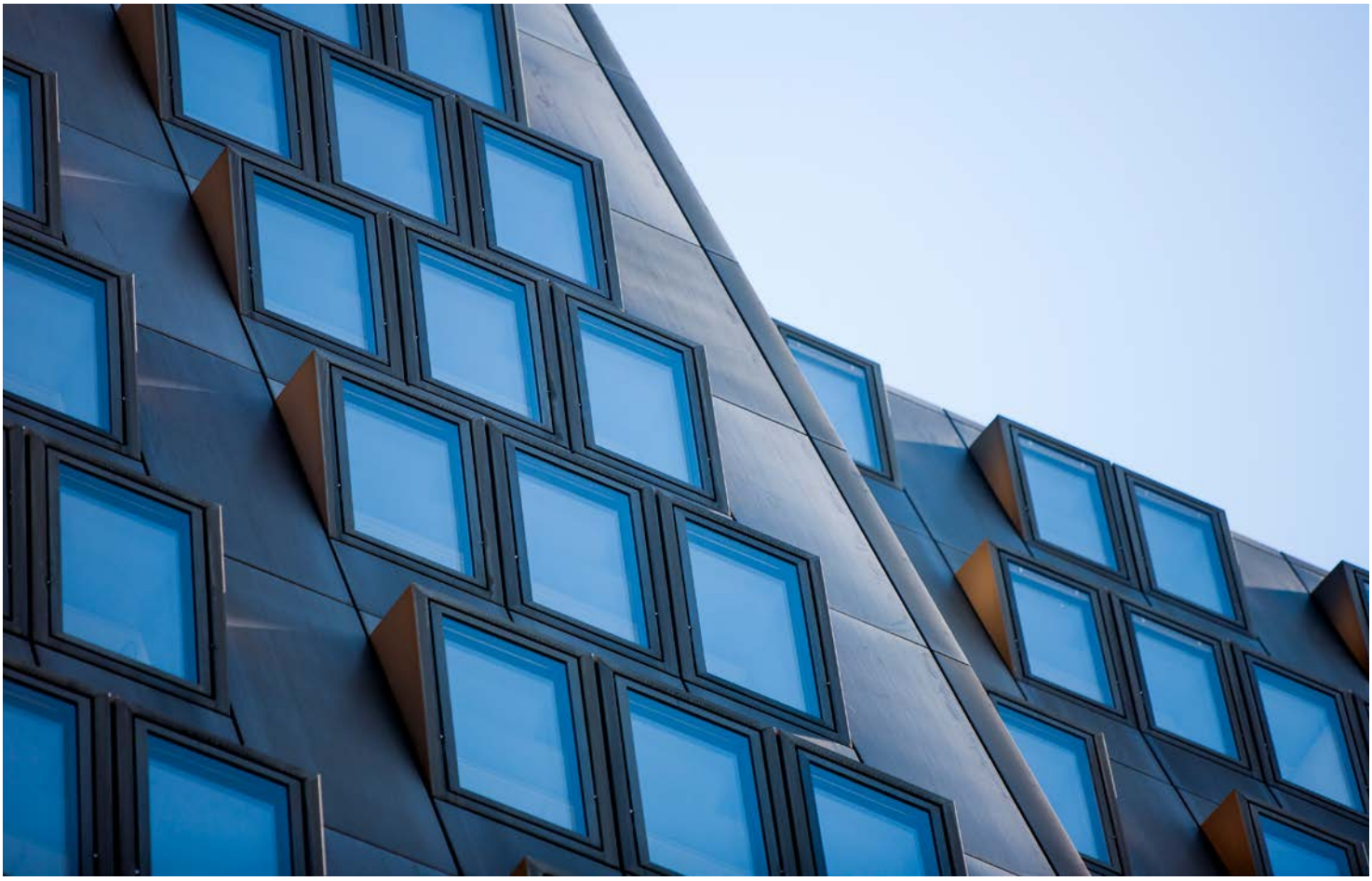
Rechnungshof Österreich

Unabhängig und objektiv für Sie.

Medizinische Rehabilitation – Entwicklung und Steuerung

Reihe BUND 2024/34

Bericht des Rechnungshofes



III–67 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXVIII. GP
Rechnungshof GZ 2024-0.835.163 (005.131)

Vorbemerkungen

Vorlage

Der Rechnungshof erstattet dem Nationalrat gemäß Art. 126d Abs. 1 Bundes–Verfassungsgesetz nachstehenden Bericht über Wahrnehmungen, die er bei einer Gebarungsüberprüfung getroffen hat.

Berichtsaufbau

In der Regel werden bei der Berichterstattung punkteweise zusammenfassend die Sachverhaltsdarstellung (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Textzahl), deren Beurteilung durch den Rechnungshof (Kennzeichnung mit 2), die Stellungnahme der überprüften Stelle (Kennzeichnung mit 3) sowie die allfällige Gegenäußerung des Rechnungshofes (Kennzeichnung mit 4) aneinandergereiht.

Das in diesem Bericht enthaltene Zahlenwerk beinhaltet allenfalls kaufmännische Auf– und Abrundungen.

Der vorliegende Bericht des Rechnungshofes ist nach der Vorlage über die Website des Rechnungshofes www.rechnungshof.gv.at verfügbar.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Rechnungshof Österreich
1030 Wien, Dampfschiffstraße 2
www.rechnungshof.gv.at
Redaktion und Grafik: Rechnungshof Österreich
Herausgegeben: Wien, im November 2024

AUSKÜNFTE

Rechnungshof
Telefon (+43 1) 711 71 – 8946
E–Mail info@rechnungshof.gv.at
facebook/RechnungshofAT
Twitter: @RHSprecher

FOTOS

Cover, S. 8: Rechnungshof/Achim Bieniek

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis 6

Prüfungsziel 9

Kurzfassung 9

Zentrale Empfehlungen 14

Zahlen und Fakten zur Prüfung 15

Prüfungsablauf und –gegenstand 17

Einleitung 18
- Begriff und Aufgabe der medizinischen Rehabilitation 18
- Gebarungsvolumen 20
- Datenbasis 23
- Entwicklung im Zeitverlauf 27

Rechtsgrundlagen 28
- Grundsätzliches 28
- Zuständigkeiten 31
- Leistungsdefinition 36
- Leistungsanspruch 39
- Finanzierungsvorbehalt 42
- Antragsprinzip 43

Rehabilitationsverfahren nach Erwerbsstatus und Indikationen bei der Pensionsversicherungsanstalt 47
- Entwicklung nach Erwerbsstatus 47
- Entwicklung der Indikationen 51

Versorgung von Akutpatientinnen und –patienten in der COVID–19–Pandemie 55

Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen 57
- Rechtliche Rahmenbedingungen 57
- Inanspruchnahme, Auslastung und Indikationsverteilung 61

Planung 63
Rolle und Verbindlichkeit des Rehabilitationsplans 63
Koordinierung mit dem Krankenanstalten– und Kuranstaltengesetz 65
Methodik und Planung der ambulanten Rehabilitation 68
Übereinstimmung der tatsächlichen Entwicklung mit der Planung 71

Wirkungsmessung 75

Resümee 77

Schlussempfehlungen 80

Anhang 84
Ressortbezeichnung und –verantwortliche 84

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Rechtliche Fragen und Problemfelder zur medizinischen Rehabilitation 30

Tabelle 2: Rechtliche Zuständigkeiten für medizinische Rehabilitation in der Kranken– und Pensionsversicherung 31

Tabelle 3: Finanzierungsbeiträge der Länder an den Dachverband der Sozialversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen 2018 bis 2022 59

Tabelle 4: Anzahl der Rehabilitationsverfahren und Aufenthaltstage für Kinder und Jugendliche 2018 bis 2022 61

Tabelle 5: Anzahl der 2022 beantragten medizinischen Rehabilitationen für Kinder und Jugendliche nach Indikation 62

Tabelle 6: Soll–Ist–Abweichung der stationären Kapazitäten für medizinische Rehabilitation 71

Tabelle 7: Erzielte Verbesserungen und weiterer Handlungsbedarf bei der Entwicklung und Steuerung der medizinischen Rehabilitation 79

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gebarungsvolumen medizinische Rehabilitation der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) und der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) 2022 ____ 20

Abbildung 2: Ausgaben für medizinische Rehabilitation im europäischen Vergleich 2019 in Kaufkraftstandards ____ 21

Abbildung 3: Genehmigungen und durchgeführte Rehabilitationsverfahren der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) 2003 bis 2022 ____ 27

Abbildung 4: Maßgebliche Rechtsverhältnisse für medizinische Rehabilitation ____ 29

Abbildung 5: Aufwand für medizinische Rehabilitation bei der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) und der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) 2015 bis 2022 ____ 34

Abbildung 6: Anteil ambulanter Rehabilitationsverfahren bei der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) ____ 37

Abbildung 7: Ablehnungsquoten für Rehabilitationsanträge bei der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) und der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) 2022 ____ 40

Abbildung 8: Rehabilitationsanträge 2022 bei der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) und der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) pro 1.000 Personen ab 15 Jahren ____ 43

Abbildung 9: Durchgeführte Rehabilitationsverfahren der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) je 1.000 Beschäftigte (ohne Beamtinnen und Beamte), aufgeschlüsselt nach Wirtschaftszweig ____ 44

Abbildung 10: Steigerung des Aufwands für medizinische Rehabilitation bei der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) nach Erwerbsstatus seit 2015 ____ 48

Abbildung 11: Entwicklung der Rehabilitations–Mehraufwendungen der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) für aktive Versicherte in den Bereichen ambulante medizinische und stationäre psychiatrische Rehabilitation sowie sonstige Mehraufwendungen in der medizinischen Rehabilitation seit 2015 ___ 49

Abbildung 12: Rehabilitationsverfahren nach Indikationen bei der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) – Veränderung von 2015 zu 2022 ___ 51

Abbildung 13: Rehabilitationsverfahren nach Indikationen bei der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) – Veränderung von 2015 zu 2022 nach aktiven Versicherten und Pensionsbeziehenden ___ 52

Abbildung 14: Auswirkungen der COVID–19–Pandemie auf die Anzahl der durchgeführten Rehabilitationsverfahren bei der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) ___ 53

Abbildung 15: Stationäre Rehabilitationsverfahren Pulmologie bei der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) – Entwicklung 2015 bis 2022 ___ 54

Abbildung 16: Entwicklung der medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche ___ 57

Abbildung 17: Entwicklung Defizite und Überschüsse bei stationären Kapazitäten in allen Indikationen 2014 bis 2023 ___ 72

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BGBl.	Bundesgesetzblatt
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
B–VG	Bundes–Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
COVID	corona virus disease (Coronaviruskrankheit)
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EUR	Euro
(f)f.	folgend(e)
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GZ	Geschäftszahl
Hrsg.	Herausgeber
i.d.(g.)F.	in der (geltenden) Fassung
IT	Informationstechnologie
KAKuG	Krankenanstalten– und Kuranstaltengesetz
Kfz	Kraftfahrzeug
Mio.	Million
Mrd.	Milliarde
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖNACE	Österreichische Systematik der Wirtschaftstätigkeiten
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PVA	Pensionsversicherungsanstalt

rd.	rund
RH	Rechnungshof
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
TZ	Textzahl
u.a.	unter anderem
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel

MEDIZINISCHE REHABILITATION – ENTWICKLUNG UND STEUERUNG

In Österreich flossen 2022 1,077 Mrd. EUR in stationäre und ambulante medizinische Rehabilitation (ohne Heilbehelfe und Hilfsmittel). Die Rechtsgrundlagen für die Gewährung der Leistungen warfen in mehreren Bereichen Fragen auf. Die Kombination aus unklaren Zuständigkeiten, unterschiedlichen Leistungsdefinitionen bei Kranken– und Pensionsversicherung und dem überwiegenden Fehlen eines Rechtsanspruchs führte zu Problemen, etwa dazu, dass Pensionsbeziehende u.a. von ambulanter medizinischer Rehabilitation ausgeschlossen waren. Den Ländern und den Sozialversicherungsträgern gelang die Organisation der medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche. Ebenfalls verbessert war die Abstimmung zwischen den Bewilligungsverfahren der Länder und den Vergabeverfahren der Sozialversicherungsträger.

Im überprüften Zeitraum entwickelten sich die Leistungen (Anzahl und Aufwendungen) für Pensionsbeziehende nicht im selben Ausmaß wie für aktive Versicherte. Dies lag an der COVID–19–Pandemie, aber auch an Leistungseinschränkungen für Pensionsbeziehende, etwa in der ambulanten medizinischen und psychiatrischen Rehabilitation.

Nachstehende Übersicht fasst die Ausgangslage, die notwendigen Aktivitäten und die damit erreichbaren Ziele der medizinischen Rehabilitation zusammen:

AUSGANGSLAGE

- Versorgungslücken (Kinder und Jugendliche, Pensionsbeziehende) und Abstimmungsprobleme (chronische Krankheiten)
- Verdreifachung der Verfahren bei der PVA seit 2003, Aufwand über 1 Mrd. EUR
- unklare Steuerung (Zuständigkeit, Leistungsvoraussetzungen)

NOTWENDIGE AKTIVITÄTEN

- klare Rechtsgrundlagen (insbesondere Pensionsbeziehende, Zuständigkeiten, Leistungsanspruch)
- klare Regelung der Leistungen (ambulant, stationär)
- verbesserte Planung (Transparenz, Abstimmung mit Ländern)
- Wirkungsorientierung

ERREICHBARE ZIELE

- **verbesserte Versorgung:** Schließung von Lücken (Kinder und Jugendliche, Pensionsbeziehende)
- **Effizienzsteigerung:** optimale Nutzung der kostengünstigen ambulanten medizinischen Rehabilitation
- **Effektivitätssteigerung:** optimierte Abstimmung mit Pflege und Behandlung chronischer Krankheiten

WIRKUNGSBEREICH

- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Medizinische Rehabilitation – Entwicklung und Steuerung

Prüfungsziel

Der RH überprüfte von Juni 2023 bis Oktober 2023 das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, den Dachverband der Sozialversicherungsträger, die Pensionsversicherungsanstalt und die Österreichische Gesundheitskasse mit dem Schwerpunkt medizinische Rehabilitation. Ziel der Gebarungsüberprüfung war es, die Entwicklung der medizinischen Rehabilitation, deren Rechtsgrundlagen und Steuerung sowie die Planung zu beurteilen. Der RH knüpfte bei dieser Prüfung auch an Feststellungen und Empfehlungen aus seinem Bericht „Compliance im Vergabe– und Personalbereich in der Sozialversicherung“ (Reihe Bund 2017/7) an. Der überprüfte Zeitraum umfasste die Jahre 2015 bis 2022.

Zeitgleich zu dieser Prüfung überprüfte der RH bei der Sozialversicherung die Organisation und Umsetzung der medizinischen Rehabilitation. Er legt darüber einen eigenen Bericht[1] vor.

Kurzfassung

Definition, Gebarung und Datengrundlagen

Die medizinische Rehabilitation stellt – gemeinsam mit den vorgelagerten Elementen der Prävention und der Krankenbehandlung – einen wichtigen Teil der medizinischen Versorgung der Bevölkerung dar. (TZ 2)

In Österreich flossen im Jahr 2022 1,077 Mrd. EUR in stationäre und ambulante medizinische Rehabilitationsverfahren (ohne Heilbehelfe und Hilfsmittel). Den größten Teil davon (74 %) finanzierte die Pensionsversicherungsanstalt (**PVA**). (TZ 3) Die Anzahl der Verfahren der PVA verdreifachte sich zwischen 2003 und 2022. (TZ 5)

[1] RH–Bericht „Medizinische Rehabilitation – Organisation und Umsetzung“ (Reihe Bund 2024/35)

Die Datengrundlagen zur Analyse der Leistungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation wiesen Schwächen auf:

- Im Unterschied zu anderen Leistungen der Kranken– und Pensionsversicherung gab es keine statistischen Weisungen des Sozialministers nach § 444 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, weshalb zentrale Begriffe und die Berechnung von Kennzahlen nicht eindeutig definiert waren.
- Die Erfassung durch die PVA war – bedingt durch die IT–Struktur bzw. die Verfahrensabläufe – nur bedingt geeignet, die Anträge und Genehmigungen abzubilden. Die Anzahl der durchgeführten Rehabilitationsverfahren war valide erfasst.
- Behandlungsverläufe mit Akutversorgung und anschließender medizinischer Rehabilitation konnten nicht durchgängig ausgewertet werden. (TZ 4)

Ein europäischer Vergleich wies für Österreich bezogen auf die Einwohnerzahl die höchsten Ausgaben für stationäre medizinische Rehabilitation aus; diesem Ergebnis lag jedoch eine andere Definition als im innerstaatlichen Gebrauch zugrunde. (TZ 3)

Rechtliche Rahmenbedingungen und Leistungsverschiebungen

Die Rechtsgrundlagen für die Gewährung der Leistungen warfen in mehreren Bereichen Fragen auf. Die Kombination aus unklarer Zuständigkeitsverteilung, unterschiedlichen Leistungsdefinitionen je nach Versicherungszweig und dem überwiegenden Fehlen eines Rechtsanspruchs führte dazu, dass etwa Pensionsbeziehende u.a. von ambulanter medizinischer Rehabilitation ausgeschlossen waren. (TZ 6)

Verbesserungsbedarf bestand aus Sicht des RH

- bei der Regelung der Zuständigkeiten: Klarstellung der Aufgabenverteilung zwischen Kranken– und Pensionsversicherung (TZ 7),
- bei der Leistungsdefinition: Abgrenzung von Gesundheitsvorsorge und Krankenbehandlung, Klarstellung der Rehabilitationsfähigkeit, ambulante oder stationäre Leistungserbringung (TZ 8),
- bei den Grundlagen der Leistungsgewährung: Bestehen eines Rechtsanspruchs (TZ 9) und
- bei der Frage, ob ein Finanzierungsvorbehalt galt. (TZ 10)

Aufgrund der unklaren Rechtsgrundlagen fehlte auch eine rechtliche Basis für Steuerungsaufgaben. Dies betraf insbesondere das Leistungsspektrum für Pensionsbeziehende (TZ 12), die Art der Leistungserbringung (z.B. stationär oder ambulant, TZ 8) und die Zuständigkeitsverteilung zwischen den Sozialversicherungsträgern (insbesondere Österreichische Gesundheitskasse (**ÖGK**) und PVA). (TZ 7)

Pensionsbeziehende erhielten – im Unterschied zu aktiven Versicherten – von der PVA keine psychiatrische und keine ambulante medizinische Rehabilitation. Ein sachlicher Grund dafür war für den RH nicht zu erkennen. Im Zeitraum 2015 bis 2022 blieben die Leistungen für Pensionsbeziehende daher deutlich hinter jenen für aktive erwachsene Versicherte zurück – der Aufwand für Rehabilitationsverfahren bei aktiven Versicherten stieg um 58 %, für Pensionsbeziehende nur um 27 %. Für den Zeitraum 2015 bis 2022 entsprach diese unterschiedliche Entwicklung einem um rd. 340 Mio. EUR geringeren Aufwand für Pensionsbeziehende. (TZ 12)

Auch die Bereiche Bewegungs– und Stützapparat, Herz–Kreislauf, Neurologie und Pulmologie sowie ein stärkerer Rückgang von Rehabilitationsverfahren für Pensionsbeziehende während der COVID–19–Pandemie trugen zu den wachsenden Unterschieden zwischen Pensionsbeziehenden und aktiven Versicherten bei. (TZ 13)

Probleme bei den Rechtsgrundlagen zeigten sich auch in der Reaktion auf die COVID–19–Pandemie. Die PVA bot zur Entlastung der Akutversorgung die Versorgung von stationär untergebrachten Patientinnen und Patienten in ihren Rehabilitationszentren an. Die Finanzierung – Kosten laut Schätzung der PVA 1,74 Mio. EUR für 6.458 Verpflegstage – und die krankenanstaltsrechtlichen Bewilligungserfordernisse dafür blieben aber offen. Für die Zukunft wäre daher eine Regelung in einem Notfallplan – abgestimmt mit den Ländern – geboten. (TZ 14)

Verbesserungen bei medizinischer Kinder– und Jugendrehabilitation

Das Sozialministerium, die Länder und die Sozialversicherungsträger entwickelten in den Jahren 2010 bis 2023 eine österreichweite stationäre Rehabilitationsversorgung für Kinder und Jugendliche. Der Dachverband der Sozialversicherungsträger (in der Folge: **Dachverband**) schloss im Jahr 2017 ein EU–weites Vergabeverfahren für stationäre Einrichtungen der Kinder– und Jugendrehabilitation ab. Bereits 2017 betreute eine Rehabilitationseinrichtung Kinder und Jugendliche, zwei Einrichtungen nahmen im Jahr 2018 den Betrieb auf, zwei weitere folgten im Jahr 2019. Die letzte Einrichtung ging im Frühling 2023 in Betrieb. (TZ 15)

Die Auslastung der Rehabilitationsbetten für Kinder und Jugendliche lag in den Jahren 2018 bis 2022 nur bei höchstens 59 %. Der Rehabilitationsbedarf je Indikation hatte sich geändert – im Jahr 2022 entfielen zwei Drittel der beantragten Rehabilitationsmaßnahmen auf den Bereich Mental Health; bei der Bedarfsschätzung im Jahr 2010 war nur ein Drittel vorgesehen gewesen. (TZ 16)

Planung und Abstimmung mit dem Krankenanstaltenrecht

Ein periodisch erneuerter Rehabilitationsplan sollte die Entwicklung der Kapazitäten für medizinische Rehabilitation steuern. Den Rehabilitationsplan beauftragte jeweils der Dachverband, er stellte zunächst nur eine Selbstbindung der Sozialversicherungsträger dar. Positiv war, dass die Bundes–Zielsteuerungskommission Teile des Rehabilitationsplans zu Bestandteilen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 erhob. Die betroffenen Teile sollten in weiterer Folge in die Regionalen Strukturpläne aufgenommen werden. Dies war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht flächendeckend umgesetzt (z.B. nicht in Salzburg). Im Hinblick auf die Abstimmung der Krankenbehandlung mit der medizinischen Rehabilitation (insbesondere bei chronischen und psychischen Erkrankungen) und im Hinblick auf das Ziel der Vermeidung von Pflegebedarf wären aus Sicht des RH die Länder möglichst frühzeitig und umfassend einzubinden. (TZ 17)

Eine weitere wesentliche rechtliche Verbesserung gelang durch eine Novelle des Krankenanstalten– und Kuranstaltengesetzes im Jahr 2017. Diese ermöglichte eine Abstimmung von Vergabeverfahren durch die Sozialversicherung mit den Bedarfsprüfungsverfahren des Landes. Erst dadurch konnten die Sozialversicherungsträger ihre Vertragspartner wettbewerbsorientiert auswählen. In Einzelbereichen waren weitere Verbesserungen notwendig (z.B. volle Verbindlichkeit der Rehabilitationsplanung für die Länder, Ausgestaltung der Parteistellung der Sozialversicherungsträger in den Bedarfsprüfungsverfahren). In zumindest einem Fall kam es dennoch zu Entscheidungen der Länder in Bedarfsprüfungsverfahren, die vom Rehabilitationsplan abwichen. Eine Verpflichtung der PVA, im Falle eines (planerisch) ermittelten Bedarfs auch tatsächlich auszuschreiben, war nicht geregelt. Auch in der Abstimmung zwischen Betriebsbewilligungen und Verträgen der Sozialversicherungsträger gab es noch Verbesserungsbedarf. So lag in sieben Ländern die Betriebsbewilligung vor Inbetriebnahme der Einrichtungen vor, in zwei erst danach. (TZ 18)

Die Planung der ambulanten medizinischen Rehabilitation enthielt für die Phase III der Rehabilitation – langfristige Stabilisierung – keine quantifizierten Werte. Die Planungsgrundlagen bzw. die erfassten Ist–Stände waren für die ambulante medizinische Rehabilitation am Beginn des überprüften Zeitraums noch wenig valide, verbesserten sich jedoch im Lauf der Zeit.

Insgesamt war aus den Rehabilitationsplänen nur bedingt nachvollziehbar, wieweit die Bedarfseinschätzung aus analytischen Prognosemodellen und wieweit sie aus gestalterischen Zielen abgeleitet war. Methodisch erstellte zunächst die Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Dachverbands eine Modellrechnung, die dann auf Basis der Expertise der Sozialversicherungsträger adaptiert wurde. Die wesentlichen Steuerungseingriffe waren nicht transparent; dies, obwohl sich aufgrund der Inputs der Sozialversicherungsträger substanzielle Änderungen ergaben (Wegfall eines

Zusatzbedarfs im stationären Bereich von rd. 1.000 Betten, Vervierfachung des ambulanten Zusatzbedarfs). (TZ 19)

Grundsätzlich orientierte sich die Kapazitätsentwicklung stärker an der Bedarfsentwicklung. Ursächlich dafür waren die stärkere Verbindlichkeit der Planung und die gesetzliche Rückbindung der Bedarfsprüfungsverfahren der Länder an die Vertragszusagen der Sozialversicherung. Die Planung zeigte allerdings weiterhin erhebliche Abweichungen des Soll–Standes vom Ist–Stand nach regionalen Kriterien und nach Indikationen. (TZ 20)

Angesichts der Spielräume der PVA bei der Umsetzung der medizinischen Rehabilitation war eine evidenzbasierte Entscheidungsfindung von großer Bedeutung. Die PVA versuchte, durch eine eigens dafür geschaffene Abteilung relevante Kennzahlen systematisch zu erfassen und auszuwerten. Aus Sicht des RH wäre es wesentlich, daraus fundierte Positionen zu anstehenden Grundsatzfragen zu entwickeln, z.B. künftige Gewichtung von stationärer und ambulanter medizinischer Rehabilitation sowie Planung des Umfangs des Leistungsangebots. (TZ 21)

Auf Basis seiner Feststellungen hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

ZENTRALE EMPFEHLUNGEN

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

- Für die medizinische Rehabilitation wäre auf eine klar geregelte Zuständigkeitsverteilung zwischen Pensions– und Krankenversicherung hinzuwirken. (TZ 7) Weiters wären im Rahmen einer Rehabilitations–Gesamtstrategie die Regelungen für Pensionsbeziehende neu zu gestalten, um einen verbesserten Zugang zur medizinischen Rehabilitation zu erreichen und damit Pflegebedarf hintanzuhalten. (TZ 12)

- Für die medizinische Rehabilitation wären statistische Weisungen zu erlassen, die gewährleisten, dass Anträge, Genehmigungen und durchgeführte Rehabilitationsverfahren (inklusive ambulante) einheitlich und schlüssig erfasst und dargestellt werden. Eine durchgängige Auswertbarkeit von Daten – von der Behandlung in Akutkrankenanstalten bis zur medizinischen Rehabilitation – wäre sicherzustellen; im Zuge einer Strategie zur Nutzung von Gesundheitsdaten wären die Erfassung und Auswertung systematisch zu regeln. Dabei sollte sich das Ministerium an internationalen Vorhaben, z.B. dem Europäischen Raum für Gesundheitsdaten, orientieren. (TZ 4)

- Auf eine noch stärkere Verbindlichkeit der Rehabilitationsplanung für die Bewilligungsverfahren der Länder wäre hinzuwirken. Weiters wäre die Verbindlichkeit der Rehabilitationsplanung auch in der Umsetzung durch die Pensionsversicherungsanstalt sicherzustellen, z.B. durch eine Regelung analog zur ärztlichen Stellenplanung im niedergelassenen Bereich (Schiedsverfahren bei unterbliebener Ausschreibung). (TZ 18)

Dachverband der Sozialversicherungsträger

- Eine Evaluierung der stationären Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche wäre zeitnah zu beauftragen und dabei auch die Indikationsverteilung zu berücksichtigen. (TZ 16)

- In der Rehabilitationsplanung wären die Steuerungseingriffe der einzelnen Sozialversicherungsträger klar auszuweisen und zu begründen. Klare Ziele sollten die Basis für die Berechnungen der Gesundheit Österreich GmbH bilden. (TZ 19)

Zahlen und Fakten zur Prüfung

Medizinische Rehabilitation – Entwicklung und Steuerung										
Rechtsgrundlage (Auswahl)	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG), BGBl. 189/1955 i.d.g.F. Gesundheits–Zielsteuerungsgesetz (G–ZG), BGBl. I 26/2017 i.d.g.F. Krankenanstalten– und Kuranstaltengesetz (KAKuG), BGBl. 1/1957 i.d.g.F.									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023[6]	Veränderung 2015 bis 2022
	in Mio. EUR									in %
Aufwand										
insgesamt[1]	768,05	830,29	889,88	914,29	952,48	879,60	1.043,84	1.076,67	n.v.	40
davon										
PVA	*553,64*	*605,45*	*648,93*	*671,01*	*698,81*	*635,27*	*749,01*	*794,57*	*866,06*	*44*
ÖGK[2]	*33,16*	*34,50*	*34,21*	*37,93*	*41,25*	*40,65*	*52,40*	*53,98*	*n.v.*	*63*
	Anzahl der Fälle									in %
durchgeführte Aufenthalte										
PVA[3]	112.507	118.780	127.396	129.388	132.351	103.572	122.024	134.461	143.697	20
ÖGK (nur stationär)[4]	6.736	6.561	6.809	7.294	7.396	6.038	7.379	7.356	7.819	9
davon										
Kinder und Jugendliche	–	–	–	*563*	*953*	*1.452*	*2.327*	*2.488*	*2.829*	*342[5]*

n.v. = nicht verfügbar

Quellen: Dachverband; ÖGK; PVA

1 alle Sozialversicherungsträger, nur Rehabilitationsverfahren (insbesondere ohne Körperersatzstücke und Heilbehelfe)
2 bis inklusive 2019: alle Gebietskrankenkassen, ohne Aufwand gemäß § 447f Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
3 stationär und ambulant
4 Ambulante Zahlen waren bei der ÖGK nicht verfügbar.
5 Der RH stellt für diesen Wert die Veränderung 2018 bis 2022 dar, da die medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in Österreich erst ab 2018 systematisch erfasst wurde.
6 Zahlen nach der Gebarungsüberprüfung aktualisiert, soweit verfügbar

Prüfungsablauf und –gegenstand

1 (1) Der RH überprüfte von Juni 2023 bis Oktober 2023 das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (in der Folge: **Sozialministerium**)[2], den Dachverband der Sozialversicherungsträger (in der Folge: **Dachverband**)[3], die Pensionsversicherungsanstalt (**PVA**) und die Österreichische Gesundheitskasse (**ÖGK**)[4] mit dem Schwerpunkt medizinische Rehabilitation.

Ziel der Gebarungsüberprüfung war es, die Entwicklung der medizinischen Rehabilitation, deren Rechtsgrundlagen und Steuerung sowie die Planung zu beurteilen.

Der überprüfte Zeitraum umfasste die Jahre 2015 bis 2022; ergänzend ging der RH auch auf aktuellere und frühere Entwicklungen ein. Der RH knüpfte dabei an seine Feststellungen und Empfehlungen im Bericht „Compliance im Vergabe– und Personalbereich in der Sozialversicherung“ an (Reihe Bund 2017/7, in der Folge: **Compliance–Bericht**).

Zeitgleich überprüfte der RH bei der Sozialversicherung die Organisation und Umsetzung der medizinischen Rehabilitation. Er legt darüber einen eigenen Bericht[5] vor.

(2) Zu dem im Mai 2024 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen der Dachverband im Juni 2024, das Sozialministerium sowie die ÖGK im Juli 2024 und die PVA im August 2024 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen an das Sozialministerium, den Dachverband und die PVA im November 2024. Gegenüber der ÖGK verzichtete er auf eine Gegenäußerung.

---

[2] Das für Soziales zuständige Ministerium wechselte im überprüften Zeitraum mehrmals seine Bezeichnung und Zuständigkeiten. Siehe dazu die Tabelle im Anhang. Im vorliegenden Bericht verwendet der RH einheitlich die Bezeichnung **Sozialministerium**.

[3] Der Dachverband folgte am 1. Jänner 2020 dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nach. Der RH verwendet im vorliegenden Bericht einheitlich die Bezeichnung **Dachverband**.

[4] Die ÖGK ging mit 1. Jänner 2020 aus der Fusion der neun Gebietskrankenkassen hervor.

[5] RH–Bericht „Medizinische Rehabilitation – Organisation und Umsetzung“ (Reihe Bund 2024/35)

Einleitung

Begriff und Aufgabe der medizinischen Rehabilitation

2.1 (1) Rehabilitation umfasste nach dem Rehabilitationsplan 2020 die erforderlichen Maßnahmen, um die physischen, psychischen und sozialen Bedingungen zu schaffen, damit Patientinnen und Patienten mit chronischen oder auf ein akutes Ereignis folgenden Erkrankungen ihren gewohnten Platz in der Gesellschaft bewahren oder wieder einnehmen können bzw. das Fortschreiten der Erkrankung begrenzen oder umkehren können. So betrachtet war die Rehabilitation über Ziele definiert: Je nach Lebensphase konnten dabei die Erhaltung oder Wiederherstellung der Berufsfähigkeit oder die allgemeine Teilhabe am Leben im Vordergrund stehen, z.B. durch Vermeidung von Pflegebedarf. Diese Unterscheidung war für die konkrete Anspruchsberechtigung, Finanzierung und Leistungszuständigkeit relevant.

Der Begriff Rehabilitation umfasste im österreichischen Sozialversicherungsrecht berufliche, soziale und medizinische Rehabilitation. Der vorliegende Bericht behandelt die medizinische Rehabilitation.

Die WHO stellte 2023 fest, dass medizinische Rehabilitation ein wichtiger Teil der Gesundheitsversorgung für die Erreichung des Nachhaltigkeitsziels 3 der Agenda 2030 der Vereinten Nationen[6] ist: „Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“.

(2) Medizinische Rehabilitation war im Anschluss an Maßnahmen der Prävention (z.B. Kuraufenthalte) und der Krankenbehandlung vorgesehen. Sie sollte an die Krankenbehandlung anschließen, diese aber nicht ersetzen. Für alle drei Bereiche galten jeweils unterschiedliche rechtliche Rahmenbedingungen, Zuständigkeiten und Finanzierungsregelungen.

Die medizinische Rehabilitation selbst war in vier Phasen unterteilt:

- Phase I umfasste Frühmobilisation im Akutkrankenhaus,
- Phase II die Behandlung in einer Sonderkrankenanstalt,
- Phase III fand ambulant zur Stabilisierung der erreichten Effekte sowie zur langfristigen Veränderung des Lebensstils statt,
- Phase IV bezeichnete die langfristige ambulante Nachsorge, die ohne ärztliche Aufsicht erfolgen konnte (Langzeitrehabilitation).

[6] Sustainable Development Goals (SDG)

Die spezifischen Leistungen der Sozialversicherung im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (**ASVG**)[7] betrafen die Phasen II und III.

(3) Sowohl die Judikatur als auch die statistische Erfassung im internationalen Vergleich stellten mitunter auf die Art der Leistung selbst ab. Dabei spielte insbesondere die Beteiligung nicht–ärztlicher Berufe (z.B. Physiotherapie und Logotherapie) eine wichtige Rolle.

(4) Die Leistungserbringung konnte stationär und ambulant erfolgen. Weiters waren die Dauer der medizinischen Rehabilitation, ihre Intensität und die konkreten medizinischen Elemente festzulegen. Diese Elemente waren gesetzlich wenig determiniert, sondern in ihrer Ausgestaltung den für die Durchführung zuständigen Rechtsträgern überlassen.

2.2 Der RH hielt fest, dass medizinische Rehabilitation eine wichtige Rolle für die Versorgung nach einer Krankenbehandlung erfüllte. Die Abgrenzung der medizinischen Rehabilitation von der Krankenbehandlung folgte dabei mehreren Kriterien:

- verfolgte Ziele: allgemeine Teilhabe am Leben, Vermeidung von Berufsunfähigkeit, Vermeidung von Pflegebedarf,
- Einordnung in den Versorgungsverlauf: Prävention, Behandlung, medizinische Rehabilitation,
- Art der Leistung, insbesondere Leistungen auch im nicht–ärztlichen Bereich.

Der RH hielt daher sowohl eine gute Datenbasis (TZ 4) als auch klare gesetzliche Grundlagen (TZ 6 bis TZ 11, TZ 14 bis TZ 16) und einen geeigneten Planungsprozess (TZ 17 bis TZ 20) sowie die Orientierung an den Wirkungen (TZ 21) für essenziell, um die Rehabilitation gezielt steuern zu können. Er analysierte diese Bereiche im Hinblick auf die Entwicklung (TZ 12 und TZ 13) der medizinischen Rehabilitation im Zeitraum 2015 bis 2022.

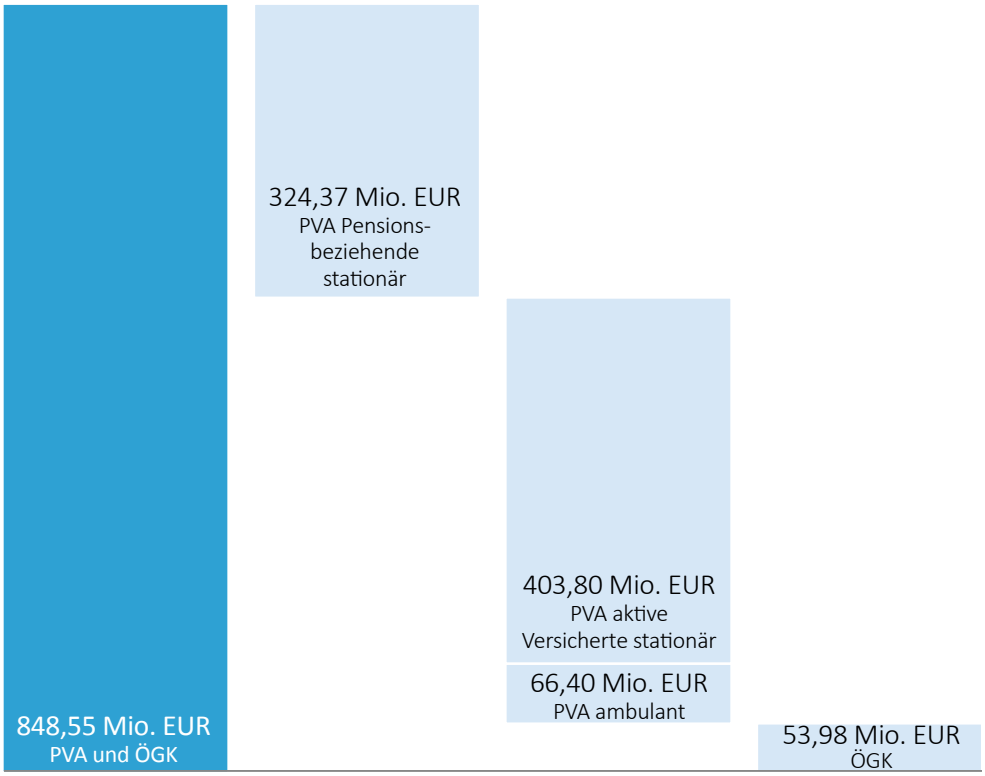
[7] BGBl. 189/1955 i.d.g.F.

Gebarungsvolumen

3.1 (1) Die Aufwendungen der Sozialversicherungsträger für medizinische Rehabilitation beliefen sich österreichweit im Jahr 2022 auf 1,077 Mrd. EUR. Auf die überprüften Rechtsträger (ÖGK und PVA gesamt) entfielen 79 % (848,55 Mio. EUR), auf die PVA allein 74 % (794,57 Mio. EUR) und auf die ÖGK 5 % (53,98 Mio. EUR). Die Aufwendungen der PVA verteilten sich wie folgt:

- 403,80 Mio. EUR für stationäre Rehabilitationsverfahren bei aktiven Versicherten mit dem Ziel der Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Berufsfähigkeit,
- 66,40 Mio. EUR für ambulante Rehabilitationsverfahren für aktive Versicherte und
- 324,37 Mio. EUR für Rehabilitationsverfahren bei Pensionsbeziehenden mit dem Ziel der Teilhabe am Leben bzw. der Vermeidung von Pflegebedarf.

Abbildung 1: Gebarungsvolumen medizinische Rehabilitation der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) und der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) 2022

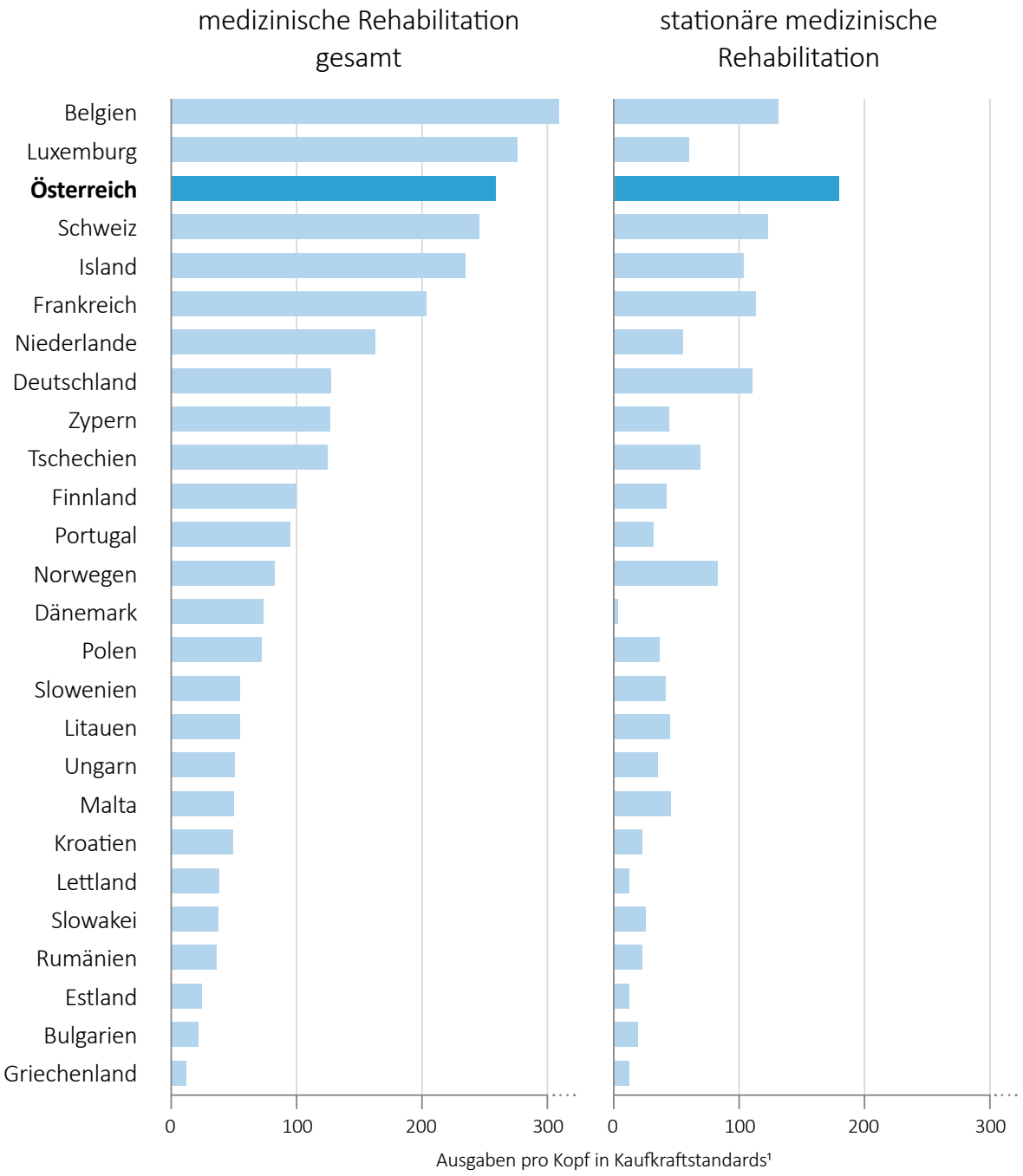


Quelle: Dachverband; Darstellung: RH

(2) Die folgende Abbildung 2 vergleicht, basierend auf den im „System of Health Accounts“ verwendeten Definitionen und Daten, die Ausgaben für medizinische Rehabilitation gesamt und für stationäre Rehabilitation in 26 europäischen Staaten im Jahr 2019. Schwierigkeiten, aus den verfügbaren Aufzeichnungen präventive, kurative und rehabilitative Leistungen zu trennen, führten zu einer aggregierten

Erfassung und einer Zuteilung über pauschale Prozentsätze. Auch die Bundesanstalt „Statistik Österreich“ (in der Folge: **Statistik Austria**) ordnete Leistungen (z.B. der Physiotherapie in der Krankenversicherung) pauschal bzw. über Quoten der medizinischen Rehabilitation zu:

Abbildung 2: Ausgaben für medizinische Rehabilitation im europäischen Vergleich 2019 in Kaufkraftstandards



[1] Der Kaufkraftstandard ist eine künstliche Währungseinheit. Mit einem Kaufkraftstandard kann in jedem Land die gleiche Menge an Waren und Dienstleistungen erworben werden.

Quelle: Statistik Austria; Darstellung: RH

Vorbehaltlich dieser Besonderheiten der Zuordnung hatte Österreich die höchsten Ausgaben in der Kategorie stationäre medizinische Rehabilitation. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Abgrenzung zwischen medizinischer Rehabilitation und Krankenbehandlung – z.B. in Bereichen wie der Psychotherapie als Krankenbehandlung oder psychiatrischer Rehabilitation oder bei chronischen Krankheiten – vom internationalen Standard abwich.

3.2 Der RH wies darauf hin, dass in Österreich im Jahr 2022 1,077 Mrd. EUR für medizinische Rehabilitation aufgewendet wurden. Der überwiegende Anteil (74 %) davon entfiel auf die PVA. Österreich hatte im europäischen Vergleich die höchsten Ausgaben in der Kategorie stationäre medizinische Rehabilitation, wobei die unterschiedliche Datenerfassung den Vergleich erschwerte und die Abgrenzung zwischen medizinischer Rehabilitation und Krankenbehandlung zu berücksichtigen war. Der RH verwies dazu auf seine Empfehlungen zur Planung (stärkere Abstimmung der Rehabilitationsplanung mit der allgemeinen Gesundheitsplanung, TZ 17).

Der im europäischen Vergleich hohe Anteil stationärer medizinischer Rehabilitation in Österreich könnte auf einen Spielraum für den Ausbau der ambulanten medizinischen Rehabilitation hinweisen (TZ 8).

Der RH empfahl dem Sozialministerium, in statistischen Vorgaben für die medizinische Rehabilitation bei den Definitionen auch die Vergleichbarkeit auf internationaler Ebene zu berücksichtigen.

3.3 Laut Stellungnahme des Sozialministeriums plane die Fachsektion, in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Finanzen sowie unter Einbeziehung des Dachverbands und der Sozialversicherungsträger statistische Weisungen im Bereich medizinische Rehabilitation zu erlassen. Dabei werde – nach Machbarkeit – auf internationale Vergleichbarkeit und Orientierung geachtet und insbesondere das Thema „Anträge, Genehmigungen und durchgeführte Rehabilitationsverfahren (inklusive ambulante)“ berücksichtigt. Das Sozialministerium unterstütze auch die Empfehlung, die Daten von der Behandlung in Akutkrankenanstalten bis zur medizinischen Rehabilitation auszuwerten. Inwieweit dies möglich sei, würden Gespräche mit den Sozialversicherungsträgern ergeben.

Datenbasis

4.1 (1) Die Daten zur medizinischen Rehabilitation stammten einerseits aus den Verwaltungsapplikationen der Sozialversicherungsträger, die primär zur Erfassung und Bearbeitung der Anträge bzw. zur Abrechnung dienten, und andererseits von den Rehabilitationseinrichtungen (Gesundheitsdokumentationsgesetz[8]). Auf Basis der Verwaltungsdaten erstellten die Sozialversicherungsträger Auswertungen, die an den Dachverband bzw. das Sozialministerium übermittelt und teilweise veröffentlicht wurden (z.B. Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung oder Berichte des Sozialministeriums zu besonderen Themen wie Rehabilitationsgeldbezug).

(2) Die Datenerfassung durch die Sozialversicherungsträger wies bei den beantragten und genehmigten Rehabilitationsverfahren einige Besonderheiten auf:

(a) Zur Zeit der Einbringung war die Zuordnung eines Antrags zur Kur oder medizinischen Rehabilitation bei der PVA nicht immer eindeutig. Die PVA übernahm zunächst die Angaben des Antrags. Nach inhaltlicher Prüfung entschied in der Folge die zuständige Ärztin oder der zuständige Arzt der PVA über die Leistung. Die Erfassung als Kur– oder Rehabilitationsantrag wurde dabei teilweise nicht mehr geändert (z.B. wenn zuerst ein Kurantrag erfasst war, aber dann ein Rehabilitationsverfahren genehmigt wurde). Dies erschwerte die Analyse der Genehmigungsquoten.

(b) Bei der PVA war die Auswertung der genehmigten Rehabilitationsverfahren vom Zeitpunkt der Abfrage abhängig. Wenn z.B. eine Genehmigung ohne Inanspruchnahme der Leistung[9] auslief, wurde sie im System gelöscht. Die Zahl der Genehmigungen sank daher im Zeitverlauf. Dies betraf für die Jahre 2020 und 2021 bis zu 30.000 Genehmigungen. Die PVA arbeitete zur Zeit der Gebarungsüberprüfung an einem Konzept zur Verbesserung der Antragserfassung sowie an der Umstellung der Software auf ein besser für Auswertungen geeignetes Programm.

(c) Aufgrund der geringeren Fallzahl (und damit der Möglichkeit zu Rückfragen beim Antragstellenden) bzw. wegen eines anderen IT–Programms stellten sich die genannten Probleme bei der ÖGK in dieser Form nicht. Die ÖGK setzte eine einheitliche Erfassung der Rehabilitationsverfahren mit Jänner 2022 um. Wurde eine Genehmigung nicht beansprucht, stornierte die ÖGK den Fall mit einer Anmerkung. Laut ÖGK sei der Fall auch später in einer Auswertung ersichtlich. Im Vergleich zwischen den Veröffentlichungen des Dachverbands und den Daten der Sozialversicherungsträger ergaben sich insbesondere bei der ÖGK im Zuge der Gebarungsüberprüfung wesent-

[8] BGBl. 745/1996 i.d.g.F.

[9] Die PVA genehmigte eine medizinische Rehabilitation mit einer Gültigkeitsdauer von zwei bis zwölf Monaten. Die Antragstellenden hatten in der Folge mit dem Leistungsanbieter einen Termin zu vereinbaren. Unterblieb dies, lief die Genehmigung aus und gegebenenfalls war ein neuer Antrag zu stellen.

liche Unterschiede, die sowohl die absolute Anzahl als auch die Entwicklung über die Zeit betrafen. Die Anzahl der ambulanten Rehabilitationsverfahren konnte die ÖGK im Zuge der Gebarungsüberprüfung nicht auswerten.

(3) Gemäß § 444 ASVG hatten der Dachverband und die Sozialversicherungsträger sogenannte statistische Nachweisungen zu verfassen und dem Sozialministerium zu übermitteln. Der Sozialminister hatte nach Anhörung des Dachverbands und nach Abstimmung mit dem Bundesminister für Finanzen statistische Weisungen zu erlassen. Darin konnten z.B. trägerübergreifende Vorgaben für die Erfassung und Auswertung von Anträgen, Genehmigungen und durchgeführten Rehabilitationsverfahren geregelt werden. Für die medizinische Rehabilitation gab es keine Vorgaben.

Der RH hatte in seinem Compliance–Bericht (TZ 33) dem Sozialministerium empfohlen, in die statistischen Weisungen zum Bereich der Rehabilitation und Kuraufenthalte die Zählung der Anträge und die Kategorisierung von Erledigungen aufzunehmen.

Das Sozialministerium führte gegenüber dem RH im Juli 2023 aus, dass es mit der PVA ab 2016 eine Meldeschiene aufgebaut habe (deren Daten aber nicht veröffentlicht wurden). Weiters wies es auf den Jahresbericht der PVA sowie die jährliche Erfolgsrechnung und die darin enthaltene Einzelnachweisung zu Gesundheitsvorsorge und medizinischer Rehabilitation hin. Einzelmeldungen basierten auch auf besonderen Erlässen (z.B. Zu– und Abgang von Rehabilitationsgeld).

(4) Krankenanstalten, die stationäre Rehabilitationsleistungen erbrachten, hatten gemäß Gesundheitsdokumentationsgesetz Daten über durchgeführte Rehabilitationsverfahren an das Gesundheitsministerium zu übermitteln. Diese Daten sollten der Steuerung der österreichischen Gesundheitsversorgung dienen. Die Gesundheit Österreich GmbH (**GÖG**) wies auf mehrere Probleme bei der Übermittlung dieser Daten hin. Ambulante Rehabilitationsverfahren waren nicht enthalten, obwohl sie funktional den stationären Verfahren gleichwertig sein sollten. Weiters waren bei stationären Rehabilitationsverfahren die Patientenpseudonyme nicht so gestaltet, dass sie mit den Daten aus dem Akutbereich verknüpft werden konnten. So war z.B. nicht auswertbar, welcher Anteil von Personen nach Knieoperationen eine medizinische Rehabilitation durchführte.

(5) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bereiteten mehrere Stellen Gesundheitsdaten zur medizinischen Rehabilitation auf und analysierten diese:

- Die PVA hatte eine Abteilung für wissenschaftliche Evaluation aufgebaut (TZ 21),
- der Dachverband betrieb ein Datawarehouse „Business Intelligence Gesundheit“,
- und auch die GÖG führte systematische Datenauswertungen durch.

- Die Statistik Austria baute bereichsübergreifend ein Mikrodatencenter auf, in dem noch keine Gesundheitsdaten verfügbar waren, weil das Gesundheitsministerium die zugrunde liegende Verordnung nach dem Forschungsorganisationsgesetz[10] noch nicht erlassen hatte.
- Die Europäische Kommission hatte 2022 eine Rechtsgrundlage geschaffen, um einen „Europäischen Raum für Gesundheitsdaten" auf europäischer Ebene einzurichten.

Eine übergreifende Strategie für die Nutzung von Gesundheitsdaten war für den RH nicht ersichtlich.

4.2 Der RH wies kritisch darauf hin, dass die Datengrundlagen zur Analyse der Rehabilitationsleistungen Schwächen aufwiesen:

- Statistische Weisungen nach § 444 ASVG fehlten, weshalb zentrale Begriffe nicht eindeutig definiert waren.
- Die Daten zu Anträgen und Genehmigungen der PVA waren nur bedingt valide. Anträge auf Kur– bzw. Rehabilitationsverfahren waren nicht einheitlich und nicht klar unterscheidbar. Nicht beanspruchte Genehmigungen löschte die PVA.
- Die Daten der ÖGK bzw. der Gebietskrankenkassen zur Anzahl der Verfahren waren nicht schlüssig nachvollziehbar.
- Rehabilitationsverfahren waren nicht durchgängig mit den Behandlungen in Akutkrankenanstalten verknüpfbar, was Auswertungen über den Behandlungsverlauf erschwerte.

Der RH empfahl dem Sozialministerium, für die medizinische Rehabilitation statistische Weisungen zu erlassen, die gewährleisten, dass Anträge, Genehmigungen und durchgeführte Rehabilitationsverfahren (inklusive ambulanter Verfahren) einheitlich und schlüssig erfasst und dargestellt werden.

Er empfahl dem Sozialministerium weiters, eine durchgängige Auswertbarkeit von Daten – von der Behandlung in Akutkrankenanstalten bis zur medizinischen Rehabilitation – sicherzustellen.

Dem Dachverband, der ÖGK und der PVA empfahl der RH, konsistente und historisch nachvollziehbare Daten zu Anträgen, Genehmigungsverfahren und durchgeführten Rehabilitationsverfahren sicherzustellen.

Der RH anerkannte die Bestrebungen des Dachverbands, der PVA, der GÖG und der Statistik Austria, die vorhandenen Daten systematisch zu nutzen. Er hielt jedoch eine übergreifende Strategie und Koordination dieser Bestrebungen für erforderlich.

[10] BGBl. 341/1981 i.d.g.F.

Der RH empfahl dem Sozialministerium, im Zuge einer Strategie zur Nutzung von Gesundheitsdaten die Erfassung und Auswertung systematisch zu regeln und sich dabei an internationalen Vorhaben, z.B. dem Europäischen Raum für Gesundheitsdaten, zu orientieren.

4.3 (1) Das Sozialministerium verwies in seiner Stellungnahme auf sein Vorhaben, statistische Weisungen im Bereich medizinische Rehabilitation zu erlassen (TZ 3).

Die Empfehlung, eine durchgängige Auswertbarkeit von Daten – von der Behandlung in Akutkrankenanstalten bis zur medizinischen Rehabilitation – herzustellen, werde unterstützt. Durch Anpassung des Gesundheitsdokumentationsgesetzes (§ 6 Abs. 3) sei der Dachverband nun ermächtigt, bei der Diagnosen– und Leistungsdokumentation im ambulanten Bereich – ab dem Erhebungsjahr 2025 – eindeutige Kennungen der selbstständigen Ambulatorien zu berücksichtigen. Damit lägen künftig Informationen von allen selbstständigen Ambulatorien vor. Das Sozialministerium sei in Zusammenarbeit mit dem Dachverband überdies kontinuierlich bemüht, die Pseudonymisierungsraten im Bereich Reha–Krankenanstalten zu verbessern.

(2) Der Dachverband merkte in seiner Stellungnahme an, dass er seit Jahren das Antrags– und Erledigungsgeschehen für Rehabilitations–, Kur– und Erholungsaufenthalte erhebe. Für diese Erhebung gebe es keine gesetzliche Grundlage, sie sei aber in Absprache mit den Versicherungsträgern an die Änderungen im Sozialversicherungsrecht und medizinische Gegebenheiten angepasst worden. Die Daten zu den gestellten und genehmigten Anträgen sowie den durchgeführten Aufenthalten lägen konsistent und historisch nachvollziehbar vor. Eine Verankerung dieser Datenerhebung in den statistischen Weisungen sei von Vorteil und begrüße der Dachverband.

(3) Die ÖGK hielt in ihrer Stellungnahme fest, dass der mit 1. Jänner 2022 eingeführte Bearbeitungsprozess die konsistente und bundesweit einheitliche Administration im Zusammenhang mit der Fallbearbeitung gewährleiste. Daraus könnten entsprechende Daten zu Genehmigungsverfahren (Bewilligungen/Ablehnungen) zur Verfügung gestellt werden.

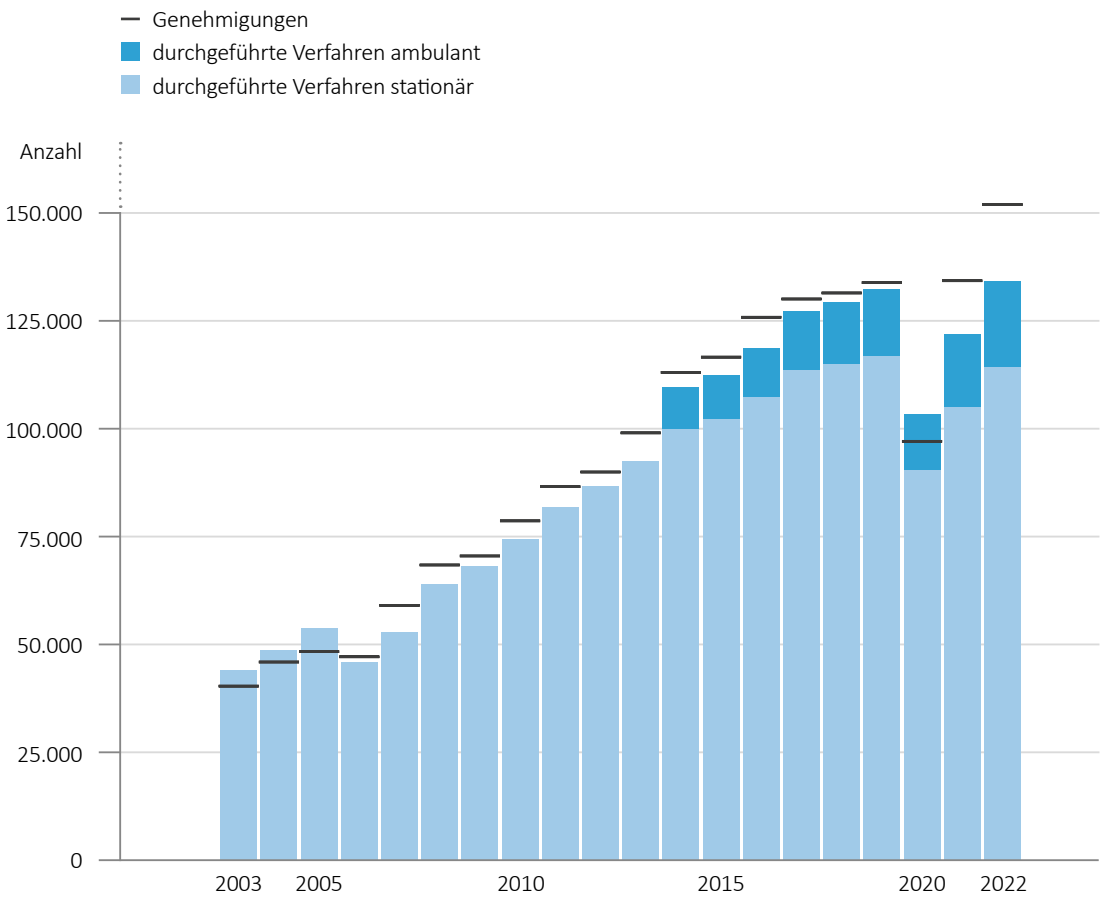
Bereits im Rahmen des Digitalisierungsprojekts 2030 werde an österreichweit einheitlichen Prozessen zur Speicherung und Abwicklung durchgeführter Rehabilitationsverfahren, sowohl ambulant als auch stationär, gearbeitet. Zu diesem Zweck sei eine eigene Task Force in der ÖGK gegründet worden. Auch der Einsatz eines Datensatzes, um Automatismen zu implementieren, werde angedacht.

(4) Die PVA nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung des RH zur Kenntnis. Sie merkte an, dass sie weder Anträge noch Erledigungen dieser Anträge lösche. Auf Ebene der Leistungsarten könne sie derzeit zwar keine Ablehnungsquoten berechnen, jeder einzelne Fall sei aber nachvollziehbar.

Entwicklung im Zeitverlauf

5.1 Die Anzahl der genehmigten und durchgeführten Rehabilitationsverfahren (stationär, ambulant und in Summe) der PVA entwickelte sich in den Jahren 2003 bis 2022 wie folgt:

Abbildung 3: Genehmigungen und durchgeführte Rehabilitationsverfahren der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) 2003 bis 2022



Quellen: Dachverband; GÖG; Darstellung: RH

Von 2003 bis 2019 und damit bis zur COVID–19–Pandemie verdreifachten sich die durchgeführten Verfahren von rd. 44.000 auf rd. 132.000. In den Jahren 2020 bis 2022 versuchte die PVA, einen weiteren Anstieg stationärer Verfahren durch Forcierung ambulanter Verfahren zu verlangsamen.

Nach einem COVID–19–bedingten Einbruch 2020 stieg die Anzahl genehmigter und durchgeführter Rehabilitationsverfahren wieder an. Mit rd. 152.000 Genehmigungen im Jahr 2022 wurde das Niveau von 2019 deutlich überschritten. Auch die insgesamt rd. 134.000 stationären und ambulanten Verfahren im Jahr 2022 lagen über dem Niveau vor der COVID–19–Pandemie.

5.2 Der RH wies darauf hin, dass die Anzahl der genehmigten und durchgeführten medizinischen Rehabilitationsverfahren zwischen 2003 und 2019 stark angestiegen war. Der Einbruch durch die COVID–19–Pandemie beschränkte sich auf die Jahre 2020 und 2021.

Rechtsgrundlagen

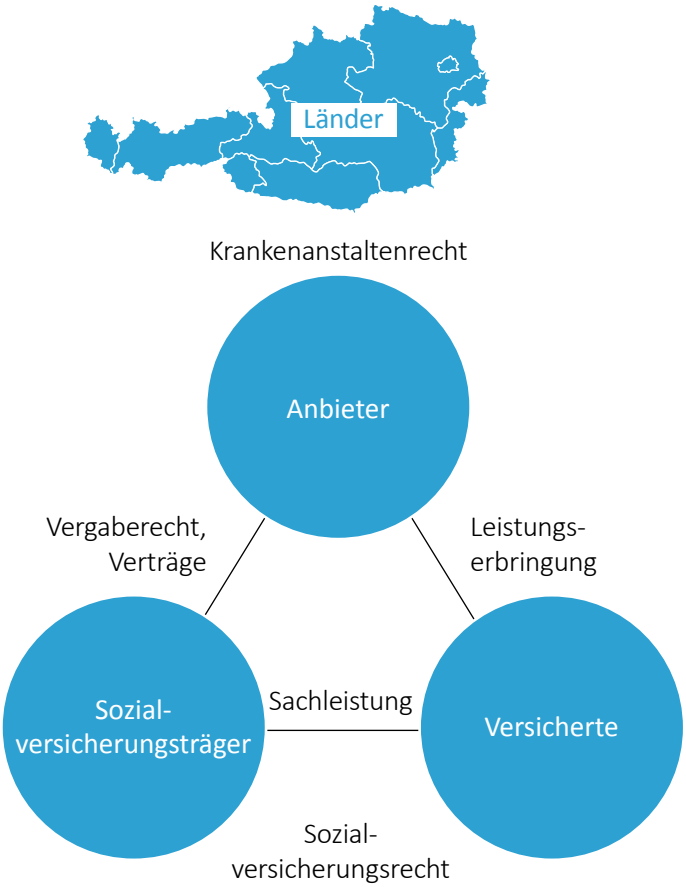
Grundsätzliches

6.1 (1) Die Rechtsgrundlagen der medizinischen Rehabilitation umfassten mehrere Ebenen:

- Das Sozialversicherungsrecht regelte zwischen den Sozialversicherungsträgern und den Versicherten, unter welchen Voraussetzungen Leistungen zu erbringen waren.
- Verträge zwischen Sozialversicherungsträgern und den Leistungserbringern bestimmten wesentliche Leistungselemente genauer.
- Auch landesrechtlich vorgegebene Rahmenbedingungen (z.B. Errichtungs– und Betriebsbewilligungen) waren maßgeblich.

Die folgende Abbildung zeigt einen Überblick über die relevanten Rechtsverhältnisse:

Abbildung 4: Maßgebliche Rechtsverhältnisse für medizinische Rehabilitation



Quelle und Darstellung: RH

(2) Die folgende Tabelle stellt wesentliche sozialversicherungsrechtliche Fragen und Problemfelder dar, auf die der RH in den TZ 7 bis TZ 11 näher eingeht:

Tabelle 1: Rechtliche Fragen und Problemfelder zur medizinischen Rehabilitation

Thema	Fragestellung	Problemfelder	TZ
Zuständigkeiten	Welcher Versicherungszweig (Kranken– bzw. Pensionsversicherung) erbringt unter welchen Voraussetzungen die Leistungen?	überlappende Zuständigkeiten, faktisches Überwiegen der Pensionsversicherung ohne klare Rechtsgrundlage	TZ 7
Leistungsdefinition	Welche Leistung (z.B. stationär oder ambulant) wird erbracht?	offene Definition der Leistung, ambulante Leistungen nur teilweise gesetzlich geregelt	TZ 8
Leistungsanspruch	Gibt es einen Rechtsanspruch auf die Leistung?	meist kein Rechtsanspruch	TZ 9
Antragsprinzip	Die Erbringung einer Leistung erfolgt überwiegend nur auf Antrag. Zeigen sich bei der Antragstellung Auffälligkeiten?	Antragsverhalten unterschiedlich nach Region und Berufsgruppe, nur geringe systematische Reaktion auf Früherfassung	TZ 11
Finanzierungs-vorbehalt	Ist die Leistungserbringung an die finanzielle Lage des Sozialversicherungsträgers gebunden?	wesentliche Leistungsteile (insbesondere für Pensionsbeziehende) gesetzlich an ausreichende finanzielle Mittel gebunden, Auswirkung unklar	TZ 10

Quelle: ASVG; Zusammenstellung: RH

6.2 Der RH wies darauf hin, dass das Sozialversicherungsrecht für die medizinische Rehabilitation in mehreren Bereichen – Zuständigkeiten, Leistungsdefinition, Leistungsanspruch, Antragsprinzip, Finanzierungsvorbehalt – Fragen aufwarf. Insbesondere die Kombination aus unklarer Zuständigkeitsverteilung, offenen Leistungsdefinitionen und überwiegendem Fehlen eines Rechtsanspruchs führte zu sachlich problematischen Effekten, z.B. dazu, dass Pensionsbeziehende von ambulanter medizinischer Rehabilitation ausgeschlossen waren (TZ 8).

Zuständigkeiten

7.1 (1) Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die rechtlichen Zuständigkeiten für die medizinische Rehabilitation in der Kranken– und Pensionsversicherung:

Tabelle 2: Rechtliche Zuständigkeiten für medizinische Rehabilitation in der Kranken– und Pensionsversicherung

	medizinische Rehabilitation			
	in der Kranken-versicherung	in der Pensionsversicherung		
Rechtsgrundlage	§ 154a ASVG	§ 300 ASVG		§ 307d ASVG in Verbindung mit Schreiben an den Dachverband[1]
Adressatinnen und Adressaten	aktive Versicherte, Beziehende von Alterspensionen und Angehörige	aktive Versicherte, Beziehende von Pensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit	Beziehende von Rehabilitationsgeld	Beziehende von Alterspensionen
Art der Leistung	Pflichtaufgabe (ambulant und stationär)	Pflichtaufgabe (ambulant und stationär)	Pflichtleistung (ambulant und stationär)	freiwillige Leistung (stationär)
Ziel	den Gesundheitszustand der zu rehabilitierenden Personen so weit wiederherzustellen, dass sie in der Lage sind, in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd und ohne Betreuung und Hilfe einzunehmen	die zu rehabilitierenden Personen bis zu einem solchen Grad ihrer Leistungsfähigkeit (wieder) herzustellen, der sie in die Lage versetzt, im beruflichen und wirtschaftlichen Leben und in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd einnehmen zu können		gesetzlich nicht eindeutig geregelt

ASVG = Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

Quelle: ASVG; Zusammenstellung: RH

[1] 9. Februar 1999, GZ 23.280/1–2/99

(2) Das ASVG regelte medizinische Rehabilitation an unterschiedlichen Stellen:

(a) In der Krankenversicherung waren gemäß § 154a ASVG aktive Versicherte, Beziehende von Alterspensionen und Angehörige leistungsberechtigt.

(b) In der Pensionsversicherung waren gemäß § 300 ASVG aktive Versicherte und Beziehende von Rehabilitationsgeld bzw. Invaliditätspension leistungsberechtigt, nicht jedoch Beziehende von Alterspensionen.

(c) Dennoch hatten auch in der Pensionsversicherung Beziehende von Alterspensionen Zugang zu Rehabilitationsleistungen; seit 1976[11] ermöglichte § 307d ASVG diese Leistungen als eine Form der Gesundheitsvorsorge durch die Pensionsversicherungsträger.

Letztlich waren für die medizinische Rehabilitation aller Personengruppen sowohl die Kranken– als auch die Pensionsversicherung zuständig, wenn auch nach jeweils unterschiedlichen Vorschriften.

(3) Die Ziele der medizinischen Rehabilitation waren je nach Versicherungszweig verschieden:

(a) In der Krankenversicherung sollte die medizinische Rehabilitation den Erfolg einer Krankenbehandlung sichern oder die Folgen der Krankheit erleichtern. Sie zielte gemäß § 154a ASVG deshalb darauf ab, den Gesundheitszustand der betroffenen Person so weit wiederherzustellen, dass sie in der Lage war, in der Gemeinschaft einen angemessenen Platz einzunehmen.

(b) In der Pensionsversicherung stand die Wiedereingliederung in das berufliche Leben im Vordergrund, um eine Pensionsleistung zu vermeiden.

(c) Die medizinische Rehabilitation für Pensionsbeziehende in der Pensionsversicherung (aus der Rechtsgrundlage der Gesundheitsvorsorge) hatte keine klare gesetzliche Zielvorgabe. Nach Ansicht der Literatur hatte die Vorschrift aber die Funktion, die geriatrische Rehabilitation zu berücksichtigen und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.[12]

(d) In der Praxis hatten diese mehrfachen Zuständigkeiten Folgen für die Leistungsbeziehenden, weil sich

- neben den Zielvorgaben
- auch die Leistungsdefinition (z.B. Möglichkeit der ambulanten Leistungserbringung, TZ 8)
- und die Voraussetzungen für die Leistungsgewährung (z.B. gesetzliche Regelung eines Finanzierungsvorbehalts, TZ 10)

unterschieden.

[11] BGBl. 704/1976

[12] *Bergauer* in *Mosler/Müller/Pfeil* (Hrsg.), SV–Komm, § 307d ASVG, 1. Juli 2022

(4) Der Umgang mit diesen Doppelzuständigkeiten war nicht eindeutig geregelt: Das ASVG sah vor, dass Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation vom Pensionsversicherungsträger gewährt werden, „wenn und soweit“ sie nicht aus einer gesetzlichen Krankenversicherung gewährt werden.[13] Das konnte als Vorrang der Krankenversicherung verstanden werden oder als Abgrenzung der medizinischen Rehabilitation von der Krankenbehandlung.

Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation waren stets beim Pensionsversicherungsträger zu beantragen. Dieser konnte sie selbst gewähren oder den Antrag an den Krankenversicherungsträger weiterleiten.[14] Der Pensionsversicherungsträger konnte die Zuständigkeit jederzeit an sich ziehen.[15] Umgekehrt konnte der Krankenversicherungsträger die Maßnahme gegen Kostenersatz dem Pensionsversicherungsträger übertragen (§ 154a Abs. 4 ASVG).

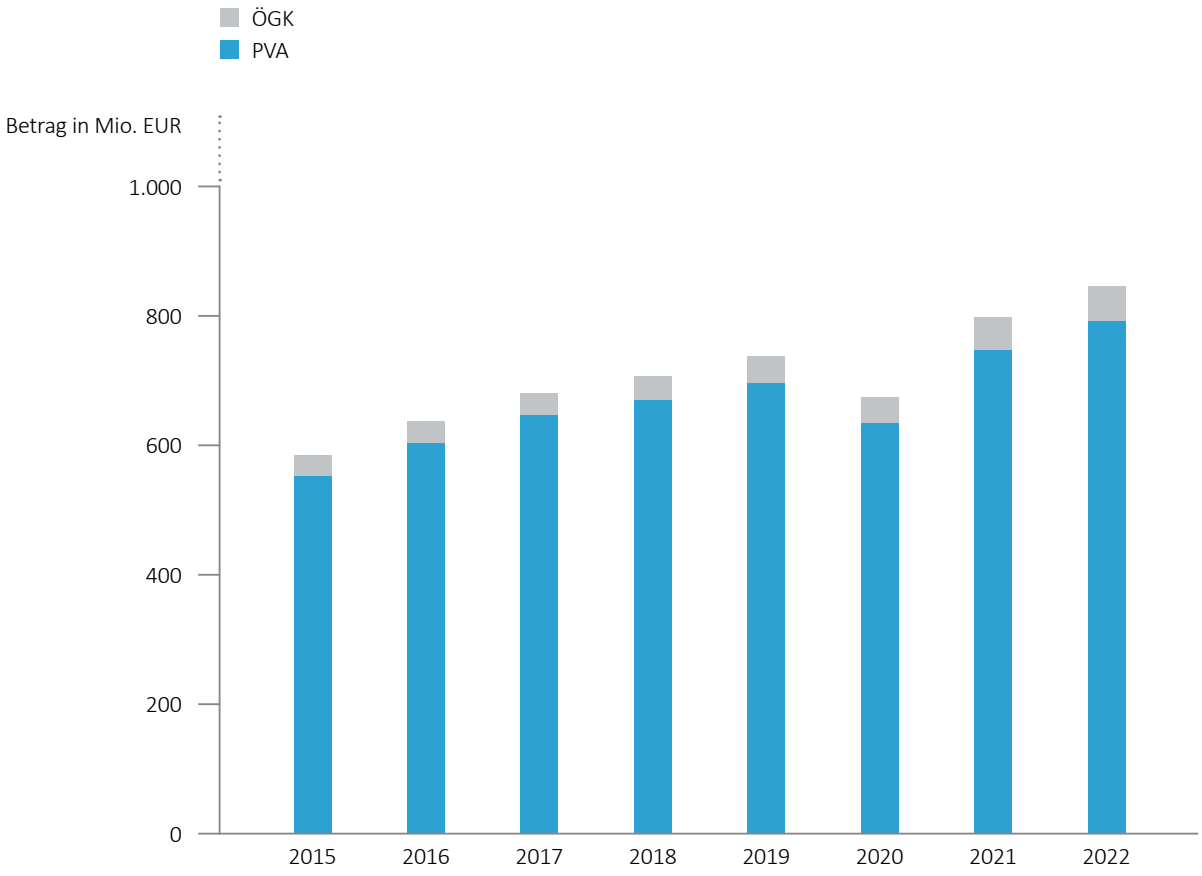
[13] § 302 Abs. 2 ASVG

[14] § 154a Abs. 3 ASVG

[15] § 302 Abs. 2 ASVG

(5) Die folgende Abbildung zeigt, dass der Anteil der Leistungen der PVA bei Weitem überwog:

Abbildung 5: Aufwand für medizinische Rehabilitation bei der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) und der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) 2015 bis 2022



Quelle: Dachverband; Darstellung: RH

Eine klare Rechtsgrundlage für diese Verteilung war für den RH nicht ersichtlich. Die PVA konnte im Unterschied zur ÖGK im Rahmen einer Abgangsdeckung auf Mittel des Bundes zurückgreifen (TZ 10).

(6) Der RH hatte im Compliance–Bericht (TZ 24) dem Sozialministerium und dem Bundesministerium für Finanzen empfohlen, auf eine verbesserte rechtliche Regelung der Zuständigkeiten für Rehabilitation und Gesundheitsvorsorge hinzuwirken. Das Sozialministerium hatte in seiner Stellungnahme auf das Regierungsprogramm 2013–2018 hingewiesen. Eine tatsächliche Veränderung fand bis zur Zeit der gegenständlichen Gebarungsüberprüfung nicht statt.

7.2 Der RH hielt fest, dass die medizinische Rehabilitation auf gesetzlicher Ebene sowohl den Kranken– als auch den Pensionsversicherungsträgern zugewiesen war. Ihre Zielsetzungen (ebenso wie die Voraussetzungen der Leistungsgewährung und die Definition der Leistungen) unterschieden sich dabei (TZ 8, TZ 10). Faktisch überwog die Leistungserbringung durch die PVA. Dies führte der RH auch auf die verfügbaren finanziellen Mittel zurück.

Der RH empfahl dem Sozialministerium, für die medizinische Rehabilitation auf eine klar geregelte Zuständigkeitsverteilung zwischen Pensions– und Krankenversicherung hinzuwirken.

7.3 Laut Stellungnahme des Sozialministeriums seien die Erörterungen des RH zu den Zuständigkeiten für die medizinische Rehabilitation bzw. Gesundheitsvorsorge korrekt. Eine Änderung der Zuständigkeiten bedürfe einer politischen Entscheidung. Im Regierungsprogramm 2020–2024 sei im Kapitel „Gesund bis zur Pension: Verbleib im Erwerbsleben unterstützen“ das Ziel verankert, einen bestmöglichen Zugang für Kinder und Jugendliche, Erwerbstätige und Seniorinnen und Senioren zur Rehabilitation zu verschaffen. Politische Gespräche seien bis dato nicht erfolgreich gewesen, daher sei eine Umsetzung in der bis Herbst 2024 dauernden Legislaturperiode nicht mehr zu erwarten. Für den Bereich der Kinder– und Jugendrehabilitation sei durch die Änderung des Arbeitsvertragsrechts–Anpassungsgesetzes[16] (§ 14e, BGBl. I 11/2024) ein Rechtsanspruch auf Freistellung von der Arbeitsleistung im Ausmaß von höchstens vier Wochen pro Kalenderjahr zum Zweck der notwendigen Begleitung des noch nicht 14–jährigen Kindes zu einem vom zuständigen Sozialversicherungsträger oder vom Land im Rahmen der Behindertenhilfe bewilligten stationären Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung geschaffen worden. Für diese Zeit der Begleitung bestehe nunmehr gemäß § 21c Abs. 3b Bundespflegegeldgesetz[17] ein Rechtsanspruch auf Pflegekarenzgeld.

[16] BGBl. 459/1993 i.d.g.F.

[17] BGBl. I 109/2023 i.d.g.F.

Leistungsdefinition

8.1 (1) In der Krankenversicherung sah das ASVG insbesondere die Unterbringung in Rehabilitationskrankenanstalten vor.[18] In der Pensionsversicherung war zusätzlich insbesondere die ambulante medizinische Rehabilitation vorgesehen.[19] Die PVA gewährte Beziehenden von Alterspensionen keine ambulante medizinische Rehabilitation, da sie Leistungen für Pensionsbeziehende als eine Form der Gesundheitsvorsorge erbrachte (TZ 7). Sachliche, insbesondere medizinische Gründe für eine unterschiedliche Behandlung durch die Pensions– und Krankenversicherung oder von aktiven Versicherten und Pensionsbeziehenden bei der stationären oder ambulanten Leistungserbringung gab es nicht.

(2) Zwar war in der Krankenversicherung – anders als in der Pensionsversicherung – auf gesetzlicher Ebene die (kostengünstigere) ambulante medizinische Rehabilitation nicht ausdrücklich vorgesehen. Bei deren Einführung 2011 wurde sie in der Pensionsversicherung allerdings als „Unterform“ der stationären medizinischen Rehabilitation definiert. Die ÖGK vertrat daher die Ansicht, dass diese auch in der Krankenversicherung erbracht werden konnte. Im Arbeitskreis Rehabilitation, einer Abstimmungsrunde zur medizinischen Rehabilitation zwischen den verschiedenen Sozialversicherungsträgern, informierte daher die ÖGK im Jänner 2023, dass sie – zum Teil abweichend von der früheren Praxis der Gebietskrankenkassen – die ambulante medizinische Rehabilitation für Pensionsbeziehende für alle Indikationen und Phasen bei Bedarf genehmigen werde. Entsprechende Fälle könne die PVA auch an die ÖGK abtreten.

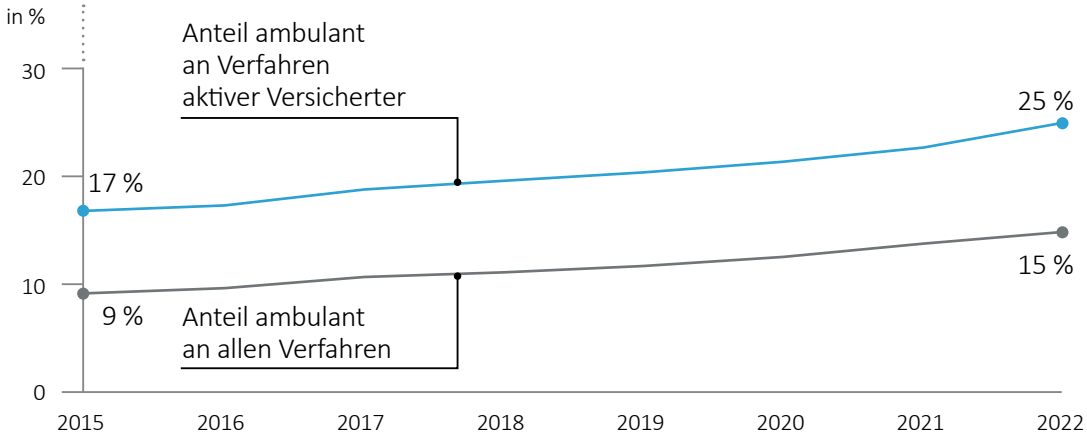
(3) Bei der PVA benötigte 2022 ein ambulantes medizinisches Rehabilitationsverfahren für aktive Versicherte etwa die Hälfte des Aufwands eines stationären Verfahrens. Etwa ein Viertel der medizinischen Rehabilitationsverfahren für aktive Versicherte wurde ambulant durchgeführt. Unter der Annahme, dass Pensionsbeziehende im selben Ausmaß ambulante medizinische Rehabilitation in Anspruch nehmen wie aktive Versicherte, ergab sich ein möglicher zusätzlicher Aufwand von rd. 53 Mio. EUR für die ambulante Rehabilitation für Pensionsbeziehende. Im Jahr 2022 führte die ÖGK nur einen Bruchteil der ambulanten Rehabilitationsverfahren durch. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung rechnete die ÖGK für das Jahr 2023 mit einem negativen Betriebsergebnis von 373,74 Mio. EUR. Die Finanzierung der Übernahme weiterer ambulanter Rehabilitationsverfahren war nicht geregelt.

[18] § 154a Abs. 2 ASVG; weiters waren die – in diesem Bericht nicht behandelte – Gewährung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln sowie die Gewährung ärztlicher Hilfe und die Versorgung mit Heilmitteln und Heilbehelfen als Maßnahmen vorgesehen.

[19] Weiters vorgesehen waren Telerehabilitation und Maßnahmen der medizinisch–berufsorientierten Rehabilitation gemäß § 302 Abs. 1 ASVG (wo besonders auf die Anforderungen bestimmter Arbeitsplätze eingegangen wird); beides wurde bislang seltener angewandt.

Grundsätzlich erachteten sowohl die ÖGK als auch die PVA die Erhöhung des Anteils der ambulanten medizinischen Rehabilitation als sinnvoll. Auch die Regierungsprogramme 2017–2022 und 2020–2024 sahen einen Ausbau der ambulanten medizinischen Rehabilitation zur Entlastung der stationären medizinischen Rehabilitation vor. Die folgende Abbildung zeigt, wie sich der Anteil der ambulanten Verfahren bei der PVA von 2015 bis 2022 entwickelte:

Abbildung 6: Anteil ambulanter Rehabilitationsverfahren bei der Pensionsversicherungsanstalt (PVA)



Quelle: PVA; Darstellung: RH

(4) Im Rehabilitationsplan 2020 war für den Zeitraum 2020 bis 2025 bei gleichbleibenden stationären Kapazitäten eine Verdoppelung der ambulanten Verfahren vorgesehen.

(5) Eine Regelung, unter welchen Voraussetzungen eine medizinische Rehabilitation in stationärer bzw. ambulanter Form angewendet werden sollte, war im Gesetz nicht enthalten. Praktisch waren Kriterien wie Mobilität sowie psychische Belastbarkeit, Nähe zum Wohnort oder Arbeitsplatz, eine angemessene häusliche Versorgung, familiäre Betreuungspflichten, die Reintegration oder bewusste Distanzierung vom gewohnten Umfeld sowie stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess relevant. In vielen Fällen ergab sich aus diesen Kriterien keine eindeutige Zuordnung. Die subjektiven Präferenzen der Betroffenen waren sehr unterschiedlich. Laut PVA stimmten diese nicht immer mit der medizinisch optimalen Leistungserbringung überein.

Die PVA sah in ihrem internen Steuerungsprozess ab September 2022 einen Vorrang für ambulante Verfahren vor. Ab August 2023 führte sie jedoch wieder den Vorrang des Patientenwunschs ein.

8.2 Der RH hielt fest, dass die ambulante medizinische Rehabilitation mit einem etwa halb so hohen Aufwand je Fall deutlich kostengünstiger war als die stationäre und dass sie mitunter (z.B. bei Betreuungspflichten) eine Inanspruchnahme erst ermöglichte. Für andere Betroffene konnte eine stationäre Leistungsform erforderlich sein. Die bisherigen Erfahrungen zeigten auch ein mögliches Spannungsfeld zwischen Patientenwünschen und wirtschaftlich sowie medizinisch optimaler Leistungserbringung. Der RH wies darauf hin, dass der Rehabilitationsplan einen weiteren Anstieg der ambulanten Leistungserbringung vorsah. Er hielt daher eine klare rechtliche Regelung für wesentlich und kritisierte,

- dass die Möglichkeit ambulanter medizinischer Rehabilitation in der Krankenversicherung und für die Gruppe der Pensionsbeziehenden nicht klar geregelt war
- und die Kriterien für die stationäre oder ambulante Leistungserbringung gesetzlich nicht geregelt waren.

Der RH empfahl dem Sozialministerium, auf eine klare rechtliche Regelung der ambulanten medizinischen Rehabilitation für alle aktiven Versicherten und Pensionsbeziehenden hinzuwirken, einschließlich Kriterien für die Gewährung von stationärer bzw. ambulanter medizinischer Rehabilitation.

8.3 Das Sozialministerium merkte in seiner Stellungnahme an, dass Änderungen des Angebots von ambulanter medizinischer Rehabilitation insbesondere auch für Pensionsbeziehende einer entsprechenden politischen Willensbildung und Gesetzesänderung bedürften. Das Regierungsprogramm 2020–2024 sehe den Ausbau der ambulanten medizinischen Rehabilitation vor. Politische Gespräche seien bis dato nicht erfolgreich gewesen, daher sei eine Umsetzung in der bis Herbst 2024 dauernden Legislaturperiode nicht mehr zu erwarten. Nach § 154a ASVG würden die Krankenversicherungsträger im Anschluss an die Krankenbehandlung medizinische Maßnahmen der Rehabilitation gewähren, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder die Folgen der Krankheit zu erleichtern. Die Gewährung einer medizinischen Rehabilitation setze aus krankenversicherungsrechtlicher Sicht einen nahen zeitlichen Konnex zur Krankenbehandlung voraus. Medizinische Maßnahmen im Rahmen der Krankenbehandlung nach § 135 Abs. 1 Z 1 bis 4 ASVG seien im Hinblick auf die leistungserbringenden Berufsgruppen und auf die Art der Maßnahmen faktisch schwer von ambulanten medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation abzugrenzen.

Leistungsanspruch

9.1 (1) Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation hatten die Sozialversicherungsträger nach „pflichtgemäßem Ermessen“ zu gewähren (sogenannte Pflichtaufgaben). Ein Rechtsanspruch bestand – anders als im Bereich der Pflichtleistungen – für die meisten Betroffenen aber nicht. Nur Personen, bei denen vorübergehende Invalidität im Ausmaß von zumindest sechs Monaten vorlag, hatten einen Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation, wenn es zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit notwendig und infolge des Gesundheitszustands zweckmäßig war (insbesondere Beziehende von Rehabilitationsgeld).[20]

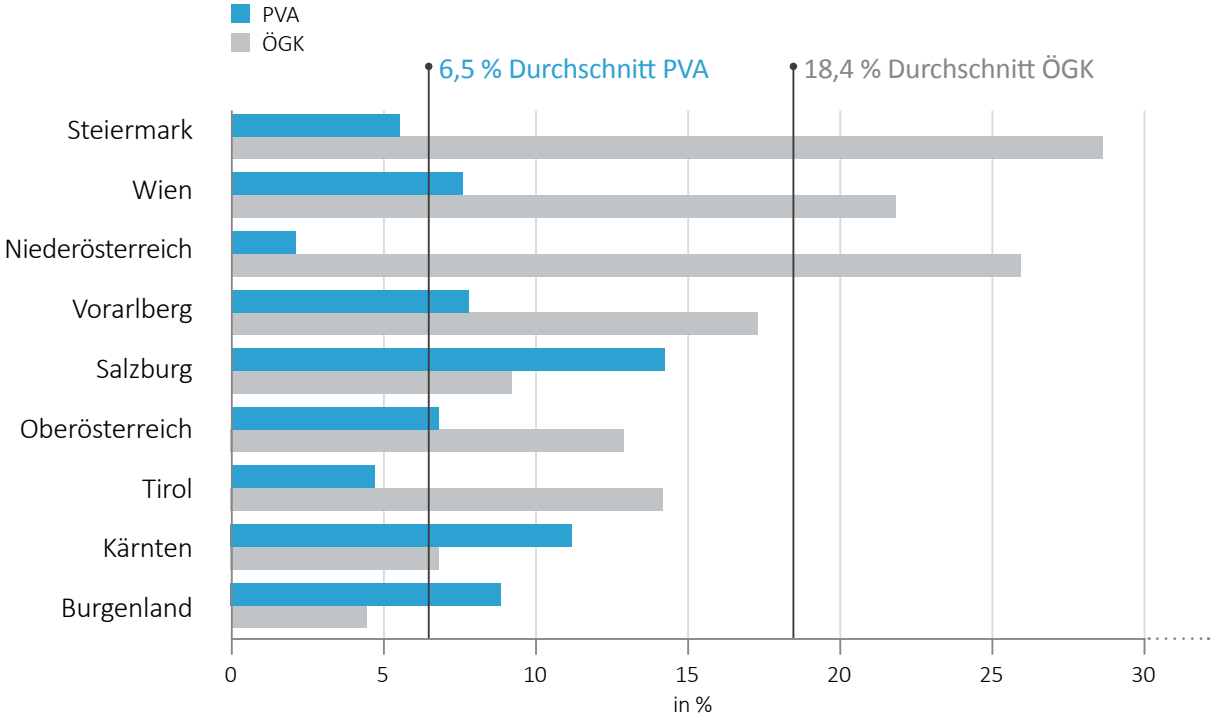
Die übrigen Personen konnten lediglich gerichtlich überprüfen lassen, ob der Sozialversicherungsträger sein Ermessen im Sinne des Gesetzes ausgeübt hatte. Dabei konnten auch Kriterien wie die finanzielle Situation der Betroffenen und des Sozialversicherungsträgers sowie die ständige Praxis bei anderen Versicherten relevant sein. Diese Überprüfung bot nur einen Schutz gegen willkürliche Diskriminierung im Sinne der mittelbaren Drittwirkung der Grundrechte. Leistungen der Gesundheitsvorsorge (und damit die Rechtsgrundlage für medizinische Rehabilitation für Pensionsbeziehende) waren hingegen nur freiwillige Leistungen.

(2) Laut parlamentarischen Materialien aus dem Jahr 1991 wollte der Gesetzgeber die medizinische Rehabilitation in der Krankenversicherung nach einer Erprobungsphase in eine Pflichtleistung mit Rechtsanspruch umwandeln. Eine solche Änderung wurde bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nicht beschlossen.

[20] § 253f ASVG

(3) Die folgende Abbildung zeigt eine Auswertung der von der ÖGK bzw. der PVA zur Verfügung gestellten Daten zur Ablehnungsquote für das Jahr 2022:

Abbildung 7: Ablehnungsquoten für Rehabilitationsanträge bei der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) und der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) 2022



Verzichte, also genehmigte Verfahren, die nicht wahrgenommen wurden, wurden bei der PVA nicht einbezogen, um Vergleichbarkeit mit den Angaben der ÖGK zu gewährleisten.

exklusive PVA–Anträge, die keinem Bundesland zugeordnet waren

Quellen: ÖGK; PVA; Darstellung: RH

Die Ablehnungsquoten lagen zwischen 2 % bei der PVA in Niederösterreich und 29 % bei der ÖGK in der Steiermark. Hinsichtlich einer etwaigen eingeschränkten Aussagekraft der Daten der PVA verwies der RH auf TZ 4.

9.2 Der RH wies darauf hin, dass die medizinische Rehabilitation je nach Gruppe der Betroffenen als freiwillige Leistung (Pensionsbeziehende betreffend PVA), als Pflichtleistung (Beziehende von Rehabilitationsgeld) oder als Pflichtaufgabe (aktive Versicherte, Pensionsbeziehende betreffend ÖGK) geregelt war. Er hielt fest, dass der Rechtsschutz im Bereich der Pflichtaufgaben nur einen Diskriminierungsschutz umfasste.

Der RH merkte an, dass die Ablehnungsquoten im Jahr 2022 je nach Sozialversicherungsträger und Region unterschiedlich waren (zwischen 2 % bei der PVA in Niederösterreich und 29 % bei der ÖGK in der Steiermark), was nahelegte, dass eine

Überprüfbarkeit der Entscheidungen durch Gerichte relevant sein konnte. Der RH verwies diesbezüglich auf seine Empfehlung in TZ 4, die Validität der erhobenen Daten zu verbessern.

Im Zusammenhang mit der geplanten Ausweitung der ambulanten medizinischen Rehabilitation und dem erheblichen Gestaltungsspielraum der Sozialversicherungsträger wäre aus Sicht des RH eine klare Regelung über die Gewährung eines Rechtsanspruchs sinnvoll.

Der RH empfahl dem Sozialministerium, auf eine klare rechtliche Regelung der medizinischen Rehabilitation als Pflicht– oder freiwillige Leistung hinzuwirken.

9.3 Laut Stellungnahme des Sozialministeriums beschreibe die Rechtslage unterschiedliche Zielsetzungen für die Rehabilitation von verschiedenen Personengruppen. Damit verbunden gebe es – wie der RH richtig festgestellt habe – unterschiedliche Voraussetzungen für die Gewährung von Rehabilitationsleistungen. So hätten z.B. Rehabilitationsgeldbeziehende einen Rechtsanspruch auf Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, da das Ziel hier die Wiedereingliederung in das Berufsleben oder eine Verhinderung eines vorzeitigen Ausscheidens aus dem Berufsleben sei. Im Vergleich dazu hätten z.B. Pensionsbeziehende keinen Rechtsanspruch auf Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, da es hier um den allgemeinen Erhalt der Gesundheit gehe.

Eine Neuregelung der korrespondierenden gesetzlichen Bestimmungen bedürfe jedenfalls einer breiten Diskussion unter Einbeziehung der Sozialversicherungsträger.

Finanzierungsvorbehalt

10.1 Gemäß § 307d Abs. 1 ASVG konnten die Pensionsversicherungsträger Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge und damit auch Rehabilitationsmaßnahmen für Pensionsbeziehende nur unter Bedachtnahme auf ihre finanzielle Leistungsfähigkeit gewähren (sogenannter Finanzierungsvorbehalt). Einen etwaigen Abgang der Pensionsversicherung trug der Bund. Welche konkrete Steuerungsfunktion der Finanzierungsvorbehalt angesichts der Ausfallhaftung des Bundes haben sollte, war unklar. Nach übereinstimmender Angabe des Sozialministeriums und der PVA waren die Ausgaben für medizinische Rehabilitation für Pensionsbeziehende budgetär nicht nach oben begrenzt.

Für die medizinische Rehabilitation in der Krankenversicherung und für aktive Versicherte in der Pensionsversicherung bestand ein solcher Finanzierungsvorbehalt nicht. Für die Krankenversicherung bestand allerdings auch keine Abgangsdeckung des Bundes. Die ÖGK wies im Jahr 2022 ein negatives Betriebsergebnis von rd. 301 Mio. EUR aus.

Insgesamt war somit für den RH nicht erkennbar, dass die medizinische Rehabilitation über konkrete finanzielle Zielvorgaben oder Budgets gesteuert wurde. Auf die Rehabilitationsplanung geht der RH in TZ 17 ff. ein.

10.2 Der RH wies darauf hin, dass nach dem Wortlaut des Gesetzes die medizinische Rehabilitation für Pensionsbeziehende unter dem Vorbehalt der finanziellen Leistungsfähigkeit der Pensionsversicherungsträger stand. Die Bedeutung dieser Bestimmung war jedoch weitgehend unklar. Eine budgetäre Beschränkung der Leistungserbringung für Pensionsbeziehende resultierte daraus nicht, sie erschien sowohl aus sozialpolitischen Überlegungen als auch zur Vermeidung von (maßgeblich öffentlich finanzierter) Pflege nicht sinnvoll. Die Krankenversicherung sollte dagegen nach der geltenden Rechtslage medizinische Rehabilitation ohne Finanzierungsvorbehalt erbringen, verfügte aber aufgrund von Abgängen nicht über die erforderlichen finanziellen Mittel.

Der RH empfahl dem Sozialministerium, darauf hinzuwirken, dass die Bedeutung des Finanzierungsvorbehalts für medizinische Rehabilitation für Pensionsbeziehende bei der PVA gesetzlich klargestellt wird; alternativ wäre auf die Abschaffung des Finanzierungsvorbehalts hinzuwirken.

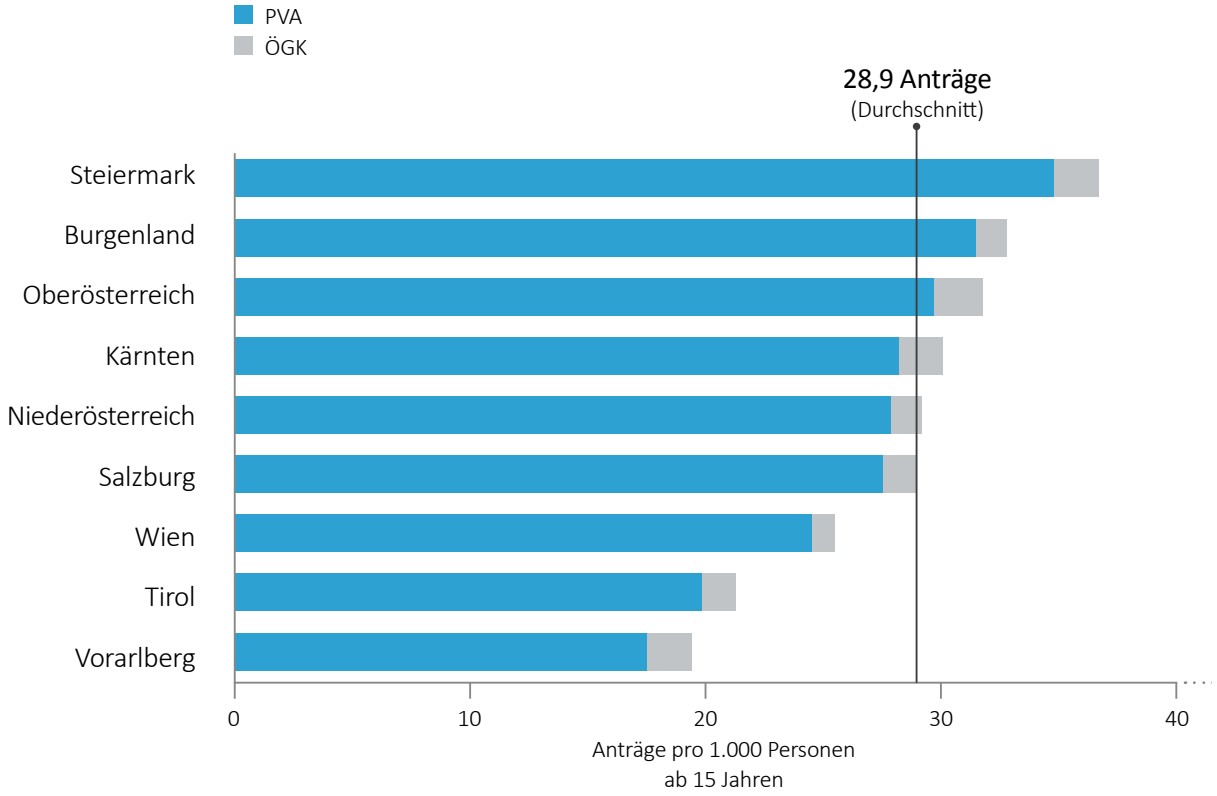
10.3 Das Sozialministerium merkte in seiner Stellungnahme nochmals (TZ 9) an, dass eine Neuregelung der korrespondierenden gesetzlichen Bestimmungen jedenfalls einer breiten Diskussion unter Einbeziehung der Sozialversicherungsträger bedürfe.

Antragsprinzip

11.1 (1) Leistungen der medizinischen Rehabilitation wurden nur auf Antrag gewährt. Die Betroffenen mussten die Möglichkeit der medizinischen Rehabilitation kennen, sich mit ihrem Dienstgeber abstimmen und Betreuungspflichten berücksichtigen. Das Antragsverhalten wies deutliche Unterschiede auf je nach Land und Wirtschaftszweig.

Die folgende Abbildung zeigt die Anzahl der Anträge je Land bezogen auf die Bevölkerung:

Abbildung 8: Rehabilitationsanträge 2022 bei der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) und der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) pro 1.000 Personen ab 15 Jahren



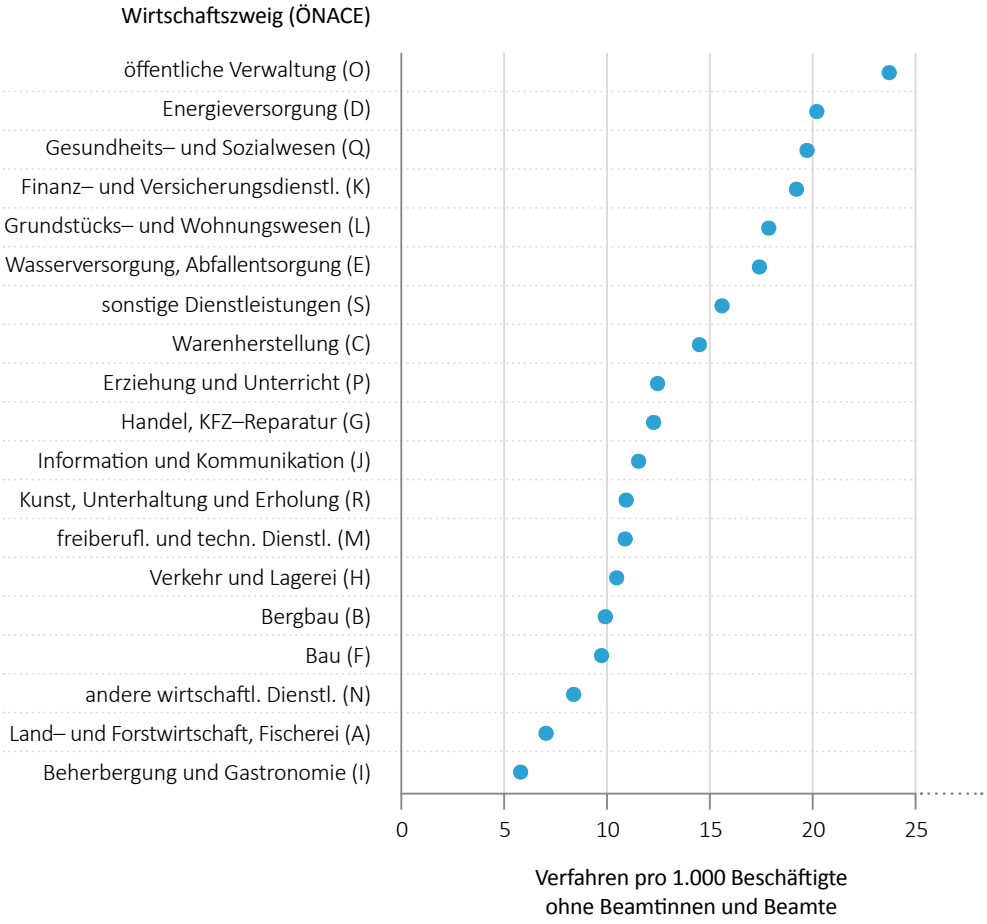
exklusive PVA–Anträge, die keinem Bundesland zugeordnet waren

Quellen: ÖGK; PVA; Darstellung: RH

In der Steiermark und im Burgenland wurden pro Person ab 15 Jahren rund doppelt so viele Anträge gestellt wie in Tirol und Vorarlberg.

(2) Bei aktiven Versicherten zeigten sich auch wesentliche Unterschiede nach Wirtschaftszweigen:

Abbildung 9: Durchgeführte Rehabilitationsverfahren der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) je 1.000 Beschäftigte (ohne Beamtinnen und Beamte), aufgeschlüsselt nach Wirtschaftszweig



Dienstl. = Dienstleistungen

Beschäftigte ohne Beamtinnen und Beamte errechnen sich als Differenz der Beschäftigten im Jahresschnitt 2022 und der Anzahl der Beamtinnen und Beamten im Juni 2022

Quelle: Dachverband; Darstellung: RH

Zum Beispiel in den Bereichen Beherbergung und Gastronomie sowie Bau lag die Zahl der durchgeführten Verfahren wesentlich unter jener in den Bereichen öffentliche Verwaltung, Energieversorgung oder Finanz– und Versicherungsdienstleistungen.

(3) Nur in bestimmten Fällen war vorgesehen, dass die Sozialversicherungsträger u.a. im Rahmen der sogenannten Früherfassung bzw. Früherkennung ohne Antrag tätig wurden:[21] Bei bestimmten Indikationen identifizierte die ÖGK auf Basis von Medikamentenverschreibungen Betroffene, um ihnen frühzeitig Rehabilitationsmaßnahmen zu ermöglichen. Auch Versicherte, die innerhalb eines Jahres mindestens 40 Tage in Krankenstand oder mindestens 28 Tage durchgehend arbeitsunfähig waren, kamen in Betracht. Die Daten waren von der ÖGK an die PVA zu übermitteln, die dann Rehabilitationsmaßnahmen prüfte. Dadurch entstand ein nicht unerheblicher Prüfungsaufwand.

Eine dem RH von der Arbeiterkammer übermittelte Auswertung für das Jahr 2019 (vor der COVID–19–Pandemie) zeigte, dass rd. 500.000 Personen entsprechende Besonderheiten aufwiesen, aber nur ein Bruchteil weitere Maßnahmen erhielt. Ob sie im Wege der Krankenbehandlung unabhängig von der Früherkennung oder Früherfassung eine medizinische Rehabilitation beantragten, war nicht bekannt.

11.2 Der RH hielt fest, dass Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation grundsätzlich nur auf Antrag gewährt wurden. Dabei zeigten sich im Antragsverhalten deutliche Unterschiede zwischen den Ländern und nach Wirtschaftszweig. Der RH hielt es für wesentlich, alle Betroffenen (Versicherte, Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenanstalten) umfassend zu informieren und die Inanspruchnahme in allen Berufsgruppen zu ermöglichen, um die Ziele der medizinischen Rehabilitation zu erreichen.

Die Maßnahmen der Früherfassung und Frühintervention führten laut einer Auswertung der Arbeiterkammer zur Prüfung einer großen Anzahl von Fällen, aber nur zu wenigen durchgeführten Rehabilitationsverfahren. Der RH hielt zwar eine frühe Intervention bei Gesundheitsproblemen für wesentlich, verwies allerdings auf den damit verbundenen großen Prüfungsaufwand. Er erachtete daher eine Prüfung der Kriterien bzw. der Vorgehensweise für zweckmäßig.

Der RH empfahl dem Dachverband, der ÖGK und der PVA, die Kriterien zur Früherfassung und Frühintervention zu evaluieren, um die Treffsicherheit der Maßnahmen zu erhöhen.

Dem Sozialministerium, dem Dachverband, der ÖGK und der PVA empfahl der RH, Versicherte, Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenanstalten umfassend zur medizinischen Rehabilitation zu informieren und Hindernisse für eine gebotene Inanspruchnahme zu untersuchen.

[21] §§ 32 ff. der Richtlinien für die Erbringung von Leistungen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation gemäß § 307c ASVG

11.3 (1) Der Dachverband nahm in seiner Stellungnahme die Empfehlung, die Kriterien zur Früherfassung und Frühintervention zu evaluieren, zur Kenntnis.

Er verwies auf die über das Internet zur Verfügung stehenden Informations– und Kommunikationskanäle. Unter anderem stelle die von ihm beauftragte Website „Österreichischer Rehabilitationskompass“[22] umfassende Informationen zur Rehabilitation allgemein und zum Antrag sowie eine vollständige Liste aller Vertragseinrichtungen der stationären Rehabilitation bereit.

(2) Die ÖGK merkte in ihrer Stellungnahme an, dass die Früherfassung und Frühintervention nach den vom Dachverband erlassenen Richtlinien für die Erbringung von Leistungen im Rahmen der Rehabilitation sowie von Leistungen im Rahmen der Festigung der Gesundheit und der Gesundheitsvorsorge 2021 (§ 34a und § 34b) geregelt seien. Im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten würden die bisher gesetzten Maßnahmen evaluiert und die Evidenz geprüft.

Grundsätzlich lägen die Informationen den Zuweisenden vor (z.B. im Österreichischen Rehabilitationskompass). Sollte es spezifischen Informationsbedarf geben, biete die ÖGK Gespräche mit den Systempartnern an. Die ÖGK setze zum Thema Information in ihrem Wirkungskreis bereits viele Akzente. Umfassende Information für die Patientinnen und Patienten gebe es bereits auf der Website der ÖGK für Versicherte. Best–Practice–Modelle sollten ausgeweitet werden.

(3) Auch die PVA nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis, die Kriterien zur Früherfassung und Frühintervention zu evaluieren.

Sie nutze diverse Kanäle zur Verbreitung der Informationen über Maßnahmen der Rehabilitation; dies seien z.B. neben Foldern und der Teilnahme an Veranstaltungen (Messen etc.) verstärkt auch Veröffentlichungen auf der Website und in sozialen Medien. Die PVA habe weiters bereits im Herbst 2021 begonnen, die ersten Schritte in Richtung eines neuen digitalisierten Antragsformulars zu setzen. Dies solle es ermöglichen, die erforderlichen Informationen konkret zum Zeitpunkt der Antragstellung abzuholen und die genannte Zielgruppe besser erreichen zu können. In diesem Zusammenhang verweise die PVA auf den von der GÖG geführten Österreichischen Rehabilitationskompass.

[22] https://rehakompass.goeg.at/#/start (abgerufen am 5. September 2024)

Rehabilitationsverfahren nach Erwerbsstatus und Indikationen bei der Pensionsversicherungsanstalt

Entwicklung nach Erwerbsstatus

12.1 (1) Bezogen auf die Frage (TZ 7 bis TZ 11), welcher Träger unter welchen Voraussetzungen Leistungen für Pensionsbeziehende gewähren sollte, führte das Sozialministerium in einem Schreiben an den Dachverband[23] aus dem Jahr 1999 aus, dass die Gewährung von medizinischen Rehabilitationsleistungen durch die Pensionsversicherungsträger an Pensionsbeziehende im Rahmen der Gesundheitsvorsorge „durch die Gesetzeslage [...] gedeckt“ sei. Die PVA bezog ihre Leistungsbefugnis für Pensionsbeziehende laut diesem Schreiben nur auf die damals angebotenen Leistungen. Dies beinhaltete die stationäre medizinische Rehabilitation. Medizinische Rehabilitation im Bereich Psychiatrie und Lymphologie war nicht umfasst.

Pensionsbeziehende erhielten daher von der PVA zur Zeit der Gebarungsüberprüfung weder ambulante medizinische Rehabilitation noch Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen und bei Lympherkrankungen. Eine medizinische Begründung dafür lag nicht vor.

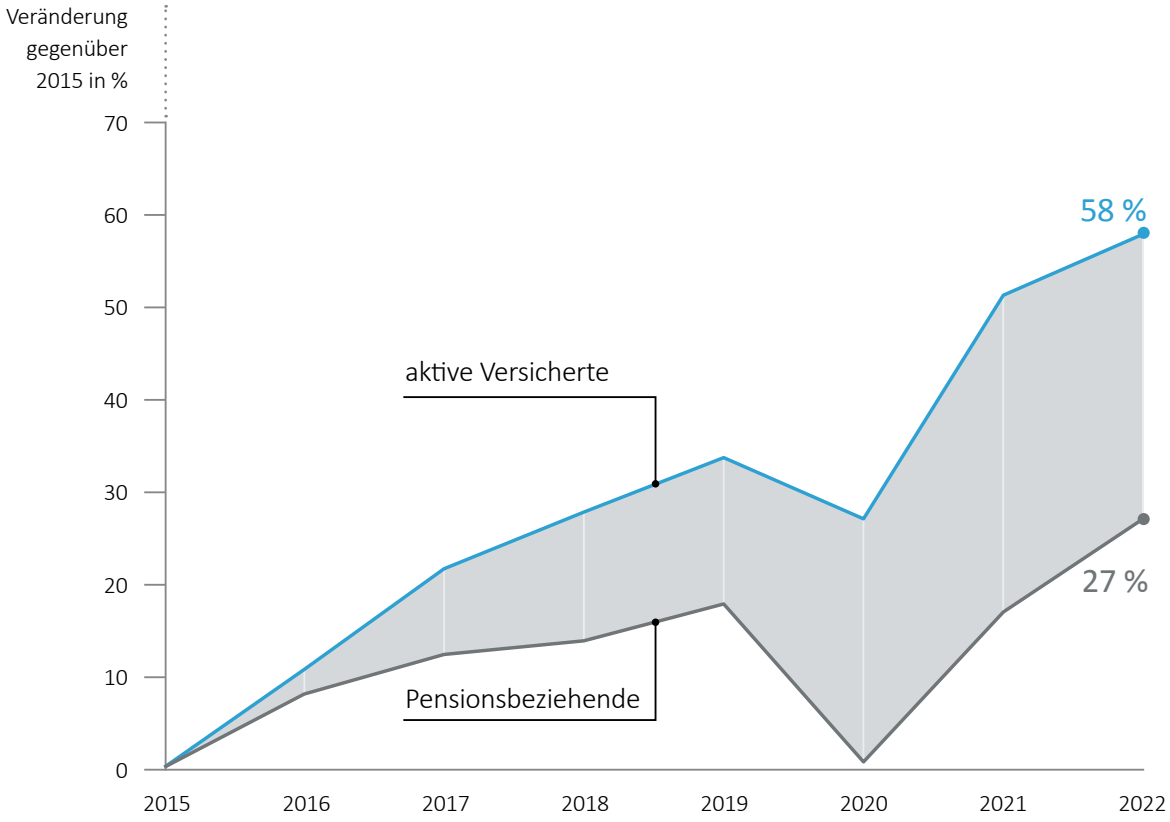
Das Sozialministerium stellte bereits 1999 in Aussicht, auf eine eindeutige gesetzliche Zuständigkeitsregel hinzuwirken. Laut Regierungsprogramm 2013–2018 sollte die Pensionsversicherung zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit im Rahmen einer Rehabilitations–Gesamtstrategie ab 2015 für alle Seniorinnen und Senioren medizinische Rehabilitation anbieten. Das Regierungsprogramm 2020–2024 enthielt u.a. das Ziel eines bestmöglichen Zugangs für Seniorinnen und Senioren zur medizinischen Rehabilitation. Gesundheits– und Pflegebereich sollten gesamthaft betrachtet werden. Durch medizinische Rehabilitation sollte der Anteil an gesunden Jahren erhöht und Pflegebedürftigkeit vermieden werden. Änderungen der Rechtsgrundlagen waren bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nicht erfolgt.

(2) Die Zahl der durchgeführten Rehabilitationsverfahren für Pensionsbeziehende blieb zwischen 2015 und 2022 (mit Ausnahme der COVID–19–geprägten Jahre 2020 und 2021) mit rd. 50.000 Verfahren pro Jahr konstant. Bei aktiven Versicherten stieg die Anzahl um rd. 21.000 Verfahren.

[23] 9. Februar 1999, GZ 23.280/1–2/99

Im selben Zeitraum stieg der Aufwand für Rehabilitationsmaßnahmen der PVA bei aktiven Versicherten (inklusive ambulante Rehabilitationsverfahren) um 172,08 Mio. EUR (58 %); bei Pensionsbeziehenden stieg er dagegen nur um 68,86 Mio. EUR (27 %).[24] Die folgende Abbildung zeigt diese Entwicklung nach Erwerbsstatus anhand der Aufwandsdaten:

Abbildung 10: Steigerung des Aufwands für medizinische Rehabilitation bei der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) nach Erwerbsstatus seit 2015



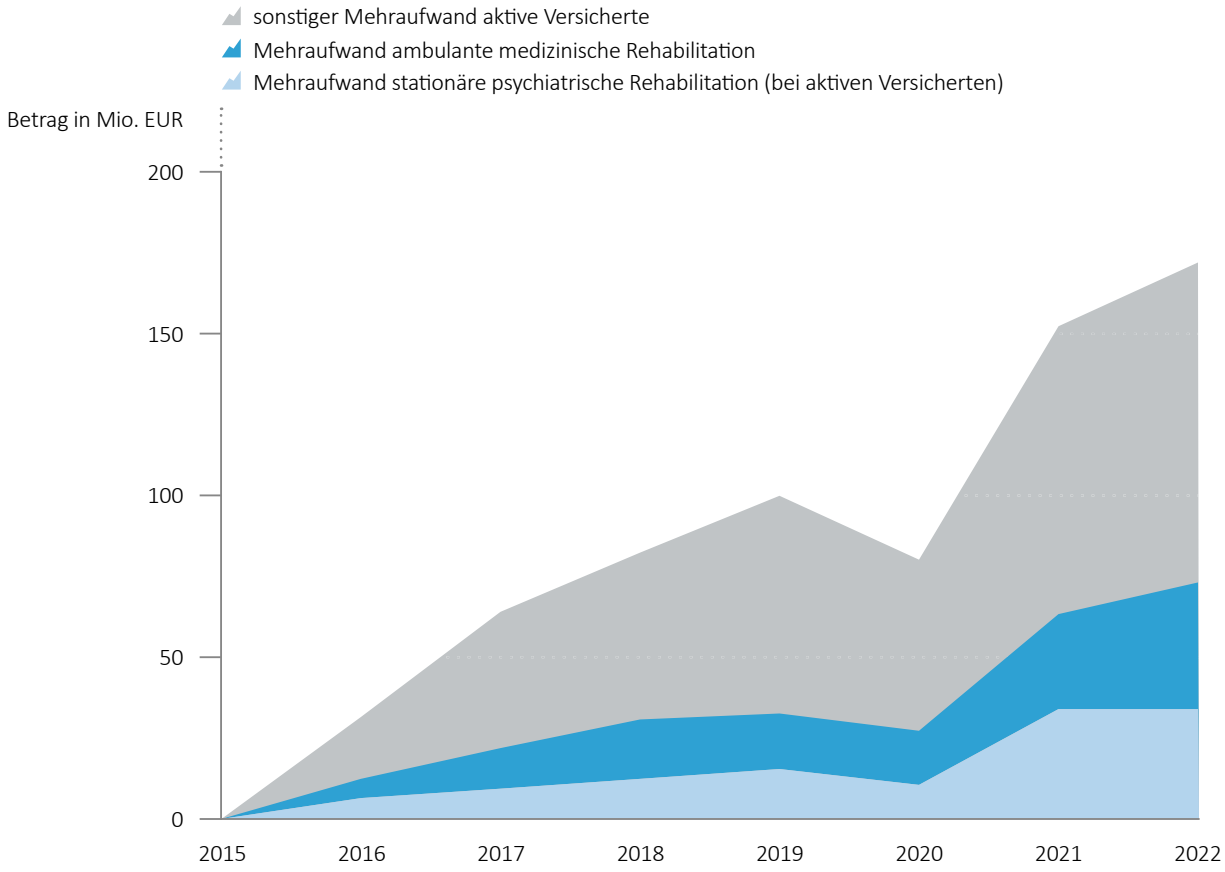
Quelle: Dachverband; Berechnung und Darstellung: RH

Diese unterschiedliche Entwicklung der Leistungen entsprach für den Zeitraum 2015 bis 2022 einem um rd. 340 Mio. EUR geringeren Aufwand für Pensionsbeziehende.

[24] Der Aufwand der ÖGK stieg um 63 % bzw. 20,82 Mio. EUR. Eine Kompensation der unterschiedlichen Steigerungen durch die ÖGK erfolgte somit nicht.

(3) Die folgende Abbildung stellt die Mehraufwendungen der PVA für medizinische Rehabilitation der aktiven Versicherten in drei Bereichen gegenüber: für stationäre psychiatrische Rehabilitation, für ambulante medizinische Rehabilitation und für sonstige Mehraufwendungen in der medizinischen Rehabilitation:

Abbildung 11: Entwicklung der Rehabilitations–Mehraufwendungen der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) für aktive Versicherte in den Bereichen ambulante medizinische und stationäre psychiatrische Rehabilitation sowie sonstige Mehraufwendungen in der medizinischen Rehabilitation seit 2015



Quellen: Dachverband; PVA; Berechnung und Darstellung: RH

38 % des Mehraufwands für medizinische Rehabilitation im Zeitraum 2015 bis 2022 ließen sich auf die Bereiche stationäre psychiatrische Rehabilitation (18 %) und ambulante medizinische Rehabilitation (20 %) zurückführen, die bei Pensionsbeziehenden nicht zur Anwendung kamen. Der darüber hinausgehende Unterschied war größtenteils durch andere Indikationen bedingt[25] (TZ 13).

[25] In kleinerem Umfang waren auch Verschiebungen in der Demografie für den unterschiedlichen Verlauf der Aufwendungen verantwortlich (unterschiedliche Entwicklung der Anzahl der Pensionsbeziehenden und der aktiven Versicherten).

12.2 Der RH hielt kritisch fest, dass für Pensionsbeziehende die Rechtslage für medizinische Rehabilitation ungünstiger als für die aktiven Versicherten war; dies schloss – ohne medizinisch begründet zu sein – Pensionsbeziehende von der ambulanten, psychiatrischen und lymphologischen Rehabilitation aus. Dieser Ausschluss entsprach rund drei Viertel der berechneten Minderaufwendungen für Pensionsbeziehende von rd. 340 Mio. EUR im Zeitraum 2015 bis 2022. Bereits im Regierungsprogramm 2013–2018 war vorgesehen gewesen, die Rechtsgrundlagen zu bereinigen. Im Regierungsprogramm 2020–2024 war sogar der bestmögliche Zugang für Seniorinnen und Senioren zur medizinischen Rehabilitation vorgesehen, um Pflegebedarf hintanzuhalten.

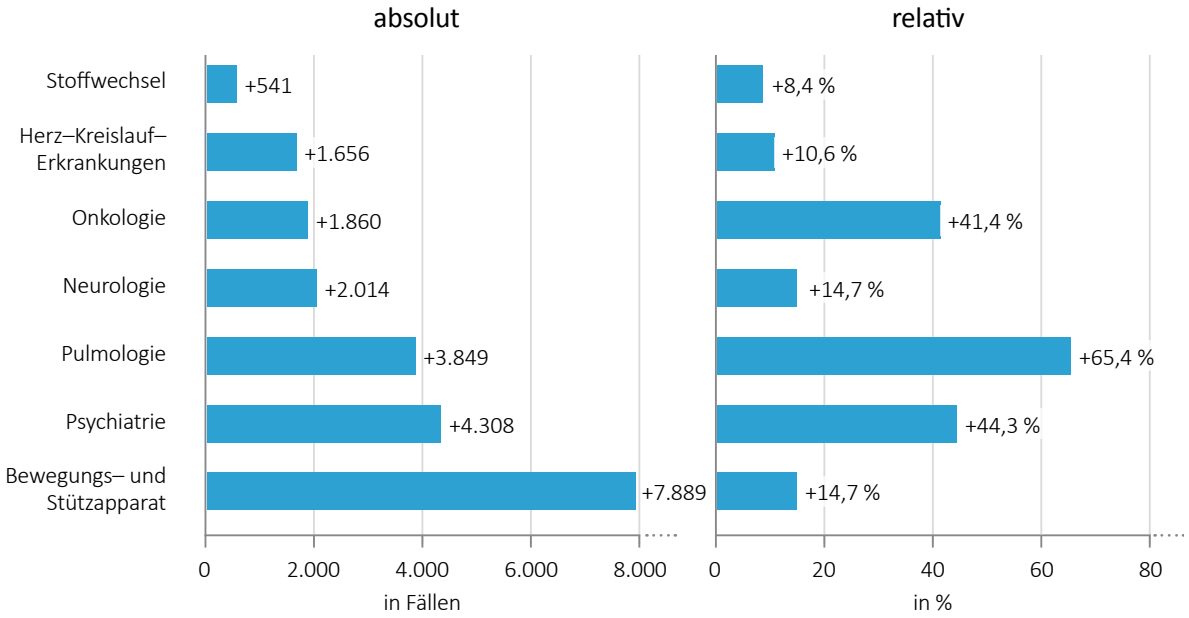
Der RH empfahl dem Sozialministerium, im Rahmen einer Rehabilitations–Gesamtstrategie die Regelungen für Pensionsbeziehende neu zu gestalten, um einen verbesserten Zugang zur medizinischen Rehabilitation zu erreichen und damit Pflegebedarf hintanzuhalten.

12.3 Das Sozialministerium merkte in seiner Stellungnahme an, dass es diese Empfehlung begrüße. Mittelfristig sollte unter Einbeziehung der Zielsteuerungspartner eine Rehabilitations–Gesamtstrategie erarbeitet werden.

Entwicklung der Indikationen

13.1 (1) Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Rehabilitationsverfahren nach Indikationen bei der PVA zwischen 2015 und 2022:

Abbildung 12: Rehabilitationsverfahren nach Indikationen bei der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) – Veränderung von 2015 zu 2022



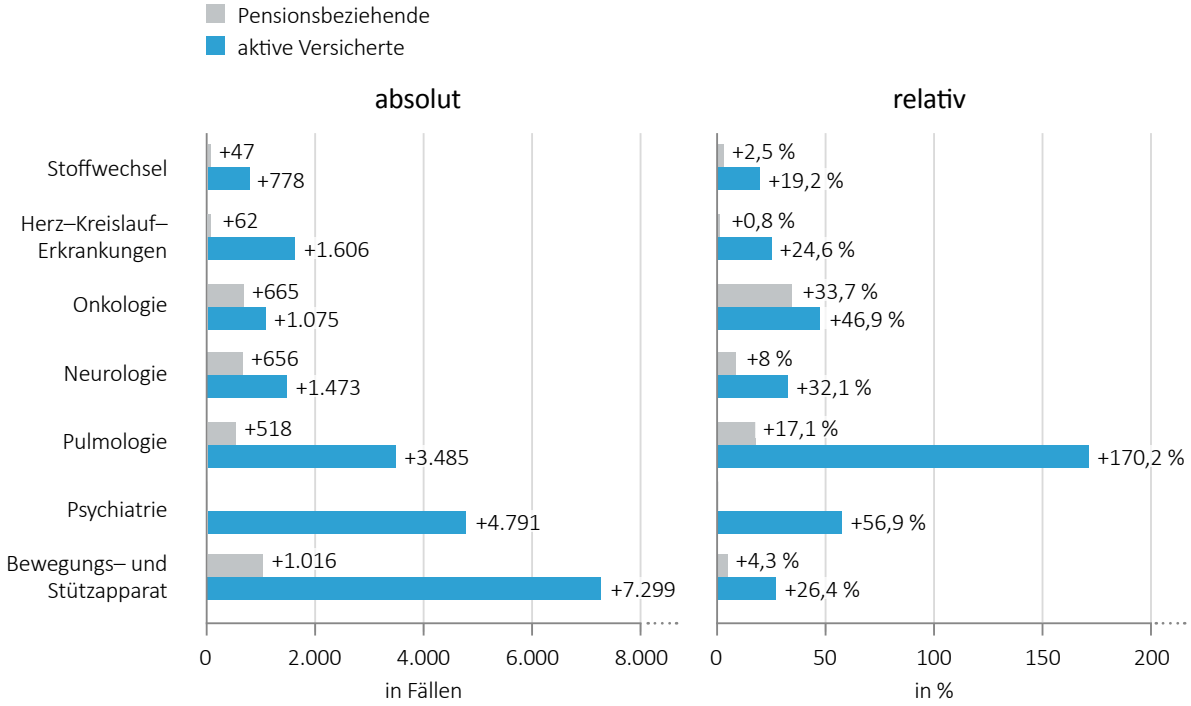
nur Indikationen mit mindestens 1.000 Fällen im Jahr 2022, Bewegungs– und Stützapparat inklusive Orthopädie

Quelle: PVA; Darstellung: RH

Absolut nahmen im Zeitraum 2015 bis 2022 insbesondere Rehabilitationsverfahren im Bereich Bewegungs– und Stützapparat, Psychiatrie und Pulmologie zu, Letztere vor allem COVID–19–bedingt. Relativ gesehen stiegen auch Rehabilitationsverfahren im Bereich der Onkologie stark an.

(2) Die Entwicklung bei Pensionsbeziehenden unterschied sich von der bei den aktiven Versicherten:

Abbildung 13: Rehabilitationsverfahren nach Indikationen bei der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) – Veränderung von 2015 zu 2022 nach aktiven Versicherten und Pensionsbeziehenden



exklusive Beziehende von Rehabilitationsgeld und befristeten Berufsunfähigkeits– und Invaliditätspensionen und nicht eindeutig zuordenbare Gruppen

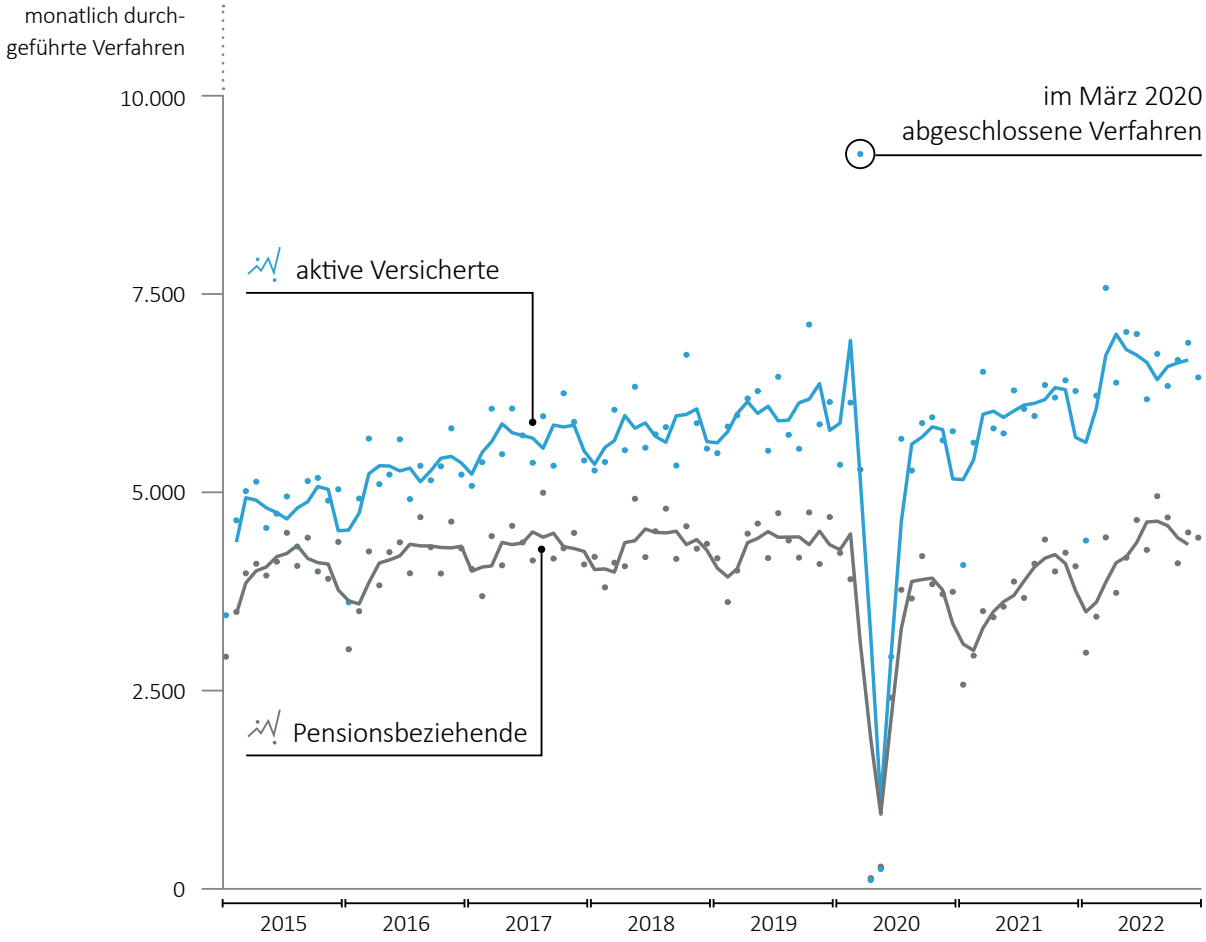
nur Indikationen mit mindestens 1.000 Fällen im Jahr 2022, Bewegungs– und Stützapparat inklusive Orthopädie

Quelle: PVA; Darstellung: RH

Rehabilitationsverfahren bei Pensionsbeziehenden stiegen seit 2015 vor allem in den Bereichen Onkologie und Pulmologie an. Rehabilitationsverfahren bei aktiven Versicherten nahmen insbesondere in der Onkologie, Psychiatrie und Pulmologie und mit dem größten absoluten Anstieg im Bereich Bewegungs– und Stützapparat zu. Die unterschiedliche Entwicklung in den Indikationen Herz–Kreislauf–Erkrankungen, Bewegungs– und Stützapparat sowie Neurologie gab es bereits vor der COVID–19–Pandemie. Die Ursachen dafür waren der PVA nicht bekannt.

(3) Die COVID–19–Pandemie zeigte wesentliche Auswirkungen auf die Inanspruchnahme:

Abbildung 14: Auswirkungen der COVID–19–Pandemie auf die Anzahl der durchgeführten Rehabilitationsverfahren bei der Pensionsversicherungsanstalt (PVA)



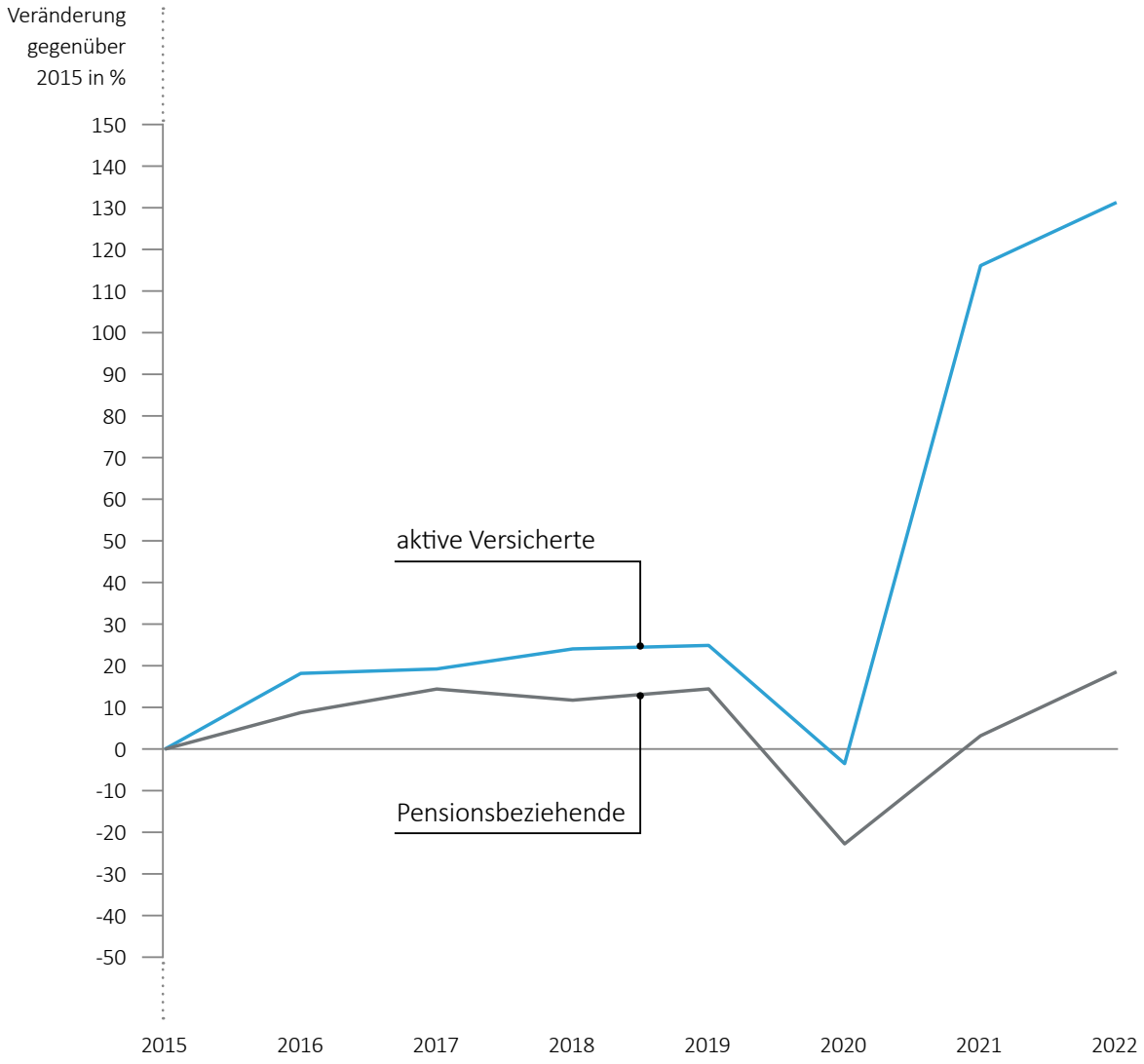
exklusive Beziehende von Rehabilitationsgeld und befristeten Berufsunfähigkeits– und Invaliditätspensionen und nicht eindeutig zuordenbare Gruppen, Linien zeigen rollierende 3–Monats–Mittelwerte

Quelle: PVA; Darstellung: RH

Die Rehabilitationsverfahren bei aktiven Versicherten und Pensionsbeziehenden lagen insbesondere während des Lockdowns 2020, aber auch im Zuge der nachfolgenden Einschränkungen deutlich unter dem zuvor langfristig steigenden Trend. Der Rückgang bei Pensionsbeziehenden war vor allem bis Mai 2021 stärker ausgeprägt als bei aktiven Versicherten. Eine Modellrechnung zeigte, dass dieser Unterschied – Aufwandsentwicklung Pensionsbeziehende gegenüber Aufwandsentwicklung aktive Versicherte – Minderaufwendungen von rd. 46 Mio. EUR in den Jahren 2020 bis 2022 entsprach. Der Trend bei aktiven Versicherten setzte sich nach der COVID–19–Pandemie relativ unverändert fort.

(4) Eine besondere Entwicklung zeigte sich im Bereich der Pulmologie, in dem die PVA auch Fälle von „Post–COVID“ behandelte. Insgesamt ergab sich dort ein wesentlich stärkerer Anstieg bei aktiven Versicherten als bei Pensionsbeziehenden:

Abbildung 15: Stationäre Rehabilitationsverfahren Pulmologie bei der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) – Entwicklung 2015 bis 2022



exklusive Beziehende von Rehabilitationsgeld und befristeten Berufsunfähigkeits– und Invaliditätspensionen und nicht eindeutig zuordenbare Gruppen

Quelle: PVA; Darstellung: RH

13.2 Der RH wies darauf hin, dass die Entwicklung der Rehabilitationsverfahren im Zeitraum 2015 bis 2022 in den Bereichen Bewegungs– und Stützapparat, Herz–Kreislauf–Erkrankungen, Neurologie und Pulmologie wesentlich zu den Unterschieden zwischen aktiven Versicherten und Pensionsbeziehenden beitrug. Dies war im Gegensatz zur Psychiatrie bzw. zu den ambulanten Verfahren nicht unmittelbar auf die Rechtsgrundlagen rückführbar; die Ursachen waren unklar. Der RH verwies

erneut auf die Ziele der Regierungsprogramme, den Zugang zur medizinischen Rehabilitation für Seniorinnen und Senioren zu verbessern und Pflegebedarf hintanzuhalten.

Er empfahl der PVA, die Gründe für den stärkeren Anstieg der Rehabilitationsverfahren bei den aktiven Versicherten im Vergleich zu den Pensionsbeziehenden zu analysieren und die Ergebnisse im Rahmen der Rehabilitationsplanung einzubringen.

13.3 Die PVA sagte die Umsetzung zu.

Versorgung von Akutpatientinnen und –patienten in der COVID–19–Pandemie

14.1 (1) Während der COVID–19–Pandemie stellte die PVA teilweise ihre Rehabilitationszentren zur Verfügung, um bei Überlastung der Spitäler einen Beitrag zur Aufrechterhaltung der medizinischen Grundversorgung zu leisten. Die PVA bot an, in acht ihrer 15 Eigenen Einrichtungen, die insgesamt über rd. 2.800 Betten verfügten, rd. 500 Betten zur Verfügung zu stellen.

(2) Die PVA ersuchte im Herbst 2020 das Sozialministerium in seiner Funktion als Aufsichtsbehörde um rechtliche Klarstellung, ob sie zu dieser Unterstützungsleistung ermächtigt sei. Das Sozialministerium stellte fest, dass die PVA in der besonderen Situation der COVID–19–Pandemie durch die Nutzung ihrer Rehabilitationszentren auch zur Akutversorgung einen wesentlichen Beitrag zur Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung leistete. Seitens der Aufsichtsbehörde bestünden dagegen keine Bedenken, wenn sichergestellt sei, dass die entsprechenden krankenanstaltenrechtlichen bzw. sanitätsbehördlichen Voraussetzungen (Bewilligungen) vorliegen. Für außerhalb der unmittelbaren Leistungszuständigkeit der gesetzlichen Pensionsversicherung erbrachte Leistungen wäre ein Kostenersatz durch den zuständigen Rechtsträger zu gewährleisten.

(3) Die PVA übernahm im Jahr 2020 in ihren Rehabilitationseinrichtungen 195, im Jahr 2021 158 und im Jahr 2022 (bis März) 40 externe Patientinnen und Patienten (insgesamt 393 Personen bzw. 6.458 Verpflegstage). Die PVA errechnete dafür unter Heranziehung eines Tagsatzes von 270 EUR Kosten von 1,74 Mio. EUR.

(4) Das Sozialministerium vertrat im April 2022 unter Hinweis auf sein Schreiben vom Herbst 2020 die Ansicht, dass diese Kosten die Länder zu tragen hätten. Die Länder hatten weder die Betriebsbewilligungen geändert noch wurden eigene Rechtsgrundlagen dazu geschaffen. Die PVA führte gegenüber dem Sozialministe-

rium aus, dass unter Berücksichtigung des weiten Begriffs der Gesundheitsvorsorge und der weitestmöglichen Interpretation auch die gegenständliche Betreuung aus sanitäts– und sozialversicherungsrechtlicher Sicht zulässig sei.

(5) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung war trotz umfangreichen Schriftverkehrs zwischen dem Sozialministerium und der PVA die endgültige Kostentragung ungeklärt. Auch eine rechtliche Klarstellung war offen.

14.2 Der RH anerkannte, dass die PVA ihre Ressourcen für die Bewältigung der COVID–19–Pandemie zur Verfügung gestellt hatte. Er wies jedoch kritisch darauf hin, dass die Finanzierung und die rechtlichen Grundlagen dafür nicht klargestellt waren.

Der RH empfahl dem Sozialministerium und der PVA im Hinblick auf künftige Krisen– bzw. Pandemiesituationen, gemeinsam mit den Ländern den rechtlichen Rahmen und die Finanzierung einer Inanspruchnahme von Rehabilitationseinrichtungen zur Entlastung von Spitälern im Vorhinein abzuklären.

14.3 (1) Das Sozialministerium nahm die Empfehlung in seiner Stellungnahme zur Kenntnis.

(2) Auch die PVA nahm die Empfehlung zur Kenntnis, merkte in ihrer Stellungnahme allerdings an, dass sie die Initiative bei den Ländern sehe, die den Wunsch nach Unterstützung geäußert hätten und die für diesen Bereich rechtlich zuständig seien. Die Empfehlung richte sich auch an das Sozialministerium, das auf legistischer Basis im Rahmen der Grundsatzgesetzgebungskompetenz für das Krankenanstalten– und Kuranstaltengesetz (**KAKuG**)[26] die entsprechenden Grundlagen schaffen sollte.

[26] BGBl. 1/1957 i.d.g.F.

Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Rechtliche Rahmenbedingungen

15.1 (1) Die Zuständigkeit für die medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen war auf mehrere Rechtsträger aufgeteilt: Bei Behinderung und angeborenen Erkrankungen trugen die Länder die Kosten, bei erworbenen Krankheiten die Sozialversicherungsträger. Dabei waren grundsätzlich die Krankenversicherungsträger für Kinder und Jugendliche zuständig, die PVA für Beziehende von Waisenpensionen bzw. für minderjährige Erwerbstätige (vor allem bei Lehrlingen) und die Unfallversicherung bei Schüler– bzw. Studentenunfällen und Arbeitsunfällen von Lehrlingen.

(2) Besondere Einrichtungen für die medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen fehlten in Österreich bis 2017 weitgehend. Sie wurden in Erwachseneneinrichtungen mitbetreut oder im Ausland behandelt.

Im Rahmen der Kindergesundheitsstrategie gründete das Sozialministerium im Jahr 2010 eine Arbeitsgruppe und richtete in der Österreichischen Gesellschaft für Kinder– und Jugendheilkunde ein eigenes Referat für „Kinder– und Jugendrehabilitation“ ein, um die Angebote für die medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen zu verbessern. In der Folge entwickelten das Gesundheitsministerium, die Länder und die Sozialversicherungsträger von 2010 bis 2023 eine österreichweite, stationäre Rehabilitationsversorgung für Kinder und Jugendliche:

Abbildung 16: Entwicklung der medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

ÖSG = Österreichischer Strukturplan Gesundheit

Quelle: Dachverband; Darstellung: RH

Die GÖG und die Österreichische Gesellschaft für Kinder– und Jugendheilkunde ermittelten jeweils einen ähnlichen Bettenbedarf bis zum Jahr 2020 – die GÖG 343 Betten für Kinder und Jugendliche und 50 Betten für Angehörige. Diese Bedarfszahlen stellten die Basis für den Rehabilitationsplan 2012 und in weiterer Folge für den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (**ÖSG**) 2012 dar.

Im Jahr 2015 vereinbarten der Dachverband und die Länder Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Tirol, Vorarlberg und Wien, künftig für alle sozialversicherten Kinder und Jugendlichen ein einheitliches Leistungsgeschehen in der stationären medizinischen Rehabilitation sicherzustellen und gemeinsam zu finanzieren. In den Jahren 2018 und 2019 unterschrieben acht Länder die Vereinbarung, das Land Steiermark im Dezember 2023.

Sozialversicherungsträger und Länder finanzierten die Rehabilitationsverfahren für Kinder und Jugendliche gemeinsam, unabhängig davon, ob sie nach einer Krankenbehandlung, wegen einer angeborenen Behinderung, eines genetischen Defekts oder einer Entwicklungsstörung erforderlich waren.

Anträge konnten mit ärztlicher Bestätigung der medizinischen Notwendigkeit und mit Angabe des Rehabilitationszwecks beim Sozialversicherungsträger eingebracht werden.

(3) Das im August 2015 vom Dachverband begonnene Vergabeverfahren „Kinderrehabilitation“ wurde im Jahr 2017 abgeschlossen. Sechs Einrichtungen erhielten die Zuschläge, die stationäre medizinische Rehabilitation für Kinder und Jugendliche wurde sukzessive aufgebaut: Bereits im Jahr 2017 betreute eine Rehabilitationseinrichtung Kinder und Jugendliche, zwei neu gebaute Einrichtungen nahmen im Jahr 2018 den Betrieb auf, zwei weitere Einrichtungen folgten im Jahr 2019; die sechste Einrichtung ging im Frühling 2023 in Betrieb. Gründe für die Verzögerung waren eine Standortänderung, eine u.a. pandemiebedingt schwache Auslastung der bestehenden Einrichtungen sowie Personalmangel.

(4) Im Vollausbau sollten die Kosten rd. 33 Mio. EUR jährlich betragen. Die Länder verpflichteten sich, ab dem Jahr 2016 Finanzierungsbeiträge an den Dachverband zu zahlen; die restlichen Kosten trugen die Sozialversicherungsträger. Die jährlichen Finanzierungsbeiträge der Länder orientierten sich am tatsächlichen Ausbau; im Vollausbau sollten sie sich auf 8,5 Mio. EUR belaufen. Die Finanzierungsbeiträge wurden ab 2016 im Ausmaß der Beitragseinnahmensteigerungen der Krankenversicherung valorisiert.

Die folgende Tabelle zeigt die vom Dachverband abgerechneten Finanzierungsbeiträge je Land für die Jahre 2018 bis 2022. Die blau hinterlegten Beträge wurden bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht bezahlt:

Tabelle 3: Finanzierungsbeiträge der Länder an den Dachverband der Sozialversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen 2018 bis 2022

Land	2018	2019	2020	2021	2022	Summe 2018 bis 2022	davon überwiesen[1]
	in EUR						
Burgenland	69.404	68.277	121.751	230.404	244.276	**734.112**	**489.836**
Kärnten	99.923	227.401	187.690	376.257	473.145	**1.364.416**	**891.271**
Niederösterreich	188.770	327.115	639.626	1.269.717	1.333.680	**3.758.908**	**2.425.228**
Oberösterreich	77.073	258.194	540.431	1.159.423	1.433.915	**3.469.036**	**2.035.121**
Salzburg	51.124	92.379	142.414	252.962	165.666	**704.545**	**487.755**
Steiermark[2]	174.750	375.884	267.622	645.320	597.047	**2.060.623**	**–**
Tirol	76.918	84.963	136.980	203.627	207.802	**710.290**	**502.488**
Vorarlberg	20.992	47.721	60.588	112.533	131.790	**373.624**	**241.834**
Wien	212.163	410.063	911.365	1.116.028	1.424.355	**4.073.974**	**4.073.974**
Summe	**971.117**	**1.891.997**	**3.008.467**	**5.366.271**	**6.011.676**	**17.249.528**	**11.147.507**
davon							
überwiesen[1]	*745.243*	*1.516.113*	*2.740.845*	*4.720.951*	*1.424.355*	–	–

in Blau: errechneter Betrag, den die betroffenen Länder (noch) nicht an den Dachverband der Sozialversicherungsträger überwiesen hatten (Stand 31. Oktober 2023)

[1] Stand 31. Oktober 2023
[2] Das Land Steiermark unterzeichnete die Vereinbarung erst im Dezember 2023.

Quelle: Dachverband; Zusammenstellung: RH

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung hatte das Land Steiermark noch keinen Beitrag geleistet, das Land Salzburg leistete seine Beiträge ab 2019.

(5) Aufgrund der Aufteilung der Kostenbeiträge der Länder nach dem tatsächlichen Stand des Leistungsausbaus konnte eine Verschiebung der Inbetriebnahme oder das Schließen von Organisationseinheiten wegen Personalmangels zu geringeren Bettenanzahlen und dadurch zu geringeren Zahlungen des Landes führen.

(6) Eine standardisierte jährliche Kostenauswertung zu den sechs Kinder– und Jugendrehabilitationseinrichtungen in Österreich über alle Sozialversicherungsträger konnte der Dachverband dem RH nicht vorlegen. Die Kosten für die medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen gab die ÖGK mit 41,26 Mio. EUR für die Jahre 2020 bis 2022 an.

15.2 (1) Der RH hielt fest, dass Einrichtungen für die stationäre medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in Österreich bis zum Jahr 2017 weitgehend fehlten. Er anerkannte die Einführung einer flächendeckenden Versorgung, wies aber kritisch auf die Verzögerung der Inbetriebnahme hin.

(2) Der RH hielt kritisch fest, dass der Dachverband über keine Auswertung der jährlichen Kosten der Kinder– und Jugendrehabilitation verfügte.

Er empfahl dem Dachverband, die Kosten der medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen zu erfassen und alle Länder und Sozialversicherungsträger diesbezüglich einzubinden.

(3) Der RH hielt kritisch fest, dass eine reduzierte Bettenanzahl zu geringeren Kostenbeiträgen der betroffenen Länder führen konnte.

Er empfahl dem Dachverband, die Berechnungsformel für die Zahlungen der Länder am Soll– und nicht am Ist–Stand der Betten zu orientieren.

15.3 Der Dachverband nahm in seiner Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis, die Kosten der medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen zu erfassen und alle Länder und Sozialversicherungsträger diesbezüglich einzubinden.

Weiters erläuterte der Dachverband seine Berechnungsmethode. Relevant für die Bemessung der Zahlungsverpflichtungen der Länder sei die Zahl der erbrachten Verpflegstage. Eine Änderung etwa dahingehend, dass die Länder einen fixen Kostenanteil übernähmen, wäre mit den Ländern abzustimmen.

15.4 Der RH wies gegenüber dem Dachverband darauf hin, dass auch eine Berechnung anhand der erbrachten Verpflegstage das vom RH dargestellte Problem, wonach sich die Beiträge der Länder an der tatsächlichen Bettenausstattung und –auslastung orientierten, nicht löste. Die Länder konnten durch die Zurverfügungstellung von weniger Betten als vereinbart ihre Zahlungen reduzieren. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung.

Inanspruchnahme, Auslastung und Indikationsverteilung

16.1 (1) Die folgende Tabelle zeigt den kontinuierlichen Anstieg der Rehabilitationsverfahren für Kinder und Jugendliche und der Aufenthaltstage in den Jahren 2018 bis 2022:

Tabelle 4: Anzahl der Rehabilitationsverfahren und Aufenthaltstage für Kinder und Jugendliche 2018 bis 2022

Jahr	Verfahren	Aufenthaltstage
	Anzahl	
2018	563	14.871
2019	953	25.349
2020	1.452	37.814
2021	2.327	64.292
2022	2.488	66.812
Summe	**7.783**	**209.138**

Quelle: Dachverband

Die jährliche Auslastung der Betten betrug in den Jahren 2018 bis 2022 höchstens 59 %. Die tatsächliche Inanspruchnahme blieb somit hinter den in den Ausschreibungsunterlagen vorgesehenen Kalkulationen zurück.

(2) Die Gesprächspartner[27] des RH nannten verschiedene Ursachen für die geringe Auslastung:

- die COVID–19–Pandemie in den Jahren 2020 und 2021,
- operative Schwierigkeiten (Personalmangel, verspäteter Bau) seitens der Betreiber,
- zeitliche Ungleichgewichte (z.B. mit Bezug auf die Schulferien),
- Schwierigkeiten der Eltern, die Kinder während der medizinischen Rehabilitation zu begleiten.

(3) Ab November 2023 war gemäß § 14e Arbeitsvertragsrechts–Anpassungsgesetz pro Kind unter 14 Jahren ein Anspruch auf eine Freistellung von maximal vier Wochen vorgesehen, wenn ein Elternteil sein Kind während einer stationären medizinischen Rehabilitation begleitete. Während der Freistellung entfiel das Entgelt; es war aber möglich, in dieser Zeit Pflegekarenzgeld zu beziehen. Der Dachverband rechnete deshalb mit einem Anstieg der Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche.

[27] Der RH führte im Zuge der Gebarungsüberprüfung insbesondere Gespräche mit einzelnen Anbietern von Rehabilitationsleistungen.

(4) Die folgende Tabelle zeigt die 2022 bei der ÖGK beantragten Rehabilitationsmaßnahmen nach Indikationsgruppen:

Tabelle 5: Anzahl der 2022 beantragten medizinischen Rehabilitationen für Kinder und Jugendliche nach Indikation

Indikation	Anträge im Jahr 2022	
	Anzahl	Anteil in %
Mental Health	1.687	66,29
mobilisierende Rehabilitation	598	23,50
Onkologie	237	9,31
Stoffwechsel	11	0,43
Cardio/Pulmologie	12	0,47
Summe	**2.545**	**100,00**

Quelle: ÖGK

Rund zwei Drittel bzw. 1.687 Anträge entfielen auf den Mental–Health–Bereich, während die Pläne der GÖG im Jahr 2010 dafür nur rund ein Drittel der Betten vorgesehen hatten.

(5) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung wurde die Bedarfsschätzung zur medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche aus dem Jahr 2010 als Planungsgrundlage verwendet. Der Dachverband plante für das Jahr 2024, die Kinder– und Jugendrehabilitation zu evaluieren bzw. den Bedarf im Rahmen des Rehabilitationsplans 2025 neu zu berechnen; ein Auftrag war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht ergangen.

16.2 Der RH hielt fest, dass die Auslastung der Rehabilitationsbetten für Kinder und Jugendliche in den Jahren 2018 bis 2022 höchstens 59 % betrug. Der Anteil des Bereichs Mental Health am Rehabilitationsbedarf war fast doppelt so groß wie im Jahr 2010 erwartet.

Der RH verkannte nicht, dass die medizinische Rehabilitation für Kinder und Jugendliche erst im Aufbau und die geringe Auslastung in den Jahren 2020 und 2021 u.a. auf die COVID–19–Pandemie zurückzuführen war. Dennoch hielt der RH es für dringend erforderlich, den Bedarf im Rahmen des Rehabilitationsplans 2025 neu zu berechnen.

Der RH empfahl dem Dachverband, eine Evaluierung der stationären Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche zeitnah zu beauftragen. Dabei wäre auch die Indikationsverteilung zu berücksichtigen.

16.3 Laut Stellungnahme des Dachverbands sei die Evaluierung der Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht bereits in Arbeit.

Planung

Rolle und Verbindlichkeit des Rehabilitationsplans

17.1 (1) Zentrales Planungsinstrument zur Abschätzung des Versorgungsbedarfs im Bereich der medizinischen Rehabilitation war der sogenannte Rehabilitationsplan, den die GÖG im Auftrag des Dachverbands erstellte. Gegenüber den Sozialversicherungsträgern entfaltete er eine Art „Selbstbindung". Der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung geltende Rehabilitationsplan 2020 schätzte den Versorgungsbedarf für Erwachsene, Kinder und Jugendliche in verschiedenen Indikationen mit Planungshorizont 2025 ab.

Die Planung im stationären Bereich war in vier Versorgungszonen gegliedert. Der ambulante Bereich war nach regionalen Gesichtspunkten genauer geplant. Weiters enthielt der Rehabilitationsplan Strukturqualitätskriterien (z.B. Personalschlüssel).

(2) Die ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation waren auch Gegenstand der allgemeinen Gesundheitsplanung mit dem ÖSG und den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (**RSG**) als zentralen Planungsinstrumenten. Im Sinne einer abgestimmten Vorgehensweise übernahm der ÖSG 2017 Teile des Rehabilitationsplans 2020. Die Planungsrichtwerte gingen in der Folge in die Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des ÖSG 2017 ein (in der Folge: **ÖSG–Verordnung**). Die Einbindung in die RSG war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht vollständig abgeschlossen.[28]

Der ÖSG wurde von der Bundes–Zielsteuerungskommission unter Beteiligung von Bund, Ländern und Sozialversicherung erstellt; die in den ÖSG aufgenommenen Inhalte des Rehabilitationsplans wurden nicht mehr hinterfragt. Dadurch waren die Planzahlen für medizinische Rehabilitation weitgehend nicht konkret mit der Krankenbehandlung und dem (im ÖSG nicht behandelten) Pflegebedarf abgestimmt.

[28] Beispielsweise enthielt der RSG für Kärnten noch keine entsprechenden Inhalte. Da die RSG auf Länderebene erstellt wurden, stellte sich die Frage der Aufteilung der Bedarfe der vier Versorgungszonen auf die Länder.

(3) Bei verschiedenen Erkrankungen, insbesondere bei chronischen Krankheiten oder psychischen Problemen, stand die Krankenbehandlung vor großen Herausforderungen (z.B. aufgrund von Wartezeiten auf Behandlungsplätze in der Psychotherapie, siehe RH–Bericht „Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung“ (Reihe Bund 2019/8)). Teilweise konnten Maßnahmen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation als Kompensation von Behandlungslücken der Krankenbehandlung gesehen werden, diese erfolgten aber nicht unter optimalen Bedingungen (z.B. hohe zeitliche Dichte der Behandlungseinheiten im Rahmen der medizinischen Rehabilitation gegenüber einer Psychotherapie im Rahmen einer Krankenbehandlung).

(4) Das Regierungsprogramm 2020–2024 enthielt das Ziel, den Gesundheits– und Pflegebereich gesamthaft zu betrachten. Durch Prävention und medizinische Rehabilitation sollte der Anteil der gesunden Jahre erhöht und somit Pflegebedürftigkeit solange wie möglich vermieden werden. Dies lag finanziell betrachtet insbesondere im Interesse der Länder, da diese als Sozialhilfeträger letztlich einen wesentlichen Anteil der Sachleistungen für Pflege trugen. Auch der Bund war vor allem über die Finanzierung des Pflegegeldes beteiligt. Die von den Ländern geplanten Pflegebedarfe waren im Rehabilitationsplan nicht explizit berücksichtigt.

17.2 Der RH war der Auffassung, dass durch das Ziel, Pflegebedarf zu vermeiden, und durch die Schnittstelle zur Krankenbehandlung die Rehabilitationsplanung und die allgemeine Gesundheitsplanung eng verflochten waren. Er begrüßte insofern die Integration der Rehabilitationsplanung in den ÖSG und die RSG. Er merkte aber an, dass im Prozess der Entstehung des Rehabilitationsplans der Dachverband Auftraggeber war und der Rehabilitationsplan im Wesentlichen nur eine Selbstbindung der Sozialversicherungsträger bedeutete.

Der RH empfahl dem Sozialministerium, eine vollständige Einbindung der Rehabilitationsplanung in die Gesundheitsplanung sicherzustellen. Dies sollte insbesondere die Beauftragung der analytischen Grundlagen durch die GÖG und die Schnittstellen zur Gesundheitsversorgung (insbesondere bei chronischen Krankheiten) sowie zur Pflegeplanung betreffen. Dabei wäre zu prüfen, inwiefern eine Beauftragung des Rehabilitationsplans durch die Bundes–Zielsteuerungskommission statt durch den Dachverband zweckmäßig wäre.

17.3 (1) Das Sozialministerium merkte in seiner Stellungnahme an, dass Art. 2 der Art. 15a B–VG Vereinbarung Zielsteuerung–Gesundheit bzw. Art. 2 der Art. 15a B–VG Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (in der Folge: **Reformvereinbarung**) den Geltungsbereich der Zielsteuerung–Gesundheit auf das Gesundheitswesen beschränke. Die Pflegeplanung sei somit nicht umfasst.

Im Hinblick auf die gesetzliche Zuständigkeit der Sozialversicherung im Bereich der medizinischen Rehabilitation befürworte das Sozialministerium den Verbleib der Beauftragung des Rehabilitationsplans beim Dachverband. Die Sozialversicherung habe die GÖG Anfang 2024 beauftragt, den Rehabilitationsplan 2025 (Planungshorizont 2030) zu erstellen.

(2) Laut Stellungnahme des Dachverbands stelle der Rehabilitationsplan eine Selbstbindung der Sozialversicherungsträger dar und finanziere die Sozialversicherung die Rehabilitation.

17.4 Der RH wies gegenüber dem Sozialministerium darauf hin, dass seiner Empfehlung Zweckmäßigkeitsüberlegungen (sachlicher Zusammenhang zwischen Pflege und Gesundheitsversorgung) zugrunde lagen. Ihm war bewusst, dass seine Empfehlungen Änderungen der rechtlichen Grundlagen erforderten. Weder der vom Sozialministerium genannte Verweis auf die Art. 15a B–VG Vereinbarung Zielsteuerung–Gesundheit bzw. auf die Reformvereinbarung noch der Verweis auf die gesetzliche Zuständigkeit der Sozialversicherungsträger für Rehabilitation betrafen jedoch die vom RH angesprochene Zweckmäßigkeit.

Koordinierung mit dem Krankenanstalten– und Kuranstaltengesetz

18.1 (1) Unabhängig von einem Vertragsverhältnis mit einem Sozialversicherungsträger setzten sowohl die Errichtung von Rehabilitationseinrichtungen als auch ihr Betrieb eine Bewilligung der Landesregierung nach § 3 bzw. § 3a KAKuG voraus. Dazu hatten die Länder den Bedarf unter Berücksichtigung des bestehenden Versorgungsangebots und die Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit zu beurteilen. War der beantragte Leistungsumfang in den ÖSG– bzw. RSG–Verordnungen geregelt, war primär zu prüfen, ob das Vorhaben mit diesen Verordnungen übereinstimmte.[29] Andernfalls war unter Berücksichtigung der jeweiligen RSG eine wesentliche Verbesserung der Versorgung nachzuweisen.[30]

(2) Bis 2017 waren das Bewilligungsverfahren zur Errichtung und das Verfahren zur Entscheidung über einen Vertragsabschluss mit der Sozialversicherung nicht aufeinander abgestimmt. Das hatte – wie der RH in seinem Compliance–Bericht (TZ 52) kritisiert hatte – u.a. zur Folge, dass der Antragszeitpunkt in den landesbehördlichen Verfahren eine besondere Rolle spielte (gegenüber einem Bestbieterprinzip in Vergabeverfahren, sogenanntes „Windhundprinzip“). Dies hatte nach Ansicht des

[29] § 3 Abs. 2b KAKuG

[30] § 3 Abs. 2c KAKuG

RH eine Auswahl des sachlich am besten geeigneten Vertragspartners erschwert. Die Sozialversicherungsträger hatten sich aber auch mit bereits errichteten Einrichtungen auseinanderzusetzen, die ohne Bezug auf die Rehabilitationsplanung entstanden waren. So stieg das Bettenangebot deutlich stärker als in der Bedarfsprognose der Sozialversicherungsträger laut Rehabilitationsplan (TZ 20).

(3) Im Jahr 2017 legte der Gesetzgeber in einer Novelle des KAKuG[31] insofern einen Bezug zwischen der Vertragszusage der Sozialversicherung und dem landesrechtlichen Bewilligungsverfahren fest, als die Erteilung einer Errichtungsbewilligung grundsätzlich eine Vertragszusage der Sozialversicherung voraussetzte. Die Sozialversicherung konnte somit nach der Rehabilitationsplanung in einem Vergabeverfahren den Bestbieter ermitteln. Nur dieser erhielt in der Folge die Bewilligungen, womit das Land nicht mehr dem zeitlich ersten Antragsteller, sondern dem Bestbieter die Errichtungsbewilligung zu erteilen hatte. Dies mit dem Ziel, das zwischen Ländern und Sozialversicherung koordinierte Angebot im Sinne der Rehabilitationsplanung aufzubauen. Die bessere Abstimmung zwischen Ländern und Sozialversicherungsträgern war im Wesentlichen erfolgreich (TZ 20).

(4) In Einzelbereichen bestanden weiterhin Abstimmungsprobleme:

- Gemäß § 3 Abs. 6 KAKuG hatte die Landesgesetzgebung für die betroffenen Sozialversicherungsträger bei der Bedarfsprüfung Parteistellung vorzusehen. Dies war in allen Ländern bis auf Salzburg (dort Parteistellung des Dachverbands) der Fall.
- Der Rehabilitationsplan war grundsätzlich in wesentlichen Teilen im Wege des ÖSG in die RSG aufzunehmen (TZ 17); dies war noch nicht in allen Ländern umgesetzt (z.B. nicht in Salzburg).
- In Einzelfällen bewilligten die Länder weiterhin Einrichtungen entgegen den Inhalten der Rehabilitationsplanung. Dies führte zum Teil zur Errichtung der bewilligten Einrichtung, die in der Folge mangels Vertrags mit den Sozialversicherungsträgern wieder schloss.[32]
- Grundsätzlich nutzte die PVA nur Einrichtungen mit einer aufrechten Betriebsbewilligung. Zwei Länder (Oberösterreich und Wien) erteilten jedoch die Betriebsbewilligung erst, wenn sie einen laufenden Betrieb beobachten konnten. Dies führte zu Abstimmungsproblemen.
- Nach Vertragszusage seitens der PVA hatte der Leistungsanbieter die Errichtungs– und Betriebsbewilligung einzuholen und bis zum vereinbarten Termin die Einrichtung zu errichten. In der Mehrzahl der Fälle (29 von 32 analysierten Fällen) wurde der Betrieb aufgrund langer Verfahrensdauern erst nach dem vertraglich vereinbarten Eröffnungszeitpunkt bewilligt. Es kam somit zu deutlichen Verzögerungen.

[31] Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2017, BGBl. I 26/2017

[32] Das Land Steiermark bewilligte in der Marktgemeinde St. Lamprecht entgegen einem negativen Bedarfsgutachten der GÖG eine Rehabilitationseinrichtung für psychiatrische Rehabilitation. Da die PVA keinen Vertrag mit dieser Einrichtung einging, wurde sie wieder geschlossen.

(5) Der Rehabilitationsplan stellte lediglich eine Selbstbindung der Sozialversicherungsträger dar. Eine durchsetzbare Verpflichtung der PVA, einen im Rehabilitationsplan festgestellten Bedarf zum Gegenstand einer Ausschreibung zu machen, bestand nicht. Demgegenüber war z.B. im Falle unbesetzter ärztlicher Planstellen im niedergelassenen Bereich ein Schiedsverfahren vorgesehen, bei dem die Ärztekammer bei sachlich bestehendem Bedarf eine Ausschreibung erzwingen konnte.

18.2 Der RH anerkannte, dass durch die Novelle des KAKuG im Jahr 2017 eine wesentlich verbesserte Abstimmung zwischen Ländern und Sozialversicherungsträgern erreicht werden konnte. Er wies jedoch auf die weiter bestehenden Koordinierungsprobleme hin: unvollständige Umsetzung der Parteistellung der betroffenen Sozialversicherungsträger, unvollständige Umsetzung in den RSG, teilweise lange Dauer der Bewilligungsverfahren, Erteilung von Betriebsbewilligung erst nach Inbetriebnahme, einzelne Bewilligungen auch ohne Übereinstimmung mit der Planung.

Der RH hielt es weiters für problematisch, dass es keine Verpflichtung der Sozialversicherungsträger gab, einen prognostizierten Bedarf laut Rehabilitationsplan durch einen Vertragsabschluss zu decken. Er wies darauf hin, dass im niedergelassenen Bereich dies durch ein Antragsrecht der Ärztekammer und ein Schiedsverfahren geregelt war.

Der RH empfahl dem Sozialministerium, auf eine noch stärkere Verbindlichkeit der Rehabilitationsplanung für die Bewilligungsverfahren der Länder hinzuwirken.

Er empfahl dem Sozialministerium weiters, die Verbindlichkeit der Rehabilitationsplanung auch in der Umsetzung durch die PVA sicherzustellen, z.B. durch eine Regelung analog zur ärztlichen Stellenplanung im niedergelassenen Bereich (Schiedsverfahren bei unterbliebener Ausschreibung).

18.3 (1) Das Sozialministerium merkte in seiner Stellungnahme an, dass es die Empfehlung unterstütze, auf eine noch stärkere Verbindlichkeit der Rehabilitationsplanung für die Bewilligungsverfahren der Länder hinzuwirken. Die Reformvereinbarung sehe an mehreren Stellen die stärkere Verbindlichkeit der Planung vor (z.B. Art. 1 Abs. 3 Z 4, Art. 4 Abs. 1, Art. 5 Abs. 4 und 7). Die erforderliche gesetzliche Umsetzung auf Bundesebene sei mit dem Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024[33] erfolgt. Der ÖSG umfasse gemäß Art. 5 Abs. 3 Z 13 der Reformvereinbarung auch die verbindliche Rehabilitationsplanung.

Die Empfehlung, die Verbindlichkeit der Rehabilitationsplanung auch in der Umsetzung durch die PVA sicherzustellen, nehme das Sozialministerium zur Kenntnis. Allerdings lägen vergleichbare Voraussetzungen für eine Regelung analog zur ärzt-

[33] BGBl. I 191/2023

lichen Stellenplanung im niedergelassenen Bereich (Schiedsverfahren bei unterbliebener Ausschreibung) nicht vor.

(2) Laut Stellungnahme der PVA richte sich die Empfehlung, auf eine noch stärkere Verbindlichkeit der Rehabilitationsplanung für die Bewilligungsverfahren der Länder hinzuwirken, primär an das Sozialministerium. Dieses könnte auf die stärkere Verbindlichkeit für die Bewilligungsverfahren hinwirken. Der Rehabilitationsplan sei ein Instrument mit grundsätzlich verbindlichem Charakter, die PVA habe diesen auch dem Vergabeverfahren zugrunde gelegt.

Die Empfehlung, die Verbindlichkeit der Rehabilitationsplanung auch in der Umsetzung durch die PVA sicherzustellen, nehme die PVA zur Kenntnis. Es sei allerdings zu beachten, dass der vom Planungshorizont des Rehabilitationsplans 2020 umfasste Zeitraum überwiegend durch die COVID–19–Pandemie beeinflusst worden sei und die Entwicklungen in manchen Bereichen eine andere Dynamik aufgewiesen hätten, als bei der Erstellung vorhersehbar gewesen sei.

18.4 Der RH entgegnete dem Sozialministerium, dass er die Voraussetzungen für eine Regelung analog zur ärztlichen Stellenplanung im niedergelassenen Bereich (Schiedsverfahren bei unterbliebener Ausschreibung) durchaus für vergleichbar hielt. Die Rolle der Ärztekammer könnte die Interessenvertretung der Rehabilitationseinrichtungen (Wirtschaftskammer Österreich) übernehmen. Letztlich wäre es wichtig, eine Durchsetzbarkeit des öffentlichen Versorgungsauftrags sicherzustellen.

Methodik und Planung der ambulanten Rehabilitation

19.1 (1) Die GÖG erstellte im Auftrag des Dachverbands unter Einbindung der Sozialversicherungsträger schrittweise eine Bedarfsprognose für die medizinische Rehabilitation:

- Sie erarbeitete zunächst ein Prognosemodell, das als Mittel aus zwei Trendfortschreibungen berechnet wurde: Eine davon basierte auf Anträgen, Erledigungen und Einweisungen in Rehabilitationskliniken, die andere auf dem Krankheitsgeschehen in Akutkrankenanstalten. Die resultierende Prognose wurde schließlich den Sozialversicherungsträgern zur Verfügung gestellt.
- In der Folge berücksichtigte die GÖG im Rahmen eines Projektbeirats Inputs der Sozialversicherungsträger, entwickelte „mit Expertenwissen angereicherte Szenarien“ und konsolidierte planungsrelevante Steuerungsvorhaben zu „konsensfähigen Planungszahlen“.

Die gewählten Planungsparameter und insbesondere deren Abweichung von den Trendfortschreibungen waren aus dem Rehabilitationsplan nicht ersichtlich. Die Abweichungen von den Trendfortschreibungen waren nicht begründet.

Beispielsweise ergab das Prognosemodell einen Bedarf von zunächst rd. 17.400 ambulanten Verfahren (gegenüber einem Ist–Stand von rd. 14.000 Verfahren). Auf Basis der Inputs der Sozialversicherungsträger erhöhte sich der Bedarf auf rd. 26.600, womit sich der Zusatzbedarf gegenüber dem Ist–Stand etwa vervierfachte. Die Einschätzungen der Sozialversicherungsträger waren dabei sehr unterschiedlich: Für Onkologie ergab sich etwa laut Prognosemodell ein Bedarf von 373 ambulanten Verfahren, demgegenüber schätzte die PVA für Österreich (trägerübergreifend) einen Bedarf von rd. 5.000 Verfahren, die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen einen Bedarf von 373 Verfahren. Zur Entscheidungsfindung wählte der Projektbeirat einen nach Größe der Sozialversicherungsträger gewichteten Mittelwert – daraus resultierte ein deutliches Überwiegen der PVA –, sodass sich für den Rehabilitationsplan ein Bedarf von rd. 4.000 Verfahren im Bereich Onkologie ergab. Die Protokolle des Projektbeirats enthielten kaum inhaltliche Begründungen für die Werte. Dokumentiert war lediglich der Wunsch, die ambulante medizinische Rehabilitation auszubauen.

In der stationären medizinischen Rehabilitation ergab das Prognosemodell der GÖG zunächst einen um rd. 1.000 Betten höheren Bedarf im Vergleich zum Ist–Stand (12.323 gegenüber 11.360). Der Input der Sozialversicherungsträger senkte den Bedarf auf rd. 11.000 Betten. Der Rehabilitationsplan enthielt letztlich einen Soll–Stand von rd. 11.300 Betten: Somit war weder ein zusätzlicher Bedarf noch ein Abbau bestehender Betten vorgesehen.

Aus den Protokollen des Projektbeirats ergab sich dazu keine schlüssige Begründung. Es war nicht ersichtlich, welche (Steuerungs–)Vorgaben die Ergebnisse der Planung wie beeinflussten.

Die von den Sozialversicherungsträgern angegebenen Bedarfe konnte die GÖG bei diesem Planungsprozess nicht mehr prüfen, sondern nur mehr übernehmen.

(2) Die GÖG hatte die Planung der ambulanten Verfahren weiterentwickelt: Sie plante insbesondere stärker regional (sogenannte Eignungsstandorte) und sie änderte die verwendete Kennzahl (Verfahren statt Therapieplätze). Die ambulante medizinische Rehabilitation Phase III war im Rehabilitationsplan 2020 noch nicht enthalten (zu den vier Phasen der Rehabilitation siehe TZ 2). Für die ambulante medizinische Rehabilitation Phase II war die Erhebung der Ist–Kapazitäten weiterhin problematisch. Da die Betriebsbewilligungsbescheide für verschiedene Einrichtungen keine Kapazitäten angaben bzw. diese Bescheide bei den planenden Stellen nicht vorlagen, verwendeten diese Näherungswerte (z.B. tatsächlich abgerechnete

Verfahren). Der Rehabilitationsplan 2020 wies dabei eine Bandbreite zum Ist–Stand der verfügbaren Kapazitäten von 5.500 Verfahren auf (zwischen rd. 8.500 und rd. 14.000 Verfahren). Die Informationen verbesserten sich jedoch im Zeitverlauf: Im November 2023 lag die Bandbreite bei 1.800 Verfahren (zwischen rd. 18.200 und rd. 20.000 Verfahren).

19.2 Der RH hielt kritisch fest, dass durch die Kombination aus Trendfortschreibungen der GÖG und Einschätzungen der Sozialversicherungsträger keine Transparenz über die wesentlichen Steuerungseingriffe der Sozialversicherungsträger vorlag. Dies, obwohl sich in wichtigen Bereichen, nämlich dem Bedarf für stationäre bzw. ambulante medizinische Rehabilitation, aufgrund der Inputs der Sozialversicherungsträger substanzielle Änderungen ergaben – Wegfall eines weiteren Bedarfs im stationären Bereich von rd. 1.000 Betten, Vervierfachung des ambulanten Zusatzbedarfs – und die Planungsvorgaben der Sozialversicherungsträger sehr unterschiedlich waren. Aufgrund ihrer hohen Gewichtung hatte die Auffassung der PVA den größten Einfluss.

Der RH empfahl dem Dachverband, in der Rehabilitationsplanung die Steuerungseingriffe der einzelnen Sozialversicherungsträger klar auszuweisen und zu begründen. Klare Ziele sollten die Basis für die Berechnungen der GÖG bilden.

Der RH kritisierte, dass für die ambulante medizinische Rehabilitation Phase III keine Bedarfseinschätzung vorlag und die Einschätzung des Ist–Standes der Phase II eine hohe Bandbreite aufwies.

Er empfahl dem Dachverband als Auftraggeber des Rehabilitationsplans, auch eine Planung der ambulanten medizinischen Rehabilitation Phase III sicherzustellen und den Ist–Stand der ambulanten medizinischen Rehabilitation besser zu erheben.

19.3 Der Dachverband merkte in seiner Stellungnahme an, dass die Empfehlungen in die laufenden Arbeiten des Rehabilitationsplans 2025 aufgenommen würden und dabei auch die ambulante medizinische Rehabilitation Phase III berücksichtigt werde.

Übereinstimmung der tatsächlichen Entwicklung mit der Planung

20.1 (1) Im Compliance–Bericht (TZ 44 f.) hatte der RH festgestellt, dass der tatsächliche Anstieg der stationären Verfahren (30 % im Zeitraum 2007 bis 2014) wesentlich über dem in der Planung erwarteten Anstieg lag (4 % im Zeitraum 2007 bis 2015).

Demgegenüber sah die Planung von 2014 bis 2019 (in den fortgeschriebenen Werten der Rehabilitationsevidenz) ein Wachstum von 8 % vor, der tatsächliche Anstieg lag bei 6 %. Die weitere Entwicklung war wesentlich von der COVID–19–Pandemie geprägt.

(2) Dennoch lagen weiterhin Ungleichgewichte vor. Die folgende Abbildung vergleicht den Soll–Stand 2025 (laut Rehabilitationsplan 2020) und den Ist–Stand 2020 der stationären Betten für medizinische Rehabilitation:

Tabelle 6: Soll–Ist–Abweichung der stationären Kapazitäten für medizinische Rehabilitation

Differenz des vertraglichen Ist–Standes 2020 und des Soll–Standes 2025[1]					
Versorgungszone	Ost	Süd	Nord	West	Österreich
Bevölkerung über 20 Jahren (Anzahl)	3.135.203	1.567.802	1.664.579	939.735	7.307.319
	Differenz in Anzahl stationäre Betten				
Bewegungs– und Stützapparat	-248	230	244	-320	-94
Herz–Kreislauf–Erkrankungen	-175	97	175	-78	19
Lymphologie	-44	38	-23	35	6
Neurologie	-274	114	34	-98	-224
Onkologie	-50	60	56	-51	15
Psychiatrie	-50	-23	-12	-12	-97
Pulmologie	19	53	55	8	135
Stoffwechsel	69	157	67	-60	233
Unfall– und Neurochirurgie	50	37	-107	76	56
Summe	-703	763	489	-500	49

[1] Negative Zahlen bedeuten ein Bettendefizit gegenüber dem Soll–Stand 2025, positive Zahlen einen Überschuss. Quelle: GÖG

Im Jahr 2020 bestand gegenüber dem Bedarf 2025 in Summe über alle Regionen und Indikationen ein Überschuss von 49 Betten. Allerdings fehlten im Osten und im Westen zusammen 1.203 Betten, während im Süden und Norden ein Überschuss von 1.252 Betten bestand. Dies konnte regional durch Mobilität der Betroffenen ausgeglichen werden.

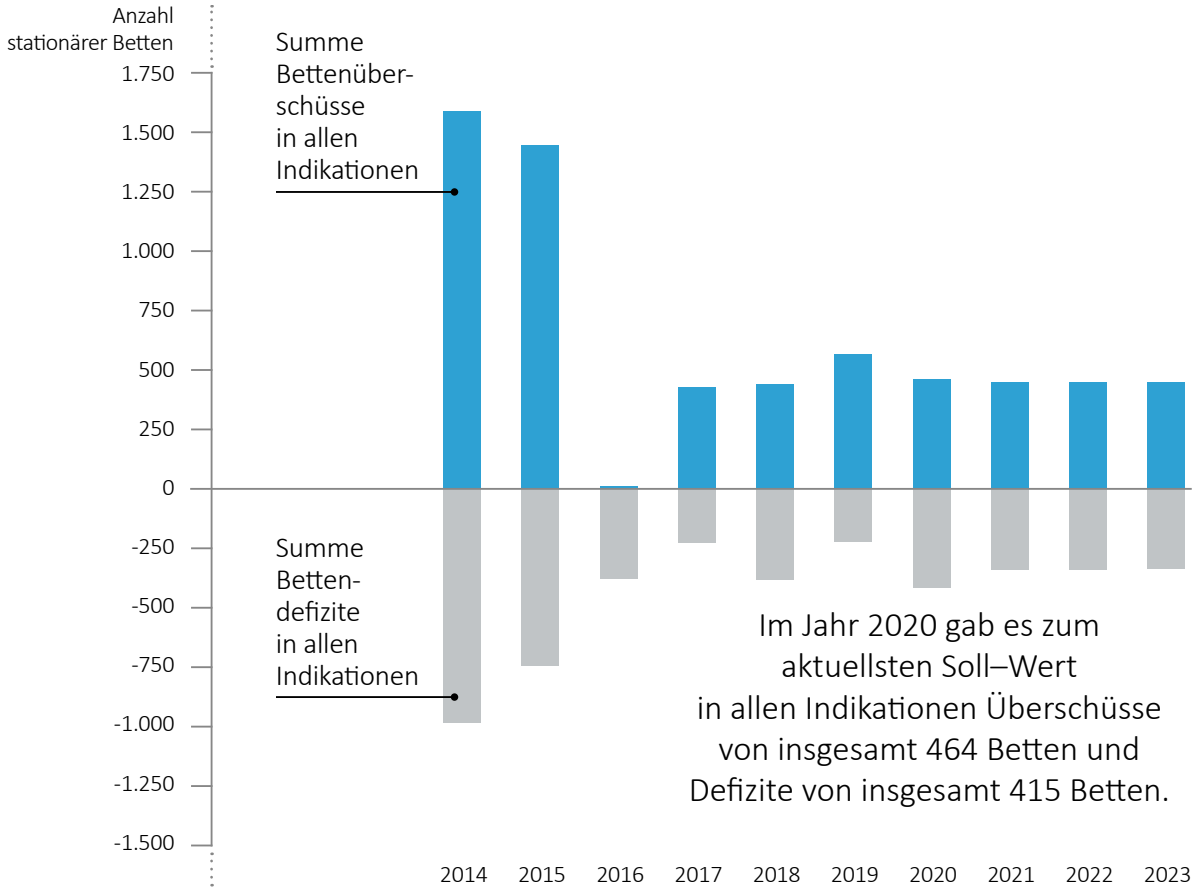
Österreichweit fehlten zusammen 415 Betten für die Indikationen Bewegungs– und Stützapparat, Neurologie und Psychiatrie. Bei den anderen Indikationen bestand

insgesamt ein Überschuss von 464 Betten.[34] Laut Rehabilitationsplan werde kein Abbau von vertraglich gebundenen stationären Betten angestrebt. Somit müssten zur vollständigen Abdeckung des Bedarfs trotz eines Überschusses bis 2025 415 zusätzliche Betten geschaffen werden.

Die folgende Abbildung zeigt die österreichweite Entwicklung

- des jeweiligen Überschusses: Summe über alle Indikationen, bei denen der Ist–Stand über dem Soll–Stand liegt,
- bzw. des jeweiligen Defizits: Summe über alle Indikationen, bei denen der Ist–Stand unter dem Soll–Stand liegt:

Abbildung 17: Entwicklung Defizite und Überschüsse bei stationären Kapazitäten in allen Indikationen 2014 bis 2023



Soll–Stände sind die jeweils aktuellsten aus den Rehabilitationsplänen 2012, 2016 und 2020.
Ist–Stände sind eine Kombination aus Zeitreihen der GÖG und Daten aus den Rehabilitationsplänen für die Jahre 2016 und 2020.

Quelle: GÖG; Berechnung und Darstellung: RH

[34] Siehe Tabelle 6: Bettendefizite errechnen sich als Summe der österreichweiten Werte für die Indikationsgruppen Bewegungs– und Stützapparat, Neurologie und Psychiatrie (negative Werte); Bettenüberschüsse als die Summe der österreichweiten Werte der übrigen Indikationsgruppen (positive Werte).

Im gesamten betrachteten Zeitraum gab es sowohl Überschüsse als auch Defizite. Da die Überschüsse und Defizite für verschiedene Indikationen bestanden, konnten sie nicht gegeneinander aufgerechnet werden. Die Summen dieser Überschüsse bzw. Defizite gingen gegenüber 2014 und 2015 (auch durch die Anpassung des Soll–Standes im Jahr 2016) zunächst deutlich zurück; zwischen 2017 und 2023 lagen ihre Werte auf ähnlichem Niveau.

20.2 Der RH beurteilte positiv, dass die tatsächliche Entwicklung von 2014 bis 2019 besser als in der Vorperiode (2007 bis 2014 bzw. 2015) mit der Planung übereinstimmte. Als ursächlich dafür erachtete er insbesondere die geänderten rechtlichen Rahmenbedingungen für die Bedarfsprüfung der Länder (TZ 18).

Der RH beurteilte allerdings kritisch, dass nach wie vor Ungleichgewichte zwischen Versorgungszonen und bei Indikationen bestanden. Er vertrat die Ansicht, dass die generelle Feststellung, vertraglich vereinbarte Betten nicht abbauen zu wollen, für einen weiteren Abbau der Ungleichgewichte hinderlich sein konnte. Er räumte ein, dass eine Anpassung Unsicherheiten der Planung und die Kosten von Änderungen (z.B. Umbauten von Immobilien) zu berücksichtigen hätte. Dennoch wäre z.B. bei ohnehin bestehendem Investitionsbedarf eine längerfristige Strategie zur Verringerung der Ungleichgewichte sinnvoll.

Der RH empfahl daher dem Dachverband als Auftraggeber des Rehabilitationsplans sowie dem Sozialministerium, der ÖGK und der PVA als Mitbeteiligten, bei der Erarbeitung des Rehabilitationsplans auch ein Konzept zur Verringerung von Ungleichgewichten bei Indikationen und zwischen Versorgungszonen zu erstellen.

20.3 (1) Das Sozialministerium merkte in seiner Stellungnahme an, dass – wie im ÖSG bzw. in der Verordnung zum ÖSG festgelegt – bestehende Einrichtungen solange als plankonform gelten würden, solange deren Verträge mit den Sozialversicherungsträgern bestünden. Dies sei dem Schutz der wirtschaftlichen Interessen der Vertragspartnereinrichtungen geschuldet, auch wenn es in dieser Versorgungszone eine Überversorgung in der jeweiligen Rehabilitations–Indikationsgruppe gebe. Ungleichheiten könnten nicht durch die Planung verringert werden, sondern nur über eine entsprechende Vertragsgestaltung.

(2) Laut Stellungnahme des Dachverbands werde die Empfehlung in die laufenden Arbeiten des Rehabilitationsplans 2025 aufgenommen.

(3) Die ÖGK teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass die GÖG die Planung des österreichweiten Rehabilitationsplans im Auftrag des Dachverbands erstelle. Im Projektbeirat seien alle Sozialversicherungsträger und Länder vertreten. Die Bedarfsplanung je Versorgungszone sei immer auch im Hinblick auf die Bevölkerungszahlen je Versor-

gungszone erfolgt. Daraus ergebe sich, dass es auch zu Ungleichgewichten bei der Verteilung der Indikationsgruppen kommen könne.

(4) Laut Stellungnahme der PVA seien Unterschiede in der regionalen Verteilung historisch gewachsen und ergäben sich daraus, dass noch nicht alle ambulanten Eignungsstandorte ausgeschrieben worden seien. Auch im Rahmen der Arbeiten zum Rehabilitationsplan 2025 werde darauf geachtet, weiterhin bestehende Unterschiede auszugleichen. Dies liege aber nicht im ausschließlichen Zuständigkeitsbereich der PVA, obwohl dies wünschenswert wäre. Die Interessen vor allem der Länder würden hier eine wesentliche Rolle spielen. Aufgrund ihrer Zuständigkeit zur Bedarfsprüfung sei es nicht einfach möglich, Kapazitäten von einem Land in ein anderes zu „verschieben". Zu beachten sei auch der Umstand, dass in der stationären Rehabilitation die regionale Verteilung aufgrund der langen Aufenthaltsdauer vernachlässigbar sei und somit eine gleichmäßige Verteilung auf die Länder bzw. Versorgungszonen nicht primär im Fokus der PVA liege, zumal dies auch nicht zu einem Mehrwert für die Versicherten führe. Im ambulanten Bereich, in dem die Erreichbarkeit eine zentrale Rolle spiele, seien Eignungsstandorte definiert und auf Betreiben der PVA erstmalig auch im Rehabilitationsplan 2020 die Kapazitäten auf diese bezogen worden.

20.4 Der RH wies gegenüber dem Sozialministerium und der PVA darauf hin, dass der systematische Abbau von Ungleichgewichten bei den Verträgen ein mittel– und langfristiges Konzept erforderte, das in der Planung zu erstellen war. Dies könnte nach Ansicht des RH auch die erforderliche Einbindung der Länder ermöglichen und auch die Kosten einer regionalen Verschiebung im Hinblick auf ohnehin bestehenden Investitionsbedarf optimieren. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung.

Wirkungsmessung

21.1 (1) Auf individueller Ebene beurteilten die Rehabilitationskliniken die Erreichung der Rehabilitationsziele. Die PVA gab dafür im Medizinischen Leistungsprofil Standards vor. Demnach waren Rehabilitationsziele zu formulieren und die Zielerreichung am Ende des Verfahrens zu dokumentieren. Maßgeblich waren in den Eigenen Einrichtungen – mit einem erweiterten Medizinischen Leistungsprofil, das ab 2024 auch für Vertragspartner gelten sollte – die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) sowie verschiedene Indikatoren zur Messung der psychischen Gesundheit (PHQ–4), der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (EQ–5D–5L), der Selbstständigkeit bzw. des Pflegebedarfs (Barthel–Index), der subjektiven Arbeitsfähigkeit (WAI) und besonderer beruflicher Problemlagen (SIMBO–C). Die Umsetzung dieser Vorgaben war Gegenstand der Visitationen der PVA im Rahmen der Qualitätssicherung.

Auf Anfrage des RH nach einer systematischen Auswertung dieser Kenngrößen gab die PVA an, dass die Werte erst vollständig in Eigenen Einrichtungen erhoben würden und teilweise nicht in auswertbarer Form vorlägen. Nicht alle Indikatoren seien darüber hinaus geeignet, in aggregierter Form valide Schlüsse über den Rehabilitationsverlauf und –erfolg zu erlauben.

Eine spezifische Auswertung des Rehabilitationserfolgs nach Bereichen (z.B. stationäre versus ambulante medizinische Rehabilitation, nach Berufsgruppen oder Lebensabschnitten der Betroffenen, nach Vertragspartnern) konnte die PVA nicht vorlegen.

(2) Im Juli 2020 richtete die PVA eine Abteilung für Forschung, Innovation und medizinische Leistungsentwicklung ein. Im Jahr 2022 umfasste diese Abteilung elf Forscherinnen und Forscher aus sechs Fachgebieten. Ziel der Abteilung war es, anwendungsorientierte rehabilitationswissenschaftliche Erkenntnis für die Planung, Entwicklung, Gestaltung und Evaluation von Rehabilitationsmaßnahmen zu erlangen. Dazu entwickelte die Abteilung eine Forschungsagenda, um vorrangige Forschungsfelder zu identifizieren. Im Zuge des Strategieprogramms „Reha 2030“ werde laut PVA der Aufbau der Abteilung mit Jahresende 2023 weitgehend abgeschlossen sein.

Die bisherigen Ergebnisse bezogen sich vor allem auf folgende Bereiche:

- Effekte der medizinischen Rehabilitation von Post–COVID–Betroffenen (insbesondere Effekte eines zusätzlichen Atemmuskeltrainings),
- Evaluation der Pilotphase von Telerehabilitation,

- Evaluation Psychokardiologie (Pilotprogramm mit Trennung der medizinischen Rehabilitation in zwei Aufenthalte) mithilfe von Nachbefragungen sechs Monate nach der medizinischen Rehabilitation,
- Bewertung von Evaluationsberichten zu Effekten der Herz–Kreislauf–Rehabilitation Phase III.

Im Wesentlichen waren alle Evaluationsberichte positiv. Die Forschungsabteilung wies jedoch darauf hin, dass ihre wissenschaftlichen Erkenntnisse lediglich eine Grundlage für Entscheidungen übergeordneter Stellen unter Abwägung strategischer, medizinischer, therapeutischer, ökonomischer und sozialpolitischer Gesichtspunkte seien.

21.2 Der RH wies darauf hin, dass angesichts der großen Spielräume der PVA bei der Umsetzung der medizinischen Rehabilitation – hinsichtlich Art (stationär oder ambulant) und Umfang der Leistungen sowie deren Ausgestaltung – eine evidenzbasierte Entscheidungsfindung von großer Bedeutung war.

Der RH anerkannte daher die Bemühungen, relevante Kennzahlen systematisch zu erfassen und auszuwerten. Aus Sicht des RH wäre es wesentlich, neben operativen Fragen (bestimmte Therapien wie Atemmuskeltraining; Gestaltung in einem oder mehreren Aufenthalten etc.) auch Positionen zu anstehenden Grundsatzfragen zu entwickeln, z.B. Gewichtung stationärer und ambulanter medizinischer Rehabilitation, Planung des Umfangs des Leistungsangebots.

Der RH empfahl daher der PVA, bei der Konzeption der Forschungsagenda zur medizinischen Rehabilitation insbesondere Fakten zu anstehenden Grundsatzfragen zu erheben. Daraus wären Positionen zu entwickeln, damit diese Fragen auf Basis der erzielten Ergebnisse entschieden werden können.

21.3 Die PVA merkte in ihrer Stellungnahme an, dass auf der Grundlage der Forschungsagenda sowie des Forschungsprozesses der PVA von der internen Forschungsabteilung kontinuierlich Forschungsaktivitäten in der medizinischen Rehabilitation (z.B. zu Themen wie Medizinische Leistungsprofile, Rehabilitations–Angebote) geplant und umgesetzt würden, um Evidenz für grundlegende Entwicklungen in diesem Bereich zu schaffen. Aus diesem Prozess gehe eine stetig wachsende Faktenbasis hervor, die zur organisationsinternen Positionsentwicklung herangezogen werden könne.

Resümee

22 (1) Zusammenfassend hielt der RH fest, dass insbesondere in vier Bereichen Erfolge gelangen:

- Es gelang, ein Leistungsangebot für medizinische Rehabilitation für Kinder und Jugendliche zu schaffen. (TZ 15)
- Die Abstimmung zwischen den Bewilligungsverfahren der Länder und den Vergabeverfahren der Sozialversicherungsträger wurde verbessert. (TZ 18)
- Die Verbindlichkeit der Rehabilitationsplanung wurde durch Integration in den ÖSG bzw. die RSG erhöht. (TZ 17)
- Ressourcen der medizinischen Rehabilitation konnten in der COVID–19–Pandemie genutzt werden. (TZ 14)

In allen diesen Bereichen war jedoch weiterer Handlungsbedarf gegeben:

- Die Leistungserbringung lag deutlich unter dem ermittelten Bedarf. (TZ 16)
- Trotz der erhöhten Verbindlichkeit der Rehabilitationsplanung kam es in Einzelfällen noch zu Abweichungen. (TZ 18)
- Die rechtlichen und finanziellen Voraussetzungen für die Nutzung von Ressourcen der PVA in Notsituationen wären zu schaffen. (TZ 14)

(2) Nicht gelungen waren Verbesserungen bei den versicherungsrechtlichen Grundlagen für die Erwachsenenrehabilitation. Durch Doppelzuständigkeiten, unterschiedliche Leistungs– und Zieldefinitionen und Anspruchsvoraussetzungen sowie durch das Fehlen eines klaren Rechtsanspruchs ergaben sich insbesondere für Pensionsbeziehende sachlich wenig nachvollziehbare Leistungseinschränkungen: kaum ambulante medizinische Rehabilitation, keine psychiatrische Rehabilitation, keine medizinische Rehabilitation bei Lympherkrankungen. (TZ 7, TZ 8, TZ 9, TZ 10)

Ebenfalls nicht gelungen waren Verbesserungen bei den Datengrundlagen. Dies betraf insbesondere die Nutzung von Routinedaten der Sozialversicherungsträger (Anträge und Genehmigungen) und die Durchgängigkeit der Auswertungsmöglichkeiten zwischen Krankenbehandlung und medizinischer Rehabilitation. (TZ 4)

(3) Aus Sicht des RH gab es in der Entwicklung und Steuerung wesentliche Optimierungspotenziale in folgenden Bereichen:

- Die 2012 eingeführte ambulante Leistungserbringung, die nur rund halb so hohe Kosten verursachte wie stationäre Maßnahmen, sollte weiter zunehmen. (TZ 8)
- Eine bessere Abstimmung zwischen Krankenbehandlung und medizinischer Rehabilitation, insbesondere bei psychischen Problemen und bei chronischen Krankheiten, könnte die Effektivität der getroffenen Maßnahmen deutlich erhöhen. (TZ 18)

- Bessere Information könnte regional, berufsgruppenspezifisch und zeitlich („Früherfassung“) gezieltere Leistungen ermöglichen. (TZ 11)
- Pflegebedarf könnte durch klarere Regelung von medizinischer Rehabilitation für Pensionsbeziehende und ein darauf abzielendes Leistungsspektrum vermieden werden. (TZ 18)

(4) Voraussetzung dafür war eine Anpassung auch des Planungsprozesses: Die Rehabilitationsplanung sollte klaren Zielen folgen, transparenter werden und von Beginn an in die allgemeine Gesundheitsplanung integriert werden. Sie sollte sowohl für die Länder als auch für die Sozialversicherungsträger verbindlich sein. (TZ 19)

Die folgende Tabelle fasst die im überprüften Zeitraum erzielten Verbesserungen und weiteren Handlungsbedarf zusammen:

Tabelle 7: Erzielte Verbesserungen und weiterer Handlungsbedarf bei der Entwicklung und Steuerung der medizinischen Rehabilitation

Thema	erzielte Verbesserungen	weiterer Handlungsbedarf
Zuständigkeit der Versicherungszweige	keine	Vereinfachung (Abstimmung Pensions– und Krankenversicherung) (TZ 7)
Leistungen für Pensionsbeziehende		psychiatrische und ambulante medizinische Rehabilitation auch für Pensionsbeziehende (TZ 12)
Festlegung als Pflichtaufgabe		• Entscheidung, ob Pflichtaufgabe oder freiwillige Leistung • Klärung stationär/ambulant (TZ 8, TZ 9)
COVID–19	Nutzung der Ressourcen erfolgt	Klarstellung Betriebsbewilligung und Kostentragung (TZ 14)
medizinische Rehabilitation für Kinder und Jugendliche	Schaffung eines Leistungsangebots in Abstimmung zwischen Ländern und Sozialversicherung	• Integration aller Länder • Abstimmung der Kapazitäten und der Bedarfsbeurteilung (TZ 15)
Abstimmung mit dem Krankenanstaltenrecht	Koordinierung der Bedarfsprüfungsverfahren der Länder mit den Vertragszusagen der Sozialversicherung	Klärung von Restfragen: • Parteistellung • Vorgehen bei „negativer Vertragszusage“ • „Probebetrieb“ vor Betriebsbewilligung (TZ 18)
Verbindlichkeit der Planung	Rehabilitationsplanung als Grundlage für Bedarfsprüfung	Vorgehen bei Bedarf ohne Ausschreibung (TZ 18)
Abstimmung mit Gesundheitsplanung		• bei chronischen Krankheiten, psychischen Erkrankungen • Evaluierung der Früherfassung • stärkere Berücksichtigung Pflege (TZ 17)
Datengrundlagen und Datennutzung	keine	• statistische Weisungen • internationale Vergleichbarkeit • durchgängige Nutzung mit Krankenbehandlung • Wirkungsorientierung (TZ 4)

Quelle: RH

Schlussempfehlungen

23 Zusammenfassend empfahl der RH

- dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (**BMSGPK**),
- dem Dachverband der Sozialversicherungsträger (**Dachverband**),
- der Österreichischen Gesundheitskasse (**ÖGK**) und
- der Pensionsversicherungsanstalt (**PVA**):

		BMSGPK	Dach-verband	ÖGK	PVA
(1)	In statistischen Vorgaben des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz für die medizinische Rehabilitation wäre bei den Definitionen auch die Vergleichbarkeit auf internationaler Ebene zu berücksichtigen. (TZ 3)	X			
(2)	Für die medizinische Rehabilitation wären statistische Weisungen zu erlassen, die gewährleisten, dass Anträge, Genehmigungen und durchgeführte Rehabilitationsverfahren (inklusive ambulanter Verfahren) einheitlich und schlüssig erfasst und dargestellt werden. (TZ 4)	X			
(3)	Eine durchgängige Auswertbarkeit von Daten – von der Behandlung in Akutkrankenanstalten bis zur medizinischen Rehabilitation – wäre sicherzustellen. (TZ 4)	X			
(4)	Konsistente und historisch nachvollziehbare Daten zu Anträgen, Genehmigungsverfahren und durchgeführten Rehabilitationsverfahren wären sicherzustellen. (TZ 4)		X	X	X
(5)	Im Zuge einer Strategie zur Nutzung von Gesundheitsdaten wären die Erfassung und Auswertung systematisch zu regeln; das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sollte sich dabei an internationalen Vorhaben, z.B. dem Europäischen Raum für Gesundheitsdaten, orientieren. (TZ 4)	X			
(6)	Für die medizinische Rehabilitation wäre auf eine klar geregelte Zuständigkeitsverteilung zwischen Pensions– und Krankenversicherung hinzuwirken. (TZ 7)	X			

		BMSGPK	Dach-verband	ÖGK	PVA
(7)	Auf eine klare rechtliche Regelung der ambulanten medizinischen Rehabilitation für alle aktiven Versicherten und Pensionsbeziehenden wäre hinzuwirken, einschließlich Kriterien für die Gewährung von stationärer bzw. ambulanter medizinischer Rehabilitation. (TZ 8)	X			
(8)	Auf eine klare rechtliche Regelung der medizinischen Rehabilitation als Pflicht– oder freiwillige Leistung wäre hinzuwirken. (TZ 9)	X			
(9)	Es wäre darauf hinzuwirken, dass die Bedeutung des Finanzierungsvorbehalts für medizinische Rehabilitation für Pensionsbeziehende bei der Pensionsversicherungsanstalt gesetzlich klargestellt wird; alternativ wäre auf die Abschaffung des Finanzierungsvorbehalts hinzuwirken. (TZ 10)	X			
(10)	Die Kriterien zur Früherfassung und Frühintervention wären zu evaluieren, um die Treffsicherheit der Maßnahmen zu erhöhen. (TZ 11)		X	X	X
(11)	Versicherte, Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenanstalten wären umfassend zur medizinischen Rehabilitation zu informieren und Hindernisse für eine gebotene Inanspruchnahme zu untersuchen. (TZ 11)	X	X	X	X
(12)	Im Rahmen einer Rehabilitations–Gesamtstrategie wären die Regelungen für Pensionsbeziehende neu zu gestalten, um einen verbesserten Zugang zur medizinischen Rehabilitation zu erreichen und damit Pflegebedarf hintanzuhalten. (TZ 12)	X			
(13)	Die Gründe für den stärkeren Anstieg der Rehabilitationsverfahren bei den aktiven Versicherten im Vergleich zu den Pensionsbeziehenden wären zu analysieren und die Ergebnisse im Rahmen der Rehabilitationsplanung einzubringen. (TZ 13)				X
(14)	Im Hinblick auf künftige Krisen– bzw. Pandemiesituationen wären gemeinsam mit den Ländern der rechtliche Rahmen und die Finanzierung einer Inanspruchnahme von Rehabilitationseinrichtungen zur Entlastung von Spitälern im Vorhinein abzuklären. (TZ 14)	X			X
(15)	Die Kosten der medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen wären zu erfassen und alle Länder und Sozialversicherungsträger diesbezüglich einzubinden. (TZ 15)		X		
(16)	Die Berechnungsformel für die Zahlungen der Länder für die medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen wäre am Soll– und nicht am Ist–Stand der Betten zu orientieren. (TZ 15)		X		

		BMSGPK	Dach-verband	ÖGK	PVA
(17)	Eine Evaluierung der stationären Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche wäre zeitnah zu beauftragen. Dabei wäre auch die Indikationsverteilung zu berücksichtigen. (TZ 16)		X		
(18)	Eine vollständige Einbindung der Rehabilitationsplanung in die Gesundheitsplanung wäre sicherzustellen. Dies sollte insbesondere die Beauftragung der analytischen Grundlagen durch die Gesundheit Österreich GmbH und die Schnittstellen zur Gesundheitsversorgung (insbesondere bei chronischen Krankheiten) sowie zur Pflegeplanung betreffen. Dabei wäre zu prüfen, inwiefern eine Beauftragung des Rehabilitationsplans durch die Bundes–Zielsteuerungskommission statt durch den Dachverband der Sozialversicherungsträger zweckmäßig wäre. (TZ 17)	X			
(19)	Auf eine noch stärkere Verbindlichkeit der Rehabilitationsplanung für die Bewilligungsverfahren der Länder wäre hinzuwirken. (TZ 18)	X			
(20)	Die Verbindlichkeit der Rehabilitationsplanung wäre auch in der Umsetzung durch die Pensionsversicherungsanstalt sicherzustellen, z.B. durch eine Regelung analog zur ärztlichen Stellenplanung im niedergelassenen Bereich (Schiedsverfahren bei unterbliebener Ausschreibung). (TZ 18)	X			
(21)	In der Rehabilitationsplanung wären die Steuerungseingriffe der einzelnen Sozialversicherungsträger klar auszuweisen und zu begründen. Klare Ziele sollten die Basis für die Berechnungen der Gesundheit Österreich GmbH bilden. (TZ 19)		X		
(22)	Es wäre auch eine Planung der ambulanten medizinischen Rehabilitation Phase III sicherzustellen; der Ist–Stand der ambulanten medizinischen Rehabilitation wäre besser zu erheben. (TZ 19)		X		
(23)	Bei der Erarbeitung des Rehabilitationsplans wäre auch ein Konzept zur Verringerung von Ungleichgewichten bei Indikationen und zwischen Versorgungszonen zu erstellen. (TZ 20)	X	X	X	X
(24)	Bei der Konzeption der Forschungsagenda zur medizinischen Rehabilitation wären insbesondere Fakten zu anstehenden Grundsatzfragen zu erheben. Daraus wären Positionen zu entwickeln, damit diese Fragen auf Basis der erzielten Ergebnisse entschieden werden können. (TZ 21)				X

Rechnungshof Österreich

Wien, im November 2024
Die Präsidentin:

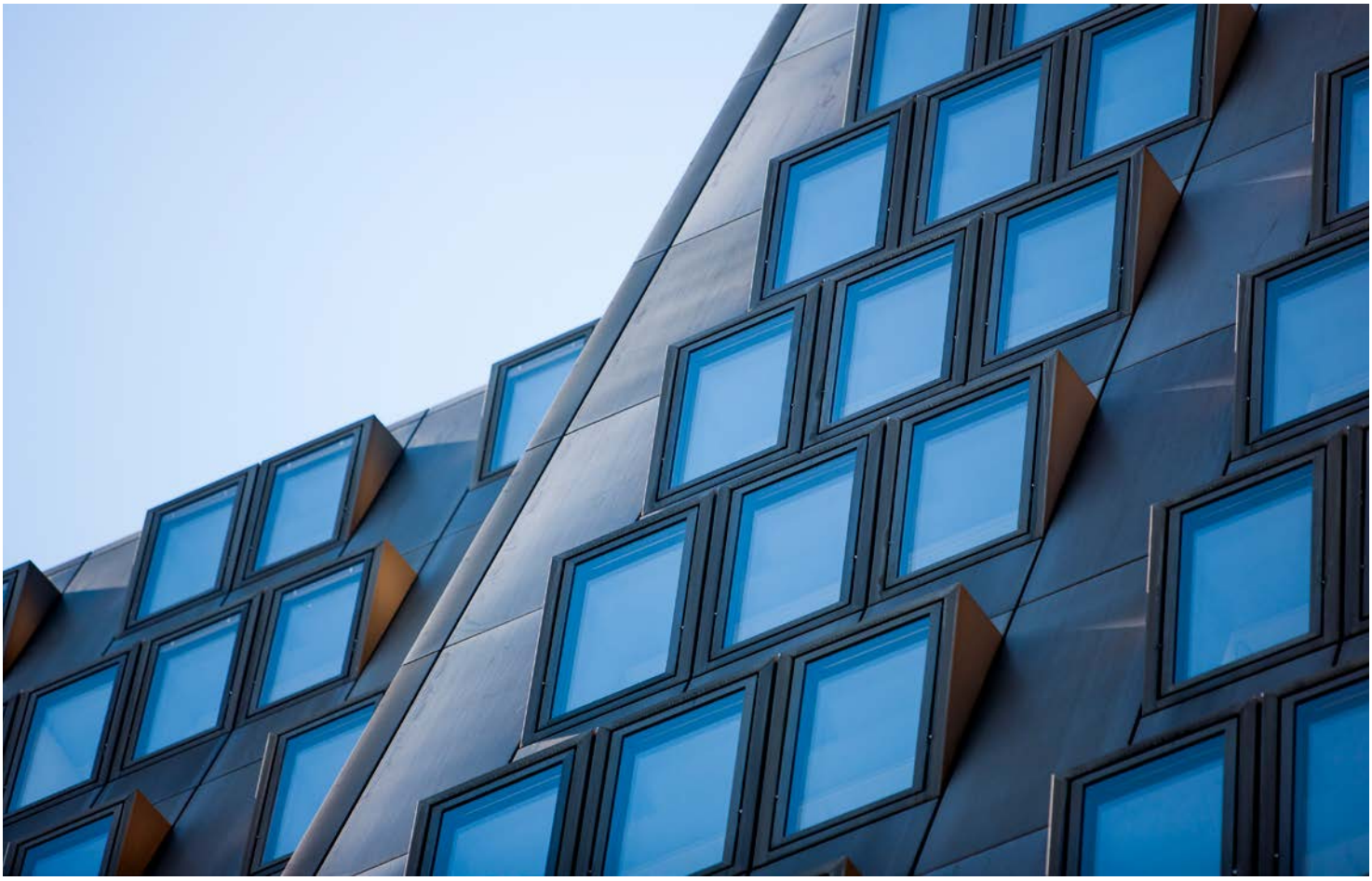
Dr. Margit Kraker

Anhang

Ressortbezeichnung und –verantwortliche

Tabelle A: Sozialministerium im Zeitraum 2015 bis 2022

Zeitraum	Bundesministerien-gesetz–Novelle	Ressortbezeichnung	Bundesminister/in
bis 7. Jänner 2018	BGBl. I 3/2009	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz	bis 26. Jänner 2016: Rudolf Hundstorfer
			26. Jänner 2016 bis 18. Dezember 2017: Alois Stöger, diplômé
			18. Dezember 2017 bis 8. Jänner 2018: Mag.ª Beate Hartinger–Klein
8. Jänner 2018 bis 28. Jänner 2020	BGBl. I 164/2017	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz	8. Jänner 2018 bis 22. Mai 2019: Mag.ª Beate Hartinger–Klein
			22. Mai 2019 bis 3. Juni 2019: Dr. Walter Pöltner
			3. Juni 2019 bis 7. Jänner 2020: Mag.ª Dr.in Brigitte Zarfl
			7. Jänner 2020 bis 29. Jänner 2020: Rudolf Anschober
seit 29. Jänner 2020	BGBl. I 8/2020	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz	29. Jänner 2020 bis 19. April 2021: Rudolf Anschober
			19. April 2021 bis 8. März 2022: Dr. Wolfgang Mückstein
			seit 8. März 2022: Johannes Rauch

Quelle: Parlament; Zusammenstellung: RH

R
H