folgt die Befürchtung, dass niemand Verpflichtungen zu Hause übernehmen kann. Insgesamt spielen private und berufliche Barrieren bei Beschäftigten mit Leitungs- oder Führungsfunktion eine geringere Rolle als bei Beschäftigten ohne Leitungs- oder Führungsfunktion.

Abbildung 91: Berufliche und private Barrieren der Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Betriebsräte

Frage: Wenn Beschäftigte in Ihrem Betrieb/Unternehmen Vorbehalte oder Gründe gegen die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung äußern, wie häufig werden die folgenden Vorbehalte oder Gründe genannt? (N = 407, Anteile in %)



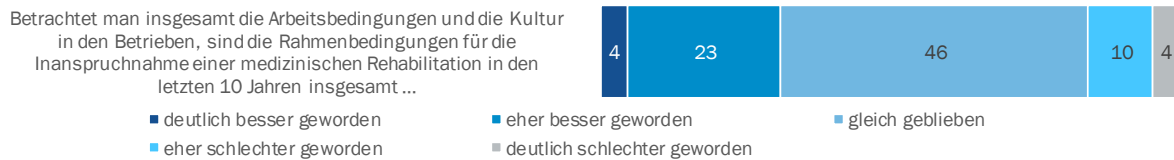
Quelle: Online-Befragung von Betriebsräten

© Prognos AG 2019

Die arbeitsbezogenen Rahmenbedingungen haben sich aus Sicht von 46 Prozent der befragten Betriebsräte in den letzten Jahren nicht verändert (*gleich geblieben*). Wenn eine Veränderung zu beobachten ist, haben sich die Bedingungen aus Sicht der Befragten *eher* oder *deutlich* verbessert (27 %) (Abbildung 92).

Abbildung 92: Arbeitsbezogene Rahmenbedingungen aus Sicht der Betriebsräte

(N = 407, Anteile in %)



Quelle: Online-Befragung von Betriebsräten

© Prognos AG 2019

Persönliche sowie arbeitsplatzbezogene Gründe, die gegen die Beantragung und Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation sprechen könnten, erläutern die befragten Betriebsratsmitglieder wie folgt. Neben den bereits genannten Barrieren vermuten die Befragten häufig, dass Beschäftigte einen Imageverlust befürchten und einen erhöhten Arbeitsdruck für Kolleginnen und Kollegen vermeiden möchten:

Zitat: Viele Mitarbeiter wollen sich die 3 Wochen Reha auf "Kosten" der Arbeitsmehrbelastung der Kollegen nicht leisten. Arbeitsverdichtung allgemein!

Zitat: Da in der Regel beide Ehepartner berufstätig sind, stellt die Reha große Probleme dar, was die Betreuung der Kinder während dieser Zeit ist. Dazu kommt Schichtarbeit. Es ist ein großer Aufwand, das alltägliche Leben zu organisieren. Zudem ist die Angst, wegen „Krankheit“ den Arbeitsplatz zu verlieren, sowie die finanzielle Seite.

Zitat: Arbeitsverdichtung. Unfähigkeit der Gesellschaft das Altern und damit zusammenhängenden Gebrechen (Verschleiß) zu akzeptieren. Angst vor Diskriminierung durch Kollegen, da die Arbeit auf diese verlagert wird.

Zitat: Angst den Status im Betrieb zu verlieren, Angst bei den Kollegen nicht mehr als vollwertiger Mitarbeiter anerkannt zu sein.

Zitat: Deutlich im Vordergrund stehen Aussagen, dass eine stationäre medizinische Rehabilitation zu einer gesteigerten Belastung bei den Kolleginnen und Kollegen führt, die die Schichten auf Station abdecken müssen. Dies darf so natürlich nicht sein, ist aber faktisch bei erheblichen Engpässen in der Stellenbesetzung in der Pflege im Krankenhaus bzw. bei deutlichem Fachkräftemangel sowie bei wirtschaftlichen Problemen in Krankenhäusern, die auch zu Unterbesetzung in anderen Abteilungen als Pflege und ärztlicher Dienst führen, eine Entwicklung.

Zitat: Angst um den Verlust des Arbeitsplatzes wegen „Langzeitkrank“ oder Mutmaßung auf eine chron. Erkrankung. Hier halten wir im Betriebsrat vermehrt Aufklärungsbedarf, bei uns gab es in 11 Jahren meiner BR Freistellung keine Kündigung wegen einer Erkrankung.

4.6 Befragung von Versicherten

Zentrale Ergebnisse der Befragung von Versicherten

Von den Versicherten selbst wird die medizinische Rehabilitation als ein wirkungsvolles Instrument bei gesundheitlichen Problemen und vor allem in Bezug auf die Änderung des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens wahrgenommen – sowohl als allgemeine Einschätzung unabhängig vom eigenen Gesundheitszustand als auch in Bezug auf die Besserung des eigenen gesundheitlichen Befindens. Auch im familiären Umfeld oder Bekanntenkreis der Versicherten herrscht ein grundsätzlich positives Bild der Wirksamkeit einer Rehabilitation vor. Insgesamt ist die Bereitschaft der Versicherten, eine Rehabilitation bei Bedarf in Anspruch zu nehmen bzw. einen Antrag zu stellen, hoch. Jedoch gilt dies in erster Linie für die Durchführung einer stationären Rehabilitation. Die Präferenz für die Teilnahme an einer stationären Rehabilitation spiegelt sich auch im tatsächlichen Antragsverhalten der befragten Versicherten wider.

Verschiedene Aspekte des Aufenthalts werden von den Versicherten grundsätzlich eher positiv bewertet (z. B. Behandlungen und Therapien, Tagesablauf, Verpflegung). Andere Aspekte, wie die (technische) Ausstattung der Zimmer, werden zwar als weniger attraktiv beurteilt, spielen aber bei der Entscheidung für oder gegen die Durchführung einer Rehabilitation für die Versicherten keine Rolle und scheinen deren Bereitschaft, eine Rehabilitation zu beantragen bzw. in Anspruch zu nehmen, nicht maßgeblich zu beeinflussen.

Als zentrale Barriere für eine Antragstellung sticht das fehlende Vertrauen der Versicherten in die Bewilligung eines Antrags hervor. Das Meinungsbild eines Großteils der Versicherten über die Bewilligungs- und Ablehnungspraxis bei Rehabilitationsanträgen ist geprägt von einer negativen Erwartungshaltung. Auch der von den Versicherten empfundene Aufwand für die Beantragung einer Rehabilitation kann eine entscheidende Barriere auf dem Weg in die Rehabilitation darstellen. Das Antragsverfahren wird von den Versicherten zwar nicht als zu kompliziert wahrgenommen, jedoch geht ein Großteil davon aus, dass das Antragsverfahren für sie mit einem hohen zeitlichen Aufwand verbunden wäre.

Aus den Ergebnissen geht zudem hervor, dass ein Teil der Versicherten durch die Teilnahme an einer Rehabilitation finanzielle Schwierigkeiten erwarten würde. Dies gilt insbesondere für alleinlebende Versicherte, die ein Viertel der Stichprobe ausmachen. Aus den Antworten der Versicherten geht zudem hervor, dass ein Teil der Versicherten aufgrund von Zuzahlungen bei der Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation finanzielle Belastungen befürchtet. Die Sorge um finanzielle Belastung ist womöglich auch auf eine mangelnde Informiertheit der Versicherten über die Übernahme von Kosten durch den Rentenversicherungsträger sowie den Anspruch auf Lohnfortzahlung zurückzuführen.

Für einen vergleichsweise kleineren Teil der Versicherten sind private Rahmenbedingungen und berufliche Barrieren nicht mit einem mehrwöchigen Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung vereinbar. Insbesondere bei Versicherten, die noch Kinder unter 15 Jahren im Haushalt (8 % der Stichprobe) haben oder als Pflegeperson tätig sind (18 % der Stichprobe), sinkt die Teilnahmebereitschaft für eine (stationäre) Rehabilitation. Die Angst vor dem Arbeitsplatzverlust und die Sorge um eine mögliche Beeinträchtigung der Karriere sind Barrieren, die insbesondere von Versicherten geäußert werden, die in kleineren Unternehmen beschäftigt sind. In größeren Unternehmen wird von Versicherten und Betriebsräten eher eine unterstützende und bestärkende Haltung der Personalleitung und des Arbeitgebers wahrgenommen und die Sorge um berufliche Nachteile durch die Teilnahme an einer Rehabilitation ist geringer als in kleineren Unternehmen.

Methodik³⁸ und Rücklauf

Aus der RSD-Verlaufserhebung 2016 wurden insgesamt 10.000 Versicherte der reha-nahen Geburtskohorte gezogen (Geburtsjahrgang 1964), die im Jahr 2016 pflichtversichert waren. Dabei wurde nach Krankengeldbezug geschichtet: Ein Drittel der angeschriebenen Versicherten bezogen Krankengeld im Jahr 2016, zwei Drittel der Versicherten bezogen kein Krankengeld. Es wurden Versicherte aller Rentenversicherungsträger eingeschlossen.

Die Versicherten wurden im April 2019 postalisch angeschrieben und hatten ca. fünf Wochen Zeit, den Fragebogen auszufüllen und an die Prognos AG zurückzuschicken.

Nach Ausfällen aufgrund zwischenzeitlicher Kontoführungswechsel sowie unzustellbarer Anschriften lag eine Nettostichprobe von 8.987 Versicherten vor. Bis zum Stichtag der Befragung gingen insgesamt Fragebögen von 2.142 Versicherten ein. Die Rücklaufquote – bezogen auf die Nettostichprobe von 8.987 Versicherten – lag letztendlich bei 23,8 Prozent (Tabelle 12).

Tabelle 12: Rücklauf bei der Versichertenbefragung

Bruttostichprobe Anzahl	Ausfälle wegen Kontoführungswechsel und unzustellbaren Adressen Anzahl	Nettostichprobe Anzahl	Rücklauf Anzahl	Rücklaufquote bezogen auf Nettostichprobe
10.000	1.013	8.987	2.142	23,8 %

Quelle: Versichertenbefragung

© Prognos AG 2019

Statistische Prüfung von Zusammenhängen

Um den Zusammenhang zwischen Variablen des Fragebogens zu untersuchen wurden χ^2 -Tests (Chi-Quadrat-Tests) für die Unabhängigkeit zweier kategorialer Variablen eingesetzt. Die Ergebnisse der Unabhängigkeitstests sind in Fußnoten angegeben.

Als Maß für die Stärke eines Zusammenhangs wird Cramér's V berichtet. Diese Effektstärke kann ähnlich einer Korrelation interpretiert werden:

- kleiner Effekt: $V = 0,1$
- mittlerer Effekt: $V = 0,3$
- großer Effekt: $V = 0,5$

³⁸ Bei einigen der folgenden Abbildungen ist zu beachten, dass die Prozentangaben mitunter in der Summe nicht 100 Prozent ergeben, da sie gerundet wurden und der Anteil der Antwortkategorien *keine Einschätzung möglich/weiß nicht* und von fehlenden Angaben nicht mit abgebildet sind.

4.6.2 Beschreibung der Stichprobe

Im Folgenden werden zentrale Merkmale der Stichprobe beschrieben und untersucht, inwiefern sich die Stichprobe der antwortenden Versicherten von der Bruttostichprobe und Bevölkerungsstatistiken unterscheidet. Der Vergleich ausgewählter Merkmale der antwortenden Versicherten mit Merkmalen der Bruttostichprobe zeigt, dass von einer guten Repräsentativität der Befragungsergebnisse ausgegangen werden kann.

Geschlecht

Tabelle 13 zeigt, dass Frauen in der Stichprobe nur gering überrepräsentiert sind. In der Bruttostichprobe liegt der Anteil Frauen bei 51 Prozent, während 56 Prozent der Fragebögen von weiblichen Versicherten ausgefüllt wurden.

Tabelle 13: Rücklauf und Bruttostichprobe nach Geschlecht

Geschlecht	Bruttostichprobe		Rücklauf	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
weiblich	5.057	51,6 %	1.190	55,6 %
männlich	4.943	49,4 %	829	38,7 %
keine Angabe	-	-	123	5,7 %
Gesamt	10.000	100,0 %	2.142	100,0 %

Quelle: DRV-RSD, Versichertenbefragung

© Prognos AG 2019

Staatsangehörigkeit und Sprachkompetenz

Versicherte mit deutscher Staatsangehörigkeit sind unter den antwortenden Versicherten etwas überrepräsentiert. Während der Anteil Versicherte ohne deutsche Staatsangehörigkeit in der Bruttostichprobe der 10.000 Versicherten bei rund neun Prozent liegt, sind unter den Antwortenden rund drei Prozent Versicherte ohne deutsche Staatsangehörigkeit (Tabelle 14).

Tabelle 14: Rücklauf und Bruttostichprobe nach Staatsangehörigkeit

Staatsangehörigkeit	Bruttostichprobe		Rücklauf	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anzahl
deutsche Staatsangehörigkeit	9.122	91,2 %	2.074	96,8 %
keine deutsche Staatsangehörigkeit	878	8,8 %	63	2,9 %
keine Angabe	-	-	5	0,2 %
Gesamt	10.000	100,0%	2.142	100,0%

Quelle: DRV-RSD, Versichertenbefragung

© Prognos AG 2019

Tabelle 15: Sprachkompetenz der deutschen Sprache nach Staatsangehörigkeit

Sprachkompetenz	Staatsangehörigkeit				Gesamt	
	deutsch		nicht deutsch		Anzahl	Anteil
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil		
sehr gut	1.741	83,9 %	25	39,7 %	1.767	82,5 %
gut	295	14,2 %	14	22,2 %	309	14,4 %
ausreichend	33	1,6 %	16	25,4 %	49	2,3 %
eher nicht gut	2	0,1 %	7	11,1 %	9	0,4 %
nicht gut	2	0,1 %	1	1,6 %	3	0,1 %
keine Angabe	1	0,0 %	0	0,0 %	5	0,2 %
Gesamt	2.074	100,0 %	63	100,0 %	2.142	100,0 %

Quelle: Versichertenbefragung

© Prognos AG 2019

82 Prozent der Befragten geben an, die deutsche Sprache sehr gut oder gut zu beherrschen (schreiben, lesen, sprechen und verstehen). Eine kleine Gruppe der Befragten gibt an, die deutsche Sprache nur ausreichend oder schlechter zu beherrschen (n = 61, 3 %) (Tabelle 15).

Bei den Versicherten mit eingeschränkter Sprachkompetenz handelt es sich keineswegs nur um Versicherte mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit. Auch 37 der 2.074 Versicherten (2 %) mit deutscher Staatsangehörigkeit geben an, die deutsche Sprache ausreichend oder schlechter zu

beherrschen. Somit hat in der Stichprobe ein Großteil der Versicherten mit eingeschränkter Sprachkompetenz die deutsche Sprachangehörigkeit (n = 37, 61 %).

Wohnort

Die Verteilung über die Bundesländer stimmt im Großen und Ganzen mit denen der Population der 55-Jährigen überein. Lediglich die bevölkerungsreichen Bundesländer Nordrhein-Westfalen (Stichprobe: 19 %, Bevölkerung: 21 %) und Baden-Württemberg (Stichprobe: 11 %, Bevölkerung: 13 %) sind im Rücklauf der Befragung im Vergleich zu den Bevölkerungsstatistiken leicht unterrepräsentiert, während Rheinland-Pfalz (Stichprobe: 7 %, Bevölkerung: 5 %) etwas überrepräsentiert ist (Tabelle 16).

Tabelle 16: Rücklauf und Bevölkerung der 55-Jährigen nach Bundesland des Wohnortes

Bundesland des Wohnortes	Bevölkerung 55-Jährige		Rücklauf	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Schleswig-Holstein	48.111	3,5 %	78	3,6 %
Hamburg	25.534	1,9 %	29	1,4 %
Niedersachsen	131.316	9,7 %	222	10,4 %
Bremen	10.256	0,8 %	28	1,3 %
Nordrhein-Westfalen	291.148	21,5 %	404	18,9 %
Hessen	100.206	7,4 %	177	8,3 %
Rheinland-Pfalz	70.074	5,2 %	140	6,5 %
Baden-Württemberg	176.545	13,0 %	243	11,3 %
Bayern	210.244	15,5 %	345	16,1 %
Saarland	17.636	1,3 %	25	1,2 %
Berlin	53.796	4,0 %	78	3,6 %
Brandenburg	48.916	3,6 %	75	3,5 %
Mecklenburg-Vorpommern	30.284	2,2 %	47	2,2 %
Sachsen	65.489	4,8 %	116	5,4 %
Sachsen-Anhalt	40.057	3,0 %	59	2,8 %

Thüringen	37.470	2,8 %	70	3,3 %
keine Angabe	-	-	6	0,3 %
Gesamt	1.357.082	100,0 %	2.142	100,0 %

Quelle: Statistisches Bundesamt (2017), Versichertenbefragung

© Prognos AG 2019

Neben dem Bundesland wurde im Rahmen der Versichertenbefragung auch nach der Region gefragt, in der die Versicherten leben. Demnach lebt jeweils knapp ein Drittel der Befragten im ländlichen Raum (mehr als 25 Kilometer bis zur nächsten Stadt mit über 50.000 Einwohnern) (32 %) und im städtischen Umland (höchstens 25 Kilometer bis zur nächsten Stadt mit über 50.000 Einwohnern) (32 %). 12 Prozent der Befragten leben in einer Stadt mit 50.000 bis unter 100.000 Einwohnern und 22 Prozent in einer Großstadt mit über 100.000 Einwohnern. Im Vergleich zu Statistiken des Bundesinstituts für Bau- Stadt- und Raumforschung zur Population in Deutschland, sind in der Befragung Personen, die in der Stadt leben, etwas unterrepräsentiert³⁹ (ohne Tabelle).

Erwerbsstatus und Unternehmensgröße

91 Prozent der befragten Versicherten üben derzeit eine Erwerbstätigkeit aus, 61 Prozent sind voll erwerbstätig, 27 Prozent in Teilzeitbeschäftigung und drei Prozent geringfügig oder unregelmäßig beschäftigt (Tabelle 17).

Tabelle 17: Erwerbstätigkeit der befragten Versicherten

Erwerbstätigkeit	Anzahl	Anteil
voll erwerbstätig	1.311	61,6 %
in Teilzeitbeschäftigung	582	27,3 %
geringfügig oder unregelmäßig beschäftigt	70	3,3 %
nicht erwerbstätig	166	7,8 %
keine Angabe	13	0,6 %
Gesamt	2.142	100,0 %

Quelle: Versichertenbefragung

© Prognos AG 2019

³⁹Bundesinstituts für Bau- Stadt- und Raumforschung (2015):Raumgliederungen auf Gemeindebasis: Stadt und Gemeindetyp; <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Downloads/downloadsReferenz2.html#anker1> (abgerufen am 09.07.2019).

Des Weiteren wurden erwerbstätige Befragte nach der Ausbildung gefragt, die üblicherweise für die ausgeübte (Haupt-)Tätigkeit benötigt wird. Die Mehrheit der Befragten gibt an, dass eine abgeschlossene Berufsausbildung ohne (50 %) oder mit Zusatzqualifikation (20 %) für ihre derzeitige ausgeübte Tätigkeit benötigt wird. 17 Prozent sehen ein (Fach-)Hochschulabschluss als Voraussetzung und bei neun Prozent der Befragten ist für ihre Tätigkeit kein beruflicher Abschluss erforderlich (ohne Tabelle).

Von den Befragten, die derzeit einer Erwerbstätigkeit nachgehen, sind 39 Prozent in Unternehmen mit über 500 Mitarbeitern tätig. Jeweils knapp ein Viertel der Befragten arbeitet in Unternehmen mit 15 bis 100 Beschäftigten (23 %) und mit über 100 bis 500 Beschäftigten (23 %). In Kleinstunternehmen mit weniger als 15 Mitarbeitern sind 15 Prozent der Befragten tätig (Tabelle 18).

Tabelle 18: Beschäftigtengrößenklassen der Unternehmen der befragten Versicherten

Beschäftigtengrößenklassen der Unternehmen	Anzahl	Anteil
unter 15 Beschäftigte	304	15,5 %
15 bis 100 Beschäftigte	444	22,6 %
über 100 bis 500 Beschäftigte	443	22,6 %
über 500 Beschäftigte	759	38,7 %
keine Angabe	13	0,7 %
Gesamt	1.963	100,0 %

Quelle: Versichertenbefragung

© Prognos AG 2019

Versicherungsträger

Die Versicherten wurden gefragt, bei welchem Versicherungsträger sie versichert sind. Auffällig ist, dass ein Großteil der Versicherten angibt, bei der DRV Bund versichert zu sein (84 %), während nach eigenen Angaben 12 Prozent bei einem regionalen Rentenversicherungsträger und zwei Prozent bei der DRV Knappschaft Bahn-See versichert sind. Aufgrund der Bruttostichprobe ist eher ein Anteil von etwa 50 Prozent Versicherte bei der DRV Bund zu erwarten. Es ist anzunehmen, dass viele Versicherte nicht darüber im Bilde sind, bei welchem Rentenversicherungsträger (DRV Bund oder regionaler Rentenversicherungsträger) sie versichert sind (ohne Tabelle).

Private Situation

Ein Viertel der Versicherten ist alleinlebend (24 %) und drei Viertel (76 %) lebt mit einer/m festen (Ehe-)Partner/in einem gemeinsamen Haushalt. Ein kleiner Teil der Versicherten versorgt noch Kinder im Alter unter 15 Jahren im Haushalt (8 %) und 18 Prozent der Versicherten versorgen zur Zeit pflegebedürftige, chronisch erkrankte oder durch Behinderung hilfsbedürftige Personen, entweder als hauptsächliche Pflegeperson (6 %) oder als Unterstützung der hauptsächlichen Pflegeperson (12 %) (Tabelle 19).

Tabelle 19: Merkmale der privaten Situation der befragten Versicherten

Partnerschaft	Anzahl	Anteil
feste/r (Ehe-)Partner/in	1.620	75,6 %
alleinlebend	511	23,9 %
<i>keine Angabe</i>	11	0,5 %
Kinder		
mit Kindern unter 15 Jahren im Haushalt	167	7,8 %
ohne Kinder unter 15 Jahren im Haushalt	1.967	91,8 %
<i>keine Angabe</i>	8	0,4 %
Versorgung Pflegebedürftiger		
hauptsächliche Pflegeperson	126	5,9 %
Unterstützung der hauptsächlichen Pflegeperson	258	12,0 %
keine Pflegeperson	1.745	81,5 %
<i>keine Angabe</i>	13	0,6 %
Gesamt	2.142	100,0 %

Quelle: Versichertenbefragung

© Prognos AG 2019

Gesundheitszustand

Tabelle 20 zeigt die Verteilung des Krankengeldbezuges in der Bruttostichprobe und der Nettostichprobe. Durch das oben beschriebene Oversampling besteht die Bruttostichprobe zu einem Drittel aus Personen, die im Jahr 2016 Krankengeld bezogen haben. Im Fragebogen wurden die Versicherten gefragt, ob sie in den letzten Jahren und in welchem Jahr sie Krankengeld bezogen haben (2016, 2017, 2018). Bei den Antwortenden liegt der Anteil der Versicherten mit Krankengeldbezug im Jahr 2016 unter dem der Bruttostichprobe. Bezieht man jedoch die Jahre 2017 und 2018 mit ein, so sind auch in der Nettostichprobe rund ein Drittel Versicherte mit Krankengeldbezug vertreten.

Tabelle 20: Rücklauf und Bruttostichprobe nach Krankengeldbezug

Krankengeldbezug	Bruttostichprobe (Krankengeldbezug 2016)		Rücklauf (Krankengeldbezug 2016-2018)	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anzahl
Versicherte mit Krankengeldbezug	3.334	33,3 %	765	35,7 %
Versicherte ohne Krankengeldbezug	6.666	66,7 %	1.294	60,4 %
<i>keine Angabe</i>	-	-	83	3,9 %
Gesamt	10.000	100,0 %	2.142	100,0 %

Quelle: DRV-RSD, Versichertenbefragung

© Prognos AG 2019

Als Indikatoren des Gesundheitszustandes der Versicherten wurden verschiedene Fragen zur subjektiv empfundenen gesundheitlichen Beeinträchtigung gestellt. Obgleich die selbstberichtete Beeinträchtigung und der subjektive Rehabilitationsbedarf der Befragten nicht mit der objektiven (ärztlichen) Beurteilung gleichzusetzen sind, sollen in der Stichprobe Befragte mit einem erhöhtem Risiko eines vorzeitigen gesundheitlichen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben und folglich mit einem möglichen Rehabilitationsbedarf identifiziert werden.

Ein zentraler Indikator für den Gesundheitszustand der befragten Versicherten stellt die Frage nach dem Ausmaß der gesundheitlichen Beeinträchtigung im Privatleben und Beruf dar (Tabelle 21). Gut ein Viertel der Befragten (26 %) gibt an, sich durch den derzeitigen Gesundheitszustand im Privatleben und im Beruf sehr stark (6 %) oder stark (20 %) beeinträchtigt zu fühlen.

Tabelle 21: Gesundheitliche Beeinträchtigung der befragten Versicherten im Privatleben und im Beruf

Ausmaß der gesundheitlichen Beeinträchtigung	Anzahl	Anteil
sehr stark beeinträchtigt	130	6,1 %
stark beeinträchtigt	434	20,3 %
etwas beeinträchtigt	823	38,4 %
nicht beeinträchtigt	433	20,2 %
keine Angabe	322	15,0 %
Gesamt	2.142	100,0 %

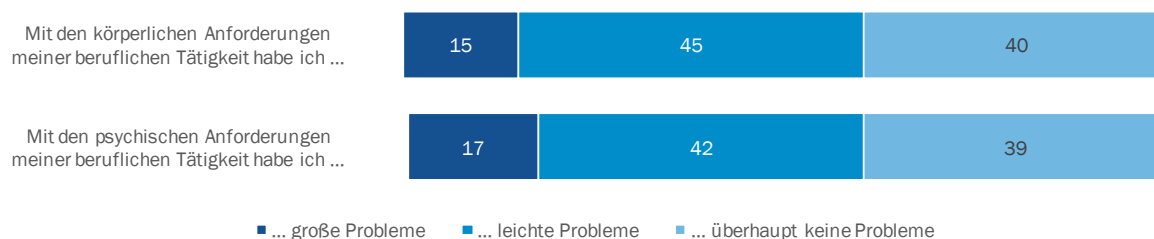
Quelle: Versichertenbefragung

© Prognos AG 2019

Die gesundheitliche Beeinträchtigung am Arbeitsplatz kann dabei sowohl durch körperliche als auch psychische Anforderungen bedingt sein. Zu etwa gleichen Anteilen geben die Versicherten an, aufgrund ihres Gesundheitszustandes Probleme mit körperlichen bzw. psychischen Anforderungen ihrer beruflichen Tätigkeit zu haben. 15 bzw. 17 Prozent der Befragten berichten von großen Problemen (Abbildung 93).

Abbildung 93: Gesundheitliche Beeinträchtigung aufgrund körperlicher und psychischer Anforderungen im Beruf

Nur Versicherte, die derzeit voll erwerbstätig, in Teilzeitbeschäftigung oder geringfügig/unregelmäßig erwerbstätig sind* (n = 1.963)
 Frage: Haben Sie aus gesundheitlichen Gründen Schwierigkeiten mit den körperlichen oder psychischen Anforderungen in Ihrer derzeit oder zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit?
 (N = 1.963, Anteile in %)



Quelle: Versichertenbefragung

© Prognos AG 2019

* Frage: Üben Sie derzeit eine Erwerbstätigkeit aus?

Jene Befragten, die sich durch ihren derzeitigen Gesundheitszustand im Privatleben und im Beruf *stark* oder *sehr stark beeinträchtigt* fühlen (s. auch Tabelle 21), wurden explizit nach ihrem Rehabilitationsbedarf gefragt. 85 Prozent (n = 481) der Versicherten mit gesundheitlicher Beeinträchtigung...

gung bräuchten nach eigener Einschätzung aufgrund ihres Gesundheitszustandes und ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit eigentlich eine medizinische Rehabilitation. Bezogen auf die Gesamtstichprobe entspricht dies 22 Prozent aller befragten Versicherten (ohne Tabelle).

Rehabilitations- und Antragserfahrung

Knapp die Hälfte der befragten Versicherten (47 %) hat bereits an einer medizinischen Rehabilitation teilgenommen und kann damit aus eigenen Erfahrungen vom Antragsverfahren und dem Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung berichten (Tabelle 22).

Tabelle 22: Erfolgte Teilnahme an einer medizinischen Rehabilitation

	Anzahl	Anteil
ja	1.008	47,1 %
nein	1.119	52,2 %
keine Angabe	15	0,7 %
Gesamt	2.142	100,0 %

Quelle: Versichertenbefragung

© Prognos AG 2019

Um die Gruppe aller Versicherten, die Erfahrung mit dem Antragsverfahren haben, zu identifizieren, wurden aus der Stichprobe alle Versicherten ausgewählt, die bereits an einer Rehabilitation teilgenommen und somit auch Erfahrung mit dem Antragsverfahren haben und Versicherte, die einen Antrag gestellt haben, aber noch nicht an einer Rehabilitation teilgenommen haben. Dies trifft auf insgesamt die Hälfte aller Befragten zu (Tabelle 23).

Tabelle 23: Erfahrung mit dem Antragsverfahren

	Anzahl	Anteil
Antragstellung (seit 2015) und/oder erfolgte Teilnahme	1.066	49,8 %
keine Erfahrung mit dem Antragsverfahren	1.068	49,9 %
keine Angabe	8	0,0 %
Gesamt	2.142	100,0 %

Quelle: Versichertenbefragung

© Prognos AG 2019

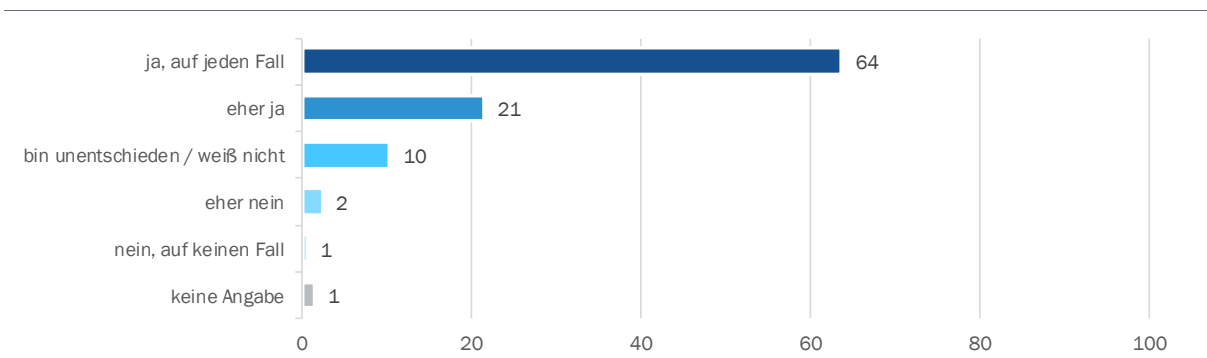
4.6.3 Ergebnisse der Befragung von Versicherten

Bereitschaft der Versicherten zur Inanspruchnahme einer Rehabilitation

Insgesamt ist die Bereitschaft der Versicherten, eine Rehabilitation bei Bedarf in Anspruch zu nehmen bzw. einen Antrag zu stellen, hoch (Abbildung 94). Knapp zwei Drittel der Befragten geben dezidiert an, dass sie, wenn sie dauerhafte gesundheitliche Probleme im privaten und beruflichen Alltag hätten, einen Rehabilitationsantrag stellen würden (*ja, auf jeden Fall*). Bei weiteren 21 Prozent der Versicherten wäre ebenfalls eine Antragsintention – wenn auch weniger entschieden – vorhanden (*eher ja*). Lediglich drei Prozent geben an, trotz dauerhafter Probleme von einer Antragstellung abzusehen (*eher nein* oder *nein, auf keinen Fall*).

Abbildung 94: Bereitschaft zur Antragstellung bzw. Durchführung einer medizinischen Rehabilitation

Frage: Angenommen, Ihr Gesundheitszustand wäre in den kommenden Jahren so schlecht, dass Sie dauerhafte Probleme im privaten und beruflichen Alltagsleben hätten: Würden Sie dann einen Reha-Antrag stellen?
(N = 2.142, Anteile in %)



Quelle: Versichertenbefragung

© Prognos AG 2019

Die hohe Bereitschaft der Versicherten zur Durchführung einer medizinischen Rehabilitation gilt in erster Linie für eine stationäre Rehabilitation (Abbildung 95). 80 Prozent der Befragten würden eine stationäre Rehabilitation präferieren (54 % *trifft voll zu* oder 26 % *trifft eher zu*). Deutlich weniger Versicherte (36 %) könnten sich vorstellen, an einer ambulanten Rehabilitation teilzunehmen (17 % *trifft voll zu*, 19 % *trifft eher zu*).

Abbildung 95: Bereitschaft zur Durchführung einer stationären und ambulanten medizinischen Rehabilitation

Frage: Welche Reha-Formen kämen für Sie in Frage, wenn Sie eine Reha benötigen würden?
(N = 2.142, Anteile in %)

Wenn ich eine Rehabilitation machen würde, könnte ich mir vorstellen ...



Quelle: Versichertenbefragung

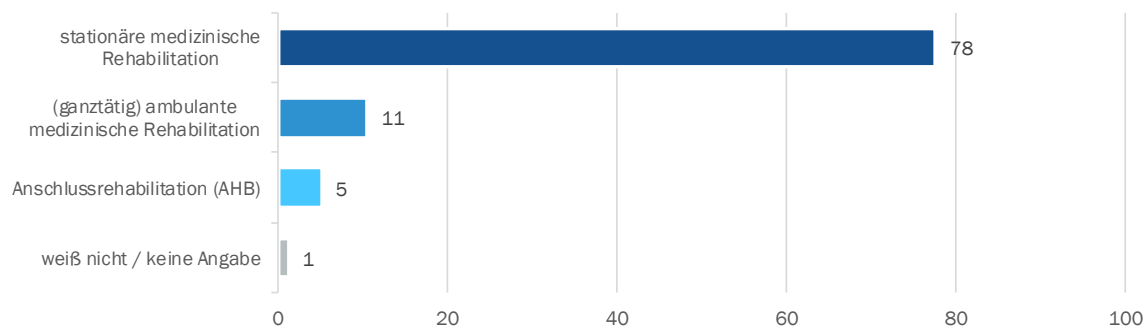
© Prognos AG 2019

Männer und Frauen unterscheiden sich nur geringfügig in ihrer Bereitschaft für die Durchführung einer ambulanten Rehabilitation. Die Akzeptanz für eine ambulante Rehabilitation ist bei Männern höher (41 % *trifft eher zu* oder *trifft eher zu*) als bei Frauen (32 % *trifft eher zu* oder *trifft eher zu*).⁴⁰ In Bezug auf die stationäre Rehabilitation gibt es keinen bedeutsamen Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Versicherten⁴¹ (Männer und Frauen: 45 % *trifft eher zu* oder *trifft eher zu*) (ohne Abbildung).

Die Präferenz für die Teilnahme an einer stationären Rehabilitation spiegelt sich auch im tatsächlichen Antragsverhalten der befragten Versicherten wider (Abbildung 96). Von den Versicherten, die in den letzten vier Jahren (seit 2015) einen Antrag auf medizinische Rehabilitation gestellt haben, hat gut drei Viertel (78 %) eine stationäre Rehabilitation beantragt.

Abbildung 96: Art der beantragten medizinischen Rehabilitation

Frage: Wenn ja [wenn Antrag in den letzten vier Jahren – also seit 2015 – gestellt], welche Art medizinischer Rehabilitation haben Sie beantragt?
(N = 152, Anteile in %)



Quelle: Versichertenbefragung

© Prognos AG 2019

⁴⁰ Zusammenhang zwischen Geschlecht und „Bereitschaft ambulante Reha“: $\chi^2(3) = 14,5, p = 0,002, V = 0,09$.

⁴¹ Zusammenhang zwischen Geschlecht und „Bereitschaft stationäre Reha“: $\chi^2(3) = 12,2, p = 0,007, V = 0,08$.

Bekanntermaßen kann jedoch eine Diskrepanz zwischen subjektivem Rehabilitationsbedarf, Antragsintention und tatsächlicher Antragstellung bestehen. In der Befragung sollen Versicherte identifiziert werden, die einerseits die rein formalen Voraussetzungen für eine medizinische Rehabilitation erfüllen und zusätzlich einen möglichen Rehabilitationsbedarf aufweisen, allerdings weder in der letzten Zeit einen Antrag gestellt, noch die Intention haben, einen Antrag zu stellen.

Dafür wurden zunächst alle Versicherten ausgewählt, die sich durch ihren derzeitigen Gesundheitszustand im Privatleben und im Beruf *stark* oder *sehr stark beeinträchtigt* fühlen. Als formale Voraussetzung einer medizinischen Rehabilitation wurde im Fragebogen erfasst, ob eine mögliche letzte Rehabilitation mindestens vier Jahre zurückliegt. Von den Versicherten mit gesundheitlicher Beeinträchtigung – also mit möglichem aktuellen Rehabilitationsbedarf – wurden jene Versicherten ausgewählt, die noch nicht an einer medizinischen Rehabilitation teilgenommen haben, oder deren letzte Rehabilitation mehr als vier Jahre zurückliegt („Antragsberechtigte“). Tabelle 24 zeigt das Antragsverhalten bzw. die Antragsintention dieser Gruppe von 313 Versicherten. Von diesen 313 haben 56 Versicherte (18 %) bereits einen Antrag auf Rehabilitation gestellt. 63 Versicherte (20%) haben zwar noch keinen Antrag gestellt, dies aber geplant. 87 Versicherte (28 %) haben hingegen keinen Antrag gestellt und zeigen keine Intention, eine Rehabilitation in Zukunft in Anspruch zu nehmen.

Tabelle 24: Antragsverhalten von „antragsberechtigten“ Versicherten mit möglichem Rehabilitationsbedarf

Nur Versicherte, die sich *sehr stark beeinträchtigt* oder *stark beeinträchtigt* fühlen* und noch nicht an einer Rehabilitation teilgenommen haben oder deren letzte Rehabilitation mehr als vier Jahre zurückliegt** (N = 313)

	Anzahl	Anteil
Antragstellung ist erfolgt***	56	17,9 %
ja	63	20,1 %
weiß nicht	95	30,4 %
Antragstellung ist Rehabilitation (noch) nicht erfolgt geplant?****	nein	27,8 %
keine Angabe	2	0,6 %
Gesamt	274	100,0 %
keine Angabe	10	3,2 %
Gesamt	313	100,0 %

Quelle: Versichertenbefragung

© Prognos AG 2019

* Frage: Fühlen Sie sich durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand im Privatleben und im Beruf beeinträchtigt?

** Frage: Wenn ja [an einer medizinischen Rehabilitation teilgenommen], wie lange liegt Ihre (letzte) Rehabilitation zurück?

*** Frage: Haben Sie in den letzten vier Jahren – also seit 2015 – einen Antrag auf medizinische Rehabilitation gestellt?

**** Frage: Haben Sie sich vorgenommen, innerhalb dieses Jahres eine medizinische Rehabilitation zu machen?

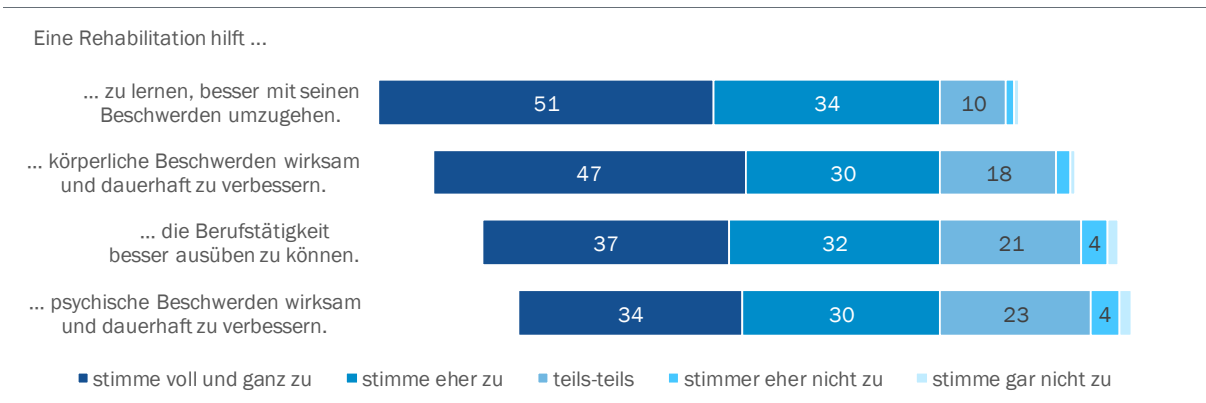
Einschätzung der Wirksamkeit einer medizinischen Rehabilitation

Gefragt nach der Wirksamkeit und dem Nutzen einer Rehabilitation, gehen die Versicherten davon aus, dass die Behandlung von Patientinnen und Patienten grundsätzlich und vor allem in Bezug auf die Änderung des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens hilfreich sein kann. 85 Prozent der befragten Versicherten stimmen der Aussage *voll und ganz zu* (51 %) oder *eher zu* (34 %), dass eine Rehabilitation Patientinnen und Patienten dabei hilft, besser mit ihren Beschwerden umzugehen. Viele Befragte nehmen ebenso an, dass eine Rehabilitation körperliche Beschwerden wirksam und dauerhaft verbessern kann (47 % *stimme voll und ganz zu*, 30 % *stimme eher zu*) (Abbildung 97).

Neben dem Ziel der Wiederherstellung der Gesundheit kann eine Rehabilitation nach Ansicht der meisten befragten Versicherten auch dazu beitragen, die berufliche Leistungsfähigkeit wiederherzustellen. 37 Prozent stimmen der Aussage *voll und ganz zu* und 32 Prozent stimmen *eher zu*, dass eine Rehabilitation hilft, die Berufstätigkeit besser ausüben zu können. In Bezug auf die Linderung psychischer Beschwerden fällt die Zustimmung etwas geringer aus. Aber auch hier gehen knapp zwei Drittel der Befragten von einer positiven Wirkung einer Rehabilitation aus (34 % *stimme voll und ganz zu*, 30 % *stimme eher zu*).

Abbildung 97: Wirksamkeit einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Versicherten

Frage: Unabhängig davon, wie gut Ihr Gesundheitszustand ist oder ob Sie eine medizinische Rehabilitation beantragt oder durchgeführt haben: Wie gut kann eine Rehabilitation Ihrer Meinung nach bei gesundheitlichen Problemen helfen? (N = 2.142, Anteile in %)



Quelle: Versichertenbefragung

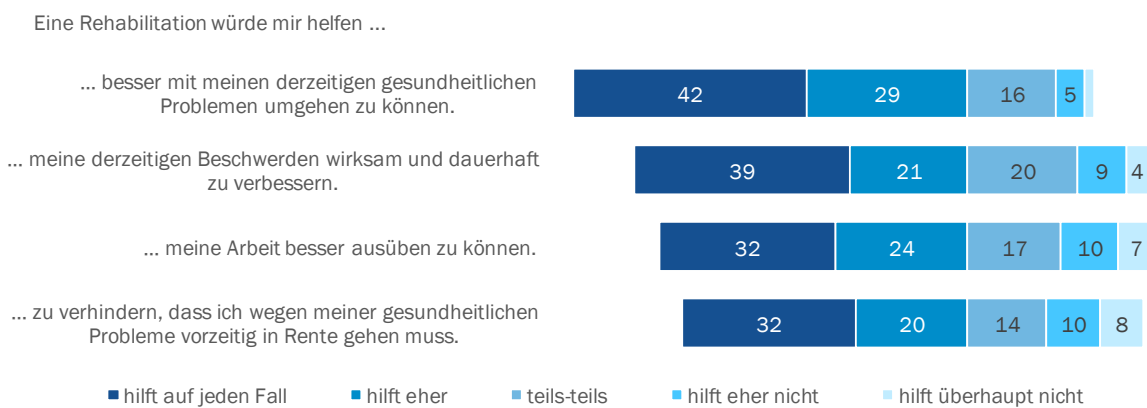
© Prognos AG 2019

Auch im familiären Umfeld oder im Bekanntenkreis der Versicherten herrscht ein grundsätzlich positives Bild der Wirksamkeit einer Rehabilitation vor. 70 Prozent der Befragten (n = 1.505) kennen in ihrer Familie oder ihrem Bekanntenkreis jemanden, der an einer Rehabilitation teilgenommen hat. Von diesen 1.505 Befragten geben knapp zwei Drittel (62 %) an, dass die Erfahrungen ihrer Familienmitglieder/Bekanntnen bezogen auf den Erfolg der Rehabilitation *sehr gut* (17 %) oder *eher gut* (45 %) waren. 27 Prozent haben den Eindruck, dass die Erfahrungen *teils gut und teils schlecht* waren. Lediglich sieben Prozent berichten von *eher schlechten* (6 %) oder *sehr schlechten* (1 %) Erfahrungen (ohne Abbildung).

Eine positive rehabilitationsbezogene Ergebniserwartung ist insbesondere relevant, wenn es um die Besserung des eigenen gesundheitlichen Befindens geht. 26 Prozent der Versicherten (n = 564) fühlen sich durch ihren derzeitigen Gesundheitszustand im Privatleben und im Beruf beeinträchtigt, 20 Prozent fühlen sich *stark* und sechs Prozent *sehr stark beeinträchtigt* (s. auch Tabelle 21). Gefragt nach der Wirksamkeit und dem Nutzen einer medizinischen Rehabilitation bei eigenen gesundheitlichen Beschwerden, sehen viele der Versicherten mit *starker* oder *sehr starker Beeinträchtigung* in einer Rehabilitation eine große Hilfe, besser mit ihren gesundheitlichen Problemen umgehen zu können (42 % *hilft auf jeden Fall*, 29 % *hilft eher*) bzw. ihre derzeitigen Beschwerden wirksam und dauerhaft zu lindern (39 % *hilft auf jeden Fall*, 21 % *hilft eher*) (Abbildung 98). Über die Hälfte der Befragten geht auch davon aus, dass ihre berufliche Leistungsfähigkeit von einer Rehabilitation profitiert (56 % *hilft auf jeden Fall* oder *hilft eher*) bzw. dass ein vorzeitiger Renteneintritt verhindert wird (52 % *hilft auf jeden Fall* oder *hilft eher*).

Abbildung 98: Wirksamkeit einer medizinischen Rehabilitation aus Sicht von Versicherten mit gesundheitlicher Beeinträchtigung

Frage: Wie gut könnte eine Reha Ihrer Meinung nach bei Ihren gesundheitlichen Problemen helfen?
 Nur Versicherte, die sich *sehr stark beeinträchtigt* oder *stark beeinträchtigt* fühlen*
 (n = 564, Anteile in %)



Quelle: Versichertenbefragung

© Prognos AG 2019

* Frage: Fühlen Sie sich durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand im Privatleben und im Beruf beeinträchtigt?

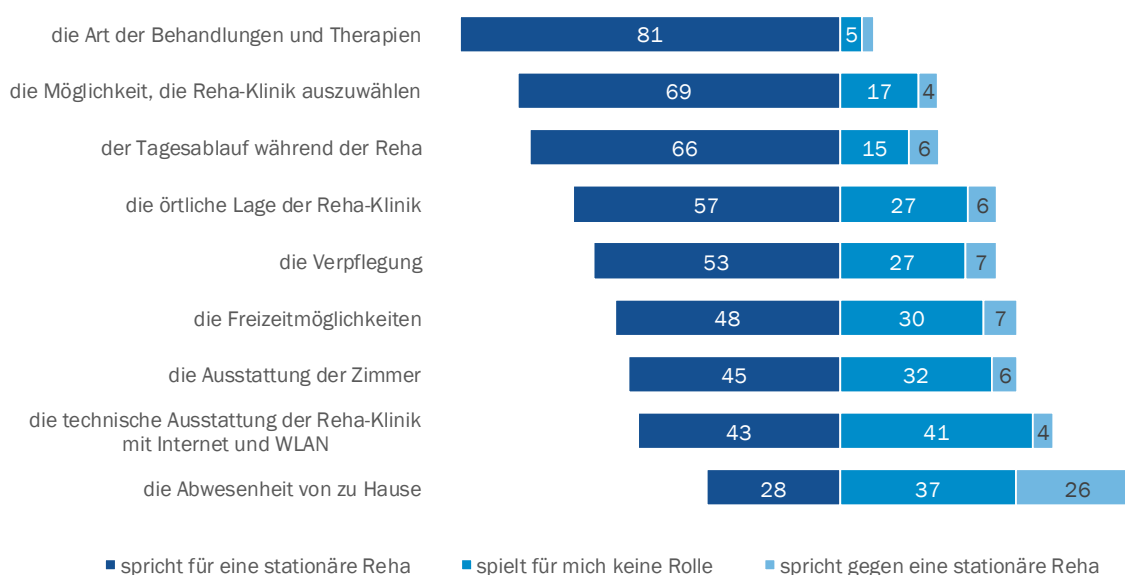
Das Antwortverhalten der Gruppe der Versicherten, die trotz eines möglichen Rehabilitationsbedarfs aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen im Privatleben und im Beruf bisher noch keinen Antrag gestellt hat, und dies auch nicht vorhat (n = 87) (s. auch Tabelle 24), deutet auf eine geringe Ergebniserwartung in Bezug auf die Wirksamkeit einer medizinischen Rehabilitation hin. So geben jeweils lediglich 20 Prozent dieser 87 Versicherten an, dass eine Rehabilitation *auf jeden Fall helfen* würde, derzeitige Beschwerden wirksam und dauerhaft zu verbessern bzw. besser mit den eigenen gesundheitlichen Problemen umgehen zu können (ohne Abbildung).

Image der medizinischen Rehabilitation

Verschiedene Aspekte der Qualität des Aufenthalts in stationären Rehabilitationseinrichtungen werden von den Versicherten grundsätzlich eher positiv bewertet (Abbildung 99). 81 Prozent der Befragten geben an, dass die Art der Behandlung und Therapien für eine stationäre Rehabilitation sprechen würden. Die Möglichkeit, die Rehabilitationsklinik auszuwählen spricht für 69 Prozent der Versicherten für eine Rehabilitation und zwei Drittel der Befragten erachten den Tagesablauf während einer Rehabilitation als positiven Aspekt des Aufenthalts in einer stationären Rehabilitationseinrichtung. Aus Sicht von jeweils über der Hälfte der Versicherten spricht auch die örtliche Lage der Klinik (57 %) bzw. die Verpflegung (53 %) für eine Rehabilitation.

Abbildung 99: Relevanz verschiedener Aspekte des Aufenthalts in einer Rehabilitationseinrichtung

Frage: Welche der folgenden Gründe sprechen aus Ihrer Sicht für oder gegen die Teilnahme an einer stationären Rehabilitation, welche Gründe spielen keine Rolle für Sie?
(N = 2.142, Anteile in %)



Quelle: Versichertenbefragung

© Prognos AG 2019

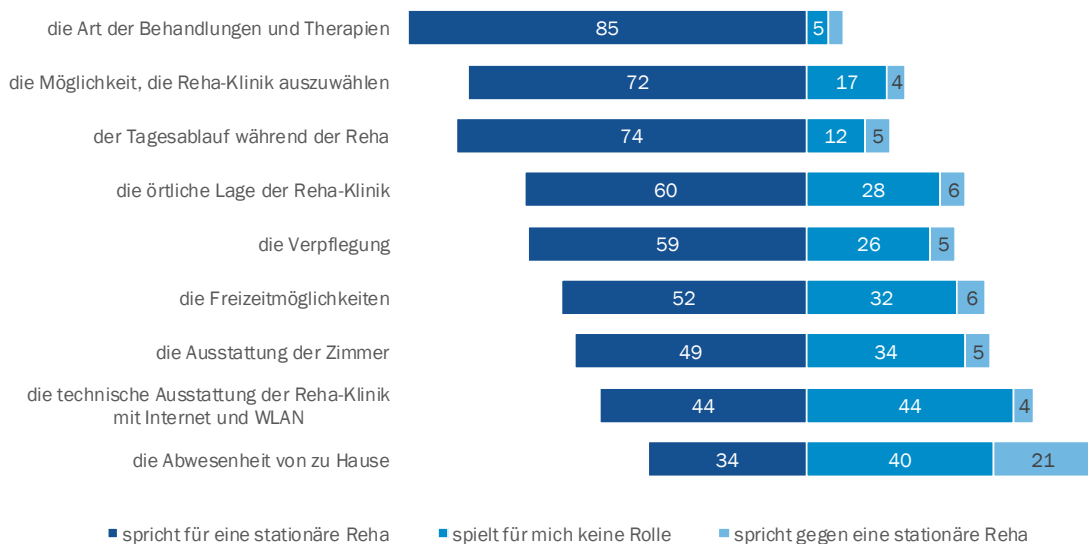
Was Freizeitmöglichkeiten und die (technische) Ausstattung der Zimmer betrifft, ist weniger als die Hälfte der Befragten der Auffassung, dass diese Aspekte für eine Rehabilitation sprechen würden. Zu beachten ist jedoch, dass alle Versicherten – bis auf wenige Ausnahmen – verschiedene Aspekte des Aufenthalts nicht als Gründe, die gegen eine Reha sprechen, nennen würden. Jeweils deutlich unter zehn Prozent der Versicherten geben an, dass die aufgeführten Aspekte gegen eine stationäre Rehabilitation sprechen würden. Einige Aspekte werden weniger positiv bewertet, scheinen jedoch für die Entscheidung, an einer Rehabilitation teilzunehmen, eine untergeordnete Rolle zu spielen. Die Attraktivität der Ausstattung von Rehabilitationskliniken, die Freizeitmöglichkeiten scheinen die Bereitschaft der Versicherten zur Teilnahme an einer Rehabilitation also nicht maßgeblich zu beeinflussen. Nur die Abwesenheit von zu Hause wird von gut einem Viertel der Versicherten als Grund genannt, der gegen eine stationäre Rehabilitation sprechen würde.

Die Antworten der Versicherten mit eigener Rehabilitationserfahrung deuten auf positive Erfahrungen mit dem Aufenthalt in Rehabilitationskliniken hin. Haben Versicherte bereits selbst an einer medizinischen Rehabilitation teilgenommen (n = 1.008, 47 %), nimmt der Anteil der Befragten zu, die einen Aspekt als Grund nennen, der für eine Rehabilitation spricht (Abbildung 100). Dies gilt insbesondere für den Tagesablauf während der Rehabilitation (74 % *spricht für eine stationäre Reha*) und die Verpflegung (59 % *spricht für eine stationäre Reha*).

Abbildung 100: Relevanz verschiedener Aspekte des Aufenthalts in einer Rehabilitationseinrichtung aus Sicht von Versicherten mit Rehabilitationserfahrung

Frage: Welche der folgenden Gründe sprechen aus Ihrer Sicht für oder gegen die Teilnahme an einer stationären Rehabilitation, welche Gründe spielen keine Rolle für Sie?

Nur Versicherte, die selbst bereits an einer medizinischen Rehabilitation teilgenommen haben*
(n = 1.008, Anteile in %)



Quelle: Versichertenbefragung

© Prognos AG 2019

* Frage: Haben Sie Selbst schon einmal an einer medizinischen Rehabilitation teilgenommen?

Die Erfahrungen von Familienmitgliedern oder Bekannten mit dem Aufenthalt in Rehabilitationseinrichtungen sind positiv und könnten das Meinungsbild der befragten Versicherten und deren Erwartungshaltung mit beeinflussen. Von den 70 Prozent der Befragten (n = 1.505), die Familienmitglieder oder Bekannte mit Rehabilitationserfahrung haben, berichten zwei Drittel, dass die Erfahrungen ihrer Familienmitglieder/Bekanntes bezogen auf den Aufenthalt in der Einrichtung *sehr gut* (22 %) oder *eher gut* (46 %) waren. 23 Prozent haben den Eindruck, dass die Erfahrungen *teils gut und teils schlecht* waren. Lediglich sechs Prozent berichten von *eher schlechten* (5 %) oder *sehr schlechten* (1 %) Erfahrungen (ohne Abbildung).

Eine differenzierte Auswertung nach Geschlecht zeigt, dass weibliche Versicherte einzelne Aspekte des Aufenthalts in Rehabilitationseinrichtungen positiver bewerten als Männer. Insbeson-

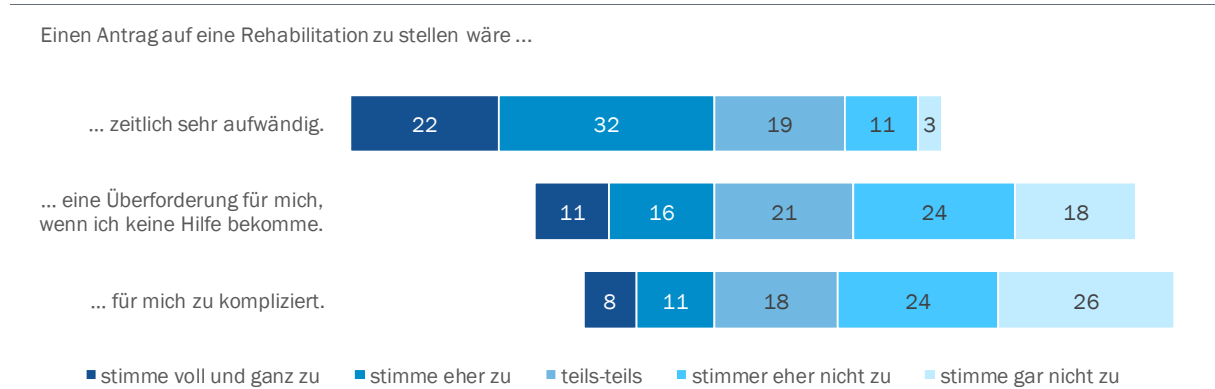
dere geben mehr Frauen (84 %) als Männer (77 %) an, dass die Art der Behandlungen und Therapien für eine stationäre Reha sprechen würden.⁴² Gleiches gilt für den Tagesablauf während einer Rehabilitation, den 69 Prozent der Frauen und 62 Prozent der Männer positiv hervorheben.⁴³ Auffällig ist zudem, dass die Abwesenheit von zu Hause für mehr Frauen (32 %) für eine stationäre Reha sprechen als für Männer (24 %)⁴⁴ (ohne Abbildung).

Einschätzung des Antragsverfahrens

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind Antragsleistungen. Die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation setzt eine hohe Motivation der Versicherten voraus. Der von den Versicherten empfundene Aufwand für die Beantragung einer Rehabilitation kann eine Barriere auf dem Weg in die Rehabilitation darstellen. Daher wurden die Versicherten nach ihrer Einschätzung des Aufwands bei der Beantragung einer Rehabilitation gefragt (Abbildung 101). Ein Großteil der Versicherten geht davon aus, dass das Antragsverfahren für sie mit einem zeitlichen Aufwand verbunden wäre. 54 Prozent stimmen der Aussage *voll und ganz zu* (22 %) oder *eher zu* (32 %), dass es zeitlich sehr aufwändig wäre, einen Antrag zu stellen. Ein Großteil der Versicherten hält das Verfahren hingegen nicht für zu kompliziert und geht davon aus, das Ausfüllen der Formulare auch ohne Hilfe meistern zu können. Lediglich 27 Prozent bzw. 19 Prozent stimmen der Aussage *voll und ganz* oder *eher zu*, dass die Beantragung für sie ohne Hilfe eine Überforderung darstellen würde, bzw. zu kompliziert wäre.

Abbildung 101: Das Antragsverfahrens aus Sicht der Versicherten

Frage: Wie schätzen Sie das Beantragen einer Rehabilitation ein?
(N = 2.142, Anteile in %)



Quelle: Versichertenbefragung

© Prognos AG 2019

Wenngleich viele der befragten Versicherten wissen, welche wesentlichen Schritte sie einleiten müssten, wenn sie einen Rehabilitationsantrag stellen würden, ist bei einem Teil der Befragten von einem Informations- und Unterstützungsbedarf auszugehen. 46 Prozent geben an, nicht zu wissen, was sie bei einem Rehabilitationsantrag tun müssten (*trifft eher nicht zu* oder *trifft gar nicht zu*) und gut ein Drittel wüsste auch nicht, an wen sie sich wenden müssten (19 % *trifft eher zu*, 17 % *trifft voll zu*). In diesen Fällen ist professionelle Unterstützung vonnöten, denn über die

⁴² Zusammenhang zwischen Geschlecht und „Art der Behandlungen und Therapien“: $\chi^2(3) = 24,6, p < 0,001, V = 0,11$.

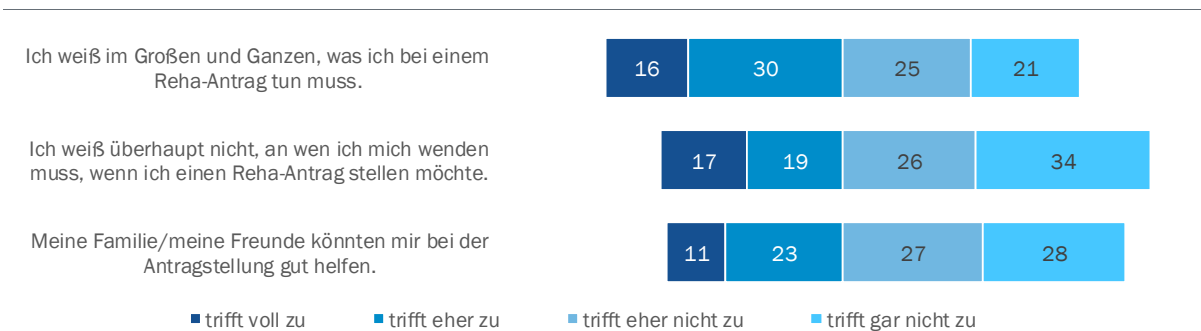
⁴³ Zusammenhang zwischen Geschlecht und „Tagesablauf während der Reha“: $\chi^2(3) = 13,1, p = 0,004, V = 0,08$.

⁴⁴ Zusammenhang zwischen Geschlecht und „Abwesenheit von zu Hause“: $\chi^2(3) = 24,3, p < 0,001, V = 0,11$.

Hälfte der Befragten meint nicht, dass Familie oder Bekannte bei der Antragstellung unterstützen könnten (27 % *trifft eher nicht zu*, 28 % *trifft gar nicht zu*) (Abbildung 102).

Abbildung 102: Unterstützungsbedarf bei der Antragstellung

Frage: Wie gut wissen Sie über das Beantragen einer Rehabilitation Bescheid? Wer könnte Ihnen dabei helfen?
(N = 2.142, Anteile in %)



Quelle: Versichertenbefragung

© Prognos AG 2019

Frauen gehen eher davon aus, mit dem Antragsverfahren zurecht zu kommen als Männer. Männer geben zu 30 Prozent (*stimme voll und ganz zu* oder *stimme eher zu*) an, dass die Antragstellung für sie eine Überforderung wäre, wenn sie keine Hilfe bekommen würden, während dies auf 24 Prozent der Frauen zutrifft⁴⁵ und mehr Männer (24 %) als Frauen (16 %) erachten die Antragstellung als zu kompliziert⁴⁶ (ohne Abbildung).

Versicherte, die in den alten Bundesländern (ohne Berlin) wohnhaft sind, geben zu einem größeren Anteil an, dass sie ohne fremde Hilfe mit der Antragstellung überfordert wären (29 % *stimme voll und ganz zu* oder *stimme eher zu*) als Versicherte, die in den neuen Bundesländern wohnen (19 %)⁴⁷ (ohne Abbildung).

Eine sehr kleine Gruppe der Befragten (n = 61, 3 %) gibt an, die deutsche Sprache nur ausreichend oder schlechter zu beherrschen (s. auch Tabelle 15). Bei dieser Gruppe von Versicherten besteht aufgrund sprachlicher Defizite – insbesondere bei der Antragstellung, aber auch im Rahmen der medizinischen Behandlung – ein erhöhter Unterstützungsbedarf. Dies zeigt sich auch in deren Einschätzung des Antragsverfahrens. So geben viele Versicherte mit eingeschränkter Sprachkompetenz an, dass die Antragstellung für sie eine Überforderung wäre, wenn Sie keine Hilfe bekämen (48 % *stimme voll und ganz zu* oder *stimme eher zu*)⁴⁸ und empfinden das Antragsverfahren als zu kompliziert (48 % *stimme voll und ganz zu* oder *stimme eher zu*).⁴⁹ Versicherte mit eingeschränkten Kenntnissen der deutschen Sprache sind auch häufiger der Auffassung, nicht zu wissen, an wen sie sich für Unterstützung wenden müssten (52 % *trifft eher zu*

⁴⁵ Zusammenhang zwischen Geschlecht und „Überforderung bei der Antragstellung“: $\chi^2(4) = 23,2$, $p < 0,001$, $V = 0,11$.

⁴⁶ Zusammenhang zwischen Geschlecht und „empfundene Kompliziertheit der Antragstellung“: $\chi^2(4) = 33,4$, $p < 0,001$, $V = 0,14$.

⁴⁷ Zusammenhang zwischen „Ost-West“ und „Überforderung bei der Antragstellung“: $\chi^2(4) = 20,2$, $p < 0,001$, $V = 0,10$.

⁴⁸ Zusammenhang zwischen „Sprachkompetenz“ (dichotomisiert) und „Überforderung bei der Antragstellung“:

$\chi^2(4) = 32,3$, $p < 0,001$, $V = 0,13$.

⁴⁹ Zusammenhang zwischen „Sprachkompetenz“ (dichotomisiert) und „empfundene Kompliziertheit der Antragstellung“:

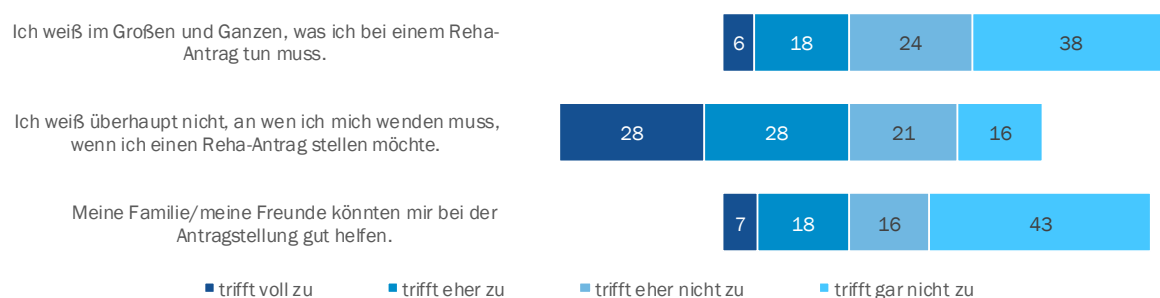
$\chi^2(4) = 65,5$, $p < 0,001$, $V = 0,19$.

oder *trifft voll zu*) als Versicherte mit besseren Sprachkenntnissen (35 % *trifft eher zu* oder *trifft voll zu*)⁵⁰ (ohne Abbildung).

Unter den Versicherten, die noch keine Erfahrung mit dem Antragsverfahren haben, geben erwartungsgemäß weniger Befragte an, Bescheid zu wissen, wie eine Antragstellung abläuft und was erledigt werden muss. Die Frage nach Unterstützungsbedarf wird insbesondere dann relevant, wenn ein möglicher Rehabilitationsbedarf vorliegt. Sieben Prozent aller Befragten (n = 146) haben noch keine Erfahrung mit dem Antragsverfahren (s. auch Tabelle 23) und fühlen sich im Privatleben und Beruf *stark* oder *sehr stark beeinträchtigt* (s. auch Tabelle 21). Diese Gruppe gibt zu großen Teilen an, nicht zu wissen, was sie bei einem Rehabilitationsantrag tun muss (62 % *trifft eher nicht zu* oder *trifft gar nicht zu*) und an wen sie sich bei einer Antragstellung wenden müssten (56 % *trifft eher zu* oder *trifft voll zu*) (Abbildung 103).

Abbildung 103: Unterstützungsbedarf bei der Antragstellung von Versicherten mit gesundheitlicher Beeinträchtigung und keiner Erfahrung mit dem Antragsverfahren

Frage: Wie gut wissen Sie über das Beantragen einer Rehabilitation Bescheid? Wer könnte Ihnen dabei helfen?
 Nur Versicherte, die keine Erfahrung mit dem Antragsverfahren haben* und sich *sehr stark beeinträchtigt* oder *stark beeinträchtigt* fühlen**
 (n = 146, Anteile in %)



Quelle: Versichertenbefragung

* s. auch Tabelle 23

* Frage: Fühlen Sie sich durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand im Privatleben und im Beruf beeinträchtigt?

© Prognos AG 2019

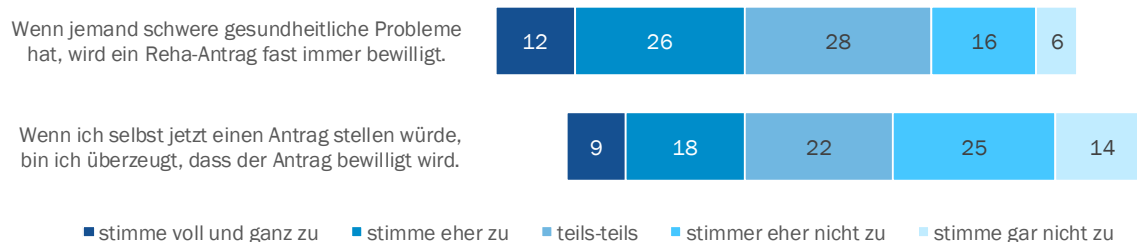
Einschätzung der Bewilligungs- und Ablehnungspraxis

Das Meinungsbild eines Großteils der Versicherten über die Bewilligungs- und Ablehnungspraxis bei Rehabilitationsanträgen ist geprägt von einer negativen Erwartungshaltung. Insbesondere in Bezug auf den eigenen Antrag gehen viele Befragte eher von einem negativen Bescheid aus. 38 Prozent der Befragten stimmen *voll und ganz* (12 %) oder *eher zu* (26 %), dass ein Rehabilitationsantrag bei schweren gesundheitlichen Problemen fast immer bewilligt wird und 28 Prozent sind sich unentschieden (*teils-teils*). Bezogen auf die eigene Person, gehen weniger Befragte von einer Bewilligung aus. Lediglich 27 Prozent würden erwarten, dass ihr eigener Antrag bewilligt werden würde (9 % *stimme voll und ganz zu*, 18 % *stimme eher zu*) (Abbildung 104).

⁵⁰ Zusammenhang zwischen „Sprachkompetenz“ (dichotomisiert) und „Person kennen, an die man sich wenden kann“:
 $\chi^2(3) = 17,3, p = 0,001, V = 0,09$.

Abbildung 104: Einschätzung der Bewilligungs- und Ablehnungspraxis

Frage: Wir möchten Ihnen nun einige Fragen zur Ihrer allgemeinen Einschätzung von medizinischen Rehabilitationen und zur Beantwortung dieser Leistungen stellen. Was sagen Sie zu folgenden Aussagen?
(N = 2.142, Anteile in %)



Quelle: Versichertenbefragung

© Prognos AG 2019

Die Erwartungshaltung bezüglich der Bewilligung bzw. Ablehnung eines Antrags ist abhängig von der empfundenen gesundheitlichen Beeinträchtigung im Privatleben und Beruf.⁵¹ Versicherte mit *starker* oder *sehr starker Beeinträchtigung* (n = 564) (s. auch Tabelle 21) gehen eher davon aus, dass ihr Antrag bewilligt werden würde (31 % *stimme eher zu* oder *stimme voll und ganz zu*), als Versicherte, die sich *etwas* oder *nicht beeinträchtigt* fühlen (24 %). Dennoch gehen 40 Prozent der Versicherten mit gesundheitlicher Beeinträchtigung von einem negativen Bescheid aus (*stimme eher nicht zu* oder *stimme gar nicht zu*) und jede/r Fünfte ist sich unsicher, ob der eigene Antrag bewilligt werden würde (21 % *teils-teils*) (ohne Abbildung).

Auch in ihren offenen Antworten auf die Frage am Ende des Fragebogens nach Gründen, die gegen die Stellung eines Antrags auf Rehabilitation sprechen können (s. auch Abbildung 114), sprechen die Befragten von einem hohen Aufwand für die Antragstellung und einer intransparenten Bewilligungspraxis:

Zitat: Wurde gesagt, dass die Chancen sehr schlecht sein, also wieso der Aufwand

Zitat: Beantragung sehr nervenaufreibend Antrag, wird eh abgelehnt.

Zitat: Antragbewilligung 2014 ist mir als sehr aufwendig in Erinnerung geblieben.

Zitat: Aussicht auf Erfolg ist vollkommen intransparent.

Zitat: Vom Hörensagen: zu viel Aufwand und wird meistens abgelehnt sind immer Einsprüche nötig bis zu Genehmigung.

Zitat: Sehr aufwendig, man kommt sich als Bittsteller vor.

Zitat: Widerspruch läuft zurzeit. Formular ist nicht leicht zu verstehen. Ablehnung, Genehmigung scheint reine Willkür.

⁵¹ Zusammenhang zwischen „gesundheitliche Beeinträchtigung“ (dichotomisiert) und „Erwartung bzgl. Bewilligung des eigenen Antrags“: $\chi^2(4) = 13,4$, $p = 0,01$, $V = 0,09$.

Private Barrieren der Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation

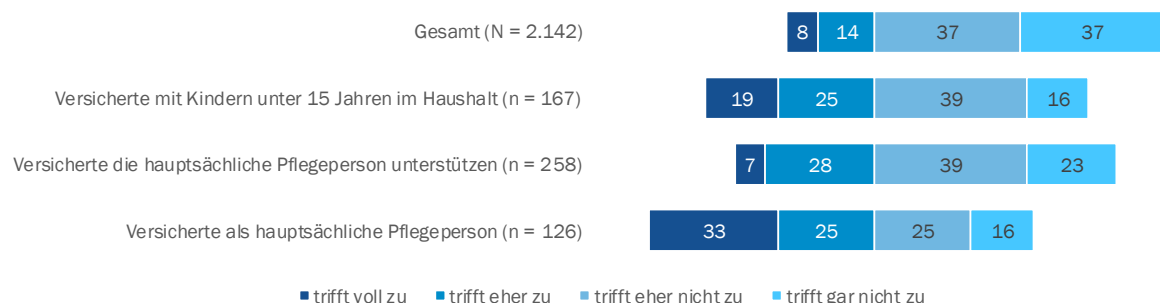
Die Situation im privaten Umfeld kann es erschweren, sich auf einen mehrwöchigen Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik einzulassen. Insgesamt befürchtet knapp ein Viertel der Befragten (22% *trifft eher zu* oder *trifft voll zu*), dass ihre Abwesenheit während einer stationären Rehabilitation zu großen Problemen bei ihnen zu Hause führen würde (Abbildung 105). Dies trifft noch mehr auf bestimmte Versichertengruppen mit zusätzlichen Verpflichtungen im privaten Umfeld zu (s. auch Tabelle 19). Eine kleine Gruppe der Versicherten versorgt im Haushalt Kinder unter 15 Jahren ($n = 167$, 8%). Diese Gruppe erwartet zu gut 40 Prozent große Probleme zu Hause (25% *trifft eher zu*, 19% *trifft voll zu*).⁵² Gleiches gilt für die Gruppe der Versicherten, die als hauptsächliche Pflegeperson oder als Unterstützung der hauptsächlichen Pflegeperson pflegebedürftige, chronisch erkrankte oder durch Behinderung hilfsbedürftige Personen in ihrem persönlichen Umfeld versorgen.⁵³ Jene Versicherte, die bei der Pflege unterstützen ($n = 258$, 12%) würden zu 35 Prozent große Probleme erwarten (28% *trifft eher zu*, 7% *trifft voll zu*). Bei hauptsächlichen Pflegepersonen ($n = 126$, 6%) steigt dieser Anteil auf deutlich über 50 Prozent (25% *trifft eher zu*, 33% *trifft voll zu*).

Abbildung 105: Erwartete Probleme zu Hause während einer stationären Rehabilitation

Frage: Versorgen Sie in Ihrem Haushalt Kinder im Alter unter 15 Jahren?

Frage: Versorgen Sie zurzeit pflegebedürftige, chronisch erkrankte oder durch Behinderung hilfsbedürftige Personen in Ihrem persönlichen Umfeld?

Frage: Wenn ich eine stationäre Rehabilitation machen würde, würde das bei mir zu Hause zu großen Problemen führen. (Anteile in %)



Quelle: Versichertenbefragung

© Prognos AG 2019

Knapp zwei Drittel der Versicherten (63%) gibt an, dass jemand ihre Verpflichtungen zu Hause übernehmen könnte, wenn sie eine stationäre Rehabilitation machen würden (*trifft eher zu* oder *trifft voll zu*). Umgekehrt befürchten 31 Prozent der Befragten, dass niemand ihre Verpflichtungen übernehmen könnte (*trifft eher nicht zu* oder *trifft gar nicht zu*) (Abbildung 106).

⁵² Zusammenhang zwischen „Kinder unter 15 im Haushalt“ und „erwartete Probleme zu Hause“: $\chi^2(3) = 58,7$, $p < 0,001$, $V = 0,17$.

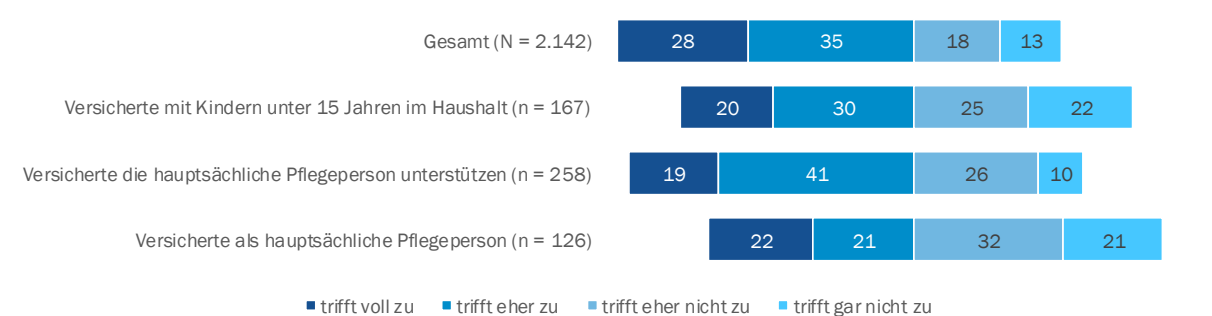
⁵³ Zusammenhang zwischen „Pflegeperson“ und „erwartete Probleme zu Hause“: $\chi^2(6) = 188,8$, $p < 0,001$, $V = 0,22$.

Abbildung 106: Erwartete Übernahme von Verpflichtungen zu Hause während einer stationären Rehabilitation

Frage: Versorgen Sie in Ihrem Haushalt Kinder im Alter unter 15 Jahren?

Frage: Versorgen Sie zurzeit pflegebedürftige, chronisch erkrankte oder durch Behinderung hilfsbedürftige Personen in Ihrem persönlichen Umfeld?

Frage: Wenn ich eine stationäre Rehabilitation machen würde, könnte jemand meine Verpflichtungen zu Hause übernehmen.
(Anteile in %)



Quelle: Versichertenbefragung

© Prognos AG 2019

Sind Kinder unter 15 Jahren im Haushalt⁵⁴ oder pflegebedürftige Personen im persönlichen Umfeld⁵⁵, sinkt der Anteil der Befragten, die angeben, dass jemand ihre Verpflichtungen übernehmen könnte. Nur noch die Hälfte der Versicherten mit Kindern (*trifft eher zu* oder *trifft voll zu*) und 43 Prozent der Versicherten, die sich als hauptsächliche Pflegeperson bezeichnen, wüssten, dass jemand ihre Verpflichtungen während ihrer Abwesenheit übernehmen könnte (Abbildung 106).

Wenngleich die Gruppen der Versicherten mit Kindern unter 15 Jahren im Haushalt oder pflegebedürftigen Personen im persönlichen Umfeld klein sind, ist anzunehmen, dass deren Verpflichtungen eine entscheidende Barriere für die Inanspruchnahme einer stationären Rehabilitation darstellen. Auch ist zu beachten, dass für diese Befragung nur Versicherte des Geburtsjahrgangs 1964 ausgewählt wurden. Bei jüngeren Versicherten ist die Wahrscheinlichkeit noch größer, dass jüngere Kinder im Haushalt versorgt werden und private Verpflichtungen im Entscheidungsprozess für die Teilnahme an einer Rehabilitation für eine größere Gruppe der Versicherten eine Rolle spielen.

Versicherte in einer festen Partnerschaft mit gemeinsamen Haushalt (n = 1.620, 76 %) (s. auch Tabelle 19) würden während ihrer Abwesenheit seltener Probleme zu Hause befürchten als Versicherte, die nicht in einer festen Partnerschaft leben (n = 511, 24 %).⁵⁶ Dies kann darin begründet sein, dass Verpflichtungen von der Partnerin/vom Partner übernommen werden können. Versicherte, die mit einer Partnerin/einem Partner zusammenleben, nehmen zu 66 Prozent an, dass ihre Verpflichtungen übernommen werden (*trifft eher zu* oder *trifft voll zu*), während dies auf 54 Prozent der Versicherten ohne Partner/Partner zutrifft (ohne Abbildung).

⁵⁴ Zusammenhang zwischen „Kinder unter 15 im Haushalt“ und „Übernahme von Verpflichtungen“: $\chi^2(3) = 20,4$, $p < 0,001$, $V = 0,10$.

⁵⁵ Zusammenhang zwischen „Pflegeperson“ und „Übernahme von Verpflichtungen“: $\chi^2(6) = 53,3$, $p < 0,001$, $V = 0,12$.

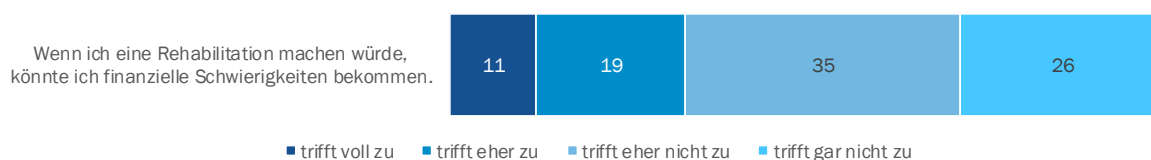
⁵⁶ Zusammenhang zwischen „Partnerschaft“ und „Übernahme von Verpflichtungen“: $\chi^2(3) = 22,5$, $p < 0,001$, $V = 0,11$.

Befürchtung finanzieller Schwierigkeiten

30 Prozent der befragten Versicherten äußern die Befürchtung, dass sie finanzielle Schwierigkeiten bekommen könnten, wenn sie eine Rehabilitation machen würden (Abbildung 107). Insbesondere Versicherte, die alleinlebend sind (n = 511, 24 %), würden bei einer Rehabilitation finanzielle Schwierigkeiten befürchten. Während Versicherte in einer festen Partnerschaft mit gemeinsamen Haushalt (n = 1.620, 76 %) zu 27 Prozent angeben, finanzielle Schwierigkeiten zu bekommen (*trifft eher zu* oder *trifft voll zu*), äußern diese Befürchtung 38 Prozent der Versicherten, die nicht in einer festen Partnerschaft leben.⁵⁷

Abbildung 107: Befürchtung finanzieller Schwierigkeiten

Frage: Stellen Sie sich vor, Sie würden innerhalb des nächsten Jahres an einer medizinischen Rehabilitation teilnehmen.
(N = 2.142, Anteile in %)



Quelle: Versichertenbefragung

© Prognos AG 2019

Betrachtet man nur die Versicherten, die bisher keinen Antrag gestellt und auch keine Antragstellung beabsichtigten, obwohl sie sich durch ihren derzeitigen Gesundheitszustand *stark* oder *sehr stark beeinträchtigt* fühlen (n = 87) (s. auch Tabelle 24), ist der Anteil der Befragten hoch, die finanzielle Schwierigkeiten durch die Inanspruchnahme einer Rehabilitation befürchten. 39 Prozent dieser Gruppe nennen finanzielle Schwierigkeiten als Barriere für die Inanspruchnahme einer Rehabilitation (*trifft eher zu* oder *trifft voll zu*) (Abbildung 108).

Abbildung 108: Befürchtung finanzieller Schwierigkeiten bei „antragsberechtigten“ Versicherten ohne (Intention zur) Antragstellung

Frage: Stellen Sie sich vor, Sie würden innerhalb des nächsten Jahres an einer medizinischen Rehabilitation teilnehmen.

Nur Versicherte, die sich *sehr stark beeinträchtigt* oder *stark beeinträchtigt* fühlen* und „antragsberechtigt“ sind, aber noch keinen Antrag gestellt und dies auch nicht geplant haben.**
(n = 87, Anteile in %)



Quelle: Versichertenbefragung

© Prognos AG 2019

* Frage: Fühlen Sie sich durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand im Privatleben und im Beruf beeinträchtigt?

** s. auch Tabelle 24.

⁵⁷ Zusammenhang zwischen „Partnerschaft“ und „Befürchtung finanzielle Schwierigkeiten“: $\chi^2(3) = 34,3, p < 0,001, V = 0,13$.

Auch aus den offenen Angaben auf die Frage nach Gründen, warum die Versicherten keinen Antrag stellen würden (s. auch Abbildung 114), geht hervor, dass aufgrund von Zuzahlungen finanzielle Belastungen befürchtet werden. Die Sorge um finanzielle Belastung ist womöglich auch auf eine mangelnde Informiertheit der Versicherten über die Übernahme von Kosten für Reise, Unterkunft, Verpflegung und Behandlung durch den Rentenversicherungsträger sowie den Anspruch auf Lohnfortzahlung zurückzuführen:

Zitat: Muss mich um Mutter kümmern, wer sonst? Und falls, wer bezahlt das?

Zitat: Finanzielle Probleme durch Einkommenseinbußen, durch die Zuzahlung.

Zitat: Ich befürchte finanzielle Nachteile.

Zitat: Kostenübernahme ist mir unbekannt.

Zitat: Finanzielle Probleme, da ich schon bei der Arbeit reduzieren musste.

Berufliche Barrieren der Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation

Neben privaten Barrieren könnten berufliche Rahmenbedingungen entscheidungsrelevante Aspekte für die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation darstellen, da die Teilnahme an einer Rehabilitation in der Regel mit dem Fernbleiben vom Arbeitsplatz verbunden ist. Abbildung 109 zeigt die Einschätzung von erwerbstätigen Versicherten (n = 1.963, 92 %) (s. auch Tabelle 17) zu unterschiedlichen beruflichen Barrieren für die Teilnahme an einer Rehabilitation.

Abbildung 109: Einschätzung von beruflichen Barrieren für die Inanspruchnahme einer Rehabilitation

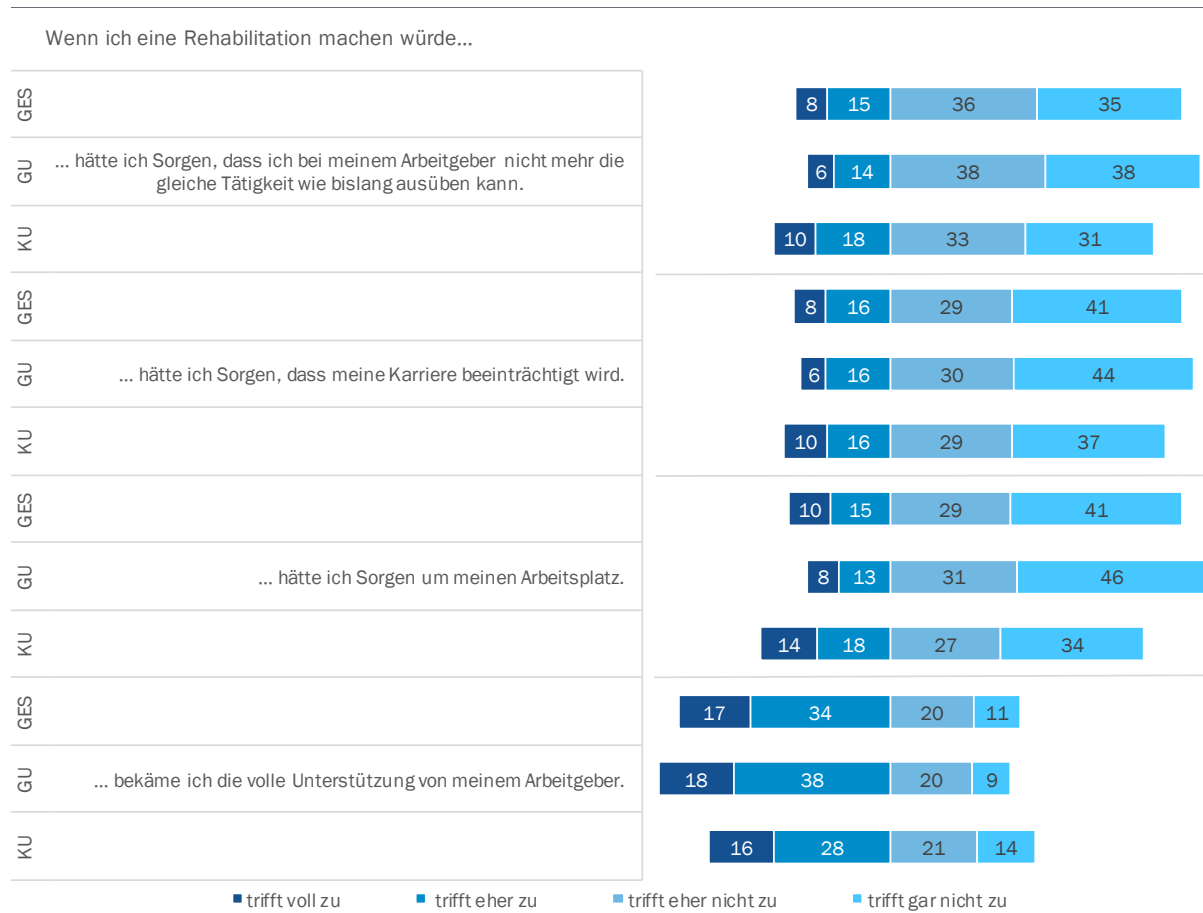
Frage: Stellen Sie sich vor, Sie würden innerhalb des nächsten Jahres an einer medizinischen Rehabilitation teilnehmen. Nur Versicherte, die derzeit voll erwerbstätig, in Teilzeitbeschäftigung oder geringfügig/unregelmäßig erwerbstätig sind*

GES = Gesamt (n = 1.963)

GU = Große Unternehmen (Versicherte in Unternehmen mit über 100 Beschäftigten) (n = 1.202)**

KU = Kleine Unternehmen (Versicherte in Unternehmen mit bis zu 100 Beschäftigten) (n = 748)**

(Anteile in %)



Quelle: Versichertenbefragung

© Prognos AG 2019

* Frage: Üben Sie derzeit eine Erwerbstätigkeit aus?

** Frage: Wie groß ist das Unternehmen, in dem Sie arbeiten?

Insgesamt betrachtet befürchtet knapp ein Viertel der Versicherten berufliche Nachteile durch die Teilnahme an einer Rehabilitation (jeweils *trifft eher zu* oder *trifft voll zu*) und 31 Prozent würden nicht mit der vollen Unterstützung vom Arbeitgeber rechnen (*trifft eher nicht zu* oder *trifft gar nicht zu*). Für Versicherte, die in kleineren Unternehmen (mit bis zu 100 Beschäftigten) tätig sind (s. auch Tabelle 18), spielen berufliche Barrieren eine etwas größere Rolle als für Versicherte in Unternehmen mit mehr als 100 Beschäftigten. Umgekehrt gehen Beschäftigte in größeren Unternehmen eher von der vollen Unterstützung des Arbeitgebers aus (56 % *trifft eher zu* oder *trifft voll zu*) als Beschäftigte in kleineren Unternehmen (44 % *trifft eher zu* oder *trifft voll zu*).⁵⁸

⁵⁸ Zusammenhang zwischen „Unternehmensgröße“ (dichotomisiert) und „Unterstützung durch Arbeitgeber“ (bei Erwerbstätigen): $\chi^2(3) = 22,5, p < 0,001, V = 0,12$.

Die Ergebnisse zeigen, dass neben der privaten Situation auch berufliche Aspekte gleichermaßen Einfluss auf die Bereitschaft zur Inanspruchnahme einer Rehabilitation ausüben können. Dies gilt sowohl für das männliche als auch für das weibliche Geschlecht. Allerdings fallen berufliche Barrieren für mehr Männer ins Gewicht als für Frauen. Während berufliche Barrieren für jeweils rund 20 Prozent der Frauen relevant sind (*trifft eher zu* oder *trifft voll zu*), trifft dies auf rund 27 Prozent der Männer zu. Insbesondere in Bezug auf die Karriere befürchten mehr Männer Einbußen (28 % *trifft eher zu* oder *trifft voll zu*) als Frauen (20 % *trifft eher zu* oder *trifft voll zu*)⁵⁹ (ohne Abbildung).

Neben den bereits im Fragebogen erfassten beruflichen Barrieren, äußern die Befragten in Ihren offenen Antworten (s. auch Abbildung 114) die Angst vor Stigmatisierung am Arbeitsplatz, Imageverlust gegenüber Kolleginnen und Kollegen sowie Personalknappheit als Gründe, wieso sie keinen Antrag stellen würden:

Zitat: Stigmatisierung im berufl. Bereich.

Zitat: Bei der Arbeit wird es belächelt.

Zitat: Mobbing durch Kollegen.

Zitat: Kollegen reden schlecht hinter meinem Rücken.

Zitat: Es "outet" einen als besonders krank fehlendes Verständnis des Arbeitgebers.

Zitat: Eine erneute Reha könnte im Beruf negativ auffallen (man wird nicht als gesund wahrgenommen).

Zitat: Arbeit würde liegen bleiben, die ich nachholen müsste.

Zitat: Die Personalbesetzung auf der Arbeit ist so knapp, dass ich es meinen Kollegen nicht zumuten kann.

Zitat: Krankenschwester, Personalknappheit, gehemmt bzgl. Kollegen und Arbeitgeber

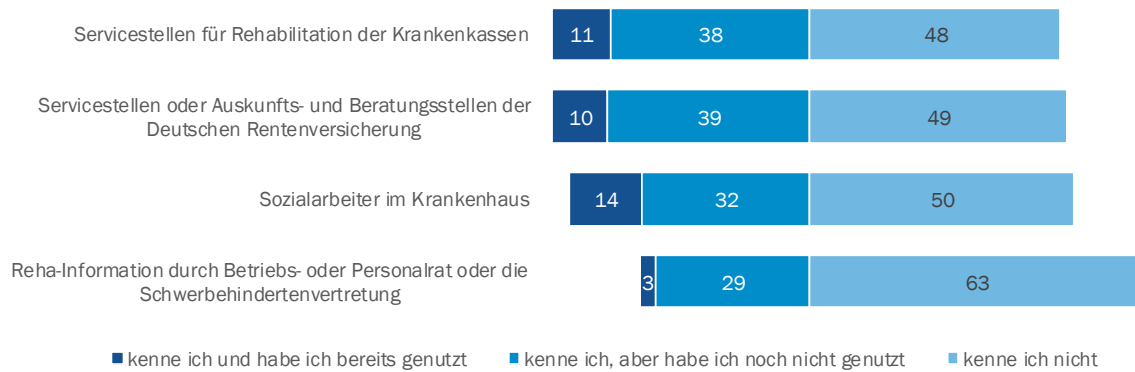
Kenntnis und Nutzung von Informations-/Beratungs-/Unterstützungsangeboten

Verschiedene Stellen, die über die medizinische Rehabilitation informieren und beraten können, sind den Versicherten größtenteils unbekannt bzw. werden von den Versicherten nicht genutzt. So geben knapp zwei Drittel der Befragten an, nicht zu wissen, dass Betriebsräte oder die Schwerbehindertenvertretung über Rehabilitationsmöglichkeiten informieren (*kenne ich nicht*). Die restlichen Versicherten kennen das Angebot zwar, haben es aber noch nicht genutzt. Lediglich drei Prozent der Befragten geben an, dass sie sich bereits haben informieren lassen. Mehr Versicherte kennen Servicestellen für Rehabilitation als Angebot der Krankenkassen und Servicestellen oder Auskunft- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung und etwa jede/r Zehnte hat diese Angebote bereits genutzt (Abbildung 110).

⁵⁹ Zusammenhang zwischen Geschlecht und „Sorgen um die Karriere“ (bei Erwerbstätigen): $\chi^2(3) = 25,4$, $p < 0,001$, $V = 0,12$.

Abbildung 110: Kenntnis und Nutzung von Informations- und Beratungsangeboten

Frage: Es gibt verschiedene Stellen, die über die medizinische Rehabilitation informieren und beraten können. Welche von diesen Informations- und Beratungsangeboten kennen Sie oder haben Sie schon einmal genutzt?
(N = 2.142, Anteile in %)



Quelle: Versichertenbefragung

© Prognos AG 2019

Von den Befragten geben 66 Versicherte (3 %) an, die deutsche Sprache ausreichend oder schlechter zu beherrschen (s. auch Tabelle 15). Auffällig ist, dass bis auf wenige Ausnahmen keiner der Versicherten mit eingeschränkter Sprachkompetenz die Informations- und Beratungsangebote kennt und genutzt hat. Die meisten dieser Befragten geben an, die Angebote nicht zu kennen (ohne Abbildung).

Servicestellen oder Auskunfts- und Beratungsstellen der DRV werden von den Versicherten in den neuen Bundesländern etwas häufiger genutzt (15 % *kenne ich und habe ich bereits genutzt*) als von den Versicherten in den alten Bundesländern (ohne Berlin) (9 %)⁶⁰ (ohne Abbildung).

Ärztliche Empfehlung und Unterstützung

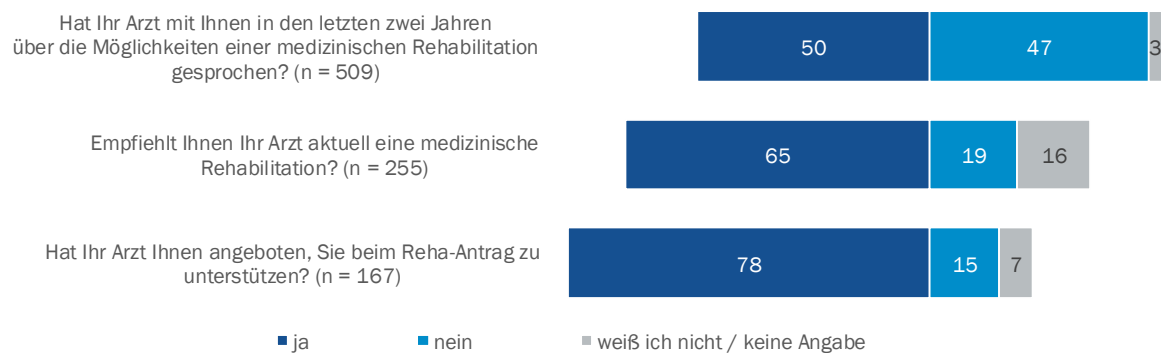
Haus- und Fachärztinnen und -ärzte sind für Patientinnen und Patienten häufig die ersten Ansprechpersonen auf dem Weg zur Rehabilitation. Ihnen kommt bei der Antragstellung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eine entscheidende Rolle als „Gatekeeper“ zu. Sie entscheiden mit, ob die Patientin/der Patient einen Antrag stellt und können bei der Antragstellung Unterstützung leisten. 87 Prozent der befragten Versicherten geben an, eine bestimmte Ärztin/einen bestimmten Arzt zu haben, an die/den Sie sich normalerweise wenden, wenn sie krank sind. Betrachtet man von diesen Versicherten diejenigen, die sich durch ihren derzeitigen Gesundheitszustand im Privatleben und im Beruf *stark* oder *sehr stark beeinträchtigt* fühlen, zeigt sich, dass bei der Hälfte dieser Versicherten, die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt in den letzten zwei Jahren über die Möglichkeiten einer medizinischen Rehabilitation gesprochen hat (Abbildung 111). Bei der anderen Hälfte fand das Thema nach Angaben der Befragten im ärztlichen Gespräch überhaupt keine Erwähnung – trotz möglichen Rehabilitationsbedarfs aufgrund der empfundenen gesundheitlichen Beeinträchtigung im Privatleben und Beruf. Zwei Drittel der Versicherten, die mit ihrer Ärztin/ihrem Arzt über Möglichkeiten einer Rehabilitation gesprochen haben, geben an, dass ihnen ihre Ärztin/ihr Arzt auch eine medizinische Rehabilitation empfiehlt. Wird eine

⁶⁰ Zusammenhang zwischen „Ost-West“ und „Servicestellen oder A+B- Stellen der DRV“: $\chi^2(2) = 26,1, p < 0,001, V = 0,11$.

Empfehlung ausgesprochen, bieten die Ärztinnen und Ärzte überwiegend auch ihre Unterstützung bei der Antragstellung an (78 %).

Abbildung 111: Ärztliche Empfehlung für eine medizinische Rehabilitation und Unterstützung bei der Antragstellung bei Versicherten mit gesundheitlicher Beeinträchtigung

Nur Versicherte, die eine Stammärztin/Stammarzt* haben und sich *sehr stark* oder *stark beeinträchtigt* fühlen** (n = 509, Anteile in %)



Quelle: Versichertenbefragung

© Prognos AG 2019

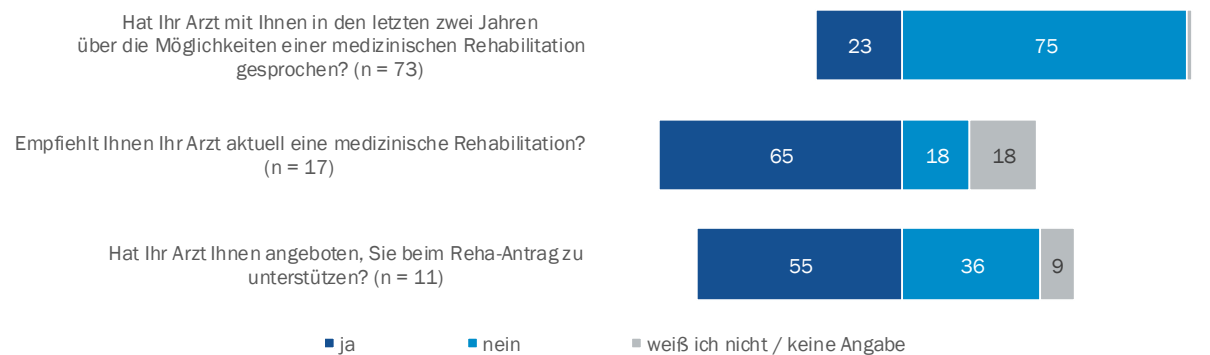
* Frage: Haben Sie einen bestimmten Arzt (z. B. Hausarzt, Facharzt, Psychotherapeut), an den Sie sich normalerweise wenden, wenn Sie krank sind?

** Frage: Fühlen Sie sich durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand im Privatleben und im Beruf beeinträchtigt?

Von den „antragsberechtigten“ Versicherten mit möglichem Rehabilitationsbedarf, die bisher keinen Antrag auf medizinische Rehabilitation gestellt und dies auch nicht geplant haben (s. auch Tabelle 24), haben 73 Versicherte (43 %) eine bestimmte Ärztin/einen bestimmten Arzt, an die/den Sie sich normalerweise wenden, wenn sie krank sind. Auffällig ist, dass bei einem Viertel dieser Versicherten mit der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt in den letzten zwei Jahren überhaupt nicht über die Möglichkeiten einer medizinischen Rehabilitation gesprochen wurde (Abbildung 112). Wenn das Thema zur Sprache kam (23 %), wurde auch zu 65 Prozent eine medizinische Rehabilitation empfohlen. Häufig wurde dann jedoch keine Unterstützung bei der Antragstellung angeboten (36 %).

Abbildung 112: Ärztliche Empfehlung für eine medizinische Rehabilitation und Unterstützung bei der Antragstellung bei „antragsberechtigten“ Versicherten ohne (Intention zur) Antragstellung

Nur Versicherte, die eine Stammärztin/Stammarzt* haben, sich *sehr stark beeinträchtigt* oder *stark beeinträchtigt* fühlen** und „antragsberechtigt“ sind, aber noch keinen Antrag gestellt und dies auch nicht geplant haben.***
(n = 87, Anteile in %)



Quelle: Versichertenbefragung

© Prognos AG 2019

* Frage: Haben Sie einen bestimmten Arzt (z. B. Hausarzt, Facharzt, Psychotherapeut), an den Sie sich normalerweise wenden, wenn Sie krank sind?

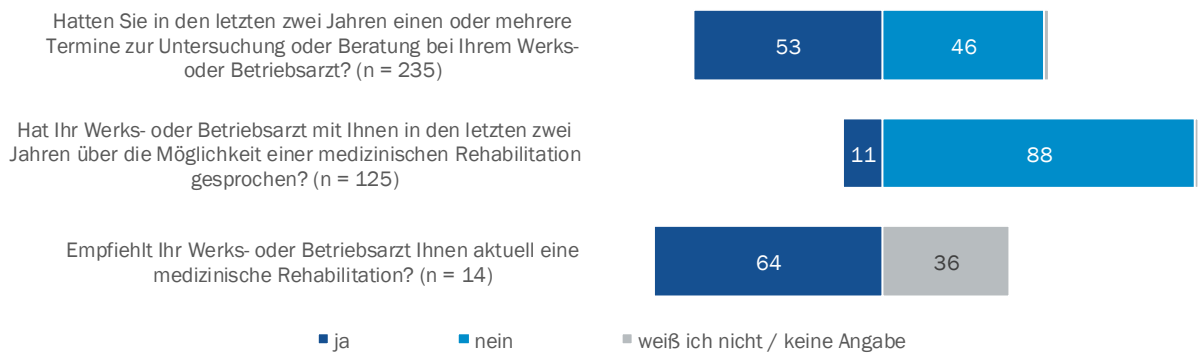
** Frage: Fühlen Sie sich durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand im Privatleben und im Beruf beeinträchtigt?

*** s. auch Tabelle 24.

Von den 1.963 derzeit erwerbstätigen Befragten, arbeitet die Hälfte in einem Unternehmen, in dem ein/e Werks- oder Betriebsärztin/arzt tätig ist. Gut die Hälfte der Befragten (53 %) mit *starker* oder *sehr starker* gesundheitlicher Beeinträchtigung im Privatleben und Beruf hatte in den letzten zwei Jahren einen oder mehrere Termine bei der/beim Betriebsärztin/arzt (Abbildung 113). Jedoch wurde in lediglich jedem Zehnten dieser Beratungsgespräche über die Möglichkeiten einer medizinischen Rehabilitation gesprochen. In neun dieser 14 Fälle wurde von der/dem Betriebsärztin/arzt eine Empfehlung für eine medizinische Rehabilitation ausgesprochen.

Abbildung 113: Betriebsärztliche Empfehlung für eine medizinische Rehabilitation bei Versicherten mit gesundheitlicher Beeinträchtigung

Nur Versicherte, die derzeit voll erwerbstätig, in Teilzeitbeschäftigung oder geringfügig/unregelmäßig erwerbstätig sind*, in einem Unternehmen mit Werks-/Betriebsarzt arbeiten** und sich *sehr stark* oder *stark beeinträchtigt* fühlen*** (n = 235)
(Anteile in %)



Quelle: Versichertenbefragung

© Prognos AG 2019

* Frage: Üben Sie derzeit eine Erwerbstätigkeit aus?

** Frage: Ist in Ihrem Unternehmen ein Werks- oder Betriebsarzt tätig?

*** Frage: Fühlen Sie sich durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand im Privatleben und im Beruf beeinträchtigt?

Einige Befragte äußern auch in ihren offenen Antworten (s. auch Abbildung 114) die fehlende Empfehlung für eine Rehabilitation durch ihre/n Ärztin/Arzt bzw. die fehlende Bereitschaft, bei der Antragstellung zu unterstützen als Gründe, die gegen eine Antragstellung sprechen:

Zitat: Arzt meint Reha macht kein Sinn.

Zitat: Arzt kann keine geeignete Rehaklinik empfehlen.

Zitat: Ärzte sprechen die Möglichkeit einer Reha nicht immer an.

Zitat: Ärzte unterstützen/informieren mich nicht ausreichend.

Zitat: Der Hausarzt scheut sich vor Schreibearbeit.

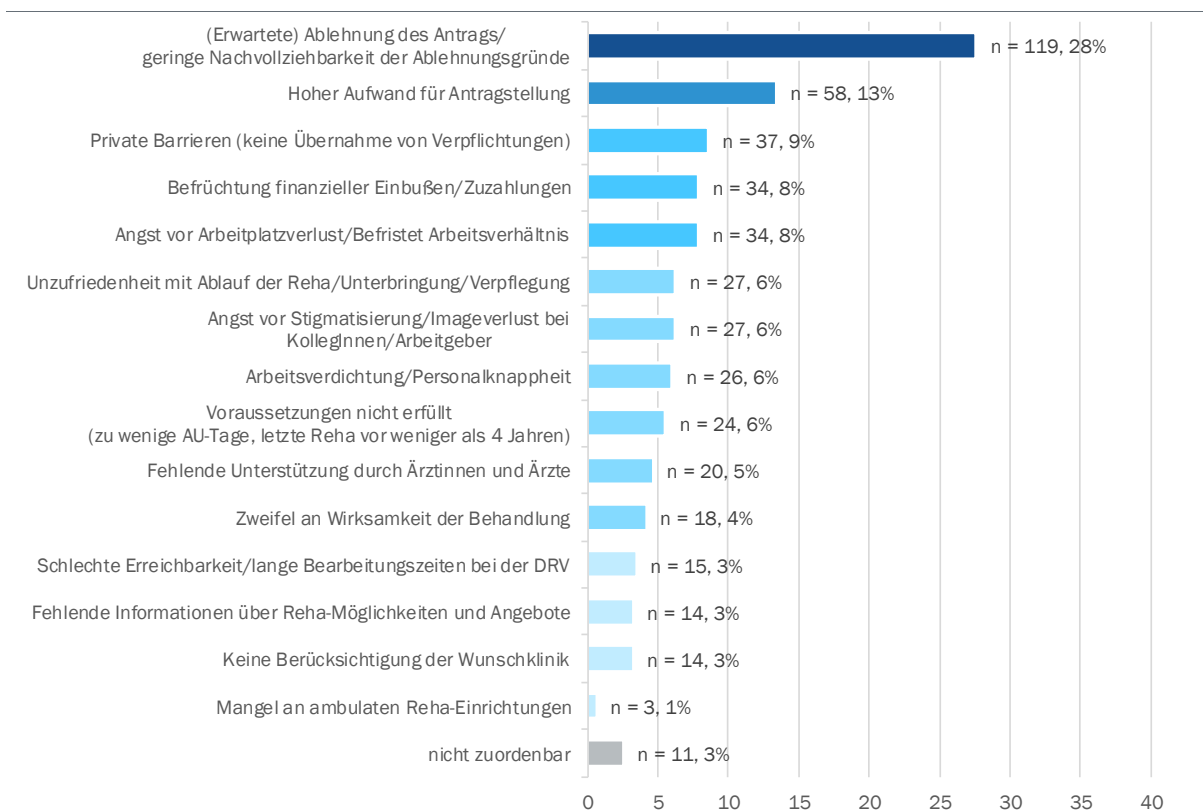
Weitere offen genannte Barrieren für die Inanspruchnahme einer Rehabilitation

Die Versicherten wurden abschließend nach weiteren Gründen gefragt, warum sie keinen Antrag auf Rehabilitation stellen würden. Insgesamt haben 431 Befragte (20 %) Angaben gemacht. Häufig wurden an dieser Stelle Barrieren genannt, die bereits im Fragebogen erfasst wurden: fehlendes Vertrauen in die Bewilligung eines Antrags, der hohe (zeitliche) Aufwand, der mit einer Antragstellung einhergeht, berufliche und private Hürden, die Befürchtung, finanzieller Schwierigkeiten (Abbildung 114).

Neben den bereits im Fragebogen erfassten Barrieren, gaben einige Versicherte (n = 24) an, von einer Antragstellung abzusehen, da sie aufgrund fehlender Voraussetzungen erwarten, dass ihr Antrag nicht bewilligt werden würde, da bereits eine Rehabilitation in Anspruch genommen wurde, die weniger als vier Jahre zurückliegt oder dass zu wenige Arbeitsunfähigkeitstage vorliegen. 15 Befragte kritisierten die schlechte Erreichbarkeit von Ansprechpersonen bei der DRV bzw. lange Bearbeitungszeiten und 14 Befragte befürchteten, dass ihrem Wunsch- und Wahlrecht bezüglich einer Rehabilitationseinrichtung nicht entsprochen werden würde.

Abbildung 114: Offen genannte Gründe (kategorisiert) gegen eine Antragstellung bzw. Inanspruchnahme einer Rehabilitation

Gibt es weitere Gründe, warum Sie keinen Reha-Antrag stellen würden?*(n = 431, Anteile in %)



Quelle: Versichertenbefragung

© Prognos AG 2019

* Mehrfachnennungen möglich. Anteil bezogen auf Anzahl der Antwortenden (n = 431)

Impressum

Analyse des Antragsrückgangs bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Endbericht

Erstellt im Auftrag von

Deutsche Rentenversicherung Bund
Ruhrstraße 2
10709 Berlin
Telefon: 030 865-0
Fax: 030 865-27240
E-Mail: DRV@DRV-Bund.de
Internetadresse: www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Bearbeitet von

Prognos AG
Goethestraße 85
10623 Berlin
Telefon: +49 30 52 00 59-210
Fax: +49 30 52 00 59-201
E-Mail: info@prognos.com
www.prognos.com
twitter.com/Prognos_AG

Autoren

Dr. Stefan Moog
Sören Mohr
Johann Weiß
Tilmann Knittel
Dr. Ronny Klein
Carsten Madday

Kontakt

Sören Mohr (Projektleitung)
Telefon: +49 211 91 316-121
E-Mail: soeren.mohr@prognos.com

Satz und Layout: Prognos AG
Bildnachweis(e): © iStock – Christopher Fletcher

Stand: August 2019
Copyright: 2019, Prognos AG

Alle Inhalte dieses Werkes, insbesondere Texte, Abbildungen und Grafiken, sind urheberrechtlich geschützt. Das Urheberrecht liegt, soweit nicht ausdrücklich anders gekennzeichnet, bei der Prognos AG. Jede Art der Vervielfältigung, Verbreitung, öffentlichen Zugänglichmachung oder andere Nutzung bedarf der ausdrücklichen, schriftlichen Zustimmung der Prognos AG.

Zitate im Sinne von § 51 UrhG sollen mit folgender Quellenangabe versehen sein: Prognos AG (2019): Analyse des Antragsrückgangs bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Endbericht, Forschungsgutachten im Auftrag der DRV Bund, Freiburg/Düsseldorf.