Pneumologische Rehabilitation 2017

Gut zu wissen

Wie finde ich eine geeignete Rehabilitationsklinik?

Gebe ich aktuell (durch Redaktion geprüft am 10.07.2017) in Google das Suchwort „Rehabilitationskliniken" ein, wird als erstes das Internetverzeichnis www.rehakliniken.de der Medizinischen Medien Informations GmbH in Neu-Isenburg angezeigt. In der dortigen Suchmaske „Erkrankungen der Atmungsorgane" eingegeben, erhalte ich insgesamt 231 Ergebnisse.

Verfeinere ich meine Suche bei Google und nutze ich Suchbegriffe „Rehabilitationskliniken" und „Atemwegserkrankungen", finde ich an dritter Stelle das Verzeichnis der Deutschen Atemwegsliga e.V. – www.atemwegsliga.de. Dort habe ich die Möglichkeit, mir z. B. alle Rehabilitationskliniken für Erwachsene anzeigen zu lassen. Die Anzeige für dieses Suchkriterium umfasst 54 Kliniken in Deutschland und eine Klinik in der Schweiz.

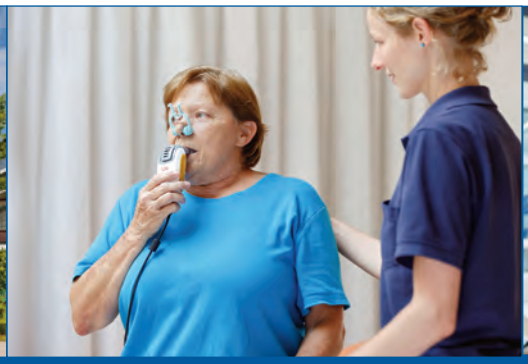
Eine weitere Möglichkeit, mehr über Rehabilitationskliniken, die auf Atemwegserkrankungen spezialisiert sind, zu erfahren, finde ich nach kostenfreier Anmeldung auf der Internetseite www.lungenemphysem-copd.de der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland. In der Rubrik „Erfahrungsberichte" sind persönliche Eindrücke von Patienten und Hinweise zu den durchgeführten Maßnahmen hinterlegt. Insgesamt 43 Orte, alphabethisch sortiert, mit pneumologischen Rehakliniken werden angezeigt.

Was ist wichtig, was sollten Patienten bei der Suche nach einer geeigneten Rehabilitationsklinik wissen und beachten? Im Gespräch mit **Professor Dr. Klaus Kenn**, Professor für Pneumologische Rehabilitation in Marburg und Chefarzt der Schön Klinik Berchtesgadener Land, Rehabilitationsklinik für Pneumologie, Allergologie und Schlafmedizin in Schönau am Königssee, erfahren wir mehr.

Was sollte ich als Patient grundsätzlich zur pneumologischen Rehabilitation wissen?
Momentan findet sich in Deutschland ein sehr weit auseinanderdriftendes Angebot zur pneumologischen Rehabilitation hinsichtlich Leistungen, Therapiemaßnahmen und Qualität. Ein Nachweis bestimmter Mindest- und Qualitätsvorgaben ist nicht zwingend notwendig, um eine pneumologische Reha anbieten zu können.
Somit ist ein einheitlicher, gleicher Standard aller Kliniken, die eine pneumologische Rehabilitation anbieten, nicht gewährleistet.

Gleichwohl haben wir auf nationaler und internationaler Ebene klare Definitionen und Empfehlungen für ein bestmögliches multidisziplinäres therapeutisches Vorgehen im Rahmen einer pneumologischen Rehabilitation. Demnach sollte eine pneumologische Rehabilitation, nach Aufarbeiten des individuellen gesundheitlichen Status des Patienten und der dazu notwendigen Diagnostik die Erstellung und Einleitung eines Therapieplans enthalten, dessen Maßnahmen im Verlauf der Rehabilitation durch fachlich ausreichend qualifizierte Ärzte und Therapeuten kontrolliert und immer wieder angepasst werden. Sowohl am Anfang wie auch am Ende einer Reha sollten Leistungsmessungen (Outcome-Messungen) erfolgen, die den Erfolg der durchgeführten Maßnahmen überprüfen und dokumentieren. Immanenter Bestandteil der Reha sollte zudem die Motivation hin zu einer grundlegenden Verhaltensänderung des Patienten im Hinblick auf eine gesündere Lebensweise und mehr körperliche Bewegung sein. Kurz zusammengefasst, wäre dies der Idealanspruch an eine pneumologische Rehabilitation.

Zahlreiche Studien, die unter dieser therapeutischen Maßgabe durchgeführt wurden, konnten zeigen, dass die Effekte einer umfassenden pneumologischen Reha mitunter besonders wirkungsvoll sind. Im Vergleich sind die Ergebnisse einer optimierten Rehabilitation sogar besser als beispielsweise die Effekte einer medikamentösen Therapie.



Woran kann ich mich als Patient orientieren?
Zunächst sei gesagt, dass der Patient bei den für sein Krankheitsbild passenden Rehaoptionen aktiv Einfluss nehmen sollte. Da ein Patient in der Regel nur alle vier Jahre die Möglichkeit hat, eine Rehabilitation wahrzunehmen, sollte er diese wichtige therapeutische Maßnahme, die ihm persönlich sehr viel bringen kann, also diesen „Joker", bestmöglich nutzen.

Wenn die vorliegende Erkrankung, die eigene Perspektive und möglicherweise die Lebenserwartung bedroht sind hat jeder das gute Recht, sich nicht in die nächstgelegene, sondern die für ihn am besten geeignete Klinik, zu begeben.

Erfolgte nach Antragsstellung die Zuweisung einer Rehabilitationsklinik, sollte der Patient daher zunächst seinen behandelnden Lungenfacharzt oder Hausarzt um Rat bitten, ob dieser die Klinik für ausreichend kompetent in Bezug auf die vorliegende Erkrankung erachtet. Hält der behandelnde Arzt die Klinik nicht für geeignet, sollte der Patient unbedingt von seinem Wunsch- und Wahlrecht Gebrauch machen.

Nachfolgend einige Eckpunkte, die bei der Wahl einer Klinik hilfreich sein können:

- Leitender Arzt und stellvertretender Arzt der Klinik sind Pneumologen
- Dokumentierte Erfahrungen der Klinik mit dem eigenen Krankheitsbild
- Therapeutisches Team bestehend aus Fachärzten, Psychologen, Ergotherapeuten, Sozialarbeitern, Sporttherapeuten, Physiotherapeuten, Atemtherapeuten
- Ggf. Sicherstellung der Versorgung einer Langzeit-Sauerstofftherapie und/oder nicht-invasiven Beatmung
- Durchführung von Ergebnistests (Outcome-Tests)
- Ggf. nach Ergebnissen fragen, die die Klinik (in Anlehnung an die Erkrankung des Patienten) bereits publiziert hat

Welche Entwicklungen erwarten Sie für die Zukunft?
Erste Bemühungen in Richtung einer Art Zertifizierung sind angedacht. In der Schweiz wird bereits ein Zertifizierungsverfahren realisiert. Meine persönliche Vorstellung ist dabei, dass gar nicht alle Rehabilitationskliniken die gesamte Bandbreite der möglichen Leistungen erbringen müssen, sondern vielmehr Schwerpunkte gesetzt werden. Als Vorbild könnte dabei das Vorgehen in der Akutmedizin fungieren, wo ganz selbstverständlich gilt:
Patienten mit „einfachen" Erkrankungssituationen in einem nahegelegenen Krankenhaus zu behandeln, Patienten mit komplexeren Erkrankungen in einem entsprechend dafür spezialisierten Krankenhaus und Patienten mit besonders schwierigen Erkrankungen in einer Universitäts- oder maximalversorgenden Klinik.

Wege zur medizinischen Rehabilitation

(sog. Heilverfahren)

Welche Voraussetzungen müssen für eine pneumologische Rehabilitation gegeben sein?
Rehabilitationsbedürftigkeit: Gesundheitlich bedingte drohende und bereits bestehende Beeinträchtigung der Teilhabe, die einen mehrdimensionalen und interdisziplinären (fachübergreifenden) Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich macht. Bei COPD bedeutet dies beispielsweise: Nichtrauchertraining, Ernährungsberatung, Bewegungstherapie der oberen und unteren Extremitäten, ggf. psychologische Betreuung und Beratung.

Rehabilitationsfähigkeit: Eine ausreichende körperliche und seelische Verfassung des Patienten, sowie Motivation und Belastungsfähigkeit müssen gegeben sein. Hinweis: Patienten mit einer Langzeit-Sauerstofftherapie und zum Teil auch mit einer nicht-invasiven Beatmung sind durchaus auch rehabilitationsfähig und profitieren von einem Heilverfahren. Hier ist darauf zu achten, dass die Klinik entsprechend die notwendige Versorgung sicherstellen kann.

Rehabilitationsprognose: Eine medizinisch begründete (Wahrscheinlichkeits-)Aussage für den Erfolg der Rehabilitation. Auf Basis der Erkrankung und des bisherigen Verlaufs, über die Erreichung eines festgelegten Rehabilitationsziels, durch eine geeignete Rehabilitationsmaßnahme. Bei Patienten mit einer COPD verbessert die stationäre Rehabilitation deutlich die Leistungsfähigkeit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Im neuen GOLD- Report 2017 wird die Wirkung der nicht-medikamentösen Therapien wie Schulung, Rauchentwöhnung oder Trainingstherapie bestätigt. All das sind wichtige Bestandteile einer stationären pneumologischen Rehabilitation.

In der Regel besteht die Möglichkeit, alle vier Jahre eine Rehabilitation zu beantragen. Wenn allerdings eine Rehabilitation dringend medizinisch erforderlich ist, kann eine erneute Rehabilitation auch schon früher genehmigt werden.
Eine Rehabilitation nach einem stationären Aufenthalt aufgrund einer Exazerbation (akute Verschlechterung) als Anschlussheilbehandlung (AHB) wird ausdrücklich von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin empfohlen.

An wen wende ich mich für eine Antragsstellung, wer ist für was zuständig?
Der Antrag auf eine medizinische Rehabilitation erfolgt mit Beteiligung des Hausarztes oder des behandelndem

Lungenfacharztes bei der:

- DRV – Deutsche Rentenversicherung (gilt für Arbeitnehmer, Angestellte, Bezieher von Erwerbungsminderungsrenten),
- oder bei der zuständigen Krankenkasse (gilt für Hausfrauen, Rentner, alle nicht/nicht mehr berufstätigen Personen),
- oder bei der zuständigen Berufsgenossenschaft (bei anerkannter Berufskrankheit).

Antragsformulare sind bei den Ärzten oder den Kostenträgern (DRV, Krankenkasse oder Berufsgenossenschaft) erhältlich. Die Kostenträger sind verpflichtet, eingereichte Anträge nach Prüfung ggf. an den tatsächlich zuständigen Kostenträger weiterzuleiten. Neben der erforderlichen ärztlichen Stellungnahme empfiehlt es sich, ergänzend ein eigenes Schreiben mit den persönlichen Gründen beizulegen.

Was sollte bei der Antragsbegründung berücksichtigt werden, was kann hilfreich sein?

Allgemein:

- Eine Verschlimmerung von chronischen Erkrankungen (COPD, Asthma, Fibrose...) soll verlangsamt oder gestoppt werden.
- Die Vermittlung von Strategien, Hilfe, Medikamenteneinstellung und Übungen mit denen die Auswirkungen der Krankheit vermindert werden sollen.
- Einer drohenden Behinderung soll vorgebeugt werden.
- Die Verringerung oder die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit soll angestrebt werden.

DRV-Antrag: Hinweis darauf, dass die Erwerbsfähigkeit wegen der Krankheit gemindert oder gefährdet ist. Begründung einer guten Prognose, dass die Minderung oder Gefährdung der Erwerbstätigkeit abgewendet oder verlangsamt werden kann.

Grundsätzlich ist auch wichtig: Eine Begründung warum eine ambulante Behandlung (oder ambulante Einzelmaßnahmen) nicht wirksam oder möglich ist und deshalb der Antrag auf ein **stationäres** Heilverfahren gewählt wurde.

Wie lange darf die Bearbeitung meines Antrages dauern?

§ 14 SGB IX regelt, dass ein Kostenträger spätestens zwei Wochen nach Antragseingang geklärt haben muss, ob er für die Leistung zuständig ist. Wenn Sie nach dieser Zeit nicht informiert werden, hat sich der Träger für zuständig erklärt!

Schon nach einer weiteren Woche muss über die Leistung dann auch entschieden werden, ansonsten ist der Antrag unverzüglich an einen anderen Kostenträger weiterzuleiten. Dieser muss innerhalb von drei Wochen entscheiden, nachdem der Antrag bei ihm eingegangen ist. Das bedeutet: Spätestens der zweite Rehabilitationsträger MUSS über den Antrag entscheiden, und zwar innerhalb der beschriebenen Frist! Wenn sich später herausstellt, dass ein anderer Rehabilitationsträger für die Leistung zuständig ist, muss dieser dem Träger, der die Leistungen bis dahin übernommen hat, die Kosten erstatten.

Die für Krankenkassen bei Leistungsanträgen geltenden Entscheidungsfristen wurden durch das Patientenrechtegesetz (Fassung v. 1.1.2017) eingeführt und finden sich in § 13 Abs. 3a SGB V. Die speziellen Fristen für Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation enthalten die §§ 14,15 SGB IX. Weitere Regelungen enthält das Gemeinsame Rundschreiben zur leistungsrechtlichen Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V (GR v. 15.5.2013).

Das Bundessozialgericht (BSG) hat entschieden, dass eine Leistungsbewilligung durch Schweigen erfolgen kann (BSG, Urteil v. 8.3.2016, B 1 KR 25/15 R).

Was kann ich tun, wenn meine Reha abgelehnt wird?

Die Ablehnung durch den Kostenträger kann generell erfolgen oder auch teilweise. Ablehnungsgründe können dabei sein:

- die (hohen) Kosten der Wunschklinik,
- der (lange) Anfahrtsweg zur Wunschklinik,
- scheinbar nicht vorhandene Verträge/Zertifizierungen,
- weil die Wunschklinik aus Sicht des Kostenträgers medizinisch nicht geeignet ist.

Wenn die Ablehnung der Wunschklinik eingetroffen ist:

- Eingangstermin des Schreibens notieren.
- Beginn der Rechtsmittelfristen: ein Monat für Widerspruch, ein Monat für Klage.
- Mit der Wunschklinik die Ablehnungsgründe des Kostenträgers besprechen. Von der Wunschklinik mündlich oder besser schriftlich eine Stellungnahme dazu erbitten.
- Widerspruch formulieren und mit den gewonnenen Informationen begründen und per Einwurfeinschreiben (Dabei Fristen im Auge behalten!) an den Kostenträger zurücksenden.

Wenn auch der Widerspruch gegen die Ablehnung abgelehnt wird:

- Akteneinsicht in die medizinischen Unterlagen beantragen.
- Begründung mit dem Arzt besprechen, im Zweifel Rechtsrat (z. B. Sozialverband Deutschland e.V.) einholen.
- Bei wiederholter Ablehnung rechtsmittelfähige Entscheidung einfordern.
- Klage beim zuständigen Sozialgericht (Rechtsmittelfrist beachten, Rechtsberatung).