

Antragsverhalten zur onkologischen Reha – eine Expertenstudie (AZORE)

Bundeskongress der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) | 14./15. November 2019 | Kaiserpalais Kassel

Ausgangslage

Problemstellung: Die absolute Anzahl an neuerkrankten Krebspatienten hat sich seit den 70er Jahren beinahe verdoppelt (Barnes et al., 2016). Ursächlich hierfür sind der demografische Wandel und das mit zunehmendem Alter ansteigende Risiko für eine Krebserkrankung (ebd.). Gleichzeitig haben sich aufgrund der verbesserten Früherkennung und verbesserten Behandlungsmöglichkeiten die Überlebenseinsichten von Krebspatienten wesentlich verbessert (Deck et al., 2018). Die Krebsüberlebenden leiden häufig über Jahre hinweg an den physischen (z. B. Neuropathien) und psychischen (z. B. Depressionen) Krankheitsfolgen und möglichen therapiebedingten Nebenwirkungen (z. B. Osteoporose) (Mehnerth & Koch, 2008; Servaes, Verhagen & Bleijenberg, 2002). Aufgrund dieser Entwicklungen könnte in der Gesellschaft von einem zunehmenden Bedarf an onkologischen Rehabilitationsleistungen ausgegangen werden und ließe sich eine steigende Rate der Inanspruchnahme vermuten. Entgegen dieser Annahme legen Daten der DRV allerdings sowohl im Bereich der Anschlussrehabilitation als auch im Bereich der allgemeinen Heilverfahren stagnierende bis rückläufige Antragszahlen offen (DRV, 2018). Die Inanspruchnahme variiert je nach Altersgruppe und Geschlecht der Patienten (ebd.), in Abhängigkeit der Diagnose (Bartel et al., 2005; Koch, 2000), sowie aufgrund persönlicher und Umgebungsfaktoren wie u.a. der Wunsch nach Alltag und Normalität (Deck et al., 2018), Zeitmangel aufgrund von familiären Verpflichtungen (Miedema & Easley, 2012), Ängste um den Arbeitsplatz (Reichert, Augurzky & Tauchmann, 2015) und Skepsis hinsichtlich der Effektivität der Rehabilitationsleistung (Lehmann et al., 2012). Neben persönlichen Gründen von Patienten werden strukturelle und behandlerseitige Barrieren, wie u.a. eine unzureichende Weitergabe von Informationen z. B. über den Rehabilitationsanspruch (Rutten, Arora, Bakos, Aziz & Rowland, 2005) sowie das fehlende Ineinandergreifen des Zuweisungssystems als Barriere (Nwosu, Bayly, Gaunt & Mayland, 2012; Yang et al., 2015) diskutiert.

Methodik

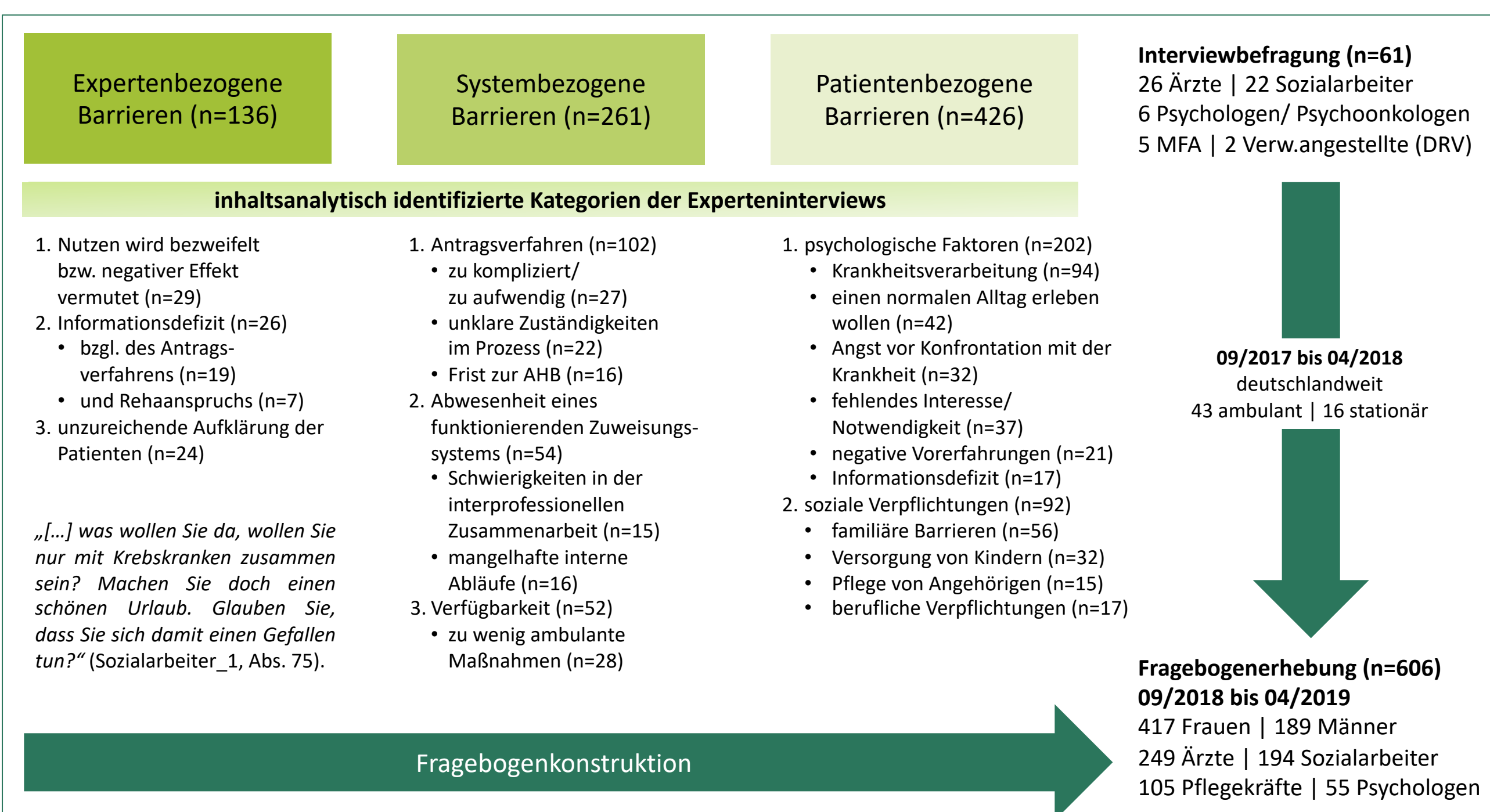


Abb. 1: Ergebnisse der Interviewbefragung. Die angegebenen Zahlen in den Klammern beschreiben, wie häufig der generierte Code vergeben wurde. Traten bei einem Interviewten pro Code mehrere Codierungen auf, so wurden diese im Rahmen der Auszählung pro Teilnehmer nur einmal als Nennung gewertet.

Ergebnisse

Interviewbefragung von Experten

In dem Datenmaterial konnten übergeordnete Themen identifiziert werden, aus denen sich drei Hauptkategorien ergaben, die in insgesamt 18 Subkategorien weiter ausdifferenziert wurden. In der Summe wurden $n = 826$ Aussagen der Interviewten codiert und den Unterkategorien der **Expertenbezogenen** ($n=136$), **Systembezogenen** ($n=261$) und **Patientenbezogenen Barrieren** ($n=429$) zugeordnet (siehe Abb. 1).

Fragebogenherhebung

An der online-Befragung nahmen 417 Frauen (68.81%) und 189 Männer (31.19%) teil. Die Teilnehmenden waren durchschnittlich 50.82 Jahre alt ($SD=10.39$) und arbeiteten im Durchschnitt seit 17 Jahren ($M=17.48$, $SD=9.75$) in der Beratung oder Behandlung von onkologischen Patienten. Von den 606 Befragten stammten 503 (83.00%) aus den alten Bundesländern. Die meisten Teilnehmenden waren Ärzte ($n=249$, 41.09%), gefolgt von Sozialarbeitern ($n=194$, 32.01%), Pflegekräften ($n=105$, 17.33%) und Psychologen ($n = 55$, 9.08%). Die teilnehmenden Männer waren zu 83.60% ($n=158$) als Ärzte tätig. Die Frauen arbeiteten zu 42.69% als Sozialarbeiterinnen ($n=178$), gefolgt von Pflegekräften (23.98%, $n=100$) und Ärztinnen (21.82%; $n=91$).

Arbeitssetting	Häufigkeit	Prozent
Einrichtung der ambulanten Versorgung	190	31.35
Krankenhaus/Klinik	346	57.10
Krebsberatungsstelle	64	10.56
Beratungsstelle der DRV	1	0.17
Sonstiges	5	0.83
Gesamt	606	100.00

Tab. 1: Arbeitssetting der teilnehmenden Experten

Die höchste Zustimmung (Skala von 1=niedrige Zustimmung bis 6=hohe Zustimmung) erfuhr das Item „Die Vermittlung von multimorbiden Patienten ist zu schwierig“ ($M=4.55$, $SD=1.31$), gefolgt von „Das Antragsverfahren ist für Patienten mit Migrationshintergrund schlecht verständlich“ ($M=4.27$, $SD=1.34$) und „Die Frist für die Anschlussheilbehandlung (AHB) ist zu starr“ ($M=4.21$, $SD=1.42$). Mit einem Mittelwert von 4.18 scheint auch der „Wunsch nach Normalität“ ($SD=1.30$) eine bedeutsame Barriere bei der Antragstellung zu sein. Den geringsten Zuspruch erhielten die Items „Ein Berater rät von einem Reha-Antrag“ ($M=1.72$, $SD=0.95$) und „Ein Behandler rät von einem Reha-Antrag ab“ ($M = 2.04$, $SD = 1.22$). Im Endergebnis konnten sieben Faktoren identifiziert werden. Von besonderer Bedeutung sind Aspekte der Krankheitsverarbeitung, das Zuweisungssystem und die eingeschränkte Refähigkeit der Patienten.

- Krankheitsverarbeitung ($M=3.73$; $SD=0.89$; $\alpha=.86$; $m=9$)**
 - Wunsch nach Normalität
 - Überzeugung sich anderweitig besser erholen zu können
 - Sorge durch andere Patienten zusätzlich belastet zu werden
- Zuweisungssystem ($M=3.35$; $SD=1.08$; $\alpha=.90$; $m=10$)**
 - mangelnde Patientenaufklärung
 - mangelhafte Abläufe innerhalb von Einrichtungen
 - unzureichende Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Einrichtungen
- Refähigkeit ($M=3.25$; $SD=0.88$; $\alpha=.63$; $m=4$)**
 - fehlenden Refähigkeit des Patienten
 - schwierigen Integration der Reha in den Behandlungsverlauf
 - körperliche Überforderung des Patienten durch eine Reha
- Antragsverfahren ($M=2.97$; $SD=1.07$; $\alpha=.90$; $m=8$)**
 - umfangreiche Antragsformulare
 - aufwändige Antragsverfahren
 - bestehende unklare Zuständigkeiten bei Rückfragen
- Unerfüllte Patientenwünsche ($M=2.93$; $SD=0.89$; $\alpha=.81$; $m=6$)**
 - Ablehnung der Wunschklarinik
 - lange Wartezeiten
 - nicht zu realisierende Mitnahme von Familienangehörigen
- Soziale Verpflichtungen ($M=2.90$; $SD=0.89$; $\alpha=.76$; $m=5$)**
 - Versorgung von Kindern und Angehörigen
 - arbeitsplatzbezogene Verpflichtungen
 - finanzielle Beweggründe
- Niedriger Stellenwert ($M=2.21$; $SD=0.89$; $\alpha=.73$; $m=4$)**
 - Experten raten von einer Reha ab
 - der Reha-Bedarf wird unterschätzt

58 Kliniken waren Organkrebszentren, 116 Onkologische Zentren (OZ) und 73 Spitzenzentren (CCC). 42 der Arbeitssettings lagen ländlich, 91 in einer Kleinstadt, 181 in einer mittleren und 292 in einer Großstadt.

Aktueller Forschungsstand

Derzeit liegen nur wenige Studien vor, die Gründe für eine Nichtinanspruchnahme untersuchen. Bei der Mehrzahl der vorliegenden Studien handelt es sich häufig um patientenseitige Erhebungen. Insbesondere für das deutsche Rehabilitationssystem liegen zum jetzigen Zeitpunkt kaum Studien vor, welche die Sichtweise von in der onkologischen Versorgung und Beratung tätigen Experten einschließen. Die Experten haben jedoch eine bedeutsame Funktion, da sie die Inanspruchnahme beispielsweise über die Bedarfserhebung und die Weitergabe von Informationen wesentlich steuern. Um einer möglichst großen Anzahl der Krebsüberlebenden einen Zugang zur wirksamen onkologischen Rehabilitationsleistung zu ermöglichen, erscheint es folglich notwendig, sowohl aus Patienten- als auch aus Expertensicht, Zugangsbarrieren zu identifizieren. Die Ergänzung beider Perspektiven ermöglicht es, der Antragstellung entgegenstehende Barrieren zu benennen und darauf aufbauend Handlungsempfehlungen zur Optimierung des Rehabilitationszugangs abzuleiten.

Forschungsinteresse

Die AZORE-Studie untersuchte deutschlandweit aus Sicht von verschiedenen Expertengruppen Gründe für die in den letzten Jahren stagnierenden bis rückläufigen Antragszahlen im Bereich der onkologischen Rehabilitation. Als Experten zählen Personengruppen, die in der onkologischen Versorgung von Patienten als Behandler oder Berater tätig sind und durch ihre Funktion wesentlich zur Antragstellung beitragen. In die Studie wurden Ärzte, Sozialarbeiter, Pflegenden, Medizinische Fachangestellte (MFA), Psychologen, Psychoonkologen und Vertreter aus der Administration und Verwaltung befragt.

Fragestellung: Welche Gründe für die Nichtinanspruchnahme von onkologischen Rehabilitationsleistungen (AHB und AHV) lassen sich aus Sicht von verschiedenen Expertengruppen benennen?

- Zeigen sich zwischen den befragten Expertengruppen Unterschiede bei der Benennung von Zugangsbarrieren?
- Sind eine inhaltliche Strukturierung der Zugangsbarrieren und eine Skalenbildung (z. B. in strukturelle, patientenbezogene und expertenbezogene Barrieren) möglich?
- Bestehen statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen den gebildeten Skalen und Drittvariablen (z. B. Alter, Geschlecht)?
- Wie ist die Einstellung und Haltung der befragten Expertengruppen bezüglich der Notwendigkeit und des Nutzens von onkologischen Rehabilitationsleistungen?

Die Studie gliederte sich in einen qualitativen und einen quantitativen Teil. Die qualitative Datenerhebung erfolgte mittels teilstrukturierter Experten-Interviews und diente der ersten empirischen Exploration des Forschungsfelds. Das qualitativ inhaltsanalytisch erstellte Kategoriensystem (Abb.1) und weitere aus der Literatur identifizierte Barrieren bildeten die Grundlage für die Entwicklung eines standardisierten Fragebogeninstruments. In der Phase der Fragebogenkonstruktion wurden zudem Rückmeldungen vonseiten der Kooperationspartner eingeholt und Prätestungen ($n=4$) mit verschiedenen Expertengruppen durchgeführt. Der fertiggestellte Fragebogen umfasste neben relevanten demografischen Angaben insgesamt 68 Items zu möglichen Barrieren bei der Antragstellung.

Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

Für einen erleichterten Rehabilitations-Zugang rücken strukturelle Barrieren wie das Antragsverfahren in den Fokus, wobei auf Grundlage der AZORE-Studie besonders die bestehende AHB-Frist hervorzuheben ist. Darüber hinaus wurde die Antragstellung von den Experten als zu kompliziert bzw. als sehr zeitintensiv wahrgenommen.

Hinzu kommt aus Sicht der Experten, dass das Antragsverfahren für Patienten mit Migrationshintergrund schlecht verständlich ist. Auch hier besteht Handlungsbedarf zukünftig Informationsmaterialien und Antragsformulare in weiteren (Welt-) Sprachen bereit zu stellen.

Bei Rückfragen bezüglich des Antragsverfahrens wird sowohl aus Experten- wie auch aus Patientensicht (Deck et al., 2000) von einer schlechten Erreichbarkeit der Kostenträger berichtet, dem durch ausreichend personelle Kapazität oder den Ausbau von (internetbasierten) Informationen begegnet werden könnte.

Weiterhin sollten klare Regelungen bei den Zuständigkeiten vorliegen. Das bezieht sich auf die Abläufe innerhalb der Kostenträger sowie von Einrichtungen der Versorgungslandschaft. Diese Mängel in der internen und externen Kommunikation können mit Problemen bei der Sicherstellung einer sektorenübergreifenden Patientenversorgung einhergehen.

Auch der Wunsch von Patienten nach Normalität sowie Prozesse der Krankheitsbewältigung werden zur Barriere, wenn sie nicht im Prozess der Beratung und Behandlung aufgegriffen werden.

Der Sozialdienst kann einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, Patienten den Zugang zu einer Reha-Maßnahme zu ermöglichen. Sozialarbeiter nehmen die Lebenslagen der Betroffenen mittels einer bio-psycho-sozialen Perspektive in den Blick und haben insofern die lebensweltlichen Bezüge ihrer Adressaten im Fokus. Aufgaben von Vernetzung und Kooperation gehören zu ihren berufsspezifischen Tätigkeiten, insbes. mit Blick auf das Entlassmanagement und den Austausch mit weiteren an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen (v. a. Ärzte und Pflegepersonal), beispielsweise in Form von interdisziplinären Fallbesprechungen (Kurlmann, 2010).

Barriere	Handlungsempfehlung
Expertenbezogen	Informationsdefizit
Systembezogen	Antragsverfahren
	Abläufe innerhalb von Einrichtungen
Patientenbezogen	Krankheitsverarbeitung
Expertenbezogen	Informationsdefizit
Systembezogen	Antragsverfahren
Patientenbezogen	Krankheitsverarbeitung
Expertenbezogen	Informationsdefizit
Systembezogen	Antragsverfahren
Patientenbezogen	Krankheitsverarbeitung

Autor*innen des Posters
Rademaker, Anna Lena, Dr. phil., M.A. Soziale Arbeit⁵; Dresch, Carolin, M.Sc. Gesundheitspädagogik¹
Kontakt: anna.lena.rademaker@dvsg.org

Projektteam: Weis, J.², Bartsch, H.-H.¹, Dresch, C.¹, Mailwald, P.¹, Valentini, J.³, Heidt, V.⁴, Kurlmann, U.^{5,6}, Rademaker, A.L.⁵, Cosanne, E.⁵
¹Klinik für onkologische Rehabilitation, Universitätsklinikum Freiburg,
²Tumorzentrum/CCC Freiburg, Universitätsklinikum Freiburg,
³Universitätsklinikum Tübingen, ⁴Wissenschaftliches Institut der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen, ⁵Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG),
⁶Universitätsklinikum Münster.

Literaturangaben
Barnes, B., Kraywinkel, K., Nowosadeck, E., Schönfeld, J., Starkler, A., Wienicke, A., & Wolf, U. (2016). Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016.
Bartel, C., Pritzkuweit, R., Waldmann, A., Tempelin, S., Katalinic, A., & Raspe, H. (2005). Welche Brustkrebspatientinnen nehmen eine Reha-Maßnahme in Anspruch [Tagungsband Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium].
De Angelis, R., Sant, M., Coleman, M. P., Francisci, S., Baili, P., Pierannunzio, D., ... Capocaccia, R. (2014). Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EUROCARE-5—a population-based study. *The Lancet Oncology*, 15(1), 23-34.
Deck, Ruth, Babae, V., & Katalinic, A. (2018). Gründe für die Nichtinanspruchnahme einer onkologischen Rehabilitation. Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von Patienten aus onkologischen Versorgungszentren. Die Rehabilitation.
DRV. (2018). Reha-Bericht 2018. Abgerufen von Deutsche Rentenversicherung Bund Website.
Koch, U. (2000). Aktuelle Entwicklungen in der onkologischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 39(06), 315-316.
Lehmann, C., Beierlein, V., Hagen-Aukamp, C., Kerschgens, C., Rhee, M., Fröhlich, S., ... Bergelt, C. (2012). Psychosoziale Einflussfaktoren für die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen bei Patienten mit einer Prästadienkrebserkrankung: Die Rehabilitation, 51(03), 166-170.
Mehnerth, Anja, & Koch, U. (2008). Psychological comorbidity and health-related quality of life and its

association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(4), 383-391.
Miedema, B., & Easley, J. (2012). Barriers to rehabilitative care for young breast cancer survivors: a qualitative understanding. *Supportive Care in Cancer*, 20(6), 1193-1201.
Nwosu, A. C., Bayly, J. L., Gaunt, K. E., & Mayland, C. R. (2012). Lung cancer and rehabilitation—what are the barriers? Results of a questionnaire survey and the development of regional lung cancer rehabilitation standards and guidelines. *Supportive Care in Cancer*, 20(12), 3247-3254.
Reichert, A. R., Augurzky, B., & Tauchmann, H. (2015). Self-perceived job insecurity and the demand for medical rehabilitation: does fear of unemployment reduce health care utilization? *Health Economics*, 24(1), 8-25.
Rutten, L. J. F., Arora, N. K., Bakos, A. D., Aziz, N., & Rowland, J. (2005). Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1960-2003). *Patient Education and Counseling*, 57(3), 250-261.
Servaes, P., Verhagen, C., & Bleijenberg, G. (2002). Fatigue in cancer patients during and after treatment. *European Journal of Cancer*, 38(1), 27-43.
Yang, E. J., Chung, S. H., Jeon, J. K., Seo, K. S., Shim, H. H., Hwang, J. H., & Lim, J. Y. (2015). Current Practice and Barriers in Cancer Rehabilitation: Perspectives of Korean Physiatrists. *Cancer Research and Treatment*, 47(3), 370-378.

DEUTSCHE VEREINIGUNG
FÜR SOZIALE ARBEIT
IM GESUNDHEITSWESEN E.V.

DVSG

Gemeinsam für die Soziale Arbeit
im Gesundheitswesen.