

**Vulnerabilität und unerfüllte Behandlungswünsche
im Kontext der Gesundheitsversorgung**

Dissertation

*zur Erlangung des Grades eines Doktors der Wirtschaftswissenschaft
der Rechts- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät
der Universität Bayreuth*

*Vorgelegt von
Sarah Heidenreiter
geboren in
Amberg*

Helmbrechts, Februar 2025

Dekan: Prof. Dr. Claas Christian Germelmann

Erstberichterstatter: Prof. Dr. Dr. med. habil. Dr. phil. Dr. theol. h.c. Eckhard Nagel

Zweitberichterstatterin: Prof. Dr. Susanne Tittlbach

Datum der mündlichen Prüfung: 15. Juli 2025

Danksagung

Die vorliegende Dissertation wurde im Rahmen einer Promotion am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth angefertigt. An dieser Stelle möchte ich mich bei all denen bedanken, die mich auf vielfältige Weise bei meinem Promotionsvorhaben begleitet haben.

Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel, für sein Vertrauen in meine Arbeit, seine Unterstützung und seine konstruktiven Ratschläge während meiner Promotionszeit. Ebenso danke ich Frau Prof. Dr. Susanne Tittlbach für die Übernahme des Zweitgutachtens und die prägende Begleitung meiner akademischen Laufbahn bereits während meines Bachelorstudiums.

Ein großer Dank gilt meinen Kolleginnen und Kollegen am Institut für Medizinmanagement, bei der GWS – Gesundheit, Wissenschaft, Strategie GmbH und der Bayreuther Akademie für Gesundheitswissenschaften e.V.: Danke für den kollegialen Austausch, euer Feedback zu meinen Texten und die wertvollen Diskussionen, egal ob auf dem Flur, bei einer Tasse Kaffee oder in unseren regelmäßigen Update-Calls. Prof. Dr. Michael Lauerer möchte ich meinen besonderen Dank für die wertvolle fachliche Unterstützung und die vertrauensvolle Zusammenarbeit in den letzten Jahren aussprechen. Deine Denkanstöße und unsere gemeinsame Arbeit an den Publikationen haben mich auf meinem Weg maßgeblich vorangebracht.

Meinen Freundinnen Bianca, Christina und Annika danke ich von Herzen für ihr offenes Ohr für meine Erzählungen über die Freuden und Herausforderungen des Promovierens. Danke für die vielen kleinen und großen Momente, die wir – trotz der teils großen räumlichen Distanz – während meiner Promotionszeit miteinander erleben konnten. Meiner Familie gilt mein tief empfundener Dank. Mama und Papa, ohne eure bedingungslose Unterstützung während des Studiums wäre all das nicht

möglich gewesen. Danke, dass ihr immer an mich geglaubt und mich ermutigt habt, nach meinem Bachelor das Fach zu wechseln und den Weg zur Gesundheitsökonomie einzuschlagen, auch wenn dieser mit Herausforderungen verbunden war. Meinen Schwiegereltern, Elke und Jürgen, danke ich für die Kuchenlieferungen und die unzähligen Tassen Kaffee in ihrer Küche – eure offene Tür und eure Herzlichkeit war mir eine wichtige Stütze. Meinen Omas Anna und Marianne danke ich für ihre beständigen Nachfragen, wann die Doktorarbeit denn nun (endlich) fertig sei – eure Neugier hat mich nicht nur motiviert, sondern auch stets zum Schmunzeln gebracht. Mein größter Dank gilt abschließend meinem Mann Felix, der all die Höhen und Tiefen dieser intensiven Zeit an meiner Seite miterlebt hat. Du hast mir den Rücken freigehalten, mich ermutigt und mir die Zeit eingeräumt, die ich für diese Arbeit gebraucht habe. Danke für dein geduldiges Zuhören, deine uneingeschränkten Aufmunterungen und jede einzelne Umarmung in der Endphase dieser Dissertation.

Alle bereits veröffentlichten Publikationen wurden mit Genehmigung des Herausgebers abgedruckt.

Zusammenfassung

Mit der SARS-CoV-2-Pandemie rückten der Schutz und die Gesundheitsversorgung vulnerabler Gruppen verstärkt in den Fokus öffentlicher Debatten. Studien weisen darauf hin, dass die Zugehörigkeit zu einer vulnerablen Personengruppe mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für unerfüllter Behandlungswünsche einhergehen kann. Diese gelten als Indikator für den Zugang zur Gesundheitsversorgung bzw. die gerechte Verteilung von gesundheitsbezogenen Leistungen. Bisher werden unerfüllte Behandlungswünsche im wissenschaftlichen Diskurs in Deutschland nur lückenhaft abgebildet. Die vorliegende Dissertation adressiert daher unerfüllte Behandlungswünsche und Vulnerabilität im Kontext der Gesundheitsversorgung.

Im Rahmen von drei qualitativen Interviewstudien werden unerfüllte Behandlungswünsche und deren Ursachen für folgende Zielgruppen in Deutschland exploriert: Gesetzlich und privat Krankenversicherte, jüngere und ältere Menschen mit niedrigem subjektivem Sozialstatus in sozial deprivierten Räumen des Ruhrgebiets sowie jüngere und ältere Menschen mit geistiger, psychischer oder mehrfacher Behinderung in einer Einrichtung derselben Region. Die Ergebnisse offenbaren ähnliche Muster unerfüllter Behandlungswünsche, die insbesondere in der ambulanten Versorgung auftreten. Strukturelle Barrieren – wie lange Wartezeiten oder fehlende Erstattungen bestimmter Leistungen durch die Krankenversicherungen – sowie Defizite in der Arzt-Patienten-Interaktion erweisen sich als zentrale Ursachen. Die Studien deuten darauf hin, dass viele unerfüllte Behandlungswünsche aus einem komplexen Zusammenspiel systembedingter und individueller Faktoren seitens der Leistungserbringenden und Patient:innen hervorgehen. Zur Reduktion dieser Versorgungsdefizite erscheint eine integrierte Strategie erforderlich. Mögliche Interventionen könnten auf die Verringerung von Wartezeiten – insbesondere bei Fach-

ärzt:innen – abzielen, Schulungen für Leistungserbringende zur zielgruppengerechten Kommunikation umfassen oder Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Patient:innen beinhalten.

Darüber hinaus widmet sich diese Arbeit in einer weiteren empirischen Untersuchung der Frage, wie eine Rehabilitation während der SARS-CoV-2-Pandemie für eine besonders vulnerable Patient:innengruppe – Kinder und Jugendliche vor und nach Organtransplantationen – sicher umgesetzt werden kann. Die Interviews mit Kindern, ihren Erziehungsberechtigten und dem Personal eines Rehabilitationszentrums zeigen, dass die pandemiebedingten Einschränkungen von den Befragten unterschiedlich belastend erlebt wurden, insbesondere aufgrund von Verunsicherung und sozialer Isolation. Die Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme ermöglichte den Familien einen sozialen Austausch in einem sicheren Umfeld und trug somit sowohl zur Bewältigung der pandemiebedingten Belastungen als auch zum Abbau der damit verbundenen Ängste bei. Eltern und Mitarbeitende berichteten von einem hohen Sicherheitsempfinden und bewerteten die Hygiene- und Schutzmaßnahmen als adäquat und verhältnismäßig. Die Untersuchung verdeutlicht, dass eine sichere Rehabilitation unter strengen Schutzmaßnahmen möglich ist, gleichzeitig aber ein erhöhter psychosozialer Unterstützungsbedarf der Familien besteht. Die Sicherstellung einer adäquaten psychosozialen Begleitung über die Rehabilitation hinaus könnte auch unabhängig von Pandemiebedingungen Gegenstand weiterführender Studien sein.

Insgesamt liefert diese Dissertationsschrift neue Erkenntnisse zu Zugangs- und Inanspruchnahmebarrieren sowie zu einer bedarfs- und zielgruppengerechten Gesundheitsversorgung vulnerabler Personengruppen. Die Ergebnisse weisen auf prioritäre Handlungsfelder zur Verbesserung der Versorgungsgerechtigkeit hin und

können als Grundlage für weiterführende Untersuchungen dienen – etwa zur Übertragbarkeit auf andere vulnerable Gruppen oder zur langfristigen Analyse der Auswirkungen von Reformen auf unerfüllte Behandlungswünsche.

Abstract

With the SARS-CoV-2 pandemic, the protection and health care of vulnerable groups have increasingly become the focus of public debate. Studies indicate that belonging to a vulnerable population group is associated with a higher likelihood of unmet health care needs. These are considered an indicator of access to health care and the equitable distribution of health-related services. To date, unmet health care needs have only been insufficiently represented in the scientific discourse in Germany. This dissertation therefore addresses unmet health care needs and vulnerability in the context of health care.

Within the framework of three qualitative interview studies, unmet health care needs and their causes were explored for the following target groups in Germany: individuals with statutory and private health insurance, younger and older people with a low subjective social status living in socially deprived areas of the Ruhr region, as well as younger and older individuals with intellectual, psychological, or multiple disabilities in an institution in the same region. The findings reveal similar patterns of unmet health care needs, primarily occurring in outpatient care. Structural barriers – such as long waiting times or the lack of reimbursement for specific services by health insurances – as well as deficits in physician-patient communication emerge as key causes. The studies indicate that many unmet health care needs result from a complex interplay of systemic and individual factors on the part of both health care providers and patients. Addressing these care deficiencies requires an integrated strategy. Potential interventions could include reducing waiting times, particularly for specialist care, providing training for health care providers on target group-oriented communication, or implementing measures to enhance patients' health literacy.

Furthermore, this dissertation includes an additional empirical study examining how rehabilitation could be safely implemented during the SARS-CoV-2 pandemic

for a particularly vulnerable patient group – children and adolescents before and after organ transplantation. Interviews with children, their parents, and staff at a rehabilitation center show that the pandemic-related restrictions were perceived as burdensome in varying degrees, particularly due to uncertainty and social isolation. Participation in a rehabilitation program enabled families to engage in social exchange within a safe environment, contributing both to coping with pandemic-related burdens and reducing associated fears. Parents and staff reported a high sense of safety and rated the hygiene and protective measures as appropriate and proportionate. The study demonstrates that safe rehabilitation is possible under strict protective measures while also highlighting an increased need for psychosocial support for families. Ensuring adequate psychosocial care beyond rehabilitation could be the subject of future research, regardless of pandemic conditions.

Overall, this dissertation provides new insights into barriers to access and utilization as well as the needs-based and target group-specific health care of vulnerable populations. The findings highlight priority areas for action to improve health care equity and can serve as a foundation for further studies – such as examining the transferability of results to other vulnerable groups or for long-term analyses of the impact of policy reforms on unmet health care needs.

Inhaltsverzeichnis

1. Aufbau der Dissertation.....	1
TEIL I: EINLEITUNG	3
2. Forschungskontext und Motivation	4
3. Charakterisierung der Publikationen und ihr Beitrag zur Dissertation	14
4. Zusätzliche Beiträge.....	23
TEIL II: ARTIKEL.....	24
5. Unerfüllte Behandlungswünsche und deren Ursachen in Deutschland: Eine quantitative Inhaltsanalyse semi-strukturierter Leitfadeninterviews	25
6. Unerfüllte Behandlungswünsche jüngerer und älterer Menschen in sozial deprivierten Räumen: eine qualitative Interviewstudie im Ruhrgebiet ...	53
7. Unerfüllte Behandlungswünsche jüngerer und älterer Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung: Eine Pilotstudie in einer Einrichtung im Ruhrgebiet.....	96
8. Rehabilitation organtransplantiertes Kinder und deren Familien in der SARS-CoV-2-Pandemie: Eine qualitative Studie	151
TEIL III: ÜBERGREIFENDE DISKUSSION	232
9. Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse und Schlussfolgerungen ...	233
10. Limitationen und weiterführender Forschungsbedarf.....	240

1. Aufbau der Dissertation

Vier Publikationen bilden die Grundlage für die vorliegende kumulative Dissertation zum Thema Vulnerabilität und unerfüllte Behandlungswünsche im Kontext der Gesundheitsversorgung. Zwei wesentliche Forschungsfragen stehen im Fokus:

- A. *„Welche unerfüllte Behandlungswünsche haben jüngere und ältere Menschen (i) in sozial deprivierten Räumen bzw. (ii) mit geistigen, psychischen und mehrfachen Behinderungen in einer Wohneinrichtung sowie (iii) gesetzlich und privat Krankenversicherte in Deutschland?“*
- B. *„Wie kann eine sichere Rehabilitation für Kinder und Jugendliche vor und nach Organtransplantation während der SARS-CoV-2-Pandemie gelingen?“*

Diese Fragestellungen werden mit einer Kombination aus qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden im Rahmen von drei Forschungsprojekten untersucht.

Als Gesamtwerk ist die Dissertation in drei Hauptteile untergliedert: TEIL I führt im Sinne einer Einleitung in die Thematik ein und stellt Forschungskontext und Motivation (Kapitel 2) sowie eine Charakterisierung der einzelnen Publikationen mit ihrem Beitrag zur Dissertation (Kapitel 3) dar. Der Einführungsteil schließt mit einer Übersicht weiterer Publikationen, die die Doktorandin während ihrer Promotionszeit erarbeitet bzw. maßgeblich mitgestaltet hat. Dort angeführte Beiträge wurden zusätzlich zu den vier im Rahmen der Dissertation angefertigten Publikationen erstellt und fließen daher nicht in diese Dissertationsschrift mit ein (Kapitel 4). Die vier für das vorliegende Werk zentralen Veröffentlichungen bilden zusammen TEIL II (Kapitel 5-8). Daran angeschlossen (TEIL III) finden sich zunächst eine Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse und Schlussfolgerungen (Kapitel 9). Die Arbeit endet mit einer Reflexion der Limitationen und des weiteren Forschungsbedarfs (Kapitel 10).

Die kumulative Dissertationsschrift wurde gemäß der Promotionsordnung der Fakultät für Rechts- und Wirtschaftswissenschaften der Universität Bayreuth vom 20. Mai 2022, ergänzt durch die Änderungssatzung vom 30. März 2023 erstellt. Sie enthält ein übersichtliches Inhaltsverzeichnis für das gesamte Werk sowie jeweils ein eigenes Literaturverzeichnis in den Kapiteln, die Zitate enthalten. Auf ein gesondertes Abbildungs-, Tabellen- und Abkürzungsverzeichnis wurde bewusst verzichtet, da die Artikel unverändert in die Dissertation integriert wurden und somit die ursprüngliche Nummerierung von Abbildungen und Tabellen erhalten bleibt. Die geforderte substantielle Einleitung findet sich in TEIL I, während die Zusammenfassung in TEIL III enthalten ist.

TEIL I: EINLEITUNG

2. Forschungskontext und Motivation

Der **Vulnerabilitätsbegriff** fand mit der Sars-CoV-2 Pandemie verstärkt Eingang in den gesellschaftlichen Diskurs und den politischen Sprachgebrauch.¹ „Vulnerabilität“ leitet sich vom aus dem Lateinischen stammenden Adjektiv „vulnerabel“ ab und bedeutet im Allgemeinen „verwundbar“ oder „verletzlich“.²

Wissenschaftlich findet der Begriff der Vulnerabilität seit den letzten drei Jahrzehnten multidisziplinär Verwendung und hat bspw. in der Medizin, Psychologie, technischen, wirtschafts-, sozial- und geisteswissenschaftlichen Disziplinen an Bedeutung gewonnen. Verschiedene gesellschaftliche und kulturelle globale Entwicklungen wie der Klimawandel, Armut, Pandemien, politische Konflikte, Krieg und Fluchtbewegungen oder die Verwundbarkeit von technischen Infrastrukturen legen nahe, die Verletzlichkeit sowohl von Gegenständen, technischen Systemen als auch von Individuen, sozialen Gruppen und politischen Gebilden stärker in den Fokus zu rücken.³

Vor diesem Hintergrund kann „mit dem Begriff der Vulnerabilität [...] ein ubiquitärer Komplex sehr verschiedenartiger Phänomene zusammengefasst“⁴ werden, für den aufgrund seiner multidisziplinären Anwendung unter Bezugnahme zu verschiedenen Problemstellungen keine einheitliche Definition vorliegt.⁵ Dennoch haben viele Begriffsbestimmungen mit Blick auf das Mensch-Umwelt-System fächerübergreifend die Annahme gemeinsam, dass sowohl Individuen als auch Systeme verwundbar bzw. empfindlich gegenüber Umwelteinflüssen sind.⁶ In der vorliegenden Arbeit wird Vulnerabilität grundlegend als multidimensionales Konstrukt

¹ Vgl. Lessenich 2020, S. 454.

² Duden 2018.

³ Vgl. Hornberg und Maschke 2017, S. 43–44; Dederich und Zirfas 2022, S. 1–2.

⁴ Dederich und Zirfas 2022, S. 2.

⁵ Vgl. Hornberg und Maschke 2017, S. 43; Bürkner 2010, S. 6.

⁶ Vgl. Hornberg und Maschke 2017, S. 44.

verstanden, in welchem „Menschen einerseits aufgrund ihres Menschseins an sich oder aufgrund bestehender Gefährdungen, Risiken oder bereits eingetretenen Schädigungen und schließlich aufgrund der Zugehörigkeit zu einer besonders vulnerablen Gruppe verletzbar sind“.⁷

Individuum und Gesellschaft stehen hierbei in einem wechselseitigen Verhältnis: Menschen können z. B. aufgrund von biologischen Prädispositionen eine individuelle Form der Vulnerabilität aufweisen.⁸ Gleichzeitig können Gesellschaft und Kultur auch verletzungsmächtig gegenüber Individuen sein und damit verschiedene Formen der Vulnerabilität bedingen, die nicht ausschließlich auf individuelle Faktoren zurückgeführt werden können. Dabei gilt zu berücksichtigen, dass „anthropologisch bedingte Modi der Vulnerabilität eine bestimmte ökonomische, soziale oder politische Umwelt voraussetzen, damit es zu Verletzungen oder Schädigungen kommt.“⁹ D. h. neben dem Individuum an sich und der Gesellschaft sind auch die bestehenden Lebens- bzw. Umweltbedingungen zu berücksichtigen.

Vulnerabilität kann zudem als Potential verstanden werden, welches „auf noch nicht eingetretene Ereignisse oder Erfahrungen verweist“¹⁰ und zugleich relativ und relational ist: Vulnerabilität existiert also nicht grundsätzlich, sondern „lässt sich nur im nicht auflösbaren Bezug zu spezifischen sozialen, kulturellen, historischen und gesellschaftlichen Zusammenhängen und individuellen Erfahrungen konzipieren“.¹¹ Damit fordert das anthropologische Verständnis der Vulnerabilität eine besondere Aufmerksamkeit für mögliche Verletzungen und regt zur Reflexion über die Verantwortlichkeit Einzelner und Gruppen an – sei es auf rechtlicher, morali-

⁷ Dederich und Zirfas 2022, S. 3.

⁸ Vgl. Margraf 2016.

⁹ Dederich und Zirfas 2022, S. 4.

¹⁰ Dederich und Zirfas 2022, S. 4.

¹¹ Dederich und Zirfas 2022, S. 4.

scher oder politischer Ebene. Diese Perspektive erlaubt es den Sozial- und Geisteswissenschaften, nicht nur spezifische Verletzlichkeiten zu analysieren, sondern auch die Ursachen und Bedingungen zu untersuchen, die Verletzlichkeit hervorrufen können. Gleichzeitig wird der Blick auf potenziell verletzende Handlungen oder Wirkmechanismen gelenkt. Damit eröffnet sich die Möglichkeit, die Kontexte und Ursachen von Verletzlichkeit systematisch zu erfassen und zu benennen und im nächsten Schritt Bedingungen zu schaffen, um im Sinne einer Prävention Verletzungen zu verhindern.¹²

Die im Bereich der Medizin und Gesundheitswissenschaften vorherrschenden Definitionen von Vulnerabilität weisen Parallelen zur gerade skizzierten anthropologischen Begriffserklärung auf. So etwa definiert das Robert Koch-Institut (RKI) im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes vulnerable Personengruppen als „aufgrund ihrer körperlichen und/oder seelischen Konstitution (z. B. Behinderung, psychische Störung, Schwangerschaft, hohes Alter) oder/und aufgrund ihrer besonderen sozialen Situation (z. B. obdachlose Frauen) verletzlichere (vulnerable) Personenkreise“¹³. Auch hier wird ein Zusammenspiel aus individuellen und gesellschaftlichen Faktoren sowie den Umwelt- und Lebensbedingungen deutlich.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) betont (hier in Bezug auf Katastrophenvorsorge) ebenfalls den Einfluss physischer, sozialer, ökonomischer und umweltbedingter Faktoren, welche die Anfälligkeit eines Individuums, einer Gemeinschaft oder von Systemen erhöhen können. Dabei wird die Verletzlichkeit durch eine Vielzahl an bspw. historischen, politischen, kulturellen, institutionellen und natürlichen

¹² Vgl. Dederich und Zirfas 2022, S. 4–5.

¹³ Robert Koch-Institut 2008.

Ressourcenprozessen bestimmt: Sie prägen einerseits das Leben und die Lebensweise der Menschen und können dabei andererseits verschiedene Faktoren begünstigen, die zur Entstehung oder Verschärfung von Verwundbarkeit beitragen. Dazu zählen etwa das Leben in Katastrophengebieten oder in schlechten Wohnverhältnissen, schlechter Gesundheitszustand, politische Spannungen oder der Mangel an lokalen Institutionen oder Vorsorgemaßnahmen. Vulnerabilität als Konstrukt ist relevant, um das Gesundheitsrisiko für Individuen und Gruppen zu identifizieren. Hier wird die Potentialität der Vulnerabilität erneut deutlich. Bestimmte Personengruppen können aufgrund von Merkmalen wie Alter, Geschlecht und sexueller Identität, Ethnie, Kultur, Religion, Behinderung, sozioökonomischem Status, geografischer Lage oder Migrationsstatus anfälliger, d. h. vulnerabler sein.¹⁴

Da Vulnerabilität immer auch relational begriffen werden muss, gibt es auch in den Gesundheitswissenschaften keine abschließende Auflistung von vulnerablen Bevölkerungsgruppen. So können diese je nach Bezugsrahmen unterschiedliche Personengruppen umfassen: Eine Vulnerabilität bspw. gegenüber spezifischen Infektionskrankungen muss nicht automatisch mit einer Vulnerabilität hinsichtlich bestimmter psychischer Erkrankungen, des Risikos für Gewalterfahrung oder gesundheitlicher Auswirkungen des Klimawandels einhergehen.

Als Grundlage für die vorliegende Arbeit werden daher in Anlehnung an die beschriebenen Definitionen der WHO bzw. des RKI folgende Personengruppen als vulnerabel definiert:

- (1) Ältere Menschen und Individuen im Entwicklungsstadium (d. h. Kinder und Jugendliche)

¹⁴ Vgl. WHO.

- (2) Frauen und LGBTQI+¹⁵
- (3) Ethnische und religiöse Minderheiten
- (4) Geflüchtete und Migrant:innen
- (5) Personen mit chronischen Erkrankungen bzw. Vorerkrankungen
- (6) Menschen mit Behinderungen
- (7) Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status (SES)
- (8) Menschen, die in Armut oder informellen Arbeitsverhältnissen leben

Diese Dissertation stellt mehrere der oben aufgeführten vulnerable Personengruppen in den Fokus der Betrachtung: Jüngere und ältere Menschen (mit niedrigem subjektivem Sozialstatus), die in sozial deprivierten Räumen leben (1 und 7), Menschen mit Behinderungen (6) sowie Kinder vor und nach Organtransplantationen (1 und 5).

Es gibt Hinweise, dass Vulnerabilität – bspw. aufgrund eines niedrigen SES¹⁶ oder einer Behinderung¹⁷ – mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen eines **unerfüllten Behandlungswunsches** einhergehen kann. Ein unerfüllter Behandlungswunsch adressiert im Allgemeinen den Unterschied zwischen Gesundheitsleistungen, die von Patient:innen als notwendig erachtet werden, um ein bestimmtes Gesundheitsproblem zu lösen, und den tatsächlich in Anspruch genommenen Leistungen.¹⁸ Das Vorliegen von unerfüllten Behandlungswünschen gilt als Indikator für den Zugang zur Gesundheitsversorgung bzw. die gerechte Verteilung von Gesundheitsleistungen. Daher kann die Analyse von unerfüllten Behandlungswün-

¹⁵ Die englische Abkürzung LGBTQI+ bzw. die deutsche Abkürzung LSBTIQ+ steht für „Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transgender, intergeschlechtliche und queere Menschen und weitere Geschlechtsidentitäten“ Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung.

¹⁶ Vgl. Lindström et al. 2017; Hoebel et al. 2017.

¹⁷ Vgl. Casey 2015.

¹⁸ Vgl. Sanmartin et al. 2002.

schen dazu beitragen, geografische, finanzielle, kulturelle und physische Zugänglichkeit abzubilden sowie Barrieren und Ungleichheiten zu beurteilen.¹⁹ Bisher werden unerfüllte Behandlungswünsche im wissenschaftlichen Diskurs in Deutschland nur lückenhaft abgebildet (siehe dazu auch Kapitel 5-7). Die vorliegende Dissertation adressiert daher unerfüllte Behandlungswünsche. Diese werden konkret im Rahmen von drei qualitativen Untersuchungen erfasst: Zunächst werden diese in einer explorativen Bürger:innenbefragung mit gesetzlich und privat Krankenversicherten in Deutschland analysiert (Artikel Nummer 1, Kapitel 5). Die Erkenntnisse werden ergänzt um zwei auf vulnerable Personengruppen fokussierte Interviewstudien im Ruhrgebiet, die unerfüllte Behandlungswünsche von jüngeren und älteren Menschen (mit niedrigem subjektivem Sozialstatus), die in sozial deprivierten Räumen leben, (Artikel Nummer 2, Kapitel 6) und jüngeren und älteren Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung einer Einrichtung (Artikel Nummer 3, Kapitel 7) explorieren.

Diese Untersuchungen werden von einer weiteren empirischen Studie flankiert. Bevor das entsprechende Paper mit seinen zentralen Fragestellungen vorgestellt wird, sollen die Spezifika der Motivation für die Studie und des Untersuchungsgegenstands hier kurz skizziert werden: Zu Beginn der SARS-CoV-2-Pandemie wurden im März 2020 weitgehend flächendeckend Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland und Österreich geschlossen. Es ist naheliegend, dass mit dem Wegfall von Rehabilitationsmaßnahmen auch Behandlungswünsche bei den Patient:innen unerfüllt geblieben sind. Die Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin (DGPRM) wies auf erhebliche negative gesundheitliche Folgen hin, wenn die Rehabilitation aufgeschoben wird.²⁰ Von den Schließungen war auch das

¹⁹ Vgl. Popovic et al. 2017; Allin und Masseria 2009; Pappa et al. 2013.

²⁰ Vgl. Gutenbrunner et al. 2020.

Reha-Zentrum Ederhof²¹ in Iselsberg (Osttirol, Österreich) betroffen: Es bietet als einziges in Europa ein Therapiekonzept an, welches ausschließlich auf Kinder und Jugendliche vor und nach Organtransplantation fokussiert. Diese Personengruppe ist aufgrund ihrer Grunderkrankung sowie der Einnahme von Immunsuppressiva besonders vulnerabel – auch im Hinblick auf eine mögliche SARS-CoV-2-Infektion. Nach etwa zweieinhalb Monaten Schließzeit konnte der Rehabilitationsbetrieb unter der Voraussetzung eines implementierten Hygiene- und Sicherheitskonzepts wieder aufgenommen werden. In Artikel Nummer 4 (Kapitel 8) wird über die wissenschaftliche Begleitung der strukturierten Wiedereröffnung berichtet und untersucht, wie eine sichere Rehabilitation unter Pandemiebedingungen für ein besonders vulnerables Klientel gelingen kann. Dabei stehen insbesondere das Erleben und Sicherheitsempfinden der Kinder vor und nach Organtransplantation und ihrer begleitenden Erziehungsberechtigten sowie des Personals im Fokus der Analyse.

Literatur

Allin, S.; Masseria, C. (2009): Unmet need as an indicator of access to health care in Europe. Research Note for the European Commission, Directorate-General Employment,. London School of Economics and Political Science. Online verfügbar unter <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=c5a2f79ff01396a7e4affa9540a29ae71c83ac0d>.

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung: LSB-TIQ+. Online verfügbar unter <https://www.bmz.de/de/service/lexikon/lstbiq-plus-56736>, zuletzt geprüft am 22.11.2024.

²¹ Vgl. o.V.

Bürkner, H.-J. (2010): Vulnerabilität und Resilienz. Forschungsstand und sozialwissenschaftliche Untersuchungsperspektiven. Working Paper No. 43. Leibniz-Institut für Regionalentwicklung und Strukturplanung, Erkner. Online verfügbar unter https://leibniz-irs.de/fileadmin/user_upload/IRS_Working_Paper/wp_vr.pdf, zuletzt geprüft am 01.02.2025.

Casey, R. (2015): Disability and unmet health care needs in Canada: a longitudinal analysis. In: *Disability and health journal* 8 (2), S. 173–181. DOI: 10.1016/j.dhjo.2014.09.010.

Dederich, M.; Zirfas, J. (2022): Phänomene der Vulnerabilität. Human- und sozialwissenschaftliche Zugänge. In: Markus Dederich und Jörg Zirfas (Hg.): *Glossar der Vulnerabilität*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 1–9.

Duden (2018): vulnerabel. Online verfügbar unter <https://www.duden.de/recht-schreibung/vulnerabel>, zuletzt aktualisiert am 18.05.2018, zuletzt geprüft am 06.11.2024.

Gutenbrunner, C.; Best, N.; Glaesener, J. J.; Lange, U.; Lemhöfer, C.; Lichti, G. et al. (2020): Warum der rehabilitativen Versorgung auch und gerade während der COVID-19 Pandemie besondere Beachtung geschenkt werden muss: Ein Statement der Deutschen Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin (DGPRM). In: *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 30 (05), S. 283–286. DOI: 10.1055/a-1207-0766.

Hoebel, J.; Rommel, A.; Schröder, S. L.; Fuchs, J.; Nowossadeck, E.; Lampert, T. (2017): Socioeconomic Inequalities in Health and Perceived Unmet Needs for Healthcare among the Elderly in Germany. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 14 (10), S. 1127. DOI: 10.3390/ijerph14101127.

Hornberg, C.; Maschke, J. (2017): Soziale Vulnerabilität im Kontext von Umwelt, Gesundheit und sozialer Lage. In: *UMID – UMWELT + MENSCH INFORMATIONSDIENST* (2), S. 43–49. DOI: 10.1146/annurev.publhealth.15.1.487.

Lessenich, S. (2020): Leben machen und sterben lassen: Die Politik mit der Vulnerabilität. In: *WSI* 73 (6), S. 454–461. DOI: 10.5771/0342-300X-2020-6-454.

Lindström, C.; Rosvall, M.; Lindström, M. (2017): Socioeconomic status, social capital and self-reported unmet health care needs: A population-based study. In: *Scandinavian Journal of Public Health* 45 (3), S. 212–221. DOI: 10.1177/1403494816689345.

Margraf, J. (2016): Vulnerabilität. Online verfügbar unter <https://www.psychyrembel.de/Vulnerabilit%C3%A4t/K0NWL/doc/>, zuletzt aktualisiert am 04.2016, zuletzt geprüft am 18.02.2025.

o.V.: Ederhof. Online verfügbar unter <https://www.ederhof.eu/>, zuletzt geprüft am 09.01.2025.

Pappa, E.; Kontodimopoulos, N.; Papadopoulos, A.; Tountas, Y.; Niakas, D. (2013): Investigating unmet health needs in primary health care services in a representative sample of the Greek population. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 10 (5), S. 2017–2027. DOI: 10.3390/ijerph10052017.

Popovic, N.; Terzic-Supic, Z.; Simic, S.; Mladenovic, B. (2017): Predictors of unmet health care needs in Serbia; Analysis based on EU-SILC data. In: *PloS one* 12 (11), e0187866. DOI: 10.1371/journal.pone.0187866.

Robert Koch-Institut (Hg.) (2008): Gesundheitliche Folgen von Gewalt. Unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen. 42. Aufl. Berlin (Gesundheitsberichterstattung des Bundes).

Sanmartin, C.; Houle, C.; Tremblay, S.; Berthelot, J.-M. (2002): Changes in unmet health care needs. In: *Health reports* 13 (3), S. 15–21.

WHO: Vulnerability and Vulnerable Populations. Community Disaster Risk Management. Online verfügbar unter <https://wkc.who.int/our-work/health-emergencies/knowledge-hub/community-disaster-risk-management/vulnerability-and-vulnerable-populations>, zuletzt geprüft am 21.11.2024.

3. Charakterisierung der Publikationen und ihr Beitrag zur Dissertation

Die ersten drei Artikel adressieren Forschungsfrage A „*Welche unerfüllte Behandlungswünsche haben jüngere und ältere Menschen (i) in sozial deprivierten Räumen bzw. (ii) mit geistigen, psychischen und mehrfachen Behinderungen in einer Wohneinrichtung sowie (iii) gesetzlich und privat Krankenversicherte in Deutschland?*“. Der vierte Artikel ist der Forschungsfrage B „*Wie kann eine sichere Rehabilitation für Kinder und Jugendliche vor und nach Organtransplantation während der Sars-CoV-2-Pandemie gelingen?*“ gewidmet. Davon ausgehend wird nachfolgend dargelegt, welche spezifische Zielsetzung den einzelnen Artikeln zugrunde liegt und wie sie zum Gesamtwerk beitragen.

Der erste Artikel „*Unerfüllte Behandlungswünsche und deren Ursachen in Deutschland: Eine quantitative Inhaltsanalyse semi-strukturierter Leitfadeninterviews*“ dient der Identifikation von unerfüllten Behandlungswünschen und deren Ursachen auf Basis einer explorativen Bürger:innenbefragung in Form von Einzelinterviews. Mithilfe von explorativ-statistischen Subgruppenanalysen können soziodemografische Unterschiede im Vorkommen von unerfüllten Behandlungswünschen bzw. den angeführten Gründen der Unerfülltheit identifiziert werden. Mit der Studie ist eine explorative Annäherung an das in Deutschland bisher wenig wissenschaftlich erforschte Thema unerfüllter Behandlungswünsche gelungen, die als fundierte Grundlage für quantitative Befragungen mit repräsentativen Stichproben oder weitere Studien mit spezifischen Zielgruppen (wie bspw. vulnerablen Personengruppen) dienen kann. Darüber hinaus liefert sie wertvolle Ansätze für die Weiterentwicklung von Versorgungssystemen und die Förderung von Chancengleichheit im Gesundheitswesen.

Im zweiten Artikel *„Unerfüllte Behandlungswünsche jüngerer und älterer Menschen in sozial deprivierten Räumen: eine qualitative Interviewstudie im Ruhrgebiet“* werden unerfüllte Behandlungswünsche der beschriebenen vulnerablen Gruppen mithilfe eines qualitativen Forschungsansatzes exploriert. Auf Basis der für unerfüllte Behandlungswünsche als relevant identifizierten Versorgungsbereiche und Gründe können Handlungsfelder zur Verbesserung der regionalen Gesundheitsversorgung abgeleitet werden. Zudem hilft die Publikation dabei, die bereits erwähnte bestehende Forschungslücke in Deutschland zu verringern.

Die dritte Veröffentlichung *„Unerfüllte Behandlungswünsche jüngerer und älterer Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung: Eine Pilotstudie in einer Einrichtung im Ruhrgebiet“* fußt auf einem multiperspektivischem Ansatz: Neben jüngeren und älteren Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung wurden auch deren Betreuer:innen und Führungskräfte der Einrichtung in Form von qualitativen Interviews befragt, um unerfüllte Behandlungswünsche sowie Problemfelder in der Gesundheitsversorgung der Klient:innen zu untersuchen. Häufig werden Angehörige und Betreuungs- bzw. Pflegekräfte befragt, nicht aber Menschen mit Behinderung selbst. Die Besonderheit dieser Studie liegt darin, dass diese schwer zugängliche vulnerable Personengruppe in den Mittelpunkt der Befragung gestellt und so Einblicke in oft marginalisierte Perspektiven ermöglicht werden konnten. Mithilfe der Erkenntnisse konnten Handlungsimplicationen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung jüngerer und älterer Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung einer Einrichtung im Ruhrgebiet abgeleitet werden.

Im Rahmen der letzten Publikation *„Rehabilitation organtransplantierter Kinder und deren Familien in der SARS-CoV-2-Pandemie: Eine qualitative Studie“* werden auf Basis einer sozialempririschen Untersuchung Erkenntnisse insbesondere zum Erleben

und Sicherheitsempfinden von immunsupprimierten Kindern, deren Erziehungsberechtigten sowie von Mitarbeitenden einer auf diese vulnerable Personengruppe spezialisierten Rehabilitationseinrichtung während der SARS-CoV-2-Pandemie vorgelegt. Darüber hinaus zeigt sie auf, wie unter Einhaltung adäquater Hygiene- und Schutzmaßnahmen entsprechende Rehabilitationsangebote trotz Pandemie aufrechterhalten werden können. Inwiefern dies überhaupt möglich ist, war zu Beginn der Pandemie noch unklar, da immunsupprimierte Patient:innen generell als besonders gefährdet galten und die Rehabilitationseinrichtungen sich vor der Herausforderung sahen, nach bundesweiten Schließungen eine strukturierte Wiedereröffnung mithilfe eines Hygiene- und Sicherheitskonzepts zum Schutz der Patient:innen zu realisieren.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die vier Artikel mit vollständigen bibliographischen Angaben. Sie enthält Details zu Medium und Veröffentlichungsstatus, Autor:innenschaft, zur angewandten Methodik sowie zu den adressierten Fragestellungen.

Tabelle 1: Publikationsübersicht

Artikel	Medium und Status	Autor:in-nenschaft	Methodik	Adressierte Fragestellungen
<p>Nummer 1 (Kapitel 5)</p> <p>Heidenreiter, S.; Schorling, E.; Ramtohl, I.; Demming, J.; Zocher, F.; Lauerer, M.: Unerfüllte Behandlungswünsche und deren Ursachen in Deutschland: Eine quantitative Inhaltsanalyse semi-strukturierter Leitfadeninterviews</p>	<p>Artikel in einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift mit Peer-Review-Verfahren</p> <p>–</p> <p>eingereicht</p>	<p>Erstautorin</p>	<p>Semistrukturierte Leitfadeninterviews (n = 332)</p> <p>–</p> <p>Fokus auf quantitativer Analyse</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welche Behandlungswünsche bleiben unerfüllt? 2. Warum bleiben Behandlungswünsche unerfüllt?
<p>Nummer 2 (Kapitel 6)</p> <p>Heidenreiter, S.; Lauerer, M.; Nagel, E. (2024): Unerfüllte Behandlungswünsche jüngerer und älterer Menschen in sozial deprivierten Räumen: eine qualitative Interviewstudie im Ruhrgebiet. In: ZEFQ 188, S. 87–94. DOI: 10.1016/j.zefq.2024.06.001.</p>	<p>Artikel in einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift mit Peer-Review-Verfahren</p> <p>–</p> <p>publiziert</p>	<p>Erstautorin</p>	<p>Semistrukturierte Leitfadeninterviews (n = 29)</p> <p>–</p> <p>Fokus auf qualitativer Inhaltsanalyse</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welche unerfüllten Behandlungswünsche haben jüngere und ältere Menschen in sozial deprivierten Räumen im Ruhrgebiet? 2. Welche Gründe sind aus Betroffenen-sicht für die berichteten unerfüllten Behandlungswünsche ausschlaggebend? 3. Gibt es Unterschiede zwischen Personen mit niedrigem subjektivem Sozialstatus und denjenigen mit mittlerem bzw. hohem subjektivem Sozialstatus bzgl. ihrer unerfüllten Behandlungswünsche?

Artikel	Medium und Status	Autor:innen-schaft	Methodik	Adressierte Fragestellungen
<p>Nummer 3 (Kapitel 7)</p> <p>Heidenreiter, S.; Lauerer, M.; Nagel, E. (2025): Unerfüllte Behandlungswünsche jüngerer und älterer Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung: eine Pilotstudie in einer Einrichtung im Ruhrgebiet. In: <i>ZEFQ</i>. DOI: 10.1016/j.zefq.2024.12.004.</p>	<p>Artikel in einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift mit Peer-Review-Verfahren</p> <p>–</p> <p>publiziert (in Press)</p>	<p>Erstautorin</p>	<p>Semistrukturierte Leitfadeninterviews (n = 11)</p> <p>–</p> <p>Fokus auf qualitativer Inhaltsanalyse</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welche unerfüllten Behandlungswünsche haben jüngere und ältere Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung in einer Einrichtung im Ruhrgebiet? 2. Welche Gründe sind ursächlich für die berichteten unerfüllten Behandlungswünsche? 3. Welche Konsequenzen resultieren aus den unerfüllten Behandlungswünschen? 4. Welche Defizite bestehen aus Sicht von Betreuer:innen bzw. Führungskräften einer Einrichtung für Menschen mit Behinderung in der Gesundheitsversorgung ihrer Klient:innen? 5. Wie kann diesen Defiziten begegnet werden?
<p>Nummer 4 (Kapitel 8)</p> <p>Ströhl, S.; Lauerer, M.; Etzelsberger, D.; Weichselbraun, R.; Nagel, E. (2022): Rehabilitation organtransplanterter Kinder und deren Familien in der SARS-CoV-2-Pandemie: Eine qualitative Studie. In: <i>Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin</i> 32 (02), S. 90–99. DOI: 10.1055/a-1613-5814.</p>	<p>Artikel in einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift mit Peer-Review-Verfahren</p> <p>–</p> <p>publiziert</p>	<p>Erstautorin</p>	<p>Semistrukturierte Leitfadeninterviews (n = 28)</p> <p>–</p> <p>Fokus auf qualitativer Inhaltsanalyse</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wie erleben immunsupprimierte Kinder, deren Eltern sowie Mitarbeitende des Reha-Zentrums die einschränkenden Hygiene- und Schutzmaßnahmen im Kontext der Rehabilitation sowie im privaten Umfeld? 2. Wie stellt sich das Sicherheitsempfinden der Eltern sowie Mitarbeitenden dar? 3. Mit welcher Akzeptanz begegnen Eltern und Mitarbeitende den Regelungen und Schutzmaßnahmen des Reha-Zentrums? 4. Welche Präferenzen zur Weiterentwicklung des Hygiene- und Sicherheitskonzepts haben Eltern und Mitarbeitende?

Medium und Status

Artikel 1 wurde bei „*Das Gesundheitswesen*“ eingereicht. Diese Zeitschrift gehört zum Thieme Verlag und bietet Informationen zu den wichtigsten Themen des Gesundheitswesens wie bspw. Sozialmedizin, Gesundheitssystemforschung, Medizinischer Dienst, Public Health, Öffentlicher Gesundheitsdienst und Versorgungsforschung. In den Peer-Review-Prozess sind ein Herausgeber-Gremium, der Expert:innenbeirat sowie weitere Gutachter:innen involviert.

Die Artikel 2 und 3 sind in der „*Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ)*“, die im Elsevier Verlag erscheint, im Open-Access-Format veröffentlicht worden. Hierbei handelt es sich ebenfalls um eine wissenschaftliche Fachzeitschrift mit Peer-Review-Verfahren, die interdisziplinär ausgerichtet ist und Arbeiten mit Bezug zu Themen wie evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Qualität im Gesundheitswesen und Patient:innensicherheit publiziert.

Artikel 4 ist in der Zeitschrift „*Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*“ publiziert. Die Fachzeitschrift des Thieme Verlags mit Peer-Review-Verfahren berichtet über den aktuellen Stand der Physikalischen Medizin in Klinik und Praxis und fokussiert auf interdisziplinäre Informationen zur Rehabilitations- und Kurortmedizin. Gleichzeitig bildet sie das wissenschaftliche Organ der Deutschen Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e.V. (DGPRM) und des Berufsverbands der Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin e.V. (BVPRM).

Autor:innenschaft

Die Doktorandin ist Erstautorin aller Artikel. In Artikel 2 und 3 sind weitere Details zur Beteiligung der Mitautor:innen, die sich an der CrediT-Autor:innenerklärung (Contribution Roles Taxonomy) orientiert, angegeben. Die Datenerhebung erfolgte

im Rahmen der den Artikeln 2 bis 4 zugrunde liegenden Studien durch die Doktorandin selbst.

Methodisches Vorgehen bei der Dissertation

Der kumulativen Dissertation liegt ein überwiegend qualitatives Forschungsdesign zugrunde. Sowohl hinsichtlich unerfüllten Behandlungswünschen als auch bezüglich Rehabilitationsangeboten für immunsupprimierte Kinder während der SARS-CoV-2-Pandemie war die wissenschaftliche Datengrundlage – insbesondere in Deutschland – limitiert. Aufgrund dessen ist den vier empirischen Untersuchungen ein explorativer Forschungsansatz gemein.

Den Artikeln 1 bis 3 zum Thema unerfüllte Behandlungswünsche ging jeweils eine intensive Literaturrecherche voraus. Diese offenbarte eine bisher mangelnde wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Thematik in Deutschland. International finden sich vorwiegend quantitativ ausgerichtete Studien, die meist finanzielle Gründe für die Unerfülltheit fokussieren. Qualitativ angelegte Untersuchungen, die detaillierte Einblicke in das Spektrum unerfüllter Behandlungswünsche und deren vielschichtige Ursachen ermöglichen, sind die Ausnahme.

Vor diesem Hintergrund basieren die drei vorgestellten Publikationen auf semi-strukturierten qualitativen Leitfadeninterviews. Das qualitative, explorativ ausgerichtete Forschungsdesign ermöglicht einen hohen Detaillierungsgrad der Erkenntnisse: So können etwa nicht nur die Art des unerfüllten Behandlungswunsches oder der betroffene Versorgungsbereich, sondern auch zugrundeliegende Ursachen sowie mögliche Konsequenzen identifiziert werden. Die empirischen Studien wurden einerseits regional begrenzt mit spezifischen vulnerablen Zielgruppen (Artikel 2 und 3), andererseits bundesweit ohne weitere Einschränkungen mit gesetzlich und privat Krankenversicherten (Artikel 1) durchgeführt.

In Artikel 1 bildet ein Kategoriensystem als Ergebnis einer qualitativen Inhaltsanalyse die Grundlage für die weiterführenden quantitativen Analysen: Neben einer Frequenzanalyse erfolgten auch explorativ-statistische Subgruppenanalysen nach Geschlecht, Alter, Schulabschluss und Art der Krankenversicherung.

Artikel 2 fokussiert auf die beiden Zielgruppen der jüngeren und älteren Menschen in sozial deprivierten Räumen im Ruhrgebiet und berücksichtigt hierbei mögliche Unterschiede zwischen Personen mit niedrigem, mittlerem und hohem subjektivem Sozialstatus (SSS). Die für diese Studie entwickelten Interviewleitfäden bilden die Grundlage für die Erhebungsinstrumente in Artikel 3. Die beiden auf das Ruhrgebiet fokussierten Untersuchungen (Artikel 2 und 3) fußen ebenfalls auf einer qualitativen Inhaltsanalyse, die um eine Frequenzanalyse ergänzt wurde.

Artikel 3 umfasst – wie auch Artikel 4 – die Perspektiven der Betroffenen (jüngere und ältere Menschen mit geistigen, psychischen und mehrfachen Behinderungen einer Einrichtung im Ruhrgebiet) selbst und ergänzt diese um die ihrer Betreuer:innen sowie von Führungskräften der Einrichtung.

Für ein multiperspektivisches Erfassen des Erlebens, des Sicherheitsempfindens sowie der Akzeptanz gegenüber den Regelungen und Schutzmaßnahmen im Rahmen des Hygiene- und Sicherheitskonzepts bei der strukturierten Wiedereröffnung wurden in Artikel 4 semistrukturierte Leitfadeninterviews mit Kindern, deren Eltern sowie Mitarbeitenden des Reha-Zentrums durchgeführt. Die Auswertung umfasste eine qualitative Inhaltsanalyse sowie eine ergänzende quantitative Frequenzanalyse.

Sprache

Alle in dieser Dissertation enthaltenen Artikel wurden ursprünglich auf Deutsch verfasst. Die Doktorandin hat zusätzlich die Titel und Zusammenfassungen ins

Englische übersetzt. Der englischsprachige Titel sowie der Abstract finden sich vor den jeweiligen Artikeln.

Originalität und Vereinheitlichung

Die in dieser Arbeit enthaltenen Artikel entsprechen inhaltlich wörtlich den eingereichten oder veröffentlichten Originalmanuskripten. Auch die Zitationsweise sowie die Gestaltung der Literaturverzeichnisse wurde originalgetreu beibehalten. Abweichungen erfolgten lediglich dann, wenn dies für eine einheitliche Gestaltung der Dissertation erforderlich war. Diese Änderungen betreffen vor allem die Positionierung von Abbildungen und Tabellen sowie das Layout. Sowohl Schriftart und -größe als auch Zeilenabstände und Textformatierung sind vereinheitlicht. Auch die Gestaltung von Überschriften, Schlüsselwörtern und Offenlegungen wurde zugunsten einer einheitlichen Gestaltung angepasst. Um sprachliche Konsistenz und Lesbarkeit zu gewährleisten, wird in dieser Dissertation durchgängig die Gender-Schreibweise mit dem Gender-Doppelpunkt (z. B. Patient:innen) verwendet. Diese Form der geschlechtergerechten Sprache wurde nachträglich auch auf bereits veröffentlichte Artikel angewandt, die in diese Arbeit integriert sind und im Original eine andere Gender-Schreibweise verwenden.

Einhaltung der Nutzungsrechte

Es ist sichergestellt, dass alle Nutzungsrechte der Verlage gewahrt bleiben. Für jeden lizenzpflichtig geschützten Inhalt wurde vor der Einreichung dieser Dissertation eine Genehmigung vom Dekan der Rechts- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät zur Verwendung in der vorliegenden Arbeit eingeholt.

4. Zusätzliche Beiträge

Nachstehend findet sich eine Übersicht weiterer Publikationen, bei denen die Doktorandin während ihrer Promotionszeit als Mitautorin beteiligt war.

Nagel, E.; Ströhl, S.; Henzler, D.; Lauerer, M. (2024): Medizin zwischen Patientenwohl und Ökonomisierung. In: Jana Luisa Aulenkamp und Thomas Hopfe (Hg.): *Toolbook Ärztin:Arzt. Alles, was du unbedingt noch wissen solltest, im Studium aber kaum erwähnt wurde.* Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlag, S. 251–257.

Koech, L.; Ströhl, S.; Lauerer, M.; Oslislo, S.; Bayeff-Filloff, M.; Thoß, R. et al. (2024): Steuerung von Patient*innen aus Notaufnahmen in die vertragsärztliche Versorgung: Eine Machbarkeitsstudie. In: *Das Gesundheitswesen* 86 (5), S. 339–345. DOI: 10.1055/a-2206-1738.

Jünger, J.; Klumpp, V.; Heid, J.; Mutschler, A.; Brass, K.; Ströhl, S. et al. (2023): Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen suchen, finden und bewerten: Erste Ergebnisse zur Entwicklung und Pilotierung eines objektiven Gesundheitskompetenz-Tests für die Sekundarstufe I. In: *Gesundheitskompetenz in Krisenzeiten. Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e.V. (DGSMP), des Deutschen Netzwerks Gesundheitskompetenz e. V. (DNGK) und des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz (NAP).* Hannover, 8/30/2023 - 9/1/2023: Georg Thieme Verlag (Das Gesundheitswesen).

Bindl, M.; Schorling, E.; Ströhl, S.; Ibler, K.; Lauerer, M.; Nagel, E. (2020): Partizipative Projekte zur Prävention von Übergewicht bei Jugendlichen: Eine Schritt-für-Schritt-Anleitung. Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften. Bayreuth. Online verfügbar unter <https://www.img.uni-bayreuth.de/de/forschung/praevent-partition/Handreichung.pdf>.

TEIL II: ARTIKEL

5. Unerfüllte Behandlungswünsche und deren Ursachen in Deutschland: Eine quantitative Inhaltsanalyse semi-strukturierter Leitfadeninterviews

Unmet health care needs and their causes in Germany: A quantitative content analysis of semi-structured guided interviews

Schlüsselwörter: Unerfüllte Behandlungswünsche, Gesundheitsversorgung, Zugangsbarrieren, Facharztversorgung, Versorgungsungleichheit

Key Words: Unmet health care needs, Health care access, Access barriers, Specialist care, Health inequity

Zusammenfassung

Hintergrund

Unerfüllte Behandlungswünsche (UB) können als Indikator für den Zugang zur Gesundheitsversorgung und die gerechte Verteilung von Gesundheitsleistungen in der Bevölkerung verstanden werden. Bisher sind sie für das deutsche Gesundheitswesen im wissenschaftlichen Diskurs nur fragmentiert abgebildet. Die vorliegende Studie untersucht daher UB in Deutschland im Rahmen eines explorativen Forschungsansatzes.

Methode

Zwischen Mai 2013 und Mai 2014 wurden semi-strukturierte Interviews mit gesetzlich und privat Versicherten in Deutschland durchgeführt, transkribiert und anschließend sowohl qualitativ mittels einer strukturierenden Inhaltsanalyse als auch quantitativ durch Frequenzanalyse und explorativ-statistische Subgruppenanalysen ausgewertet.

Ergebnisse

Von den 332 Befragten gaben 48,2 % an, mindestens einen UB zu haben. UB lagen insbesondere in den Bereichen Facharztversorgung und Zahnmedizin vor. Lange Wartezeiten, fehlende Kostenübernahmen und persönliche Hindernisse wie Zeitmangel wurden am häufigsten als Gründe benannt. Unterschiede zeigten sich in Abhängigkeit von Versicherungsstatus und Bildungsgrad: Privat Krankenversicherte berichteten seltener von UB als gesetzlich Krankenversicherte und Befragte ohne Schulabschluss oder mit Hauptschulabschluss gaben seltener an, dass ein Behandlungswunsch unerfüllt blieb als Personen mit höherem Bildungsniveau.

Schlussfolgerung

Die Studie liefert detaillierte Einsichten zu UB in Deutschland und zeigt, dass diese

sowohl auf systembedingte als auch individuelle Ursachen aufseiten von Patient:innen und Leistungserbringenden zurückzuführen sind. Die Ergebnisse weisen auf prioritäre Handlungs- und Forschungsfelder für die Verbesserung der Versorgungsgerechtigkeit und -qualität hin.

Abstract

Introduction

Unmet health care needs can be understood as an indicator of access to health care and the equitable distribution of health services among the population. So far, they have only been depicted in fragmented form in the scientific discourse on the German healthcare system. The present study therefore examines unmet health care in Germany as part of an exploratory research approach.

Methods

Between May 2013 and May 2014, semi-structured interviews with people with statutory and private health insurance in Germany were conducted, transcribed and then analyzed both qualitatively using a structuring content analysis and quantitatively using frequency analysis and explorative statistical subgroup analyses.

Results

Of the 332 respondents, 48.2 % stated that they had at least one unmet health care needs. Unmet health care needs were particularly prevalent in the areas of specialist care and dentistry. Long waiting times, lack of cost coverage and personal obstacles such as lack of time were the most frequently cited reasons. There were differences depending on insurance status and level of education: those with private health insurance were less likely to report unmet health care needs than those with statutory health insurance and respondents without a school-leaving certificate or with a lower secondary school leaving certificate were less likely to state that a treatment request remained unfulfilled than those with a higher level of education.

Conclusion

The study provides detailed insights into unmet health care needs in Germany and shows that this is due to both systemic and individual causes on the part of patients and service providers. The results point to priority fields of action and research for improving the equity and quality of care.

Einleitung

Ausmaß und Art unerfüllter Behandlungswünsche (UB) sind ein Gradmesser für den Zugang zur Gesundheitsversorgung und die gerechte Verteilung von Gesundheitsleistungen in der Bevölkerung [1, 2]. Aus gesundheitsökonomischer Perspektive sind sie in solidarisch finanzierten Gesundheitssystemen nicht gänzlich zu vermeiden: Die Finanzierung von Gesundheitsleistungen durch Steuern oder Sozialversicherungsbeiträge führt bei stets begrenzten Ressourcen zu einem Nachfrageüberhang. Leistungsbeschränkungen – ob durch explizite Grenzen des Leistungskatalogs, Wartezeiten oder implizite Rationierung in Folge von Budgetierungen – werden damit unumgänglich. Zudem sind Disparitäten innerhalb von Gesundheitssystemen bekannt und patient:innenseitige Hindernisse (z. B. eingeschränkte Mobilität) können den Zugang zu Leistungen verhindern. Entsprechend zeigen empirische Studien, dass Behandlungswünsche in Gesundheitssystemen weltweit unerfüllt bleiben: Befragungen zu UB nehmen dabei häufig spezifische vulnerable Gruppen wie Kinder oder ältere Personen bzw. Erkrankungen in den Blick. [3–16] Eurostat veröffentlicht wenig differenzierte, quantitative Daten zu UB in der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung nach Selbstauskunft: In Deutschland lag demnach im Jahr 2013 der Bevölkerungsanteil von Personen ab 16 Jahren mit UB nach ärztlicher Untersuchung/Behandlung bei 6,1 % und in der zahnärztlichen Versorgung bei 3,9 %. Dieser Anteil hat sich bis zum Jahr 2022 auf 0,7 % bzw. 1,0 % reduziert. Deutschland liegt damit unter dem Durchschnitt der betrachteten EU-Staaten und gehört zu den Ländern, die im europäischen Vergleich die niedrigsten Häufigkeiten für UB aufweisen [17, 18].

Spezifischere wissenschaftliche Erkenntnisse für Deutschland beziehen sich insbesondere auf UB aufgrund finanzieller Barrieren. Eine quantitative Studie [19] in 14 europäischen Ländern, die Personen im Alter von 50 Jahren und älter in den Fokus

nimmt, ermittelte den höchsten Anteil an UB für Estland (45,2 %), gefolgt von Italien (28,8 %). Für Deutschland wird ein Anteil von 12,6 % berichtet. Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von zwölf Monaten vor der Befragung. Abgedeckt wurden die Bereiche Ärzt:in, Zahnärzt:in sowie Sehhilfen. Befragte mit UB weisen einen schlechteren Gesundheitsstatus und eine höhere Anzahl chronischer Erkrankungen auf. Die vulnerabelste Gruppe bildeten der Studie zufolge Ältere mit niedrigem Einkommen. Hoebel et. al [20] untersuchten auf Basis der GEDA-Studie u.a. das Vorkommen von UB innerhalb der letzten zwölf Monate aufgrund finanzieller Zugangsbarrieren für Personen im Alter von 50-85 Jahren in Deutschland. Trotz des geringen Anteils in der Gesamtbetrachtung zeigte sich, dass Männer und Frauen mit niedrigem sozioökonomischem Status (SES) im Vergleich zu denjenigen mit mittlerem oder hohem SES häufiger UB haben: Während etwa bei der Altersgruppe von 50-64 Jahren 2,5 % der Männer bzw. 2,7 % der Frauen mit hohem SES einen UB im Bereich der medizinischen Versorgung aufwiesen, lag der Anteil bei Männern und Frauen derselben Altersgruppe mit niedrigem SES bei 6,5 % bzw. 10,2 %. Dieses Muster war auch im Kontext der Dentalversorgung sowie der Verschreibung von Medikamenten für beide Altersgruppen zu erkennen.

In der Gesamtschau stellt sich die empirische Evidenz zu UB in Deutschland fragmentiert dar: Zum einen fokussieren bisherige Untersuchungen auf finanzielle Ursachen für UB. Zum anderen beziehen sich vorliegende Analysen oft auf allgemein auf die ärztliche und zahnärztliche Behandlung – ohne die von UB betroffenen Versorgungs- und Interventionsbereichen weiter zu spezifizieren. Hier setzt die vorliegende Studie an und exploriert zum einen, welche Behandlungswünsche unerfüllt bleiben und zum anderen, warum diese unerfüllt bleiben.

Methodik

Für die explorative Bürger:innenbefragung mit qualitativen Interviews wurde ein semi-strukturierter Leitfaden entwickelt, bestehend aus einer einleitenden Kurzbeschreibung mit Darlegung des Interviewziels, den Kernfragen zu UB sowie einem Teil zur Erhebung soziodemografischer Daten. UB werden im Rahmen der Interviewstudie als Situation begriffen, in der ein subjektiver Bedarf nach ärztlicher Untersuchung oder Behandlung unerfüllt geblieben ist – unabhängig von den zugrunde liegenden Ursachen, die gesondert betrachtet wurden. Anhand dieser Definition wurden die Interviewfragen – „Haben Sie gerade oder hatten Sie in der Vergangenheit einen Bedarf nach ärztlicher Untersuchung oder Behandlung, der unerfüllt geblieben ist?“ und „Warum ist dieser Bedarf unerfüllt geblieben?“ – entwickelt, die im Fokus des vorliegenden Artikels stehen.

Teilnehmende wurden mittels Convenience Sampling im Rahmen eines Methodenseminars der Universität Bayreuth rekrutiert. Alle Interviews fanden nach schriftlicher Einwilligung im Zeitraum Mai 2013 bis Mai 2014 statt. Die Interviews mit einer Länge zwischen einer und 17 Minuten wurden aufgezeichnet, wörtlich transkribiert und anonymisiert. Um das Spektrum an UB und die Gründe für die Unerfülltheit zu erfassen, erfolgte die Auswertung mittels strukturierender Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring [21] unter Zuhilfenahme der Analysesoftware MAXQDA. Das entsprechende Kategoriensystem wurde zunächst deduktiv – auf Basis der Literatur und des Interviewleitfadens – konstruiert und im Prozess der Kodierung induktiv am Interviewmaterial ergänzt. Zur Identifizierung von Schwerpunkten innerhalb des ermittelten Spektrums erfolgte eine Quantifizierung der Ergebnisse mittels Frequenzanalyse (Microsoft Excel) sowie explorativ-statistischer Subgruppenanalysen nach Geschlecht, Alter, Schulabschluss (ohne Schul- bzw. mit Hauptschulab-

schluss vs. höherer Schulabschluss) und Art der Krankenversicherung mittels Exaktem Test nach Fisher, Chi-Quadrat Test bzw. Mann-Whitney-U Test (IBM SPSS Statistics, Version 22).

Darauf aufbauend wurden die identifizierten Gründe für UB der System- bzw. der Akteurebene zugeordnet. Letztere unterscheidet zwischen Leistungserbringenden und Patient:innen.

Ergebnisse

Charakterisierung der Studienpopulation

332 Personen im Alter zwischen 13 und 92 Jahren nahmen an der Befragung teil. Die Geschlechterverteilung entsprach annähernd der Verteilung in der deutschen Bevölkerung zum Zeitpunkt der Datenerhebung. In Bezug auf das Alter, den höchsten erreichten Schulabschluss und die Art der Krankenversicherung weicht die Stichprobe hingegen von der Grundgesamtheit ab (Tabelle 1).

Tabelle 1: Ausgewählte soziodemografische Merkmale der Stichprobe (n = 332)

	Studienpopulation	Deutsche Bevölkerung (2014) [22-25]
Geschlecht [%]		
männlich	49,7	49,1
weiblich	50,3	50,9
Alter		
Mittelwert [Jahre]	41,5	44,3
Altersgruppen [%]		
bis 29 Jahre	41,6	30,2
30-59 Jahre	40,4	42,4
ab 60 Jahre	18,1	27,4
Höchster erreichter Schulabschluss [%]		
Abitur/ (Fach-)Hochschulreife	50,9	28,6
Mittlere Reife	28,0	30,9
Hauptschulabschluss/ (noch) kein Abschluss	21,1	40,1
Art der Versicherung [%]		
Gesetzlich versichert (GKV)	78,3	88,8
Privat versichert (PKV)	21,7	11,2

Unerfüllte Behandlungswünsche

Im Hinblick auf die UB wurde auf Basis der Interviews ein Kategoriensystem mit mehreren Ebenen entwickelt. Auf der ersten Ebene ist das Kategoriensystem nach **übergeordneten Versorgungsbereichen** – wie ambulant fachärztliche oder stationäre Versorgung – gegliedert. Für den Bereich Facharztversorgung differenziert es auf der zweiten Ebene zwischen **Fachgebieten**. Auf der dritten Ebene werden in sechs Versorgungsbereichen, z. B. in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, **enger gefasste Interventionsbereiche** unterschieden. Schließlich erfasst das Kategoriensystem auf der vierten Ebene für jeden UB die von den Teilnehmenden genannten **Begründungen**. Abbildung 1 gibt anhand exemplarischer Bereiche einen Überblick.

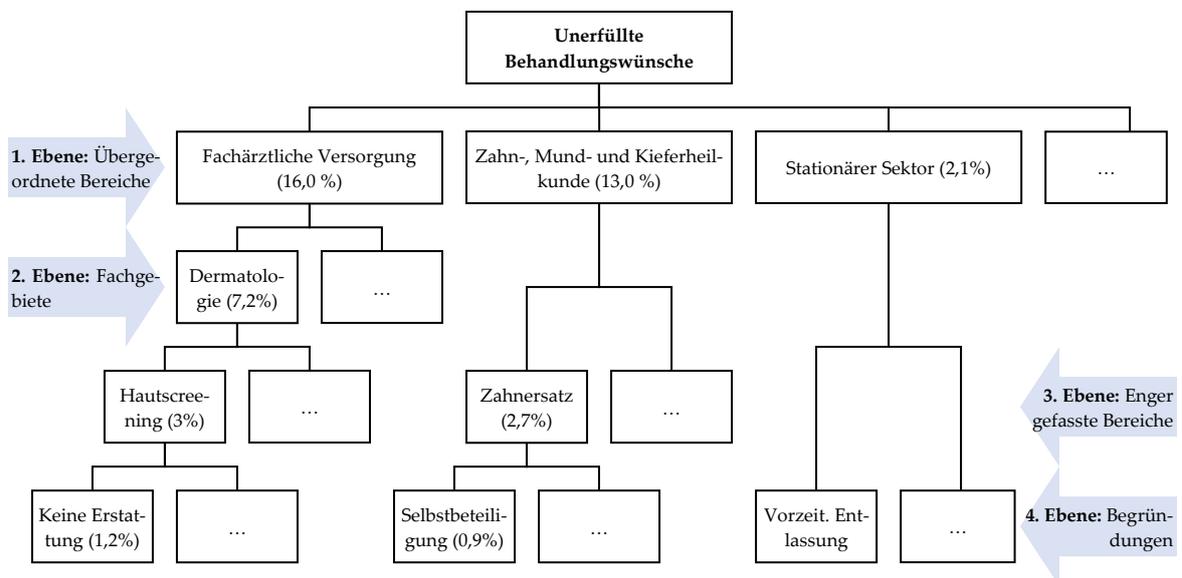


Abbildung 1: Struktur des Kategoriensystems für unerfüllte Behandlungswünsche und deren Gründe

Etwa die Hälfte der Befragten nannte unerfüllte Behandlungswünsche

Mit 48,2 % äußerten etwa die Hälfte der Teilnehmenden in der Vergangenheit oder zum Befragungszeitpunkt mindestens einen UB zu haben.¹ Insgesamt wurden 239 UB von 160 Befragten angeführt. Mindestens einen UB berichteten eher gesetzlich als privat Krankenversicherte (Exakter Test nach Fisher, einseitig, $p = 0,014$) und Befragte mit höherer schulischer Bildung im Vergleich zu Personen ohne Schul- oder mit Hauptschulabschluss ($p = 0,025$). Unterschiede nach Alter ($p = 0,27$) und Geschlecht ($p = 0,74$) konnten nicht ermittelt werden.

Zur detaillierten Analyse wurden auf der ersten Ebene **15 übergeordnete Bereiche** (vgl. Abbildung 2) definiert. Am häufigsten wurden mit 16,0 % UB im Kontext der fachärztlichen, der zahn-, mund- und kieferheilkundlichen Versorgung (13,0 %) sowie bei Vorsorgeleistungen angegeben (5,4 %). 8,7 % der Befragten nannten weitere ärztliche Untersuchungen oder Behandlungen, die keiner der Kategorien zugeordnet werden konnten. Dies war z. B. dann der Fall, wenn eine Person zwar schilderte, dass sie bei geringfügigeren körperlichen Beschwerden keine:n Ärzt:in aufgrund der Praxisgebühr oder längeren Wartezeiten besonders zum Wochenanfang aufsuchte, aber keine eindeutige Spezifizierung hinsichtlich des Sektors oder der Fachrichtung vornahm. In Bezug auf die zahnmedizinische Versorgung gaben Befragte mit niedriger Schulbildung signifikant seltener einen UB an als Befragte mit einem höheren Schulabschluss ($p = 0,027$). Weitere Unterschiede im Auftreten von UB in den übergeordneten Bereichen in Abhängigkeit soziodemografischer Merkmale bestanden nicht.

¹ Bei acht Befragten war eine eindeutige Zuordnung nicht möglich, sodass der Anteil der Befragten ohne unerfüllten Behandlungswunsch bei 49,4 % lag.

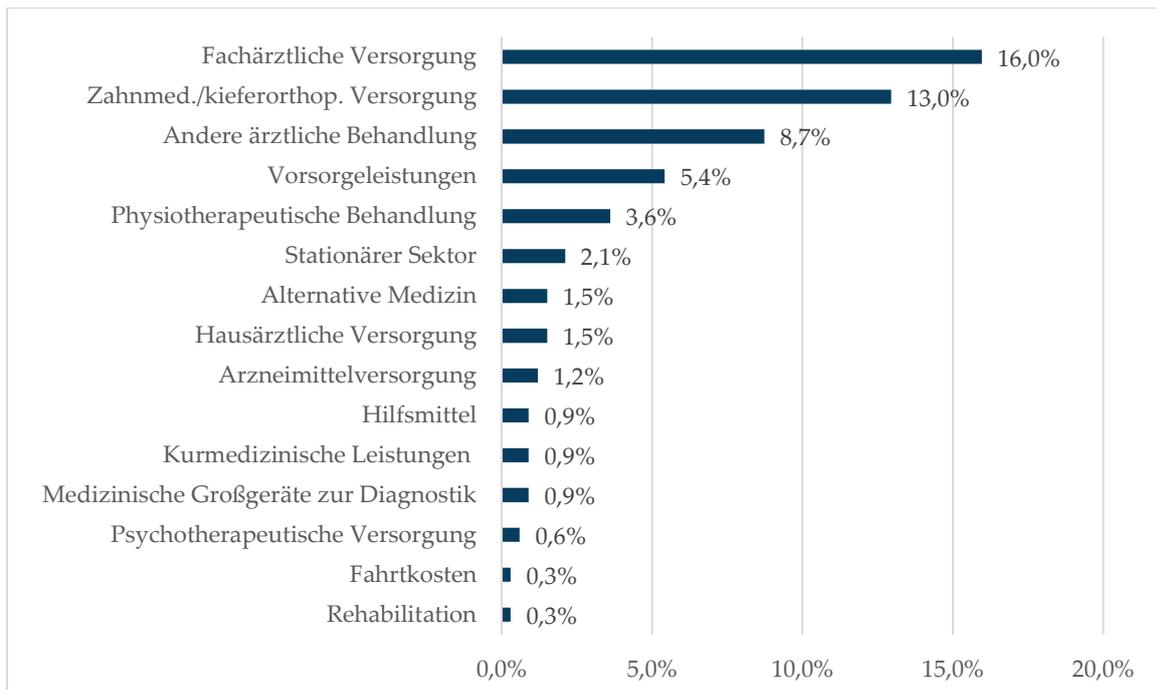


Abbildung 2: Übergeordnete Bereiche der angegebenen unerfüllten Behandlungswünsche (1. Ebene des Kategoriensystems).²

Für den Bereich der fachärztlichen Versorgung werden auf der zweiten Ebene **Fachgebiete** unterschieden: 7,2 % der Befragten äußerten mindestens einen UB in der Dermatologie, 2,7 % in der Orthopädie, je 1,5 % in der Ophthalmologie und Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, 1,2 % in der Gynäkologie und je unter 1,0 % in der Neurologie, Urologie, Pneumologie, Gastroenterologie, Kardiologie sowie Innere Medizin. 0,9 % der Teilnehmenden spezifizierten die Fachrichtung nicht näher. Im Bereich der Dermatologie waren Personen, die mindestens eine UB äußerten, jünger als Personen ohne UB ($U = 2552,00$; $Z = -2,528$; $p = 0,011$). Weitere Unterschiede beim Auftreten von UB in den Fachgebieten hinsichtlich soziodemografischer Merkmale bestanden nicht.

² Die Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtstichprobe. Mehrfachnennungen waren möglich.

Auf der dritten Ebene ist das Kategoriensystem in 38 **enger gefasste Interventionsbereiche** untergliedert. Im Folgenden werden lediglich die Bereiche dargestellt, die von mehr als drei Befragten (Anteil höher als 0,2 %) genannt wurden. Diese sind den übergeordneten Bereichen (1. Ebene) fachärztliche Versorgung, Vorsorgeleistungen, physiotherapeutische Versorgung, Alternative Medizin sowie medizinische Großgeräte zur Diagnostik zuzuordnen. Weitere Interventionsbereiche und Begründungen sowie die vollständigen Ergebnisse der Frequenzanalyse sind dem elektronischen Anhang zu entnehmen.

Der höchste Anteil an Nennungen von UB steht in Zusammenhang mit der fachärztlichen Versorgung und hier mit dem Fachgebiet (2. Ebene) Dermatologie. Im Kontext der dermatologischen Versorgung blieb insbesondere der Wunsch nach einem Hautscreening als Früherkennungsuntersuchung (bei 3,0 % der Befragten) unerfüllt. Hierfür wurden auf der vierten Ebene die fehlende Erstattung des Screenings durch die Krankenkasse und lange Wartezeiten auf einen Termin als häufigste **Begründungen** identifiziert. Wie in Tabelle 2 ersichtlich, ist der UB nach Entfernung eines Muttermals – überwiegend aufgrund eines Zeitmangels auf Seiten der Befragten – von größerer quantitativer Bedeutung als die übrigen Interventionsbereiche in der Dermatologie.

Tabelle 2: Interventionsbereiche und Gründe für unerfüllte Behandlungswünsche im Fachgebiet Dermatologie.³

Fachgebiet (2. Ebene)	Interventionsbereich (3. Ebene)	Begründungen (4. Ebene)
Dermatologie n = 24 (7,2 %)	Hautscreening n = 10 (3,0 %)	Keine Erstattung durch Versicherung (1,2 %)
		Lange Wartezeit auf Termin (0,6 %)
		Fehlende Sorgfalt aufgrund von Zeitmangel (0,3 %)
		Fehlende Motivation (0,3 %)
		Selbstbeteiligung (0,3 %)
		Zeitmangel (0,3 %)
	Entfernung von Muttermalen/ Hautveränderungen n = 3 (0,9 %)	Zeitmangel (0,6 %)
		Keine Erstattung durch Versicherung (0,3 %)
		Fehlende Motivation (0,3 %)
	Aknebehandlung n = 1 (0,3 %)	Keine Erstattung durch Versicherung (0,3 %)
	Hyperhidrose-Behandlung n = 1 (0,3 %)	Keine Erstattung durch Versicherung (0,3 %)
	Nicht spezifiziert n = 10 (3,0 %)	Lange Wartezeit auf Termin (2,1 %)
		Keine Aufnahme als Patient (0,6 %)
Nicht ernst genommen (0,3 %)		
Keine Erstattung durch Versicherung (0,3 %)		

Ebenfalls der fachärztlichen Versorgung zuzuordnen, gaben im Fachgebiet der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde die Befragten an, dass vor allem der Wunsch nach Zahnersatz (bei 2,7 %), nach einer professionellen Zahnreinigung (2,4 %) und der Korrektur von Zahnfehlstellungen (2,1 %) unerfüllt blieb. Hauptgründe waren die fehlende Erstattung durch die Versicherung bzw. Selbstbeteiligungen. Bei Zahnersatz äußerten die Befragten zudem allgemein, dass sie sich diesen nicht leisten können (0,6 %). In Hinblick auf das nicht erfolgte Ziehen der Weisheitszähne war hingegen der Zeitmangel auf Seiten der Befragten der am häufigsten genannte Grund für den UB (1,2 %).

Im Bereich der Vorsorgeleistungen zählen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zu den wichtigsten UB (genannt von 4,2 % der Befragten). Insbesondere der Wunsch

³ Die Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtstichprobe. Mehrfachnennungen waren möglich.

nach Massagen (1,8 %) und Krankengymnastik (1,5 %) blieb im Bereich der physiotherapeutischen Versorgung unerfüllt. Bei der Alternativmedizin waren dies homöopathische Behandlungen (0,9 %). Im Bereich der Diagnostik mittels medizinischer Großgeräte bezogen sich alle Nennungen auf den Einsatz von Magnetresonanztomographiegeräten. Die Befragten äußerten auch in diesen Bereichen UB vor allem in kausalem Zusammenhang mit fehlender Kostenübernahme durch die Krankenversicherung oder einer fehlenden Verschreibung.

Differenzierte Analyse der Gründe für unerfüllte Behandlungswünsche

Aus der vorangegangenen Darstellung der UB wird bereits deutlich, dass Befragte UB besonders häufig mit der fehlenden Erstattung von Leistungen durch die Krankenversicherung und mit der langen Wartezeit auf einen Termin bei Leistungserbringenden begründeten. Zudem stellen Selbstbeteiligungen an den Kosten, Zeitmangel auf der Seite der Teilnehmenden und eine nicht erfolgte Verschreibung zentrale Ursachen dar.

Diese und die weiteren in Tabelle 3 nach Häufigkeit sortierten Begründungen für UB können der Systemebene oder der Akteurebene zugeschrieben werden. So ist etwa die angeführte fehlende Erstattung von Leistungen der Systemebene zuzuordnen. Zeitmangel, Angst – etwa vor dem Arztbesuch – oder fehlende Motivation sind der Akteurebene, genauer den Patient:innen zuzuschreiben. Wenn Patient:innen sich nicht ernst genommen fühlen, wird dieser Grund für einen UB auf der Akteurebene bei den Leistungserbringenden eingeordnet. Bei einigen Kategorien sind mehrere Zuschreibungen möglich – etwa bei den Wartezeiten auf einen Termin oder bei der fehlenden Kenntnis über eine:n geeignete:n Ärzt:in.

Tabelle 3: Gründe für unerfüllte Behandlungswünsche: Häufigkeit in Bezug auf die Gesamtzahl der genannten Gründe und Zuordnung zu System- bzw. Akteurebene.⁴

Grund	Anteil an genannten Gründen (%)	Zuordnung zu...		
		Systemebene	Akteurebene	
			Patient:innen	Leistungserbringende
Keine Erstattung durch Krankenversicherung	20,9	x		
Lange Wartezeit auf Termin	15,1	x		x
Selbstbeteiligung	7,1	x		
Zeitmangel	7,1		x	
Keine Verschreibung durch Ärzt:in	6,7	x		x
Nicht ernst genommen gefühlt	3,8			x
Angst	2,9		x	
Keinen Termin bekommen	2,9	x		x
Fehlende Motivation	2,9		x	
Keine Kenntnis über geeignete:n Ärzt:in	2,5	x	x	
Lange Wartezeit beim Leistungserbringer	2,5	x		x
Weitere Gründe	je < 2,5			

Frauen und gesetzlich Versicherte führten UB häufiger als Männer (Chi-Quadrat (1) = 5,224; p = 0,017) bzw. privat Versicherte (Chi-Quadrat (1) = 5,877; p = 0,008) auf eine ausbleibende Erstattung durch die Versicherung zurück. Zeitmangel wurde eher von Befragten mit einem höheren Schulabschluss (p = 0,026) und von jüngeren Teilnehmenden (p < 0,001) als Grund genannt. Keine Verschreibung war eher bei Frauen (p = 0,010) und bei älteren Befragten der Grund für einen UB (p = 0,039). Fehlende Motivation wurde von fünf Befragten als Grund genannt – diese waren junge Männer im Alter von 21-23 Jahren. Für die weiteren in Tabelle 3 gelisteten Gründe bestanden keine Unterschiede hinsichtlich soziodemografischer Merkmale.

⁴ Mehrfachnennungen von Gründen waren möglich.

Diskussion

Die vorliegende explorative Untersuchung gibt detaillierte Einsichten in das Spektrum von UB bei in Deutschland lebenden Personen. Damit liefert sie Erkenntnisse zu Zugangs- und Inanspruchnahmebarrieren im deutschen Gesundheitssystem. Knapp die Hälfte der Befragten gab mindestens einen UB an. Bei gesetzlich Krankenversicherten und Befragten mit höherem Schulabschluss traten UB häufiger auf als bei privat Krankenversicherten und Personen mit Hauptschulabschluss bzw. (noch) keinem Schulabschluss. Wird das Bildungsniveau als Proxy für den Sozialstatus einer Person begriffen, zeigen sich ähnliche Tendenzen bei Heidenreiter et al. [26]: Hier berichteten Personen mit niedrigem im Vergleich zu Personen mit mittlerem subjektiven Sozialstatus seltener einen UB.

Die vorliegenden Ergebnisse weisen zudem darauf hin, dass UB in der Facharztversorgung sowie in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde besonders häufig sind – mehr als etwa in der hausärztlichen Versorgung. Dabei ist zu berücksichtigen, dass UB bei einem Hausarzt unter Umständen besonders schwer wiegen könnten: Für Patient:innen sind deren Hausärzt:innen häufig die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen. Regelmäßig besteht eine langjährige vertrauensvolle Beziehung. Zudem kommt Hausärzt:innen eine Lotsen- und Koordinationsfunktion zu. Ein UB könnte hier gegebenenfalls zu einem größeren Vertrauensverlust führen. Andererseits können UB auch bei Fachärzt:innen vor allem dann schwer wiegen, wenn sie mit einer hohen medizinischen Dringlichkeit verbunden sind.

Die hier vorliegende Untersuchung zeigt, dass UB nicht nur als individuelles, sondern auch als systembedingtes Phänomen zu begreifen sind: Die Entstehung von UB kann einerseits auf Gründe, die Patient:innen oder Leistungserbringenden zuzuordnen sind (Akteurebene), und andererseits auf Ursachen, die sich der Konstitution des Gesundheitssystems (Systemebene) zuschreiben lassen, zurückgeführt

werden. Die Hauptgründe für UB – wie lange Wartezeiten auf einen Termin oder eine fehlende Erstattung durch die Krankenversicherung – stehen in Einklang mit bisherigen internationalen Studien [siehe u.a. 1, 14, 16–18] und sind der Systemebene zuzuordnen. Eine besondere Parallele besteht zudem zu einer qualitativen Interviewstudie [26], die UB in sozial deprivierten Räumen des Ruhrgebiets untersucht. Beide Studien identifizieren Defizite in der Arzt-Patienten-Kommunikation: Befragte geben in beiden Untersuchungen an, sich nicht ernst genommen zu fühlen. Dieses Kommunikationsproblem wirkt sich negativ auf das Vertrauen und die Partizipation der Patient:innen aus und erfordert gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der Interaktion zwischen Leistungserbringenden und Patient:innen im Rahmen der patient:innenzentrierten Versorgung [27].

Bei der Interpretation der Ergebnisse sind folgende Limitationen zu berücksichtigen: Privat Krankenversicherte sind überrepräsentiert, Personen mit Haupt- oder ohne Schulabschluss unterrepräsentiert. Wie in den Subgruppenanalysen gezeigt, sind diese Verzerrungen relevant: Die überrepräsentierten privat Versicherten berichteten seltener von UB. Dies könnte also zu einer Unterschätzung der Häufigkeit von UB geführt haben. Gleichzeitig könnte die Unterrepräsentation von Personen mit geringerem Bildungsstand, die ebenfalls seltener UB angaben, zu einer Überschätzung führen. Damit wirken die potenziellen Verzerrungen in entgegengesetzte Richtungen. Zudem variieren die Gründe für UB teilweise nach Krankenversicherung, Bildungsstand, Alter und Geschlecht. Die Verzerrungen in der Stichprobe könnten daher auch die Häufigkeit bestimmter Gründe für UB beeinflusst haben.

Darüber hinaus setzten die Fragestellungen in der Untersuchung keinen konkreten zeitlichen Bezugsrahmen. Daher wurden unter Umständen zeitlich weit zurückliegende UB erfasst. Vor dem Hintergrund zahlreicher Reformen und eines sich kontinuierlich weiterentwickelnden Gesundheitswesens weisen solche UB im aktuellen

Kontext gegebenenfalls keine Relevanz mehr auf. Außerdem liegt die Befragung bereits einige Jahre zurück, was die Aussagekraft bezüglich der gegenwärtigen Situation einschränkt. Der Vergleich mit der aktuellen Schätzung von Eurostat [17, 18] zeigt, dass sich die Situation in Deutschland verbessert haben könnte. Allerdings scheint Eurostat den Anteil von UB stark zu unterschätzen, wie der Vergleich mit den Daten von 2013 zeigt: Während in unserer Studie knapp die Hälfte der Befragten im Jahr 2013/2014 einen UB äußerte, lag der Anteil gemäß Eurostat bei <10 %.

Trotz dieser Limitationen trägt die vorliegende Studie erheblich zum Verständnis der Problematik von UB in Deutschland bei. Sie erweitert die bestehende Literatur, die UB vorwiegend für Personen ab 50 Jahren aufgrund von finanziellen Barrieren in den Bereichen der ärztlichen, zahnmedizinischen und psychischen Versorgung sowie im Hinblick auf die Verschreibung von Medikamenten oder die Versorgung mit Sehhilfen untersucht [19, 20]. Unsere Interviewstudie ergänzt diese Erkenntnisse um weitere Versorgungsbereiche, konkrete Interventionsbereiche und eine differenzierte Darstellung der Gründe für UB. Dabei werden auch UB jüngerer Personen inkludiert. Eine besondere Stärke des qualitativen Ansatzes liegt darin, dass die Teilnehmenden ihre Antworten ausführlich reflektieren und präzisieren konnten. Gleichzeitig boten die Interviews Raum für Nachfragen, wodurch UB detailliert und differenziert erfasst werden konnten. Die längere Reflexionszeit im Rahmen der Interviews könnte dazu beigetragen haben, dass der Anteil an Personen mit UB in unserer Studie im Vergleich zur bestehenden Literatur deutlich höher ausfällt. Zudem ermöglicht die umfassende Betrachtung von UB – ohne Fokussierung auf einzelne Aspekte wie finanzielle Barrieren wie in anderen Studien – ein vollständigeres Bild des Spektrums der UB sowie der zugrundeliegenden Ursachen. Darüber hinaus wurden UB verschiedenen Ebenen (Systemebene vs. Akteurebene) zugeordnet. Damit zeigen die Ergebnisse prioritäre Handlungsfelder für die Verbesserung

der Versorgungsgerechtigkeit und -qualität auf. Sie können als Basis für weiterführende, quantitative Längsschnittstudien oder Untersuchungen zu spezifischen vulnerablen Zielgruppen verstanden werden.

Fazit

Die vorliegende Studie erweitert die in der Forschungsliteratur beschriebenen Muster von UB. Besonders hervorzuheben ist der differenzierte Blick auf die Ursachen: UB gehen auf systembedingte wie individuelle Gründe aufseiten der Patient:innen und Leistungserbringenden zurück. Bei einigen UB ist die Ursache auf beiden Ebenen bzw. in einem Zusammenspiel aus System- und Akteurebene zu finden.

Entsprechend ist eine integrierte Strategie zur Reduktion von UB notwendig. Hierfür sind Ansätze für die Weiterentwicklung von Versorgungssystemen in Verbindung mit Maßnahmen zur Förderung von Chancengleichheit sowie zur Informationsvermittlung und Aufklärung von Patient:innen zu verfolgen. Mit Blick auf die Kommunikation zwischen Ärzt:innen und Patient:innen heißt das etwa, dass sich Ärzt:innen in Zeiten des Shared-Decision-Making hinsichtlich zielgruppenspezifischer Kommunikation weiterbilden, dass niederschwellige Angebote zur Steigerung der Gesundheitskompetenz z. B. im Hinblick auf die Kenntnis über eine:n geeignete:n Ärzt:in – gerade für vulnerable Gruppen – zur Verfügung stehen und dass die Gesundheitspolitik förderliche Rahmenbedingungen hierfür schafft. Dazu können auch entsprechende Anreize beitragen, die im Rahmen der Ausgestaltung des Vergütungssystems und im Rahmen von Angeboten bzw. Boni in Versicherungsmodellen Berücksichtigung finden. Der größte Anteil für UB findet sich im Rahmen unserer Studie im Bereich der fachärztlichen Versorgung mit Blick auf lange Wartezeiten, was auf eine unzureichende Fachärzt:innendichte hinweist. Diesem Defizit könnte durch eine Reform der Verteilung der Kassensitze oder Maßnahmen zur KI-gestützten Terminvergabe begegnet werden.

Schließlich bildet die vorliegende Studie eine fundierte Grundlage für weiterführende Untersuchungen, beispielsweise in Form von Langzeitstudien, die zeitliche Trends und die Auswirkungen von Reformen auf UB analysieren.

Danksagung

Die Autor:innen danken allen Interviewer:innen und Studienteilnehmenden.

Interessenkonflikt

Die Autor:innen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Pappa E, Kontodimopoulos N, Papadopoulos A et al. Investigating unmet health needs in primary health care services in a representative sample of the Greek population. *Int J Environ Res Public Health* 2013; 10: 2017–2027; DOI: 10.3390/ijerph10052017
- [2] Allin S, Masseria C. Unmet need as an indicator of access to health care in Europe. *Eurohealth* 2009; 15: 7–9 (Research Note for the European Commission, Directorate-General Employment)
- [3] Ronksley PE, Sanmartin C, Quan H et al. Association between perceived unmet health care needs and risk of adverse health outcomes among patients with chronic medical conditions. *Open Med* 2013; 7: e21-e30
- [4] Wu Z, Penning MJ, Schimmele CM. Immigrant Status and Unmet Health Care Needs. *Can J Public Health* 2005; 96: 369–373; DOI: 10.1007/bf03404035
- [5] Newacheck PW, Hughes DC, Hung Y-Y et al. The Unmet Health Needs of America's Children. *Pediatrics* 2000; 105: 989–997

- [6] Baggett TP, O'Connell JJ, Singer DE et al. The unmet health care needs of homeless adults: a national study. *Am J Public Health* 2010; 100: 1326–1333; DOI: 10.2105/AJPH.2009.180109
- [7] Kjekken I, Dagfinrud H, Mowinckel P et al. Rheumatology care: Involvement in medical decisions, received information, satisfaction with care, and unmet health care needs in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum* 2006; 55: 394–401; DOI: 10.1002/art.21985
- [8] DeVoe JE, Ray M, Krois L et al. Uncertain Health Insurance Coverage and Unmet Children's Health Care Needs. *Fam Med* 2010; 42: 121–132
- [9] Leung Y-Y, Tam LS, Lee KW et al. Involvement, satisfaction and unmet health care needs in patients with psoriatic arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2009; 48: 53–56; DOI: 10.1093/rheumatology/ken410
- [10] Diamant AL, Hays RD, Morales LS et al. Delays and Unmet Need for Health Care Among Adult Primary Care Patients in a Restructured Urban Public Health System. *Am J Public Health* 2004; 94: 783–789
- [11] Alonso J, Orfila F, Ruigómez A et al. Unmet health care needs and mortality among Spanish elderly. *Am J Public Health* 1997; 87: 365–370; DOI: 10.2105/ajph.87.3.365
- [12] Kowal P, Corso B, Anindya K et al. Prevalence of unmet health care need in older adults in 83 countries: measuring progressing towards universal health coverage in the context of global population ageing. *Popul Health Metr* 2023; 21: 15; DOI: 10.1186/s12963-023-00308-8

- [13] Lindly OJ, Geldhof GJ, Acock AC et al. Family-Centered Care Measurement and Associations With Unmet Health Care Need Among US Children. *Acad Pediatr* 2017; 17: 656–664; DOI: 10.1016/j.acap.2016.10.018
- [14] Lindström C, Rosvall M, Lindström M. Socioeconomic status, social capital and self-reported unmet health care needs: A population-based study. *Scand J Public Health* 2017; 45: 212–221; DOI: 10.1177/1403494816689345
- [15] Lindström C, Rosvall M, Lindström M. Unmet health-care needs and mortality: A prospective cohort study from southern Sweden. *Scand J Public Health* 2019; 1403494819863530; DOI: 10.1177/1403494819863530
- [16] Sanmartin MX, Ali MM, Chen J et al. Mental Health Treatment and Unmet Mental Health Care Need Among Pregnant Women With Major Depressive Episode in the United States. *Psychiatr Serv* 2019; 70: 503–506; DOI: 10.1176/appi.ps.201800433
- [17] Eurostat. Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, main reason declared and income quintile (12.12.2024)
- [18] Eurostat. Self-reported unmet needs for dental examination by sex, age, main reason declared and degree of urbanisation (04.12.2024)
- [19] Krútilová V. Unmet Need For Health Care – A Serious Issue for European Elderly? *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2016; 220: 217–225; DOI: 10.1016/j.sbspro.2016.05.487
- [20] Hoebel J, Rommel A, Schröder SL et al. Socioeconomic Inequalities in Health and Perceived Unmet Needs for Healthcare among the Elderly in Germany. *Int J Environ Res Public Health* 2017; 14; DOI: 10.3390/ijerph14101127

- [21] Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 13. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz; 2022
- [22] Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand. Jahresdurchschnitt 2014. Berlin; 2015
- [23] Statistisches Bundesamt. Bildungsstand der Bevölkerung 2015; 2015
- [24] Statistisches Bundesamt. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit 2014; 2016
- [25] Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2014. Köln; 2014
- [26] Heidenreiter S, Lauerer M, Nagel E. Unerfüllte Behandlungswünsche jüngerer und älterer Menschen in sozial deprivierten Räumen: eine qualitative Interviewstudie im Ruhrgebiet. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2024; 188: 87–94; DOI: 10.1016/j.zefq.2024.06.001
- [27] Czerwinski F, Link E, Rosset M et al. Correlates of the perceived quality of patient-provider communication among German adults. *Eur J Public Health* 2021; 31: 979–984; DOI: 10.1093/eurpub/ckab131

Verzeichnis des elektronischen Anhangs (EA)

EA 1 Frequenzanalyse

EA 1 Frequenzanalyse

Kategorien	Teilnehmende (% Teilnehmende)	Nennungen
Kein unerfüllter Behandlungswunsch	164 (49,40)	164
Nicht eindeutig zuzuordnen	8 (2,41)	8
Unerfüllter Behandlungswunsch	160 (48,19)	239
Fachärztliche Versorgung	53 (15,96)	66
Dermatologie	24 (7,23)	27
Hautscreening	10 (3,01)	10
Keine Erstattung durch Versicherung	4 (1,20)	4
Lange Wartezeit auf Termin	2 (0,60)	2
Fehlende Sorgfalt aufgrund von Zeitmangel	1 (0,30)	1
Fehlende Motivation	1 (0,30)	1
Selbstbeteiligung	1 (0,30)	1
Zeitmangel	1 (0,30)	1
Entfernung von Muttermalen/Hautveränderungen	3 (0,90)	4
Zeitmangel	2 (0,60)	2
Keine Erstattung durch Versicherung	1 (0,30)	1
Fehlende Motivation	1 (0,30)	1
Aknebehandlung	1 (0,30)	1
Keine Erstattung durch Versicherung	1 (0,30)	1
Hyperhidrose-Behandlung	1 (0,30)	1
Keine Erstattung durch Versicherung	1 (0,30)	1
Nicht spezifiziert	10 (3,01)	11
Lange Wartezeit auf Termin	7 (2,11)	7
Keine Aufnahme als Patient:in	2 (0,60)	2
Nicht ernst genommen gefühlt	1 (0,30)	1
Keine Erstattung durch Versicherung	1 (0,30)	1
Orthopädie	9 (2,71)	10
Chirotherapeutische Behandlung	1 (0,30)	1
Begrenzung der Leistungsbereitstellung	1 (0,30)	1
Schmerzbehandlung	1 (0,30)	1
Lange Wartezeit auf Termin	1 (0,30)	1
Nicht spezifiziert	7 (2,11)	8
Lange Wartezeit auf Termin	4 (1,20)	4
Lange Wartezeit bei Leistungserbringer:in	2 (0,60)	2
Nicht ernst genommen gefühlt	1 (0,30)	1
Unzufriedenheit mit Diagnostik	1 (0,30)	1
Ophthalmologie	5 (1,51)	6
Behandlung grüner/grauer Star	1 (0,30)	1
Keine Erstattung durch Versicherung	1 (0,30)	1
Laserbehandlung	1 (0,30)	1
Keine Erstattung durch Versicherung	1 (0,30)	1
Nicht spezifiziert	4 (1,20)	4
Lange Wartezeit auf Termin	3 (0,90)	3

Kategorien	Teilnehmende (% Teilnehmende)	Nennungen
Keine Sprechstunde/Öffnungszeiten	1 (0,30)	1
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	5 (1,51)	5
Nasenscheidewandkorrektur	2 (0,60)	2
Eingeschränkte Mobilität	1 (0,30)	1
Keine Erstattung durch Versicherung	1 (0,30)	1
Hyposensibilisierung	1 (0,30)	1
Hoher Zeitaufwand	1 (0,30)	1
Nicht spezifiziert	2 (0,60)	2
Keine Aufnahme als Patient:in	1 (0,30)	1
Lange Wartezeit auf Termin	1 (0,30)	1
Gynäkologie	4 (1,20)	4
Vorgeburtliche Diagnostik: Ultraschall	1 (0,30)	1
Keine Erstattung durch Versicherung	1 (0,30)	1
Nicht spezifiziert	3 (0,90)	3
Keinen Termin bekommen	1 (0,30)	1
Keine Aufnahme als Patientin	1 (0,30)	1
Lange Wartezeit auf Termin	1 (0,30)	1
Neurologie	3 (0,90)	3
Lange Wartezeit auf Termin	2 (0,60)	2
Telefonische Erreichbarkeit	1 (0,30)	1
Urologie	3 (0,90)	3
Prostatauntersuchung	1 (0,30)	1
Selbstbeteiligung	1 (0,30)	1
Nicht spezifiziert	2 (0,60)	2
Unzufriedenheit mit Behandlungsvorschlag	1 (0,30)	1
Lange Wartezeit bei Leistungserbringer:in	1 (0,30)	1
Pneumologie	2 (0,60)	2
Fehlende Motivation	1 (0,30)	1
Keinen Termin bekommen	1 (0,30)	1
Internist	1 (0,30)	1
Lange Wartezeit auf Termin	1 (0,30)	1
Kardiologie	1 (0,30)	1
Lange Wartezeit auf Termin	1 (0,30)	1
Gastroenterologie	1 (0,30)	1
Lange Wartezeit auf Termin	1 (0,30)	1
Nicht spezifiziert in Bezug auf die Fachrichtung	3 (0,90)	3
Lange Wartezeit auf Termin	2 (0,60)	2
Langer Anfahrtsweg	1 (0,30)	1
Zahnmedizinische/kieferorthopädische Versorgung	43 (12,95)	52
Zahnersatz	9 (2,71)	9
Selbstbeteiligung	3 (0,90)	3
Keine Erstattung durch Versicherung	3 (0,90)	3
Leistbarkeit	2 (0,60)	2
Wird nicht versichert (PKV)	1 (0,30)	1

Kategorien	Teilnehmende (% Teilnehmende)	Nennungen
Professionelle Zahnreinigung	8 (2,41)	8
Keine Erstattung durch Versicherung	5 (1,51)	5
Selbstbeteiligung	2 (0,60)	2
Ohne Grund	1 (0,30)	1
Korrektur Zahnfehlstellung	7 (2,11)	10
Keine Erstattung durch Versicherung	4 (1,20)	4
Selbstbeteiligung	2 (0,60)	2
Zeitmangel	1 (0,30)	1
Fehlende Motivation	1 (0,30)	1
Motivation des Arztes/der Ärztin	1 (0,30)	1
Hoher Zeitaufwand	1 (0,30)	1
Weisheitszahn ziehen	4 (1,20)	5
Zeitmangel	3 (0,90)	3
Fehlende Motivation	1 (0,30)	1
Entscheidung über Erstattung einer Vollnarkose	1 (0,30)	1
Bleaching	1 (0,30)	1
Keine Erstattung durch Versicherung	1 (0,30)	1
Wurzelbehandlung	1 (0,30)	1
Keine Erstattung durch Versicherung	1 (0,30)	1
Nicht spezifiziert	15 (4,52)	18
Selbstbeteiligung	4 (1,20)	4
Zeitmangel	2 (0,60)	2
Keine Sprechstunde/Öffnungszeit	2 (0,60)	2
Leistbarkeit	2 (0,60)	2
Angst	2 (0,60)	2
Lange Wartezeit auf Termin	2 (0,60)	2
Hoher Zeitaufwand	1 (0,30)	1
Fehlende Informationen	1 (0,30)	1
Dissens zwischen Ärzt:in und Patient:in	1 (0,30)	1
Langer Anfahrtsweg	1 (0,30)	1
Vorsorgeleistungen	18 (5,42)	20
Krebsvorsorgeuntersuchung	14 (4,22)	15
Keine Erstattung durch Versicherung	10 (3,01)	10
Fehlende Informationen	2 (0,60)	2
Keinen Termin bekommen	1 (0,30)	1
Zeitmangel	1 (0,30)	1
Angst	1 (0,30)	1
Reiseschutzimpfung	2 (0,60)	2
Keine Erstattung durch Versicherung	2 (0,60)	2
Impfung HAV	1 (0,30)	1
Keine Erstattung durch Versicherung	1 (0,30)	1
Nicht spezifiziert	2 (0,60)	2
Keine Notwendigkeit von Ärzt:in gesehen	1 (0,30)	1
Keine Erstattung durch Versicherung	1 (0,30)	1

Kategorien	Teilnehmende (% Teilnehmende)	Nennungen
Physiotherapeutische Behandlung	12 (3,61)	16
Massagen	6 (1,81)	7
Keine Verschreibung	4 (1,20)	4
Fehlende Motivation	1 (0,30)	1
Zeitmangel	1 (0,30)	1
Keine Erstattung durch Versicherung	1 (0,30)	1
Krankengymnastik	5 (1,51)	5
Keine Verschreibung	5 (1,51)	5
Nicht spezifiziert	4 (1,20)	4
Keine Verschreibung	4 (1,20)	4
Stationärer Sektor	7 (2,11)	9
Zu frühe Entlassung	2 (0,60)	2
Nicht ernst genommen gefühlt	2 (0,60)	2
Wartezeit unspezifisch	1 (0,30)	1
Keine adäquate Behandlungsoption	1 (0,30)	1
Fehlende Nachuntersuchung	1 (0,30)	1
Langer Anfahrtsweg	1 (0,30)	1
Unzufriedenheit mit Diagnostik	1 (0,30)	1
Hausärztliche Versorgung	5 (1,51)	5
Wartezeit auf Termin	1 (0,30)	1
Keine Aufnahme als Patient:in	1 (0,30)	1
Wartezeit unspezifisch	1 (0,30)	1
Keinen Termin bekommen	1 (0,30)	1
Dissens zwischen Ärzt:in und Patient:in	1 (0,30)	1
Alternative Medizin	5 (1,51)	5
Homöopathische Behandlung	3 (0,90)	3
Keine Erstattung durch Versicherung	3 (0,90)	3
Heilpraktiker:in	1 (0,30)	1
Selbstbeteiligung	1 (0,30)	1
Osteopathische Behandlung	1 (0,30)	1
Keine Erstattung durch Versicherung	1 (0,30)	1
Arzneimittelversorgung	4 (1,20)	4
Selbstbeteiligung	2 (0,60)	2
Keine Verschreibung	1 (0,30)	1
Keine Erstattung durch Versicherung	1 (0,30)	1
Medizinische Großgeräte zur Diagnostik	3 (0,90)	3
MRT	3 (0,90)	3
Keine Verschreibung	2 (0,60)	2
Keinen Termin bekommen	1 (0,30)	1
Hilfsmittel	3 (0,90)	3
Sehhilfen	2 (0,60)	2
Keine Erstattung durch Versicherung	1 (0,30)	1
Selbstbeteiligung	1 (0,30)	1
Gerät zur Messung des Quick	1 (0,30)	1

Kategorien	Teilnehmende (% Teilnehmende)	Nennungen
Keine Erstattung durch Versicherung	1 (0,30)	1
Kur	3 (0,90)	3
Wird nicht genehmigt	2 (0,60)	2
Wird von Arzt nicht beantragt	1 (0,30)	1
Psychotherapeutische Versorgung	2 (0,60)	2
Unzufriedenheit mit Behandlungsmethode	1 (0,30)	1
Lange Wartezeit auf Termin	1 (0,30)	1
Reha	1 (0,30)	1
Umfang nicht ausreichend	1 (0,30)	1
Fahrtkosten	1 (0,30)	1
Keine Erstattung durch Versicherung	1 (0,30)	1
Andere ärztliche Untersuchung/Behandlung	29 (8,73)	49
Lange Wartezeit auf Termin	6 (1,81)	6
Zeitmangel	6 (1,81)	6
Keine Kenntnis über geeignete:n Ärzt:in	6 (1,81)	6
Nicht ernst genommen gefühlt	5 (1,51)	5
Angst	4 (1,20)	4
Lange Wartezeit bei Leistungserbringer:in	3 (0,90)	3
Keinen Termin bekommen	2 (0,60)	2
Zu wenig Zeit für Patient:innen	2 (0,60)	2
Unzufriedenheit mit Behandlungsergebnis	2 (0,60)	2
Zunächst abwarten	2 (0,60)	2
Wartezeit unspezifisch	1 (0,30)	1
Dissens zwischen Ärzt:in und Patient:in	1 (0,30)	1
Keine Erstattung durch Versicherung	1 (0,30)	1
Fehlende Sorgfalt aufgrund von Zeitmangel	1 (0,30)	1
Zu wenig Geld seitens des Arztes/der Ärztin verfügbar	1 (0,30)	1
Kein adäquate Behandlungsoption	1 (0,30)	1
Leistbarkeit	1 (0,30)	1
Langer Anfahrtsweg	1 (0,30)	1
Fehlende Motivation	1 (0,30)	1
Berufliche/studienbezogene räumliche Veränderung	1 (0,30)	1
Praxisgebühr	1 (0,30)	1

6. Unerfüllte Behandlungswünsche jüngerer und älterer Menschen in sozial deprivierten Räumen: eine qualitative Interviewstudie im Ruhrgebiet

Unmet health care needs of younger and older people in socially deprived regions: A qualitative interview study in the Ruhr area

Schlüsselwörter: Unerfüllte Behandlungswünsche, Zugang zur Gesundheitsversorgung, Vulnerable Gruppen, Sozialstatus

Key Words: Unmet health care needs, Access to health care, Vulnerable groups, Social status

Zitation:

Heidenreiter, S.; Lauerer, M.; Nagel, E. (2024): Unerfüllte Behandlungswünsche jüngerer und älterer Menschen in sozial deprivierten Räumen: eine qualitative Interviewstudie im Ruhrgebiet. In: *ZEFQ* 188, S. 87–94. DOI: 10.1016/j.zefq.2024.06.001.

Zusammenfassung

Hintergrund

Unerfüllte Behandlungswünsche werden als entscheidender Indikator für Gleichberechtigung im Zugang zur Gesundheitsversorgung betrachtet. Bei Jüngeren können sie zu schlechteren Gesundheitsergebnissen im Erwachsenenalter führen, bei Älteren mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko einhergehen. Daher wurden diese im Rahmen eines Forschungsprojekts zur „Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebenssituation junger und alter Menschen im Ruhrgebiet“ untersucht.

Methode

Unerfüllte Behandlungswünsche wurden mithilfe von semistrukturierten Leitfadeninterviews mit jüngeren und älteren Menschen im Ruhrgebiet (n = 29) erhoben. Aufgrund der besonderen Raum- und Sozialstruktur der Untersuchungsregion war es das Ziel, vor allem Personen mit niedrigem subjektivem Sozialstatus (SSS) für die Studie zu rekrutieren. Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und einer qualitativen Inhaltsanalyse sowie einer ergänzenden Frequenzanalyse zugeführt. Die Berichterstattung orientiert sich an den *Standards for Qualitative Research* (SRQR).

Ergebnisse

Die Befragten berichten über Mängel in der Behandlung sowie der Arzt-Patienten-Kommunikation bei Haus- und Fachärzt:innen. Das Gefühl, altersbedingt nicht ernst genommen zu werden, wird von beiden Altersgruppen mehrfach als Ursache für unerfüllte Behandlungswünsche angeführt. Wartezeiten sind insbesondere bei Fachärzt:innen relevant, während Zuzahlungen zu Leistungen vor allem in der Zahnmedizin und Kieferorthopädie eine Rolle spielen. Unerfüllte Behandlungswünsche werden vorrangig von Personen mit mittlerem SSS berichtet. Insgesamt

konstatieren knapp zwei Drittel der Befragten, mindestens einen unerfüllten Behandlungswunsch zu haben oder gehabt zu haben. Bei Interviewteilnehmenden mit niedrigem SSS ist der Anteil deutlich geringer, und finanzielle Aspekte werden nicht als Ursache genannt. Erklärungsansätze hierfür reichen von einer geringeren Gesundheitskompetenz bis zur Angst vor Diskreditierung.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse geben Hinweise auf Defizite in der regionalen Gesundheitsversorgung von jüngeren und älteren Menschen im Ruhrgebiet. Entsprechende Handlungsfelder ergeben sich aus den für unerfüllte Behandlungswünsche als relevant identifizierten Versorgungsbereichen und Gründen. Die berichteten Erkenntnisse bieten zudem eine Grundlage für differenzierte quantitative Befragungen mit repräsentativen Stichproben.

Abstract

Introduction

Unmet health care needs are considered a key indicator of equity in access to health care. For younger people, they can lead to poorer health outcomes in adulthood, for older people, they are associated with an increased risk of mortality. Unmet needs were therefore investigated as part of a research project on „Improving the health-related life situation of young and old people in the Ruhr area“.

Methods

Unmet health care needs were surveyed with the help of semi-structured guideline interviews with younger and older people in the Ruhr area (n = 29). Due to the spatial and social structure of the study region, the aim was to recruit especially people with a low subjective social status (SSS) for the study. The interviews were recorded, transcribed, and subjected to a qualitative content analysis and a supplementary

frequency analysis. The reporting is based on the Standards for Qualitative Research (SRQR).

Results

The respondents reported deficiencies in treatment and doctor-patient communication with GPs and specialists. The feeling of not being taken seriously due to age is cited several times by both age groups as a reason for unmet health care needs. Waiting times are particularly relevant in the case of specialist consultations, while co-payments for services mainly play a role in dentistry and orthodontics. Unmet needs are primarily reported by people with a medium SSS. Overall, almost two thirds of the respondents stated that they have or have had at least one unmet need. Participants with a low SSS report fewer unmet needs and do not mention any financial aspects as a cause. Explanations for this range from lower health literacy to the fear of being discredited.

Conclusion

The results provide indications of deficits in regional health care provision for younger and older people in the Ruhr region. Corresponding fields of action result from the areas of care and reasons identified as relevant for unmet health care needs. The reported findings also provide a basis for differentiated quantitative surveys with representative samples.

Einleitung

Unerfüllte Behandlungswünsche (UB)¹ haben speziell für vulnerable Gruppen, zu denen auch jüngere und ältere Menschen mit niedrigem Sozialstatus zählen, eine hohe Relevanz. Allgemein können UB bei jüngeren Menschen zu schlechteren Gesundheitsergebnissen im Erwachsenenalter führen [1], bei Älteren mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko [2] einhergehen. UB gelten dabei als entscheidender Indikator für Gleichberechtigung im Zugang zur Gesundheitsversorgung: Ihre Analyse kann einen Beitrag leisten, die geografische, finanzielle, kulturelle und physische Zugänglichkeit darzustellen sowie Barrieren und Ungleichheiten zu beurteilen [3]. UB adressieren allgemein den Unterschied zwischen Gesundheitsleistungen, die von Patient:innen als notwendig erachtet werden, um ein bestimmtes Gesundheitsproblem zu lösen, und den tatsächlich in Anspruch genommenen Leistungen [4]. Hier wird ein UB in Anlehnung an Tuck et al. als Situation, in der Einzelpersonen wahrnehmen, dass sie eine gesundheitliche Intervention benötigen, diese aber nicht erhalten, definiert. Sie bekommen diese nicht aufgrund von Barrieren, die außerhalb ihrer Kontrolle liegen, oder weil sie die Gesundheitsleistungen nicht verlangen bzw. nicht in der Lage sind, sie in Anspruch zu nehmen. UB können darüber hinaus auch in Anspruch genommene Leistungen sein, welche von den Patient:innen als unzureichend oder ungeeignet empfunden werden. Behandlungswünsche sind überdies unerfüllt, wenn Behandlungen erst verzögert, d. h. nicht zum Zeitpunkt, zu dem sie aus Patient:innensicht notwendig gewesen wären, stattgefunden haben. Die Leistungsanspruchnahme garantiert also nicht, dass Bedürfnisse auch befriedigt werden [5].

¹ engl.: unmet health care needs

UB sind, gerade in Deutschland, wenig wissenschaftlich untersucht [6]. Studien der letzten zehn Jahre stammen häufig aus den USA [u.a. 1,7–12] und Kanada [5,13], vereinzelt aus Europa [2,3,14,15] bzw. Asien [16]. Dabei werden insbesondere finanzielle Aspekte [1,3,5,7,11–17], lange Wartezeiten [4,15,17] sowie die mangelnde Verfügbarkeit von Leistungen bzw. mangelnder Zugang [4,15,18,19] sowie Zeitmangel auf Patient:innenseite [14,15] als dominante Gründe für das Vorhandensein von UB berichtet. Hier handelt es sich vorwiegend um quantitative Untersuchungen mit sehr spezifischen und im Hinblick auf die Gesundheitssituation, den Erwerbsstatus oder das Alter heterogene Zielgruppen. Zudem werden unterschiedliche Definitionen von UB, die vor allem in der Detailtiefe differieren, herangezogen [20]. Während manche Studien lediglich danach fragen, ob eine Person medizinische Hilfe gebraucht hätte, sie sich diese aber nicht leisten konnte, finden sich in anderen Untersuchungen umfangreichere Definitionen, die z. B. auch eine unzureichende oder nicht rechtzeitige Behandlung eines medizinischen Problems berücksichtigen. Persönliche nicht-finanzielle Gründe, die zu einer Unerfülltheit führen, werden nur vereinzelt betrachtet. Entsprechend ist die Vergleichbarkeit eingeschränkt.

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit UB in Deutschland ist somit ein Desiderat, dem sich die vorliegende Untersuchung annimmt. Dabei setzt sie den Schwerpunkt auf jüngere und ältere Menschen im Ruhrgebiet. Von besonderem Interesse sind – aufgrund ihrer Vulnerabilität – Personen mit niedrigem Sozialstatus. Neben der geographischen Lage stellen Luftbelastung, Anteil von Grün- und Blauflächen, Bevölkerungs- und Sozialstruktur, Gesundheitsinfrastruktur (z. B. Krankenhäuser) und deren Erreichbarkeit vulnerabilitätsrelevante Faktoren dar [21]. Daher erfolgt eine kleinräumige Betrachtung von Vulnerabilität, auf deren Grundlage regionsspezifische Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung bzw. des Zugangs entwickelt werden können. Die Auswahl des Ruhrgebiets als Un-

tersuchungsregion begründet sich in seiner Raum- und Sozialstruktur: Die sozio-ökonomischen Besonderheiten zeigen sich bspw. durch eine – verglichen mit den anderen Regionen Nordrhein-Westfalens (NRW) – hohe Arbeitslosenquote bzw. ein vergleichsweise niedriges verfügbares Einkommen je Einwohner:in. [22] Die Einzigartigkeit der Region wird auch mit Blick auf die Versorgungssituation deutlich: Dem Ruhrgebiet wurde im Rahmen der Bedarfsplanung eine eigene Planungskategorie (Typ 6: Polyzentrischer Verflechtungsraum) zugeordnet, die wie folgt charakterisiert ist: *„Regionen, in denen wegen hoher Verdichtung nur intraregional wechselseitige Versorgungsbeziehungen existieren und nicht nach mitversorgenden und mitversorgten Bereichen differenziert werden kann. Als solche Region wurde das Ruhrgebiet eingestuft, das in puncto Verdichtung, Urbanität, Krankenhausdichte und Binnenverflechtung einzigartig ist.“* [23] Dadurch wurden die bestehenden fünf Typen ergänzt und den regionalen Besonderheiten des Ruhrgebiets (hinsichtlich Morbidität, demografischen/sozioökonomischen/räumlichen/infrastrukturellen Aspekten) in besonderem Maße Rechnung getragen [23].

Mit der Interviewstudie soll exploriert werden, welche UB jüngere und ältere Menschen im Ruhrgebiet haben und welche Gründe aus Betroffenenansicht für die berichteten UB ausschlaggebend sind. Auch mögliche Unterschiede zwischen Personen mit niedrigem subjektivem Sozialstatus und denjenigen mit mittlerem bzw. hohem subjektivem Sozialstatus bzgl. ihrer UB sind zu untersuchen.

Methodik

Studienhintergrund

In einem qualitativen Studiendesign befragten wir Personen mit Hauptwohnsitz im Ruhrgebiet, einerseits im Alter von 14-19 Jahren und andererseits Ältere ab 60 Jahren. Diese Interviewstudie ist Bestandteil des Forschungsprojekts *„Verbesserung der*

gesundheitsbezogenen Lebenssituation junger und alter Menschen im Ruhrgebiet“, welches von der in Essen ansässigen Brost-Stiftung gefördert wurde und sich in fünf Teilstudien untergliedert: (i) Evaluation der aktuellen Versorgungssituation auf Basis einer Literaturrecherche und Expert:innenbefragung, Sekundärdatenanalyse der (ii) Morbidität und (iii) Leistungsanspruchnahme sowie (iv) Erfassung von UB dieser Zielgruppen. Die wesentlichen Erkenntnisse der Teilprojekte werden trianguliert und auf dieser Basis (v) Handlungsempfehlungen abgeleitet. Über Teilbereich (iv) wird hier berichtet.

Erhebungsinstrumente

Die Erfassung von UB erfolgte in semistrukturierten Leitfadeninterviews² [24]. Der Interviewleitfaden ist dabei als Grundgerüst zu verstehen, der an die individuellen Gegebenheiten einer jeden Gesprächssituation angepasst werden muss. Daher muss die Reihenfolge der Follow-up-Fragen (Folgefragen zum Nachfassen) nicht strikt eingehalten werden. Auch die Entscheidung, ob und wann (welche) Nachfragen gestellt werden, erfolgte situationsspezifisch in Abhängigkeit des Interviewverlaufs sowie der vorherigen Ausführungen der Teilnehmenden. Die Leitfäden wurden aufbauend auf bisherigen Studien [vgl. u.a. 4,5,19] konzipiert und nach Pretests mit Personen aller Sozialstatusgruppen (n = 20) angepasst.³ Grundlage für die Leitfäden war die in dieser Studie herangezogene Definition von UB, die sich vorrangig an der Arbeit von Tuck et al. [5] orientiert. Weitere Fragen, die auf die Gründe der UB oder die Versorgungsbereiche abzielen, leiteten sich aus dem Erkenntnisinteresse unserer Untersuchung ab. Ergänzend erfassten wir den subjektiven Gesund-

² Das Einverständnis zur Studienteilnahme wurde schriftlich mithilfe einer Einwilligungserklärung festgehalten. Bei Interviewteilnehmenden, welche das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten, war eine zusätzliche Einwilligung mindestens eines Erziehungsberechtigten nötig.

³ Die Leitfäden können bei der Erstautorin angefragt werden.

heitszustand mittels Schulnoten zu Beginn des Interviews und soziodemographische Merkmale mit einem Kurzfragebogen. Neben Alter, Geschlecht, Hauptwohnsitz, Migrationsstatus, Krankenversicherungsart und Schulabschluss ist hier der subjektive Sozialstatus (SSS) mithilfe der deutschen Version der *MacArthur Scale* [25] abgefragt worden. Wenngleich die Interviews während der SARS-CoV-2-Pandemie stattfanden, wurden Teilnehmende gebeten, von pandemieunabhängigen UB zu berichten. Dazu wurde ihnen eine Definition von UB (Erzählstimulus) vorgelesen:

Ein Wunsch zur Behandlung ist unerfüllt, wenn man das Gefühl hat, eine bestimmte Leistung zur Lösung eines gesundheitlichen Problems zu benötigen, sie aber nicht oder nicht zu 100% erhält. Dazu zählt auch, dass die Leistung verzögert erbracht wird oder man damit nicht zufrieden ist. Eine Behandlung kann dabei alles sein, was Sie sich für ein gesundheitliches Problem wünschen, also z. B. die ärztliche oder therapeutische Behandlung und Untersuchung, aber auch Reha, Medikamente oder Hilfsmittel wie Krücken.

Nach der Klärung von Verständnisschwierigkeiten erhielten sie einen Erzählaufforderung mit der Hauptfrage (siehe Abbildung 1).

Teil B: Hauptteil - unerfüllte Behandlungswünsche

B1. Hauptfrage:

Erzählen Sie mir bitte von einer Situation, in der Sie einen UB hatten.

B2. Follow-up Fragen

Art der Leistung	Bitte beschreiben Sie mir genauer, um welche Leistung es sich handelt(e). <ul style="list-style-type: none">• Bei <u>welchem Arzt oder Therapeuten?</u>• <u>Welche Leistung wäre es konkret gewesen?</u>
Gründe	Weshalb ist Ihr Behandlungswunsch unerfüllt geblieben/haben Sie ihn als unerfüllt empfunden? <ul style="list-style-type: none">• Warum waren Sie nicht zufrieden?• Welche Gründe gab es dafür? (persönlich etc.) / Welche Umstände haben dazu geführt?
Beteiligte	Wer hatte die Idee zur Leistung? / Ging der Wunsch von Ihnen aus?
Zeitpunkt/-raum	Versuchen Sie sich bitte zurückzuerinnern, wann der Behandlungswunsch vorlag. <ul style="list-style-type: none">• Wie lange bestand/besteht der Wunsch?
Dauer	<ul style="list-style-type: none">• Wie oft hatten Sie den Wunsch?
Ergebnis	Wurde der Behandlungswunsch <u>irgendwann erfüllt/das gesundheitliche Problem gelöst?</u>

(+) Wenn <u>gelöst</u>	(-) Wenn <u>nicht gelöst</u>
<ul style="list-style-type: none">• <u>Wie</u> wurde es gelöst/<u>wer</u> hat dabei <u>ge-</u> <u>holfen?</u>• <u>Was</u> hat dazu geführt, dass der Wunsch nicht mehr bestand?• <u>Was</u> hätten Sie sich zusätzlich <u>gewünscht</u>/hätte man Ihrer Meinung nach <u>kö-</u> <u>nnen oder müssen?</u>	<ul style="list-style-type: none">• <u>Warum</u> wurde es <u>nicht</u> gelöst?• Welche Folgen hatte das für Sie?

Abbildung 1: Auszug aus dem Interviewleitfaden

Rekrutierung & Durchführung der Interviews

Die Rekrutierung erfolgte von Februar bis August 2020 mittels Targeted Sampling. Als Orientierung dienten die in der Sozialraumanalyse Emscherregion [26] identifizierten Gebiete mit (sehr) starker sozialer Benachteiligung der jüngeren bzw. älteren Bevölkerung, um trotz bestehender Zugangsschwierigkeiten möglichst viele Personen mit niedrigem Sozialstatus zu erreichen. Dazu wurden über 200 lokale

Institutionen bzw. Multiplikator:innen wie Sozial- und Szenetreffpunkte für Jugendliche und Senior:inneneinrichtungen kontaktiert. Überdies erfolgten Posts in regionalen Facebook-Gruppen. Durch die COVID-19-Pandemie und die damit verbundenen Schutzmaßnahmen sowie temporären Schließungen insbesondere in Einrichtungen der Zielgruppen, war eine Rekrutierung mittels Multiplikator:innen nur noch eingeschränkt möglich. In der zweiten Rekrutierungsphase fand daher eine direkte telefonische Kontaktierung potenzieller Studienteilnehmender mithilfe einer zufallsgenerierten Telefonstichprobe statt. Insgesamt wurden ca. 3.000 Festnetznummern in Essen, Gelsenkirchen, Duisburg, Dortmund und Bottrop angerufen.

Im Rahmen des Gesamtprojekts wurde der Fokus auf die Betrachtung von Personen mit niedrigem Sozialstatus, aber auch auf den Vergleich unterschiedlicher Sozialstatusgruppen gelegt. Dementsprechend lag das Erkenntnisinteresse auch im Rahmen der Teilstudie, über die hier berichtet wird, in der Analyse UB von jüngeren bzw. älteren Menschen mit niedrigem Sozialstatus und dem Vergleich mit anderen Statusgruppen. So können Unterschiede hinsichtlich des Vorliegens von UB und ihrer Gründe identifiziert werden. Folglich waren sowohl Personen mit niedrigem, mittlerem und hohem Sozialstatus in die Interviewstudie einzuschließen. Die Einschlusskriterien zur Teilnahme beziehen sich auf die Zugehörigkeit zu einer der Altersgruppen und auf den Hauptwohnsitz im Ruhrgebiet.

Um eine effiziente und im Hinblick auf das Erkenntnisinteresse adäquate Umsetzung der Methode sicherzustellen, wurde eine theoretische Sättigung der Ergebnisse unter der Voraussetzung angenommen, dass die Durchführung von weiteren Interviews keine wesentlichen Erkenntnisse mehr generiert hätte.

Analyse

Die Interviews wurden mittels Tonaufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend verbatim transkribiert. Wir führten eine qualitative Inhaltsanalyse strukturierenden

Typs nach Mayring [27] durch. Vornehmliches Ziel war es, die wesentlichen Inhalte der Interviews in einem Kategoriensystem abzubilden. Dafür wurde dieses System in seiner Grundstruktur deduktiv angelegt und im Zuge der Datenanalyse induktiv ergänzt. Die Auswertung erfolgte mithilfe der Software MAXQDA (Version 2020). Ergänzend wurde im Rahmen einer Frequenzanalyse (mit MS Excel) bestimmt, wie viele Befragte spezifische Codes mindestens einmal genannt haben. So konnte auf deren Relevanz, auch im Vergleich zu anderen Kodierungen, geschlossen werden. Die Resultate der Inhalts- und Frequenzanalyse werden im Folgenden integriert dargestellt. Die gesamte Berichterstattung orientiert sich an den Standards for Qualitative Research (SRQR) [28].

Kategoriensystem

Identifizierte UB werden jeweils anhand von drei übergeordneten, deduktiv aus dem Interviewleitfaden abgeleiteten Kategorien charakterisiert (siehe Abbildung 2): Art des UB (Hauptkategorie 1, HK 1), betroffener Versorgungsbereich (HK 2) und Grund für den UB (HK 3). Die erste Hauptkategorie ist analog zur Definition von UB deduktiv (literaturbasiert) nach fünf Arten von UB in Subkategorien differenziert: (i) Leistung nicht erhalten, (ii) verzögert erbrachte Leistung, (iii) mit Leistung nicht (zu 100 %) zufrieden, (iv) ungeeignete Leistung oder (v) eigene Entscheidung, die Leistung nicht zu verlangen. HK 2 ordnet UB Versorgungsbereichen zu. HK 3 differenziert Gründe für die Unerfülltheit von Behandlungswünschen. Sowohl für HK 2 als auch HK 3 wurden den Subkategorien zur weiteren Spezifizierung Sub-Subkategorien zugeordnet. Dies erfolgte induktiv aus dem Textmaterial heraus. Das erweiterte Codebuch mit Kategoriendefinition, Ankerbeispielen und Kodierregeln ist dem Anhang EA 1 zu entnehmen.

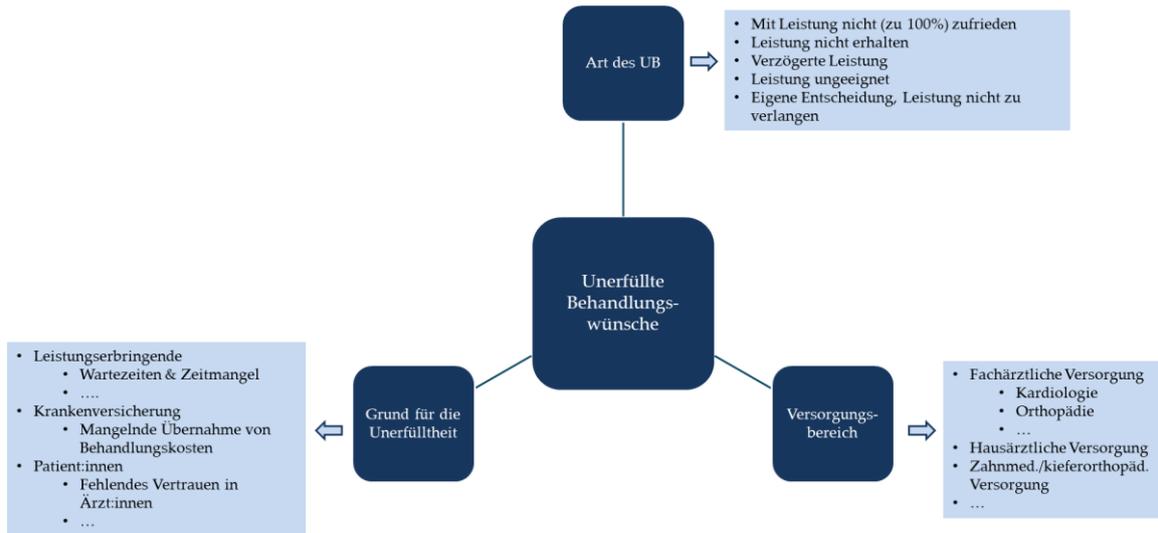


Abbildung 2: Auszug aus dem Kategoriensystem

Ethik und Selbstreflexion der Autor:innen

Die Ethikkommission der Universität Bayreuth gab ein positives Votum für die Durchführung der qualitativen Studie. Der Blick auf die forschungsgegenständlichen Fragestellungen ist vom akademischen Werdegang der Autor:innen und ihren wissenschaftlichen Erfahrungen geprägt. Entsprechend sei darauf hingewiesen, dass die Erstautorin über einen gesundheitsökonomischen, der Zweitautor über ein sozial- und wirtschaftswissenschaftlichen und der Drittautor über einen medizinisch-philosophischen Hintergrund verfügt. Als Korrektiv wurde der Austausch mit weiteren Fachkolleg:innen sowohl zur Diskussion der Ergebnisse als auch bei der Finalisierung des Manuskripts gesucht.

Ergebnisse

An den Interviews nahmen 23 ältere (davon n = 5 Hochaltrige ≥ 80 Jahre) sowie sechs jüngere Personen von März bis Juli 2020 teil. Die durchschnittliche Dauer betrug 15 Minuten (Spanne: 6–45 min). Männer sind in der Stichprobe weniger stark repräsentiert. Im Hinblick auf den SSS liegt eine leichte Häufung im mittleren Bereich

vor. Über 85 % der Teilnehmenden stufen die eigene Gesundheit als sehr gut bis befriedigend ein. Tabelle 1 gibt eine Übersicht zu den Interviewteilnehmenden.

Tabelle 1: Charakterisierung der Interviewteilnehmenden (n = 29)

Variable	n (% gerundet)	
Geschlecht	weiblich	19 (66)
	männlich	10 (34)
Altersgruppe	Jüngere (14–19 Jahre)	6 (21)
	Ältere (≥60–79 Jahre)	23 (79)
Subjektiver Sozialstatus (SSS)*	niedrig	7 (24)
	mittel	12 (41)
	hoch	10 (34)
Krankenversicherungsstatus	GKV	22 (76)
	GKV + Zusatzversicherung	3 (10)
	PKV	4 (14)
Migrationsstatus	kein Migrationshintergrund	19 (66)
	Migrationshintergrund (ein-/beidseitig)	10 (34)
Subjektiver Gesundheitsstatus**	sehr gut (1)	3 (11)
	sehr gut - gut (1-2)	2 (7)
	gut (2)	9 (32)
	gut - befriedigend (2-3)	2 (7)
	befriedigend (3)	8 (29)
	befriedigend – ausreichend (3-4)	3 (11)
	ausreichend (4)	1 (4)
	mangelhaft (5)	0 (0)
	ungenügend (6)	0 (0)
	k.A.	1 (4)

*Bei einer Person erfolgte die Einordnung auf Basis des höchsten erreichten Schulabschlusses als Proxy für die fehlende Angabe zum SSS.

**Da mehrere Personen (n = 7) sich nicht bei einer Schulnote einordnen wollten und Zwischenkategorien wie „zwischen 1 und 2“ angaben, werden diese entsprechend dargestellt.

Die meisten Befragten leben in Essen (n = 11) oder Gelsenkirchen (n = 7)⁴.

19 von 29 Untersuchungsteilnehmenden (66 %) konstatieren, mindestens einen UB zu haben bzw. gehabt zu haben. Insgesamt berichten die Teilnehmenden über 63 UB. Im Hinblick auf Geschlecht, Migrationsstatus und Altersgruppe sind keine bedeutsamen Unterschiede bezüglich des Vorkommens von UB festzustellen. Personen mit mittlerem SSS berichten besonders häufig UB (92 %). Auch bei GKV-Versicherten ohne Zusatzversicherung deutet sich eine Häufung (73 %) an (siehe Anhang EA 2). Die weiteren Ergebnisse werden nachstehend den Hauptkategorien folgend präsentiert.

Art der unerfüllten Behandlungswünsche (HK 1)

Am häufigsten (n = 27) sind UB dadurch charakterisiert, dass eine Person mit der Leistung nicht (vollständig) zufrieden war. Eine nicht erhaltene Leistung (n = 13) bzw. verzögert erbrachte Leistung (n = 12) bildet die zweit- bzw. dritthäufigste Art der berichteten UB. Acht UB zeigen sich darin, dass Befragte die erhaltene Leistung als ungeeignet empfunden haben (n = 8). Bei drei der UB hat eine Person selbst entschieden, die Leistung nicht zu verlangen und sie damit nicht in Anspruch zu nehmen.

Unerfüllte Behandlungswünsche nach Versorgungsbereichen (HK 2)

UB finden sich – wie aus Tabelle 2 hervorgeht – häufig in der zahnmedizinischen/kieferorthopädischen (n = 10), hausärztlichen (n = 11) und insbesondere fachärztlichen Versorgung (n = 26).

⁴ Weitere Wohnorte der Befragten: Dortmund (n = 4), Herne (n = 3) sowie Duisburg, Mühlheim an der Ruhr, Recklinghausen und Unna (je n = 1)

Tabelle 2: Versorgungsbereiche der unerfüllten Behandlungswünsche

Versorgungsbereiche	n (% gerundet)
Fachärztliche Versorgung	26 (41)
<i>Kardiologie</i>	7 (11)
<i>Orthopädie</i>	6 (10)
<i>Dermatologie</i>	5 (8)
<i>Weitere Fachrichtungen*</i>	8 (13)
Hausärztliche Versorgung	11 (17)
Zahnmedizinische/kieferorthopädische Versorgung	10 (16)
Ärzt:in (unspezifisch) - ambulante Versorgung	5 (8)
Stationäre Versorgung	3 (5)
Physiotherapie	3 (5)
Rehabilitative/kurmedizinische Versorgung	3 (5)
Sonstige Leistungen	2 (3)
Σ Unerfüllte Behandlungswünsche	63

*umfasst Fachrichtungen, die ≤ zweimal angeführt wurden sowie UB der fachärztlichen Versorgung, bei denen die Fachrichtung nicht näher spezifiziert wurde.

Im letztgenannten Bereich erweisen sich v.a. die Kardiologie, Orthopädie und Dermatologie als relevant. Exemplarisch kann ein von einer älteren Person genannter UB, der sich in einer verzögert erbrachten Leistung manifestiert und dem Fachbereich Kardiologie zuzuordnen ist, angeführt werden:

„Ich habe vom [...] Hausarzt gesagt bekommen, dass ich zum Kardiologen gehen soll. [...] und die haben gesagt, ich muss warten so zwei, drei Monate. Mein Zustand wurde so kritisch, dass ich nach dem Besuch beim Arzt für zwei Wochen ins Krankenhaus musste.“ (Ä:145)

⁵ Abkürzung der Fundstellenbezeichnung: Zielgruppe (Ältere/Jüngere): Interviewnummer

Die nachstehende Aussage einer 83-jährigen Befragten aus der Kardiologie verdeutlicht, dass im Kontext von UB nicht nur Behandlung, Diagnostik oder Therapie adressiert werden, sondern vielmehr auch zwischenmenschliche Aspekte wie das ärztliche Gespräch und damit die Arzt-Patienten-Kommunikation zu berücksichtigen sind:

„Und dann hat er sich keine Mühe gegeben, obwohl ich schon seit Jahren zu diesem Kardiologen ging, dann hat er zu mir gesagt: ‚Ja, was wollen Sie eigentlich? Vergessen Sie, wie alt Sie sind?‘ [...] Der hat nichts gemacht, der hat kein Blutdruck gemessen, gar nichts. [...] Ja, und dann habe ich gesagt: ‚Ich möchte mich von Ihnen trennen, also streichen Sie mich aus Ihrer Kartei.‘ Weil DAS ist nicht in Ordnung, nur weil man alt ist? Wissen Sie, ich will Ihnen das sagen, ich bin über achtzig und nur weil man alt ist, wird einem das Gefühl vermittelt: Sei doch froh, dass du überhaupt noch da rumkriechst.“ (Ä:21)

Die Konsequenz aus diesem UB war für die Befragte Wechsel zu einer anderen Fachärztin, bei der sie ebenfalls einen UB berichtet.

Im Kontext der stationären Versorgung wurden UB u.a. in Form einer verzögert erbrachten Leistung identifiziert. Eine interviewte Person berichtet von ihrem stationären Aufenthalt aufgrund einer Bauchspeicheldrüsenentzündung im letzten Jahr:

„[Mit der] Krankenhausversorgung habe ich auch einmal eine sehr schlechte Erfahrung gemacht [...] eh sich überhaupt ein Arzt da drum gekümmert hat. [...] das waren mehrere Stunden.“ (Ä:13)

UB in den Versorgungsbereichen rehabilitative/kurmedizinische Versorgung bzw. Physiotherapie manifestieren sich häufig in einer nicht erhaltenen Leistung oder einer Unzufriedenheit mit der Leistung selbst. Im nachstehenden Zitat finden sich UB im Kontext des letztgenannten Bereichs:

„Ich habe jetzt für meine Schulter sechsmal Physiotherapie bekommen. [...] Aber der Arzt hat direkt gesagt: ‚Sie brauchen nicht noch mal weiter zu fragen, mehr als sechs gibt es nicht, weil Ihre Krankenkasse mehr nicht verschreibt.‘ Das fand ich nicht gut. [...] ich habe manchmal Last mit dem Rücken gehabt und man bekommt ja, oder früher habe ich dann Fango und Massage bekommen. Das bekomme ich jetzt nicht mehr verschrieben.“ (Ä:3)

Eine Besonderheit zeigt sich für Personen mit niedrigem SSS. Diese nennen die meisten UB in der hausärztlichen Versorgung (50 %). Befragte mit hohem SSS berichten hingegen keinen UB in diesem Bereich. Während die stationäre sowie die rehabilitative/kurmedizinische Versorgung bei Personen mit niedrigem SSS nicht als Versorgungsbereich mit UB identifiziert werden, führen Personen mit hohem SSS hier jeweils zwei UB an.

Gründe für unerfüllte Behandlungswünsche (HK 3)

Nachfolgend werden die im Hinblick auf die genannten UB bedeutsamsten Versorgungsbereiche (Fachärzt:innen, Hausärzt:innen/Ärzt:innen ambulant unspezifisch, Zahnmedizin/Kieferorthopädie) betrachtet. Hier finden sich 47 UB, denen 78 Gründe zugeordnet sind. Abbildung 3 gibt eine Übersicht über diese Gründe. Der Großteil bezieht sich auf die Leistungserbringenden (n = 59, ausgefüllte Balken). Einige Ursachen finden sich zudem bei der Krankenversicherung (n = 12, gepunkteter Balken) bzw. bei den Patient:innen selbst (n = 7, schraffierte Balken).

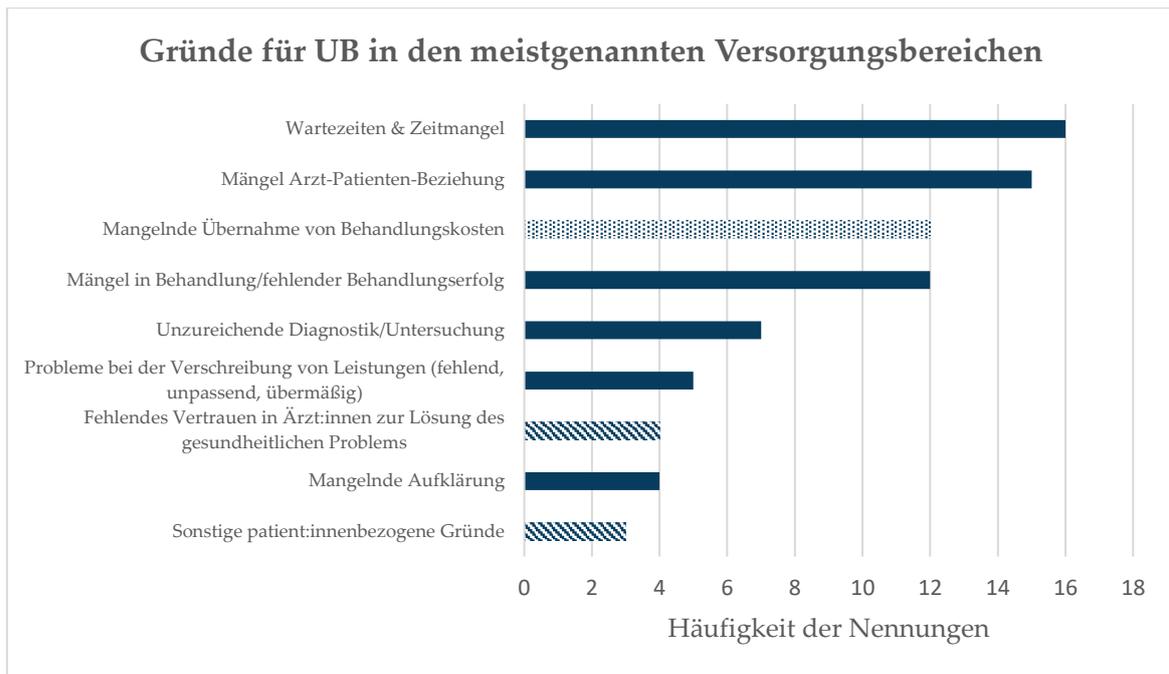


Abbildung 3: Aggregierte Gründe der Unerfülltheit im Bereich der meistgenannten Versorgungsbereiche; Häufigkeit der Nennungen (n = 59). Ausgefüllte Balken: Leistungserbringendenbezogene Ursachen; Gepunkteter Balken: Krankenversicherungsbezogene Ursachen; Schraffierte Balken: Patient:innenbezogene Ursachen.

Wartezeiten und Zeitmangel (n = 16) sowie Mängel in der Arzt-Patienten-Beziehung (n = 15) werden insbesondere bei Fachärzt:innen (je n = 12) berichtet, stellen jedoch auch in der hausärztlichen Versorgung ein Problem dar:

„Ach, ja, das ist schwierig. [...] lange Wartezeiten, wenn was Unvorhergesehenes ist und so, und auch trotzdem lange Wartezeiten mit Termin.

[...] beim Hausarzt, ja.“ (Ä:13)

Die Befragte ergänzt, dass sie aufgrund der Wartezeiten Fachärzt:innen erst gar nicht aufsuche:

„Zum Facharzt gehe ich schon gar nicht. [...] auch wegen der Wartezeiten. Da muss man ja manchmal sehr lange auf einen Termin warten.“

(Ä:13)

Im Rahmen der Arzt-Patienten-Beziehung spielen sowohl allgemeine Mängel in der Kommunikation als auch fehlende Partizipationsmöglichkeiten für Patient:innen am Gespräch sowie bei der Entscheidungsfindung eine Rolle. Zudem berichten jüngere wie ältere Befragte darüber, altersbedingt nicht ernst genommen zu werden:

„Sie hat ihre Arbeit sehr gut verrichtet, aber ich bin immer mit einem unguten Gefühl da hin gegangen und habe mich dort dann mit ihr in einem Raum ein bisschen unwohl gefühlt. [...] also wenn ich Fragen hatte, das hat meine Mutter dann auch immer gemacht und sie hat [...] mit meiner Mutter die Sachen sozusagen abgeklärt. [...] und ich hätte mir halt gewünscht, dass sie vielleicht also erstens freundlicher gewesen wäre und auch mehr mich selber angesprochen hätte.“ (J:3)

Ein weiterer Jugendlicher fühlt sich aufgrund seines jungen Alters ebenfalls nicht ausreichend ernst genommen und berichtet von Zeitmangel im Gespräch:

„Für mich ist das halt so, dass die Ärzte, nicht alle, teilweise mich dann [...] eher nicht so perfekt ernst nehmen. [...] wenn man zum Beispiel eine Frage stellt ihm gegenüber, dann ist es halt so, er ist so in Eile, sage ich mal. Und dann geht er auch nicht immer auf die Fragen ein, die man gestellt hat, wenn man zum Beispiel zwei oder drei gestellt hat. [...] von den Eltern kommen die Fragen besser an.“ (J:6)

Die fehlende Übernahme von Behandlungskosten durch die Krankenversicherung (n = 12) ist im Bereich der Zahnmedizin/Kieferorthopädie im Hinblick auf Zuzahlungen oder Selbstbeteiligungen (n = 7) von besonderer Relevanz:

„Die Füllung oder die Ersatzteile, da gibt es doch von bis. Und das finde ich so, man könnte sagen, also die Kasse zahlt das und das und das kann

ich Ihnen empfehlen. Man muss so furchtbar viel beim Zahnarzt dazuzahlen.“ (Ä:6)

Daneben wird dieser Grund auch in Bezug auf die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) angeführt.

Personen mit hohem SSS nennen ausnahmslos diese Gründe für UB in der zahnmedizinischen/kieferorthopädischen Versorgung. Auffällig ist, dass Befragte mit niedrigem SSS weder hier noch in einem anderen Versorgungsbereich finanzielle Gründe für UB anführen.

Mängel in der Behandlung bzw. ein fehlender Behandlungserfolg werden in mehreren Versorgungsbereichen (n = 12) angeführt: Befragte nennen in diesem Zusammenhang bspw. Schmerzen bei der Zahnbehandlung, starke Nebenwirkungen oder negative gesundheitliche Folgen einer als fehlerhaft empfundenen Behandlung.

Darüber hinaus sind eine aus Sicht der Befragten unzureichende Diagnostik bzw. Untersuchung (n = 7), Probleme bei der Verschreibung von Leistungen (fehlend, ungeeignet, übermäßig; n = 5), fehlendes Vertrauen in Ärzt:innen zur Lösung des gesundheitlichen Problems (n = 4), eine mangelnde Aufklärung seitens der Leistungserbringenden (n = 4) sowie sonstige patient:innenbezogene Gründe (n = 3) ursächlich für die berichteten UB.

Diskussion

Mit der vorliegenden Studie ist es gelungen, UB und deren Gründe am Beispiel von jüngeren und älteren Personen im Ruhrgebiet in einem qualitativen Setting zu explorieren. Die eingangs skizzierten Gründe für UB im internationalen Kontext finden sich zum Großteil auch in unserer Untersuchung: Hier sind übereinstimmend die mangelnde Übernahme von Behandlungskosten, d .h. finanzielle Aspekte und Wartezeiten auch in der zahnmedizinischen/kieferorthopädischen bzw. fachärztli-

chen Versorgung entscheidende Ursachen. In anderen Studien wurde neben Wartezeiten als Ursache auf Gesundheitssystemebene zusätzlich auch die eigene Zeitknappheit der Befragten als gesundheitssystemunabhängiger Grund für deren UB berichtet. D. h. ein UB lag in diesem Fall vor, weil Patient:innen selbst zu wenig Zeit hatten und deswegen bspw. keinen Arzt aufsuchten. Dieser Grund wurde in der vorliegenden Untersuchung nicht identifiziert.

Bei einem Vergleich der Ergebnisse mit internationalen Publikationen ist zu berücksichtigen, dass mit den unterschiedlichen Gesundheitssystemen auch spezifische Zugangsbarrieren einhergehen. Unsere Ergebnisse legen nahe, dass die Unerfülltheit eines einzelnen Behandlungswunsches oft auf mehrere Gründe zurückzuführen ist. Ein UB kann also durch das Zusammenspiel mehrerer Faktoren entstehen. Im Rahmen unserer Studie werden diese von den Befragten vorrangig den Leistungserbringenden zugeordnet. Wichtig, die Arzt-Patienten-Kommunikation bzw. -Beziehung betreffende Ursachen werden in der vorliegenden Untersuchung erstmals identifiziert: Sowohl Jüngere als auch Ältere führen das Gefühl, aufgrund ihres Alters nicht ernst genommen zu werden, an.

UB werden hier vorrangig von Personen mit mittlerem SSS geäußert. Damit decken sich die Ergebnisse zunächst nicht mit dem von Hoebel et al. [29] bzw. Lindström et al. [14] festgestellten Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status (SES) und Vorkommen von UB zu Ungunsten von Personen mit niedrigem SES. Dieser Unterschied muss nicht darauf zurückzuführen sein, dass das tatsächliche Auftreten von UB bei jüngeren und älteren Personen mit niedrigem Sozialstatus im Ruhrgebieten seltener ist als bei Personen der mittleren Statusgruppe. Vielmehr könnte eine geringere Gesundheitskompetenz dazu führen, dass betroffene Personen UB nicht als solche identifizieren bzw. artikulieren können oder sich etwaiger Barrieren im Zugang bzw. bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nicht be-

wusst sind. Auch die Angst vor Diskreditierung bei der Nennung finanzieller Aspekte könnte ein Grund dafür sein, dass Personen mit niedrigem SSS diese nicht als Ursache für die Unerfülltheit anführen. Unterschiede in der Gesundheitskompetenz könnten einen Erklärungsansatz für den geringeren Anteil an berichteten UB bei Personen mit niedrigem SSS im Vergleich zu denjenigen mit mittlerem bzw. hohem SSS bilden. Um dies zu überprüfen, bedarf es quantitativer Untersuchungen, die neben UB auch die Gesundheitskompetenz erfassen. Eine Studie von Quenzel und Schaeffer [30], die die Gesundheitskompetenz vulnerabler Personengruppen in NRW untersucht, deutet auf eine starke Abweichung von bspw. bildungsfernen Jugendlichen sowie älteren Menschen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung hin. Diese zeigt sich durch ein geringes Wissen über gesundheitsförderliches, -bewahrendes und krankheitsverhinderndes Verhalten und Problemen dabei, sich im Gesundheitswesen zurecht zu finden. Neben der Gesundheitskompetenz könnte eine unterschiedliche Erwartungshaltung der Befragten in Abhängigkeit ihres Sozialstatus bezüglich der Arzt-Patienten-Kommunikation zu Unterschieden in der Bewertung von UB, die sich auf das Gespräch bzw. die Interaktion zwischen Ärzt:in und Patient:in beziehen, führen.

Insgesamt berichten knapp zwei Drittel der Befragten mindestens einen UB. Verglichen mit international publizierten Prävalenzen, die sich meist in einem Bereich von 10 % bis 25 % bewegen [1,3,13,15,17,19], erscheint dieser Anteil hoch. Dabei ist zum einen zu bedenken, dass die vorliegende Studie UB nicht in einem genuin quantitativen Forschungsansatz betrachtet. Zum anderen beschränkt sich ein Gros publizierter Untersuchungen auf UB der letzten 3-12 Monate. Eine Begrenzung des Zeitraums wurde in der vorliegenden Arbeit bewusst nicht vorgenommen, da für Deutschland bisher kaum Evidenz zum Thema UB besteht. Der Fokus lag hierbei auf der qualitativen Exploration UB und deren Gründe und nicht auf einer Quanti-

fizierung oder zeitlichen Einordnung. Letztere kann Inhalt weiterführender quantitativer Untersuchungen sein. Überdies werden verzögerte Leistung und UB oft getrennt voneinander erfasst. Ein weiterer starker Einflussfaktor für den hohen Anteil an UB in der vorliegenden Analyse dürfte der Fokus auf vulnerable Personengruppen im Ruhrgebiet sein.

Stärken und Limitationen

Die vorliegende Interviewstudie weist einen hohen Detaillierungsgrad auf: Neben dem Vorkommen wurden Art und Gründe für UB sowie die Versorgungsbereiche, in denen UB bestehen, exploriert. Auch der Fokus auf jüngere und ältere Menschen mit Wohnsitz in einem Gebiet mit besonderer Raum- und Sozialstruktur, und damit auf vulnerable Gruppen, ist hervorzuheben.

Durch das qualitative Studiendesign ist eine Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse nicht gegeben. Dies war jedoch auch nicht Ziel der Untersuchung. Limitationen ergeben sich vor allem aus der Stichprobenszusammensetzung: Der Anteil von jüngeren Personen (21 %) sowie der Anteil von Menschen mit niedrigem SSS (24 %) fällt vergleichsweise gering aus. Trotz der Bemühungen, insbesondere Personen mit niedrigem SSS zu erreichen, finden sich mehr Personen in der mittleren (41 %) bzw. der hohen Statuskategorie (34 %). Damit zeigen sich die eingangs erwähnten Rekrutierungsschwierigkeiten bei dieser Subgruppe. Weitere Teilnehmende konnten trotz einer ausgedehnten Rekrutierungsphase sowie einer Erweiterung der Rekrutierungsstrategie nicht erreicht werden. Zu berücksichtigen ist zudem, dass die dargestellten UB die subjektive Wahrnehmung der Befragten widerspiegeln und sich von objektiven Behandlungsbedarfen unterscheiden können. In der Gesamtschau geben die Ergebnisse aber Hinweise auf Defizite in der Versorgung und können damit als Grundlage zur Ableitung von konkreten Lösungsansätzen zur Verbesserung der Versorgungssituation verstanden werden.

Fazit

Potenzielle Handlungsfelder für die Optimierung der regionalen Gesundheitsversorgung – insbesondere für jüngere und ältere Menschen – ergeben sich aus den Versorgungsbereichen, in denen die meisten UB identifiziert wurden. Dazu zählen die fachärztliche, hausärztliche und zahnmedizinische/kieferorthopädische Versorgung. Entsprechende Interventionen können an den dargelegten Gründen für UB ansetzen. Dies sind insbesondere Wartezeiten und Zeitmangel, Probleme in der Arzt-Patienten-Beziehung, fehlende Übernahme von Behandlungskosten sowie wahrgenommene Mängel bei der Behandlung. Gerade die Kommunikation zwischen Leistungserbringenden und Patient:innen könnte eine Schlüsselrolle zur Verbesserung bilden. Die berichteten Ergebnisse bieten eine Grundlage für differenzierte quantitative Befragungen mit repräsentativen Stichproben. Hierbei könnte auch ein besonderer Schwerpunkt auf den Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und dem Vorkommen von UB gelegt werden.

Interessenkonflikt

Die Autor:innen geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Autor:innenschaft

Sarah Heidenreiter: Konzeptualisierung, Methodik, Untersuchung, Formale Analyse, Projektbetreuung, Visualisierung, Schreiben - Originalentwurf, Schreiben - Review & Überarbeitung. Michael Lauerer: Supervision, Schreiben - Review & Überarbeitung. Eckhard Nagel: Fördermittelakquise, Konzeptualisierung, Schreiben - Review & Überarbeitung.

Literatur

- [1] Hargreaves DS, Elliott MN, Viner RM, Richmond TK, Schuster MA. Unmet health care need in US adolescents and adult health outcomes. *Pediatrics* 2015; 136:513–20. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-0237>.
- [2] Lindström C, Rosvall M, Lindström M. Unmet health-care needs and mortality: A prospective cohort study from southern Sweden. *Scand J Public Health* 2019;1403494819863530. <https://doi.org/10.1177/1403494819863530>.
- [3] Popovic N, Terzic-Supic Z, Simic S, Mladenovic B. Predictors of unmet health care needs in Serbia; analysis based on EU-SILC data. *PLoS ONE* 2017;12:e0187866.
- [4] Sanmartin C, Houle C, Tremblay S, Berthelot J-M. Changes in unmet health care needs. *Health Rep* 2002;13:15–21.
- [5] Tuck A, Oda A, Hynie M, Bennett-AbuAyyash C, Roche B, Agic B, et al. Unmet health care needs for syrian refugees in canada: a follow-up study. *J Immigr Minor Health* 2019. <https://doi.org/10.1007/s10903-019-00856-y>.
- [6] Ramtohul I, Lauerer M. Warum bleiben Behandlungswünsche von GKV- und PKV-Versicherten unerfüllt?: Eine quantitative Inhaltsanalyse semistrukturierter Leitfadeninterviews. *Gesundheitswesen* 2015;77:A12. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1562968>.
- [7] Walker ER, Cummings JR, Hockenberry JM, Druss BG. Insurance status, use of mental health services, and unmet need for mental health care in the United States. *Psychiatr Serv* 2015;66:578–84. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400248>.

- [8] An R. Unmet mental health care needs in U.S. children with medical complexity, 2005–2010. *J Psychosom Res* 2016;82:1–3. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.12.007>.
- [9] Parasuraman SR, Anglin TM, McLellan SE, Riley C, Mann MY. Health care utilization and unmet need among youth with special health care needs. *J Adolesc Health* 2018;00:1–10. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.03.020>.
- [10] Irvin K, Fahim F, Alshehri S, Kitsantas P. Family structure and children’s unmet health-care needs. *J Child Health Care* 2018;22:57–67. <https://doi.org/10.1177/1367493517748372>.
- [11] Sanmartin MX, Ali MM, Chen J, Dwyer DS. Mental health treatment and unmet mental health care need among pregnant women with major depressive episode in the United States. *Psychiatr Serv* 2019;70:503–6. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800433>.
- [12] Frank J, Restar A, Kuhns L, Reisner S, Biello K, Garofalo R, et al. Unmet health care needs among young transgender women at risk for HIV transmission and acquisition in two urban U.S. cities: the lifeskills study. *Transgend Health* 2019;4:1–8. <https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0026>.
- [13] Awe OA, Okpalauwaekwe U, Lawal AK, Ilesanmi MM, Feng C, Farag M. Association between patient attachment to a regular doctor and self-perceived unmet health care needs in Canada: a population-based analysis of the 2013 to 2014 Canadian community health surveys. *Int J Health Plann Manage* 2019;34:309–23. <https://doi.org/10.1002/hpm.2632>.

- [14] Lindström C, Rosvall M, Lindström M. Socioeconomic status, social capital and self-reported unmet health care needs: a population-based study. *Scand J Public Health* 2017;45:212–21. <https://doi.org/10.1177/1403494816689345>.
- [15] eurostat, Unmet health care needs statistics; 2023. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics#Unmet_needs_for_health_care (accessed 13 August 2023).
- [16] Hwang J. Understanding reasons for unmet health care needs in Korea: what are health policy implications? *BMC Health Serv Res* 2018;18. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3369-2>.
- [17] Herr M, Arvieu J-J, Aegerter P, Robine J-M, Ankri J. Unmet health care needs of older people: prevalence and predictors in a French cross-sectional survey. *Eur J Pub Health* 2014;24:808–13. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt179>.
- [18] Gibson PR, Kovach S, Lupfer A. Unmet health care needs for persons with environmental sensitivity. *J Multidiscip Healthc* 2015;8:59–66. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S61723>.
- [19] Ronksley PE, Sanmartin C, Quan H, Ravani P, Tonelli M, Manns B, et al. Association between perceived unmet health care needs and risk of adverse health outcomes among patients with chronic medical conditions. *Open Med* 2013;7:e21–30.
- [20] OECD, Unmet needs for health care: Comparing approaches and results from international surveys; 2020.
- [21] Günster C, Klauber J, Robra B–P, Schmucker C, Schneider A, editors. *Versorgungs-Report: Klima und Gesundheit*. Berlin, KG: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co; 2021.

- [22] Information und Technik Nordrhein-Westfalen, Statistikatlas NRW | Kartenanwendung; 2022. <https://www.statistikatlas.nrw.de/> (accessed 2 February 2024).
- [23] Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Die Bedarfsplanung - Grundlagen, Instrumente und Umsetzung.
- [24] Döring N, Bortz J. Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften, fifth. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage, Springer, Berlin, Heidelberg; 2016.
- [25] Hoebel J, Müters S, Kuntz B, Lange C, Lampert T. Messung des subjektiven sozialen Status in der Gesundheitsforschung mit einer deutschen Version der MacArthur Scale. Bundesgesundheitsblatt 2015;58.
- [26] Bogumil J, Schräpler J-P, Strohmeier KP, editors. Sozialraumanalyse Emscherregion. Bochum: ZEFIR; 2012.
- [27] Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Twelfth ed. Weinheim Basel: Beltz Verlagsgruppe; 2010.
- [28] O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. Acad Med 2014;89:1245–51. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>.
- [29] Hoebel J, Rommel A, Schröder S, Fuchs J, Nowossadeck E, Lampert T. Socioeconomic inequalities in health and perceived unmet needs for healthcare among the elderly in Germany. Int J Environ Res Public Health 2017;14. <https://doi.org/10.3390/ijerph14101127>.

[30] Quenzel G, Schaeffer D. Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen, Universität Bielefeld, Bielefeld; 2016.

Verzeichnis des elektronischen Anhangs (EA)

EA 1 Codebuch

EA 2 Vorkommen unerfüllter Behandlungswünsche nach soziodemographischen Merkmalen

EA 1 Codebuch

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
HK 1: Arten des UB			
Leistung nicht erhalten	Interviewte berichten davon, dass sie eine gesundheitliche Leistung zur Lösung eines gesundheitlichen Problems benötigen/benötigt hätten, diese aber nicht erhalten haben.	„Ich habe jetzt für meine Schulter sechsmal Physiotherapie bekommen. [...] Aber der Arzt hat direkt gesagt: „Sie brauchen nicht noch mal weiter zu fragen, mehr als sechs gibt es nicht , weil Ihre Krankenkasse mehr nicht verschreibt.“ (Ä:3)	In allen Passagen muss die interviewte Person davon berichten, dass sie die gesundheitliche Leistung nicht erhalten haben.
verzögert erbrachte Leistung	Interviewte berichten davon, dass die gesundheitliche Leistung, die zur Lösung eines gesundheitlichen Problems benötigen/benötigt hätten, erst verzögert, d.h. nicht zu dem Zeitpunkt, zu dem es aus ihrer Sicht nötig gewesen wäre, erhalten haben.	<p>„Es gab auch im vorigen Jahr einmal Probleme. Und zwar nach meinem Herzinfarkt sollte ich anschließend in die Reha. Und ja, da hat es also doch sehr lange gedauert bis ich dann endgültig die Zusage meiner Krankenkasse hatte, dass sie dann eben das Ganze übernehmen würden. [...] Hat sich verzögert [...] Also eigentlich über die Zeit hinaus [...] Normalerweise sollte nach dem Krankenhausaufenthalt innerhalb von 14 Tagen die Reha ange-treten sein.“ (Ä:7)</p> <p>„Ich habe mal Fußball gespielt und ich habe mich dann verletzt [...] der hat sich das nur angekuckt so, bisschen getastet, aber ist dann nicht näher drauf eingegangen so. Und der hat mir dann halt, der sagt es wäre eine Prellung, aber es war dann doch was gerissen. Und der hat das halt nicht richtig behandelt. Und hat dann gesagt, ja, wenn es nach einer Woche wieder weh tut, kommst dann wieder vorbei. Und nach einer Woche bin ich wieder zurückgekommen und dann hat er erst die Röntgenaufnahmen und so gemacht. Halt da wäre mein Wunsch, der hätte viel früher da rangehen müssen, finde ich. Ist auch eigentlich selbst-verständlich. Wenn man seine Arbeit hat, muss man die auch</p>	In allen Passagen muss die interviewte Person davon berichten, dass sie die gesundheitliche Leistung erst verzögert erhalten hat.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
		gründlich ausführen. Und da war ich noch eine Woche halt länger mit den Schmerzen halt im Fuß, im Bein. Und ja, weil der zu spät eingegriffen hat. " (J:4)	
mit Leistung nicht (zu 100 %) zufrieden	Interviewte berichten davon, dass sie mit der gesundheitlichen Leistung, die sie zur Lösung ihres gesundheitlichen Problems erhalten haben, nicht oder nicht zu 100 % zufrieden sind/waren.	„Sie hat ihre Arbeit sehr gut verrichtet, aber ich bin immer mit einem unguuten Gefühl da hin gegangen und habe mich dort dann mit ihr in einem Raum ein bisschen unwohl gefühlt. [...] also wenn ich Fragen hatte, das hat meine Mutter dann auch immer gemacht und sie hat [...] mit meiner Mutter die Sachen sozusagen abgeklärt. [...] und ich hätte mir halt gewünscht, dass sie vielleicht also erstens freundlicher gewesen wäre und auch mehr mich selber angesprochen hätte.“ (J:3)	In allen Passagen muss die interviewte Person davon berichten, dass sie mit der gesundheitlichen Leistung nicht (zu 100 %) zufrieden ist/war.
Leistung ungeeignet	Interviewte berichten davon, dass sie die gesundheitliche Leistung, die sie erhalten haben, als ungeeignet zur Lösung ihres gesundheitlichen Problems betrachten.	"Ich habe, ja, vor einigen Wochen massive Probleme mit einer Hüfte bekommen, und da bin ich zum Orthopäden gewesen, und der hat ja, das wurde geröntgt, die Hüfte, und er sagte, es ist ein ganz normaler Verschleiß für das Alter entsprechend, und er hat mir so einen Gürtel verschrieben. Aber das war ein akutes Problem, was ich dann selber in den Griff gekriegt habe eben auch noch durch Bewegung und teilweise etwas Schmerzmittel, dass sich das gut aushalten konnte und dass ich mich im Grunde viel bewegt habe. Dadurch wurde das immer schwächer und ist jetzt sage ich mal bis zu einem Prozent auch ganz verschwunden. Aber da fühlte ich mich nicht so ganz gut aufgehoben." (Ä:22)	In allen Passagen muss die interviewte Person davon berichten, dass sie die in Anspruch genommene gesundheitliche Leistung als ungeeignet empfindet.
eigene Entscheidung, Leistung nicht zu verlangen	Interviewte berichten davon, dass sie eine gesundheitliche Leistung, die sie aus eigener Sicht zur Lösung ihres gesundheitlichen Problems benötigen, nicht verlang(t)en und damit	"I: Und wieso gehen Sie dann nicht zum Arzt? B: Ja, weil das hilft nichts. Ich habe zum Beispiel Tablette vom Arzt wegen Schmerzen, ja, der Arzt kann sowieso nichts machen, helfen. Neue Tablette verschreiben." (Ä:14)	In allen Passagen muss die interviewte Person davon berichten, dass sie sich selbst dafür entschieden hat, die gesund-

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
	nicht in Anspruch nehmen/genommen haben.		heitliche Leistung nicht zu verlangen und damit nicht in Anspruch zu nehmen.
HK 2: Versorgungsbereiche der UB			
Fachärztliche Versorgung	Interviewte berichten von einem UB, der sich auf eine gesundheitliche Leistung im Rahmen der fachärztlichen Versorgung bezieht.	siehe unten	In allen Passagen muss die fachärztliche Versorgung bzw. eine entsprechende Fachrichtung bei der Konkretisierung des UB benannt werden.
<i>Kardiologie</i>	Interviewte berichten von einem UB, der sich auf eine gesundheitliche Leistung im Bereich der Kardiologie bezieht.	<p>„Ich habe vom [...] Hausarzt gesagt bekommen, dass ich zum Kardiologen gehen soll. [...] und die haben gesagt, ich muss warten so zwei, drei Monate. Mein Zustand wurde so kritisch, dass ich nach dem Besuch beim Arzt für zwei Wochen ins Krankenhaus musste.“ (Ä:14)</p> <p>"Obwohl ich sagen muss, also mein Kardiologe hat sich gewechselt. Also die Dame ist in Rente gegangen und es kam ein junger Arzt dahin und als ich noch bei der Dame war, habe ich mich da immer etwas unwohl gefühlt, weil sie sehr kalt und nicht gerade freundlich war. Sie hat ihre Arbeit sehr gut verrichtet, aber ich bin immer mit einem unguuten Gefühl dahingegangen und habe mich dort dann mit ihr in einem Raum ein bisschen unwohl gefühlt." (J:3)</p>	In allen Passagen muss die interviewte Person den eigenen UB konkret der Kardiologie zuordnen.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
<i>Orthopädie</i>	Interviewte berichten von einem UB, der sich auf eine gesundheitliche Leistung im Bereich der Orthopädie bezieht.	"Ich habe, ja, vor einigen Wochen massive Probleme mit einer Hüfte bekommen, und da bin ich zum Orthopäden gewesen, und der hat ja, das wurde geröntgt, die Hüfte, und er sagte, es ist ein ganz normaler Verschleiß für das Alter entsprechend, und er hat mir so einen Gürtel verschrieben. Aber das war ein akutes Problem, was ich dann selber in den Griff gekriegt habe eben auch noch durch Bewegung und teilweise etwas Schmerzmittel, dass sich das gut aushalten konnte und dass ich mich im Grunde viel bewegt habe. Dadurch wurde das immer schwächer und ist jetzt sage ich mal bis zu einem Prozent auch ganz verschwunden. Aber da fühlte ich mich nicht so ganz gut aufgehoben." (Ä:22)	In allen Passagen muss die interviewte Person den eigenen UB konkret der Orthopädie zuordnen.
<i>Dermatologie</i>	Interviewte berichten von einem UB, der sich auf eine gesundheitliche Leistung im Bereich der Dermatologie bezieht.	"Na ja, ich wurde zweimal von verschiedenen Ärzten betreut, die eine erst hat mir irgendwelche Medikamente, was aufgeschrieben. So, probiere mal das, das. Also halt probieren. Und genau. Die andere hat sich das dann noch mal angeschaut und auch wiederum gesagt: 'Ja, fang erst mal damit an, dann kommst du nach zwei Monaten wieder' [...] das waren beides zwei Hautärztinnen. Und die eine arbeitet auch nicht mehr mittlerweile da. Halt, die hat immer ein paar Medikamente gegeben und immer, immer halt ein neues Medikament. [...] ich habe mich schon gefühlt wie so ein Versuchskaninchen. Aber, so es hat stückchenweise immer was geholfen, danach wieder nicht, dann hat wieder was geholfen. Also immer so am Anfang geholfen, dann nicht. Und, aber mit hat diese Kontinuität gefehlt der Medikamente so. [...] Erstmal gucken, erstmal mich fragen so, ob ich Allergien habe oder irgendwas nicht vertrage. Erstmal genau auf die Wünsche auch des Patienten eingehen. Wie er behandelt werden möchte, vielleicht auch mit Pillen, also ob man Pillen schlucken will oder ob man hier mit Creme behandelt werden	In allen Passagen muss die interviewte Person den eigenen UB konkret der Dermatologie zuordnen.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
		will. [...] aber sie sollen von vornherein auch schon so ein bisschen mir die Nebenwirkungen sagen, wenn ich danach frage. Und nicht immer sagen das hilft schon. Weil, ich musste extra noch mal fragen, was sind denn die Nebenwirkungen?" (J:4)	
<i>Weitere Fachrichtungen</i>	Unter dieser Kategorie werden UB der Fachrichtungen zusammengefasst, die maximal zweimal genannt wurden sowie UB der fachärztlichen Versorgung, bei denen die Fachrichtung nicht näher spezifiziert wurde.	"Warten Sie mal, Neurologe. [...] Oder jetzt hier bei meiner Frau, die muss da hier diese, alle Jahre zu irgendeinem Spezialisten für Frauenkrankheiten oder was. Fragen Sie mich jetzt aber nicht, wie der heißt. [...] Da wartet sie jetzt auch schon seit Anfang des Jahres und im November hat sie einen Termin. [...] Da ging es um Karpaltunnel. [...] Also da, wie gesagt, wenn es nicht gerade die Notaufnahme ist, dann kriegen Sie halt/ Oder beim Orthopäden. Dann müssen Sie halt schon mit rechnen oder Sie haben halt das Glück[...]" (Ä:19)	In allen Passagen muss die interviewte Person den eigenen UB konkret einer weiteren, maximal zweimal genannten Fachrichtung oder der fachärztlichen Versorgung im Allgemeinen ohne Angabe einer konkreten Fachrichtung zuordnen.
Hausärztliche Versorgung	Interviewte berichten von einem UB, der sich auf eine gesundheitliche Leistung im Rahmen der hausärztlichen Versorgung bezieht.	"Bei mir wurde kein EKG gemacht. [...] Und ich laufe mit Schwindel seit zwanzig Jahre rum. Serzen passiert. [...] Der hatte ja kein EKG gemacht. [...] Und das nächste, ja, der sagte, 'ja, der Schwindel kommt von der Psyche'. Dann habe ich gesagt 'nein, Herr Doktor, das glaube ich nicht' [...]. Das haben die beide Hausärzte verschludert. Verstehen Sie, was ich damit meine?" (Ä:12) „Ach, ja, das ist schwierig. [...] lange Wartezeiten, wenn was Unvorhergesehenes ist und so, und auch trotzdem lange Wartezeiten mit Termin. [...] beim Hausarzt, ja.“ (Ä:13)	In allen Passagen muss die Versorgung durch eine:n Hausärzt:in bei der Konkretisierung des UB benannt werden.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
Zahnmedizinische/ kieferorthopädische Versorgung	Interviewte berichten von einem UB, der sich auf eine gesundheitliche Leistung im Rahmen der zahnmedizinischen bzw. kieferorthopädischen Versorgung bezieht.	„Die Füllung oder die Ersatzteile, da gibt es doch von bis. Und das finde ich so, man könnte sagen, also die Kasse zahlt das und das und das kann ich Ihnen empfehlen. Man muss so furchtbar viel beim Zahnarzt dazuzahlen.“ (Ä:6) "Das war im vorigen Jahr. Also ich habe also Probleme mit dem Kiefer, CMD, Kraniomandibuläre Dysfunktion. Und daraufhin hat der Zahnarzt, der mich behandelt hat, mir Physiotherapie verschrieben und einige andere Sachen. Ja und da haben die dann hinterher gesagt nein, das wäre jetzt also so alles / Können sie nicht alles bezahlen." (Ä:7)	In allen Passagen muss die zahnmedizinische bzw. kieferorthopädische Versorgung bei der Konkretisierung des UB benannt werden.
Ärzt:in (unspezifisch.) - ambulante Versorgung	Interviewte berichten von einem UB, der sich auf eine gesundheitliche Leistung im Rahmen ambulanten Versorgung durch eine:n Ärzt:in, der:die nicht näher spezifiziert wurde, bezieht.	"Also ich kann das auch ein bisschen nachvollziehen, dass wenn zum Beispiel die Ärzte halt sehr viele Patienten vor Ort sind und halt ein Arzt nicht so viel Zeit für seine Patienten widmet, es ist ja so, für mich ist das auch so klar, dass er nicht so viel Zeit hat. Aber trotzdem, wenn man zum Beispiel eine Frage stellt ihm gegenüber, dann ist es halt so, er ist so in Eile, sage ich mal so. Und dann geht er auch nicht immer auf die Fragen ein, die man halt gestellt hat, wenn man zum Beispiel zwei oder drei gestellt hat." (J:6)	In allen Passagen muss der UB sich auf die ambulante Versorgung auf eine:n Ärzt:in beziehen, wobei diese:r durch die interviewte Person nicht weiter spezifiziert wird und nicht klar der hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgung zugeordnet werden kann.
Stationäre Versorgung	Interviewte berichten von einem UB, der sich auf eine gesundheitliche Leistung im Rahmen der stationären Versorgung bezieht.	„[Mit der] Krankenhausversorgung habe ich auch einmal eine sehr schlechte Erfahrung gemacht [...] eh sich überhaupt ein Arzt da drum gekümmert hat. [...] das waren mehrere Stunden.“ (Ä:13)	In allen Passagen muss die stationäre Versorgung bei der Konkretisierung des UB benannt werden.
Physiotherapie	Interviewte berichten von einem UB, der sich auf eine gesundheitliche Leistung im Bereich der Physiotherapie bezieht.	„Ich habe jetzt für meine Schulter sechsmal Physiotherapie bekommen. [...] Aber der Arzt hat direkt gesagt: „Sie brauchen nicht noch mal weiter zu fragen, mehr als sechs gibt es nicht, weil Ihre Krankenkasse mehr nicht verschreibt.“ (Ä:3)	In allen Passagen muss die Physiotherapie bei der Konkretisierung des UB benannt werden.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
Rehabilitative/ kurmedizinische Versorgung	Interviewte berichten von einem UB, der sich auf eine gesundheitliche Leistung im Rahmen der rehabilitativen bzw. kurmedizinischen Versorgung bezieht.	"Es gab auch im vorigen Jahr einmal Probleme. Und zwar nach meinem Herzinfarkt sollte ich anschließend in die Reha. Und ja, da hat es also doch sehr lange gedauert bis ich dann endgültig die Zusage meiner Krankenkasse hatte, dass sie dann eben das Ganze übernehmen würden. [...] Hat sich verzögert [...] Also eigentlich über die Zeit hinaus [...]Normalerweise sollte nach dem Krankenhausaufenthalt innerhalb von 14 Tagen die Reha angetreten sein." (Ä:7)	In allen Passagen muss die rehabilitative bzw. kurmedizinische Versorgung bei der Konkretisierung des UB benannt werden.
Sonstige Leistungen	Unter dieser Kategorie werden UB zusammengefasst, die sich keinem der anderen Versorgungsbereiche zuordnen lassen.	"Ich habe manchmal Last mit dem Rücken gehabt und man bekommt ja, oder früher habe ich dann Fango und Massage bekommen. Das bekomme ich jetzt nicht mehr verschrieben." (Ä:3)	Die interviewte Person ordnet den UB sonstigen Leistungen der Gesundheitsversorgung zu, die nicht unter die anderen Versorgungsbereiche fallen.
HK 3: Gründe für UB			
Leistungserbringendenbezogene Gründe	Interviewte führen einen Grund für den UB an, der den Leistungserbringenden zuzuordnen sind.	siehe unten	In allen Passagen muss ein Grund genannt werden, der sich auf die Leistungserbringenden bezieht.
<i>Wartezeit & Zeitmangel</i>	Wartezeiten und Zeitmangel auf Seiten der Leistungserbringenden sind aus Sicht der Interviewten ursächlich für den UB.	„Ach, ja, das ist schwierig. [...] lange Wartezeiten, wenn was Unvorhergesehenes ist und so, und auch trotzdem lange Wartezeiten mit Termin. [...] beim Hausarzt, ja.“ (Ä:13) "Wenn man zum Beispiel eine Frage stellt ihm gegenüber, dann ist es halt so, er ist so in Eile, sage ich mal. Und dann geht er auch nicht immer auf die Fragen ein, die man gestellt hat, wenn man zum Beispiel zwei oder drei gestellt hat." (J:6)	In allen Passagen muss Wartezeit/Zeitmangel der Leistungserbringenden von der interviewten Person als Grund für den eigenen UB angeführt werden.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
<i>Mängel Arzt-Patienten-Beziehung</i>	Mängel in der Arzt-Patienten-Beziehung, die von den Leistungserbringenden ausgehen, sind aus Sicht der Interviewten ursächlich für den UB.	<p>„Sie hat ihre Arbeit sehr gut verrichtet, aber ich bin immer mit einem unguuten Gefühl da hin gegangen und habe mich dort dann mit ihr in einem Raum ein bisschen unwohl gefühlt. [...] also wenn ich Fragen hatte, das hat meine Mutter dann auch immer gemacht und sie hat [...] mit meiner Mutter die Sachen sozusagen abgeklärt. [...] und ich hätte mir halt gewünscht, dass sie vielleicht also erstens freundlicher gewesen wäre und auch mehr mich selber angesprochen hätte.“ (J:3)</p> <p>"Dann hat er zu mir gesagt: ‚Ja, was wollen Sie eigentlich? Vergessen Sie, wie alt Sie sind?‘ [...] Der hat nichts gemacht, der hat kein Blutdruck gemessen, gar nichts. [...] Ja, und dann habe ich gesagt: ‚Ich möchte mich von Ihnen trennen, also streichen Sie mich aus Ihrer Kartei.‘ Weil DAS ist nicht in Ordnung, nur weil man alt ist? Wissen Sie, ich will Ihnen das sagen, ich bin über achtzig und nur weil man alt ist, wird einem das Gefühl vermittelt: Sei doch froh, dass du überhaupt noch da rumkriechst.“ (Ä:21)</p>	In allen Passagen muss ein Mangel in der Arzt-Patienten-Beziehung von der interviewten Person als Grund für den eigenen UB angeführt werden. Dabei muss die interviewte Person den Mangel auf der Seite der Leistungserbringenden und nicht bei sich selbst als Patient:in verorten.
<i>Mängel in Behandlung/ fehlender Behandlungserfolg</i>	Mängel in der Behandlung selbst oder ein fehlender Behandlungserfolg sind aus Sicht der Interviewten ursächlich für den UB.	"Ich habe, ja, vor einigen Wochen massive Probleme mit einer Hüfte bekommen, und da bin ich zum Orthopäden gewesen, und der hat ja, das wurde geröntgt, die Hüfte, und er sagte, es ist ein ganz normaler Verschleiß für das Alter entsprechend, und er hat mir so einen Gürtel verschrieben. Aber das war ein akutes Problem, was ich dann selber in den Griff gekriegt habe eben auch noch durch Bewegung und teilweise etwas Schmerzmittel, dass sich das gut aushalten konnte und dass ich mich im Grunde viel bewegt habe. Dadurch wurde das immer schwächer und ist jetzt sage ich mal bis zu einem Prozent auch ganz verschwunden. Aber da fühlte ich mich nicht so ganz gut aufgehoben." (Ä:22)	In allen Passagen muss ein Mangel in der Behandlung selbst oder einer aus Sicht der interviewten Person fehlender Behandlungserfolg von dieser als Grund für den eigenen UB angeführt werden.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
<i>Unzureichende Diagnostik/ Untersuchung</i>	Eine unzureichende Diagnostik oder Untersuchung durch die Leistungserbringenden ist aus Sicht der Interviewten ursächlich für den UB.	"Ich habe mal Fußball gespielt und ich habe mich dann verletzt [...] der hat sich das nur angekuckt so, bisschen getastet, aber ist dann nicht näher drauf eingegangen so. Und der hat mir dann halt, der sagt es wäre eine Prellung, aber es war dann doch was gerissen. Und der hat das halt nicht richtig behandelt. Und hat dann gesagt, ja, wenn es nach einer Woche wieder weh tut, kommst dann wieder vorbei. Und nach einer Woche bin ich wieder zurückgekommen und dann hat er erst die Röntgenaufnahmen und so gemacht. Halt da wäre mein Wunsch, der hätte viel früher da rangehen müssen, finde ich. Ist auch eigentlich selbstverständlich. Wenn man seine Arbeit hat, muss man die auch gründlich ausführen. Und da war ich noch eine Woche halt länger mit den Schmerzen halt im Fuß, im Bein. Und ja, weil der zu spät eingegriffen hat. Also ich finde, ich würde mir schon wünschen, wenn die ein bisschen mehr rangehen würden. Also direkt halt alles, den ganzen Ablauf machen. Mit direkt röntgen, alles. Und nicht direkt, dass sie mich abtasten und sagen, ob es weh tut oder nicht und danach auf Nummer sicher gehen und auch mal röntgen, ja. [...] Und dann nach einer Woche hatte ich immer noch Schmerzen, bin noch mal hingegangen, haben die ein bisschen mehr untersucht. War es halt gerissen, tja. Dann kam erst halt die richtige Behandlung. [...] Aber ich hätte mir gedacht, wieso komm ich jetzt zweimal, wenn er nicht schon beim ersten Mal das so gemacht hätte." (J:4)	In allen Passagen muss eine aus Sicht der interviewten Person unzureichende Diagnostik und/oder Untersuchung von dieser als Grund für den eigenen UB angeführt werden.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
<i>Probleme bei der Verschreibung von Leistungen (fehlend, unpassend, übermäßig)</i>	Probleme bei der Verschreibung von Leistungen durch die Leistungserbringenden sind aus Sicht der Interviewten ursächlich für den UB.	„Ich habe jetzt für meine Schulter sechsmal Physiotherapie bekommen. [...] Aber der Arzt hat direkt gesagt: ‚Sie brauchen nicht noch mal weiter zu fragen, mehr als sechs gibt es nicht, weil Ihre Krankenkasse mehr nicht verschreibt.“ (Ä:3)	In allen Passagen müssen Probleme bei der Verschreibung von Leistungen durch die Leistungserbringenden von der interviewten Person als Grund für den eigenen UB angeführt werden. Diese Probleme müssen als fehlende, unpassende oder übermäßige Verschreibung beschrieben werden.
<i>Mangelnde Aufklärung</i>	Eine mangelnde Aufklärung durch die Leistungserbringenden ist aus Sicht der Interviewten ursächlich für den UB.	<p>"Jedenfalls bekam ich, statt meinem verschriebenen Rezept, bekam ich auf einmal ein anderes. Und darauf habe ich wirklich gemerkt, dass ich ein Versuchskaninchen war. [...] Als ich es zurückbrachte, weil ich das wirklich nicht vertragen habe, wurden Notizen gemacht und aufgeschrieben, was meine ganzen Begleiterscheinungen, wie die zusammentrafen. Außerdem bekam ich, weil ich solche Schmerzen hatte, ich hatte wirklich Gliederreißen, dass ich dachte, mein ganzer Körper reißt auseinander, für meinen Reizhusten muss ich dazu sagen, bekam ich eine Tablette. Die habe ich genommen und binnen zwei Stunden war alles wieder wie vorher. [...] Ja, ich habe das nämlich vorher gar nicht so durchgelesen. Ich habe wirklich den Ärzten vertraut in dem Sinne und dann habe ich erstmal durchgelesen, was so ein Medikament überhaupt für Nebenwirkungen hat." (Ä:18)</p> <p>"Na ja, ich wurde zweimal von verschiedenen Ärzten betreut, die eine erst hat mir irgendwelche Medikamente, was aufgeschrieben. So, probiere mal das, das. Also halt probieren. Und genau. Die andere hat sich das dann noch mal angeschaut und</p>	In allen Passagen muss eine aus Sicht der interviewten Person mangelnde Aufklärung durch die Leistungserbringenden als Grund für den eigenen UB angeführt werden.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
		auch wiederum gesagt: 'Ja, fang erst mal damit an, dann kommst du nach zwei Monaten wieder' [...] das waren beides zwei Hautärztinnen. Und die eine arbeitet auch nicht mehr mittlerweile da. Halt, die hat immer ein paar Medikamente gegeben und immer, immer halt ein neues Medikament. [...] ich habe mich schon gefühlt wie so ein Versuchskaninchen. Aber, so es hat stückchenweise immer was geholfen, danach wieder nicht, dann hat wieder was geholfen. Also immer so am Anfang geholfen, dann nicht. Und, aber mit hat diese Kontinuität gefehlt der Medikamente so. [...] Erstmal gucken, erstmal mich fragen so, ob ich Allergien habe oder irgendwas nicht vertrage. Erstmal genau auf die Wünsche auch des Patienten eingehen. Wie er behandelt werden möchte, vielleicht auch mit Pillen, also ob man Pillen schlucken will oder ob man hier mit Creme behandelt werden will. [...] aber sie sollen von Vornherein auch schon so ein bisschen mir die Nebenwirkungen sagen , wenn ich danach frage. Und nicht immer sagen das hilft schon. Weil, ich musste extra noch mal fragen, was sind denn die Nebenwirkungen?" (J:4)	
Krankenversicherungsbezogene Gründe	Interviewte führen einen Grund für den UB im Bereich der Krankenversicherung an.	siehe unten	In allen Passagen muss ein Grund genannt werden, der sich auf die Krankenversicherung bezieht.
<i>Mangelnde Übernahme von Behandlungskosten</i>	Eine mangelnde Übernahme von Behandlungskosten durch die Krankenversicherung ist aus Sicht der Interviewten ursächlich für den UB.	„Die Füllung oder die Ersatzteile, da gibt es doch von bis. Und das finde ich so, man könnte sagen, also die Kasse zahlt das und das und das kann ich Ihnen empfehlen. Man muss so furchtbar viel beim Zahnarzt dazuzahlen.“ (Ä:6)	In allen Passagen muss eine mangelnde Übernahme von Behandlungskosten durch die Krankenversicherung als Grund für den eigenen UB angeführt werden.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
Patient:innen-bezogene Gründe	Interviewte führen einen persönlichen, patient:innenbezogenen Grund für den UB an.	siehe unten	In allen Passagen muss ein persönlicher, patient:innenseitiger Grund genannt werden.
<i>Fehlendes Vertrauen in Ärzt:innen zur Lösung des Problems</i>	Das eigene fehlende Vertrauen in Ärzt:innen zur Lösung des gesundheitlichen Problems ist aus Sicht der Interviewten ursächlich für den UB. Damit geht einher, dass die Leistung erst gar nicht in Anspruch genommen wird.	"I: Und wieso gehen Sie dann nicht zum Arzt? B: Ja, weil das hilft nichts. Ich habe zum Beispiel Tablette vom Arzt wegen Schmerzen, ja, der Arzt kann sowieso nichts machen, helfen. Neue Tablette verschreiben." (Ä:14)	In allen Passagen muss das eigene fehlende Vertrauen in Ärzt:innen zur Lösung des gesundheitlichen Problems als Grund für den eigenen UB angeführt werden.
<i>Sonstige patient:innenbezogene Gründe</i>	Unter dieser Kategorie werden weitere patient:innenbezogene Gründe zusammengefasst, die von den Interviewten als Ursache für den UB angeführt werden.	"Ja, ich müsste zum Facharzt, zum Augenarzt. [...] Und verschiebe das immer, weil ich keine Lust habe." (Ä:9)	Die interviewte Person ordnet dem UB einen sonstigen patient:innenbezogenen Grund zu.

EA 2 Vorkommen unerfüllter Behandlungswünsche nach soziodemographischen Merkmalen

Kategorie	Häufigkeit	%
Vorkommen gesamt		
mind. 1 unerfüllter Behandlungswunsch	19	65,52
kein unerfüllter Behandlungswunsch	10	34,48
Vorkommen nach Geschlecht		
weiblich (n = 19)	12	63,16
männlich (n = 10)	7	70,00
Vorkommen nach Altersgruppe		
Jüngere Personen (n = 6)	4	66,67
Ältere Personen (n = 23)	15	65,22
Vorkommen nach subjektivem Sozialstatus (SSS)		
niedrig (n = 7)	4	57,14
mittel (n = 12)	11	91,67
hoch (n = 10)	4	40,00
Vorkommen nach Krankenversicherungsstatus		
GKV (n = 22)	16	72,73
GKV + Zusatzversicherung (n = 3)	1	33,33
PKV (n = 4)	2	50,00
Vorkommen nach Migrationsstatus		
ohne Migrationshintergrund (n = 19)	12	63,16
mit Migrationshintergrund (ein-/beidseitig, n = 10)	7	70,00

7. Unerfüllte Behandlungswünsche jüngerer und älterer Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung: Eine Pilotstudie in einer Einrichtung im Ruhrgebiet

Unmet health care needs of younger and older people with intellectual, mental and multiple disabilities: A pilot study in a facility in the Ruhr area

Schlüsselwörter: Unerfüllte Behandlungswünsche, Zugang zur Gesundheitsversorgung, vulnerable Gruppen, geistige Behinderungen, mehrfache Behinderungen

Key Words: unmet health care needs, access to health care, vulnerable groups, intellectual disabilities, multiple disabilities

Zitation:

Heidenreiter, S.; Lauerer, M.; Nagel, E. (2025): Unerfüllte Behandlungswünsche jüngerer und älterer Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung: eine Pilotstudie in einer Einrichtung im Ruhrgebiet. In: ZEFQ. DOI: 10.1016/j.zefq.2024.12.004.

Zusammenfassung

Hintergrund

Unerfüllte Behandlungswünsche werden als entscheidender Indikator für Gleichberechtigung im Zugang zur Gesundheitsversorgung betrachtet. Bei jüngeren Menschen können sie zu schlechteren Gesundheitsergebnissen im Erwachsenenalter führen, bei älteren mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko einhergehen. Das Vorliegen einer Behinderung gilt als ein Risikofaktor für unerfüllte Behandlungswünsche. Vor diesem Hintergrund wurden unerfüllte Behandlungswünsche von jüngeren und älteren Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung in einer Einrichtung in Essen im Rahmen einer qualitativen Pilotstudie untersucht.

Methode

Die Interviewstudie umfasst neben der Perspektive von Jugendlichen und älteren Personen, die in einer Einrichtung zur Betreuung von Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung leben, auch Einschätzungen ihrer Betreuer:innen sowie von Führungskräften der Einrichtung. Mit den Klient:innen sowie den Führungskräften führten wir semistrukturierte Leitfadeninterviews und mit den Betreuer:innen unstrukturierte Interviews durch. Nach Transkription erfolgte eine qualitative Inhaltsanalyse und ergänzend eine Frequenzanalyse. Die Berichterstattung orientiert sich an den Standards for Qualitative Research (SRQR).

Ergebnisse

Insgesamt sind elf Interviews Gegenstand der Analyse – davon fünf mit Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung, vier mit Betreuer:innen sowie zwei mit Führungskräften. 14 Interviews mit Personen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung und ein Interview mit einer betreuenden Person mussten u. a. aufgrund von hoher kognitiver Beeinträchtigung bzw. mangelnden

Einblicken ausgeschlossen werden. Die befragten Klient:innen berichteten insbesondere im Bereich der ambulanten Versorgung über unerfüllte Behandlungswünsche: Hier spielen Wartezeiten und Mängel in der Behandlung sowie der Arzt-Patienten-Interaktion eine entscheidende Rolle. Letztere manifestieren sich in der Ignoranz gegenüber Patient:innenwünschen sowie im Gefühl, nicht ernst genommen zu werden. Die am häufigsten genannte Konsequenz unerfüllter Behandlungswünsche ist ein Arztwechsel. Betreuer:innen und Führungskräfte berichteten übereinstimmend von den genannten Problemfeldern und ergänzten mangelnde Partizipationsmöglichkeiten ihrer Klient:innen am ärztlichen Gespräch sowie eine oftmals fehlende Aufklärung. Darüber hinaus zeigten sich Probleme bereits im Zugang zur Gesundheitsversorgung, da die Fähigkeit zum Erkennen und zur Artikulation von Beschwerden bzw. Behandlungswünschen oftmals eingeschränkt sei.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse geben – am Beispiel einer Einrichtung im Ruhrgebiet – Hinweise auf mögliche Defizite in der Gesundheitsversorgung jüngerer und älterer Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung sowie auf Prioritäten für eine nachhaltige Verbesserung ihrer gesundheitsbezogenen Lebenssituation. Ein konkretes Handlungsfeld ist die Steigerung der Kompetenz bei Leistungserbringenden im Hinblick auf die Versorgung von Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung mit ihren spezifischen Bedürfnissen. Zudem ist die Arzt-Patienten-Interaktion anzupassen, damit eine zielgruppenspezifische Kommunikation in einem adäquaten zeitlichen Rahmen mit besseren Partizipationsmöglichkeiten für die Patient:innen Einzug in die Praxis halten kann.

Abstract

Introduction

Unmet health care needs are seen as a key indicator of equity in access to health care. With younger people, they can lead to poorer health outcomes in adulthood, and in older people they can be associated with an increased risk of mortality. The presence of a disability is considered a risk factor for unmet needs. Against this background, unmet health care needs of younger and older people with intellectual, mental and multiple disabilities in Essen were examined as part of a qualitative pilot study in a facility in Essen.

Method

The interview study includes the perspectives of adolescents and older people living in a residential facility for people with intellectual, mental and multiple disabilities, as well as assessments of their caregivers and managers of the institution. We conducted semi-structured guided interviews with clients and managers, and unstructured interviews with care assistants. After transcription, a qualitative content analysis and a supplementary frequency analysis were carried out. The reporting is based on the Standards for Qualitative Research (SRQR).

Results

A total of eleven interviews – five with people with intellectual, mental and multiple disabilities, four with care assistants, and two with managers – were subjected to analysis. Fourteen interviews conducted with people with intellectual, mental and multiple disabilities and one interview with a care assistant had to be excluded due to high cognitive impairment or lack of insight, amongst other reasons. The clients reported unmet needs, particularly in outpatient care: waiting times, shortcomings in both treatment and doctor-patient interaction play a decisive role. The latter manifests itself in disregarding the patients' wishes and the patients' feeling of not being

taken seriously. The most frequently cited consequence of unmet needs is a change of physician. Care assistants and managers unanimously confirmed their clients' experiences in the areas mentioned and added: lack of opportunities for their clients to participate in medical consultations and lack of medical information. In addition, their clients' problems often start with accessing health care since their ability to identify and articulate complaints or treatment requests is often limited.

Conclusions

Using one residential facility in the Ruhr region as an example, the results provide indications of deficits in the health care of younger and older people with intellectual, mental and multiple disabilities as well as priorities for a sustainable improvement in their health-related living situation. One specific field of action is to increase the competencies of service providers regarding the care of people with intellectual, mental and multiple disabilities and their specific needs. In addition, doctor-patient interaction must be adapted and target group-specific communication introduced into practice providing an appropriate timeframe and better opportunities for patient participation.

Einleitung

Aus internationalen Studien ist bekannt, dass etwa das Fehlen einer Krankenversicherung bzw. eines regulären Zugangs zur Gesundheitsversorgung [1,2], ein geringes Einkommen [2], ein schlechter Gesundheitszustand [1,3,4], sowie ein niedriger sozioökonomischer Status (SES) [5] mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für unerfüllte Behandlungswünsche (UB) einhergehen können. Auch eine Behinderung wurde als Risikofaktor identifiziert, wobei Menschen mit Behinderung im Vergleich zu Personen ohne Behinderung eine zwei- bis dreimal höhere Prävalenz für UB aufweisen [6]. Allgemein können UB bei jüngeren Menschen mit schlechteren Gesundheitsergebnissen im Erwachsenenalter [7] und bei älteren mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko [8] assoziiert sein. UB beziehen sich allgemein auf den Unterschied zwischen den Gesundheitsleistungen, die von Patient:innen als erforderlich angesehen werden, um ein bestimmtes Gesundheitsproblem zu lösen, und den tatsächlich in Anspruch genommenen Leistungen [9]. Gemäß Tuck et al. wird ein UB als Situation definiert, in der Einzelpersonen erkennen, dass sie eine gesundheitliche Intervention benötigen, diese jedoch nicht erhalten. Dies kann auf externe Barrieren, die außerhalb ihrer Kontrolle liegen, zurückzuführen sein oder darauf, dass sie nicht in der Lage sind, die Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen. Darüber hinaus kann ein UB entstehen, wenn Einzelpersonen sich selbst dazu entscheiden, die Leistung nicht zu verlangen. UB können auch in Anspruch genommene Leistungen umfassen, welche von den Patient:innen als unzureichend oder ungeeignet empfunden werden. Behandlungswünsche gelten außerdem als unerfüllt, wenn Behandlungen verzögert, d.h. nicht zum Zeitpunkt, an dem sie aus Sicht der Patient:innen notwendig gewesen wären, durchgeführt werden. Die Inanspruchnahme von Leistungen garantiert also nicht zwangsläufig, dass die Bedürfnisse befriedigt werden. [10]

Die vorliegende Pilotstudie fokussiert auf UB von jüngeren und älteren Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung in einer Einrichtung.

Um sich diesem sensiblen, mehrschichtigen und wenig erforschten Teil sozialer Wirklichkeit zu nähern und den betroffenen Forschungspartner:innen adäquat zu begegnen, wurde im grundlegenden Verständnis des interpretativen Paradigmas ein mehrstufiger, in Teilen iterativer Forschungsansatz mit explorativer qualitativer Methodik entwickelt und im Verlauf der Forschung kontinuierlich angepasst. Zentral sind hierbei unterschiedliche integrierte Befragungsstudien mit heterogener methodischer Grundlage und Vorgehensweise. Kernstück bildet dabei die leitfadensbasierte Interviewstudie zu UB jüngerer und älterer Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung, die in einer Einrichtung im Ruhrgebiet betreut werden. Die leitenden Fragerichtungen sind: Welche UB liegen vor? Welche Gründe sind ursächlich für die berichteten UB? Und welche Konsequenzen resultieren daraus? Zudem geht die Studie der Fragestellung nach, welche Defizite aus Sicht von Betreuer:innen bzw. Führungskräften einer Einrichtung für Menschen mit Behinderung in der Gesundheitsversorgung ihrer Klient:innen bestehen und wie diesen begegnet werden kann.

Methodik

Studienhintergrund

Diese Interviewstudie ist Bestandteil des Forschungsprojekts „*Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebenssituation junger und alter Menschen im Ruhrgebiet*“, welches die in Essen ansässige Brost-Stiftung förderte. Dabei wurde das Ruhrgebiet aufgrund seiner besonderen Raum- und Sozialstruktur als Untersuchungsregion gewählt. Dieses zeichnet sich unter anderem durch eine im Vergleich zu anderen Regionen in Nordrhein-Westfalen hohe Arbeitslosenquote und ein vergleichsweise niedriges verfügbares Einkommen pro Einwohner:in aus [11].

Als Zielgruppe wurden jüngere und ältere Menschen definiert. Dabei sollte gezielt auch die Perspektive von Personen mit Behinderung im Rahmen einer Pilotstudie Berücksichtigung finden. Über diese entsprechende Teilstudie wird hier berichtet: Dabei erfasst die qualitative Untersuchung die Perspektiven von (i) Jugendlichen (14-17 Jahre) und (ii) älteren Personen (ab 60 Jahren) - mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung, (iii) Betreuer:innen von Personen dieser Altersgruppen sowie (iv) Führungskräften einer Einrichtung im Ruhrgebiet.

Erhebungsinstrumente

Für die Befragung **jüngerer und älterer Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung** nutzten wir semistrukturierte problemzentrierte Leitfadeninterviews [12], die auf UB, deren Gründe, die davon betroffenen Versorgungsbereiche sowie die daraus resultierenden Konsequenzen fokussieren. Die Interviewleitfäden wurden im Rahmen unseres Forschungsprojekts basierend auf bestehenden Instrumenten [vgl. u.a. 9,10,13] zunächst für die Befragung von jüngeren und älteren Menschen im Ruhrgebiet entwickelt, einem Pretest zugeführt und finalisiert. Anschließend fand eine weitere Adaption der Leitfäden für die Interviews mit Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung unter Berücksichtigung möglicher zu erwartender kognitiver Einschränkungen statt. Hierbei wurde bspw. ein stärkerer Fokus auf die Verwendung einfacherer Sprache und kurzer Sätze gelegt und vermehrt auf geschlossene Fragen (Ja/Nein-Fragen) zurückgegriffen, um deren Beantwortung zu erleichtern. Ja-/Nein-Fragen dienen zunächst dazu, zu erfassen, ob ein UB besteht. Wird eine Frage mit „Ja“ beantwortet, z. B. „Können Sie sich an eine Situation beim Arzt erinnern, bei der Sie keine Behandlung erhalten haben?“, erhalten die Interviewteilnehmenden Follow-up Fragen zur Konkretisierung des UB. Diese sind überwiegend in Form eines offenen Fragetyps bzw. einer kurzen Erzählaufforderung formuliert: „Bitte beschreiben Sie mir genauer, um welche Leistung es sich handelt“. Zur Absicherung der Zielgruppeneignung erfolgte eine

Konsultation von Fachpersonal der Einrichtung. Sogenannte kognitive Pretests [siehe dazu bspw. 14] mit Befragungspersonen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen waren aufgrund der Projektlaufzeit nicht möglich. Bei der Interviewführung war Sensibilität für Art und Ausprägung der Behinderung angezeigt. Dem wurde durch ein gewisses Maß an Individualisierung bei gleichzeitigem Festhalten an Kernbestandteilen des Leitfadens Rechnung getragen. Die Interviews fanden während der SARS-CoV-2-Pandemie statt, Teilnehmende wurden aber darum gebeten, von pandemieunabhängigen UB zu berichten. Vor der Abfrage von UB erfolgte die Aufforderung, Angaben zum subjektiven Gesundheitszustand (Note 1 bis 6), zu chronischen/schweren Erkrankungen sowie zur Begleitung durch andere Personen beim Arztbesuch zu machen. Ergänzend erfassten wir weitere soziodemographische Merkmale im Rahmen eines Kurzfragebogens.

Betreuer:innen wurden im Anschluss an die Interviews mit ihren Klient:innen im Rahmen eines unstrukturierten Interviews befragt. Der Fokus lag auf Problemfeldern bei der gesundheitlichen Versorgung ihrer Klient:innen. Die Befragung dieser Personengruppe geht auf Erfahrungen aus den ersten Interviews mit deren Klient:innen zurück: In diesen wurde die starke Einbindung der Betreuungspersonen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen deutlich. Ihre Einsichten in die Gesundheitsversorgung sind eine wichtige zusätzliche Erkenntnisquelle. Die Zuständigkeit für die Terminvereinbarung und die Organisation des Arztbesuchs liegt meist bei den Betreuer:innen, weshalb diese auch Aussagen zu Themen wie Wartezeiten machen können. Insbesondere bei Personen, die kognitiv nicht in der Lage waren, alle Fragen zu beantworten oder bei denen das Interview verworfen werden musste, erachteten wir eine Befragung ihrer Betreuer:innen als sinnvoll. Da die Befragung von Betreuungspersonen ursprünglich nicht vorgesehen war, konnten lediglich diejenigen in die Studie eingeschlossen werden, die nach den Interviews mit ihren Klient:innen noch zeitliche Kapazitäten für ein Interview hatten.

Teilweise war ein:e Betreuer:in für mehrere interviewte Klient:innen zuständig, so dass sich die Anzahl an potenziellen Interviews reduzierte.

Zusätzlich wurde ein semistrukturierter Leitfaden für die Befragung von **Führungskräften** erstellt (siehe Tabe 1) – ebenfalls um die Ergebnisse aus den Interviews mit Menschen mit Behinderungen besser einordnen und Implikationen zur Verbesserung ihrer Gesundheitsversorgung ableiten zu können.¹ Die Zielgruppen und Befragungsformen bzw. -inhalte sind in Abbildung 1 zusammengefasst.

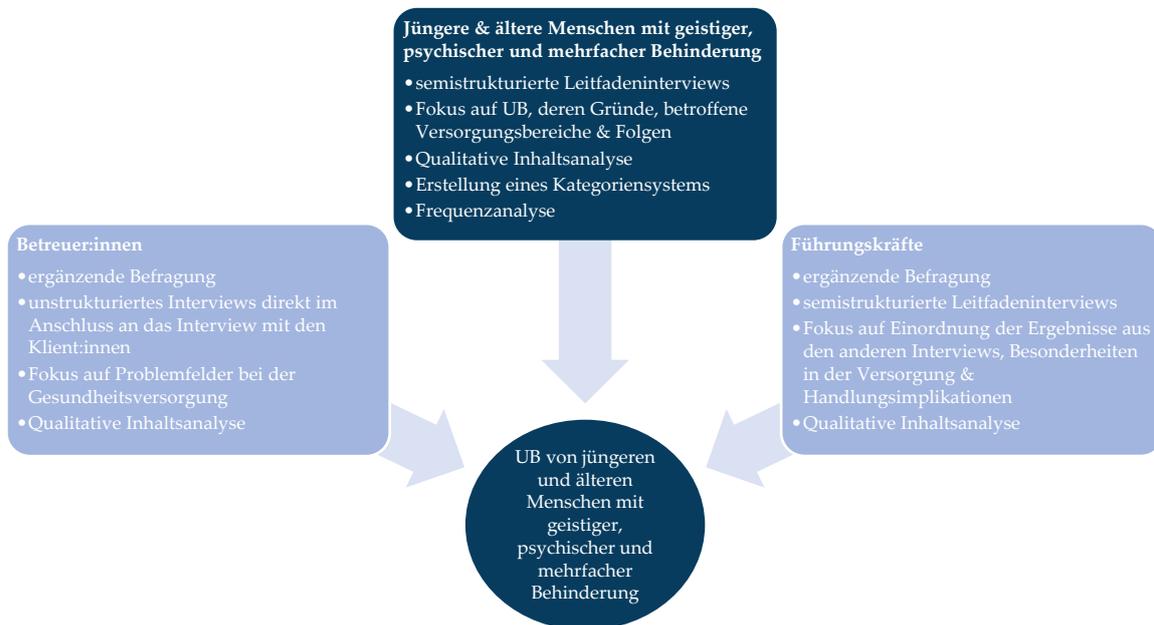


Abbildung 1: Zielgruppen und Befragungsinhalte

¹ Die Leitfäden können bei der Erstautorin angefragt werden.

Tabelle 1: Auszug aus den Interviewleitfäden

Ältere Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung	Führungskräfte
<i>Wir würden gerne von Ihnen erfahren, wie zufrieden Sie mit Ihren Arztbesuchen (/Arztbehandlungen/ medizinischen Behandlungen/ gesundheitlichen Leistungen) sind.</i>	Warum ist es Ihrer Meinung nach besonders relevant, UB jüngerer und älterer Menschen mit Behinderung im Ruhrgebiet zu untersuchen?
Können Sie sich an eine Situation beim Arzt erinnern, bei der Sie keine Behandlung erhalten haben?	Wie schätzen Sie UB bei diesen spezifischen vulnerablen Personengruppen ein? Welche UB könnten hierbei eine Rolle spielen?
Können Sie sich an eine Behandlung erinnern, mit der Sie nicht oder nicht ganz zufrieden waren?	Inwiefern ist es diesen Personen möglich, Ihre UB zu erkennen und zu artikulieren?
Gab es schon einmal den Fall, dass Sie lange auf eine Behandlung oder einen Arzttermin warten mussten?	(...)
Wurden die Kosten Ihrer Behandlung auch von Ihrer Krankenkasse übernommen? (Wenn nein, haben Sie die Leistung dennoch in Anspruch genommen oder sind Sie auf eine alternative Behandlung umgestiegen?)	
(...)	

Rekrutierung

Nach Vorliegen eines positiven Votums der Ethikkommission der Universität Bayreuth erfolgte die Rekrutierung im Franz Sales Haus, einer Einrichtung für Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung. Das Franz Sales Haus und die verbundenen Unternehmen sind Träger von Einrichtungen mit über 1800 Plätzen in den Bereichen Wohnen, Lernen und Arbeiten für geistige und mehrfachbehinderte Menschen im Stadtgebiet Essen. In den Wohneinrichtungen der Franz Sales Wohnen GmbH leben ca. 720 Menschen mit Lernbehinderungen sowie geistigen und psychischen Behinderungen aller Altersstufen und Behinderungs-

grade. Die Betreuung erfolgt in Vollzeitform in differenzierten Wohnangeboten sowie in Teilzeitform in Wohnheimen, Außenwohngruppen und im Rahmen des betreuten Wohnens. Darüber hinaus werden vielfältige Beratungs- und Fachdienste angeboten.

Aufgrund von Rekrutierungsschwierigkeiten während der SARS-CoV-2-Pandemie, die sich bereits bei der Hauptstudie des Projekts zeigten, sowie der zeitlichen Restriktionen im zugrundeliegenden Forschungsprojekt musste sich für die ergänzende Teilstudie auf eine Einrichtung beschränkt werden. Die Rekrutierung von Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung – unter Berücksichtigung der fachlichen Einschätzung, ob einer Person ein Interview zugemutet werden kann – verantwortete die Einrichtung. Die Klient:innen in den einzelnen Wohneinheiten der Franz Sales Wohnen GmbH wurden umfassend über die Studie und die freiwillige Teilnahme daran informiert. Mitarbeitende der Einrichtung begleiteten die Teilnehmenden. Insgesamt stimmten 19 in den Wohneinrichtungen lebende Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung einer Teilnahme zu. Die Einschlusskriterien zur Teilnahme dieser Zielgruppe beziehen sich auf die Zugehörigkeit zu einer der Altersgruppen, das Vorliegen einer Behinderung und auf den Hauptwohnsitz im Ruhrgebiet sowie die Fähigkeit zur aktiven Sprache.

Aufzeichnung und Analyse

Die Interviews wurden digital aufgezeichnet. Nach verbatim Transkription erfolgte eine qualitative Inhaltsanalyse strukturierenden Typs nach Mayring [15]. Der Fokus lag hierbei auf der Zielgruppe der Befragten mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung, die Transkripte der Interviews mit Betreuer:innen und Führungspersonen wurden ergänzend ausgewertet. Die Interviewerin (SaH) verantwortete die Analyse und reflektierte diese im engen Austausch mit einer weite-

ren Projektmitarbeiterin. Aufgrund der Schwerpunktsetzung wurde ein umfassendes Kategoriensystem ausschließlich für die interviewten jüngeren und älteren Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung angelegt: Die Kategorienbildung erfolgte dabei zunächst deduktiv. Anschließend wurde das Kategoriensystem induktiv erweitert. Zur Quantifizierung der Ergebnisse diente eine ergänzende Frequenzanalyse der Codes. Die Berichterstattung im vorliegenden Artikel folgt den Standards for Qualitative Research (SRQR) [16].

Kategoriensystem

Identifizierte UB werden jeweils anhand von vier übergeordneten Kategorien charakterisiert (siehe Abbildung 2): Art des UB (Hauptkategorie 1, HK 1), betroffener Versorgungsbereich (HK 2), Grund für den UB (HK 3) sowie Folgen des UB (HK 4). Die erste Hauptkategorie ist analog zur Definition von UB nach fünf Arten von UB in Subkategorien differenziert: (i) Leistung nicht erhalten, (ii) verzögert erbrachte Leistung, (iii) mit Leistung nicht (zu 100 %) zufrieden, (iv) ungeeignete Leistung oder (v) eigene Entscheidung, die Leistung nicht zu verlangen. HK 2 ordnet UB Versorgungsbereichen zu. HK 3 bzw. 4 differenzieren Gründe für die Unerfülltheit von Behandlungswünschen bzw. deren Konsequenzen.² Den Hauptkategorien wurden induktiv Subkategorien bzw. bei weiterer Spezifizierung Sub-Subkategorien zugeordnet. Dies erfolgte induktiv aus dem Textmaterial heraus. Das erweiterte Codebuch mit Kategoriendefinition, Ankerbeispielen und Kodierregeln ist dem elektronischen Anhang zu entnehmen.

² Das vollständige Kategoriensystem kann bei der Erstautorin angefragt werden.

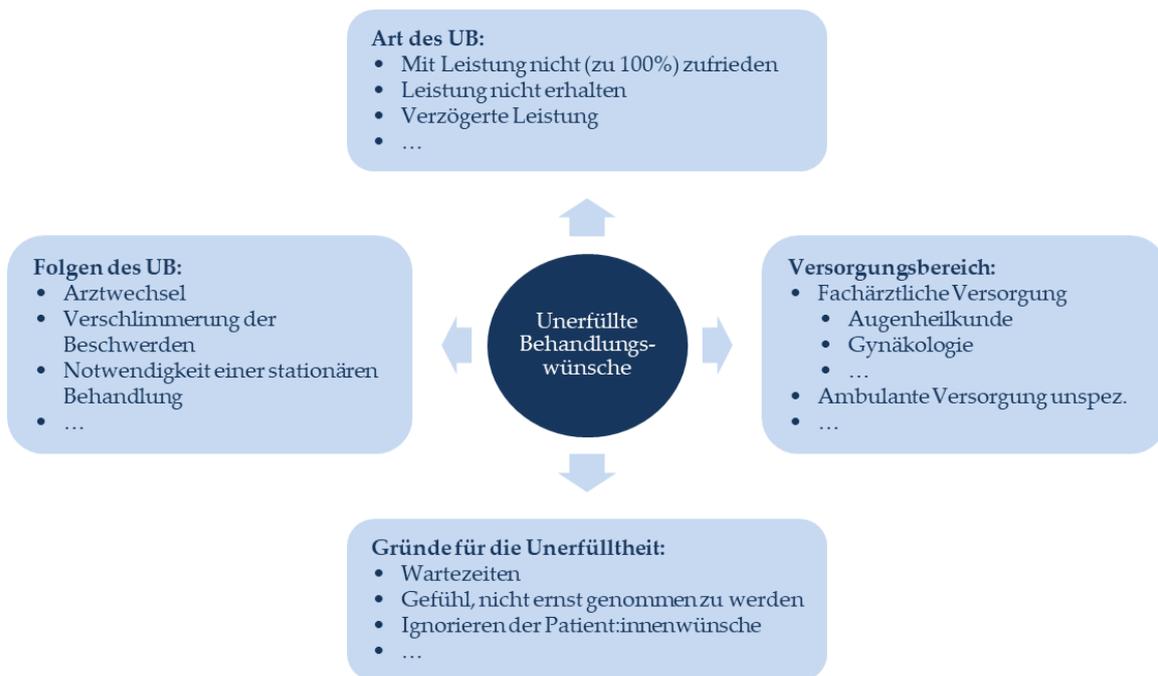


Abbildung 2: Auszug aus dem Kategoriensystem für jüngere und ältere Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung

Selbstreflexion der Autor:innen

Die forschungsgegenständlichen Fragestellungen werden durch den akademischen Hintergrund und die wissenschaftlichen Erfahrungen der Autor:innen geprägt. Die Erstautorin bringt einen gesundheitsökonomischen, der Zweitautor einen sozial- und wirtschaftswissenschaftlichen und der Drittautor einen medizinisch-philosophischen Hintergrund ein. Dabei weist die Erstautorin Expertise und praktische Erfahrung im Bereich qualitativer Sozialforschung auf. Es besteht keine persönliche Beziehung zu den Teilnehmenden. Um eine ausgewogene Perspektive sicherzustellen, wurde der Austausch mit anderen Fachkolleg:innen nach der Analyse der Interviews sowie im Rahmen der Manuskripterstellung gesucht.

Ergebnisse

Durchführung der Interviews und Hinweise zur Erhebungssituation

Im September 2020 fanden nach ausführlicher Aufklärung und Einwilligung 26 face-to-face Interviews statt, wobei Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung zu ihrem Schutz vorwiegend im Beisein ihnen bekannter Betreuer:innen befragt wurden. So konnten die Betreuungskräfte bei potenziellen Kommunikationsproblemen unterstützen und ihren Klient:innen eine sozial-emotionale Stütze in der für sie unbekanntem Interviewsituation bieten. Die Interviews wurden hauptverantwortlich von einer Interviewerin (SaH) durchgeführt und durch eine weitere Projektmitarbeiterin begleitet. Um Verständnisschwierigkeiten zu vermeiden, wurden die Fragen in einem langsamen Tempo und mit klarer Aussprache gestellt sowie bei Bedarf wiederholt bzw. in anderen Worten formuliert. Die Interviews teilen sich wie folgt auf die Zielgruppen auf: Personen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung (n = 19), Betreuer:innen (n = 5), Führungspersonen (n = 2).

Die befragten Klient:innen weisen mittelgradige bis schwere kognitive Einschränkungen, psychische und körperliche Behinderungen auf und leben im geschützten Rahmen der Wohnformen des Campus der Franz Sales GmbH oder in unmittelbarer Nähe. Alle Organisationseinheiten sind permanent mit pädagogischem Fachpersonal und auch mit Pflegefachkräften besetzt. Jugendliche leben in den speziell aufgestellten Kinder- und Jugendgruppen. Diese unterliegen besonderen gesetzlichen Anforderungen durch das Landesjugendamt. Alle erwachsenen Klient:innen arbeiten in den Werkstätten für Menschen mit Behinderung oder besuchen die Fördergruppen der Tagesstruktur.

Betreuer:innen bereiteten ihre Klient:innen entsprechend auf die Interviewsituation vor und füllten je nach Schweregrad der Behinderung die Kurzfragebögen bereits

vorab mit ihren Klient:innen aus. Pädagogisches Fachpersonal der Einrichtung stellte die Interviewinhalte mit Hilfe von METACOM Symbolen, einfacher Sprache und unterstützter Kommunikation im Vorfeld ihren Klient:innen vor. Zudem wurden Angehörige (auf Wunsch der Klient:innen), gesetzliche Betreuer:innen und Sorgeberechtigte umfassend informiert. Wir stellten sicher, dass die Klient:innen die Fragestellung verstanden haben und sich darüber im Klaren waren, dass die Interviewteilnahme immer freiwillig ist, d.h. auch im Prozess abgebrochen werden kann. Letzteres wurde in der Interviewsituation durch eine zweite Forscherin gewährleistet, die eine Interviewbeobachtung durchführte. Diese diente zum einen der Protokollierung auffälliger Aspekte, zum anderen insbesondere dazu, Belastungssituationen oder Überforderungen der Befragten frühzeitig zu erkennen und das Interview bei Bedarf zu kürzen bzw. abubrechen. Bei der Zielgruppe handelt es sich um eine vulnerable Personengruppe. Der Schutz der Klient:innen erfolgte durch ein hohes Maß an Transparenz und einen engen Austausch zwischen den Forscherinnen und den pädagogischen Mitarbeitenden der Organisationseinheiten. Fragen und Ablauf wurden im Vorfeld geklärt, Interviewteilnehmende Hilfe der unterstützten Kommunikation und METACOM umfassend aufgeklärt sowie gesetzliche Betreuer:innen und Sorgeberechtigte involviert und Einverständniserklärungen entsprechend eingeholt.

14 Interviews mit Personen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung mussten u.a. aufgrund eines hohen Ausmaßes an kognitiver bzw. gesundheitlicher Beeinträchtigung sowie einer leisen Tonspur wegen Sprachschwierigkeiten ausgeschlossen werden. Diese Ausschlussgründe verdeutlichen die Notwendigkeit der ergänzenden Befragung von Betreuer:innen. Da auch ein Interview aus dem Bereich der Betreuer:innen – aufgrund von mangelnden Einblicken – wegfiel, reduzierte sich die Anzahl der verwertbaren Interviews auf elf.

Stichprobenbeschreibung

Die im Folgenden beschriebenen Ergebnisse basieren auf der Analyse der Interviews mit fünf Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung (jugendlich: n = 2; älter: n = 3), vier Betreuer:innen sowie zwei Führungspersonen. Befragte Klient:innen sind überwiegend weiblich (n = 4) und ohne Schulabschluss (n = 4).

Gesundheitliche Ausgangssituation jüngerer und älterer Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung

Befragte mit Behinderung bewerten ihren individuellen Gesundheitszustand zwischen sehr gut bis befriedigend. Dabei geben vier von fünf Personen an, an einer chronischen und/oder schweren Erkrankung zu leiden. Die Mehrheit (n = 4) konstatiert, stets zum Arzttermin begleitet zu werden. Gründe dafür seien das Bedürfnis nach zusätzlicher Absicherung und Unterstützung bei der Reflexion des eigenen gesundheitlichen Zustands sowie bei der Überwindung von Kommunikationsschwierigkeiten. Auch die Sorge, nicht alle Informationen richtig aufzunehmen zu können, wird als Begründung für die Begleitung angeführt.

Unerfüllte Behandlungswünsche aus Sicht jüngerer und älterer Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung

Mit Ausnahme eines Jugendlichen geben die Befragten an, mindestens einen UB zu haben oder gehabt zu haben. Insgesamt wurden 19 UB bei vier Personen identifiziert und anhand von **Versorgungsbereichen** weiter spezifiziert (siehe Tabelle 2). Fast die Hälfte der UB entfallen auf die hausärztliche Versorgung und ambulante Versorgung durch Ärzt:innen, die nicht weiter zugeordnet wurden. Die im Rahmen der fachärztlichen Versorgung identifizierten UB betreffen insbesondere die Augenheilkunde (n = 3), Gynäkologie (n = 2) und vereinzelt die Psychiatrie.

Tabelle 2: Versorgungsbereiche der unerfüllten Behandlungswünsche jüngerer und älterer Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung

Versorgungsbereiche	Häufigkeit (n)
Fachärztliche Versorgung	6
<i>Augenheilkunde</i>	3
<i>Gynäkologie</i>	2
<i>Psychiatrie</i>	1
Ärzt:in (unspezifisch) - ambulante Versorgung	5
Hausärztliche Versorgung	4
Stationäre Versorgung	2
Zahnmedizinische/ kieferorthopädische Versorgung	1
Psychologie	1
∑ Unerfüllte Behandlungswünsche	19

In Anlehnung an die Definition von Tuck et al. [10] wurden die identifizierten UB auch nach ihrer **Art** differenziert (siehe Tabell): (i) Leistung nicht erhalten, (ii) verzögert erbrachte Leistung, (iii) mit Leistung nicht (zu 100 %) zufrieden, (iv) ungeeignete Leistung oder (v) eigene Entscheidung, die Leistung nicht zu verlangen. Am häufigsten äußerten Befragte UB im Kontext von Unzufriedenheit (n = 8).

Tabelle 3: Spezifizierung der unerfüllten Behandlungswünsche von jüngeren und älteren Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung

Art der UB	Häufigkeit (n)
mit Leistung nicht (zu 100 %) zufrieden	8
verzögerte Leistung	5
Leistung nicht erhalten	3
Leistung ungeeignet	2
eigene Entscheidung, Leistung nicht zu verlangen	1
∑ Unerfüllte Behandlungswünsche	19

Nach **Gründen** für die Unerfülltheit ihrer Behandlungswünsche gefragt, werden – bis auf einen patient:innenbezogenen Grund (Annahme, es selbst hinzubekommen; n = 1) – ausschließlich leistungserbringendenbezogene Ursachen für UB geäußert. Am häufigsten führen die Befragten die *Wartezeit in der Arztpraxis* (n = 5), die nicht nur im Rahmen der fachärztlichen Versorgung (bspw. in der Augenheilkunde), sondern auch bei Hausärzt:innen ein Problem darstellt, an. In diesem Kontext wird auch vermehrt auf eine Benachteiligung hingewiesen:

„Bei der Ärztin, wo ich vorher war, da musste man auch stundenlang warten. Ich saß manchmal bis halb fünf da, oder bis sechs Uhr manchmal und die nahmen immer andere Leute vorrangig. Und ich habe mich auch nicht getraut, ich bin ja ein ängstlicher Mensch, der auch nicht bei Fremden so gerne sprechen tut. Deshalb habe ich mich das nicht getraut, gesagt und gefragt, wann ich drankomme. Da bin ich vielleicht ein bisschen anders [...] Ja manchmal bin ich unruhig, weil ich denke, das dauert so lange. Aber [Betreuer] gibt mir immer wieder Mut.“

(Ä1: Pos. 39)³

Ein weiterer entscheidender Grund ist das *Gefühl, nicht ernst genommen zu werden* (n = 4). In diesem Zusammenhang berichten die Interviewten teilweise von Vorwürfen der Leistungserbringenden, die Aussagen zu den Beschwerden seien nicht richtig. Eine Person erklärt:

„Ja, da habe ich mal meinen Blutdruck so gehabt, so niedrig. Da meinte sie immer, ich hätte am Apparat immer rumgespielt und das stimmt gar

³ Fundstellenangabe erfolgt nach dem Schema „(Zielgruppe: Position im Interviewtranskript)“. Die Zielgruppen werden wie folgt abgekürzt: Ältere Klient:innen, Jüngere Klient:innen, Betreuer:innen, Führungspersonen.

nicht. Und da habe ich mit unserem Betreuer gesprochen. Ich sage, ich möchte gerne woanders zum Arzt gehen.“ (Ä2: Pos. 39)

Damit einher geht das **Ignorieren von Patient:innenwünschen** (n = 3). Eine Befragte beschreibt etwa, dass die Bitte um Modifikation eines Behandlungsschritts übergangen wurde. Weiter mahnen Interviewte Mängel in der **Arzt-Patienten-Kommunikation** (n = 3) an, wobei sie diese sowie den Umgang von Ärzt:innen mit ihnen als Patient:innen teilweise als herabwürdigend bzw. zu wenig empathisch empfinden. Darüber hinaus beschreiben Befragte Problemfelder bei der **medizinischen Behandlung**. Diese manifestieren sich in einem aus ihrer Sicht fehlenden Behandlungserfolg (n = 4) in der hausärztlichen, orthopädischen, stationären und psychiatrischen Versorgung, einer Verweigerung der Behandlung (n = 3) oder vereinzelt Schmerzen bei der Untersuchung (n = 2). Letztere – verbunden mit Ignoranz der medizinischen Vorgeschichte und bestehender Beschwerden gegenüber – werden im Bereich Gynäkologie aufgeführt. Eine jugendliche Person berichtet wiederkehrende kurzfristige Terminabsagen als Ursache für UB im Bereich Psychologie.

Zu allen identifizierten UB werden auch **Folgen** benannt, wobei ein **Arztwechsel** die mit Abstand häufigste Konsequenz darstellt (n = 10). Die zweit- bzw. dritthäufigste Folge ist eine **Verschlimmerung der Beschwerden** (n = 3) bzw. Notwendigkeit einer **stationären Behandlung** (n = 2). Einzelnennungen beziehen sich auf Angst vor dem Arztbesuch, ärztliche Konsultation auf Drängen eines Erziehungsberechtigten, Suche nach passenden Psycholog:innen und Vertrauensverlust. Diese Konsequenzen weisen auf psychische Auswirkungen der berichteten UB hin, die auch Einfluss auf die künftige Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen haben können.

Unerfüllte Behandlungswünsche aus Sicht der Betreuer:innen

Betreuer:innen zeigen insgesamt vier Problemfelder in der Gesundheitsversorgung ihrer Klient:innen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung auf.

Auch hier wird von langen **(1) Wartezeiten** – sowohl auf den Termin als auch beim Arztbesuch – vorrangig in den Bereichen Orthopädie, Dermatologie, Neurologie, Kardiologie, Pneumologie und teilweise Zahnmedizin berichtet. Ein langer Aufenthalt im Wartezimmer führe zu Unruhe bei den Klient:innen:

„Also die Klientin, die ich im Kopf habe, die kann nicht zwei Stunden warten. Die kann auch keine Stunde warten. Die kann noch nicht mal eine viertel Stunde warten. So und dann wird die unruhig und fängt an, hin- und herzurennen und führt Selbstgespräche und wird dann auch schon mal laut und ungemütlich. Das ist schwierig.“ (B1: Pos. 49)

Darüber hinaus äußern auch Betreuer:innen **(2) Mängel in der Arzt-Patienten-Kommunikation**, die sich u.a. darin zeigten, dass die anwesenden Patient:innen entweder im Gespräch vollständig ignoriert oder nur vereinzelt eingebunden würden – wobei die Ansprache häufig nicht altersgerecht erfolge:

„Häufig werden die geistig behinderten Menschen sofort geduzt, obwohl sie halt auch schon jetzt keine jungen Menschen mehr sind, was ich persönlich ein Unding finde. Ich meine, wenn ich mich mit den Klienten duze, dann liegt das daran, weil wir schon jahrelang in Kontakt sind.“ (B1: Pos. 7)

Eine andere Person ergänzt:

„Das ist mir schon bei vielen Ärzten aufgefallen, dass die da mit denen reden, als wenn die kleine Kinder wären. Und, ja, da kommt man sich selber dann auch schon ein bisschen blöd vor, wenn man danebensteht. Und dann denkt man: Da hat man eigentlich einen Vierzigjährigen neben sich stehen und dann redet der Arzt mit dem, als wenn er fünf Jahre alt ist oder so, ne?“ (B3: Pos. 3)

Um eine stärkere Partizipation am Gespräch zu ermöglichen, weisen Betreuer:innen die behandelnden Ärzt:innen darauf hin, direkt mit dem:der Patient:in zu sprechen. Dies führe jedoch nicht zu einer nachhaltigen Veränderung der Gesprächsführung. Weiter wird berichtet, dass sie häufig nicht auf einfache Sprache zurückgreifen und ungeduldig auf etwaige Verständnisprobleme der Patient:innen reagieren würden:

„Ja, also die sprechen halt nicht in leichter Sprache. Also die Bewohner verstehen meistens gar nicht, was die haben. So, dann müssen sie denen das noch mal einfacher erklären, weil manche, die sprechen halt sehr fachlich. Und es gibt auch Ärzte, die halt sehr rabiast sind. Also wir haben einen Jungen, der ist taubstumm, und der meckert den immer an. Und ich sage: ‚Das bringt ihm nichts. Der hört Sie nicht.‘ Und dann sagt der: ‚Ach ja, ist ja immer dasselbe.‘“ (B2: Pos. 23)

Ein weiteres Problemfeld sei die **(3) mangelnde Aufklärung**. Sofern bspw. ein neues Medikament verschrieben werde, würden Patient:innen nicht aufgeklärt, Betreuer:innen erhielten lediglich in Einzelfällen eine abgeschwächte Form der Aufklärung. Die Konsequenz sei ein hohes Maß an Verantwortung der Betreuer:innen für die Medikation ihrer Klient:innen, insbesondere im Hinblick auf mögliche Wechselwirkungen.

Ein Betreuer konstatiert hohen **(4) Koordinationsaufwand hinsichtlich der Kostenübernahme** von Hilfsmitteln durch die Krankenversicherungen. Diese orientiere sich nicht vornehmlich am Bedarf von Erwachsenen mit Behinderung, welcher teilweise stark von der kalkulierten Nutzungsdauer abweiche. Im Gegensatz zu seinen Kolleg:innen ist der befragte Betreuer insbesondere mit der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung im Ruhrgebiet sehr zufrieden.

Unerfüllte Behandlungswünsche aus Sicht der Führungspersonen

Die beide interviewten Führungskräfte konstatieren, dass die **Fähigkeit zum Erkennen und zur Artikulation von Beschwerden und Behandlungswünschen** grundlegend eine entscheidende Rolle in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung spiele. Wenn gesundheitliche Probleme aufgrund von kognitiven Beeinträchtigungen gar nicht erst erkannt bzw. die Notwendigkeit zur Behandlung nicht richtig eingeschätzt werden können, sei es schwierig, UB überhaupt zu identifizieren:

„Wenn man das Wort Schmerz nicht kennt und Schmerz nicht als solches einordnen kann, ist es schwierig zu erklären, was Schmerz ist. Und insofern hat man an den Stellen sicherlich nochmal eine deutlich höhere Relevanz.“ (F1: Pos. 15)

Auch UB, die weiter in der Vergangenheit liegen, könnten aufgrund der Schwierigkeit, Zeiträume richtig einzuordnen, in den Interviews gar nicht erst benannt oder deutlich seltener berichtet worden sein. Hinzu komme die mangelnde Anspruchshaltung dieser Personengruppe hinsichtlich einer angemessenen Versorgung. Entsprechend müsse das Vorkommen von UB bei der betrachteten Zielgruppe höher eingeschätzt werden.

Dabei würde bereits der **Zugang** zu medizinischen Leistungen problematisch sein, da Betreuer:innen die Beschwerden ihrer Klient:innen bei der Terminvereinbarung oftmals nicht klar benennen könnten. Auf Schwierigkeiten bei der Terminsuche wurde bereits übereinstimmend von den Betreuer:innen hingewiesen. Laut den Führungskräften versuchen Ärzt:innen häufig, den Beschwerden im Rahmen eines Telefonats mit den Betreuer:innen sowie einer Fernmedikation gerecht zu werden. Insbesondere bei der Orthopädie und Zahnmedizin seien Probleme in der Behandlung von Menschen mit Behinderung bedeutsam:

„Ich finde es immer dramatisch, wenn man Menschen daran erkennt, wie sie versorgt sind. Ob sie behindert sind, ja oder nein. Und das erlebe ich einfach häufig, dass gerade bei einer orthopädischen Versorgung oder eben bei einer zahnmedizinischen Versorgung man eigentlich erkennt, das ist ein Mensch mit Behinderung. Nach meinem Dafürhalten ist das nicht okay.“ (F1: Pos. 35)

Mängel in der Versorgung zeigten sich in diesem Kontext durch die „*orthopädische Schuhversorgung*“ (F1: Pos. 35) oder dadurch, dass Personen „*schiefe Zähne oder gar keine Zähne*“ (F1: Pos. 35) hätten.

Die beiden befragten Führungspersonen bestätigten die Eindrücke aus den anderen Interviews und berichteten, dass die ermittelten UB bzw. Problemfelder insbesondere durch die Betreuer:innen an sie herangetragen werden. Dabei lägen besonders Mängel beim **Gespräch mit Patient:innen** – sowohl in Bezug auf eine adäquate Dauer als auch zielgruppengerechte Kommunikation – vor: Ärzt:innen müssten sich auf jemanden einlassen, bei dem unter Umständen Verständigungsprobleme bestehen. Das Beisein von Betreuer:innen fördere dabei ihre Annahme, schneller vorgehen zu können. Problematisch sei dies vor allem dann, wenn der:die Ärzt:in „*nicht nur über den Menschen mit Behinderung, sondern auch über den Kopf des Betreuers hinwegredet*“ (F1: Pos. 19).

Ein Mensch mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung benötige zum Erhalt einer adäquaten medizinischen Versorgung Unterstützung, sei es durch die eigenen Eltern oder Betreuer:innen, welchen jedoch häufig Wissen und zeitliche Ressourcen fehlen, um die Ansprüche stellvertretend einzufordern. Liegt kein derartiges Unterstützungsnetzwerk vor, sei ein Mensch mit Behinderung „*relativ auf sich allein gestellt*“ (F1: Pos. 23), wodurch sich eine „*Lücke im System*“ (F1: Pos. 23) ergebe, die es zu schließen gilt.

Handlungsempfehlungen aus Sicht der Führungspersonen

Zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung seien insbesondere mehr **Zeit für das Arzt-Patienten-Gespräch** sowie mehr **Empathie** auf Seiten der Leistungserbringenden nötig. Hinsichtlich der Kommunikation könnte auch eine **Schulung** von angehenden oder bereits tätigen Ärzt:innen hilfreich sein. Zudem fehle es an **Aufklärung** für Ärzt:innen über bereits bestehende Angebote, die speziell auf Menschen mit Behinderung ausgerichtet sind.

Darüber hinaus sei eine stärkere **Vernetzung und Zusammenarbeit** aller in die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung involvierten Stakeholder essenziell. Die Kommunikation und Kooperation zwischen (i) Politik, (ii) Eingliederungshilfe, (iii) Kassenärztlicher Vereinigung, (iv) Krankenkasse und (v) Leistungsanbietenden müsse verbessert werden:

„Wenn diese fünf Systeme nicht einheitlich und ergebnisorientiert arbeiten, dann funktioniert es nicht. Wir merken das an allen Stellen, das sind immer fünf unterschiedliche Interessen. [...] Wenn diese fünf Stellen gut zusammenarbeiten, bin ich fest davon überzeugt, sinken insgesamt die Kosten für das Gesundheitswesen und die Lebensqualität von Menschen mit Behinderung steigt.“ (F1: Pos. 27)

Ein Beispiel zur gelungenen Förderung der Spezialisierung und Vernetzung seien sogenannte Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZE) zur interdisziplinären und multidisziplinären medizinischen Versorgung dieser Personengruppe. MZEBs seien im Bundesgebiet jedoch noch rar und ihr Bekanntheitsgrad eher gering, weshalb diese spezialisierten Angebote eher selten in Anspruch genommen werden.

Diskussion

Mit der vorliegenden Pilotstudie ist es gelungen, UB von jüngeren und älteren Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung mithilfe eines multiperspektivischen Ansatzes in einer Einrichtung im Ruhrgebiet zu explorieren. UB werden sowohl von den Betroffenen selbst als auch von deren Betreuer:innen bzw. den interviewten Führungspersonen der Einrichtung vorrangig im Bereich der ambulanten Versorgung berichtet. Auch in einer von Hassler (2015) durchgeführten qualitativen Studie zur Gesundheitsversorgung von Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen werden Mängel in der Versorgung vor allem im niedergelassenen Bereich identifiziert. Aus Interviews mit Mitarbeitenden ambulanter und stationärer Wohneinrichtungen sowie Angehörigen der Zielgruppe geht hervor, dass diese sich bspw. durch ein Fehlen von Zeit, verordneten Leistungen oder medizinischen Maßnahmen und Interventionen zeigen [17]. Ergänzend weisen Sappok und Steinhart (2021) auf Versorgungsdefizite in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit komplexen Mehrfachbehinderungen hin. Ursächlich seien auf Ebene der Leistungserbringenden neben einer mangelnden Qualifikation und Erfahrung insbesondere auch Probleme in der Kommunikation und im Umgang mit Menschen mit Behinderung sowie eine unzureichende Vergütung des zur adäquaten Versorgung notwendigen Zeit- und Personalaufwands [18]. Die vorliegende Pilotstudie weist ebenfalls auf Zeitmangel sowie Probleme in der Arzt-Patienten-Kommunikation bzw. Aufklärung als Ursachen für UB hin. Diese Defizite sind im Hinblick auf die besonderen Bedarfe von Menschen mit geistigen, psychischen und mehrfachen Behinderungen von besonderer Tragweite und entsprechende Anpassungen – etwa der Gesprächssituation an die Zielgruppe – erscheinen erforderlich. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch eine Studie aus der Schweiz: Hier werden von Expert:innen fehlende Kompetenzen des Fachpersonals im Hinblick auf die be-

sonderen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung angeführt. Weitere entscheidende Barrieren seien Diagnoseinstrumente, die nicht auf diese Zielgruppe ausgerichtet sind, sowie der Zusatzaufwand für Leistungserbringende, der nicht finanziert werde. Die Kommunikation seitens des Fachpersonals wird als entscheidender Ansatz verstanden. Diese müsse an die spezifischen Bedürfnisse der Zielgruppe angepasst werden. Dabei ist u.a. ein Rückgriff auf leichte Sprache notwendig. Zudem gilt es, den Patient:innen Hilfestellungen zu bieten, damit diese im Sinne eines Empowerments dazu in die Lage versetzt werden, selbst eine echte Entscheidung treffen zu können. [19] Diese Barrieren werden auch in unserer Studie sowohl von Fachpersonal identifiziert als auch von den interviewten Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung selbst angeführt: Insbesondere die Aspekte Zeit und Kommunikation spielen dabei eine wesentliche Rolle. Sie beeinflussen die Arzt-Patienten-Beziehung und damit auch die künftige Inanspruchnahme von Leistungen nachhaltig. Im Rahmen der Kommunikation gilt es neben einer zielgruppengerechten Sprache eine Partizipation der Patient:innen am Gespräch sowie der Entscheidungsfindung zu ermöglichen.

Im Rahmen des vorgestellten Forschungsprojektes wurden auch jüngere und ältere Menschen ohne Behinderung – mit besonderem Fokus auf Personen mit niedrigem Sozialstatus – befragt (siehe Studienhintergrund). Ein Vergleich der Ergebnisse [20] zeigt, dass insbesondere Wartezeiten, aber auch Mängel in der Arzt-Patienten-Interaktion bzw. das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden oder das Ignorieren von Patient:innenwünschen bei beiden Zielgruppen relevante Gründe für UB darstellen. Zudem finden sich die meisten UB übereinstimmend in der ambulanten Versorgung. Aus diesen Gründen lässt sich eine Übertragbarkeit auf andere (vulnerable) Personengruppen vermuten.

Übergreifend sind die identifizierten Problemfelder auch auf strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen der medizinischen Regelversorgung in Deutschland zurückzuführen: Es fehlen behindertengerechte Gesundheitseinrichtungen. Dadurch ergibt sich eine Unter-, Über- und Fehlversorgung, welche sich nicht nur nachteilig für Betroffene auswirkt, sondern auch eine finanzielle Belastung für das Gesundheitssystem darstellt. [18] Auf diesen Zusammenhang wird auch im Zuge der Expert:inneninterviews in unserer Untersuchung hingewiesen: Lösungsansätze hierfür können neben einer Schulung von Fachpersonal auch die stärkere Vernetzung und Zusammenarbeit der in die Versorgung involvierten Akteure sowie eine gezielte Förderung von spezifischen – auf die Bedarfe von Menschen mit Behinderung ausgerichteten – Angeboten wie MZEBs sein. Im Rahmen der Weiterentwicklung des medizinischen Curriculums wurde erstmals die Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung als Lernziel im Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkataloges Medizin (NKLM) verankert. Vereinzelt finden sich auch Bestrebungen zum Aufbau eigener Lehrstühle für Medizin für Menschen mit Behinderungen oder strukturierte Fortbildungsangebote der Bundesärztekammer zur medizinischen Betreuung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung oder mehrfacher Behinderung. Letztere wurden deutschlandweit bisher jedoch eher selten in Anspruch genommen. Um das Leitprinzip „Leave No One Behind“ der UN-Agenda 2030 umzusetzen und Menschen mit Behinderung als vulnerable Gruppe in den Mittelpunkt des Handelns zu stellen, sollte eine integrierte Versorgung als Kombination zwischen Regelversorgung und spezialisierten Angeboten etabliert werden. [18]

Stärken und Limitationen

Mithilfe der qualitativen Studie konnten UB sowie Defizite in der gesundheitlichen Versorgung von jüngeren und älteren Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung in einer Einrichtung in Essen identifiziert werden. Neben

der Perspektiven des Fachpersonals wurden auch die Erfahrungen der Betroffenen selbst berücksichtigt. Die besondere Stärke unserer Pilotstudie liegt darin, dass wir eine schwer zugängliche vulnerable Personengruppe in den Mittelpunkt einer Befragung zu unerfüllten Behandlungswünschen stellen konnten: Die Einhaltung ethischer Standards und der Schutz der Rechte von Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung erfordern ein hohes Maß an Sensibilität und Verantwortung. Der Zugang zu dieser Zielgruppe ist aufgrund ihrer Schutzbedürftigkeit, potenziellen Kommunikationsbarrieren oder auch institutionellen Hürden sowie einem für die Interviews notwendigen Vertrauensaufbau sehr anspruchsvoll. Gleichzeitig sind die Erkenntnisse besonders wertvoll, da sie neben den Perspektiven der Betreuer:innen und Führungskräften der Einrichtung auch Einblicke in oft marginalisierte Perspektiven ermöglichen.

Limitationen ergeben sich v.a. aus der Betrachtung einer einzelnen Einrichtung im Ruhrgebiet sowie der begrenzten Anzahl an Interviews. Trotz vorheriger Prüfung der Erhebungsinstrumente durch Fachpersonal und dessen Einschätzung, ob einer Person ein Interview zugemutet werden kann, mussten 14 von 19 Interviews mit Befragten mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung ausgeschlossen werden. Eine weitere Überarbeitung des Interviewleitfadens nach Durchführung und Reflexion der ersten Interviews unter der Verwendung der Standards einfacher Sprache oder dem Einsatz anderer Erzählstimuli war aufgrund der Zeitplanung nicht möglich. An dieser Stelle sei nochmal darauf hingewiesen, dass Klient:innen umfassend von pädagogischem Fachpersonal auf die Interviews vorbereitet wurden. Dabei kamen sowohl einfache Sprache als auch METACOM Symbole zum Einsatz. Eine grundlegende Anpassung des Interviewleitfadens unter der Verwendung von METACOM Symbolen oder anderen erzählgenerierenden Stimuli wurde bei der Prüfung der Erhebungsinstrumente durch das Fachpersonal zwar nicht ange-regt. Unsere Erfahrungen legen aber nahe, Interviewfragen bei ähnlich gelagerten

Untersuchungen strenger an den Standards einfacher Sprache auszurichten und – analog zur Interviewvorbereitung – auch bei den Interviews selbst METACOM Symbole zu verwenden. Die hier fokussierte Fragestellung ist komplex und kann nur bedingt vereinfacht oder mithilfe alternativer erzählgenerierender Stimuli wie Bildern adressiert werden. Hier ist eine Abwägung notwendig: Je nach kognitiver Beeinträchtigung sind die Fragen u.U. zu komplex, bei einer starken Vereinfachung sind die Erkenntnismöglichkeiten aber eingeschränkt. Den beschriebenen Herausforderungen wurde damit begegnet, dass auch Betreuer:innen in die Studie eingeschlossen wurden. Eine Ausdehnung der Erhebungsphase sowie die Rekrutierung weiterer Personen in der Einrichtung war aus zeitlichen Gründen nicht möglich.

Trotz sich abzeichnender Muster im Antwortverhalten kann zwar nicht auf eine theoretische Sättigung geschlossen werden. Dennoch bietet die vorliegende Pilotstudie Anknüpfungspunkte für weiterführende Untersuchungen in anderen Einrichtungen. Hierbei gilt es die skizzierten Problemstellungen unserer Erhebung zu berücksichtigen. Dies kann durch eine weitere Vereinfachung der Interviewleitfäden für Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung, kognitive Pretests, eine noch differenziertere Auswahl von Interviewteilnehmenden sowie eine umfassendere Rekrutierung mit einer größeren Stichprobe geschehen. Auf Basis unserer Erfahrungen ist es weiterhin sinnvoll, neben den Betroffenen auch Fachpersonal zu konsultieren. Je nach Betreuungs- und Wohnsituation könnte die ergänzende Befragung Angehöriger zielführend sein.

Fazit

Die berichteten Ergebnisse bieten Anknüpfungspunkte zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung jüngerer und älterer Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung einer Einrichtung im Ruhrgebiet. Deutschlandweit zeigt

sich, dass erste Lösungsansätze zu einer bedarfsgerechteren Versorgung bereits implementiert wurden. Diese Strukturen sind bisher jedoch sowohl zu wenig bekannt als auch zu selten genutzt. Daher gilt es, diese weiter auszubauen, weitere Initiativen sowie die Vernetzung und den Austausch der in die Versorgung eingebundenen Akteure zu fördern. Konkret können künftige Maßnahmen darauf abzielen, eine stärkere Partizipation von Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung zu ermöglichen, Kompetenzen aufzubauen und die besonderen Bedürfnisse dieses Patient:innenkollektivs zielgerechter in der Versorgung zu berücksichtigen. Dabei haben die Arzt-Patienten-Interaktion im Hinblick auf zeitliche Ressourcen und die zielgruppenspezifische Kommunikation eine Schlüsselrolle inne.

Danksagung

Wir möchten dem Franz Sales Haus unseren herzlichen Dank für die wertvolle Unterstützung bei der Rekrutierung und Durchführung unserer Interviews aussprechen. Besonderer Dank gilt den Bewohner:innen, Betreuer:innen und Führungskräften, die an den Interviews teilgenommen und damit einen entscheidenden Beitrag zu unserer Studie geleistet haben.

Interessenkonflikt

Die Autor:innen erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autor:innenschaft

Sarah Heidenreiter: Konzeptualisierung, Methodik, Untersuchung, Formale Analyse, Projektbetreuung, Visualisierung, Schreiben - Originalentwurf, Schreiben - Review & Überarbeitung; Michael Lauerer: Supervision, Schreiben - Review & Überarbeitung; Eckhard Nagel: Fördermittelakquise, Konzeptualisierung, Schreiben - Review & Überarbeitung

Literatur

- [1] Diamant AL, Hays RD, Morales LS, et al. Delays and unmet need for health care among adult primary care patients in a restructured urban public health system. *Am J Public Health* 2004;94:783–9.
- [2] Shi L, Stevens GD. Vulnerability and unmet health care needs. The influence of multiple risk factors. *J Gen Intern Med* 2005;20:148–54. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.40136.x>.
- [3] Popovic N, Terzic-Supic Z, Simic S, et al. Predictors of unmet health care needs in Serbia; Analysis based on EU-SILC data. *PLoS ONE* 2017;12:e0187866. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187866>.
- [4] Pappa E, Kontodimopoulos N, Papadopoulos A, et al. Investigating unmet health needs in primary health care services in a representative sample of the Greek population. *Int J Environ Res Public Health* 2013;10:2017–27. <https://doi.org/10.3390/ijerph10052017>.
- [5] Hoebel J, Müters S, Kuntz B, et al. Messung des subjektiven sozialen Status in der Gesundheitsforschung mit einer deutschen Version der MacArthur Scale. *Bundesgesundheitsblatt* 2015;58.
- [6] Casey R. Disability and unmet health care needs in Canada: a longitudinal analysis. *Disabil Health J* 2015;8:173–81. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2014.09.010>.
- [7] Hargreaves DS, Elliott MN, Viner RM, et al. Unmet Health Care Need in US Adolescents and Adult Health Outcomes. *Pediatrics* 2015;136:513–20. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-0237>.

- [8] Lindström C, Rosvall M, Lindström M. Unmet health-care needs and mortality: a prospective cohort study from southern Sweden. *Scand J Public Health* 2019;1403494819863530. <https://doi.org/10.1177/1403494819863530>.
- [9] Sanmartin C, Houle C, Tremblay S, et al. Changes in unmet health care needs. *Health Rep* 2002;13:15–21.
- [10] Tuck A, Oda A, Hynie M, et al. Unmet health care needs for syrian refugees in Canada: a follow-up study. *J Immigr Minor Health* 2019. <https://doi.org/10.1007/s10903-019-00856-y>.
- [11] Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW). Statistikatlas NRW | Kartenanwendung (06.10.2022). Im Internet: <https://www.statistikatlas.nrw.de/>; Stand: 02.02.2024.
- [12] Döring N, Bortz J. *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial-und Humanwissenschaften*. 5. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer; 2016.
- [13] Ronksley PE, Sanmartin C, Quan H, et al. Association between perceived unmet health care needs and risk of adverse health outcomes among patients with chronic medical conditions. *Open Med* 2013;7:e21–30.
- [14] Kersting A, Steinwede J, Harand J, Schröder H. *Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen: 3. Zwischenbericht*. Mannheim, Berlin: SSOAR-Social Science Open Access Repository; Bundesministerium für Arbeit und Soziales; 2020.
- [15] Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 12. Aufl. Weinheim Basel: Beltz Verlagsgruppe; 2010.

- [16] O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, et al. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med* 2014;89:1245–51. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>.
- [17] Hasseler M. Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen als vulnerable Bevölkerungsgruppe in der gesundheitlichen Versorgung. *Rehabilitation (Stuttg)* 2015;54:369–74. <https://doi.org/10.1055/s-0041-108468>.
- [18] Sappok T, Steinhart I. Leave No One Behind: Kognitiv beeinträchtigt und (psychisch) krank – eine Herausforderung für die Gesundheitsversorgung. *Psychiatr Prax* 2021;48:115–8. <https://doi.org/10.1055/a-1400-1746>.
- [19] Sottas B, Brügger S, Jaquier A. Zugangsprobleme zur Gesundheitsversorgung?: Eine explorative Studie auf Grund von Expertengesprächen im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG); 2014
- [20] Heidenreiter S, Lauerer M, Nagel E. Unerfüllte Behandlungswünsche jüngerer und älterer Menschen in sozial deprivierten Räumen: eine qualitative Interviewstudie im Ruhrgebiet. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2024;188:87–94. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2024.06.001>.

Verzeichnis des elektronischen Anhangs (EA)

EA 1 Codebuch

EA 1 Codebuch

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
HK 1: Arten des UB			
mit Leistung nicht (zu 100 %) zufrieden	Interviewte berichten davon, dass sie mit der gesundheitlichen Leistung, die sie zur Lösung ihres gesundheitlichen Problems erhalten haben, nicht oder nicht zu 100 % zufrieden sind/waren.	"Da habe ich einen Frauenarzt ausgesucht. Der eine Frauenarzt hat mir so wehgetan, dass ich geschrien habe beim Frauenarzt. Und dann bin ich ins (unv.) gegangen und habe überall gefragt, wo die mich nehmen sollen. Da war ich noch weit selbstständig und dann bin ich dahin gegangen und dann habe ich einen guten gefunden und der hat mir auch viel geholfen. Und dann war ein neuer da drin und der hat mir auch sofort diese Tablette, diese Wechseljahre-Tablette, die sollte ich ja immer wieder nehmen von dem einen Arzt da, ich weiß nicht, wie der jetzt heißt. Und dann kam der, der andere rein und seitdem bin ich da nicht mehr hingegangen, da habe ich keinen Mut mehr gehabt. Ich hatte zu dem Mann Vertrauen, weil ich auch gesagt habe, ich habe Verengungen im Rücken und das tut mir dann weh bei der Untersu-	In allen Passagen muss die interviewte Person davon berichten, dass sie mit der gesundheitlichen Leistung nicht (zu 100 %) zufrieden ist/war.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
		chung. Und deshalb habe ich bei dem Vertrauen gehabt. Ich muss jetzt erst wieder einen neuen Frauenarzt suchen noch." (Ä1: Pos. 98)	
Leistung nicht erhalten	Interviewte berichten davon, dass sie eine gesundheitliche Leistung zur Lösung eines gesundheitlichen Problems benötigen/benötigt hätten, diese aber nicht erhalten haben.	"Ich hatte Augenschmerzen und wollte zum Arzt und war dann auch da. Und die konnten mich nicht behandeln, meinten die, weil ich nicht angerufen habe. Und ich hatte das aber über mehrere Tage. Ich habe keine Behandlung dafür bekommen, deswegen/ Ich habe später eine Behandlung bekommen bei einem anderen Arzt." (J2: Pos. 33)	In allen Passagen muss die interviewte Person davon berichten, dass sie die gesundheitliche Leistung nicht erhalten haben.
verzögert erbrachte Leistung	Interviewte berichten davon, dass die gesundheitliche Leistung, die sie zur Lösung eines gesundheitlichen Problems benötigen/benötigt hätten, erst verzögert, d.h. nicht zu dem Zeitpunkt, zu dem es aus ihrer Sicht nötig gewesen wäre, erhalten haben.	"Bei der Ärztin, wo ich vorher war, da musste man auch stundenlang warten. Ich saß manchmal bis halb fünf da, oder bis sechs Uhr manchmal und die nahmen immer andere Leute vorig. Und ich habe mich auch nicht getraut, ich bin ja ein ängstlicher Mensch, der auch nicht bei Fremden so gerne sprechen tut. Deshalb habe ich das nicht getraut, gesagt und gefragt, wann ich dran komme. Da bin ich vielleicht ein bisschen anders [...] Ja manchmal bin ich unruhig,	In allen Passagen muss die interviewte Person davon berichten, dass sie die gesundheitliche Leistung erst verzögert erhalten hat.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
		weil ich denke, das dauert so lange. Aber [Name] gibt mir immer wieder Mut." (Ä1: Pos. 39)	
Leistung ungeeignet	Interviewte berichten davon, dass sie die gesundheitliche Leistung, die sie erhalten haben, als ungeeignet zur Lösung ihres gesundheitlichen Problems betrachten.	"Und zwar hatte ich hier diese Nackenwirbelschmerzen. Und dann sollte er mir da was machen. Da hat er gesagt 'Ist nichts'. Kannst wieder nach Hause gehen. Und die Schmerzen wurden dann so schlimm, dass ich das nicht mehr aushalten konnte." (Ä3: Pos. 27)	In allen Passagen muss die interviewte Person davon berichten, dass sie die in Anspruch genommene gesundheitliche Leistung als ungeeignet empfand.
eigene Entscheidung, Leistung nicht zu verlangen	Interviewte berichten davon, dass sie eine gesundheitliche Leistung, die sie aus eigener Sicht zur Lösung ihres gesundheitlichen Problems benötigen(t)en, nicht verlang(t)en und damit nicht in Anspruch nehmen/genommen haben.	B: "Der Fall war: Also ich habe mich mit jemandem geprügelt und ich habe mehr abbekommen als der andere und ich fand es nicht so notwendig, zum Arzt zu gehen. Und auch wo mein Arm entzündet war, war ich halt nicht beim Arzt." I: "Und warum bist du da nicht hingegangen?" B: "Weil ich mir so dachte, dass man das nicht unbedingt wegen einer Entzündung machen muss und	In allen Passagen muss die interviewte Person davon berichten, dass sie sich selbst dafür entschieden hat, die gesundheitliche Leistung nicht zu verlangen und damit nicht in Anspruch zu nehmen.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
		<p>wegen der Prügelei, das war so/ Ich bin halt selber schuld dran."</p> <p>I: "Und hast du dir dann gedacht, das geht von selber schon wieder weg?"</p> <p>B: "Ja."</p> <p>I: "Ist es dann von selbst wieder weggegangen? Oder musstest du trotzdem noch zum Arzt?"</p> <p>B: "Ich musste dann irgendwann zum Arzt mal, weil mein Papa es nicht so lustig fand. So nach ein paar Wochen, wo er meinen ganzen Arm dann mal sehen durfte." (J2: Pos. 103-109)</p>	
HK 2: Versorgungsbereiche der UB			
Fachärztliche Versorgung	Interviewte berichten von einem UB, der sich auf eine gesundheitliche Leistung im Rahmen der fachärztlichen Versorgung bezieht.	siehe unten	In allen Passagen muss die fachärztliche Versorgung bzw. eine entsprechende Fachrichtung bei der Konkretisierung des UB benannt werden.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
<i>Augenheilkunde</i>	Interviewte berichten von einem UB, der sich auf eine gesundheitliche Leistung im Bereich der Augenheilkunde bezieht.	<p>"Ja, da wusste ich noch nicht, dass ich so/ Ich hatte Augenschmerzen und wollte zum Arzt und war dann auch da. Und die konnten mich nicht behandeln, meinten die, weil ich nicht angerufen habe. Und ich hatte das aber über mehrere Tage. Ich habe keine Behandlung dafür bekommen, deswegen/ Ich habe später eine Behandlung bekommen bei einem anderen Arzt." (J2: Pos. 33)</p> <p>"Ich kann, wenn in die Augen getropft wird/ Ich kann dieses Augenaufhalten nicht und die Flasche sehen so, das ist bei mir schwierig. Und der Arzt war nicht damit zufrieden, wenn ich mein Auge zumache und aufmache, wenn er mir das hier so reingetropft hat, damit das halt reinlaufen kann. So damit war der nicht zufrieden und hat das halt nie gemacht und ich fand das nicht so super" (J2: Pos. 75)</p>	In allen Passagen muss die interviewte Person einen UB konkret der Augenheilkunde zuordnen.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
<i>Gynäkologie</i>	Interviewte berichten von einem UB, der sich auf eine gesundheitliche Leistung im Bereich der Gynäkologie bezieht.	"Da habe ich einen Frauenarzt ausgesucht. Der eine Frauenarzt hat mir so wehgetan, dass ich geschrien habe beim Frauenarzt. Und dann bin ich ins (unv.) gegangen und habe überall gefragt, wo die mich nehmen sollen. Da war ich noch weit selbstständig und dann bin ich dahin gegangen und dann habe ich einen guten gefunden und der hat mir auch viel geholfen. Und dann war ein neuer da drin und der hat mir auch sofort diese Tablette, diese Wechseljahre-Tablette, die sollte ich ja immer wieder nehmen von dem einen Arzt da, ich weiß nicht, wie der jetzt heißt. Und dann kam der, der andere rein und seitdem bin ich da nicht mehr hingegangen, da habe ich keinen Mut mehr gehabt. Ich hatte zu dem Mann Vertrauen, weil ich auch gesagt habe, ich habe Verengungen im Rücken und das tut mir dann weh bei der Untersuchung. Und deshalb habe ich bei dem Vertrauen gehabt. Ich muss jetzt erst wieder einen neuen Frauenarzt suchen noch." (Ä1: Pos. 98)	In allen Passagen muss die interviewte Person den eigenen UB konkret der Gynäkologie zuordnen.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
<i>Psychiatrie</i>	Interviewte berichten von einem UB, der sich auf eine gesundheitliche Leistung im Bereich der Psychiatrie bezieht.	<p>B: "Und ich bin ja auch zum Nervenarzt, [...] Der jetzt mich behandelt ist der [Name], der hat mich gut hingekriegt. [...]" I: "Und was war da mit dem Nervenarzt davor?" [...]</p> <p>B: "Ja weil der hat mich immer nur krankgeschrieben und keine Medikamente gegeben [...] Ich habe manchmal auch Depressionen, wenn so komisches Wetter ist, so wie heute. Da leide ich auch darunter. Aber ich bin gut geholfen worden von dem [Name]- Das war der gute Arzt für mich. Der war wirklich für mich da und hat mich gut unterstützt."</p> <p>I: "Okay und was hat der anders gemacht im Vergleich zu dem Arzt davor?"</p> <p>B: "Der hat mir viel Gespräch gemacht und Tabletten gegeben, dass ich die halt habe. Ich habe auch nächtelang nicht geschlafen, das hängt auch damit zusammen." (Ä1: Pos. 9-19)</p>	In allen Passagen muss die interviewte Person den eigenen UB konkret der Psychiatrie zuordnen.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
Ärzt:in (unspezifisch.) - ambulante Versorgung	Interviewte berichten von einem UB, der sich auf eine gesundheitliche Leistung im Rahmen der ambulanten Versorgung durch eine:n Ärzt:in, der:die nicht näher spezifiziert wurde, bezieht.	<p>B: "Er konnte sich nicht auf meine Schwierigkeiten einlassen. Zum Beispiel Blut abnehmen oder so. Der hat einfach, auch wenn man vorwarnt so, ich habe das vorher gesagt, man soll mich nicht vorwarnen und hat es trotzdem gemacht und hat sich halt gewundert, warum ich dann so schnell wieder weg war, weil ich hasse sowas."</p> <p>I: "Okay, das heißt du hast ihm eigentlich vorher schon die Info gegeben, dass du da Schwierigkeiten hast, aber er hat das ignoriert."</p> <p>B: "Ja." I: "Und hast du ihm das gegenüber dann erwähnt, dass das nicht in Ordnung war?"</p> <p>B: "Ja. Und er meinte, wenn ich so ein großes Problem damit hätte, dann kann ich mir einen anderen Arzt suchen." (J2: Pos. 49-53)</p>	In allen Passagen muss der UB sich auf die ambulante Versorgung durch eine:n Ärzt:in beziehen, wobei diese:r durch die interviewte Person nicht weiter spezifiziert wird und nicht klar der hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgung zugeordnet werden kann.
Hausärztliche Versorgung	Interviewte berichten von einem UB, der sich auf eine gesundheitliche Leistung im Rahmen der hausärztlichen Versorgung bezieht.	"Der sagt immer ist nichts, ist nichts, ist nichts. Kommen Sie nächste Woche wieder. Kommen Sie nächste Woche wieder. Kommen Sie nächste Woche wieder."	In allen Passagen muss die Versorgung durch eine:n Hausärzt:in bei der Konkretisierung des UB benannt werden.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
		Nein, ich sage, da habe ich keinen Bock drauf gehabt." (Ä3: Pos. 99)	
Stationäre Versorgung	Interviewte berichten von einem UB, der sich auf eine gesundheitliche Leistung im Rahmen der stationären Versorgung bezieht.	"Ja da bin ich bei einem Orthopäden. [...] ich bin zufrieden mit dem, der hat mir auch so geholfen, ja. Ich habe ja auch so schlimme Füße am Fuß, richtig schlimm, die haben sie mir verkehrt operiert. Ich habe Orthopädenschuhe schon. [...] da war ich im Krankenhaus, ich war ja zweimal operiert worden. Und das zweite Mal war es nicht gut." (Ä1: Pos. 46-60) "Da war ich im Krankenhaus in der Röntgenabteilung. Aber ich musste lange waren" (Ä2: Pos. 115)	In allen Passagen muss die stationäre Versorgung bei der Konkretisierung des UB benannt werden.
Zahnmedizinische/ kieferorthopädische Versorgung	Interviewte berichten von einem UB, der sich auf eine gesundheitliche Leistung im Rahmen der zahnmedizinischen bzw. kieferorthopädischen Versorgung bezieht.	"Der hat mir mal einen Weisheitszahn gezogen. Und die Hälfte abgebrochen. Und der hat gesagt, ich kann nichts mehr machen. Können nach Hause gehen. Und die Schmerzen wurden auch immer schlimmer. Musste ich auch zum Krankenhaus. Weil mussten sie	In allen Passagen muss die zahnmedizinische bzw. kieferorthopädische Versorgung bei der Konkretisierung des UB benannt werden.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
		den Weisheitszahn (...) mit Vollnarkose rausgenommen werden." (Ä3: Pos. 47)	
Psychologie	Interviewte berichten von einem UB, der sich auf eine gesundheitliche Leistung im Bereich der Psychologie bezieht.	<p>B: "Die letzten drei Psychologen fand ich/ War ich nicht zufrieden. Aber ich glaube, ich muss einfach den passenden finden. [...]"</p> <p>I: "Und an was lag das so bei den letzten Dreien?"</p> <p>B: "Es lag daran, dass entweder/ Eine hat einfach ständig irgendwie abgesagt und war dann selber erkrankt, aber hat das immer am gleichen Tag noch gesagt so. Der Zweite hat einfach eine komplett komische Art an sich gehabt so und hat mir eigentlich nur auf einer Basis immer geholfen. Und der andere hat einfach nie meine Probleme verstanden. [...] Ich habe mich nicht ernst genommen gefühlt und er konnte mit mir einfach nicht umgehen so." (J2: Pos. 171-177)</p>	In allen Passagen muss die Psychologie bei der Konkretisierung des UB benannt werden.
HK 3: Gründe für UB			

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
Leistungserbringendenbezogene Gründe	Interviewte führen einen Grund für den UB an, der den Leistungserbringenden zuzuordnen sind.	siehe unten	In allen Passagen muss ein Grund genannt werden, der sich auf die Leistungserbringenden bezieht.
<i>Wartezeit</i>	Wartezeiten auf Seiten der Leistungserbringenden sind aus Sicht der Interviewten ursächlich für den UB.	<p>"Das verstehe ich sowieso nicht, dass die anderen dann zu eher drankommen. Und wir müssen immer solange warten." (Ä3: Pos. 175)</p> <p>"Bei der Ärztin, wo ich vorher war, da musste man auch stundenlang warten. Ich saß manchmal bis halb fünf da, oder bis sechs Uhr manchmal und die nahmen immer andere Leute vorig. Und ich habe mich auch nicht getraut, ich bin ja ein ängstlicher Mensch, der auch nicht bei Fremden so gerne sprechen tut. Deshalb habe ich das nicht getraut, gesagt und gefragt, wann ich dran komme. Da bin ich vielleicht ein bisschen anders [...] Ja manchmal bin ich unruhig, weil ich denke, das dauert so lange. Aber [Name] gibt mir immer wieder Mut." (Ä1: Pos. 39)</p>	In allen Passagen muss Wartezeit von der interviewten Person als Grund für den eigenen UB angeführt werden.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
<i>Fehlender Behandlungserfolg</i>	Ein fehlender Behandlungserfolg ist aus Sicht der Interviewten ursächlich für den UB.	"Ja da bin ich bei einem Orthopäden. [...] ich bin zufrieden mit dem, der hat mir auch so geholfen, ja. Ich habe ja auch so schlimme Füße am Fuß, richtig schlimm, die haben sie mir verkehrt operiert. Ich habe Orthopädenschuhe schon. [...] da war ich im Krankenhaus, ich war ja zweimal operiert worden. Und das zweite Mal war es nicht gut." (Ä1: Pos. 46-60)	In allen Passagen muss ein aus Sicht der interviewten Person fehlender Behandlungserfolg von dieser als Grund für den eigenen UB angeführt werden.
<i>Gefühl, nicht ernst genommen zu werden</i>	Aus Sicht der Interviewten ist deren Gefühl, von den Leistungserbringenden nicht ernst genommen zu werden, ursächlich für den UB.	"Der sagt immer ist nichts, ist nichts, ist nichts. Kommen Sie nächste Woche wieder. Kommen Sie nächste Woche wieder. Kommen Sie nächste Woche wieder. Nein, ich sage, da habe ich keinen Bock drauf gehabt." (Ä3: Pos. 99) "Ja, da habe ich mal meinen Blutdruck so gehabt, so niedrig. Da meinte sie immer, ich hätte am Apparat immer rumgespielt und das stimmt gar nicht. Und da habe ich mit unserem Betreuer gesprochen. Ich sage, ich möchte gerne woanders zum Arzt gehen.	In allen Passagen muss das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden als Grund für den eigenen UB beschrieben werden.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
		Da bin ich da hingegangen, bin jetzt zwei Jahre da, jetzt im Oktober." (Ä2: Pos. 39)	
<i>Ignorieren von Patient:innenwünschen</i>		B: "Er konnte sich nicht auf meine Schwierigkeiten einlassen. Zum Beispiel Blut abnehmen oder so. Der hat einfach, auch wenn man vorwarnt so, ich habe das vorher gesagt, man soll mich nicht vorwarnen und hat es trotzdem gemacht und hat sich halt gewundert, warum ich dann so schnell wieder weg war, weil ich hasse sowas." I: "Okay, das heißt du hast ihm eigentlich vorher schon die Info gegeben, dass du da Schwierigkeiten hast, aber er hat das ignoriert." B: "Ja." (J2: Pos. 49-51)	
<i>Mängel Arzt-Patienten-Kommunikation</i>	Mängel in der Arzt-Patienten-Kommunikation, die von den Leistungserbringenden ausgehen, sind aus Sicht der Interviewten ursächlich für den UB.	I: "Und hast du ihm das gegenüber dann erwähnt, dass das nicht in Ordnung war?" B: "Ja. Und er meinte, wenn ich so ein großes Problem damit hätte, dann kann ich mir einen anderen Arzt suchen." (J2: Pos. 52-53)	In allen Passagen muss ein Mangel in der Arzt-Patienten-Kommunikation von der interviewten Person als Grund für den eigenen UB angeführt werden. Dabei muss die interviewte Person den Mangel auf der Seite der

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
			Leistungserbringenden und nicht bei sich selbst als Patient:in verorten.
<i>Verweigerung der Behandlung</i>	Die Verweigerung der aus Sicht der interviewten Person benötigten Behandlung seitens der Leistungserbringenden ist laut der interviewten Person ursächlich für den UB.	<p>B: "Da wurde ich wieder zurück geschickt. [...] die haben gesagt, ist alles in Ordnung. Aber die haben am Telefon gesagt, ich sollte vorbeikommen. Ja dann habe ich mich verarscht gefühlt. Ab sofort bin ich nicht mehr dahin gegangen."</p> <p>I: "Okay, das heißt Sie haben angerufen, die haben gesagt Sie sollen vorbeikommen, dann waren Sie da und dann meinte der Arzt es ist nichts, Sie // können wieder gehen."</p> <p>B: "Ja das war // die Schwester, das war die Schwester, die war sehr komisch, die war überhaupt so komisch. Und die hat mir gesagt, du kannst jetzt gehen, mit so einem komischen Ton. Und da habe ich gesagt, ich habe mich richtig verarscht gefühlt." (Ä1: Pos. 5-9)</p> <p>B: "Ja, da wusste ich noch nicht, dass ich so/ Ich hatte</p>	In allen Passagen muss die Verweigerung der Behandlung durch die Leistungserbringenden als Grund für den eigenen UB angeführt werden.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
		<p>Augenschmerzen und wollte zum Arzt und war dann auch da. Und die konnten mich nicht behandeln, meinten die, weil ich nicht angerufen habe. Und ich hatte das aber über mehrere Tage. Ich habe keine Behandlung dafür bekommen, deswegen/ Ich habe später eine Behandlung bekommen bei einem anderen Arzt."</p> <p>I: "Okay. Das heißt du bist dann zu dem Arzt hingegangen mit deinen Beschwerden und dann haben die dich wieder nach Hause geschickt? B: "Ja."</p> <p>I: "Und welche Begründung haben die dir genannt?" B: "Dass man vorher da anrufen muss und sagen muss, dass man kommen möchte und man erklären muss, was man hat. Und ich habe das halt nicht gemacht so, weil ich das noch nicht wusste."</p> <p>I: "Okay. Und haben die dir dann irgendwie angeboten, dass du im Wartezimmer warten kannst?" B: "Nein, die meinten, dass ich erst anrufen müsste"</p>	

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
		und ich auch/ Ich konnte vor Ort auch keinen Termin so machen." (J2: Pos. 33-39)	
<i>Schmerzen bei der Untersuchung</i>	Schmerzen bei der Untersuchung sind aus Sicht der Interviewten ursächlich für den UB.	"Da habe ich einen Frauenarzt ausgesucht. Der eine Frauenarzt hat mir so wehgetan, dass ich geschrien habe beim Frauenarzt. Und dann bin ich ins (unv.) gegangen und habe überall gefragt, wo die mich nehmen sollen. Da war ich noch weit selbstständig und dann bin ich dahin gegangen und dann habe ich einen guten gefunden und der hat mir auch viel geholfen. Und dann war ein neuer da drin und der hat mir auch sofort diese Tablette, diese Wechseljahre-Tablette, die sollte ich ja immer wieder nehmen von dem einen Arzt da, ich weiß nicht, wie der jetzt heißt. Und dann kam der, der andere rein und seitdem bin ich da nicht mehr hingegangen, da habe ich keinen Mut mehr gehabt. Ich hatte zu dem Mann Vertrauen, weil ich auch gesagt habe, ich habe Verengungen im Rücken und das tut mir dann weh bei der Untersu-	In allen Passagen müssen Schmerzen bei der Untersuchung als Grund für den eigenen UB angeführt werden.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
		chung. Und deshalb habe ich bei dem Vertrauen gehabt. Ich muss jetzt erst wieder einen neuen Frauenarzt suchen noch." (Ä1: Pos. 98)	
Patient:innenbezogene Gründe	Interviewte führen einen persönlichen, patient:innenbezogenen Grund für den UB an.	siehe unten	In allen Passagen muss ein persönlicher, patient:innenseitiger Grund genannt werden.
<i>Annahme, es selbst hinzubekommen</i>	Interviewte erklären, dass die Annahme, es selbst hinzubekommen, d.h. das gesundheitliche Problem selbst ohne Konsultation von Leistungserbringenden lösen zu können, ursächlich für den UB ist. Damit geht einher, dass die Leistung erst gar nicht in Anspruch genommen wird.	B: "Der Fall war: Also ich habe mich mit jemandem geprügelt und ich habe mehr abbekommen als der andere und ich fand es nicht so notwendig, zum Arzt zu gehen. Und auch wo mein Arm entzündet war, war ich halt nicht beim Arzt." I: "Und warum bist du da nicht hingegangen?" B: "Weil ich mir so dachte, dass man das nicht unbedingt wegen einer Entzündung machen muss und wegen der Prügelei, das war so/ Ich bin halt selber schuld dran." I: "Und hast du dir dann gedacht, das geht von selber	In allen Passagen muss die Annahme, es selbst hinzubekommen, als Grund für den eigenen UB angeführt werden.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
		schon wieder weg?" B: "Ja."(J2: Pos. 103-107)	
HK 4: Folgen des UB			
Arztwechsel	Interviewte führen einen Arztwechsel als konkrete Folge ihres UB an.	"Ja, da habe ich mal meinen Blutdruck so gehabt, so niedrig. Da meinte sie immer, ich hätte am Apparat immer rumgespielt und das stimmt gar nicht. Und da habe ich mit unserem Betreuer gesprochen. Ich sage, ich möchte gerne woanders zum Arzt gehen. Da bin ich da hingegangen, bin jetzt zwei Jahre da, jetzt im Oktober." (Ä2: Pos. 39)	In allen Passagen muss die interviewte Person davon berichten, dass ein Arztwechsel die Folge ihres UB war/ist.
Verschlimmerung der Beschwerden	Interviewte führen eine Verschlimmerung ihrer bestehenden Beschwerden als Folge ihres UB an.	"Und zwar hatte ich hier diese Nackenwirbelschmerzen. Und dann sollte er mir da was machen. Da hat er gesagt 'Ist nichts. Kannst wieder nach Hause gehen.' Und die Schmerzen wurden dann so schlimm, dass ich das nicht mehr aushalten konnte." (Ä3: Pos. 27)	In allen Passagen muss die interviewte Person davon berichten, dass sich ihre Beschwerden als Folge des UB verschlimmert haben.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
Notwendigkeit einer stationären Behandlung	Aus dem UB ergibt sich eine Notwendigkeit einer stationären Behandlung.	"Der hat mir mal einen Weisheitszahn gezogen. Und die Hälfte abgebrochen. Und der hat gesagt, ich kann nichts mehr machen. Können nach Hause gehen. Und die Schmerzen wurden auch immer schlimmer. Musste ich auch zum Krankenhaus. Weil mussten sie den Weisheitszahn mit Vollnarkose rausgenommen werden." (Ä3: Pos. 47)	In allen Passagen muss die interviewte Person davon berichten, dass eine stationäre Behandlung als Folge ihres UB erforderlich wurde.
Angst vor Arztbesuchen	Interviewte führen Angst vor Arztbesuchen als konkrete Folge ihres UB an.	"Ich habe vor den Ärzten ein bisschen Angst. [...] Ich habe schlechte Erfahrungen gemacht. [...] Der [Frauenarzt] hat ja sofort die Tabletten abgezogen und ich bin auch nicht mehr dahin gegangen, weil ich Angst/der hat mir ein bisschen so wehgetan und dann habe ich gesagt, ich gehe nicht mehr dahin. Da bin ich nicht mehr hingegangen" (Ä1: Pos. 88-102)	In allen Passagen muss die interviewte Person davon berichten, dass die Angst vor Arztbesuchen eine Folge ihres UB war/ist.
ärztliche Konsultation auf Drängen	Aufgrund des UB erfolgte eine ärztliche Konsultation auf Drängen eines Erziehungsberechtigten der interviewten Person.	"Ich musste dann irgendwann zum Arzt mal, weil mein Papa es nicht so lustig fand. So nach ein paar Wochen, wo er meinen ganzen Arm dann mal sehen durfte [...] Die haben erstmal gesagt, dass ich sehr nahe an einer Blutvergiftung war. Und dass sie jetzt	In allen Passagen muss die interviewte Person davon berichten, dass eine

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
gen eines Erziehungsberechtigten		gucken müssen, wenn das nicht weggeht dadurch, dass man jeden Tag das nochmal säubert und das auch schützt vor Dreck und so, dass man dann was anderes versuchen muss. Aber es ging dadurch weg." (J2: Pos. 109-113)	ärztliche Konsultation auf Drängen eines Erziehungsberechtigten als Folge ihres UB erforderlich wurde.
Suche nach passenden Psycholog:innen	Als Folge des berichteten UB benennt die interviewte Person die Suche nach einem:einer passenden Psycholog:in.	"Ich habe noch nicht den passenden Psychologen gefunden. Die letzten drei Psychologen fand ich/ War ich nicht zufrieden. Aber ich glaube, ich muss einfach den passenden finden. [...] ich suche noch. (J2: Pos. 171-179)	In allen Passagen muss die interviewte Person davon berichten, dass die Suche nach einem:einer passenden Psycholog:in als Folge ihres UB erforderlich wurde.
Vertrauensverlust	Interviewte führen Vertrauensverlust Leistungserbringenden gegenüber als konkrete Folge ihres UB an.	"Da habe ich einen Frauenarzt ausgesucht. Der eine Frauenarzt hat mir so wehgetan, dass ich geschrien habe beim Frauenarzt. Und dann bin ich ins (unv.) gegangen und habe überall gefragt, wo die mich nehmen sollen. Da war ich noch weit selbstständig und dann bin ich dahin gegangen und dann habe ich einen guten gefunden und der hat mir auch viel geholfen. Und dann war ein neuer da drin und der hat mir	In allen Passagen muss die interviewte Person davon berichten, dass Vertrauensverlust Leistungserbringenden gegenüber eine Folge ihres UB war/ist.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
		<p>auch sofort diese Tablette, diese Wechseljahre-Tablette, die sollte ich ja immer wieder nehmen von dem einen Arzt da, ich weiß nicht, wie der jetzt heißt. Und dann kam der, der andere rein und seitdem bin ich da nicht mehr hingegangen, da habe ich keinen Mut mehr gehabt. Ich hatte zu dem Mann vertrauen, weil ich auch gesagt habe, ich habe Verengungen im Rücken und das tut mir dann weh bei der Untersuchung. Und deshalb habe ich bei dem Vertrauen gehabt. Ich muss jetzt erst wieder einen neuen Frauenarzt suchen noch." (Ä1: Pos. 98)</p>	

8. Rehabilitation organtransplantierter Kinder und deren Familien in der SARS-CoV-2-Pandemie: Eine qualitative Studie

Rehabilitation for Children Before and After Solid Organ Transplantation and their Families in the SARS-CoV-2-Pandemic: A Qualitative Study

Schlüsselwörter: COVID-19, Sars-CoV-2, Transplantation, Rehabilitation, Strategien

Key Words: COVID-19, Sars-CoV-2, solid organ transplantation, rehabilitation, strategies

Zitation:

Ströhl, S.; Lauerer, M.; Etzelsberger, D.; Weichselbraun, R.; Nagel, E. (2022): Rehabilitation organtransplantierter Kinder und deren Familien in der SARS-CoV-2-Pandemie: Eine qualitative Studie. In: *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 32 (02), S. 90–99. DOI: 10.1055/a-1613-5814.

Zusammenfassung

Hintergrund

Die sozioempirische Studie analysiert die strukturierte Wiedereröffnung eines Rehabilitationszentrums für Kinder und Jugendliche vor und nach Organtransplantation sowie deren Familien in der SARS-CoV-2-Pandemie. Im Fokus stehen das Erleben, Sicherheitsempfinden und die Präferenzen von immunsupprimierten Kindern, deren Eltern sowie der Mitarbeitenden.

Methode

Von Juni bis August 2020 wurden semistrukturierte Leitfadeninterviews mit 23 Erziehungsberechtigten, 4 Kindern und 7 Mitarbeitenden durchgeführt. Die Auswertung erfolgte softwaregestützt mittels strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse. Zur Quantifizierung der Ergebnisse fand eine Frequenzanalyse statt.

Ergebnisse

Die Befragten erleben die pandemiebedingten Einschränkungen in differenzierter Art und Weise als belastend. Verunsicherung, das Fehlen sozialer Kontakte sowie der Wegfall von Strukturen prägen ihren Alltag. Die Möglichkeit, an einer Rehabilitationsmaßnahme teilzunehmen, wird in dieser Situation überwiegend positiv bewertet: Besonders der soziale Austausch in einem sicheren Umfeld spielt eine wichtige Rolle im Umgang mit der Pandemie und im Abbau der damit verbundenen Ängste. Sowohl Eltern als auch Mitarbeitende assoziieren den Aufenthalt mit einem hohen Sicherheitsempfinden. Sie beurteilen die Maßnahmen des Hygiene- und Sicherheitskonzepts als adäquat und verhältnismäßig.

Schlussfolgerungen

Das Angebot einer familienorientierten Rehabilitation bietet im Zusammenhang mit erkrankungs- und pandemiebedingten Sorgen eine deutliche Entlastung. Ein

konklusives Hygiene- und Sicherheitskonzept ist zentrale Voraussetzung für die Durchführung. Die Erfahrungen in der Rehabilitationseinheit Ederhof legen dabei nahe, dass ein Rehabilitationsangebot unter Pandemiebedingungen sicher umgesetzt werden kann.

Abstract

Introduction

The socio-empirical study analyzes the structured reopening of a rehabilitation center for children and adolescents before and after solid organ transplantation as well as their families in the SARS-CoV-2 pandemic. It focuses on the experience, perception of safety, and preferences of immunosuppressed children, their parents, as well as employees.

Methods

From June to August 2020, semi-structured guided interviews were conducted with 23 parents, four children, and seven employees. We carried out the evaluation by a software-aided structuring qualitative content analysis. Additionally, we performed a frequency analysis to quantify the results.

Results

Respondents experience pandemic-related restrictions as stressful in different ways. Uncertainty and the lack of social contacts as well as the loss of structure characterize their everyday life. The possibility of participating in a rehabilitation measure is largely positively assessed in this situation: In particular, social exchange in a safe environment plays an important role in dealing with the pandemic and in reducing the fears associated with it. Both, parents and employees associate the stay with a high sense of safety. They consider the measures of the hygiene and safety concept to be adequate and proportionate.

Conclusion

Family-oriented rehabilitation offers a clear relief regarding illness and pandemic related concerns. A conclusive hygiene and safety concept is a central prerequisite for the execution. The experience in the rehabilitation unit Ederhof suggests that a rehabilitation offer can be safely implemented under pandemic condition.

Einleitung

Erste internationale Studien deuten auf eine erhöhte (psychosoziale) Belastung der Bevölkerung aufgrund der COVID-19-Pandemie hin [1–5]. Für Deutschland zeigt die sogenannte NAKO-Gesundheitsstudie einen Anstieg von Einsamkeit während der ersten Phase der Pandemie für Personen zwischen 20 und 69 Jahren in Deutschland, wobei diese mit einer schlechteren psychischen Gesundheit assoziiert ist [6]. Für die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen lässt sich eine Zunahme von depressiven bzw. angstbezogenen Symptomen [7–11] sowie eine reduzierte Lebensqualität als Auswirkung der Pandemie feststellen [12]. Eine besondere Herausforderung geht sowohl für Kinder und Jugendliche als auch deren Eltern mit der Schließung von Schulen und anderen Bildungs- bzw. Betreuungseinrichtungen einher. Das Lernen wird – im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie – als anstrengender empfunden. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund oder aus sozial benachteiligten Familien sind davon besonders betroffen. Zudem gibt es Hinweise, dass räumliche Enge sowie mangelnde Ausweichmöglichkeiten zu vermehrten familiären Spannungen führen und das Risiko für häusliche Gewalt erhöhen können [12]. Repräsentative Ergebnisse zur psychischen Gesundheit und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen während der ersten Welle der Pandemie in Deutschland gehen aus der sogenannten COPSY-Studie hervor: 71 % der Kinder und Jugendlichen bzw. 75 % der Eltern fühlen sich belastet.

Dabei zeigen sich u. a. eine reduzierte Lebensqualität, ein Anstieg psychischer Auffälligkeiten sowie eine Verschlechterung des Gesundheitsverhaltens der 7- bis 17-Jährigen. Der Einfluss des Bildungsstatus der Eltern auf diese Belastungen wird auch in der COPSY-Studie betont: Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Bildungsstatus geben mehr als doppelt so häufig an, dass die pandemiebedingten Veränderungen für sie äußerst belastet seien. Eine höhere Belastung ist zudem

auch mit Vorliegen eines Migrationshintergrundes sowie einer beengten Wohnsituation assoziiert [13]. Eine von der DAK in Auftrag gegebene Online-Befragung zu Homeschooling während der Pandemie verdeutlicht ebenfalls, dass sich Eltern Sorgen über die Auswirkungen der Pandemie machen und sich aufgrund der Schulschließungen in Deutschland erschöpft und gestresst fühlen. Dies äußert sich bspw. durch Schlafprobleme oder Schmerzen. Auch bei 10- bis 17-Jährigen lässt sich eine Besorgnis feststellen, wobei insbesondere bei jüngeren Kindern eine hohe emotionale Belastung, u. a. durch den fehlenden Kontakt zu Gleichaltrigen deutlich wird. Der entschleunigte Alltag scheint für Kinder und Jugendliche im Hinblick auf körperliche Beschwerden nicht zu einer Entlastung zu führen. Zudem wird von einer Zunahme familiärer Konflikte berichtet [14].

In diesem Kontext stellt sich allgemein die Frage, welche besonderen Herausforderungen und Belastungen für vulnerable Gruppen und deren Angehörigen in der Pandemie vorliegen. Im Speziellen gilt dies auch für die Situation von Kindern und Jugendlichen, bei denen eine Rehabilitation nach Organtransplantation angezeigt ist. Ein entsprechendes Forschungsdesiderat ist auch in der Vulnerabilität dieser Patient:innengruppe begründet. Sie ist von der Pandemie besonders gefährdet: Das Robert Koch-Institut stuft Patient:innen mit geschwächtem Immunsystem bspw. *„aufgrund einer Erkrankung, die mit einer Immunschwäche einhergeht oder durch die regelmäßige Einnahme von Medikamenten, die die Immunabwehr beeinflussen und herabsetzen können“* [15] als Risikogruppe für schwere Verläufe bei einer SARS-CoV-2-Infektion ein.

Als Reaktion auf die sich abzeichnende pandemische Entwicklung wurden im März 2020 weitgehend flächendeckend Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland und Österreich geschlossen. Davon betroffen war auch das Reha-Zentrum Ederhof [16] in Iselsberg (Osttirol, Österreich), welches als einziges in Europa ein Therapiekon-

zept anbietet, das ausschließlich auf Kinder und Jugendliche vor und nach Organtransplantation fokussiert. Die Rehabilitationsklinik musste am 18. März 2020 aufgrund offizieller Verfügungen der Bundesgesundheitsbehörden in Österreich im laufenden Betrieb schließen. Mit dem 1. Juni 2020 konnte der Rehabilitationsbetrieb unter der Voraussetzung eines implementierten Hygiene- und Sicherheitskonzepts wieder aufgenommen werden. Die Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin (DGPRM) betont in einem Statement die Relevanz der rehabilitativen Medizin auch während der Pandemie und dass ein Aussetzen bzw. Aufschieben der Rehabilitation, etwa nach Lungentransplantation, mit erheblichen negativen Folgen einhergehen kann [17]. Zusammenfassend erscheinen spezifische Konzepte zur sicheren Wiederaufnahme und Aufrechterhaltung von Rehabilitationsangeboten im Allgemeinen wünschenswert. Im Speziellen gilt dies für die Rehabilitation von jungen immunsupprimierten Patient:innen nach Organtransplantation.

Zielsetzung der Studie

Vor diesem Hintergrund fokussiert die vorliegende sozioempirische Studie¹ auf die wissenschaftliche Begleitung und Untersuchung der strukturierten Wiedereröffnung des Reha-Zentrums in der SARS-CoV-2-Pandemie. Im Mittelpunkt des Interesses steht das Erleben der einschränkenden Maßnahmen und deren Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche sowie die medizinische Versorgung aus Sicht der beteiligten Akteure. Zudem sind das Sicherheitsempfinden, die Akzeptanz der Maßnahmen sowie Präferenzen für das weitere Vorgehen bzw. Optimierungsvorschläge zentrale Elemente der Befragung. Zur Zielgruppe gehören (immunsupprimierte) Kinder und deren begleitende Erziehungsberechtigte als auch das Fachper-

¹ Die Studie wurde im Rahmen des Projekts "Sichere-Kinder Reha" von der Appenrodt-Stiftung gefördert.

sonal. Die Erhebung sowie die sich anschließende Analyse adressieren zudem dezidiert das Hygiene- und Sicherheitskonzept der Rehabilitationsklinik. Mithilfe der Studie sollen nicht nur die Akzeptanz diesem gegenüber untersucht, sondern auch Hinweise zu dessen Weiterentwicklung abgeleitet werden.

Methodik

Hygiene- und Sicherheitskonzept

Im Kontext der Pandemie wurde für das Reha-Zentrum in Abstimmung mit den Gesundheitsbehörden des Landes Tirol ein umfassendes Hygiene- und Sicherheitskonzept erarbeitet und implementiert, welches die Wiederaufnahme des Reha-Betriebs unmittelbar nach Aufhebung des vollständigen Lockdowns ermöglichte: (i) Das Konzept basiert zum einen auf vorbeugender und regelmäßiger Testung auf SARS-CoV-2. Patient:innen, begleitende Familienmitglieder und das Personal werden im Kontext eines Reha-Zeitraums von 4 Wochen 4-mal anlassunabhängig getestet. Der erste Test findet als Voraussetzung für den Antritt der Reha-Maßnahme noch vor der Anreise statt, der letzte Test direkt vor der Abreise. Dabei erfolgt der erste PCR-Test für Patient:innen und Begleitpersonen noch am Wohnort bspw. in Testzentren, Kliniken oder bei behandelnden Ärzt:innen. Nach der Aufnahme im Reha-Zentrums findet eine weitere Testung statt – bis zum Testergebnis müssen sich alle Personen in Quarantäne begeben. (ii) Zum übergeordneten Infekt-Screening gehört zudem eine verpflichtende tägliche Akutanamnese am Morgen (Gesundheits-Symptomcheck mit „*Symptomtagebuch*“ und Temperaturmessung). Sollte ein:e Teilnehmer:in Krankheitssymptome aufweisen, wird diese:r sowie ihre:seine direkten Kontaktpersonen isoliert und unmittelbar einem PCR-Test zur Abklärung unterzogen. Das Testergebnis liegt innerhalb von 24 Stunden vor. So lange bleiben die betroffenen Personen in jedem Fall in Quarantäne. (iii) Neben der Teststrategie sind umfassende Standardregeln mit Abstandsgeboten, dem Tragen eines Mund-

Nasen-Schutzes (MNS) sowie regelmäßigem Händewaschen und -desinfizieren für alle verbindlich. (iv) Während des Rehabilitationszeitraumes bleibt die Personen- gruppe im Reha-Zentrum stabil – dies gilt sowohl für Patient:innen und ihre Fami- lienmitglieder als auch für das Personal. Das Klinikpersonal wird regelmäßig bei Dienstantritt getestet und ist angehalten, auch im Privaten Kontakte möglichst zu vermeiden. Beispielsweise Familienfeiern und Fortbildungen müssen gemeldet werden und führen zu einer erneuten PCR-Testung vor Dienstantritt. Besuche im Reha-Zentrum zu empfangen, ist grundsätzlich verboten. Somit haben Patient:in- nen keinen Kontakt zu externen Personen. Bei Ausflügen bzw. Aufenthalten außer- halb des Reha-Zentrums gelten für Patient:innen, Eltern und Personal folgende Ver- haltensregeln: Meiden von Menschenansammlungen, Einhalten eines Sicherheits- abstandes, Tragen eines MNS – auch an Orten, an denen es gemäß der geltenden Hygieneverordnungen keine Verpflichtung dazu gibt (z. B. Marktstände). Zudem sind regelmäßiges Händewaschen und, wenn möglich, -desinfizieren nach den Maßgaben der Klinik ebenfalls obligatorisch.

Das Konzept unterscheidet zwischen der „*Innenwelt*“ des Reha-Zentrums und der „*Außenwelt*“ jenseits der Grundstücksgrenzen. Nach einer kollektiven quarantäne- artigen Übergangszeit von 10 bis 14 Tagen und 3 negativen Testungen aller in der Klinik Anwesenden, kommt in der „*Innenwelt*“ das Modell der „*Großfamilie*“ zum Tragen. Dieses erlaubt eine partielle Lockerung der Maßnahmen für alle Mitglieder der „*Großfamilie*“ (Familien und Personal). So entfällt bspw. das Gebot, einen Sicher- heitsabstand einzuhalten und einen MNS zu tragen.

Forschungsansatz

Das explorative Erkenntnisinteresse legt einen qualitativen Forschungsansatz nahe: Mit allen relevanten Stakeholdergruppen wurden semistrukturierte Leitfadeninter- views [18] geführt und anschließend einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen.

Ergänzend fand eine frequenzanalytische Auswertung statt – mit dem Ziel, aus den Antworten Schwerpunkte zu identifizieren.

Konstruktion des Erhebungsinstruments

Der Fokus der Interviews bezieht sich auf die Bereiche (B1) Erleben der Maßnahmen im Kontext der Reha sowie im privaten Umfeld, (B2) Sicherheitsempfinden und Akzeptanz der Maßnahmen und Regelungen des Hygiene- und Sicherheitskonzepts sowie (B3) Präferenzen für die Weiterentwicklung des Konzepts bei Erwachsenen. Kinder wurden aufgrund der Komplexität ausschließlich zum Themenfeld B1 befragt.

Die Interviewleitfäden wurden in Anlehnung an das „*Sichere Kita*“-Projekt der Universität Bayreuth [19] zielgruppenspezifisch erarbeitet und dabei an die Gegebenheiten der Reha-Maßnahmen sowie die Rahmenbedingungen der Klinik angepasst. Eine Festlegung von Kernthemen der Befragungen erfolgte gruppenübergreifend, die inhaltlichen Schwerpunktsetzungen im Hinblick auf die jeweiligen Stakeholder. Aufgrund des explorativen Zugangs wurden die Fragen offen formuliert. Die Gliederung des Leitfadens orientierte sich an den Themenbereichen (B1–B3). Zur Erfassung soziodemografischer Merkmale der Erziehungsberechtigten wurde ein komplementärer Kurzfragebogen entwickelt².

Sampling und Datenerhebung

Die Befragung richtete sich an alle relevanten Stakeholder – Kinder, Eltern und Beschäftigte. Alle potenziellen Interviewteilnehmer:innen wurden über die Studie informiert und hatten die Möglichkeit, sich in eine Terminliste einzutragen. Nach Aufklärung und Abgabe einer entsprechenden Einwilligung wurden alle Interessierten rekrutiert. Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum Juni bis August 2020

² Alle Erhebungsinstrumente können bei der Erstautorin angefragt werden.

pandemiegerecht in Form von digital aufgezeichneten Telefoninterviews. Erziehungsberechtigte und Kinder wurden dabei in der letzten Woche ihres vierwöchigen Rehabilitationsaufenthaltes befragt. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Charakteristika der Befragungen, untergliedert nach Zielgruppe.

Tabelle 1: Charakteristika der Erhebungen

Charakteristika der Befragung	Stakeholder / Zielgruppe		
	Erziehungsberechtigte	Kinder	Personal
Einschlusskriterien	In die Interviewstudie wurden ausschließlich begleitende Erziehungsberechtigte inkludiert, die zusammen mit ihrem Kind an der Reha-Maßnahme teilnahmen.	Kinder wurden im Rahmen des Eltern-Interviews befragt, sofern es der Therapieplan sowie der Entwicklungsstand zuließ und eine Einwilligung der Erziehungsberechtigten vorlag.	Mitarbeitende aus den verschiedenen Therapiebereichen wurden interviewt. Mindestvorgabe bei dieser Zielgruppe war, dass jeder Therapiebereich abgedeckt sein sollte.
Befragungszeitraum	Juni bis Juli 2020 (Familienorientierte Reha-Maßnahmen)	Juli 2020 (Familienorientierte Reha-Maßnahme)	August 2020
Schwerpunkte der Befragung	(B1) Erleben der Maßnahmen im Kontext der Reha sowie im privaten Umfeld, (B2) Sicherheitsempfinden und Akzeptanz der Schutzmaßnahmen und Regelungen und (B3) Präferenzen für die Weiterentwicklung des Konzepts	(B1) Erleben der Maßnahmen im Kontext der Reha sowie im privaten Umfeld	(B1) Erleben der Maßnahmen im Kontext der Reha sowie im privaten Umfeld, (B2) Sicherheitsempfinden und Akzeptanz der Schutzmaßnahmen und Regelungen und (B3) Präferenzen für die Weiterentwicklung des Konzepts

Retrospektiv wird angenommen, dass eine theoretische Sättigung mit dem beschriebenen Sample erreicht werden konnte: Gegen Ende der qualitativen Inhaltsanalyse hat die Hinzunahme weiterer Interviewdaten zu keiner induktiven Kategorienbildung mehr geführt.

Qualitative Datenanalyse

Nach verbatim Transkription wurden die Interviews in Anlehnung an die strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring [20] ausgewertet. Vornehmliches Ziel dieser Analyseform ist es, die wesentlichen Inhalte der Interviews in einem Kategoriensystem abzubilden. Im vorliegenden Fall wurde das System in seiner Grundstruktur deduktiv angelegt und im Zuge der Datenanalyse induktiv ergänzt. Die Auswertung erfolgte mithilfe der Software MAXQDA in der Version 2020.

Ergänzende Frequenzanalyse und Synopse

Ergänzend wurde eine Frequenzanalyse zur Quantifizierung der Ergebnisse in MS Excel durchgeführt. Dies bedeutet, dass nach Fertigstellung des Kategoriensystems bestimmt wurde, wie viele Befragte spezifische Codes mindestens einmal genannt haben. So konnte auf deren Relevanz, auch im Vergleich zu anderen Kodierungen, geschlossen werden. Die Resultate der Inhalts- und Frequenzanalyse werden im Folgenden integriert dargestellt. Dabei sind die Ergebnisse der Frequenzanalyse³ bis zur kleinsten Ebene (Sub-Subkategorien) angegeben⁴.

Ergebnisse

Stichprobenbeschreibung

Insgesamt wurden 28 Interviews mit 23 Erziehungsberechtigten⁵, vier Kindern und sieben Mitarbeitenden geführt. Letztgenannte gehören den Bereichen Physiotherapie, Ernährung und Pädagogik, Reinigung, Pflege, Verwaltung sowie Ärzteschaft an.

³ Eine tabellarische Übersicht der Ergebnisse der Frequenzanalyse findet sich im elektronischen Anhang.

⁴ Im Hinblick auf die Ausführlichkeit und Priorisierung der Darstellungen erfolgte ein Konsensverfahren im Kreis der Autor:innen und drei weiterer Kolleg:innen.

⁵ Es fanden 21 Eltern-Interviews statt. Im Rahmen dieser wurden 23 Erziehungsberechtigte sowie vier Kinder befragt. Den Eltern wurde dabei freigestellt, allein oder gemeinsam am Interview teilzunehmen. Die Befragung des Kindes schloss sich dem Eltern-Interview an und wurde nicht als separates Interview durchgeführt bzw.

Die soziodemographischen Merkmale der Erziehungsberechtigten sind in Tabelle 2 abgebildet. Eine Auffälligkeit besteht im Hinblick auf den höchsten allgemeinbildenden Abschluss: 43,48 % der Eltern weisen einen akademischen Hochschulabschluss auf. Personen mit (Fach-)Abitur, einem akademischen Hochschulabschluss oder einer Promotion bilden insgesamt fast drei Viertel der Befragten. Damit zeigt sich ein hohes Bildungsniveau für die Elternstichprobe.

aufgezeichnet. Die Befragung der Kinder erfolgte ausschließlich im Beisein mindestens eines Erziehungsberechtigten.

Tabelle 2: Soziodemografische Charakterisierung der Elternstichprobe

Variable	Ausprägung	Häufigkeit	Anteil in % ²
Geschlecht	weiblich	13	57
	männlich	10	43
Alter¹	31-35 Jahre	3	14
	36-40 Jahre	9	41
	41-45 Jahre	5	23
	46-50 Jahre	3	14
	≥ 51 Jahre	2	9
Höchster allgemeinbildender Abschluss	Haupt-/Volksschulabschluss	1	4
	Mittlere Reife/Realschulabschluss	5	22
	(Fach-)Abitur	5	22
	Akademischer Hochschulabschluss	10	43
	Promotion	2	9
Familienstand	ledig	2	9
	verheiratet	21	91
Alleinerziehend	ja	0	0
	nein	0	100
Anzahl der Kinder	ein Kind	3	13
	zwei Kinder	12	52
	drei Kinder	5	22
	≥ vier Kinder	3	13
Berufstätigkeit	nicht berufstätig	2	9
	in Elternzeit	3	13
	berufstätig (Teilzeit)	5	22
	berufstätig (Vollzeit)	12	52
	berufstätig (selbstständig)	1	4

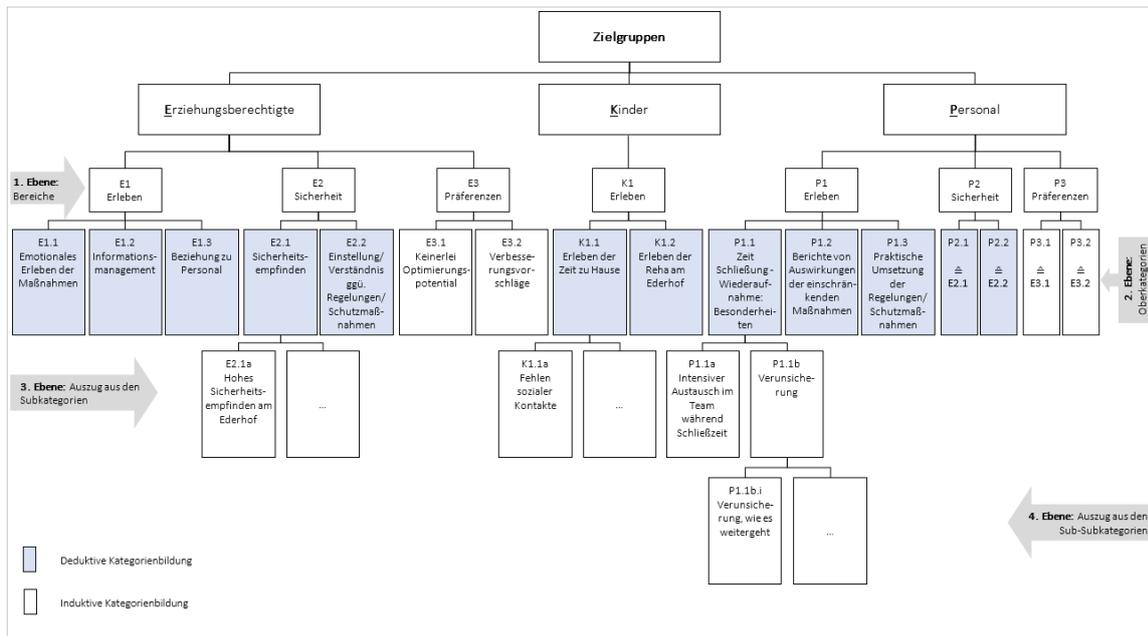
¹Bei einer befragten Person lag keine Altersangabe vor, daher bezieht sich diese Information auf n = 22 Angaben. ²Aufgrund der Rundung der Prozentwerte muss die Summe der Prozentwerte einer Variablen nicht exakt 100 % ergeben.

Kategoriensystem

Im Ergebnis liegt ein Kategoriensystem⁶ vor (siehe Abb. 1), welches zunächst die Bereiche Erleben (E1, K1, P1), Sicherheit (E2, P2) und Präferenzen (E3, P3) zielgruppenspezifisch unterscheidet. Für jeden dieser Hauptbereiche differenziert es die nachgelagerten Kategorien: So spiegeln etwa die aufgeführten Oberkategorien (E1.1-E1.3; K1.1-K1.2; P1.1-P1.3) im Bereich Erleben die unterschiedliche Schwerpunktsetzung je nach Stakeholdergruppe wider. Während für die Zielgruppe der Erziehungsberechtigten bspw. die Oberkategorie Emotionales Erleben der Maßnahmen (E1.1) angelegt wurde, bildet u.a. die Praktische Umsetzung der Regelungen und Maßnahmen des Hygiene- und Sicherheitskonzepts (P1.3) eine Oberkategorie für das Personal. Der Bereich Sicherheit wurde a priori für die Gruppe der Eltern sowie das Personal gleich strukturiert und dabei die Oberkategorien Sicherheitsempfinden (E2.1 bzw. P2.1) und Verständnis/Einstellung gegenüber Regelungen und Maßnahmen des Hygiene- und Sicherheitskonzepts (E2.2 bzw. P2.2) deduktiv festgelegt. Im Bereich Präferenzen wurden im Zuge der induktiven Kategorienbildung während der qualitativen Inhaltsanalyse für Eltern und Mitarbeitende jeweils zwei Oberkategorien festgelegt: Keinerlei Optimierungspotential (E3.1 bzw. P3.1) sowie Verbesserungsvorschläge (E3.2 bzw. P3.2). Die weitere Ausdifferenzierung der Oberkategorien in Sub- bzw. Sub-Subkategorien erfolgte für alle Bereiche ausschließlich induktiv. Exemplarisch ist dies für die Oberkategorie Zeit Schließung – Wiederaufnahme: Besonderheiten (P1.1) im Bereich Erleben für das Personal in Abbildung 1 dargestellt. Hier wurden induktiv zwei Subkategorien gebildet: Intensiver Austausch im Team während Schließzeit (P1.1a) und Verunsicherung (P1.1b).

⁶ Der vollständige Kodierleitfaden inkl. Ankerbeispielen ist aufgrund des Umfangs dem elektronischen Anhang zu entnehmen.

Letzterer konnten insgesamt sieben Sub-Subkategorien (P1.1b.i-P1.1b.vii) zugeordnet werden, darunter beispielsweise die Verunsicherung, wie es weitergeht



(P1.1b.i).

Abbildung 1: Grundstruktur des Kategoriensystems

Erkenntnisse zum Bereich Erleben

Insgesamt wird deutlich, dass das Erleben der einschränkenden Maßnahmen und Regelungen sehr heterogen ist. Die Bandbreite von Schilderungen und Unterschiede in der Wahrnehmung sowohl zwischen als auch innerhalb der Zielgruppen verdeutlichen dies. Dennoch lassen sich über alle Gruppen hinweg Gemeinsamkeiten feststellen: Verunsicherung und das Fehlen sozialer Kontakte sowie der Wegfall einer Alltagsstruktur prägen das Erleben der Befragten. Besonders daraus begründen sich Dankbarkeit und Freude über die Möglichkeit zur Wiederaufnahme des Reha-Betriebs. Insbesondere der soziale Austausch in einem sicheren Umfeld scheint nach der Isolation eine wichtige Rolle im Umgang mit der Pandemie und im Abbau der damit verbundenen Ängste zu spielen.

In diesem Zusammenhang berichteten Eltern am häufigsten von Schwierigkeiten andere Eltern bzw. Familien kennenzulernen und ein Gemeinschaftsgefühl zu entwickeln (n = 4): Die Begegnungen verliefen aufgrund der Abstandsregelungen zu Beginn der Rehabilitation deutlich distanzierter und verhaltener als bei vergleichbaren Reha-Aufenthalten. Es wurde berichtet, das Tragen des MNS erschwere das Kennenlernen, da dadurch die Mimik des Gegenübers nicht erkennbar sei. Der Wegfall der MNS-Pflicht im Zuge des Übergangs zum Großfamilien-Modell sorgte bei einem Elternteil für Erleichterung. Erziehungsberechtigte erlebten die Maßnahmen des Hygiene- und Sicherheitskonzepts eher heterogen: Die Schilderungen zeigten, dass einzelne Erziehungsberechtigte die Regeln als unproblematisch ansahen, andere diese hingegen als „beängstigend, [...] beklemmend“ (B2: Pos. 17)⁷ empfanden. Teilweise berichteten die Eltern auch von einem Gewöhnungseffekt (n = 2). Das Informationsmanagement des Reha-Zentrums vor und während der Reha wurde von nahezu allen (n = 20) als angemessen bewertet. So erklärt ein Elternteil:

„Wir wurden ausreichend getestet. Wir wurden ausreichend aufgeklärt über alle Maßnahmen. [...] Wir wurden vernünftig [darüber] aufgeklärt, was COVID-19 mit den Patienten oder mit den Kindern machen kann oder auch nicht. [...] Ach, angemessen und gut.“ (B22: Pos. 51).

Zudem konstatierten die Erziehungsberechtigten (n = 9) eine hohe Zufriedenheit mit dem Personal, wobei sie insbesondere ihr Vertrauen in dessen verantwortungsvolles Verhalten betonten. Der Austausch mit den Beschäftigten zur Pandemie konnte Sorgen und Ängste relativieren, insbesondere bei stark verunsicherten Familien (n = 6). Des Weiteren hob ein befragtes Elternteil die Unterstützung durch

⁷ B= Befragte Person; Pos.= Position im jeweiligen Interviewtranskript

Mitarbeitende bei der Einhaltung und Beachtung der Regelungen seitens der Kinder hervor.

Die Zeit Zuhause war für die befragten Kinder geprägt von einer als belastend empfundenen Isolation – insbesondere durch das Fehlen sozialer Kontakte (n = 4) sowie den Wegfall von Hobbys (n = 3). Die ohnehin bei chronisch kranken Kindern ausgeprägte Angst vor Ausgrenzung wurde mit dem Schulausfall während des Lockdowns verstärkt:

„Meine Freundinnen und also mein Freundeskreis, die haben sich halt immer noch so getroffen. Weil die Eltern [...] haben dieses Virus nicht so schlimm [...] empfunden und haben dann halt auch noch ihre Kinder rausgeschickt. Und ich bin ja neu auf der Schule. [...] Und dann ist es halt auch noch für mich so etwas schwerer gewesen, weil ich möchte einfach nicht so ausgegrenzt werden.“ (B26: Pos. 110)

Ein Kind berichtete von einem erhöhten Konfliktpotential innerhalb der Familie, das durch die Kombination von Homeschooling und Homeoffice entstand. Nach der Zeit der sozialen Isolation zu Hause zeigte sich bei den Kindern Erleichterung über die Möglichkeit des Reha-Aufenthaltes (n = 4). Ein Kind erklärte:

„Ja, es ist halt schön, so wieder neue Leute kennenzulernen, [sich] wieder etwas näher zu kommen, dass man wieder Anschluss hat zu anderen Personen oder in meinem Alter sogar.“ (B26: Pos. 119)

Mitarbeitende des Reha-Zentrums berichteten von einer intensiven kollegialen Kommunikation untereinander (n = 7) während des Lockdowns bis zur Wiederaufnahme des Betriebs. In diesem Zeitraum hatte sich – so berichtete ein Großteil der Beschäftigten (n = 6) – ein Gefühl der Verunsicherung eingestellt: Am häufigsten äußerten sie, dass nicht klar war, wie es hinsichtlich des Reha-Betriebs weitergehe

(n = 3). Diese Zeit wurde als „*sehr anstrengend*“ (B32: Pos. 28) und „*geprägt von Bedenken und Sorgen*“ (B32: Pos. 6) beschrieben. Die Verunsicherung verstärkte sich aus Personalperspektive durch das Fehlen einheitlicher Regelungen (n = 2) sowie bei einer Person durch divergierende Ansichten von Behörden und Kooperationspartnern. Weiter artikulierten zwei Mitarbeitende ihre Unsicherheit im Hinblick auf die Eignung bzw. Umsetzbarkeit des Hygiene- und Sicherheitskonzepts für spezifische Altersgruppen sowie jeweils eine Person bezüglich der Genehmigung der Kurzarbeit oder des Spannungsfeldes zwischen Sicherheit und finanzieller Machbarkeit.

Auch das Tragen des MNS beeinflusste die Arbeitssituation: Die Beschäftigten (n = 4) sahen dadurch die verbale Kommunikation erschwert. Der entscheidendere Aspekt in diesem Kontext sei aber die fehlende Erkennbarkeit der Mimik von Patient:innen bzw. Eltern. Dadurch seien Reaktionen und Gefühlslagen im Gespräch schwieriger einzuschätzen gewesen. Dies spielte bspw. bei der Pflegeanamnese oder in ärztlichen Gesprächen eine Rolle, in welchen neben medizinischen auch psychosoziale Belange angesprochen werden. In Bezug auf die Zusammenarbeit mit Kolleg:innen zeigte sich initial eine Verunsicherung und ein distanzierterer Umgang miteinander (n = 4). Dieser wich aus Sicht einer Person im Laufe der Zeit jedoch dem intensivierten Austausch. Weiter verwiesen die Mitarbeitenden auf die Notwendigkeit der Anpassung von Arbeitsabläufen (n = 2) aufgrund zu beachtender Maßnahmen und Regelungen. Einmal wurden zudem mangelnde Fortbildungsmöglichkeiten während der Pandemie angesprochen.

Die praktische Umsetzung des Hygiene- und Sicherheitskonzepts wurde von befragten Mitarbeitenden als professionell beschrieben (n = 2). Es habe sich als für alle Altersgruppen handhabbar und erfolgreich erwiesen (n = 2). Einzelne Mitarbeitende berichteten von anfänglichen Schwierigkeiten bei der Durchführung der

SARS-CoV-2-Tests bzw. der generellen Überlastung des Personals durch die Anpassung der Arbeitsabläufe. Als zentrales Problemfeld führten sie vor allem die mangelnde Umsetzbarkeit der Abstandsregelungen je nach Bereich und Altersgruppe (n = 6) an. Nach Einschätzung des ärztlichen Personals habe das Konzept gezeigt, dass Reha-Maßnahmen für ein derart spezifisches und gleichzeitig vulnerables Patient:innenklientel auch während der pandemischen Lage durchführbar seien:

„Also ich bin ganz froh und glücklich darüber, dass das Konzept geklappt hat. Dass wir jetzt auch wirklich in drei Kuren haben erstmal zeigen können, man kann auch unter den Bedingungen der Corona-Pandemie tatsächlich eine Kurmaßnahme durchführen. [...] Das heißt, unter einem sehr klaren Protokoll, was ausgesprochen viele Schutzmaßnahmen mit vorgesehen hat, ist es tatsächlich möglich gewesen.“ (B33: Pos. 34)

Mitarbeitende wurden überdies zu den Auswirkungen des Schutzkonzeptes auf das Verhalten der Kinder und Eltern befragt. Hier gab es keine Diskrepanz zu den Schilderungen der Kinder und Eltern selbst. Zusätzlich betonte eine beschäftigte Person den verantwortungsvollen Umgang der Familien mit den Regeln im Reha-Zentrum. Einzelne Beschäftigte beobachteten folgende Besonderheiten: Zentrales Gesprächsthema im Austausch mit den Eltern waren Gedanken über die Zeit nach der Reha. Obwohl Mitarbeitende generell ein unbeschwerteres Verhalten bei den Kindern nach Wegfall der MNS-Pflicht beobachteten (n = 4), persistierte bei einzelnen – trotz Aufklärung – die starke Verunsicherung: Sie wollten laut der Aussage einer Mitarbeiterin auch nach Gründung der „Großfamilie“ in der zweiten Hälfte der Reha den MNS nicht abnehmen.

Die persönliche Lebenssituation der Mitarbeitenden war insbesondere aufgrund der Kontaktbeschränkungen sowie weitere durch die Regierung erlassene Regelungen – analog zu den Familien – stark vom Fehlen sozialer Kontakte (n = 5) und dem Wegfall von Hobbys (n = 3) bestimmt:

„Also die Einschränkung, gerade der Sozialkontakte war eine ganz schmerzhaft Erfahrung. [...] Aber diese Erfahrung ist eine hochspezielle und [ich] konnte [mir] nicht vorstellen, wie sehr sie eigentlich einen auch persönlich belastet.“ (B33: Pos. 66)

Die mit der Pandemie verbundenen Gefahren lösten bei den befragten Mitarbeitenden ein verstärktes Verantwortungsgefühl – auch in der Freizeit – aus (n = 4): Sie betonten, im Alltag stark auf die Einhaltung von Regeln zu achten, um dadurch einer eigenen Infektion sowie einer Infizierung von Kolleg:innen und Patient:innen vorzubeugen. Die Zeit, in der die Klinik geschlossen war, brachte für Einige auch positive Aspekte mit sich – etwa Raum zur Reflexion des eigenen Verhaltens (n = 3), mehr Ruhe (n = 2) oder für eine Person mehr Familienzeit.

Erkenntnisse zum Bereich Sicherheit

Im Themenbereich Sicherheit zeichnet sich weitgehend Homogenität über alle befragten Gruppen hinweg ab: Zwischen Eltern immunsupprimierter Kinder und dem Personal bestehen lediglich graduelle Unterschiede hinsichtlich des individuellen Empfindens sowie der persönlichen Einstellung gegenüber den Maßnahmen.

Die Analyse offenbart ein hohes Sicherheitsempfinden (n = 17) der Eltern, wie eine Aussage exemplarisch zeigt:

„Also ich habe mich sehr sicher gefühlt. Weil wenn ich Angst gehabt hätte, wäre ich wieder abgereist, ganz ehrlich. [...] Wir Eltern können

uns austauschen, weil man wird ja auch so übervorsichtig und zurückhaltend, ja. Also ich meine, wir haben uns zu Hause nicht mal mit der eigenen Familie getroffen.“ (B33: Pos. 66)

Das hohe Sicherheitsempfinden der Eltern wurde unter anderem auf (i) den Nachweis eines negativen Testergebnisses als Voraussetzung für die Reha und (ii) die Testungen vor Ort sowie (iii) die umfassende Aufklärung zurückgeführt. Zudem wirkte sich auch (iv) der Austausch mit anderen Eltern, (v) der offene Umgang mit der Thematik sowie (vi) die Struktur und Organisation positiv auf das Sicherheitsempfinden aus. Das (vii) Vertrauen den Mitarbeitenden gegenüber bildete einen weiteren sicherheitsstiftenden Faktor.

Verunsicherung entstand bei den befragten Erziehungsberechtigten besonders hinsichtlich des Aufenthalts außerhalb der Klinik und der Rückkehr nach Hause (n = 3). Zudem berichteten zwei Elternteile von Bedenken bezüglich einer späteren Anreise oder Unterbrechung des Reha-Aufenthaltes. Die Regelungen und Maßnahmen des Hygiene- und Sicherheitskonzepts insgesamt wurden von nahezu allen Eltern (n = 18) als adäquat und verhältnismäßig eingeschätzt:

„Das war sehr gut. Also überzogen absolut gar nicht, auch nicht beängstigend. Also man hat hier eher auch ein bisschen Angst verloren im Gegensatz zu zu Hause. Da war die Angst schon deutlich größer und hier ist die Angst so ein bisschen verschwunden und trotzdem ist der Ernst der Lage noch da. Da diesen Mittelweg, das fand ich sehr, sehr gut.“

(B15: Pos 45)

Den großen Zuspruch für das Hygiene- und Sicherheitskonzept begründeten die Erziehungsberechtigten zudem mit der Vulnerabilität ihrer organtransplantierten, immunsupprimierten Kinder. Auch das konsequente Vorgehen des Reha-Zentrums auf Basis klar definierter Regeln wurde von den Eltern begrüßt. Unabhängig davon,

dass die Regelungen und Maßnahmen insgesamt als adäquat beurteilt wurden, stellten mehrere Elternteile (n = 3) den Mehrwert des Symptomtagebuchs infrage.

Auch bei den Mitarbeitenden, die insgesamt ein hohes Sicherheitsempfinden berichteten (n = 6), zeigte sich weitgehend Homogenität im Antwortverhalten: Das Reha-Zentrum stelle durch die ergriffenen Maßnahmen einen sicheren Arbeitsort dar. Dabei wurde das implementierte Hygiene- und Sicherheitskonzept auch als Unterstützung für das Personal empfunden. Unabhängig davon berichteten die Befragten (n = 2), das Restrisiko einer möglichen Infektion während ihrer Arbeit im Hinterkopf zu haben. Alle befragten Mitarbeitenden (n = 7) zeigten großes Verständnis für die getroffenen Maßnahmen und bewerteten diese als adäquat und verhältnismäßig:

„Ja, ich denke mal alles, was dazu dient, dass man jemanden schützen kann, ich glaube die Regelungen, die es halt da gegeben hat, also das kann ich alles nachvollziehen, dass sie das gemacht haben. Und dass man da gewissenhaft ist.“ (B28: Pos. 32)

Zwei Beschäftigte hinterfragten die Notwendigkeit des individuellen Symptomtagebuchs bei generell unterstellter Eigenverantwortung.

Erkenntnisse zum Bereich Präferenzen

Der Bereich Präferenzen fokussiert auf die Erfahrungen der Eltern und Mitarbeitenden und soll zur Identifikation von Optimierungsmöglichkeiten für das Hygiene- und Sicherheitskonzept beitragen.

Einige Eltern äußerten Ideen für Verbesserungsvorschläge. Diese lassen sich insbesondere dem Bereich Information und Kommunikation zuordnen. So kam etwa der Wunsch zur Sprache, bereits zu einem früheren Zeitpunkt Informationen über geltende Regelungen (n = 3) zu erhalten – um sich besser auf den Aufenthalt vorbereiten zu können. Ein Elternteil sprach in diesem Kontext auch die Kostenübernahme

für Tests an. Gleichzeitig herrschte – vor dem Hintergrund der dynamischen Entwicklung der Pandemie – aber Verständnis für die sich stets verändernden Bedingungen und Regelungen, die vorwiegend durch die Regierung beschlossen werden. Es sei den Eltern daher bewusst gewesen, dass Verzögerungen im Informationsaustausch nicht einem mangelhaften Kommunikationsmanagement der Reha-Klinik geschuldet sind, sondern sich vielmehr auf die für alle Akteure neue und dynamische Situation zurückführen lassen. Alle Erziehungsberechtigten merkten hierbei an, dass jederzeit eine Ansprache von Mitarbeitenden der Klinik für Fragen zu geltenden Maßnahmen möglich war. Ein Elternteil ergänzte den Wunsch nach einer zentralen Ansprechperson, ein anderes schlug digitale Medien zur weiteren Optimierung der Kommunikation vor. Darüber hinaus äußerten zwei Elternteile den Wunsch, dass eine Rückkehr zum Reha-Zentrum nach Unterbrechung des Aufenthalts ausgeschlossen wird.

Neben den dargelegten Verbesserungsvorschlägen gaben einige Erziehungsberechtigte (n = 6) explizit an, dass es nach ihrer Auffassung keinerlei Optimierungspotential gebe:

„Ich finde eigentlich, die haben schon alles ergriffen. Und die ganzen Maßnahmen laufen super, finde ich. Ich wüsste ehrlich nicht, was man noch besser machen könnte.“ (B27: Pos. 52)

Im Vergleich zu einem vorherigen Reha-Aufenthalt stellte ein Elternteil fest:

„Ich denke, dass sich die hier wirklich so Mühe gegeben haben, dass wir hier kaum von den Einschränkungen merken. Man vermisst nicht viel von den Dingen von 2012. Es ist nicht so, dass man sagen muss, mir fehlt hier irgendetwas.“ (B11: Pos. 251)

Wie wichtig der Aufenthalt für die Familien gerade unter Pandemiebedingungen ist, verdeutlicht die Aussage eines Ehepaares:

„Für uns war es, glaube ich, auch sehr wichtig. Also man macht ja auch diese Aufenthalte nicht, weil man jetzt sozusagen Urlaub braucht, sondern weil man wirklich so bisschen, ich will mal sagen, am Limit ist. Es ist schon schön, dass man das einfach, trotz Corona, machen kann. Es nimmt einem so [...] den Druck in der Familie.“ (B12: Pos. 245)

Aus der Perspektive der Mitarbeitenden ist die Sicherstellung der Finanzierung von Tests (n = 2) der wichtigste Aspekt in diesem Kontext. Nur so sei zu gewährleisten, dass das Reha-Zentrum auch weiterhin Patient:innen und deren Familien aufnehmen und dabei für ein hohes Maß an Sicherheit sorgen kann. Daneben wurde der Wunsch nach mehr personeller Unterstützung geäußert (n = 2). Dieser bezog sich insbesondere auf die Pflege. Zwei der sieben befragten Mitarbeitenden gaben keinerlei Optimierungspotential an, da sie sich bereits vollumfänglich bei ihrer Arbeit im Kontext der Pandemie unterstützt fühlten.

Diskussion

Die vorliegende sozioempirische Untersuchung zeichnet sich durch ihren besonderen Fokus auf die Rehabilitation von organtransplantierten, immunsupprimierten Kindern im Kontext der SARS-CoV-2-Pandemie aus: Sie ist die erste Studie, die im Rahmen eines qualitativen, explorativen Forschungsansatzes Erkenntnisse insbesondere zum Erleben und Sicherheitsempfinden von immunsupprimierten Kindern, deren Erziehungsberechtigten sowie von Mitarbeitenden einer auf diese vulnerable Personengruppe spezialisierten Rehabilitationseinrichtung vorlegt.

Synopse

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass dem spezifischen Hygiene- und Sicherheitskonzept eine hohe Akzeptanz entgegengebracht wird. Dies gilt für die befragten Mitarbeitenden, Eltern und jungen Patient:innen selbst.

Bei den Interviews mit Beschäftigten wurde deren intrinsische Motivation deutlich: Sie zeigten sich etwa erleichtert über die Wiederaufnahme des Betriebs und die damit einhergehende Möglichkeit, Patient:innen und deren Familien eine Rehabilitation – trotz der pandemischen Lage – ermöglichen zu können. Mit den Maßnahmen und Regelungen des Hygiene- und Sicherheitskonzepts ging ein hohes Sicherheitsempfinden einher. Allerdings sind diese Maßnahmen auch mit einer Arbeitsverdichtung und damit einer höheren Belastung assoziiert. Deshalb erscheint bei Persistieren der pandemischen Lage gerade personelle Unterstützung angezeigt, um Überlastungen zu kompensieren.

Die befragten Eltern empfanden die Rehabilitationsmaßnahmen als hilfreich und sicher. Ängste und Verunsicherungen, die insbesondere mit der sozialen Isolation während des Lockdowns bei den Familien entstanden, konnten abgebaut werden. Für immunsupprimierte Kinder waren in diesem Kontext das Gemeinschaftserlebnis sowie der Kontakt zu Gleichaltrigen von besonderer Bedeutung. Neben Bedenken bezüglich einer erneuten sozialen Isolation war die Rückkehr nach Hause bei den Familien auch mit Sorgen bezüglich der medizinischen Versorgung sowie generellen Unsicherheiten verbunden.

In der Gesamtschau ist es wünschenswert, entsprechende Reha-Angebote aufrecht zu erhalten – die Umsetzbarkeit adäquater Schutzmaßnahmen vorausgesetzt. Im untersuchten Beispiel erscheint der sichere Betrieb unter Berücksichtigung der spezifischen Regelungen möglich⁸.

Limitationen und Einordnung

Bei der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass die Verallgemeinerung und Übertragung der Ergebnisse auf andere Kontexte – in Bezug auf den spezifischen Fokus

⁸ In diesem Kontext sei ergänzend darauf hingewiesen, dass es im Untersuchungszeitraum keinen positiven Test auf SARS-CoV-2 gab.

der Studie und den qualitativen Forschungsansatz – nur eingeschränkt möglich sind. Dies ist im Hinblick auf das explorative Forschungsdesign jedoch auch nicht Anspruch der vorliegenden Untersuchung.

Die Resultate lassen sich in den Kontext bisheriger Forschung zum Belastungserleben von Kindern und Jugendlichen während der SARS-CoV-2-Pandemie einordnen: Sie stehen im Einklang mit den Erkenntnissen der quantitativen COPSY-Studie für Deutschland. Aus dieser resultiert, dass sich fast drei Viertel der Kinder und Jugendlichen bzw. deren Eltern während der ersten Welle der Pandemie belastet fühlten. Ausschlaggebend dafür waren u.a. weniger Kontakt zu Gleichaltrigen, Homeschooling, ein erhöhtes Konfliktpotential in den Familien oder die pandemiebedingte Veränderung der Arbeitssituation [13]. Ähnliche Problemfelder werden in einer von der DAK in Auftrag gegebenen Befragung zu Homeschooling während der Pandemie aufgedeckt [14]. In der vorliegenden Studie wird auch für die vulnerable Gruppe immunsupprimierter Kinder und deren Familien ein hohes Belastungsempfinden – durch den Wegfall sozialer Kontakte und der Alltagsstruktur sowie eine mit der Pandemie einhergehende Verunsicherung – deutlich. Daraus ergibt sich ein spezifischer Unterstützungsbedarf für Eltern organtransplantierte Kinder – auch über die Rehabilitationsmaßnahme hinaus. Die COPSY-Studie weist ebenfalls auf einen Wunsch der Eltern nach Unterstützung, beispielsweise im Hinblick auf schulische Aufgaben, das Verhalten und die Gefühlslage des Kindes oder dessen Rückkehr aus der Isolation, hin [13]. Der spezifische Unterstützungsbedarf für Familien organtransplantierte Kinder geht darüber hinaus: Es braucht eine Sicherstellung der Kontinuität der Behandlung sowie der medizinischen und psychosozialen Begleitung – nicht nur während der Rehabilitation, sondern schon zuvor und daran anschließend im häuslichen Umfeld. Den „geschützten Raum“, den im vorliegenden Fall das Reha-Zentrum bildete, auch in das Zuhause der Familien zu über-

tragen, ist somit ein Desiderat. Ausgangspunkt eines umfassenden Unterstützungskontinuums könnte die stärkere Vernetzung und interdisziplinäre Zusammenarbeit der in die Versorgung der vulnerablen Patient:innengruppen eingebundenen Leistungserbringenden sein.

Interessenkonflikt

Die Autor:innen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Strauß B, Berger U, Rosendahl J. Folgen der COVID-19-Pandemie für die psychische Gesundheit und Konsequenzen für die Psychotherapie – Teil 1 einer (vorläufigen) Übersicht. *Psychotherapeut* 2021; 66: 175–185. doi:10.1007/s00278-021-00504-7

- [2] Luo M, Guo L, Yu M, et al. The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public – A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research* 2020; 291: 113190. doi:10.1016/j.psychres.2020.113190

- [3] Taquet M, Luciano S, Geddes JR, et al. Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *The Lancet Psychiatry* 2021; 8: 130–140. doi:10.1016/S2215-0366(20)30462-4

- [4] Pierce M, Hope H, Ford T, et al. Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. *The Lancet Psychiatry* 2020; 7: 883–892. doi:10.1016/S2215-0366(20)30308-4

- [5] Mazza C, Ricci E, Biondi S, et al. A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological

- Responses and Associated Factors. *IJERPH* 2020; 17: 3165. doi:10.3390/ijerph17093165
- [6] Berger K, Riedel-Heller S, Pabst A, et al. Einsamkeit während der ersten Welle der SARS-CoV-2-Pandemie – Ergebnisse der NAKO-Gesundheitsstudie. *Bundesgesundheitsbl* 2021. doi:10.1007/s00103-021-03393-y
- [7] Liu JJ, Bao Y, Huang X, et al. Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. *The Lancet Child & Adolescent Health* 2020; 4: 347–349. doi:10.1016/S2352-4642(20)30096-1
- [8] Zhou S-J, Zhang L-G, Wang L-L, et al. Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2020; 29: 749–758. doi:10.1007/s00787-020-01541-4
- [9] Xie X, Xue Q, Zhou Y, et al. Mental Health Status Among Children in Home Confinement During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in Hubei Province, China. *JAMA Pediatr* 2020; 174: 898–900. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.1619
- [10] Bignardi G, Dalmaijer ES, Anwyl-Irvine AL, et al. Longitudinal increases in childhood depression symptoms during the COVID-19 lockdown. *Archives of Disease in Childhood* 2021; 106: 791–797. doi:10.1136/archdischild-2020-320372
- [11] Nearchou F, Flinn C, Niland R, et al. Exploring the Impact of COVID-19 on Mental Health Outcomes in Children and Adolescents: A Systematic Review. *IJERPH* 2020; 17: 8479. doi:10.3390/ijerph17228479

- [12] Schlack R, Neuperdt L, Hölling H, et al. Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und behördlicher Eindämmungsmaßnahmen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. *Journal of Health Monitoring* 2020; 5: 23–34. doi:10.25646/7173
- [13] Ravens-Sieberer U, Kaman A, Otto C, et al. Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der COPSY-Studie. *Bundesgesundheitsbl* 2021; 1–10. doi:10.1007/s00103-021-03291-3
- [14] DAK-Gesundheit, forsa. Homeschooling in Corona-Zeiten. Erfahrungen von Eltern und Schülern. Ergebnisse einer Eltern-Kind-Befragung mit forsa.omninet. (27.05.2020). Im Internet: <https://www.dak.de/dak/download/forsa-studie-2266768.pdf>; Stand: 18.08.2021
- [15] Robert Koch-Institut. Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19. Stand 19.04.21. Im Internet: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html;jsessionid=772F95515A8B85C8338787B2ECF7891E.internet052#doc13776792body-Text16; Stand: 03.05.2021
- [16] o.V. Ederhof. Im Internet: <https://www.ederhof.eu/>; Stand: 05.03.2021
- [17] Gutenbrunner C, Best N, Glaesener JJ, et al. Warum der rehabilitativen Versorgung auch und gerade während der COVID-19 Pandemie besondere Beachtung geschenkt werden muss. Ein Statement der Deutschen Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin (DGPRM). *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 2020; 30: 283–286. doi:10.1055/a-1207-0766

- [18] Döring N, Bortz J. Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Springer-Lehrbuch. 5. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer; 2016. doi:10.1007/978-3-642-41089-5
- [19] Universität Bayreuth. Bayreuther Forscher erarbeiten Studie zur Rückkehr in die Kindertageseinrichtungen [Pressemitteilung Nr. 105/2020] (10.07.2020). Im Internet: <https://www.uni-bayreuth.de/de/universitaet/presse/pressemitteilungen/2020/105-studie-kita-oeffnung/index.html>; Stand: 09.03.2021
- [20] Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Beltz Pädagogik. 12. Aufl. Weinheim: Beltz; 2015

Verzeichnis des elektronischen Anhangs (EA)

EA 1 Frequenzanalyse Eltern

EA 2 Frequenzanalyse Kinder

EA 3 Frequenzanalyse Personal

EA 4 Kodierleitfaden Eltern

EA 5 Kodierleitfaden Kinder

EA 6 Kodierleitfaden Personal

EA 1 Frequenzanalyse Eltern

Be- reich	Oberkategorie	Subkategorie	Häufigkeit Subkategorie (=Anzahl an Personen, deren Aus- sagen mit der jeweiligen Kategorie kodiert wurden)
E1 Erleben	E1.1 emotionales Erleben der Maßnahmen	E1.1a Schwierigkeiten bzgl. Gemeinschaftsgefühl/Kennenlernen	4
		E1.1b Gewöhnung	2
		E1.1c unproblematisch	1
		E1.1d anfängliche Beängstigung	1
		E1.1e Erleichterung nach Wegfall der MNS-Pflicht	1
	E1.2 Informationsmanagement	E1.2a angemessen	20
		E1.2b Informationen durch Fehler nicht erhalten	1
		E1.2c Unklarheiten über erste Tage	1
	E1.3 Beziehung zu Personal	E1.3a hohe Zufriedenheit bzgl. Personal	9
		E1.3b Information und Austausch sorgt für Sicherheit	6
		E1.3c Personal beruhigt	1
		E1.3d Unterstützung bei der Umsetzung der Regelungen bei den Kindern	1
	E2 Sicherheit	E2.1 Sicherheitsempfinden	E2.1a hohes Sicherheitsempfinden am Ederhof
E2.1b Unsicherheit bzgl. späterer Anreise oder Unterbrechung des Aufenthalts			2
E2.1c Unsicherheit bzgl. Rückkehr bzw. außerhalb des Ederhofs			3
E2.1d so sicher wie unter den Umständen möglich			1
E2.2 Verständnis/Einstellung ggü. Regelungen und Schutzmaßnah- men		E2.2a adäquat	18
		E2.2b Infragestellen des Mehrwerts des Symptomtagebuchs	3
E3 Präfe- renzen	E3.1 keinerlei Optimierungspoten- tial		6
	E3.2 Verbesserungsvorschläge	E3.2a Wunsch nach frühzeitigerer Information bzgl. Regelungen	3

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Häufigkeit Subkategorie (=Anzahl an Personen, deren Aussagen mit der jeweiligen Kategorie kodiert wurden)
		E3.2b keine Möglichkeit für Rückkehr nach Unterbrechung des Aufenthalts am Ederhof	2
		E3.2c Wunsch nach zentraler Ansprechperson	1
		E3.2d Schwarzes Brett zum Aushang von Informationen bzgl. COVID-19	1
		E3.2e Wunsch nach Vorabinformation bzgl. Kostenübernahme der Tests	1
		E3.2f digitale Medien zur Kommunikation zwischen Ederhof und Eltern	1

EA 2 Frequenzanalyse Kinder

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Häufigkeit Subkategorie (=Anzahl an Personen, deren Aussagen mit der jeweiligen Kategorie kodiert wurden)
K1 Erleben	K1.1 Erleben der Zeit Zuhause	K1.1a Fehlen sozialer Kontakte	4
		K1.1b Wegfall von Hobbys	3
		K1.1c Möglichkeit, länger zu schlafen als positiver Aspekt des Schulausfalls	3
		K1.1d erhöhtes Konfliktpotential innerhalb Familie durch Zeit Zuhause	1
	K1.2 Erleben der Reha am Ederhof	K1.2a Erleichterung über Möglichkeit der Reha trotz COVID-19	4
		K1.2b Freude über soziale Interaktion mit Gleichaltrigen	1

EA 3 Frequenzanalyse Personal

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Häufigkeit Subkategorie (= Anzahl an Personen, deren Aussagen mit der jeweiligen Kategorie kodiert wurden)*	Sub-Subkategorie	Häufigkeit Sub-Subkategorie (=Anzahl an Personen, deren Aussagen mit der jeweiligen Kategorie kodiert wurden)
P1 Erleben	P1.1 Zeit Schließung - Wiederaufnahme: Besonderheiten	P1.1a intensiver Austausch im Team während Schließzeit	7	P1.1a.i Task Force zur Erarbeitung eines Konzepts zur Wiederaufnahme des Betriebs am Ederhof	4
				P1.1a.ii Informationsaustausch und Kommunikation über Teamleitungen und App	4
		P1.1b Verunsicherung	6	P1.1b.i Verunsicherung, wie es weitergeht	3
				P1.1b.ii Verunsicherung hinsichtlich Umsetzbarkeit	2
				P1.1b.iii Verunsicherung durch Fehlen einheitlicher Regelungen und mangelnder Auskunft von Regierung	2
				P1.1b.iv Verunsicherung durch divergierende Meinungen von Behörden und Partnern	1
				P1.1b.v Verunsicherung durch Spannungsfeld Sicherheit vs. finanzielle Machbarkeit	1
				P1.1b.vi Verunsicherung hinsichtlich Genehmigung von Kurzarbeit	1
				P1.1b.vii Verunsicherung hinsichtlich der Eignung des Konzepts für Jugendreha	1
				P1.2a.i Erschwerte Kommunikation durch MNS	4

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Häufigkeit Subkategorie (= Anzahl an Personen, deren Aussagen mit der jeweiligen Kategorie kodiert wurden)*	Sub-Subkategorie	Häufigkeit Sub-Subkategorie (=Anzahl an Personen, deren Aussagen mit der jeweiligen Kategorie kodiert wurden)
P1.2 Berichte von Auswirkungen der einschränkenden Maßnahmen	P1.2a Auswirkungen auf die Arbeitssituation	<i>Keine Anführung von Häufigkeiten, da inhaltliche Ausdifferenzierung erst in Sub-Subkategorien</i>	P1.2a.ii Anfängliche Verunsicherung und distanzierterer Umgang im Team	3	
			P1.2a.iii intensivierter Austausch im Team	1	
			P1.2a.iv Notwendigkeit der Anpassung von Arbeitsabläufen	2	
			P1.2a.v mangelnde Fortbildungsmöglichkeiten	1	
	P1.2b Auswirkungen auf das Verhalten der Eltern	<i>Keine Anführung von Häufigkeiten, da inhaltliche Ausdifferenzierung erst in Sub-Subkategorien</i>	P1.2b.i Dankbarkeit, Verständnis und Sicherheitsgefühl der Eltern	4	
			P1.2b.ii Kennenlernen der Gruppe erschwert	1	
			P1.2b.iii verantwortungsvoller Umgang mit Regelungen durch Eltern	1	
			P1.2b.iv Übersättigung mit COVID-19 Infos	1	
			P1.2b.v Zeit nach Reha zentrales Gesprächsthema	1	
	P1.2c Auswirkungen auf das Verhalten der Kinder	<i>Keine Anführung von Häufigkeiten, da inhaltliche Ausdifferenzierung erst in Sub-Subkategorien</i>	P1.2c.i unbeschwerteres Verhalten nach Wegfall MNS	4	
			P1.2c.ii Verständnis für Regelungen und Maßnahmen	3	
			P1.2c.iii besondere Entwicklungsmöglichkeiten für Jugendliche	1	

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Häufigkeit Subkategorie (= Anzahl an Personen, deren Aussagen mit der jeweiligen Kategorie kodiert wurden)*	Sub-Subkategorie	Häufigkeit Sub-Subkategorie (=Anzahl an Personen, deren Aussagen mit der jeweiligen Kategorie kodiert wurden)
				P1.2c.iv Gruppentrennung erschwert Gemeinschaftsgefühl	2
				P1.2c.v Dankbarkeit für Möglichkeit der Reha trotz Corona	1
				P1.2c.vi teilweise starke Verunsicherung	1
		P1.2d Auswirkungen auf das private Umfeld und die persönliche Lebenssituation	<i>Keine Anführung von Häufigkeiten, da inhaltliche Ausdifferenzierung erst in Sub-Subkategorien</i>	P1.2d.i Fehlen sozialer Kontakte	5
				P1.2d.ii stärkeres Verantwortungsgefühl/Eigenverantwortung in Freizeit	4
				P1.2d.iii größeres Bewusstsein und Reflexion des eigenen Verhaltens	3
				P1.2d.iv fehlender Ausgleich durch Wegfall von Hobbys	3
				P1.2d.v Videotelefonie/-konferenzen als Ersatz für sozialen Kontakt	3
				P1.2d.vi mehr Ruhe	2
				P1.2d.vii mehr Familienzeit	1
				P1.2d.viii fehlender Rhythmus durch Wegfall von Arbeitsalltag	1
				P1.2d.ix mentale Belastung aufgrund von Unsicherheit	1
				P1.2d.x Selbstfürsorge als Coping-Strategie	1

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Häufigkeit Subkategorie (= Anzahl an Personen, deren Aussagen mit der jeweiligen Kategorie kodiert wurden)*	Sub-Subkategorie	Häufigkeit Sub-Subkategorie (=Anzahl an Personen, deren Aussagen mit der jeweiligen Kategorie kodiert wurden)
P2 Sicherheit	P1.3 praktische Umsetzung der Regelungen und Schutzmaßnahmen	P1.3a Abstandseinhaltung je nach Bereich und Altersgruppe nicht realisierbar	6		
		P1.3b professionelle Umsetzung	2		
		P1.3c handhabbares Konzept über alle Altersgruppen hinweg	2		
		P1.3d Anfängliche Schwierigkeiten bei der Durchführung von Tests	1		
		P1.3e Überlastung des Personals	1		
	P2.1 Sicherheitsempfinden	P2.1a hohes Sicherheitsempfinden am Ederhof	6		
		P2.1b Restrisiko bei täglicher Arbeit im Hinterkopf	2		

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Häufigkeit Subkategorie (= Anzahl an Personen, deren Aussagen mit der jeweiligen Kategorie kodiert wurden)*	Sub-Subkategorie	Häufigkeit Sub-Subkategorie (=Anzahl an Personen, deren Aussagen mit der jeweiligen Kategorie kodiert wurden)
P3 Präferenzen		P2.1c Bedenken hinsichtlich Isolation bei pot. Infektion	1		
		P2.2a adäquat	7		
	P2.2 Verständnis/ Einstellung ggü. Regelungen und Schutzmaßnahmen	P2.2b Hinterfragen der Notwendigkeit des Symptomtagebuchs	2		
	P3.1 keinerlei Optimierungspotential		2		
	P3.2 Verbesserungsvorschläge	P3.2a Sicherstellung der weiteren Finanzierung der Tests	2		
		P3.2b mehr personelle Unterstützung	2		
		P3.2c Reduzierung der Anzahl der Patient:innen pro Reha	1		

* Wurden einer Person mehrere Sub-Subkategorien zugewiesen, die derselben Subkategorie untergeordnet sind, werden die Kodierungen bei der nächsthöheren Aggregationsebene (Subkategorie) als eine Kodierung gezählt.

EA 4 Kodierleitfaden Eltern

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
E1 Erleben	E1.1 emotionales Erleben der Maßnahmen	E1.1a Schwierigkeiten bzgl. Gemeinschaftsgefühl/Kennenlernen	Das Kennenlernen anderer Eltern bzw. Familien bzw. die Entwicklung eines Gemeinschaftsgefühls auf dem Ederhof gestaltete sich aufgrund der Maßnahmen schwieriger.	Kodierung, wenn Erziehungsberechtigte Schwierigkeiten bzgl. des Kennenlernens/Gemeinschaftsgefühls in Zusammenhang mit den Maßnahmen äußerten.	"Ja, also wie gesagt. Das Gruppengefüge ist ein anderes. Weil unsere erste Reha, die ist drei Jahre her, das war 2017. Und da wäre das alles ein bisschen herzlicher. Also viel herzlicher. Das fängt schon so bei der Begrüßung an. Das Kennenlernen war ein völlig anderes. Ein, ja irgendwie so, ja also herzlicher kann man nicht sagen, aber ohne Distanz vielleicht. Und das war jetzt halt mit viel mehr Distanz. Wobei, Distanz wurde in der Gruppe auch sehr stark behalten. Das ist, würde ich sagen-, das wird in Erinnerung bleiben, dass diese Reha distanzierter war" (B22: Pos. 43)
		E1.1b Gewöhnung	Im Laufe des Reha-Aufenthaltes haben sich die befragten Eltern an die Hygiene- und Sicherheitsmaßnahmen gewöhnt.	Kodierung, wenn ein Gewöhnungseffekt beschrieben wurde.	„Ich würde sagen, man hat sich daran gewöhnt, nach zwei Wochen, aber es ist nicht schön“ (B2: Pos. 17)
		E1.1c unproblematisch	Die Maßnahmen werden als unproblematisch bzw. nicht störend wahrgenommen.	Kodierung, wenn Erziehungsberechtigte davon berichteten, dass sie die Maßnahmen des Hygiene- und Sicherheitskonzepts als unproblematisch empfanden.	"Ja also, klar wir haben alle Mundschutz tragen müssen, die erste Zeit. Aber das fanden wir jetzt nicht so problematisch. (unv.) Nach zwei Wochen durften wir den dann abmachen, nachdem der Corona-Test, die zweiten, auch wieder negativ war. Das war dann eigentlich schon so entspannt, und draußen mit Abstand musste man dann eh keine tragen. Ich fand das jetzt nicht so schlimm“ (B4: Pos. 9)

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
		E1.1d anfängliche Beängstigung	Die Maßnahmen sorgten bei einigen Eltern für ein Gefühl der Beängstigung.	Kodierung, wenn die Maßnahmen (zu Beginn der Reha) mit Ängsten oder Sorgen verbunden waren.	"Also wenn man halt im Haus oder bei den Besprechungen oder bei den Therapien halt mit der Maske (unv.) muss. Das ist halt auch beängstigend, also beklemmend (unv.) und ich würde sagen, man hat sich daran gewöhnt, nach zwei Wochen, aber es ist nicht schön" (B2: Pos. 17)
		E1.1e Erleichterung nach Wegfall der MNS-Pflicht	Der Wegfall der MNS-Pflicht im Rahmen des Übergangs zum Großfamilien-Modell war mit einem Gefühl der Erleichterung bei den Eltern assoziiert.	Kodierung, wenn von einem Gefühl der Erleichterung berichtet wurde.	"Gleichzeitig war es natürlich durch diese dritte Testreihe, die dann jeder gemacht hat und ja, die Konsequenz daraus, dass keiner mehr Mundschutz tragen muss, das war natürlich schon eine Erleichterung" (B9: Pos. 35)
	E1.2 Informationsmanagement	E1.2a angemessen	Das Informationsmanagement des Ederhofs wird von den Eltern als angemessen bewertet.	Kodierung, wenn Erziehungsberechtigteangaben, ausreichend Informationen bezüglich der Wiederaufnahme des Betriebs am Ederhof, zur Vorbereitung der Reha und während der Reha erhalten zu haben. Eine weitere Voraussetzung für eine Kodierung ist, dass keine zusätzlichen Informationen benötigt wurden und die Eltern sowohl vor als auch während der Reha Ansprechpartner:innen hatten, an	„Ausreichend informiert, auf jeden Fall. Wir hatten jederzeit die Möglichkeit auch wir hätten jederzeit anrufen können. Vom Büro aus hier war ja also, wurde uns ja gesagt, wir können jederzeit, wenn noch Fragen sind, telefonieren. Was ich auch gut fand, dass wir, als wir die Bestätigung bekommen haben, wurde auch gesagt, dass wir kurz vor Anreise auch nochmal telefonieren, wie dann der Stand der Dinge ist, ob alles noch so beim Alten ist und das wir Mundschutz tragen und so und ja so die Maßnahmen, die man zu Hause auch schon getroffen hatte. Das war, also man hat sich gut vorbereitet und informiert gefühlt. Auf jeden Fall“ (B15: Pos. 35) „Also, hier ist jeder Ansprechpartner. Jeder weiß über alles Bescheid. Egal wen man fragt“ (B1: Pos. 23)

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
				die sie sich bezüglich COVID-19, geltender Regelungen und Maßnahmen sowie ihrer Bedenken und Sorgen wenden konnten.	„Also, wir wurden ausreichend getestet. Wir wurden ausreichend aufgeklärt über alle Maßnahmen. Wir wurden darüber informiert, was mit-, also wie stark oder-, nein anders. Wir wurden darüber vernünftig aufgeklärt, was Covid-19 mit den Patienten oder mit den Kindern machen kann oder auch nicht. Und von daher hätte ich da keine Ergänzung dazu für mich. Ach, angemessen und gut“ (B22: Pos. 51)
		E1.2b Informationen durch Fehler nicht erhalten	Das Informationsmanagement wurde zwar als angemessen beurteilt, einzelne Informationen wurden jedoch durch einen Fehler in der Kommunikation nicht erhalten.	Kodierung, wenn das Informationsmanagement grundsätzlich als angemessen beurteilt wurde, Eltern aber aufgrund eines Fehlers nicht alle relevanten Informationen im Vorfeld der Reha erhalten haben bzw. diese erst verspätet bei ihnen eingingen.	"Ich weiß, sozusagen gar nicht. Weil es ist Mitte Mai ein Schreiben rausgegangen an alle Reha-Teilnehmer, was wir gar nicht erhalten haben. Das haben wir erst im Juni über Umwege, also durch Freunde, die auch hier mit auf dem Ederhof sind, erhalten. Diese ganzen acht oder neun Seiten, die man ausfüllen muss, die sind bei uns gar nicht eingegangen. Und was chaotisch war, war eigentlich, was wir jetzt benötigen. Also, ob wir jetzt einen Corona-Test brauchen, ja / nein. Da war aber auch hier die Kommunikation am Ederhof anscheinend durch diese ganzen Änderungen (unv.), da hat sich ja dauernd auch irgendetwas geändert“ (B14: Pos. 13)
		E1.2c Unklarheiten über erste Tage	Das Informationsmanagement wurde zwar als angemessen beurteilt, jedoch bestanden nach Ankunft Unklarheiten über den Ablauf der nächsten Tage.	Kodierung, wenn das Informationsmanagement grundsätzlich als angemessen beurteilt wurde, aber Unklarheit bzgl. der ersten Tage geäußert und	„Ja, also bei der Ankunft muss man sich die Informationen ein bisschen zusammensuchen. Da wäre es schon schöner gewesen, wenn das deutlicher gewesen wäre, wie die nächsten zwei Tage ablaufen. Da war es halt so, dass man erstmal abwarten wollte und sich mehr oder weniger die Familien nicht treffen durften

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
				dahingehend mehr Klarheit gewünscht wurde.	und der Spielplatz gesperrt war, damit sich die Kinder auch nicht begegnen“ (B9: Pos. 19).
	E1.3 Beziehung zu Personal	E1.3a hohe Zufriedenheit bzgl. Personal	Bei den befragten Eltern konnte ein hohes Maß an Zufriedenheit dem Personal des Ederhofs gegenüber wahrgenommen werden.	Kodierung, wenn Erziehungsberechtigte von einer hohen Zufriedenheit dem Personal gegenüber berichteten.	"Also ich fühle mich hier echt gut aufgehoben, alle freundlich, alle nett, alle zuvorkommend, alle hilfsbereit, also ich kann hier nichts Negatives sagen“ (B24: Pos. 60) „Also für uns war es so, als wären wir nie weg gewesen. Das Personal freundlich, hilfsbereit, immer irgendwo da, Ansprechpartner, also ob da nun COVID dabei war oder nicht im Vergleich zur ersten Reha, da gab es keinen Unterschied. Also wir haben uns hier wieder total wohlfühlt und jede Frage, die wir irgendwo hatten, konnten wir anbringen und die wurde auch beantwortet“ (B20: Pos. 68)
		E1.3b Information und Austausch sorgt für Sicherheit	Der Austausch mit dem Personal sowie die gelieferten Informationen sorgen aus Sicht der Eltern für ein Sicherheitsgefühl. Damit könnten Sorgen und Ängste, insbesondere bei stark verunsicherten Familien, relativiert werden.	Kodierung, wenn der Austausch mit den Mitarbeitenden als sicherheitsstiftend beschrieben wurde.	„Information und der offene Umgang einfach, also das ernst zu nehmen und trotzdem aber auch nicht zu viel Angst reinzubringen. Also wirklich der lockere Umgang und das gleichzeitig aber auch ernst zu nehmen. Das war einfach, dieser Mix (lachen)“ (B15: Pos. 101)

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
		E1.3c Personal beruhigt	Das besonnene, angstfreie Auftreten und Verhalten des Personals gegenüber den Eltern wirkt beruhigend und erleichtert den Umgang mit bzw. die Einhaltung der Maßnahmen.	Kodierung, wenn Erziehungsberechtigte dem Personal eine beruhigende Wirkung in Bezug auf den Umgang mit der SARS-CoV-2-Pandemie und den damit verbundenen Regeln und Maßnahmen am Ederhof zuschreiben. Dies zeigt sich bspw. durch eine Reduktion der Angst auf Seiten der Eltern, Erleichterung oder einem einfacheren Einhalten der Maßnahmen.	„Also was wir letztens festgestellt haben, was es uns auch wahrscheinlich, also ich spreche jetzt von meiner Familie, erleichtert hat oder sage ich mal, wir ohne Hektik, Panik oder Angst wir gestartet sind, einfach dass das Personal total ruhig, entspannt, uns auch erklärt hat, wo einen COVID-Test, warum das Österreich so will. Und einfach die Mitarbeiter hier auch sehr ruhig waren. Und wir schaffen das gemeinsam, und ja, wir finden das auch gerade ein bisschen doof mit Maske, aber es gehört dazu. [...] Also das war einfach für uns auch gut so. Dass die Mitarbeiter das total entspannt genommen haben nach außen hin, also ich weiß ja nicht, wie es innerlich ist. Aber dass wir ganz ruhig aufgenommen wurden. Also das hat es sehr angenehm gemacht. Auch das Tragen der Maske war dadurch auch nicht so schlimm. Das gehört halt dazu. Wir sind da auch relativ, wie sagt man? Entspannt“ (B20: Pos. 22)
		E1.3d Unterstützung bei der Umsetzung der Regelungen bei den Kindern	Das Personal liefert aus Sicht der Eltern zusätzliche Unterstützung bei der Umsetzung und Einhaltung der Regelungen und Maßnahmen bei den eigenen Kindern.	Kodierung, wenn Erziehungsberechtigte von einer Unterstützung bei der Umsetzung und Einhaltung der Regelungen und Maßnahmen bei den eigenen Kindern durch Mitarbeitende des Ederhofs berichten und sich dadurch entlastet fühlen.	„Wir haben ja die Großen, wir haben ja drei Kinder, die zwei Größeren gehen in einen Schulanfangsstrecke und die Kleine geht unten in die Grundschule, da achten schon die Lehrer auch sehr auf Hände waschen, auf Masken aufsetzen. Also das wird auch einem auch so ein wenig abgenommen. Also, dass es für die Kinder einfach nochmal selbstverständlicher wird“ (B12: Pos. 269)

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
E2 Sicherheit	E2.1 Sicherheitsempfinden	E2.1a hohes Sicherheitsempfinden am Ederhof	Die befragten Eltern äußerten ein hohes Sicherheitsempfinden während ihres Aufenthalts am Ederhof.	Kodierung, wenn Erziehungsberechtigte Aussagen tätigten, die auf ein hohes Sicherheitsempfinden schließen lassen. D.h. wenn sie angaben, sich auf dem Ederhof (sehr) sicher zu fühlen, bedingt durch bspw. den Nachweis eines negativen Testergebnisses als Voraussetzung für die Reha, die Testungen vor Ort, die Aufklärung durch den Ederhof, den Austausch mit anderen Eltern, den offenen Umgang mit der Thematik sowie die Struktur und Organisation oder das Vertrauen dem Personal gegenüber.	<p>„Also ich habe mich sehr sicher gefühlt. Weil wenn ich Angst gehabt hätte, wäre ich wieder abgereist, ganz ehrlich. Also wenn ich mich nicht wohl fühle, dann brauche ich auch keine Reha zu machen. [...] Wir Eltern können uns austauschen, weil man wird ja auch so übervorsichtig und zurückhaltend, ja. Also ich meine, wir haben uns zu Hause nicht mal mit der eigenen Familie getroffen“ (B25: Pos. 59)</p> <p>„Also wir sind mit einem guten Gefühl hierhergefahren, aufgrund dass vorher die Testung stattfand, dass dann hier nochmal die Testung stattfindet und solange bis die Ergebnisse nicht vorhanden sind, also dass alle gleichbehandelt sind. Also, dass einfach die Schutzmaßnahmen durgesetzt werden und dass man, wenn man will, die Möglichkeit hat, abzureisen. Sage ich mal so böseartig. Das hat uns jetzt in keiner Weise irgendwie beängstigt, dass der Ederhof wieder aufmacht, obwohl Covid überall noch irgendwo rum-schwirrt. Also da waren wir immer gut aufgehoben, aufgrund dass immer irgendwo ein Ansprechpartner da ist und da war. Und dass auch alles immer gut erklärt wurde aufgrund der Materialien, die uns zugeschickt wurden“ (B20: Pos. 44)</p>

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
		E2.1b Unsicherheit bzgl. späterer Anreise oder Unterbrechung des Aufenthalts	Eltern erleben Unsicherheit bzw. Bedenken bzgl. einer späteren Anreise einzelner an den Ederhof oder wenn sich Teilnehmende vorübergehend vom Ederhof entfernen, um nach ein paar Tagen wieder zurückzukehren.	Kodierung, wenn Erziehungsberechtigte von einer Verunsicherung bzw. Bedenken bzgl. einer späteren Anreise bzw. einer zweitweisen Unterbrechung des Reha-Aufenthalts einzelner Familienmitglieder berichteten.	„Ich fand es dann allerdings im Gegenzug sehr komisch, als es nach 14 Tagen hieß, okay wir sind jetzt hier eine große Familie, wir haben alle drei negative Tests gemacht, wir müssen am Ederhof selber keine Masken mehr tragen und dann sind andere Elternteile nachgereist. Also wir hatten einen Papa zum Beispiel, der kam jetzt vor zehn Tagen erst, wir hatten eine Oma, die kam vor fünf Tagen und dann musste diese Person plus die Familie auf einmal wieder Mundschutz tragen und das fand ich dann sehr seltsam. Also, weil natürlich die Kinder dann trotzdem in Kontakt waren, die haben ja keinen Abstand gehalten und keinen Mundschutz mehr getragen. Das hat dieses System sehr verwaschen und ich habe gleichzeitig aus den Gesprächen, wo ich mit denen geredet habe, die dann den Mundschutz wieder tragen mussten, auch die fand ich sehr verunsichert, weil sie gesagt haben, jetzt bin ich auf einmal der, der hier nachkommt, der Böse. Weil, wenn jetzt eine Infektion ausbrechen würde, dann würde es doch sofort heißen, das warst du“ (B9: Pos. 27)
		E2.1c Unsicherheit bzgl. Rückkehr bzw. außerhalb des Ederhofs	Die Rückkehr nach Hause nach Abschluss der Reha bzw. der Aufenthalt außerhalb des Ederhofs während der Reha war mit Unsicherheit verbunden.	Kodierung, wenn Erziehungsberechtigte von einer Verunsicherung bzgl. der Rückkehr nach Hause oder des Aufenthalts außerhalb des Ederhofs berichteten.	„Sobald man halt den Ederhof verlässt, hat man wieder die Unsicherheit und man ist schnell dabei sich eine Maske aufzuziehen und meidet größere Menschenansammlungen. Hier kann man halt relativ eng mit den Menschen zusammensitzen, zusammen sein. Zuhause hatte man sich natürlich auch etwas distanziert“ (B11: Pos. 190)

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
		E2.1d so sicher wie unter den Umständen möglich	Das Sicherheitsempfinden wurde als so sicher wie unter den Umständen des Pandemiegeschehens bzw. der Infektionsprophylaxe möglich beschrieben.	Kodierung, wenn eine Person angab, sich so sicher zu fühlen, wie es unter den herrschenden Umständen möglich sei. Dies ist bspw. durch das nicht ausschließende Restrisiko begründet.	„In Bezug auf COVID, glaube ich, so sicher, wie man sich halt fühlen kann. Ein Restrisiko besteht. Beispielsweise wir hatten einen Vater, der mittendrin für eine Woche abreisen und wieder anreisen musste. Jetzt wieder mit Maske herumläuft. Wir haben gelegentlich Personalwechsel, die dann eine Zeit lang Maske tragen, bis eben der entsprechend zweite COVID-Test gemacht wurde. Ich sage mal ein Nullrisiko in diesem Zusammenhang wird es nicht geben“ (B16: Pos. 49)
	E2.2 Verständnis/Einstellung ggü. Regelungen und Schutzmaßnahmen	E2.2a adäquat	Die Regelungen und Schutzmaßnahmen im Rahmen des Hygiene- und Sicherheitskonzepts werden von den Eltern als adäquat beurteilt, d.h. weder als unter- noch als übertrieben eingestuft.	Kodierung, wenn Erziehungsberechtigte die Maßnahmen und Regelungen als adäquat/angemessen/weder zu viel noch zu wenig o.ä. einstufen. D.h. es bestand kein Wunsch nach härteren oder milderen Maßnahmen und die geltenden Regelungen wurden als nachvollziehbar und notwendig angesehen.	„Das war sehr gut. Also überzogen absolut gar nicht, auch nicht beängstigend. Also man hat hier eher auch ein bisschen Angst verloren im Gegensatz zu Hause. Da war die Angst schon deutlich größer und hier ist die Angst so ein bisschen verschwunden und trotzdem ist der Ernst der Lage noch da. Da diesen Mittelweg, das fand ich sehr sehr gut. Ja. Also das muss ich jetzt mal an der Stelle sagen. Das nimmt man auch mit nach Hause, also dass man das ernst nimmt und trotzdem nicht mehr diese übertriebene Angst einfach hat, sondern, dass man einfach weiß, es gibt da Maßnahmen, die kann ich treffen. Komplett kann man sich natürlich nicht schützen, das ist immer so. Restrisiko bleibt einfach, aber die Angst ist einfach nicht mehr so“ (B15: Pos 45)
		E2.2b Infragestellen des Mehrwerts des Symptomtagebuchs	Der Mehrwert des Symptomtagebuchs wurde infrage gestellt.	Kodierung, bei Infragestellung des Mehrwerts des Symptomtagebuchs.	„Jetzt hatten wir eben halt ein Kind (unv.), ein bisschen Fieber heute Nacht und selbst wenn der Bogen ausgefüllt wurde, wusste das Pflegepersonal schon Bescheid, hat denen gesagt, sie bleiben erstmal oben

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
E3 Präferenzen					auf dem Zimmer in Isolation, bis der Arzt geguckt hat. Und deswegen ist halt die Frage, ob dieser Bogen so viel Mehrwert liefert, da das Personal das schon im Blick hatte, aus meiner Sicht“ (B6: Pos. 51)
	E3.1 keinerlei Optimierungspotential		Aus Sicht der befragten Eltern gab es keinerlei Optimierungspotential für das bestehende Hygiene- und Sicherheitskonzept des Reha-Zentrums Ederhof.	Kodierung, wenn Erziehungsberechtigte explizit angaben, dass es laut ihrer Auffassung keinerlei Verbesserungsmöglichkeiten für das bestehende Sicherheitskonzept des Reha-Zentrums gibt.	„Ich finde eigentlich, die haben schon alles ergriffen. Und die ganzen Maßnahmen laufen super, finde ich. Ich wüsste ehrlich nicht, was man noch besser machen könnte. Die haben es schon ganz gut gemacht“ (B27: Pos. 52)
	E3.2 Verbesserungsvorschläge	E3.2a Wunsch nach frühzeitigerer Information bzgl. Regelungen	Optimierungspotential ergibt sich aus dem Wunsch nach frühzeitigerer Information der Eltern bzgl. geltender Regelungen des Ederhofs (Anreise, Voraussetzungen, Aufenthalt).	Kodierung, wenn Erziehungsberechtigte einen früheren Informationsaustausch bzgl. geltender Regelungen des Ederhofs im Kontext des Optimierungspotential nannten. D.h. wenn sie sich wünschten, dass die Informationen schon zu einem früheren Zeitpunkt vom Ederhof an sie kommuniziert worden wären, um sich besser auf den Aufenthalt vorbereiten bzw. dafür be-	„Naja, es war ja so, dass der Ederhof selber sehr kurzfristig erst entscheiden musste, wie es jetzt funktioniert. Dadurch, dass die Grenzen ja teilweise noch zu waren und dass sich die ganzen Vorgaben ja auch quasi täglich geändert haben. Natürlich war es schon sehr knapp, wo wir erfahren haben, dass wir einen negativen Test brauchen, um herzukommen. Es war irgendwie in der Woche vorher. Das wäre natürlich super gewesen, wenn man das vielleicht zwei Wochen vorher gewusst hätte, dann hätte man das entspannter mit den Ärzten absprechen können, aber wie gesagt, das war ja auch nachvollziehbar gewesen, dass das Personal vom Ederhof selber auch nicht anders wusste, die ja auch immer geguckt haben, wie ist denn überhaupt nächste Woche die Lage? Ich glaube, jetzt nachdem sich die ganzen Vorgaben nach und nach stabilisieren, kann man da jetzt auch in die Zukunft

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
				nötigte Dinge zielgerichteter planen und organisieren zu können.	schauen, aber das war zu dem Zeitpunkt halt einfach noch nicht“ (B9: Pos. 13)
		E3.2b keine Möglichkeit für Rückkehr nach Unterbrechung des Aufenthalts am Ederhof	Optimierungspotential wird darin gesehen, dass die Regeln bzgl. der Entfernung vom Ederhof dahingehend strenger ausgelegt werden, als dass es keine Möglichkeit für die Rückkehr nach Unterbrechung des Aufenthalts am Ederhof gibt.	Kodierung, wenn gewünscht wurde, dass sich einzelne Familienmitglieder während eines Reha-Aufenthalts in Pandemiezeiten nicht vorübergehend vom Ederhof entfernen, d.h. den Aufenthalt unterbrechen und wieder zurückkehren können.	„Also, ich hätte mir jetzt bei unserer Reha gewünscht, was ich eben schon mal angesprochen habe, dass halt von vorherein gesagt worden wäre, dass man hier nicht einfach mal eine Woche verschwinden kann. Wenn man geschäftlich oder aus welchen Gründen auch immer, den Ederhof verlassen muss für paar Tage, dann ist das entweder nicht erlaubt oder man kann nicht wiederkommen. Das wäre jetzt, also das ist so ein Punkt, der jetzt so seit zwei, drei Tagen immer wieder für Gesprächsstoff sorgt, dass das hier so eine Ausnahme gibt, dass jemand wegfahren kann und nach einer Woche wiederkommt und jetzt wieder ganz normal am Reha-Betrieb teilnimmt. Aber ansonsten, es ist natürlich auch immer schwierig, man weiß ja nicht, also diese Person ist zum Beispiel selbstständig. Klar gibt es dann wahrscheinlich einen wirklich triftigen Grund, dass er nach Hause muss. Aber das kann man halt vielleicht vorher kommunizieren, dass es entweder generell nicht machbar ist oder dass man dann nur zwei Wochen hier ist und dann halt auch nicht wiederkommen darf, zum Schutz von allen anderen“ (B14: Pos. 119)
		E3.2c Wunsch nach zentraler Ansprechperson	Der Wunsch nach einer zentralen Ansprechperson für die Eltern am	Kodierung, wenn Erziehungsberechtigte den	„Zum einen fände ich super, wenn es am Ederhof eine zentrale Person gäbe, die interdisziplinär die Informationen zusammenträgt und als Ansprechpartner für

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
			Ederhof wurde als Optimierungspotential aufgeführt.	Wunsch nach einer zentralen Ansprechperson am Ederhof äußerten.	die Eltern zur Verfügung steht, [...] wenn es um Fragen auch bezüglich Corona-Maßnahmen geht“ (B9: Pos. 45)
		E3.2d Schwarzes Brett zum Aushang von Informationen bzgl. COVID-19	Ein schwarzes Brett könnte den Informationsaustausch zwischen Ederhof und Familien verbessern, indem Informationen zu COVID-19 und den damit zusammenhängenden Regeln im Reha-Zentrum angebracht werden.	Kodierung, wenn Erziehungsberechtigte den Wunsch nach einem schwarzen Brett zum Aushang von Informationen zu COVID-19 äußerten, um den Informationsaustausch zu verbessern und den Eltern einen besseren Überblick bspw. über geltende Regeln zu verschaffen.	„Das andere eben, wie ich anfangs auch schon gesagt habe, es gibt hier so eine Art Schwarzes Brett, wo die Aushänge dranhängen, so was die nächsten Tage passiert. Und das hat sich die ersten vier, fünf Tage sehr spärlich gefüllt. [...] Und ich denke, das wäre eine Möglichkeit da nochmal Regeln festzuhalten oder zu sagen, okay die nächsten zwei Tage ist der Spielplatz gesperrt. Wir gehen davon aus, ab Dienstag kann er wieder offen sein oder sowas. Oder am Mittwoch ist der nächste Corona-Test, oder. Dass das nicht alles rein mündlich läuft, sondern auch alle erreicht“ (B9: Pos. 45; 47)
		E3.2e Wunsch nach Vorabinformation bzgl. Kostenübernahme der Tests	Optimierungspotential wurde im Bereich des Informationsmanagement gesehen. Dabei bestand der Wunsch nach Vorabinformation bzgl. der Kostenübernahme der Tests, die eine Voraussetzung für den Antritt des Reha-Aufenthalts darstellen.	Kodierung, wenn Erziehungsberechtigte sich gewünscht hätten, früher Informationen dazu zu erhalten, wie die Kostenübernahme bei den Tests, welche vor der Anreise an den Ederhof notwendig sind, erfolgt.	"Ja, ich habe halt auch ganz viel, also ich habe ja dann hier erstmal beim Ederhof-, ich musste ja nachfragen. Das war ja Zufall, dass ich nochmal nachgefragt habe, ja, wie machen das denn die anderen Familien, ja? Weil dann, und dann habe ich auch zu [Name] gesagt hier: 'Warum habt ihr mir denn das nicht eher gesagt, dass das über [Institution] geht?'. Weil dann hätte ich mir das ja, die Aktion mit dem Hausarzt schon sparen können, dass ich den frage, dann Termin aus. Dann habe ich natürlich auch einen Termin gemacht für Montag, und das hätte ich mir alles sparen können. Also diese Information mit [Institution] ging halt generell unter, ja. Also ich hätte beinahe die 500, 600 Euro selber bezahlt, weil ich es einfach nicht gewusst

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
					hätte. Weil es mir keiner gesagt hat mit [Institution], dass die Möglichkeit überhaupt besteht. Ehrlich gesagt, also das solltet ihr vielleicht den Familien dann schonmal mit reinschreiben, ja, in den Infobrief" (B25: Pos. 12)
		E2.2f digitale Medien zur Kommunikation zwischen Ederhof und Eltern	Digitale Medien könnten die Kommunikation zwischen Ederhof und Eltern auch unabhängig von der Pandemie weiter optimieren.	Kodierung, wenn Erziehungsberechtigte die Nutzung digitaler Medien zur Optimierung der Kommunikation und des Informationsaustausches zwischen Ederhof und Eltern anführten.	„Ich sage mal so, ganz allgemein könnte ich mir vorstellen, aber das ist unabhängig von Corona, ein bisschen digitale Techniken könnte man ergänzend hinzufügen, das ist nicht der Fall, also ob das WhatsApp oder anderes ist, das ist eine andere Geschichte. Aber so ist erstmal alles in Ordnung. Alle bemühen sich und die geben die Information weiter, also das ist richtig gut“ (B17: Pos. 53)

EA 5 Kodierleitfaden Kinder

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
K1 Erleben	K1.1 Erleben der Zeit Zuhause	K1.1a Fehlen sozialer Kontakte	Die Zeit Zuhause wurde von den Kindern v.a. durch das Fehlen sozialer Kontakte erschwert.	Kodierung, wenn Kinder davon berichteten, dass ihnen der Kontakt zu anderen Menschen wie bspw. Freund:innen, Verwandten, etc. fehlt oder sie angaben, diese zu vermissen. Auch die Beschreibung der Angst vor Ausgrenzung durch die Peergroup führt zu einer Kodierung.	„Ja, na klar, weil bei mir, also meine Freundinnen und also mein Freundeskreis, die haben sich halt immer noch so getroffen. Weil die Eltern fanden, haben dieses Virus nicht so schlimm erst gefunden, empfunden und haben dann halt auch noch ihre Kinder rausgeschickt. Und ich bin ja neu auf der Schule. Also ich bin gewechselt dieses Halbjahr in der Sechsten. Und dann ist es halt auch noch für mich so etwas schwerer gewesen, weil ich möchte einfach nicht so ausgegrenzt werden. Weil ich ja die Neue bin, kann mich dann gleich nicht mehr treffen, weil Corona und ja [...] Also ich vermisse es halt immer noch so, mich noch mit Freunden zu treffen" (B26: Pos. 110; 115)
		K1.1b Wegfall von Hobbys	Der Wegfall von Hobbys prägte die Zeit Zuhause aus Sicht der Kinder negativ.	Kodierung, wenn Kinder den Wegfall von Hobbys und Freizeitaktivitäten wie bspw. Sport als negativen Aspekt der Zeit Zuhause beschrieben bzw. sie angaben, das Ausführen der Hobbys zu vermissen.	(I): „Was hast du sonst noch vermisst?“ (B19): „Ja, das Reiten und die Pferde und so. Und Schwimmen, ich bin eine alte Wasserratte und so" (B19: Pos. 139)

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
K1.2 Erleben der Reha am Ederhof		K1.1c Möglichkeit, länger zu schlafen als positiver Aspekt des Schulausfalls	Die Möglichkeit, länger zu schlafen wurde als positiver Aspekt des Schulausfalls im Rahmen des Lockdowns und der damit verbundenen Zeit Zuhause von den Kindern identifiziert.	Kodierung, wenn Kinder die Möglichkeit, länger zu schlafen, als positiven Aspekt der Zeit Zuhause beschrieben.	"Eigentlich (...) Das lange Schlafen war natürlich da, sonst nichts" (B19: Pos. 135) "Dass ich nicht jeden Morgen so früh aufstehen muss. Dass ich ein bisschen länger schlafen konnte" (B23: Pos. 99)
		K1.1d erhöhtes Konfliktpotential innerhalb Familie durch Zeit Zuhause	Die Zeit Zuhause war aus Kinderperspektive mit einem erhöhten Konfliktpotential innerhalb der Familie assoziiert. Dies war darauf zurückzuführen, dass sich die meisten Familienmitglieder durch Homeschooling, Homeoffice, etc. Zuhause aufhielten.	Kodierung, wenn Kinder ein erhöhtes Konfliktpotential innerhalb der Familie im Kontext der Zeit Zuhause berichteten.	„Also, es war anstrengend. [...] Aber im Großen und Ganzen [...] ist es eigentlich ganz gut gewesen, aber halt ja, man bisschen öfter gestritten, als wir viel länger aufeinander gehockt haben. Und wir uns die ganze Zeit gesehen haben und bei uns ist es halt nicht möglich, sich die ganze Zeit aus dem Weg zu gehen“ (B23: Pos. 93)
	K1.2a Erleichterung über Möglichkeit der Reha trotz COVID-19	Die befragten Kinder zeigten sicher erleichtert über die Möglichkeit des Reha-Aufenthalts auch während der Pandemie.	Kodierung, wenn Kinder davon berichteten, dass sie über den Antritt der Reha am Ederhof erleichtert waren bzw. sie sich darüber freuten trotz der Pandemie an den Ederhof kommen zu können.	„Ja, ich war unsicher, ob das überhaupt stattfindet und ja, ich bin total erleichtert, dass wir jetzt doch fahren konnten“ (B19: Pos. 161)	

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
		K1.2b Freude über soziale Interaktion mit Gleichaltrigen	Die Reha am Ederhof wurde von den befragten Kindern dahingehend als positiv erlebt, als dass sie Freude über die Möglichkeit der sozialen Interaktion mit anderen (gleichaltrigen) Personen zeigten.	Kodierung, wenn Kinder Freude über die Möglichkeit sozialer Interaktion mit Gleichaltrigen während des Reha-Aufenthalts zeigten.	„Ja, es ist halt schön, so wieder neue Leute kennenzulernen, wieder etwas näher zu kommen, dass man wieder Anschluss hat zu anderen Personen oder in meinem Alter sogar. Das ist also eigentlich ganz schön“ (B26: Pos. 119)

EA 6 Kodierleitfaden Personal

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Sub-Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
P1 Erleben	P1.1 Zeit Schließung - Wiederaufnahme: Besonderheiten	P1.1a intensiver Austausch im Team während Schließzeit	P1.1a.i Task Force zur Erarbeitung eines Konzepts zur Wiederaufnahme des Betriebs am Ederhof	Kennzeichnend ist aus Sicht der Mitarbeiter:innen ein intensiver Austausch im Team während der Schließzeit. Dieser findet zum einen in der Task Force zur Erarbeitung eines Konzepts zur Wiederaufnahme des Betriebs am Ederhof (SSK6a.i), zum anderen über die Teamleitungen sowie eine App (SSK6a.ii) statt.	Kodierung, wenn Mitarbeitende die Zeit zwischen Schließung und Wiederaufnahme des Betriebs mit einem intensiven Austausch im Team assoziierten. Die Kodierung in die Sub-Subkategorien (SSK6a.i-SSK6a.ii) erfolgt bei Schilderung der Zusammenarbeit und des Austauschs im Rahmen der Task Force (SSK6a.i) bzw. mittels Teamleitungen und App (SSK6a.ii).	„In dem Augenblick, wo plötzlich klar wurde, der Ederhof macht wieder auf. Da haben wir dann allerdings intensiv kommuniziert. Und haben auch relativ schnell eine sogenannte Task Force- also wir haben dann uns praktisch per Zoom getroffen. Also alle Ärzte und der Verwaltungsleiter und die ärztliche Leitung. Wir haben uns relativ zügig dann per Videokonferenzen miteinander in Verbindung gesetzt und kommuniziert. Und dann haben wir eigentlich sehr engmaschig die weitere Entwicklung wirklich immer wieder besprochen und auch protokolliert“ (B34: Pos. 16)
			P1.1a.ii Informationsaustausch und Kommunikation über Teamleitungen und App			

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Sub-Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
		P1.1b Verunsicherung	P1.1b.i Verunsicherung, wie es weitergeht	Die Zeit zwischen Schließung und Wiederaufnahme war für Mitarbeitende mit einer Verunsicherung verbunden, da sie nicht wussten, wie es mit dem Reha-Betrieb weitergehe.	Kodierung, wenn Verunsicherung dahingehend geäußert wurde, dass unklar war, wie es weitergeht.	„Ach ja, ich meine, ich habe mir halt Sorgen gemacht. Weil ja völlig ungewiss-. Also im April war es ja zum Beispiel völlig unklar, wie geht es eigentlich weiter und wie kann man sich das vorstellen, dass man auch wieder den Ederhof eröffnen kann. Und das fand ich schon bedrückend, also, abgesehen mal davon, dass ich auch gerne im April da gewesen wäre, habe ich mir schon Sorgen gemacht. Ich glaube, es ging auch anderen aus der Arztgruppe so, dass wir uns wirklich gefragt haben, wie soll das weitergehen und geht das gut. Und ist der Ederhof eben überlebensfähig“ (B34: Pos. 34)
			P1.1b.ii Verunsicherung hinsichtlich Umsetzbarkeit	Die Zeit zwischen Schließung und Wiederaufnahme war für Mitarbeitende mit einer Verunsicherung hinsichtlich der Umsetzbarkeit des Hygiene- und Sicherheitskonzepts verbunden.	Kodierung, wenn Verunsicherung hinsichtlich der Umsetzbarkeit des Hygiene- und Sicherheitskonzepts im Alltag geäußert wurde.	„Ja, es war natürlich zuerst schon ein bisschen Verunsicherung dabei. Einfach weil das Patientenklintel natürlich sehr sensibel ist in diesen immunsupprimierten Kindern. Und von daher, ja, hat man einfach so ein gewisses Vertrauen haben müssen in diese Maßnahmen, die jetzt einfach gesetzt worden sind. Dass einfach eben diese strenge Regelung mit Desinfektion und Mundschutz und Abstand halten, dass die gesetzt worden sind. Es war halt immer so ein bisschen, weil es doch ein bisschen ein beengter Raum hier oben ist, für mich die Frage von der Umsetzbarkeit. Und einfach auch viele Kinder da sind, wie sich die einzelnen jetzt wirklich daran halten. Ob das jetzt auch realistisch ist das durchzuführen“ (B28: Pos. 6)

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Sub-Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
			P1.1b.iii Verunsicherung durch Fehlen einheitlicher Regelungen und mangelnder Auskunft von Regierung	Die Zeit zwischen Schließung und Wiederaufnahme war für Mitarbeitende mit einer Verunsicherung durch das Fehlen einheitlicher Regelungen und mangelnde Auskunft von Seiten der Regierung verbunden.	Kodierung, wenn das Fehlen einheitlicher Regelungen bzw. die mangelnde Auskunft von Seiten der Regierung bei Mitarbeitenden für Verunsicherung sorgte.	„Also es lief alles-, es ist alles genau besprochen worden, aber so wann wir die Reha wieder oder die stationäre Reha wiedereröffnet oder welche genauen Richtlinien gibt es da. Das war für mich also schon sehr unterschiedlich, so habe ich es in Österreich wahrgenommen. Also so wie-, im Restaurant soll genaue Regeln geben und für die Reha hat es das nicht gegeben. Egal, ob das jetzt Kinderreha ist oder sonst irgendeine Rehabilitationseinrichtung. Da hat es ganz viele unterschiedliche Vorgehensweisen gegeben. Das war also in der Corona-Zeit gar nicht gewohnt, weil es da eigentlich immer alles gleich stattgefunden hat, was Gastronomie betrifft, was Einkauf betrifft, was Serviceleistungen betrifft generell, Frisöre, alles ist geregelt gewesen. Sportstätten, alles, aber also das habe ich schon sehr uneinig empfunden beziehungsweise auch die Information ziemlich schwach“ (B31: Pos. 16)
			P1.1b.iv Verunsicherung durch divergierende Meinungen von Behörden und Partnern	Die Zeit zwischen Schließung und Wiederaufnahme war für Mitarbeitende mit einer Verunsicherung durch divergierende Meinungen von Behörden und	Kodierung, wenn Mitarbeitende von einer Verunsicherung durch divergierende Meinungen von Behörden und Partnern berichteten.	"Es hat ja verschiedene öffentliche Stellen gegeben, mit denen-, die das quasi genehmigen müssen, dass wir aufsperrn dürfen. Das hat ja verschiedene Verordnungen gegeben, die teilweise miteinander nicht abgestimmt waren. Da haben sie es so gesagt, und da so. Und der Ederhof arbeitet halt viel mit externen Umwelten sozusagen zusammen. Also die Unikliniken, die schicken

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Sub-Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
				Partnern verbunden.		jetzt noch keine Kinder, weil das ist noch zu gefährlich. Oder unser Partner, [Institution], hat wohl große Bedenken geäußert“ (B32: Pos. 8)
			P1.1b.v Verunsicherung durch Spannungsfeld Sicherheit vs. finanzielle Machbarkeit	Die Zeit zwischen Schließung und Wiederaufnahme war für Mitarbeitende mit einer Verunsicherung hinsichtlich des Spannungsfeldes von Sicherheit vs. finanzielle Machbarkeit verbunden.	Kodierung, wenn Mitarbeitende dadurch verunsichert waren, dass bei der Wiederöffnung das Spannungsfeld Sicherheit vs. finanzielle Machbarkeit bedacht werden musste. D.h. wenn eine Abwägung notwendig war, wie viele Patient:innen aufgenommen werden können, damit einerseits die Sicherheit gewährleistet ist, andererseits das Reha-Angebot auch finanziell stemmbar ist.	"Also es war eben dieses Spannungsfeld, das halt jeder auch irgendwie eine Meinung. Die Ärzte wollten so wenig wie möglich, haben wir jetzt zum Probieren quasi. Nur ein paar Patienten aufnehmen. Wir von der Verwaltung [...] wollten natürlich möglichst viel, also jetzt nicht überbuchen, aber möglichst viel aufnehmen. Damit sich das irgendwie wirtschaftlich rechnen kann. Das war ein bisschen schwierig" (B32: Pos. 24)

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Sub-Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
			P1.1b.vi Verunsicherung hinsichtlich Genehmigung von Kurzarbeit	Die Zeit zwischen Schließung und Wiederaufnahme war für Mitarbeitende mit einer Verunsicherung hinsichtlich der Genehmigung von Kurzarbeit verbunden.	Kodierung, wenn Verunsicherung hinsichtlich der Genehmigung von Kurzarbeit geäußert wurde.	„Und das, was mich am meisten belastet hat, war die Frage der Kurzarbeit. Wie der Shutdown war, war ja eigentlich überhaupt nichts klar. Also dieses Kurzarbeitsmodell, das war ja erst angedacht. Es hat noch keiner-, das war noch nicht fix und so. Und das war echt hart, weil da haben wir am 20. März zugesperrt, und dann halt praktisch erst Ende April die Zusage gekriegt, dass wir Kurzarbeit gewährt kriegen. Ja, das war-. Ich meine, das haben die Mitarbeiter auch alle nicht mitgekriegt, weil man die natürlich nicht verunsichern wollte oder so. Aber im Hintergrund waren das total schwierige Verhandlungen“ (B32: Pos. 28)
			P1.16b.vii Verunsicherung hinsichtlich der Eignung des Konzepts für Jugendreha	Die Zeit zwischen Schließung und Wiederaufnahme war für Mitarbeitende mit einer Verunsicherung hinsichtlich der Eignung des Hygiene- und Sicherheitskonzepts für die spezifische Altersgruppe der Jugendlichen in der Jugendreha verbunden.	Kodierung, wenn Mitarbeitende von Verunsicherung berichteten, welche darauf zurückzuführen war, dass Skepsis hinsichtlich der Eignung des Hygiene- und Sicherheitskonzepts für die Jugendreha im Vergleich zu den familienorientierten Rehas bestand.	"Der Kollege und ich, die wir die Jugend Reha dann gemeinsam geleitet haben, wir waren am Anfang, als das Konzept vorgestellt wurde, schon noch sehr skeptisch. Das heißt, wir konnten uns dann gut vorstellen für eine familienorientierte Reha. Zu dem Zeitpunkt eigentlich nicht für eine Jugendlichen Reha. Das sagen wir mal, war so, das Konzept, das Gesamtkonzept über das wir noch reden werden, sich in zwei familienorientierten Rehas schon bewährt hatte. Und wir sozusagen dann das erste-, dann die Kurs mit den Jugendlichen übernahmen, auf der Basis dieser Vorerfahrungen. Und also wir hatten ein bisschen Angst am Anfang, wird das klappen unter den Bedingungen einer Jugendlichen Reha und das Ergebnis zeigt es geht" (B33: Pos. 22)

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Sub-Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
	P1.2 Berichte von Auswirkungen der einschränkenden Maßnahmen	P1.2a Auswirkungen auf die Arbeitssituation	P1.2a.i Erschwerte Kommunikation durch MNS	Die Arbeitssituation wird dadurch beeinflusst, dass die das Tragen des MNS die Kommunikation erschwert.	Kodierung, wenn Mitarbeitende davon berichteten, dass die Kommunikation durch das Tragen des MNS erschwert wird. Dies ist bspw. der Fall, wenn Probleme beim Zuhören und Verstandenwerden auftreten oder die Mimik von Patient:innen und deren Familien schwerer lesbar ist, wodurch Reaktionen und Gefühlslagen schwieriger einzuschätzen sind.	„Und was für mich sich als schwierig, sagen wir mal subjektiv schwierig herausgestellt hat, war Gespräche mit Patienten zu führen, die auch einen Mund Nasenschutz tragen müssen, wie ich auch. In einer Situation, wo es häufig auch um psychosoziale Probleme geht. Jetzt nicht nur um rein medizinische Probleme. Ist schwierig, weil man die Reaktion des Gegenübers einfach nicht so gut einschätzen kann. Das war hinterher in der zweiten, dritten Woche, als wir im Innenbereich den Mund Nasenschutz wieder drangeben konnten, schon eine andere Situation. Also gerade, wenn Sie Problembereiche besprechen wollen mit einem Patienten, ist es wirklich ein großer Unterschied, ob der ein Mund Nasenschutz trägt. Und ich selber auch oder ob man sich sozusagen einfach Auge in Auge ansehen kann. Natürlich unter Einhaltung der Abstandsregel, aber doch die Mimik des anderen viel besser studieren kann. Das ist eben im Gespräch ein Riesenunterschied“ (B33: Pos. 40)

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Sub-Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
			P1.2a.ii Anfängliche Verunsicherung und distanzierterer Umgang im Team	Nach Wiederaufnahme des Betriebs unter Einhaltung des Hygiene- und Sicherheitskonzepts war eine anfängliche Verunsicherung unter den Mitarbeitenden bzw. ein distanzierterer Umgang im Team festzustellen.	Kodierung, wenn eine anfängliche Verunsicherung sowie ein distanzierterer Umgang im Team zu Beginn der Wiedereröffnung des Reha-Zentrums berichtet wurde.	"Das, was natürlich klar war für alle, war dieses Nachdenken darüber, wie muss ich mich auch außerhalb des Ederhofs als Mitarbeiter des Ederhofs verhalten, um da kein Risiko einzugehen, jetzt eine Infektion einzuschleppen. Das war schon spürbar so. Also, wer fährt wann wohin, also von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zum Beispiel. An Wochenenden, wenn die mal irgendwie nach Hause fahren oder so. Das war natürlich schon immer auch zwischendurch Thema und wurde darüber wurde nachgedacht. Das-. Oder wie kann man überhaupt Urlaube planen? Oder wie kann man Fortbildungen planen in diesen Zeiten, für die Mitarbeiter? Das war schon-, war natürlich schon immer Thema und musste auch diskutiert werden. Und ist auch zum Teil dann auch nochmal schriftlich fixiert worden. [...] Ja, also man umarmt sich nicht, man kommt sich nicht wirklich nahe. Zumindest gerade in der Phase, wo die Testreihen noch nicht abgelaufen sind, also, wo noch nicht sicher ist, dass alle wirklich negativ getestet sind. In dem Augenblick, wo alle negativ getestet sind und sicher sind, dass wir nicht infiziert sind, wird es natürlich lockerer. Aber trotzdem habe ich gemerkt, dass doch immer so gewisser Abstand doch gewahrt wurde. Also schon automatisch sozusagen" (B34: Pos. 36-38)

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Sub-Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
			P1.2a.iii intensivierter Austausch im Team	Aufgrund der zu beachtenden Maßnahmen kam es zu einer intensivierten Zusammenarbeit und einer verstärkten Kommunikation bei den Mitarbeitenden.	Kodierung, wenn Mitarbeitende einen intensivierten Austausch bzw. eine intensiverte Zusammenarbeit nach Wiedereröffnung des Reha-Betriebs beschrieben.	„Also meine Beobachtung war, dass die Zusammenarbeit sich intensiviert hat. Gerade weil wir, wir hatten ja viele Regularien zu beachten. Das führte automatisch dazu, dass es natürlich Rückfragen gab. Auch gerade wir, als sagen wir mal, leitende Ärzte in der Kur wurden natürlich zu diesen Themen sehr viel häufiger gefragt wie das sonst üblich gewesen wäre. Also der Gesamteffekt war ein intensiverer Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Gruppen, sei es von Pflege, sei es von Pädagogik, sei es nur Physiotherapie und sei es der ärztlichen Seite. Also es war eher ein, in dem Sinne ein positiver Effekt“ (B33: Pos. 38)
			P1.2a.iv Notwendigkeit der Anpassung von Arbeitsabläufen	Arbeitsabläufe mussten teilweise aufgrund der Maßnahmen und Regelungen angepasst werden.	Kodierung, wenn Mitarbeitende davon berichteten, dass Arbeitsabläufe in bestimmten Therapiebereichen aufgrund der Umsetzung der Sicherheits- und Hygienemaßnahmen angepasst werden mussten bzw. mehr Zeit in Anspruch genommen haben.	"Ja, man hat schon gemerkt, dass man ein bisschen hineinwachsen muss [...] Die ist sehr zeitaufwendig, also immer noch. Weil wir haben ja-, wir testen ja nun dreimal in der Reha und das ist sehr viel Schreiarbeit für die Pfleger oder für das Pflegepersonal. Also muss ich schon sagen, dass das sehr viel mehr Aufwand war und bis man dann auch gesagt hat, ja, genau, so und so mache ich das" (B31: Pos. 30)

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Sub-Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
			P1.2a.v mangelnde Fortbildungsmöglichkeiten	Die Auswirkungen auf die Arbeitssituation waren auch durch mangelnde Fortbildungsmöglichkeiten für die Mitarbeitenden spürbar.	Kodierung, wenn Mitarbeitende davon berichteten, dass sie aufgrund der Einschränkungen nicht an Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen konnten und dies als einschränkend empfanden.	„Ein Punkt haben wir jetzt noch, was ich noch als problematisch empfinde, sind das Thema Fortbildungen. Dass leider, ja, total vieles abgesagt wurde, was logisch ist. Aber auch jetzt, ja, irgendwie man fühlt sich so ein bisschen eigenverantwortlich, wenn man auf Fortbildungen geht. Und man kann nur hoffen, dass dort die Sicherheitsmaßnahmen gut getroffen wurden. Oder gut eingehalten werden. Weil ansonsten hat man halt auch wieder das Problem. Ja. Und es wäre aber trotzdem so wichtig, sich fortzubilden. [...] Und mir eigentlich sehr helfen würde, da im Austausch mit Kollegen zu gehen oder Fortbildungen zu machen. [...] Wie eingeschränkt ich gerade bin. [...] Da hat Corona auch schon irgendwie dazu beigetragen. Das ist jetzt irgendwie negativ irgendwie für mich“ (B29: Pos. 16)
		P1.2b Auswirkungen auf das Verhalten der Eltern	P1.2b.i Dankbarkeit, Verständnis und Sicherheitsgefühl der Eltern	Mitarbeitende nehmen ein hohes Maß an Dankbarkeit, Verständnis und Sicherheitsgefühl bei den Eltern wahr.	Kodierung, wenn Mitarbeitende beschreiben, dass sie ein hohes Maß an Dankbarkeit über den Reha-Aufenthalt, Verständnis gegenüber den Maßnahmen oder ein hohes Sicherheitsgefühl wahrgenommen haben. Dies äußerte sich	"Aber wenn ich auch so beim Vorbeigehen so Gespräche höre, dann fühlen sie sich eigentlich ziemlich sicher hier bei uns und ziemlich wohl. Also ich höre immer nur: ‚Wir fühlen uns hier wohl. Und wir fühlen uns hier sicher.‘ Und manche wären lieber noch dageblieben als nach Hause gefahren, als die erste Reha rum war. Weil viele, wo sie herkommen, eben noch viel an Covid erkrankt sind. Und die wollten lieber hierbleiben. Sie haben sich hier sicherer gefühlt" (B30: Pos. 34) „Ja, also sind sehr dankbar und sind froh, dass sie

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Sub-Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
					bspw. auch in einer hohen Inanspruchnahme des Reha-Angebots trotz Pandemie.	da sein können. Und natürlich mit so schwerkranken Kindern ist man sowieso bewusster der Pandemie gegenüber. Also die passen schon selber sehr auf. Man sieht schon, wenn sie ankommen, dass sie so gewisse Regeln schon verinnerlicht haben. Und es überrascht mich selber, wir sind ja praktisch total ausgebucht, seit wir wieder aufgesperrt haben“ (B32: Pos. 69)
			P1.2b.ii Kennenlernen der Gruppe erschwert	Mitarbeitende beobachteten ein erschwertes Kennenlernen der an einer Reha teilnehmenden Eltern.	Kodierung, wenn Mitarbeitende davon berichteten, dass das Kennenlernen innerhalb der Gruppe bei den Patient:innen und deren Familien aufgrund der Maßnahmen wie Abstandsregelungen, MNS, etc. erschwert war.	"Oder auch, wir haben ja auch immer dieses Kennenlernen am Ederhof. Das ist eigentlich jetzt gar nicht mehr so machbar, weil die Gruppe zu groß ist, um alle in der Turnhalle unterzubringen und das mit Mund-Nasen-Schutz [...] Das schnelle Kennenlernen der gesamten Gruppe leidet sicher auch darunter. Also meiner Meinung nach. Also das ist, ich sage mal, eins, das ganz sicher ist" (B31: Pos. 24)
			P1.2b.iii verantwortungsvoller Umgang mit Regelungen durch Eltern	Mitarbeitende beobachteten einen verantwortungsvollen Umgang der Eltern mit den geltenden Regelungen und Maßnahmen auf dem Ederhof.	Kodierung, wenn das verantwortungsvolle Verhalten der Eltern bzgl. der Hygiene- und Sicherheitsmaßnahmen auf dem Ederhof beschrieben wurde.	„Die Eltern. Eigentlich alle sehr verantwortungsbewusst. Weil sie natürlich auch ihre Kinder schützen wollen. Also es war jetzt nicht so, dass Eltern mal irgendwie sich beschwert hätten, dass sie jetzt eine Maske tragen müssen. Oder, also die sind alle sehr, ja, verantwortungsbewusst. Halten die Regeln gut ein. Da gibt es eigentlich irgendwie gar nichts. Und auch nicht, dass irgendjemand gejamert hätte, dass das nervig ist oder so“ (B29: Pos. 78)

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Sub-Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
			P1.2b.iv Übersättigung mit COVID-19 Infos	<p>Aus Sicht des Personals stellte sich bei den Eltern eine Übersättigung mit Informationen rund um COVID-19 ein.</p> <p>Diese ist einerseits in der Informationsfülle, die die Erziehungsberechtigten bereits vor dem Aufenthalt durch die Medien, aber auch aufgrund der Erkrankung der Kinder im Rahmen deren Gesundheitsversorgung erhielten, begründet. Darüber hinaus erfolgte auch während der Reha eine intensive Aufklärung und Bearbeitung des Themas, was dazu führte,</p>	<p>Kodierung, wenn Mitarbeitende von einer Übersättigung der Eltern mit Informationen rund um COVID-19 berichten.</p>	<p>"Was ich dann eben empfunden habe natürlich, ist, dass die Eltern auch übersättigt sind mit dem Thema. Also das äußern sie dann schon. Es ist einfach zu viel quasi, diesen-. Das Thema ist durchgekaut sagen viele. Also geht vielen schon auf die Nerven, sagen wir mal so" (B31: Pos. 74)</p>

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Sub-Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
				dass die Gespräche rund um COVID-19 für die Eltern einen zu großen Anteil in deren Alltag einzunehmen schienen.		
			P1.2b.v Zeit nach Reha zentrales Gesprächsthema	Eine beobachtete Veränderung bei den Eltern zeigte sich dahingehend, dass die Zeit nach der Reha ein zentrales Gesprächsthema darstellte, das sie auch im Austausch mit dem Personal fokussierten.	Kodierung, wenn Mitarbeitende die Zeit nach der Reha unter Berücksichtigung des Pandemiegeschehens als eines der zentralen Gesprächsthemen im Austausch identifizierten.	„Das, was mir aufgefallen ist, ist, dass in den Gesprächen mit den Eltern ganz zentrales Thema war, wie geht es nach dem Reha-Aufenthalt auf dem Ederhof und nach [...] dem Ende der Sommerferien dann in den Schulen [...] betroffener Kinder oder auch in den Kitas betroffener Kinder, wie geht es da weiter? [...] Und wie sollen sich diese Familien verhalten? Das war ein ganz zentrales Thema, dass dann auch immer wieder gefragt wurde, nachgefragt wurde, wie ich das sehe, es als Arzt einschätze“ (B34: Pos. 26)
		P1.2c Auswirkungen auf das Verhalten der Kinder	P1.2c.i unbeschwerteres Verhalten nach Wegfall MNS	Bei den Patient:innen, insb. der Altersgruppe der Kinder, konnte das Personal ein unbeschwerteres Verhalten nach Wegfall der MNS-	Kodierung, wenn Mitarbeitende ein unbeschwerteres Verhalten bei den Kindern nach Wegfall der MNS-Pflicht beschrieben.	"Es war schon ein bisschen lockerer, fand ich. [...] Eine gewisse Erleichterung war schon da, dass das mit den Masken auf dem Hof vorbei war" (B34: Pos. 66)

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Sub-Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
				Pflicht beobachten.		
			P1.2c.ii Verständnis für Regelungen und Maßnahmen	Mitarbeitende konnten bei den Patient:innen selbst Verständnis für die Regelungen und Maßnahmen feststellen.	Kodierung, wenn Mitarbeitende ein Verständnis der Kinder für die geltenden Regelungen und Maßnahmen konstatierten.	"Ja, ich muss schon sagen, man schaut schon, man bemüht sich schon. [...] Aber sie sind, das muss ich auch wieder-, das ist auffallend, dass sie alle irgendwie das Verständnis mitbringen, was wahrscheinlich auch schon von den Eltern zuhause so gelernt worden ist [...] Also man hat eigentlich den Eindruck, sie seien schon so ziemlich gebrieft gekommen, die Kinder. Die haben schon um die Notwendigkeit gewusst und kriegen es ja dann auch noch einmal vorgetragen. Also das hat eigentlich gut gepasst ja" (B31: Pos. 84)
			P1.2c.iii besondere Entwicklungsmöglichkeiten für Jugendliche	Durch die einschränkenden Maßnahmen ergaben sich aus Personalperspektive besondere Entwicklungsmöglichkeiten für die Altersgruppe der Jugendlichen, die sie ohne Pandemiebedingungen vermutlich nicht erfahren hätten.	Kodierung, wenn Mitarbeitende besondere Entwicklungsmöglichkeiten für die Altersgruppe der Jugendlichen durch die Pandemie beschrieben.	„Das war für das Reinformen, für den ein oder anderen am Anfang schwierig. Hat auf der anderen Seite aber dazu geführt, dass tatsächlich die Auseinandersetzung, das Thema Toleranz, Akzeptanz eher intensiver geführt werden müsste als sonst. Das heißt also, das hatte zwei Seiten. Der eine-, es war am Anfang schwieriger für die Jugendlichen. Aber es hat auch einfach Prozesse in Gang gesetzt, innerhalb der Gruppe, die es sonst womöglich so nicht gegeben hätte. [...] Also erst einmal die Jugendlichen insgesamt haben sich ausgesprochen gut-, als Gesamtkollektiv gut getragen. [...] Da merkte man halt, dass wirklich jeder innerhalb dieser Gruppe auch eine Akzeptanz

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Sub-Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
						tanz gefunden hatte. [...] Also die Stimmung innerhalb der Gesamtgruppe war ausgesprochen positiv. Und ich glaube, das hat auch damit zu tun, dass sie eben halt unter diesen besonderen Bedingungen die Kur haben durchführen- Ein großer Teil der Jugendlichen, die da waren, haben ja schon früher Kurmaßnahmen am Ederhof durchlaufen. Und kannten von sich aus natürlich von daher auch die Unterschiede. Aber es hat nicht dazu geführt, dass es [...] in der Gruppe schlechter gelaufen ist. Sondern es war eher so, dass man das Gefühl hat, es ist intensiver“ (B33: Pos. 50-52)
			P1.2c.iv Gruppentrennung erschwert Gemeinschaftsgefühl	Die Gruppentrennung zu Beginn der Reha sowie die Abstandsregelungen erschweren aus der Perspektive der Mitarbeitenden die Entstehung eines Gemeinschaftsgefühls unter den Patient:innen.	Kodierung, wenn Mitarbeitende davon berichteten, dass die Regelungen und Maßnahmen und die damit einhergehende Gruppentrennung die Entstehung eines Gemeinschaftsgefühls bei den Kindern erschwerte.	"Ja, das ist ein bisschen blöd. Es ist von der Sicherheit her natürlich gut. Aber es gibt Familien, die sagen, man hat nicht mehr so viel Kontakt. Also früher war es immer quasi eine Einheit. Und jetzt ist halt vieles so aufgeteilt. I: Also so dieses große Gemeinschaftsgefühl in der kompletten Gruppe ist so ein bisschen schwieriger? Der Zustand? B: Ja, genau. Man hat natürlich den Vorteil, dass es kleinere Gruppen sind. Das jetzt von der Qualität. Aber trotzdem einige Familien äußern sich halt so, dass man sich halt [...] Also mitunter mal beim Essen sieht, aber ja" (B32: Pos. 80-83)

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Sub-Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
			P1.2c.v Dankbarkeit für Möglichkeit der Reha trotz Corona	Mitarbeitende nahmen bei den Patient:innen eine Dankbarkeit für die Möglichkeit des Rehabilitationsaufenthalts auch während der Pandemie wahr.	Kodierung, wenn Mitarbeitende beschreiben, dass sie den Eindruck haben, Kinder und Jugendliche seien dankbar bzw. froh darüber trotz der Pandemie am Ederhof sein und die Reha in Anspruch nehmen zu können.	"Ja, also bei der Schließung, die Reha, du warst ja da, wo das Haus geschlossen wurde, die waren alle sehr traurig, die haben sich alle sehr sicher bei uns gefühlt und die wollten eigentlich gar nicht abreisen. Also denen war das jetzt-. Die haben natürlich Verständnis gezeigt, es hat da keine Schwierigkeiten gegeben, aber die wären einfach gerne geblieben, weil sie gewusst haben, wo sie eigentlich nach Hause teilweise in Wohnung, wo sie dann gar nicht raus dürfen. Also das war durchwegs überhaupt positiv. Da hat es auch keinen irgendwie negativen Aspekt gegeben, außer dass sie halt schwer nach Hause gefahren sind, sagen wir mal so. Aber das ist natürlich alles auf Verständnis gestoßen. Und beim Wiederaufsperrn oder auch in der jetzigen Situation muss ich auch sagen, die Menschen sind alle froh, dass sie kommen dürfen. Wir haben in der Hinsicht eigentlich null Probleme. Also läuft alles super positiv ab" (B31: Pos. 84)
			P1.2c.vi teilweise starke Verunsicherung	Mitarbeitende nahmen bei den Patient:innen teilweise eine starke Verunsicherung wahr.	Kodierung, wenn Mitarbeitende eine starke Verunsicherung bei den Patient:innen feststellten.	„Eben bei ein paar, die haben [...] einfach nicht die Maske wegtun wollen. Weil die wirklich das Gefühl gehabt haben, also die haben der Sache einfach nicht getraut. Also das waren halt so ein bisschen die älteren eher. Die Kleinkinder haben sowohl mit Maske als auch dann ohne Maske, da habe ich jetzt keinen großen Unterschied gemerkt. Aber manche waren wirklich sehr verunsichert. Und die haben also die Maske immer in

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Sub-Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
						der Therapie auch danach draufgelassen“ (B28: Pos. 64)
	P1.2d Auswirkungen auf das private Umfeld und die persönliche Lebenssituation	P1.2d.i Fehlen sozialer Kontakte	Die persönliche Lebenssituation der Mitarbeitenden war aufgrund der Eindämmungsmaßnahmen vom Fehlen sozialer Kontakte gekennzeichnet.	Kodierung, wenn Mitarbeitende angeben, dass sie soziale Kontakte vermissen bzw. ihre persönliche Lebenssituation im Rahmen der Pandemie und der damit einhergehenden Eindämmungsmaßnahmen vom Fehlen sozialer Kontakte geprägt ist.	„Also die Einschränkung, gerade der Sozialkontakte war eine ganz schmerzhaft Erfahrung. [...] Aber diese Erfahrung ist eine hochspezielle und die konnte ich mir nicht vorstellen, wie sehr sie eigentlich einen auch persönlich belastet“ (B33: Pos. 66)	
		P1.2d.ii stärkeres Verantwortungsgefühl/Eigenverantwortung in Freizeit	Mitarbeitende verspürten ein verstärktes Verantwortungsgefühl in der Freizeit.	Kodierung, wenn Mitarbeitende von einem verstärkten Verantwortungsgefühl/einer höheren Eigenverantwortung in der Freizeit berichteten und sie bspw. konstatierten, im Alltag stark auf die Einhaltung der Regeln zu achten, um dadurch	„Prinzipiell kann man sich in der Freizeit trotzdem immer anstecken. Wenn man sich nicht komplett daheim einsperrt, was glaube ich jetzt die Mitarbeiter schon sehr verantwortungsbewusst sind. Aber es kann trotzdem irgendwie passieren. Und so ganz verhindern kann man es nicht. Das ist irgendwie, ja, komisches Gefühl. Und teilweise auch ist für uns in der Freizeit natürlich auch eine Einschränkung. Für uns Mitarbeiter. [...] Also wir haben wirklich mehr aufzupassen wie vielleicht wer anders“ (B29: Pos. 10)	

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Sub-Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
					einer eigenen Infektion sowie einer Infizierung von Kolleg:innen und Patient:innen vorzubeugen.	
			P1.2d.iii größeres Bewusstsein und Reflexion des eigenen Verhaltens	Die Zeit, in der der Ederhof geschlossen hatte bzw. generell die vermehrte Zeit Zuhause aufgrund der einschränkenden Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie gab für Einige Raum zur Reflexion des eigenen Verhaltens und zur Entstehung eines größeren Bewusstseins.	Kodierung, wenn Mitarbeitende davon berichteten, dass sich die Pandemie sowie die damit einhergehenden Einschränkungen dahingehend auf ihre Lebenssituation ausgewirkt haben, dass sie ihr eigenes Verhalten reflektierten und dadurch ein stärkeres Bewusstsein bspw. im Hinblick auf Konsum entwickelten.	„Es war viel Nachdenken über allgemeine Sachen. Dass man einfach eigentlich so im Umfeld, im familiären auch viel Schönes machen kann, ohne dass man jetzt permanent ins Ausland, also wenn ich jetzt den Urlaub anspreche oder so, Reisen im Ausland, wo man einfach oft so fixiert ist, dass das halt einmal im Jahr dazu gehört, dass man ans Meer fährt oder so. Das ist einfach so ein Umdenken auch passiert. Dass man einfach innerhalb von Österreich oder im Bundesland einfach auch viel machen kann. Und ja, das ganze Konsumverhalten natürlich. Man hat einfach da eine andere Einstellung gekriegt. Alleine wie man einkaufen geht. Oder eigentlich mit, ja, wie wenig man eigentlich braucht, um auch gut leben zu können. Also das waren schon so einige Erkenntnisse, die da, finde ich, was Positives jetzt hinterlassen haben, ja“ (B28: Pos. 12)

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Sub-Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
			P1.2d.iv fehlender Ausgleich durch Wegfall von Hobbys	Die persönliche Lebenssituation der Mitarbeitenden war aufgrund der Eindämmungsmaßnahmen von einem fehlenden Ausgleich durch den Wegfall von Hobbys gekennzeichnet.	Kodierung, wenn Mitarbeitende angaben, dass sie es vermissen, ihren Hobbys nachzugehen und ihnen dadurch der Ausgleich fehle.	„Und plötzlich ist da jemand, der sagt: ‚Du darfst das nicht mehr‘. Also dieses Wegsperrten war eigentlich für mich schon eine große Einschränkung. Zudem ich viel unterwegs bin oder auch Sport mache. Und es war schon eine große Einschränkung. Eigentlich das Schlimmste für mich so, dass man das Haus so gar nicht mehr verlassen durfte und die eigene Gemeinde nicht mehr. Also das war für mich eigentlich so das Schlimmste“ (B30: Pos. 12)
			P1.2d.v Videotelefonie/-konferenzen als Ersatz für sozialen Kontakt	Mitarbeitende nutzten Videotelefonie bzw. -konferenzen als Ersatz für den fehlenden sozialen Kontakt.	Kodierung, wenn Mitarbeitende davon sprachen, dass sie persönlichen Kontakt zu nahestehenden Personen, welcher aufgrund der Kontaktbeschränkungen nicht möglich war, mithilfe von Videotelefonie bzw. -konferenzen o.ä. ersetzen bzw. ausgleichen.	"Weil wir haben halt einfach viel telefoniert, wir haben mit den Freundinnen auch zu so einer Videokonferenz getroffen und haben so-. Es hat ein bisschen gedauert, aber wir haben uns dann zu helfen gewusst, sagen wir mal so" (B31: Pos. 90)
			P1.2d.vi mehr Ruhe	Eine positive Auswirkung auf die persönliche Lebenssituation der Mitarbeitenden	Kodierung, wenn Mitarbeitende berichteten, dass sie aufgrund der	"Ja, einfach man wird, was jetzt mal positiv war, vielleicht einfach so diese Ratslosigkeit, die man oft an den Tag legt, dass man permanent irgendwelche Unternehmungen machen muss oder.

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Sub-Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
				war mehr Ruhe im Alltag aufgrund der Eindämmungsmaßnahmen.	Eindämmungsmaßnahmen mehr Ruhe im Alltag verspürten.	Dass da einfach ein bisschen mehr Ruhe eingekehrt ist in so den allgemeinen Alltagsablauf. Also das kann ich noch so als positiv vermerken" (B28: Pos. 28)
			P1.2.d.vii mehr Familienzeit	Eine positive Auswirkung auf die persönliche Lebenssituation der Mitarbeitenden war mehr Familienzeit aufgrund der Eindämmungsmaßnahmen und der Zeit Zuhause.	Kodierung, wenn Mitarbeitende berichteten, dass sie aufgrund der Eindämmungsmaßnahmen sowie der Zeit Zuhause durch Homeoffice etc. mehr Familienzeit hatten.	"Für mich persönlich jetzt in dieser Zeit, was ich da Positives rausholen kann, ist, dass man einfach wieder gemerkt hat so im Familienverband zu Hause, dass man sich einfach, wie man sich auf ein Minimum auch wieder reduzieren kann. Also ich finde von der Kinderbetreuung zu Hause. In meinem Fall, mein Mann war auch zu Hause, ist das eigentlich ganz gut gelaufen, dass es jetzt keine Belastung war. Dass einfach viel Familienzeit da war" (B28: Pos. 12)
			P1.2.d.viii fehlender Rhythmus durch Wegfall von Arbeitsalltag	Die persönliche Lebenssituation der Mitarbeitenden war aufgrund der Eindämmungsmaßnahmen von einem fehlenden Tagesrhythmus durch den Wegfall des Arbeitsalltags gekennzeichnet.	Kodierung, wenn Mitarbeitende angaben, dass sie ihnen durch den Wegfall des Arbeitsalltags während der Schließzeit bzw. aufgrund der Eindämmungsmaßnahmen der Tagesrhythmus fehle.	"Also das war sicher ganz eine prägende Zeit. Ja. Ja, schwierig. Andererseits hat man aber schon auch gemerkt, dass einfach so ein gewisser Rhythmus, dass einfach auch wie wichtig eigentlich ein Job und eine Arbeit ist, also da war dann dieser Start wieder in die Arbeit gehen zu können, finde ich, auch wieder ganz, ja, man hat das ganz anders wahrgenommen. Dass man einfach wieder wo eingebunden ist, die Arbeitskollegen sieht. Also das habe ich einfach auch gemerkt wie wichtig das eigentlich ist. Und dass mir das einfach auch gut tut" (B28: Pos. 84)

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Sub-Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
			P1.2d.ix mentale Belastung aufgrund von Unsicherheit	Mitarbeitende erlebten im Hinblick auf die persönliche Lebenssituation aufgrund der mit der Pandemie einhergehenden Unsicherheiten eine erhöhte mentale Belastung.	Kodierung, wenn Mitarbeitende angaben, sich aufgrund der Unsicherheiten mental belastet zu sein.	"Ja für mich war es mental schwierig. Es waren einfach zu viele Unsicherheitsfaktoren. Wie das Ganze weitergeht und so. Natürlich hat man jetzt nicht so einen stressigen Arbeitsalltag gehabt wie normal, aber es war einfach die Unsicherheit wie es weitergeht" (B32: Pos. 93)
			P1.2d.x Selbstfürsorge als Coping-Strategie	Mitarbeitende nutzten Selbstfürsorge als Coping-Strategie im Umgang mit der Pandemie.	Kodierung, wenn Mitarbeitende davon berichteten, dass sie bewusst mehr Selbstfürsorge betrieben, um mit der Situation bzw. der Pandemie im Allgemeinen besser umgehen zu können.	„Ja, ich habe dann halt einfach mir To Dos vorgenommen, dass ich nicht so ganz in den Alltag hinein versacke und gar nichts mehr mache. Sondern ich habe mir regelmäßig, also ich bin viel dann, spazieren gehen hat man ja dürfen, ich bin alleine unterwegs gegangen, bin laufen gegangen, spazieren gegangen und habe mir auch so im Haushalt dann, was halt immer so liegen bleibt, wenn man berufstätig ist, die ganzen Sachen vorgenommen und dann durchgeführt und das war dann einfach, ich habe so quasi, ich bin jeden Tag arbeiten gegangen, ich habe halt zuhause gearbeitet. Ich habe viel geputzt [...] und habe eben viel für meine Fitness getan in dieser Zeit und viel für mich persönlich. Sprich, Yoga und solche Sachen. [...] Genau und das hat ganz super funktioniert. Also einfach eine andere Struktur reingebracht, sagen wir mal so“ (B31: Pos. 88)

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Sub-Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
P1.3 praktische Umsetzung der Regelungen und Schutzmaßnahmen	P1.3a Abstandseinhaltung je nach Bereich und Altersgruppe nicht realisierbar			Die Abstandswahrung war je nach Therapiebereich und Altersgruppe nicht realisierbar.	Kodierung, wenn Mitarbeitende davon berichteten, dass die Abstandsregelungen bspw. aufgrund von bestimmten Arbeitsabläufen, räumlichen Kapazitäten oder bei Patient:innen im Kleinkind- oder Jugendalter in der Praxis nicht umsetzbar waren.	„Bei der Psychomotorik zum Beispiel ist es ja, also da haben wir dann ja lang diskutiert und darum dann auch zum Schluss gekommen, dass eine Bewegungseinheit mit Maske ja fast unmöglich ist, weil man ja schwer Luft bekommt dadurch. Und dann auch, ja, wie viel Abstand kannst du bei einem Spiel wirklich einhalten, wenn es um ein Ballspiel geht oder so? Man kommt sich immer wieder näher. Aber wir haben gesagt, im Freien lassen wir das dann wieder okay sein. [...] Und beim Wandern ist es wieder leichter, weil da kann man den Abstand halten und auch die Maske dann eben runtergeben. Das geht ganz gut. Was auch schwierig war, ist halt immer bei unseren Gesprächsrunden gewesen. Das empfinde ich nach wie vor noch schwierig. Weil du einfach mit der Maske, also das ist einfach eine Sprechbarriere“ (B31: Pos. 52)
	P1.3b professionelle Umsetzung			Das Hygiene- und Sicherheitskonzept konnte aus Personalperspektive professionell umgesetzt werden.	Kodierung, wenn Mitarbeitende angaben, dass das Hygiene- und Sicherheitskonzept professionell umgesetzt wurde.	„Also ich glaube, dass wir da sehr professionell das gemacht haben. Also wir haben eben dieses Regelwerk da erstellt und haben eine Kommission eingerichtet. Also [...] jeden Donnerstag seit Ende März praktisch machen wir Videokonferenz. Wo wir uns gegenseitig abstimmen und die neuesten Erkenntnisse einfließen lassen und ja. [...] Ein Vorzeigeprojekt [...] sozusagen. Also es kostet mir von der Verwaltung her, von der Finanzierungsseite ist es total aufwendig, weil wir jede Woche praktisch jeden testen. Also das sind

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Sub-Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
						riesige Kosten und ja die sonstigen Hygienemaßnahmen, also den Aufwand von der Reinigung, nicht nur personell, sondern auch die Reinigungsmittel. Und Desinfektionsmittel und alles, was ich dazu brauche. Masken und so. Aber es scheint sich zu bewähren. Wir haben bis jetzt-, bis jetzt ist alles gut gegangen. Wir haben jetzt glaube ich 500 Tests gemacht und waren alle negativ“ (B32: Pos. 36)
		P1.3c handhabbares Konzept über alle Altersgruppen hinweg		Das Hygiene- und Sicherheitskonzept erwies sich aus Sicht der Mitarbeitenden als für alle Altersgruppen handhabbar.	Kodierung, wenn Mitarbeitende das Hygiene- und Sicherheitskonzept auf Basis ihrer Erfahrungen als über alle Altersgruppen hinweg handhabbar erachteten.	"Weil die ersten beiden Kuren gut gelaufen sind und so bin ich eigentlich mit einer sehr großen Gelassenheit zusammen mit meinem Kollegen in diese Kur hineingegangen. Und es hat sich auch bestätigt, dass das Konzept, dass wir sozusagen weiter fortgeführt haben, handhabbar war und gut geklappt hat. Und das vor dem Hintergrund, dass wir es mit Jugendlichen zu tun hatten. Also wir haben mit einer Personengruppe, die nicht ganz so optimal (unv.) ist, wie Familie" (B33: Pos. 6)
		P1.3d Anfängliche Schwierigkeiten bei der Durchführung von Tests		Mitarbeitende berichteten von anfänglichen Schwierigkeiten bei der Durchführung der Testungen auf SARS-CoV-2.	Kodierung, wenn Mitarbeitende anfänglichen Schwierigkeiten bei der Durchführung der Testungen auf SARS-CoV-2 beschrieben.	"Ja, man hat schon gemerkt, dass man ein bisschen hineinwachsen muss, also man hat dann einfach auch schon im Speziellen mit diesen Abstrichtests und das war schon leichter gesagt als getan. [...] Also muss ich schon sagen, dass das sehr viel mehr Aufwand war und bis man dann auch gesagt hat, ja, genau, so und so mache ich das, hat es schon auch ein bisschen Fehlerquellen

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Sub-Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
						gegeben. Jetzt im Speziellen jetzt bei den Abstrichen, wann ist das gemacht worden, also das war nicht so gut durchdacht, wie es hätte (unv.) wir haben dann einfach Listen, die man abhakt [...] und also das funktioniert jetzt ganz gut. Aber das hat natürlich auch Verbesserungen geben müssen am Anfang. Das muss ich zugeben bezüglich der Abstriche" (B31: Pos. 34)
		P1.3e Überlastung des Personals		Mitarbeitende konstatierten eine Überlastung des Personals durch die zusätzlich zu leistenden Aufgaben im Rahmen des Hygiene- und Sicherheitskonzepts.	Kodierung, wenn Mitarbeitende eine Überlastung des Personals aufgrund der zusätzlich anfallenden Maßnahmen im Rahmen des Reha-Betriebs während der Pandemie feststellten.	„Ja, an und für sich eigentlich laufen alle so ziemlich am Limit, weil [...] es sind ja mehr Arbeitsaufträge, Arbeitsschritte und wir haben ja nicht mehr Personal deswegen gekriegt. Es ist so, es ist eigentlich eine ständige, stetige Überforderung. Man weiß ja oft nicht, wo einem der Kopf steht, wenn man dann wieder die Küche. Zum Beispiel hat man jetzt zwei Essenszeiten, man muss natürlich viel, viel schneller arbeiten, weil du ja das Essen halt dann nicht erst um halb eins auf den Tisch bringen musst, sondern um zwölf schon einmal und dann um eins noch einmal. Und ja, gewisse Sachen gehen ja gar nicht mehr. Das muss man dann zuhause machen [...] Also personell sind wir schon sehr gefordert, finde ich. Und zwar in allen Bereichen, nicht nur in der Pflege. Auch die Reinigung, eh klar. Die müssen öfter desinfizieren, öfter die Handläufe reinigen, es ist alles ja-. Und die Arbeitsschritte dauern auch län-

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Sub-Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
P2 Sicherheit						ger, weil du nach jedem Patienten die Desinfektion machen musst, sondern natürlich ist es arbeitsaufwendiger“ (B31: Pos. 44)
	P2.1 Sicherheitsempfinden	P2.1a hohes Sicherheitsempfinden am Ederhof		Die befragten Mitarbeitenden äußerten ein hohes Sicherheitsempfinden während ihrer Arbeit am Ederhof.	Kodierung, wenn Mitarbeitende Aussagen tätigten, die auf ein hohes Sicherheitsempfinden schließen lassen. D.h. wenn sie angaben, sich auf dem Ederhof (sehr) sicher zu fühlen, bedingt durch bspw. die Testungen oder die implementierten Maßnahmen.	„Also ich fühle mich eigentlich in der Arbeit am sichersten. Weil eben wir diese geschlossene Gruppe haben. Natürlich haben sie auch Freizeit, wo sie Ausflüge machen. Und wo man jetzt nicht weiß, mit welchen Leuten sie in Berührung kommen. Aber sicher weniger als man selbst, ja. Weil man lebt so in der Gegend. Man kennt Leute. Man trifft Leute. Deswegen in der Arbeit fühle ich mich sehr, sehr sicher. Also da habe ich gar keine Angst, irgendwie, dass was passiert“ (B29: Pos. 88) "Und jetzt so mit der Wiederaufnahme oder mit dem Wiedereinstieg und mit dem Anfangen, wie gesagt, wir werden regelmäßig getestet. Das sind einfach so Faktoren, die dann wieder zum Sicherheitsgefühl eben beitragen. Und eben mit diesen Maßnahmen, die wir halt treffen können, hat sich einiges im Lockdown, in dieser Phase das Ganze so ein bisschen setzen können, dass man da nicht mehr so die volle Panik da hat. Sondern einfach, wenn man sich an gewisse Sachen haltet, da ein besseres Gefühl hat, dass es in Ordnung ist wie man jetzt wieder arbeitet“ (B28: Pos. 8)

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Sub-Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
		P2.1b Restriktiko bei täglicher Arbeit im Hinterkopf		Mitarbeitende gaben an, das Restriktiko einer Infektion bei ihrer täglichen Arbeit im Hintergrund im Kopf zu haben.	Kodierung, wenn Mitarbeitende angaben, das Restriktiko einer Infektion bei ihrer täglichen Arbeit im Hintergrund im Kopf zu haben und daher die Bedenken bzgl. der Sicherheit nicht vollständig ablegen zu können.	„Also bin froh, dass wir wieder mehr oder weniger normal im Betrieb sind. Es schwingt natürlich immer ein bisschen Sorge mit, dass noch irgendetwas passiert. Man kann es nicht zu hundert Prozent ausschließen, dass mal ein positiver Fall dabei ist. Die Wahrscheinlichkeit ist größer als null“ (B32: Pos. 40)
		P2.1c Bedenken hinsichtlich Isolation bei pot. Infektion		Aus Personalsicht bleiben Bedenken, wie die Isolation ablaufen kann, falls eine Person auf dem Ederhof positiv auf SARS-CoV-2 getestet wird.	Kodierung, wenn Mitarbeitende Bedenken hinsichtlich des tatsächlichen Ablaufs einer Isolation äußerten, bspw. in Bezug auf die Versorgung und Betreuung, aber auch die Organisation der Rückreise oder die Behandlung im Falle eines schweren Verlaufs.	"Das einzige, was ist, wenn es wirklich mal der Fall wäre, dass wirklich, sagen wir einmal, ein Patient erkranken würde, ja, würde ich sagen, also die Isolation ist nicht optimal geregelt, weil die nicht am Hof ist, sondern eben außerhalb. Also das bedeutet, in Iselsberg drüben ist eine Wohnung, wo dann diese betroffene Familie hin kämen würde. Und das ist für mich natürlich von der Betreuung her nicht optimal gelöst. Weil denen muss man dann das Essen rüberbringen, bla bla bla und ich hoffe, die haben nichts, [...] Weil die sind dann in einer Wohnung und dürfen ja nicht mehr raus. [...] die müssen ja dann-, sollten-, müssen dann nach Hause fahren, aber es sind da so viele Punkte für mich noch offen. Was ist, wenn er schwer erkrankt? Was tun wir mit der Familie dann?" (B31: Pos 40; 42)

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Sub-Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
P2.2 Verständnis/Einstellung ggü. Regelungen und Schutzmaßnahmen		P2.2a adäquat		Die Regelungen und Schutzmaßnahmen im Rahmen des Hygiene- und Sicherheitskonzepts werden von den Mitarbeitenden als adäquat beurteilt, d.h. weder als unter- noch als übertrieben eingestuft.	Kodierung, wenn Mitarbeitende die Maßnahmen und Regelungen als adäquat/angemessen/weder zu viel noch zu wenig o.ä. einstufen. D.h. es bestand kein Wunsch nach härteren oder milderer Maßnahmen und die geltenden Regelungen wurden als nachvollziehbar und notwendig angesehen	„Ja, ich denke mal alles, was dazu dient, dass man jemanden schützen kann, ich glaube die Regelungen, die es halt da gegeben hat, also das kann ich alles nachvollziehen, dass sie das gemacht haben. Und dass man da gewissenhaft ist. Also das finde ich noch gut. Eben diese Temperaturmessung oder halt der Mund-Nasen-Schutz, die Abstände. Einfach auch das regelmäßige Desinfizieren. Ich denke mal eben das ist eine neue Situation. Und alles, was man halt dafür tun kann, das haben sie einfach probiert da oben auch umzusetzen. Und das habe ich auch gut gefunden“ (B28: Pos. 32)
		P2.2b Hinterfragen der Notwendigkeit des Symptomtagebuchs		Die Notwendigkeit des täglichen Ausfüllens des Symptomtagebuchs für Mitarbeitende wurde hinterfragt.	Kodierung, wenn Mitarbeitende die Pflicht, auch als Mitarbeiter:in einen täglichen Symptom-Check durchzuführen und die Symptome im Symptomtagebuch festzuhalten, hinterfragten bzw. dessen Notwendigkeit infrage stellten.	„Das habe ich auch schon mal gefragt, ob man das vielleicht weglassen könnte, weil ich einfach denke, man hat ein gewisses, eine gewisse Eigenverantwortung und wenn ich mich krank fühle, dann weiß ich das und dann bleibe ich daheim beziehungsweise rufe diese COVID-Hotline an. Aber wir müssen das immer noch sammeln und abgeben. Also man muss Zuhause eben Fieber messen und eben diesen Check machen. Also ich würde das vielleicht jetzt nicht mehr machen. Zu Beginn schon, aber das ist das einzige, wo ich sage, das ist, glaube ich, ja, wäre in meinen Augen jetzt nicht mehr nötig, sagen wir mal so“ (B31: Pos. 62)

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Sub-Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
P3 Präferenzen	P3.1 keinerlei Optimierungspotential			Aus Sicht der befragten Mitarbeitenden gab es keinerlei Optimierungspotential für das bestehende Hygiene- und Sicherheitskonzept des Reha-Zentrums Ederhof.	Kodierung, wenn Mitarbeitende explizit angaben, dass es laut ihrer Auffassung keinerlei Verbesserungsmöglichkeiten für das bestehende Sicherheitskonzept des Reha-Zentrums gibt.	"Ja, also was meine Arbeit anbelangt, dadurch, dass ich eben diese Einzelbetreuung habe und eben die Gruppen eh schon gesplittet sind für dieses Morgen aktiv, gibt es da eigentlich gar nicht viel mehr, was man da eigentlich tun kann, finde ich. Bis auf, dass man halt die Sachen stellt, die ich halt dafür benötige, um das umzusetzen. Und das tun sie ja eh" (B28: Pos. 54)
	P3.2 Verbesserungsvorschläge	P3.2a Sicherstellung der weiteren Finanzierung der Tests		Mitarbeitende erachteten die Sicherstellung der weiteren Finanzierung der Tests als entscheidend für die Fortführung der Reha auch unter Pandemiebedingungen.	Kodierung, wenn Mitarbeitende angaben, dass für eine Sicherstellung der weiteren Finanzierung der Tests zu sorgen sei, da nur so gewährleistet werden könne, dass das Reha-Zentrum auch weiterhin Patient:innen und deren Familien auf den Ederhof aufnehmen und dabei für ein hohes Maß an Sicherheit sorgen könne.	"Also, wie sie es unterstützen können, ist, dass sie uns die Tests weiterhin finanzieren. Weil das am wichtigsten ist" (B31: Pos. 47)
		P3.2b mehr personelle Unterstützung		Mitarbeitende wünschten sich mehr personelle Unterstützung,	Kodierung, wenn Mitarbeitende den Wunsch nach mehr	„Also eine Schwester alleine ist schon oft sehr happig in der Zeit. Das muss ich einfach so sagen. Also und da gibt es natürlich auch Stoßzeiten. Das ist gar kein Thema, wo ich sage, da wäre es

Bereich	Oberkategorie	Subkategorie	Sub-Subkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiel
				um Überlastung zu vermeiden bzw. zu kompensieren.	personeller Unterstützung zur Bewältigung der Aufgaben während der Pandemie äußerten.	ganz fein noch eine zweite dabei zu haben, sagen wir mal so“ (B31: Pos. 66)
		P3.2c Reduzierung der Anzahl der Patient:innen pro Reha		Ein Vorschlag aus Personalperspektive war, die Anzahl der Patient:innen pro Reha zu reduzieren.	Kodierung, wenn Mitarbeitende den Vorschlag äußerten, weniger Patient:innen pro Reha aufzunehmen, um die Hygiene- und Sicherheitsmaßnahmen leichter umsetzen zu können.	"Ja, ich glaube einfach, nicht so viele Leute aufzunehmen, um einfach die Arbeit sicherstellen zu können. Die Abstandsregeln einhalten zu können. Und die Kapazitäten, ja, nicht so überstrapazieren. Das wäre so ein Punkt, was es von vielen wahrscheinlich leichter machen würde. Aber ansonsten fällt mir jetzt aktuell nichts ein" (B29: Pos. 56)

TEIL III: ÜBERGREIFENDE DISKUSSION

9. Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Nachstehend werden die zentralen Ergebnisse der vier Artikel zusammengefasst.

Artikel 1 gibt mithilfe einer explorativen qualitativen Bürger:innenbefragung detaillierte Einblicke in das Vorkommen unerfüllter Behandlungswünsche bei gesetzlich und privat Krankenversicherten in Deutschland und konstatiert, dass bei knapp der Hälfte der Befragten unerfüllte Behandlungswünsche vorliegen. Diese finden sich insbesondere in der fachärztlichen sowie zahn-, mund- und kieferheilkundlichen Versorgung. Privatversicherte bzw. Befragte ohne Schulabschluss oder mit Hauptschulabschluss nannten seltener unerfüllte Behandlungswünsche als gesetzlich Versicherte bzw. Personen mit höherem Bildungsniveau. Während ein Gros der Vergleichsstudien unerfüllte Behandlungswünsche vor dem Hintergrund finanzieller Barrieren betrachtet, erweitert die Arbeit die in der Literatur beschriebenen Muster von unerfüllten Behandlungswünschen und deren Gründen. Letztere finden sich sowohl auf der Systemebene als auch auf Akteurebene bei den Leistungserbringenden oder den Patient:innen selbst. Einige der identifizierten unerfüllten Behandlungswünsche lassen sich dabei auf ein Zusammenspiel aus System- und Akteurebene zurückführen. Lange Wartezeiten auf einen Termin oder eine fehlende Erstattung durch die Krankenversicherung bilden in der Untersuchung die Hauptursachen und stehen damit in Einklang mit bisherigen internationalen Studien. Ergänzend identifiziert der Artikel auch Mängel in der Arzt-Patienten-Kommunikation wie beispielsweise das Gefühl der Befragten, nicht ernst genommen zu werden, als relevante Ursache unerfüllter Behandlungswünsche. Basierend auf den skizzierten Ergebnissen erscheint zur Reduktion von unerfüllten Behandlungswünschen sowie zur Verbesserung der Versorgungsgerechtigkeit und -qualität eine integrierte Strategie sinnvoll, die neben den häufigsten Bereichen und Gründen auch die betroffenen Zuordnungsebenen einbezieht.

Mit der **zweiten Publikation** ist es gelungen, unerfüllte Behandlungswünsche für eine spezifischere, vulnerable Zielgruppe – jüngere und ältere Menschen, die in sozial deprivierten Räumen im Ruhrgebiet leben – zu explorieren. Etwa zwei Drittel der interviewten Personen berichteten unerfüllte Behandlungswünsche, die am häufigsten dadurch charakterisiert waren, dass eine Person mit der Leistung nicht (vollständig) zufrieden war, gefolgt von einer nicht erhaltenen Leistung bzw. verzögert erbrachten Leistung. Übereinstimmend mit Artikel 1 lassen sich die meisten unerfüllten Behandlungswünsche der fachärztlichen Versorgung zuschreiben. Abweichend davon bildet die Versorgung durch Hausärzt:innen den zweit- bzw. die zahnmedizinische/kieferorthopädische Versorgung knapp dahinter den dritthäufigsten Versorgungsbereich. Befragte führten Wartezeiten hinsichtlich der Facharztversorgung bzw. Zuzahlungen zu Leistungen vor allem im Kontext der Zahnmedizin und Kieferorthopädie als Begründungen für unerfüllte Behandlungswünsche an. Darüber hinaus werden auch im Rahmen dieser Studie Mängel in der Behandlung sowie der Arzt-Patienten-Kommunikation bei Haus- und Fachärzt:innen, konkret das Gefühl, altersbedingt nicht ernst genommen zu werden, angeführt. Vorrangig wurden unerfüllte Behandlungswünsche von Personen mit mittlerem SSS berichtet. Im Vergleich dazu ist der Anteil bei Befragten mit niedrigem SSS deutlich geringer, und finanzielle Aspekte werden nicht als Ursache genannt. Erklärungsansätze hierfür können etwa eine geringere Gesundheitskompetenz oder die Angst vor Diskreditierung sein. Zusammenfassend liefert der zweite Artikel Hinweise auf Defizite in der regionalen Gesundheitsversorgung von jüngeren und älteren Menschen im Ruhrgebiet. Analog zum ersten Artikel können Handlungsfelder zur Optimierung der regionalen Gesundheitsversorgung an den Versorgungsbereichen, in denen die meisten unerfüllten Behandlungswünsche identifiziert wurden, sowie den häufigsten dargelegten Gründen ansetzen. Hervorzuheben ist in diesem Kon-

text die Arzt-Patienten-Beziehung: Gerade die Kommunikation zwischen Leistungserbringenden und Patient:innen könnte eine Schlüsselrolle zur Verbesserung bilden.

Die **dritte Veröffentlichung** liefert – aufbauend auf der zweiten Publikation – wichtige Einsichten zu unerfüllten Behandlungswünschen, deren Ursachen und Konsequenzen bei Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung, die in einer Einrichtung im Ruhrgebiet betreut werden. Damit liegt die Stärke der Untersuchung darin, dass sie Einblicke in oft marginalisierte Perspektiven gibt – indem sie eine schwer zugängliche, besonders vulnerable Personengruppe in den Mittelpunkt der qualitativen Befragung stellt. Übereinstimmend zu Artikel 1 und 2 konnten auch im Rahmen des dritten Artikels die meisten unerfüllten Behandlungswünsche im Bereich der ambulanten Versorgung identifiziert werden, wobei sich hier insbesondere die hausärztliche Versorgung bzw. die nicht näher spezifizierte ambulante Versorgung als besonders relevant erweisen. Analog zu Artikel 2 sind die meisten unerfüllten Behandlungswünsche auch in der dritten Publikation dadurch charakterisiert, dass Befragte mit der Leistung nicht (zu 100 %) zufrieden waren. Neben Wartezeiten und Mängeln in der Behandlung spielten Mängel in der Arzt-Patienten-Interaktion eine entscheidende Rolle bei der Entstehung von unerfüllten Behandlungswünschen. Letztere manifestieren sich in der Ignoranz gegenüber Patient:innenwünschen sowie in dem – bereits im Rahmen der ersten beiden Artikel identifizierten – Gefühl, nicht ernst genommen zu werden. Am häufigsten mündeten unerfüllte Behandlungswünsche in einem Arztwechsel. Im Rahmen eines multiperspektivischen Ansatzes wurden die Einsichten der Betreuer:innen und Führungskräfte der Einrichtung integriert: Diese bestätigen die skizzierten Problemfelder und weisen auf mangelnde Partizipationsmöglichkeiten ihrer Klient:innen am ärztlichen Gespräch und eine oftmals fehlende Aufklärung hin. Konkrete Handlungsimplicationen könnten auf die Bekanntmachung und den weiteren Ausbau

von bereits bestehenden bedarfsgerechteren Versorgungsangeboten wie Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZE), die Implementierung weiterer Initiativen und die stärkere Vernetzung der in die Versorgung eingebundenen Akteure abzielen. Darüber hinaus könnten Maßnahmen an der Arzt-Patienten-Beziehung ansetzen mit dem Ziel, Kompetenzen der Leistungserbringenden hinsichtlich einer zielgruppenspezifischen Kommunikation zu fördern sowie einen adäquaten zeitlichen Rahmen mit besseren Partizipationsmöglichkeiten für die Patient:innen zu schaffen.

Der **vierte Artikel** kommt zu dem Schluss, dass eine sichere Rehabilitation für immunsupprimierte Kinder vor und nach Organtransplantationen und deren Familien während der SARS-CoV-2-Pandemie unter der Voraussetzung eines konklusiven Hygiene- und Sicherheitskonzepts möglich ist. Die Interviews mit Kindern und deren Erziehungsberechtigten zeigen, dass das Angebot einer familienorientierten Rehabilitation im Zusammenhang mit erkrankungs- und pandemiebedingten Sorgen eine deutliche Entlastung bot. Die Zeit Zuhause während des Lockdowns war für die Familien von Verunsicherung, einer als belastend empfundenen sozialen Isolation und dem Wegfall gewohnter Strukturen geprägt. Besonders daraus begründeten sich Dankbarkeit und Freude über die Möglichkeit zur Wiederaufnahme des Rehabetriebs und der Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme. Insbesondere der soziale Austausch in einem sicheren Umfeld schien eine zentrale Rolle im Umgang mit der Pandemie und den damit verbundenen Ängsten zu spielen. Für immunsupprimierte Kinder waren in diesem Kontext das Gemeinschaftserlebnis sowie der Kontakt zu Gleichaltrigen von besonderer Bedeutung. Neben Bedenken bezüglich einer erneuten sozialen Isolation war die Rückkehr nach Hause bei den Familien auch mit Sorgen bezüglich der medizinischen Versorgung sowie generellen Unsicherheiten verbunden. Hier wird ein spezifischer Unterstützungsbedarf für Eltern auch über die Rehabilitationsmaßnahme hinaus deutlich: Die Kontinuität der

Behandlung sowie der medizinischen und psychosozialen Begleitung vor und nach der Rehabilitation im häuslichen Umfeld sicherzustellen und den „geschützten Raum“, den im vorliegenden Fall das Reha-Zentrum bildete, auch über die Pandemie hinaus, in das Zuhause der Familien zu übertragen, ist somit ein Desiderat. Eine stärkere Vernetzung und interdisziplinäre Zusammenarbeit der in die Versorgung eingebundenen Leistungserbringenden können Ausgangspunkte eines umfassenden Unterstützungskontinuums bilden.

Die Ergebnisse des vierten Artikels weisen **Parallelen** zu den Erkenntnissen der vorgenannten Artikel auf. Es ist anzunehmen, dass sich während der Pandemie bei Familien mit immunsupprimierten Kindern vor und nach Organtransplantationen unerfüllte Behandlungswünsche entwickelten. Insbesondere die fehlende Möglichkeit zur Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen während des Lockdowns stellte eine erhebliche Belastung dar. Hinzu kamen eine verstärkte soziale Isolation und negative psychosoziale Auswirkungen sowie eine omnipräsente Angst vor einer Infektion mit SARS-CoV-2 bei einem besonders vulnerablen Patient:innenklientel. Die Teilnahme an der Rehabilitationsmaßnahme und die Möglichkeit, dass Kinder und ihre Familien wieder soziale Kontakte knüpfen und sich in einem geschützten Raum mit anderen austauschen konnten, trug dazu bei, bestehende unerfüllte Behandlungswünsche aufzulösen. Gleichwohl blieb auch nach der Rehabilitation ein spezifischer Unterstützungsbedarf bestehen, da viele Familien mit der Sorge in den Alltag zurückkehrten, dass sich die Versorgungs- und Lebenssituation außerhalb des geschützten Rahmens der Rehabilitationsmaßnahme – nicht zuletzt aufgrund des höheren Infektionsrisikos sowie der weiterhin geltenden Einschränkungen – verschlechtern könnte. Die Kontinuität der medizinischen, psychosozialen und kommunikativen Begleitung auch im häuslichen Umfeld zu gewährleisten, könnte als unerfüllter Behandlungswunsch nach der Rehabilitation gedeutet werden. All-

gemein hebt sich die familienorientierte Rehabilitation, die im vierten Artikel analysiert wird, als Beispiel einer gelungenen zielgruppengerechten Versorgung hervor. Ein zentraler Erfolgsfaktor war die differenzierte und auf die Bedürfnisse der Zielgruppe abgestimmte Aufklärung und Kommunikation durch das Personal der Einrichtung. Diese trug wesentlich dazu bei, dass Eltern Vertrauen in die Einhaltung des Hygiene- und Sicherheitskonzepts sowie in das verantwortungsvolle Handeln der Mitarbeitenden entwickeln konnten. Darüber hinaus ermöglichte der Austausch mit den Mitarbeitenden eine Relativierung pandemiebedingter Ängste, was insbesondere für stark verunsicherte Familien eine erhebliche Entlastung darstellte. Diese Ergebnisse betonen erneut die in den vorherigen Artikeln hervorgehobene Bedeutung kommunikationsbezogener Aspekte in der Gesundheitsversorgung. Eine fundierte und auf die Zielgruppe abgestimmte Kommunikation erweist sich nicht nur als ein geeignetes Mittel, um Unsicherheiten zu reduzieren, sondern kann auch dazu beitragen, unerfüllte Behandlungswünsche gezielt zu adressieren und aufzulösen.

In einer **übergreifenden Betrachtung** zeigen die ersten drei Artikel ähnliche Muster unerfüllter Behandlungswünsche auf. Dabei werden regelmäßig Defizite in der Kommunikation zwischen Patient:innen und Leistungserbringenden sowie strukturelle Barrieren wie lange Wartezeiten oder fehlende Erstattungen von Leistungen durch die Krankenversicherungen als zentrale Ursachen identifiziert. Gleichwohl erfordern die Ergebnisse eine differenzierte Interpretation. Es ist von essenzieller Bedeutung, die spezifischen Bedürfnisse, Lebensrealitäten und Rahmenbedingungen der jeweiligen Zielgruppen in den Fokus zu rücken. Eine unreflektierte Generalisierung der Erkenntnisse oder eine Übertragung allgemeiner Erkenntnisse auf vulnerable Gruppen würde den komplexen Anforderungen an eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gerecht. Vielmehr gilt es, entsprechende (vulnerable) Zielgruppen einzubinden, um passgenaue Handlungsimplicationen zu entwickeln, die

sowohl die strukturellen Rahmenbedingungen als auch die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen berücksichtigen. Nur so können die Versorgungsgerechtigkeit und -qualität nachhaltig verbessert werden.

10. Limitationen und weiterführender Forschungsbedarf

Alle vier in diese Dissertation eingebrachten Artikel basieren im Wesentlichen auf einem qualitativen, vorwiegend explorativ ausgerichteten Forschungsdesign, welches detaillierte, differenzierte Erkenntnisse ermöglicht. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass diese weder als abschließend noch als verallgemeinerbar zu betrachten sind. Limitationen ergeben sich insbesondere aus der Stichprobengröße und -zusammensetzung der Untersuchungen.

Im Rahmen der explorativen Bürger:innenbefragung in Artikel 1 konnte – vor allem im Hinblick auf den qualitativen Ansatz – auf eine besonders große Anzahl an Interviews ($n = 332$) zurückgegriffen werden, wobei die Geschlechterverteilung annähernd der Verteilung in der deutschen Bevölkerung zum Zeitpunkt der Datenerhebung entsprach. Hinsichtlich der Krankenversicherungsart zeigt sich aber eine Überrepräsentation von privat Krankenversicherten und in Bezug auf den Bildungsstand eine Unterrepräsentation von Personen ohne Schulabschluss oder mit Hauptschulabschluss. Mögliche Verzerrungen sind bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen. Dies gilt auch für den Befragungszeitraum, welcher bereits mehrere Jahre zurückliegt, was die Aussagekraft bezüglich der gegenwärtigen Situation einschränkt.

Artikel 2 und 3 basieren im Vergleich zu Artikel 1 auf einer geringeren Anzahl an Interviews ($n = 29$ bzw. $n = 11$), die sich zum einen dadurch erklären lässt, dass hierbei schwer erreichbare Zielgruppen in den Fokus der Befragung gestellt wurden. Zum anderen fand die Rekrutierung und Datenerhebung während der SARS-CoV-2-Pandemie statt, wodurch die Möglichkeiten zur Gewinnung weiterer Interviewpartner:innen erheblich eingeschränkt waren. Der Anteil von jüngeren Personen sowie von Menschen mit niedrigem SSS fällt in Artikel 2 vergleichsweise gering aus. Im Rahmen des dritten Artikels musste ein Großteil der Interviews mit Men-

schen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung ausgeschlossen werden. Dies hat zur Folge, dass deren Perspektive lediglich auf Basis von fünf Interviews Berücksichtigung fand. Wie bereits in Kapitel 7 beschrieben wäre hier eine Anschlussstudie wünschenswert, welche die skizzierten Verbesserungsvorschläge hinsichtlich des methodischen Vorgehens abbildet.

Allgemein ist darauf hinzuweisen, dass die dargestellten unerfüllten Behandlungswünsche in Artikel 1 bis 3 die subjektive Wahrnehmung der Befragten widerspiegeln und sich von objektiven Behandlungsbedarfen unterscheiden können.

Zu den Stärken dieser Arbeit gehört, dass die ersten drei Artikeln das in der Forschungsliteratur beschriebene Spektrum unerfüllter Behandlungswünsche erweitern konnten. Besonders hervorzuheben ist neben einer detaillierten Beschreibung der Versorgungs- und Interventionsbereiche der differenzierte Blick auf die Ursachen.

Basierend auf den eingebrachten Artikeln gehen unerfüllte Behandlungswünsche auf systembedingte wie individuelle Gründe zurück. Während Artikel 1 zwischen der System- und der Akteurebene unterscheidet, wird in Artikel 2 und 3 eine Differenzierung zwischen Krankenversicherung, Leistungserbringenden und Patient:innen vorgenommen. In allen Artikeln wird klar, dass unerfüllte Behandlungswünsche aus einem Zusammenspiel an Ursachen, die den verschiedenen Stakeholdern bzw. Ebenen zugeordnet werden können, hervorgehen können. Entsprechend ist eine integrierte Strategie zum Abbau von unerfüllten Behandlungswünschen notwendig.

Handlungsfelder zur Verbesserung der Versorgungsgerechtigkeit und -qualität ergeben sich aus den meistgenannten und drängendsten Versorgungsbereichen und Gründen. Maßnahmen könnten z. B. darauf abzielen, Wartezeiten bei Fachärzt:innen zu reduzieren. Lösungsansätze hierfür reichen von Reformen zur Verteilung der Kassensitze bis hin zu Maßnahmen zur KI-gestützten Terminvergabe. Darüber

hinaus könnten Interventionen die Arzt-Patienten-Beziehung und -Kommunikation stärken und Schulungsangebote für Leistungserbringende zur zielgruppengerechten Kommunikation auf der einen und niederschwellige Angebote zur Informationsvermittlung und Förderung von Gesundheitskompetenz für Patient:innen auf der anderen Seite umfassen.

Die Synopse der Artikel 1 bis 3 offenbart ähnliche Muster unerfüllter Behandlungswünsche und deren Ursachen. Dies könnte als Hinweis verstanden werden, dass die Erkenntnisse gegebenenfalls auch auf weitere (vulnerable) Gruppen, wie z. B. Personen mit anderen chronischen Erkrankungen oder Migrant:innen (siehe dazu auch Kapitel 2) übertragbar sind. Damit können die präsentierten Erkenntnisse auch als Grundlage für weiterführende Untersuchungen mit spezifischen Zielgruppen verstanden werden. Darüber hinaus können sie eine Basis für quantitative Studien bilden, die zeitliche Trends und Auswirkungen von Reformen auf unerfüllte Behandlungswünsche in Deutschland im Rahmen einer Längsschnittbetrachtung analysieren.

Bei der Interpretation des Artikels 4 ist ebenfalls zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse aufgrund des spezifischen Patient:innenklientels in einem Einzelsetting und des explorativen, qualitativen Forschungsansatzes kontextspezifisch sind. Eine Verallgemeinerung auf andere Kontexte war jedoch nicht intendiert, sondern vielmehr eine Evaluation und eine detaillierte Analyse des Erlebens und des Sicherheitsempfindens der Zielgruppe. Anknüpfungspunkte für weiterführende Studien könnte die Sicherstellung einer psychosozialen Begleitung bzw. Unterstützung von Kindern und Jugendlichen sowie deren Familien vor und nach Organtransplantationen über die Rehabilitation auf dem Ederhof hinaus bieten.

Zusammenfassend erweitert diese Dissertationsschrift die bestehende Forschungsliteratur zu Zugangs- und Inanspruchnahmebarrieren im Gesundheitswesen und

liefert neue Erkenntnisse für eine bedarfsgerechte und zielgruppenspezifische Versorgung vulnerabler Personengruppen. Die Ergebnisse identifizieren zentrale Handlungsfelder zur Verbesserung der Versorgungsgerechtigkeit und bieten eine fundierte Grundlage für weiterführende Forschungsarbeiten.