

# Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation (PMR).

## Positionspapier der PrimarärztInnen der Institute für Physikalische Medizin und Rehabilitation der TU 1 des Wiener KAV

**Hermine Bühn-Freiler<sup>1</sup>, Günter Gal<sup>2</sup>, Helmut Kern<sup>3</sup>, Katharina Pils<sup>4</sup>,  
Christine Prager<sup>5</sup>, Elisabeth Preisinger<sup>6</sup>, Michael Quittan<sup>7</sup>, Thomas Teichmann<sup>8</sup>**

1 Physikalische Ambulanz, Sozialmedizinisches Zentrum Floridsdorf - Krankenhaus und Geriatriezentrum, 1210 Wien

2 Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Krankenanstalt Rudolfstiftung, 1030 Wien

3 Institut für Physikalische Medizin, Wilhelminenspital, 1160 Wien

4 Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital, 1070 Wien

5 Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Sozialmedizinisches Zentrum Ost - Donauespital, 1220 Wien

6 Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Krankenhaus Lainz, 1130 Wien

7 Institut für Physikalische Medizin, Sozialmedizinisches Zentrum Süd - Kaiser-Franz-Josef-Spital; 1100 Wien

8 Institut für Physikalische Medizin, Kaiserin-Elisabeth-Spital, 1150 Wien

### Präambel

Sinn und Zweck des Strukturkonzeptes eines Zentralinstitutes für PMR in Akutkrankenhäusern der Stadt Wien

Die Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation ist zu einem festen Bestandteil der Krankenhäuser der Teilunternehmung 1 des Wiener Krankenanstaltenverbundes geworden. In allen Schwerpunktkrankenhäusern, aber auch in Sonderkrankenanstalten wird dieses wichtige Angebot in unterschiedlichen Strukturen den anderen Abteilungen und somit den Patienten des Hauses zugänglich gemacht.

Das vorliegende Papier soll die Strukturen eines Zentralinstitutes darstellen und die Vorteile gegenüber aufgesplitterten Lösungen klar demonstrieren. Mit der Schaffung von einheitlichen Organisationsstrukturen soll in Zukunft die fachliche sowie persönliche Patientenbetreuung durch Motivation der Mitarbeiter, Kooperation mit den einzelnen Fachabteilungen und Schnittstellenmanagement mit extramuralen Einrichtungen verbessert werden. Ziele dabei sind nicht nur Qualitätssicherung, wie zum Beispiel einheitliche Standards, sondern auch ökonomischer Ressourceneinsatz und häuserübergreifende Kommunikation.

### Internationale Trends und Entwicklungen

Internationale Entwicklungen und wissenschaftliche Forschung bestätigen die Organisationsform eines Zentralinstitutes als die effektivste und wirtschaftlichste Form der physikalisch-medizinischen und rehabilitativen Patientenbetreuung in einem Krankenhaus.

Daher wurden z. B. in Deutschland seit Inkrafttreten des Sozialgesetzbuches IX im Jahre 2001 17 neue Zentralinstitute für Physikalische und Rehabilitative Medizin geschaffen - sechzehn mit eigener Bettenstation. (1,2)

In den USA sind den zentralen Einrichtungen für Physikalische Medizin und Rehabilitation Bettenstationen zugeordnet. Sowohl die ambulante als auch die stationäre Frührehabilitation von Patienten unterschiedlicher Krankheitsbilder stehen unter der Leitung des Facharztes für Physikalische Medizin. (3,4).

### Auftrag im KAV

Das Zentralinstitut hat den Auftrag mit seinem multi-professionellen Team unter Leitung von FachärztInnen für Physikalische Medizin PatientInnen aller Abteilungen des Hauses – im stationären sowie ambulanten Bereich – physikalisch-medizinisch und rehabilitativ zu betreuen. Ein besonderes Augenmerk ist darüber hinaus auf gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen zu legen.

### Beschreibung des Fachbereiches Physikalische Medizin und Rehabilitation in einem Akutkrankenhaus

#### Historische Entwicklung

Die Krankenanstalten Wiens nahmen eine Pionierstellung in der Entwicklung der Physikalischen Medizin und Rehabilitation in der Welt ein. Berühmte Ärzte und Forscherpersönlichkeiten schafften grundlegende

Arbeiten zur Basistherapie der heutigen Physikalischen Medizin und Rehabilitation. (W. Winternitz, M. Benedikt, J. Kowarschik). Letzterer plante und errichtete 1913 im KH Lainz das erste Zentralinstitut, das als Modell für die Zukunft richtungsweisend war (5,6,7).

### Definition, Grundwerte und Ziele des Faches PMR

Das Sonderfach Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation umfasst Prävention, Kuration (Diagnostik und Therapie) und Rehabilitation von Krankheiten und Funktionsstörungen aller Organsysteme insbesondere mit physikalischen Mitteln. Ziele sind Schmerzminderung, Verbesserung von Körperfunktionen und -strukturen, sowie Aktivität und Partizipation der Patienten unter Berücksichtigung ihrer Kontextfaktoren.

Grundlage des Handelns ist ein ganzheitlich- humanistisch geprägtes Menschenbild. In der Synthese aus Organ- und Funktionsdiagnose werden therapeutische Strategien entwickelt. Diese werden in einem multiprofessionellen Team, im Zentrum dessen Bemühungen der Patient steht, gesetzt.

Durch die komplexe Ausbildung ist dem Facharzt für Physikalische Medizin der Synthese von Physikalischer Medizin, Rehabilitation, Innerer Medizin, Orthopädie, Unfallchirurgie und Neurologie ein vernetztes Denken und die Analyse der Veränderungen des Stütz- und Bewegungsapparates sowie der Orientierung möglich.

Vertieftes theoretisches Wissen und praktische Fertigkeiten um therapeutische Konzepte erleichtern die

berufsgruppen- und disziplinübergreifende Kommunikation.

### 3. Beschreibung des Zentral-Institutes

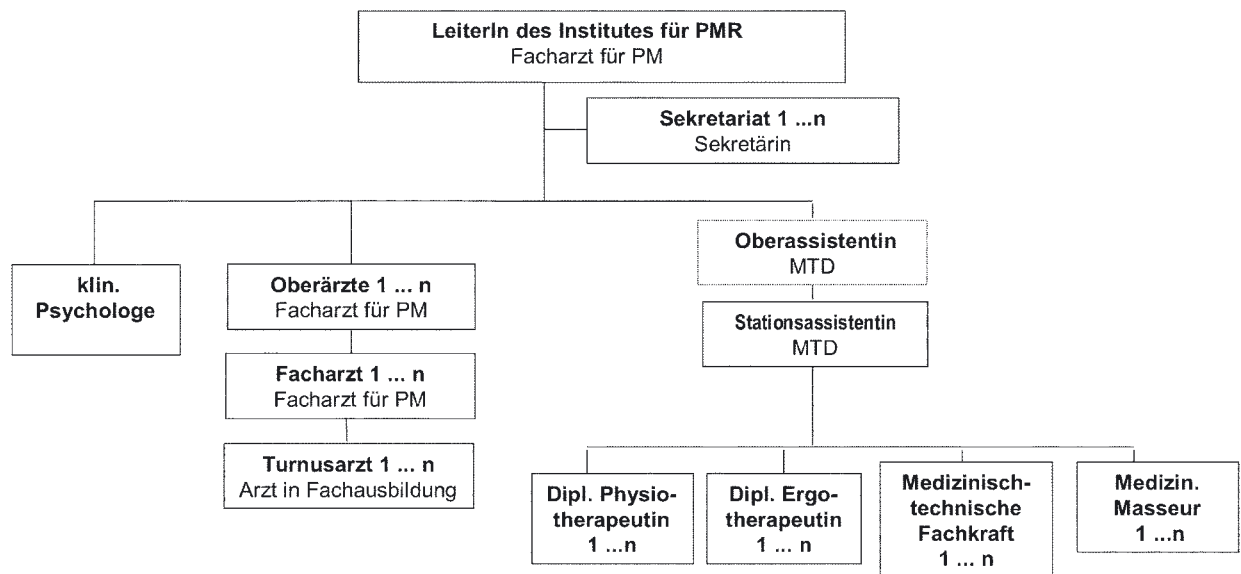
#### 3.1 Auftrag und Ziele

Das Zentralinstitut hat den Auftrag mit seinem multiprofessionellen Team unter Leitung von FachärztInnen für Physikalische Medizin stationäre und ambulante PatientInnen aller Abteilungen des Hauses und angegliederter Bereiche physikalisch-medizinisch und rehabilitativ zu betreuen. Ein besonderes Augenmerk ist darüber hinaus auf gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen zu legen.

Einzelnen Instituten obliegt die Spezialisierung auf PatientInnen mit spezifischen und/oder komplexen Krankheitsbildern und deren hochspezialisierten diagnostischen und therapeutischen Bedürfnissen.

#### 3.2. Aufbauorganisation

Die Leitung des Zentralinstitutes obliegt einer/einem FA für Physikalische Medizin mit Managementausbildung. Sie/Er trägt die Gesamtverantwortung für das Institut und übt die unmittelbare medizinische Fachaufsicht über das gesamte Personal des Instituts aus (8). Dazu zählt die Gewährleistung der Aus- und Fortbildung von ärztlichen und therapeutischen Mitarbeitern, die Pflege von Kontakten zu anderen Abteilungen und übergeordneten Stellen und die Vertretung des Institutes gegenüber der Kollegialen Führung. In Abwesenheit der Institutsleitung führt der erste Oberarzt die Agenden der Abteilung.



Die betriebsorganisatorischen Rahmenbedingungen werden in Kooperation mit den Ober- bzw. StationsassistentInnen festgelegt, die Dienstaufsicht über die MTDs kann an diese delegiert werden. Ihnen obliegt auch die Kooperation mit den Ausbildungseinrichtungen der MTDs und die Organisation der Praktikumsplätze.

### 3.3. Ablauforganisation

#### Definition von Kernprozessen

##### Ambulante/stationäre Kontaktaufnahme

Es wird unterschieden zwischen PatientInnen des Zentralinstitutes und jenen, die nach Konsiliaranforderungen anderer Abteilungen betreut werden.

Das Zentralinstitut versorgt letztverantwortlich ambulante sowie gegebenenfalls tagesklinische Patienten, stationäre Patienten des Hauses in enger Zusammenarbeit mit den zuweisenden Abteilungen.

##### Spezialuntersuchungen

Die Analyse komplexer Funktionsstörungen kann über den klinischen Status hinaus spezieller technischer Untersuchungsmethoden bedürfen. Diese werden sowohl in Ergänzung zur eigenen klinischen Untersuchung als auch als Einzelleistung für andere Abteilungen durchgeführt. Dazu zählen unter anderem die apparative Gang- und Bewegungsanalyse, Leistungsdiagnostik, elektro-physiologische Untersuchungen, Gefäßdiagnostik, Thermographie, Posturographie und Biofeedback-Verfahren.

In der Synthese von klinischen und ergänzenden Untersuchungen werden Empfehlungen für das weitere therapeutische Management aus der Sicht des Physikalisten erarbeitet.

##### Diagnostik / Assessment

Durch Anamnese und klinische Untersuchung wird zunächst eine Organdiagnose (ICD) gestellt. Unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren und der funktionellen Einschränkungen kann diese um die Funktionsdiagnose (ICF–International Classification of Functioning, Disability and Health (9)) erweitert werden. Schmerz stellt einen wesentlichen, die Rehabilitation beeinflussenden Faktor dar. Seine Diagnostik und Behandlung ist eine Kernkompetenz unseres Faches. (10, 11)

Im Rahmen des Assessments wird das Rehabilitationspotential und die Rehabilitationsfähigkeit evaluiert. Dies dient als Basis für den multiprofessionellen Rehabilitationsplan. Falls notwendig können ergänzende Spezialuntersuchungen durchgeführt werden.

Das Therapie- und Rehabilitationsziel wird gemeinsam mit dem Patienten festgelegt. Bei komplexen Krankheitsbildern mit vielfältigen Funktionsstörungen werden Prioritäten festgelegt.

In der Synthese von Befund und Therapiezielen erstellt der Facharzt für PM für jeden Patienten einen individuellen Therapie-/Rehabilitationsplan unter Berücksichtigung Evidenz-basierter Medizin.

##### Durchführung der Therapie

Die Ärzte des Zentralinstitutes leiten den zielgerichteten, koordinierten Einsatz des multiprofessionellen Teams unter Berücksichtigung der Kriterien Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Wissenschaftlichkeit.

Therapeutische Leistungen werden von allen Mitarbeitern des multiprofessionellen Teams erbracht. In Abhängigkeit vom Therapieplan werden ärztliche Interventionen sowie Therapiemaßnahmen durch Therapeuten durchgeführt.

Über die gängigen therapeutischen Leistungen hinaus führen Ärzte des Zentralinstitutes auch Nervenblockaden, manuelle Therapie, Botulinumtoxin-Injektionen, Akupunktur, etc. durch. Weiters wird die Anpassung von Orthesen, Rollstühlen und sonstigen Hilfsmitteln verordnet und in der Effizienz überprüft.

Die Leistungen des therapeutischen Teams, wie mobilisierende Maßnahmen, Bewegungstherapie und Selbsthilfetraining, werden zum Teil direkt auf den Stationen durchgeführt. Dies erleichtert die Kommunikation mit den stationsführenden Ärzten und Pflegepersonen. An speziellen Abteilungen kann ein therapeutischer Stützpunkt die Ablauforganisation und den effizienten Ressourceneinsatz erleichtern. Der Patient wird durch Vermeidung unnötiger Transporte geschont. Mit Stabilisierung des Allgemeinzustandes des Patienten ist das Verlassen der Station ein therapeutisches Mittel um sich wieder an den Alltag zu gewöhnen.

Komplexe Interventionen, die aufwendige Geräte zur Unterstützung benötigen, erfolgen im Zentralinstitut. Dazu zählen neben der Elektrotherapie, die Lokomotionstherapie, medizinische Trainingstherapie, Schienenherstellung, Haushaltstraining, EDV- gestütztes Hirnleistungstraining, Biofeedback-, Hydro- therapie und andere mehr.

##### Evaluation

Für die fachgerechte Therapiesteuerung ist eine fortlaufende Erfolgskontrolle der funktionellen Fort-

schritte durch den Arzt notwendig. Die Evaluation von Therapieerfolg, Befund und Befindlichkeit des Patienten erfolgt im Rahmen von Kontrolluntersuchungen und Re-Assessment.

Der Informationsaustausch zwischen den Berufsgruppen und Akkordierung der erhobenen Befunde erfolgt in regelmäßigen Teamsitzungen. Es wird eine begleitende Dokumentation durchgeführt.

Aus der Summe der Befunde folgt gegebenenfalls eine Modifikation des Therapie- bzw. Rehabilitationsplanes.

Das strukturierte Assessment und die erhobenen Befunde sind Basis für Outcome Measurement.

**Abschlussuntersuchung und Schnittstellenmanagement**  
Wenn das individuelle Therapieziel erreicht wurde oder aber keine Verbesserung mehr zu erwarten ist, wird nach einer Abschlussuntersuchung die physikalische-medizinische Behandlung in Abstimmung mit der Station beendet.

Bei der Entlassung von Patienten mit komplexen Funktionsstörungen wird eine physikalisch-medizinische Untersuchung durchgeführt. In Abhängigkeit vom Therapieerfolg wird die Behandlung beendet oder ambulant fortgesetzt.

Unter Berücksichtigung von Organ- und Funktionsdiagnosen, sowie vom Bedarf an enger Kooperation mit anderen medizinischen Fachabteilungen werden die Patienten in unseren eigenen Ambulanzen oder im extramuralem Bereich betreut.

Um Doppeluntersuchungen und therapeutische Redundanzen zu vermeiden, erhält der Patient einen Abschlussbericht mit detaillierten Befunden.

Die ambulanten Patienten des Institutes rekrutieren sich aus den Stationen des Hauses (Nachbehandlung nach stationärem Aufenthalt), den Zuweisungen aus allen Ambulanzen des Hauses oder wenn eine entsprechende Diagnostik und Therapie in notwendiger Qualität und zumutbarer Distanz nicht gewährt werden kann.

### 3.4. Dokumentation

Die Dokumentation erfolgt nach den gesetzlichen Anforderungen des Wiener Krankenanstaltengesetzes.

Die Dokumentation dient der Erfassung medizinischer Daten und Befunde der Patienten, sowie der diagnostischen und therapeutischen Leistungen, die zu Outcome-Measurement und Qualitätssicherung

herangezogen werden. Die Basis sind ICD 10 und ICF. International anerkannte Scores und Skalen werden in die Evaluation eingearbeitet und können in Abhängigkeit von der klinischen Diagnose zum Staging und zur Verlaufskontrolle herangezogen werden.

Im Sinne des Benchmarkings werden fachspezifisch verbindliche Empfehlungen für den Einsatz spezieller Scores für definierte Krankheitsbilder durch diese Arbeitsgruppe festgelegt werden.

Gleichzeitig werden die Leistungsdaten aller MitarbeiterInnen, sowie die Geräte- und Raumauslastung dokumentiert. Sie sind die Basis für den optimalen Ressourceneinsatz und Kostenberechnung.

Eine Vereinheitlichung des Leistungskataloges ist in Absprache aller Zentralinstitute zu erarbeiten. Die Adaptierung an medizinische und technische Weiterentwicklung soll in jährlichen Sitzungen möglich sein. Der zur Zeit verwendete Katalog 36 deckt das Leistungsangebot nicht ab und kann daher für Berechnungen und Planungen nicht herangezogen werden.

Ein dafür noch zu entwickelndes EDV-Programm soll die Möglichkeit der Dokumentation im Sinne des ICD 10, ICF sowie der Scores beinhalten, aber auch eine Schnittstelle zu zentralen Dokumentationssystemen enthalten. Dadurch soll die Kommunikation mit den anderen Abteilungen des Hauses erleichtert, sowie belastende und kostenintensive Doppeluntersuchungen vermieden werden. Die Kommunikation und der Datenaustausch mit den anderen Instituten für Physikalische Medizin und Rehabilitation der TU 1 sollte möglich sein und die Betreuung der Patienten in längeren Zeiträumen nachvollziehbar dokumentieren.

Die erhobenen Daten stellen die Basis für Qualitätsmanagement und wissenschaftliche Begleitforschung dar.

### 3.5. Personalmanagement

#### Bedarfsplanung

Durch die rasanten Fortschritte der Medizin, beispielsweise durch die Verbesserung der medizinischen Versorgung schwerst Traumatisierter und der Erstversorgung nach Schlaganfall, bei gleichzeitig neuen Operationsmethoden steigt der Bedarf an komplexer Therapie und Frührehabilitation mit entsprechendem Personalbedarf in intensiver Zusammenarbeit mit der erstversorgenden Abteilung. Einerseits steigt die Zahl der chronisch Kranken mit wiederholten Spitalsaufenthalten, andererseits nimmt der Bedarf an physika-

lisch-therapeutischen Interventionen durch minimal-invasiv chirurgische Eingriffe ab(12).

Diese Entwicklung stellt eine besondere Herausforderung für die Institute für Physikalische Medizin und Rehabilitation dar.

Die Berechnung des Personalbedarfes erfolgt mittels der gängigen Kennzahlen. Unter Berücksichtigung der vorhandenen Personalressourcen und bei gleichzeitig steigendem therapeutischen Anforderungen muss eine Triage der behandlungswürdigen Patienten im Sinne von gate keeping durchgeführt werden. Dies erfordert eine flexible, zum Teil fächerübergreifende Zuteilung der MitarbeiterInnen.

An Abteilungen, an welchen die meisten Patienten behandelt werden müssen, muss auf eine entsprechende Personaldichte geachtet werden. Hier sind vor allem Abteilungen für Unfallchirurgie, für Neurologie mit rehabilitativem Schwerpunkt oder für Akutgeriatrie und Remobilisation zu nennen.

### 3.6. Personaleinsatz

#### Verwaltungspersonal

Um einen reibungslosen Ablauf im Institutsbereich zu koordinieren ist zentrales Schalterpersonal sowie eine einheitliche EDV gestützte Administration und Dokumentation unbedingt erforderlich. Dies umfasst auch die Erstellung von Einsatzpläne für die MitarbeiterInnen, sowie die Terminvergabe für die PatientInnen. Dem Schalter obliegt unter anderem die Organisation der hausinternen und externen Transportdienste.

Das Sekretariat unterstützt bei administrativen Tätigkeiten, der Verwaltung des Institutes und schreibt unter anderem nach Diktat Befunde, Patientenbriefe und nimmt nach Anweisung Kontakt mit weiterführenden Institutionen auf. Die Abrechnung der Kranken- und Zuweisungsscheine nimmt einen wichtigen Stellenwert ein.

#### Medizinisches Personal

Der optimale Einsatz von Ärzten, Psychologen, MTDs und SHDs erfolgt entsprechend ihres Berufsbildes, ihrer Zusatzausbildungen, Eignungen und Belastbarkeiten. Die Patientenbetreuung erfolgt durch multi-professionelle Teams, die von den ÄrztInnen des Zentralinstitutes geführt werden. Entsprechend ihres Haupteinsatzes werden unterschiedliche Spezialisierungen stattfinden. Die Mitarbeiterentwicklung und Fortbildung wird auf diese speziellen Anforderungen Rücksicht nehmen.

Therapeuten, die vorrangig auf weniger spezialisierten Abteilungen und/oder im Ambulanzbereich arbeiten,

benötigen eine breite Ausbildung, die sich an den neuesten Entwicklungen orientiert. Deshalb kann auch in diesem Bereich nicht auf Fortbildungen verzichtet werden. Das breite Wissen ermöglicht den flexiblen Personalersatz bei Krankenständen und in Urlaubsphasen.

Das Zentralinstitut gibt den MitarbeiterInnen die Möglichkeit ohne administrativen Aufwand das Hauptaufgabengebiet zu wechseln und sich in ein neues Team zu integrieren. Durch die horizontale Wissensweitergabe nach Kursen und Fortbildung ist eine breite Information über neueste Entwicklungen und Trends im Fach gewährleistet. Neue Interessen können geweckt und entsprechend der Teamentwicklung gefördert werden.

Mit der Zunahme der invasiven diagnostischen und therapeutischen Interventionen, sowie der frührehabilitativen Aufgaben ist die Mitarbeit durch dGuKS erforderlich.

Im Rahmen der tagesklinischen Frührehabilitation sind Pflegepersonen bereits Mitglieder des therapeutischen Teams.

#### Ausbildung und Lehre

Die Zentralinstitute der TU 1 sind Ausbildungsstätten für das Sonderfach Physikalische Medizin. Die Ausbildung dauert im Hauptfach 4 Jahre. Es werden die Inhalte entsprechend dem Ausbildungskatalog der Ärzteausbildung vermittelt. Dafür ist eine entsprechende Personal- und Geräteausstattung Voraussetzung.

Nur durch die enge Zusammenarbeit mit allen Abteilungen des Hauses kann diese breite und letztlich für das weitere Berufsleben entscheidende Ausbildung des Facharztes für Physikalische Medizin gewährleistet werden. Ihre Kompetenz führt später zu einer Entlastung des intramuralen Sektors.

ÄrztInnen in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin wird eine dreimonatige Tätigkeit im Zentralinstitut für PMR angerechnet.

Mit der Entwicklung des neuen Medizincurriculums wird auch die Lehre für MedizinstudentInnen angeboten werden müssen.

Den Zentralinstituten der TU 1 kommt eine zentrale Rolle in der praktischen Ausbildung der StudentInnen der Akademien für den Physiotherapeutischen Dienst, den Ergotherapeutischen Dienst, sowie Logopädie und der SchülerInnen der Schule für den Medizinisch Technischen Fachdienst zu. Um eine vergleichbare

und vielfältige Ausbildung in den Häusern zu garantieren, sollte die Zuteilung zu den jeweiligen Praktika über das Zentralinstitut erfolgen. Dies sichert eine einheitliche Einschulung und Evaluierung entsprechend den Anforderungen an die PraktikumsleiterInnen und eine flexible Betreuung bei Fehlzeiten im Praktikumsbereich.

### 3.7. Räumliche und technische Ausstattung

Die räumliche Ausstattung des Zentralinstitutes entspricht dem Standard des Planungshandbuchs für Krankenhäuser und Pflegeheime der Stadt Wien(13). Darüber hinaus muss zwischenzeitlich eingetretenen Entwicklungen, wie zum Beispiel in der Frührehabilitation Raum gegeben werden.

Die Geräteausstattung sollte den Standards, wie durch die Fachgesellschaften(14) und durch die gesetzliche Vorschriften zur Ausbildung der Therapeuten und zum Facharzt definiert, entsprechen.

### 3.8. Qualitätsmanagement

Zentralinstitute für PMR arbeiten nach Evidenzbasierten internationalen Standards und Guidelines. Die Vorstände der Zentralinstitute werden in Zukunft auch wesentlich zur Erarbeitung von Standards beitragen. Durch die geplante EDV-Vernetzung der Zentralinstitute des Wiener Krankenanstaltenverbundes werden Multicenterdaten erhebbar und auswertbar sein.

Diagnosebezogene Betreuungspfade, sowie Assessment-bezogene Therapiepfade sollen gemeinsam für die Mitarbeiter der Institute für PMR Basis für das tägliche Handeln werden. Internationale Standards werden reflektiert und entsprechend dem Wiener Krankenanstaltengesetz und den ethischen Konzepten des Wiener KAV ausgearbeitet und umgesetzt werden.

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität werden zukünftig an Hand von definierten Kennzahlen bewertet und somit als Steuerinstrument eingesetzt. Im Sinne der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung können diese Kennzahlen als Benchmarks sowohl innerhalb als auch außerhalb des KAV genutzt werden.

Diverse Selbstbewertungs- und Zertifizierungsverfahren werden auf ihre Anwendbarkeit in unserem Fachbereich geprüft.

### 3.9. Zukunftsperspektiven

Die Zentralinstitute für Physikalische Medizin und Rehabilitation werden in Ergänzung zu den anderen Abteilungen der Krankenanstalten der TU 1 an Bedeutung gewinnen.

Durch die Integration von großem Fachwissen über Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, therapeutische Prozesse, medizinische Trainingslehre, vor allem aber über biopsychosoziale Faktoren (Aktivität, Partizipation und Kontextfaktoren) ist der Facharzt für Physikalische Medizin Partner im komplexen Patientenmanagement.(15)

Mit der Schaffung neuer Finanzierungsmodelle wird der Druck auf die Liegedauer weiter steigen und das zeitgerechte Entlassungsmanagement an Bedeutung gewinnen. Die Schnittstelle zwischen intra- und extramuraler medizinisch-therapeutischer Betreuung wird durch enge Kooperation mit den übrigen Vertragspartnern zu einer Nahtstelle umgewandelt. Der Patient erhält bei der Entlassung Beratung und Information über Hilfsmittel und Heilbehelfe, die ihm das selbständige Leben in der gewohnten Umgebung ermöglichen. Die abgestufte Rehabilitation muss bereits in der Akutabteilung initiiert werden um Sekundärschäden zu verhindern und einen harmonischen Übergang zu weiterführenden Rehabilitationseinrichtungen zu ermöglichen.

Das physikalisch-medizinische Assessment im Rahmen des Zentralinstitutes ermöglicht nicht nur die Triage und Schwerpunktsetzung, sondern ermöglicht auch einen optimalen Ressourceneinsatz. Kostspielige Therapiegeräte können von Patienten aller Abteilungen genutzt werden.

Bei Transferierung eines Patienten im Haus kann die Kontinuität der therapeutisch-rehabilitativen Behandlung gehalten werden.

Nur durch die Organisationsform, wie sie das Zentralinstitut darstellt, kann eine hohe medizinische Qualität, ein optimaler Ressourceneinsatz und eine differenzierte Ausbildung aller Mitarbeiter und Studierenden gewährleistet werden.

In diesem Sinne müssen über die bereits bestehenden Zentralinstitute für Physikalische Medizin und Rehabilitation hinaus in allen Schwerpunkt- und Standardkrankenhäusern, sowie in ausgewählten Sonderkrankenanstalten solche Institute implementiert werden.

### Literatur

- 1.) Stucki G, Stier-Jarmer-M; Gadomski-M, Berleth-B, Smolenski UC. Konzept zur indikationsübergreifenden Frührehabilitation im Akutkrankenhaus. Phys-Med-Rehab-Kuror 2002; 12: 134-145
- 2.) Stucki-G; Stier-Jarmer-M; Berleth-B; Gadomski-M. Indikationsübergreifende Frührehabilitation. Phys Med- Rehab- Kuror 2002; 12(3): 146-156
- 3.) [www.mayoclinic.org/physicalmedicine-rst/](http://www.mayoclinic.org/physicalmedicine-rst/);

- 
- 4.) Mount Sinai Medical Center: [www.mssm.edu/rehab](http://www.mssm.edu/rehab), John Hopkins University:
- 5.) Deimer E: Chronik der Allgemeinen Poliklinik. Göschl, Wien 1989
- 6.) Kowarschik J: Physikalische Therapie. Springer Verlag, Wien 1948
- 7.) Günther R, Jantsch H: Physikalische Medizin. Springer Verlag, Berlin Heidelberg New York 1982
- 8.) Dienstvorschriften für die Bediensteten der Wiener städtischen Kranken- und Wohlfahrtsanstalten (MA17 – 61/77/P)
- 9.) ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) , WHO, Geneva 2001, Original ICF:
- 10.) DeLisa J.E: Rehabilitation Medicine- Principles and Practice, J B Lippincott Co, 1998
- 11.) Braddom RL et al: Physical Medicine and Rehabilitation. W. B. Saunders 1996
- 12.) Gadomski M: Bedarf an Frührehabilitation im Akutkrankenhaus- Möglichkeiten und Strukturen. Phys Med Rehab Kuror 1996; 6:139- 140,
- 13.) Wiener Krankenanstaltenverbund Planungshandbuch für Krankenhäuser und Pflegeheime.1997
- 14.) Ammer K, Bochsansky T, Prager Ch. et al. Personelle, räumliche und apparative Ausstattung von Abteilungen für Physikalische Medizin und Rehabilitation an österreichischen Krankenanstalten, ÖZPMR, Österr Z Phys Med Rehabil 1997; 7:52-61
- 15.) Stucki G, Ewert T, Cieza A. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine Disabil Rehabil. 2002; 24(17): 932-8

Kontaktadresse für die Autoren

Prim Dr. Christine Prager

Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation,  
Sozialmedizinisches Zentrum Ost - Donauespital,  
Langobardenstr 122, 1220 Wien