

Zugangswege zur pneumologischen Rehabilitation in Österreich

C. Puelacher und R.H. Zwick

Zusammenfassung/ Praxistipps

In Österreich wird traditionell die Pensionsversicherung (PV) mit den Agenden der Rehabilitation in Verbindung gebracht. Das hat organisatorische Wurzeln, liegt aber auch an der Tatsache, dass die PV über eine große Anzahl eigener Sonderkrankenanstalten zur Rehabilitation verfügt.

Der Anteil der pneumologischen Rehabilitationen bewegt sich traditionell zahlenmäßig auf niedrigerem Niveau. In eigenen Einrichtungen der Pensionsversicherung betrug 2012 im Gegensatz zu kardiologischen Rehabilitationen (16,7%) die pneumologische Rehabilitation nur 7,1 % aller medizinischen Maßnahmen. Gibt es verbesserbare Hürden?

Die Frühintervention

Versicherte, die aufgrund einer Lungenerkrankung seit mindestens 28 Tagen durchgehend arbeitsunfähig sind, sind vom Krankenversicherungsträger zu einem freiwilligen Beratungsgespräch einzuladen und auf bestehende Präventions-, Frühinterventions- und Rehabilitationsmaßnahmen aufmerksam zu machen.

Zugang zur Phase-I-Rehabilitation

„Phase I bezeichnet die Frührehabilitation im Akutkrankenhaus. Diese umfasst physikalisch therapeutische Einzelmaßnahmen, funktionsorientierte physikalische Therapie, physikalisch-medizinische Komplexbehandlung sowie den Einsatz weiterer Therapiebereiche (Ergotherapie, Psychotherapie, Logotherapie in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen und in unterschiedlichem Zeitaufwand). Phase-I-Rehabilitation sollte an allen pneumologischen und internistischen Abteilungen angeboten werden, zumal der überwiegende Teil der Patienten in allgemeinen internistischen Stationen untergebracht ist. Eine adäquate Versorgung in Fachabteilungen darf nach dem Stand der medizinischen Behandlung vom Patienten durchaus erwartet bzw. gefordert werden.“

In Abteilungen mit funktionierender Phase-I-Rehabilitation ist die Eingliederung des Patienten in die Rehabilitationskette sowie die Weiterleitung an eine pneumologische Rehabilitationseinrichtung selbstredend. Für den behandelnden Arzt bedeutet es derzeit einen zeitlichen und organisatorischen Mehraufwand, noch vor der Entlassung dem Erkrankten das Wesen einer Rehabilitation (Training, Schulung, Copingstrategien, ...) und die Rehabilitationsnotwendigkeit zu erklären. Schon

zu diesem Zeitpunkt können Rehabilitationsziele (Lebensstiländerung, ...) formuliert werden. Besonders komplexe Krankheitsbilder können unter Einbeziehung des Entlassungsmanagements und des Case-Managers der Versicherung mit dem Rehabilitationsteamleiter besprochen werden. Dies insbesondere dann, wenn eine Lungenerkrankung (z.B. COPD) als Teil einer Systemerkrankung begriffen wird und die Myopathie oder Kachexie eine IA-Indikation darstellt.

Noch zu selten werden interstitielle Lungenerkrankungen, onkologische (vor, während, nach, im Langzeitverlauf) Therapien oder thoraxchirurgische Eingriffe, in Anlehnung an das Tumorboard, in einem Rehabilitationsboard erörtert – hier könnte der Ausbau von eHealth-Strukturen Abhilfe schaffen.

2

Phase II

Die Phase II folgt im Anschluss an das Akutkrankenhaus (= Anschlussheilverfahren – AHV) oder nach einer akuten Krankenbehandlung im extramuralen Bereich (Rehabilitationsheilverfahren). Der Übergang in die stationäre Rehabilitation erfolgt bei AHV entweder unmittelbar bzw. innerhalb 12 Wochen im Anschluss an den Spitalsaufenthalt oder nach einer rehabilitationsrelevanten Krankenbehandlung. Die ambulante Rehabilitation stellt in dieser Phase eine Alternative zur stationären Rehabilitation dar.

Anschlussheilverfahren werden derzeit eher noch mit Unfallereignissen als mit pneumologischen Erkrankungen in Verbindung gebracht.

2014 hat der Chefärztliche Dienst der Pensionsversicherungsanstalt in einer Broschüre folgende Ziele für ein Anschlussheilverfahren formuliert: integrierte Versorgung und optimale Nahtstellenfunktion.

Zur **Verkürzung des Verfahrensablaufes** wird folgendes Procedere empfohlen:

1. Frühzeitige Antragsstellung auf AHV.
2. Direkte Antragsstellung in einem der pneumologischen Rehabilitationszentren bzw. in der zuständigen Landesstelle.
3. Nominierung von (wenigen) zuständigen Mitarbeitern des Stammpersonals.
4. Direkter Kontakt zu dem für AHV zuständigen Mitarbeiter der PV.
5. Verwendung des AHV-Antrages (■■■Download als pdf im Online-Material■■■) – vollständig ausgefüllt.
6. Übermittlung elektronisch oder per Fax.

Antrag auf Anschlussheilverfahren

Das AHV soll eine unkomplizierte und rasche Übernahme des Patienten durch eine Rehabilitationseinrichtung ermöglichen. Es handelt sich um ein eigenes Formular, welches vom Krankenhaus/Facharzt ausgefüllt wird. AHV wird nach einem Akutereignis gewährt und ermöglicht in enger Zusammenarbeit zwischen behandelndem Arzt, Versicherer und Rehabilitationseinrichtung eine umgehende Übernahme. Ein Anschlussheilverfahren kann stationär oder ambulant abgewickelt werden.

Ein **Antrag auf Rehabilitationsheilverfahren** wird durch eine Krankenhausambulanz, den niedergelassenen Facharzt oder Arzt für Allgemeinmedizin bei der PV oder SV gestellt. Der Antrag (Kur-, Heil-, Rehabilitationsverfahren) kann an die PV oder die SV geschickt werden. Nach Prüfung der Zuständigkeit wird dieser automatisch an die zuständige Versicherung weitergeleitet. Die Antragstellung sollte in ca. 2 – 4 Wochen bearbeitet sein.

Phase III

„Die Rehabilitation in Phase III des Rehabilitationsprozesses erfolgt in Form von ambulanter Rehabilitation und dient der Stabilisierung der in Phase II erreichten Effekte sowie der langfristig positiven Veränderung des Lebensstiles zur Verhinderung der Progression der bestehenden Erkrankung bzw. zur Vermeidung neuer Erkrankungen. Sie kann nur im Anschluss an die Phase II durchgeführt werden und soll wohnortnah stattfinden.“

Ambulante Einrichtungen bestehen derzeit nur in den Ballungszentren und können damit nur jene Rehabilitanden versorgen, die zwischen 30 und 45 Minuten einfache Wegstrecke vom Rehabilitationszentrum entfernt wohnhaft sind.

Phase IV

„Diese Phase bezeichnet die langfristig ambulante Nachsorge, die ohne ärztliche Aufsicht erfolgen und wohnortnah stattfinden kann. Für diese Phase wird auch der Begriff Langzeitrehabilitation verwendet. In dieser Phase ist grundsätzlich die Eigenverantwortlichkeit der Patientinnen und Patienten gefordert.“

Die Phase IV ist in Österreich kaum existent. Im Gegensatz zu relativ gut organisierten Herzsportgruppen bestehen in Österreich nur vereinzelt lokale Initiativen. Eine Struktur oder Vorgaben für die Betreuung fehlen derzeit noch.

Österreichisches Spezifikum in der ambulanten Rehabilitation

Im § 300 bis 307 ASVG ist die Zuständigkeit der PV für Rehabilitation angeführt. Die PV ist somit für die Finanzie-

rung der Rehabilitation der Erwerbstätigen im stationären und ambulanten Bereich zuständig. Allerdings kann die PV unter Berücksichtigung der Auslastung der eigenen Einrichtungen auch Angehörige und Pensionisten oder Beziehern von Waisenrenten Maßnahmen der Rehabilitation gewähren. Dies bedeutet in der Praxis, dass die medizinische Rehabilitation von Pensionisten größtenteils von der PV durchgeführt wird! Andererseits muss derzeit die ambulante Rehabilitation von den SV, nach pflichtgemäßem Ermessen (Pflichtaufgabe), finanziert werden. Das hat in der Vergangenheit in Einzelfällen dazu geführt, dass Anträge für ambulante Rehabilitationen abgelehnt und/oder in stationäre Rehabilitationen umgewandelt wurden.

Bei einigen SV bestehen „kasseneigene“ Einrichtungen, was in der Vergangenheit bisweilen dazu geführt hat, dass kasseneigene stationäre Einrichtungen zugunsten von ambulanten Rehabilitationen bevorzugt bedient wurden. Andere SV führen ambulante Verfahren prinzipiell nicht durch und Rehabilitanden werden nur in eigenen Einrichtungen stationär behandelt.

Nur in wenigen Bundesländern gibt es bilaterale Verträge zwischen SV und PV, eigenen bzw. privaten Anbietern. Es bleibt zu hoffen, dass sich diese Ungleichbehandlungen in Zukunft auf nationaler Ebene lösen und damit der Zugang zu allen Rehabilitationseinrichtungen für alle Österreicher in gleichem Umfang möglich sein wird. (RKK 2005 § 12a avsv 85/2016).

2-aus-5-Regel (RRK 2005 § 11 (3))

Die 2-aus-5-Regel besagt, dass in 5 Jahren 2 Rehabilitationen als freiwillige Leistung der Sozialversicherung bezahlt werden.

„Mehr als 2 Aufenthalte innerhalb von 5 Kalenderjahren werden nur bei besonderer medizinischer Begründung

erbracht“. Ausgenommen von der 2-aus-5-Regel sind Anschlussheilverfahren (RKK 2005 § 12 (2)).

Reise- und Transportkosten

Reisekosten werden in Zusammenhang mit stationären Behandlungen in der Höhe des billigsten zumutbaren öffentlichen Verkehrsmittels übernommen, wenn das monatliche Bruttoeinkommen unter einem bestimmten Wert der Höchstbeitragsgrundlage liegt. Transportkosten werden nach Maßgabe des Chefärztlichen Dienstes übernommen. Transportkosten zu ambulanten Rehabilitationseinrichtungen werden bisher grundsätzlich nicht übernommen.

4

Probleme und Chancen auf dem Weg zur pneumologischen Rehabilitation

Patient

Im Gegensatz zu kardialen Patienten scheint der pneumologische Patient weniger rehabilitationsaffin. Inwieweit hier Unterschiede bestehen, könnte Thema von wissenschaftlichen Forschungen werden.

Krankenhausarzt

Im Rahmen der Ausbildung zum Mediziner in Österreich wird Rehabilitation im Sinne einer internistisch/pneumologischen Rehabilitation nicht gelehrt. In der Medizin waren die letzten Jahrzehnte geprägt von einem überproportionalen Stellenwert der medikamentösen Therapie. Dies

hat dazu geführt, dass die nichtmedikamentöse medizinische Therapie zu einem Randthema geworden ist. Phase-I-Rehabilitation wird kaum angeboten. Laufende hohe administrative Anforderungen lassen wenig Raum für ärztliche Aufklärung über Rehabilitation und zusätzliche administrative Arbeit wie das Ausfüllen eines Antragsformulars.

Entlassungsmanagement

Idealerweise sollte beim ersten stationären Aufenthalt wegen einer Lungenerkrankung die Rehabilitationsschiene gelegt werden, um möglichst frühzeitig den Krankheitsprozess zu stoppen und damit einen potenziellen Drehtürpatienten zu vermeiden. In der täglichen Praxis wird das Entlassungsmanagement oft erst sehr spät und dann aktiviert, wenn es zum Beispiel um die Organisation eines Heimplatzes oder palliativen Settings geht.

Niedergelassener Facharzt

Im niedergelassenen Bereich fehlt bisweilen die Zeit, ein ausführliches Gespräch über Rehabilitationsmaßnahmen zu führen. Im Gegensatz zu den deutschen Abrechnungsmöglichkeiten (ca. 28,00 €) gibt es keine Position in Österreich, um den Mehraufwand eines Rehabilitationsgespräches und einer Antragsstellung abzurechnen. Erfreulicherweise bringen immer mehr gut fortgebildete Kollegen Zeit für diese medizinische Tätigkeit auf.

Arzt für Allgemeinmedizin

Auch beim praktischen Arzt spielt der Faktor Zeit die entscheidende Rolle.

Praktisches Vorgehen

Der Antrag auf Rehabilitations-, Kurz- bzw. Erholungsaufenthalt kann in Papierform von der Pensionsversicherung angefordert oder im Internet downgeloadet werden (■■■■Download als pdf im Online-Material■■■■). Elektronische Anträge können bereits in der Krankenhaus-EDV oder in der Praxis-Software vorhanden sein.

Seite 1 beinhaltet Patientenstammdaten und ist vom Patienten auszufüllen. Es bewährt sich, beim Ausfüllen kundige Hilfe zur Verfügung zu stellen (z.B. Entlassungsmanagement/Ordinationsassistentin). Der ausgefüllte Antrag muss vom Patienten unterschrieben sein.

Vom Arzt ist die Seite 2 auszufüllen. Dabei müssen die aktuelle Vorgeschichte, soweit relevant, und die antragsrelevanten Diagnosen angegeben werden. Maßgebliche Befunde und Funktionseinschränkungen (Lungenfunktion, TX-Röntgen, Belastungstest, Echokardiografie, Zusatzkrankungen, ...) stellen eine Grundlage für die Genehmigung dar. Die Beilage eines aktuellen Arztbriefes (stationärer Aufenthalt/Facharztstellungnahme) und der aktuellen Medikamentenliste erleichtert die chefärztliche Stellungnahme. Manche SV verlangen eine fachärztliche Stellungnahme insbesondere dann, wenn der Antrag durch den Arzt für Allgemeinmedizin gestellt wird. In diesem Zusammenhang wird auch darauf hingewiesen, dass eine entsprechende Begründung der vorgeschlagenen Maßnahme (Erhaltung der Arbeitsfähigkeit, Verbesserung der Leistungsfähigkeit, Nikotinentwöhnung, Muskelaufbau bei Sarkopenie ... oder soziale Indikationen) erforderlich ist. Dem Vorschlag für die Art des Verfahrens und für die gewünschte Einrichtung (ambulant, stationär, spezielle Sonderkrankenanstalt) wird üblicherweise Folge geleistet.

Der Antrag kann elektronisch, per Fax oder postalisch an die PV oder jede SV ge-

schickt werden. Bei Unzuständigkeit wird der Antrag an die zuständige Versicherung weitergeleitet. Die Bearbeitung dauert üblicherweise 2 – 3 Wochen.

Ablehnende Stellungnahme des Chefärztlichen Dienstes

Bei einer Ablehnung des Antrags wird der einreichende Patient schriftlich per Bescheid verständigt. Der Grund der Ablehnung ist im Schreiben vermerkt.

Positive Stellungnahme des Chefärztlichen Dienstes

Bei einer Genehmigung der Kostenübernahme durch den Versicherer werden der Patient und die zuständige Rehabilitationseinrichtung schriftlich/elektronisch verständigt. Die Rehabilitationseinrichtung hat daraufhin 14 Tage Zeit, mit dem Patienten in Verbindung zu treten und den weiteren Ablauf auszumachen. Bis zum Antritt der Rehabilitationsmaßnahme dürfen nicht mehr als 4 Monate, bei sonstigem Verfall der Genehmigung, vergehen.

Ausblicke in die Zukunft

So komplex wie die Strukturen und Prozesse im Gesundheitswesen derzeit sind, so komplex ist auch die gesetzliche Grundlage in Österreich. Eine Strukturreform, wie sie politisch schon seit Jahrzehnten gefordert wird, wurde nie umgesetzt. Die wissenschaftliche Evidenz konnte die Effektivität von Rehabilitationsmaßnahmen gerade bei chronischen Erkrankungen belegen, wo diese deutlich über denen von medikamentösen oder interventionellen Therapieformen liegt. Prävention spielt also eine immer größere Rolle und wird

von vielen Staaten in den Mittelpunkt gesundheitspolitischer Planungen gestellt. Die neuen digitalen Technologien könnten einiges verändern. Vielleicht haben wir in Zukunft automatisierte Prozesse, innerhalb derer ein Patient, der mit einer COPD-Exazerbation stationär aufgenommen wird, unmittelbar (z.B. aufgrund seines ICD-Codes, der elektronisch an die PV übermittelt wird) und ohne hohen administrativen Zeitaufwand einer Phase-II-Rehabilitation zugeführt wird.



Zusatz- und Online-Material

- pdf-Rehabilitationsantrag zum Bearbeiten als Download
- WebsitederPensionsversicherung: www.pensionsversicherung.at
- Rehabilitationskompass aller stationärer Einrichtungen in Österreich: <https://rehakompass.goeg.at>
- Gesetzestext ASVG: <https://www.jusline.at/gesetz/asvg/paragraf/300>
- <https://www.jusline.at/gesetz/asvg/paragraf/154a>
- <https://www.jusline.at/gesetz/asvg/paragraf/198>

