

Ergebnisse der Mitgliederbefragung zur künftigen Entwicklung des Faches Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation

K.Ammer ¹, G. Ebenbichler ²

¹ Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Hanuschkrankenhaus, 1140 Wien

² Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Medizinische Universität, 1090 Wien

ZUSAMMENFASSUNG

Bei einer Mitgliederbefragung des Berufsverbandes Österreichischer Fachärzte für Physikalische Medizin und Rehabilitation zur Entwicklung des Faches Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation wurden 31 von 120 Fragebögen zurückgesandt. Von 7 Fragen zu den Themen Weißbuch für Physikalische Medizin & Rehabilitation, ICF-Klassifikation, Kompetenz des Facharztes für PMR, Teilnahme an einer Tagung zu Zukunftsperspektiven, Bettenstation, Nachtdienst, Fortbildungsveranstaltungen und verbesserte Honorierung der diagnostischen Leistungen fand sich die größte Zustimmung zur Bereitschaft Nachtdienst zu leisten und zu vermehrten Aktivitäten die diagnostischen Leistungen des Facharztes besser zu honorieren. Die größte Ablehnung wurde auf die Frage nach der Bedarfsorientiertheit der Fortbildungsangebote beobachtet. Mit der ICF-Klassifizierung sind die Befragten eher vertraut, gegenüber dem Weißbuch gibt es eine unentschiedene Haltung. An einer Arbeitstagung über Zukunftsperspektiven wollen die Ärzte eher mitarbeiten, die Zustimmung zur Kompetenz des Facharztes hat nur mehr eine geringe Zustimmung. Die Fragen wurden in Abhängigkeit vom Berufsprofil (leitender Arzt, nachgeordnete Facharzt, Arzt in Ausbildung, Institutsbesitzer) und der Dauer der Tätigkeit als Facharzt für PMR unterschiedlich beantwortet,

SUMMARY

A questionnaire on the future development of the medical speciality Physical Medicine and General Rehabilitation was circulated to members of the Professional Association of Austrian Consultants for Physical Medicine and Rehabilitation, and 31 of 120 questionnaires were returned. Of 7 questions/statements related to the White-Book of Physical Medicine & Rehabilitation, the ICF-Classifikation, the competence of the medical specialist for PMR, the willingness to participate in a conference on future perspectives, readiness for night duties on a ward and increased lobbying for the reimbursement of diagnostic services of the PMR consultant, night duties and reimbursement of diagnostics achieved the highest agreement. The highest rejection rate was observed for the appropriateness of continuous medical education. The participants of the query stated that they are quite familiar with ICF-classification, but were rather uncertain on the whitebook of PMR. The PMR physicians are rather willing to participate in a workshop on future perspectives. There was only little agreement on the competence of the PMR consultant. The answers to the Question varied with respect to the professional profile (medical director, consultant, in training for PMR specialist, owner of an out patient clinic) and the duration of working as consultant for PMR.

Einleitung

Im Vorjahr hat G.Ebenbichler im Namen des Vorstandes des Berufsverbandes Österreichischer Fachärzte für Physikalische Medizin und Rehabilitation (BÖPMR) sieben Fragen an die Mitglieder gestellt, um deren Meinung zu künftigen Entwicklungen des medizinischen Sonderfaches "Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation" kennen zu lernen [1].

Methode

Zu den folgenden Themen

- Weißbuch für Physikalische Medizin & Rehabilitation

- ICF-Klassifikation
- Kompetenz des Facharztes für PMR
- Teilnahme an einer Tagung zu Zukunftsperspektiven
- Bettenstation, Nachtdienst
- Fortbildungsveranstaltungen
- verbesserte Honorierung der diagnostischen Leistungen und des Behandlungsmanagements durch den Facharzt für PMR

wurden Fragen gestellt. Die Zustimmung bzw Ablehnung erfolgte mittels einer 11-teiligen graduierten Analogskala, wobei eine volle Zustimmung durch "ja"

bzw."1 -2" und die Ablehnung mit "nein" bzw."10-11" kodiert werden konnten. Die Ziffern "3 - 4" entsprachen einer zaghaften Zustimmung "eher ja". Eine unentschiedene Position war mit "5-7" angegeben und eine zaghafte Ablehnung "eher nein" war mit den Ziffern 8-9 zu bezeichnen. Eine ähnliche Methode der Quantifizierung von Zustimmung bzw. Ablehnung ist in der psychologischen Forschung, aber auch im Nachweis von wirksamen Therapien üblich [2].

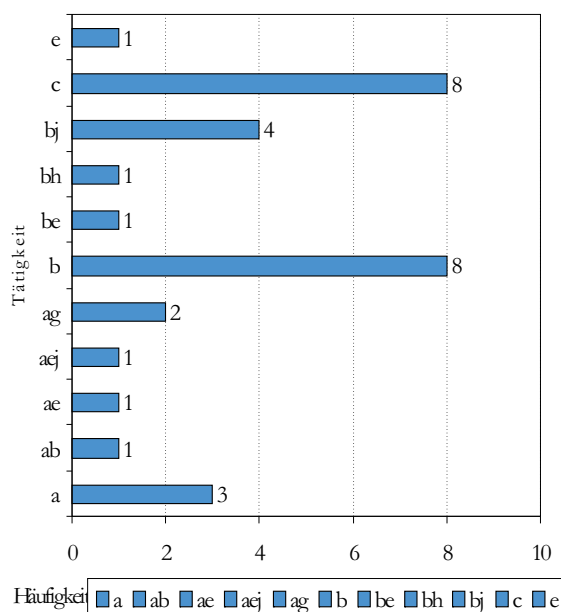
Die achte Frage des Erhebungsbogens versuchte das berufliche Tätigkeitsprofil der Befragten Mitglieder zu erfassen. Schließlich war es als letzter Punkt möglich, im Freitext weitere Wünsche und Anregungen zu formulieren.

Der Fragebogen wurde in der Österreichischen Zeitschrift für Physikalische Medizin und Rehabilitation (ÖZPMR) abgedruckt, im Herbst nochmals als loser Fragebogen an die 120 Mitglieder des BÖPMR versandt

Auswertung

Die Fragebögen wurden deskriptiv statistisch bearbeitet, wobei der Median, Minimal- und Maximalwerte der Analogskalen bestimmt wurden. Die Häufigkeit der Angaben in den Berufsprofilen wurden erstellt und eine explorative Auswertung in Abhängigkeit von bestimmten Arztprofilen und der Dauer bis zum Pensionsantritt durchgeführt. Alle Berechnungen wurden mit dem Programm SPSS 10.0 für Windows durchgeführt.

Abbildung 1
Häufigkeiten des Tätigkeitsprofils



Ergebnisse

Von 120 Mitgliedern sendeten 31 Personen einen ausgefüllten Fragebogen zurück; das entspricht einer Rücklaufquote von 25,8%.

Tätigkeitsprofil

Folgendes berufliche Tätigkeitsprofil wurde erfragt

- Angestellter Facharzt, Vorstand einer Abteilung
- Angestellter Facharzt, nachgeordnet
- In Ausbildung
- Niedergelassener Facharzt mit Kassenverträge
- Inhaber einer privaten Krankenanstalt in der Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums für physikalische Therapie (Institut)
- angestellter Facharzt in einer privaten Krankenanstalt in der Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums für physikalische Therapie
- Niedergelassener Facharzt ohne Kassenvertrag
- Vertrete gelegentlich in einer Facharztordination bzw. Institut
- Freelancer – lebe von Ordination/-Institutsvertretungen
- Habe die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin absolviert

Insgesamt fanden sich 11 verschiedene Kombinationen der möglichen Berufstätigkeit. Für die explorative Auswertung wurden die Angaben in vier Gruppen a: Angestellter Facharzt, Vorstand einer Abteilung b: Angestellter Facharzt, nachgeordnet c: In Ausbildung e: Inhaber einer privaten Krankenanstalt zusammengefasst. Die Verteilung der Antworten ist in Abbildung 1 dargestellt. Bemerkenswert ist dabei, dass sich kein einziger niedergelassener Facharzt mit Kassenvertrag in der befragten Gruppe findet. Zwei leitende angestellte Ärzte führen eine Facharztordination ohne Kassenvertrag. Nur ein angestellter Facharzt vertritt zusätzlich gelegentlich in einer Facharztordination.

5 der angestellten Fachärzte hatten auch eine Ausbildung zum Allgemeinmediziner absolviert, wobei die Zahl der nachgeordneten Ärzte jene der leitenden Ärzte im Verhältnis 5:1 überwiegt.

19,4% (=6 Personen) leiten eine Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation, 41,9% (= 13 Personen) sind Fachärzte in nachgeordneter Position und 8 Befragte (=25,8%) sich in Facharztausbildung. Die verbleibenden 4 Ärzte besitzen eine private Kranken-

Abbildung 2
Tätigkeit und Dauer der Berufstätigkeit

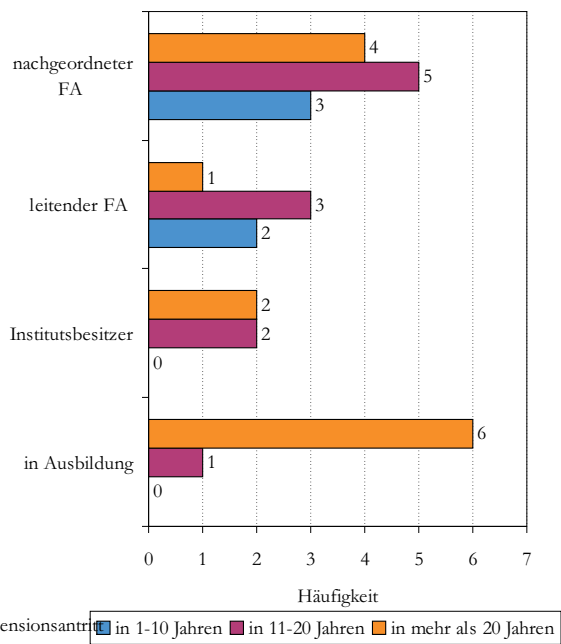


Abbildung 3A
Vertrautheit mit dem Weißbuch in Abhängigkeit von der Berufstätigkeit

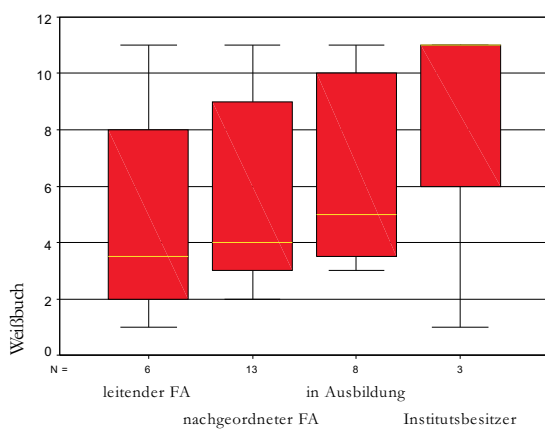
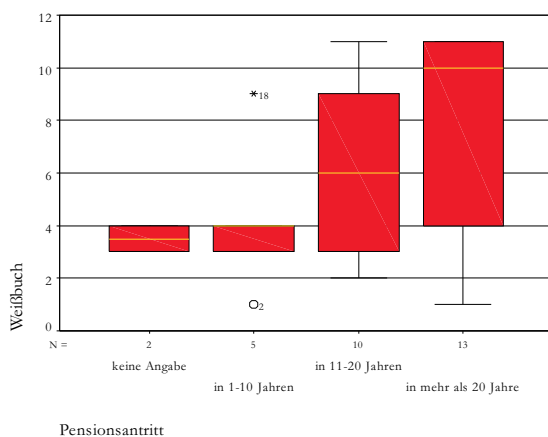


Abbildung 3A
Vertrautheit mit dem Weißbuch in Abhängigkeit von der Dauer der Berufstätigkeit



anstalt in der Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums für physikalische Therapie (Institut), wobei drei angestellte Ärzte (2 leitende Ärzte und 1 nachgeordneter Arzt) diese Tätigkeit wahrnehmen.

Dauer der Berufsausübung bis zur Pension

Hier waren folgende Antwortmöglichkeiten gegeben

- 1 Bin schon in Pension
- 2 In 1-10 Jahren
- 3 In 11-20 Jahren
- 4 In mehr als 20 Jahren

Diese Frage wurde 29mal beantwortet. Es fand sich keiner der Teilnehmer an der Befragung bereits in Pension. 17,2% (=5 Personen) hatten noch eine Berufstätigkeit von 1 bis 10 Jahren vor sich, 37,9% (=11 Personen) werden in 11-20 Jahren in Pension gehen. Die restlichen 44,2% (=13 Personen) werden länger als 20 Jahre berufstätig bleiben. Abbildung 2 gibt die Verteilung der Berufstätigkeit in Abhängigkeit des Alters wieder.

Zustimmung zu den einzelnen Fragen

Frage 1

Sind Sie mit dem Weißbuch für Physikalische Medizin und Rehabilitation vertraut?

Die deutschsprachige Übersetzung wurde erstmals im Februar 1994 in der ÖZPM [3], und die Neufassung im Juli 2002 [4] und eine Überarbeitung im August 2006 [5] in der Zeitschrift Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin publiziert.

Der Mittelwert betrug $6,1 \pm 3,6$ (95% Vertrauensbereich 4,8 bis 7,4), der Median lag bei 4, die Extremwerte bewegten sich zwischen 1 und 11. Damit ist die Vertrautheit mit dem Weißbuch mit einem schwachen "eher ja" beantwortet.

Die Aufschlüsselung nach der Tätigkeit (Abbildung 3A) fand die deutlichste Zustimmung bei den leitenden Fachärzten (Median=2,5), vor den nachgeordneten Fachärzten (Median=4,0) und den Ärzten in Ausbildung (Median=5). Die geringste Vertrautheit mit dem Weißbuch wurde von Institutsbesitzern angegeben (Median=11).

Hinsichtlich der Dauer der Berufstätigkeit ist eine deutlicher Vertrautheit mit dem Weißbuch bei den älteren Fachärzten feststellbar. Der Median beträgt "4" bei Ärzten, die 1-10 Jahre vor der Pension stehen. In der nächsten Altersdekade liegt der Medianwert bei 6, was einer unentschiedenen Meinung entspricht. Hin-

gegen zeigen sich die jüngsten der befragten Ärzte mit dem Weißbuch nicht vertraut (Median=10).

Frage 2

Sind Sie mit dem Rahmenwerk und dem Wesen der ICF Klassifizierung vertraut?

Der Mittelwert betrug $3,3 \pm 2,3$ (95% Vertrauensbereich 2,5 bis 4,2), der Median lag bei 3, die Extremwerte bewegten sich zwischen 1 und 10. Damit erklären die Teilnehmer an der Befragung mit einem starken "eher ja", mit der ICF-Klassifizierung vertraut zu sein.

Abbildung 4A
Vertrautheit mit der ICF-Klassifikation in Abhängigkeit von der Berufstätigkeit

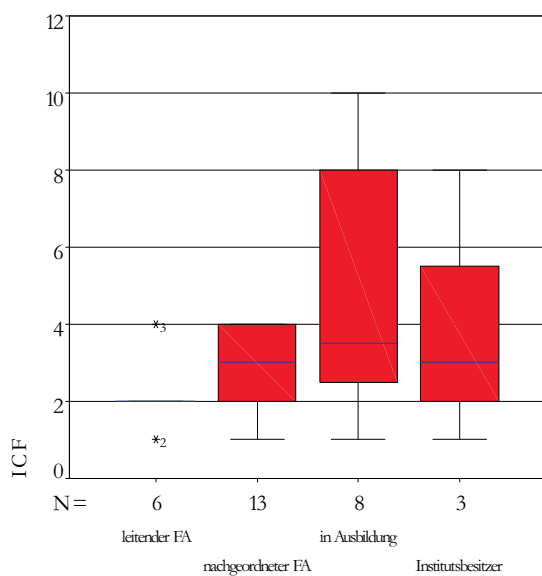
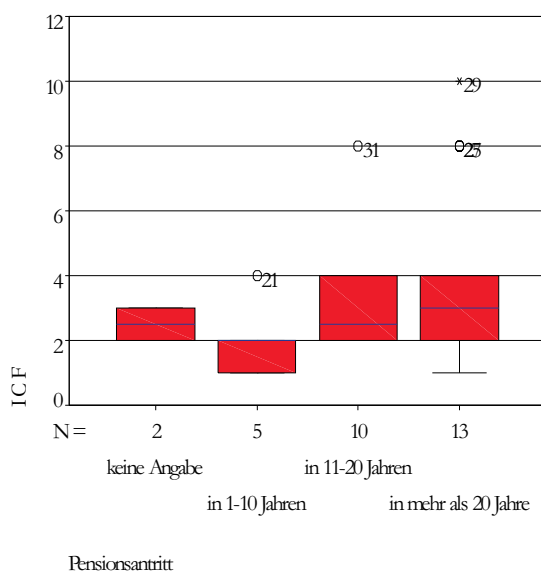


Abbildung 4B
Vertrautheit mit der ICF-Klassifikation in Abhängigkeit von der Dauer der Berufstätigkeit



Bei Aufschlüsselung nach der Tätigkeit fand sich nur geringe Unterschiede im Bekanntheitsgrad des ICF (Abbildung 4A) zwischen leitenden Fachärzten (Median=2), nachgeordneten Fach (Median=3), Institutsbesitzern (Median:3) und Ärzten in Ausbildung (Median=3,5).

Auch bei der Analyse nach Dauer der Berufstätigkeit finden sich nur kleine Unterschiede in der Bekanntheit der ICF. Sowie beim Weißbuch sind Fachärzte, die kurz vor der Pension stehen mit der Klassifikation

Abbildung 5A
Zustimmung zum Selbstbildnis in Abhängigkeit von der Berufstätigkeit

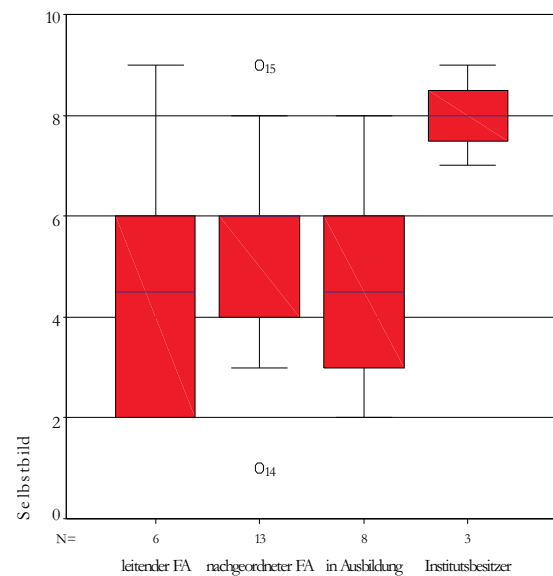
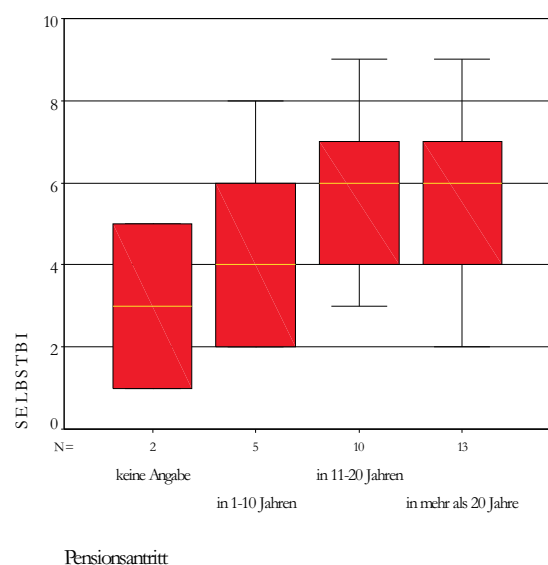


Abbildung 5B
Zustimmung zum Selbstbildnis in Abhängigkeit von der Dauer der Berufstätigkeit



funktionaler Gesundheit besser vertraut als jüngere Befragte (Abbildung 4A).

Frage 3

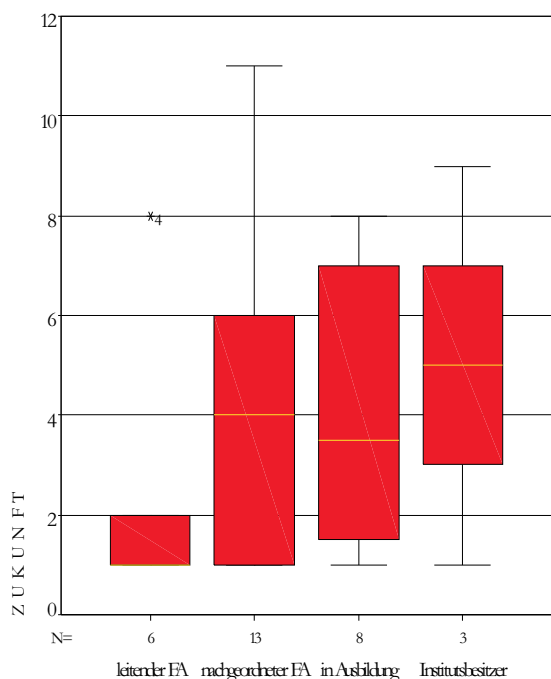
Das Selbstbild des Facharztes für PMR hat sich vom Spezialisten für physikalisch medizinische Diagnostik und physikalische Behandlungsmethoden hin zu einem Facharzt für die Diagnostik und die Behandlung der beeinträchtigten funktionalen Gesundheit entwickelt. Sind Sie der Meinung, dass die österreichischen Fachärzte für PM&R derzeit voll kompetent sind, die notwendigen Aufgaben im Bereiche des Managements von Gesundheitsstörungen eines Patienten umfassend abzudecken?

Der Mittelwert betrug $5,3 \pm 2,3$ (95% Vertrauensbereich 4,4 bis 6,1), der Median lag bei 6, die Extremwerte bewegten sich zwischen 1 und 9. Insgesamt findet sich weder Zustimmung noch Ablehnung zu dieser Frage.

Die Aufschlüsselung nach der Tätigkeit (Abbildung 5A) fand eine sehr schwache Zustimmung zur Frage bei den leitenden Fachärzten und den Ärzten in Ausbildung (Median jeweils= 4,5). Nachgeordneten Fachärzte haben eine unentschiedene Haltung zum definierten Selbstbildnis (Median= 6,0; während Institutsbesitzer dieser Beschreibung des Facharztes eher ablehnend gegenüber stehen. (Median=8).

Abbildung 6A

Zustimmung zur Teilnahme an einer Tagung zum Erarbeiten von Zukunftsperspektiven in Abhängigkeit von der Berufstätigkeit



Fachärzte, die schon lange diesen Beruf ausüben (Median 4,5), stimmen dem Selbstbild eher zu als Ärzte, die 11 oder mehr Jahre vor der Pension stehen (Median jeweils 6). (Abbildung 5B)

Frage 4

Derzeit werden von Fachärzten für Physikalische Medizin und Rehabilitation unterschiedliche Zukunftsperspektiven genannt. Diese reichen von einem Facharzt für Physiotherapie über den Facharzt für Muskel, Neuer-Ortho-Rheumatologie bis zum Facharzt für Rehabilitationsmedizin.

Würden Sie in der Erarbeitung von Zukunftsperspektiven für unser Fach im Rahmen einer Teilnahme an einer zweitägigen Tagung mitarbeiten wollen?

Die Bereitschaft an einer Tagung zur Erarbeitung von Zukunftsperspektiven mitzuarbeiten, erzielte einen Mittelwert von $4,1 \pm 3,1$ (95% Vertrauensbereich 2,8 bis 5,2), der Median lag bei 3,5, die Extremwerte bewegten sich zwischen 1 und 11. Damit haben die Befragten diese Frage mit einem schwachen "eher ja" beantwortet.

Die höchste Bereitschaft zur Mitarbeit findet sich bei den leitenden Fachärzten (Median=1). Die Medianwerte der drei anderen Gruppen streuen um einen mittleren Medianwert von 4 (Ärzte in Ausbildung: Median=3,5, nachgeordnete Fachärzte: Median=4,0, Institutsbesitzer: Median:5) (Abbildung 6A). Ältere Fachärzte zeigen die größte Bereitschaft zur Mitarbeit (Me-

Abbildung 6B

Zustimmung zur Teilnahme an einer Tagung zum Erarbeiten von Zukunftsperspektiven in Abhängigkeit von der Dauer der Berufstätigkeit

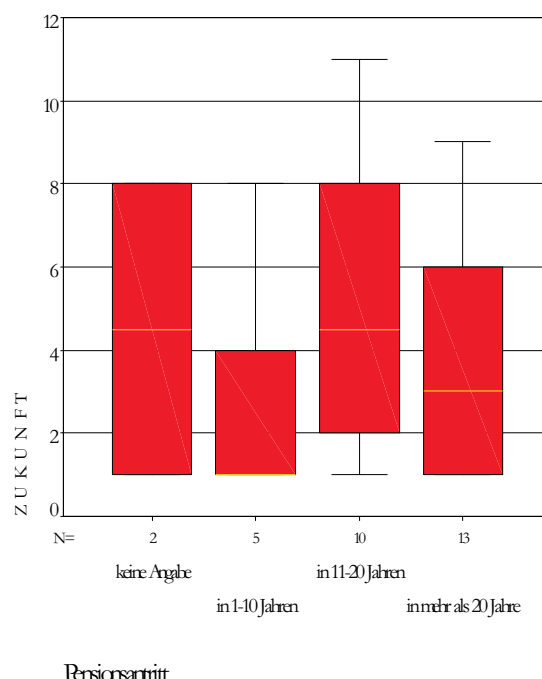
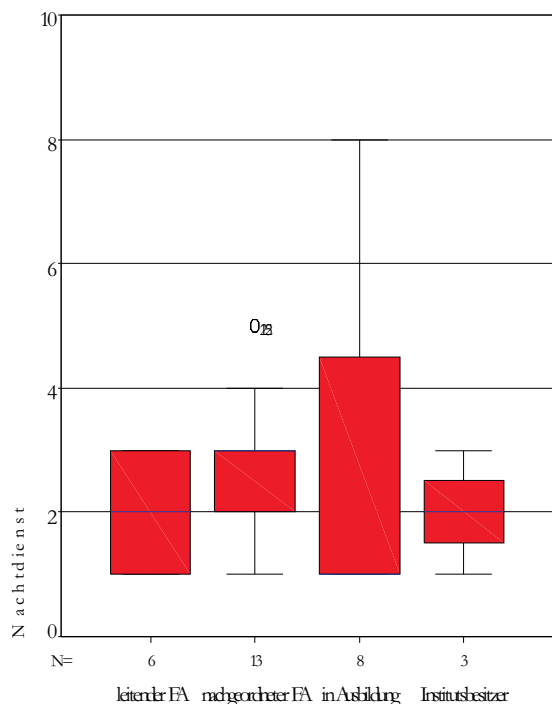


Abbildung 7A
Zustimmung zur Nachtdienstleistung in Abhängigkeit von der Berufstätigkeit



dian=1), gefolgt von den jungen Ärzten (Median=3) und jenen Fachärzten, die noch 11 bis 20 Jahre im Beruf tätig sein werden (Median= 4,5).

Frage 5

In Österreich besteht ein Bedarf an Frührehabilitations- und Remobilisationsabteilungen in Akutkrankenhäusern. Zukünftig wird auch das Recht auf ambulante Rehabilitation von den Patienten eingefordert werden. Abteilungen für PMR könnten mit Bettenstationen sowie tagesklinischen Rehabilitationseinrichtungen diese Aufgabe in der Patientenversorgung wahrnehmen. Diese Aufgabe wäre zwar mit einer Kompetenzaufwertung des Facharztes für PMR verbunden, würde aber auch gleichzeitig einen vermehrten persönlichen Aufwand bedeuten (Nachtdienste, Erweiterung von FA Kompetenzen).

Wären Sie bereit sich diesen Anforderungen zu stellen und diese Bemühungen aktiv mit zu tragen
Mittelwert der Bereitschaft Nachtdienste zu leisten betrug $2,5 \pm 1,7$ (95% Vertrauensbereich 1,9 bis 3,1), der Median lag bei 2, die Extremwerte bewegten sich zwischen 1 und 8. Die Beantwortung dieser Frage erzielte (gemeinsam mit der Frage zum Stellenwert der Diagnostik) mit einem leicht abgeschwächten "ja" die höchste Zustimmung.

Die höchste Bereitschaft für Nachtdienste findet sich bei Ärzten in Ausbildung (Median=1), gefolgt von lei-

Abbildung 8A
Zustimmung zu den Möglichkeiten der Weiterbildung in Abhängigkeit von der Berufstätigkeit

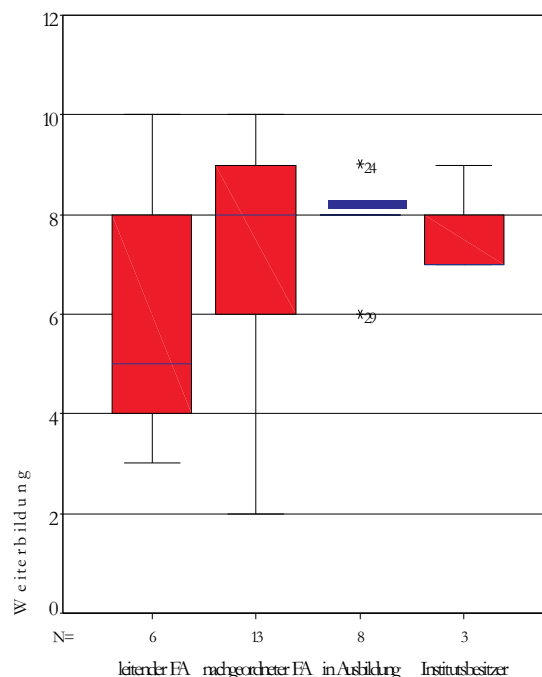
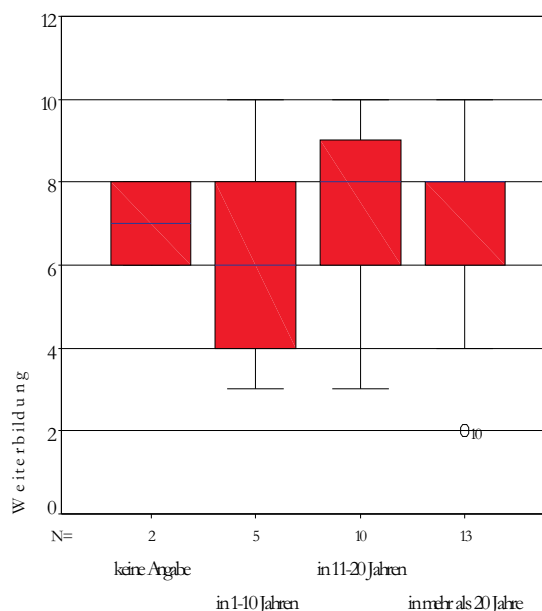


Abbildung 8B
Zustimmung zu den Möglichkeiten der Weiterbildung in Abhängigkeit von der Dauer der Berufstätigkeit



Pensionsantritt

tenden Fachärzten und Institutsbesitzern (Median jeweils=2) Nachgeordnete Fachärzte (Median=3) stimmen einer Nachtdienstleistung nur mit "ehe ja" zu (Abbildung 7A). Ärzte, die in 1 bis 20 Jahren in Pension gehen werden, erzielten einen Medianwert von 2, alle

anderen boten eine mediane Zustimmung von 3, was einem deutlichen "eher ja" entspricht.

Frage 6

Es werden verschiedene Aus-, Fort- und Weiterbildungen im Bereich der PMR angeboten. Die Fort- und Weiterbildung wurde von der ÖÄK als Verpflichtung festgelegt. Trotzdem werden einige PMR spezifische Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen nicht gut besucht.

Sind Sie der Meinung, dass das derzeitige Fort- und Weiterbildungsangebot für den FA für PMR und alle angehenden FA bedarfsorientiert und ausreichend ist?

Mit einem Mittelwert von $7,0 \pm 2,2$ (95% Vertrauensbereich 6,1 bis 7,8), einem Median von 8 und Extremwerte zwischen 2 und 10 wurde die geringste Zustimmung von allen Fragen erzielt. Der Median entspricht einer Ablehnung im Sinne eines schwachen "eher nein."

Leitende Fachärzte haben gegenüber dem Weiterbildungsangebot eine zustimmend unentschiedene Haltung (Median=5), Institutsbesitzer zeigen eine ablehnend unentschiedene Position (Median=7), nachgeordnete Fachärzte und Ärzte in Ausbildung beurteilen die Weiterbildungsangebote mit einem schwachen "eher nein" (Abbildung 7A).

Die Medianwerte der Antworten zur Weiterbildung unterscheiden sich in der Gruppe mit den älteren Fachärzten (Median=7) von den jüngeren Fachärzten und den Ärzten in Ausbildung um 1 Punkt (Median jeweils=8). (Abbildung 7B).

Frage 7

Derzeit gibt es etwa 260 Fachärzte für PMR. Nur ein kleiner Teil dieser FA ist ausschließlich im Niedergelassenenbereich existenzfähig. Eine optimale PMR Versorgung durch den Facharzt für Physikalische Medizin kommt mit dem bevorstehenden Umbau des Gesundheitssystem zunehmend unter Druck. Die Durchführung und die Abrechenbarkeit von physikalischen Therapien ist nicht auf das Fachgebiet der PMR beschränkt.

Soll sich der BÖ PMR zukünftig vor allem dafür einsetzen, dass die diagnostischen Leistungen zur Abklärung funktionaler Gesundheitsstörungen durch den Facharzt und das Behandlungsmanagement (Verordnung und Durchführung des Behandlungsprogramms und Beurteilung des Therapieerfolgs) besser als bisher abgerechnet werden können?

Der Mittelwert betrug $2,2 \pm 1,4$ (95% Vertrauensbereich 1,7 bis 2,8), der Median lag bei 2, die Extremwerte bewegten sich zwischen 1 und 6. Gemessen an den

Abbildung 9A
Zustimmung zur Abrechnung diagnostischer Leistungen in Abhängigkeit von der Berufstätigkeit

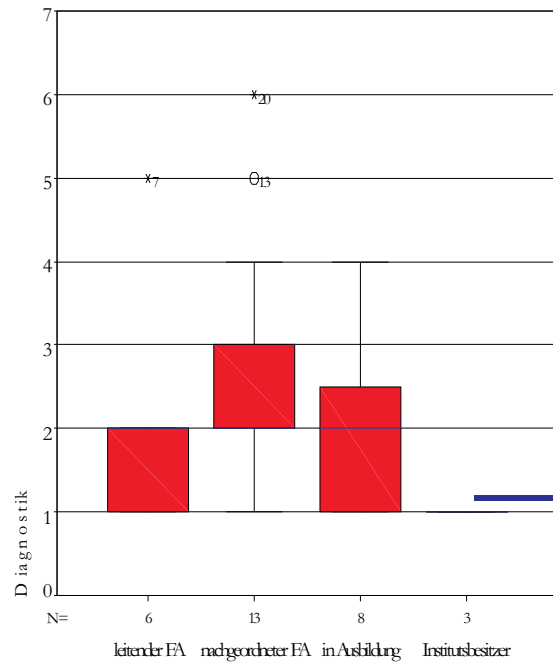
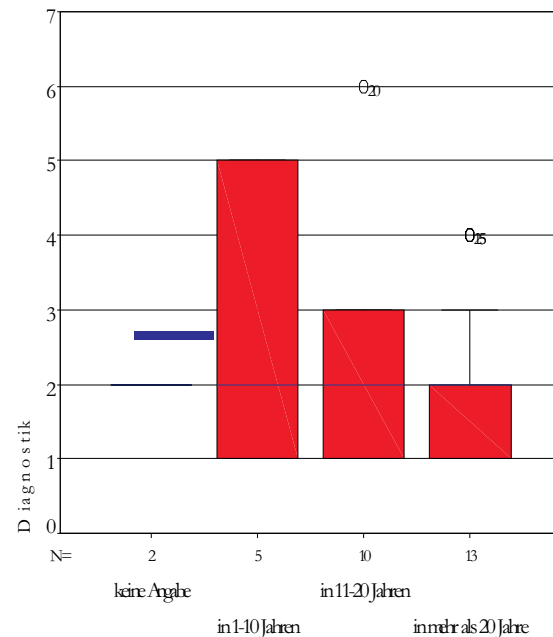


Abbildung 9B
Zustimmung zur Abrechnung diagnostischer Leistungen in Abhängigkeit von der Dauer der Berufstätigkeit



Pensionsamt

Extremwerten fand sich bei dieser Frage sogar eine höhere Zustimmung als für die Bereitschaft, Nachtdienste zu leisten.

Institutsbesitzer stimmten dieser Frage uneingeschränkt zu (Median=1). In den anderen drei Gruppen fand sich

Tabelle 1
Freitext formulierte Wünsche und Anregungen

Anregung 1

- Möglichkeit der Abrechnung von NLG, EMG und Reizstrom für den Wahlarzt

Anregung 2

- Die Aussendungen für Fortbildungen kommen immer sehr spät - wir müssen im Team einen Dienstplan besprechen- vieles kann ich deshalb nicht besuchen, weil es nicht mehr organisierbar ist.
- Außerdem wäre es schön, auch einmal in Salzburg beim Wicker Toni eine Fortbildung zu besuchen (3 Stunden weniger Anreise)
- Wie wollt ihr anonym dann wissen, wer bei der 2-tägigen Tagung mitarbeiten will ?

Anregung 3

- Beleuchten des Themas, der FA für PMR in der freien Praxis
- Verstärken des Themas Rehabilitationsmedizin in unserem Fach

Anregung 4

- mehr Fortbildungen für PMR
- mehr Standards in der PMR (akuter-chronischer Kreuzschmerzen, Behandlung bei CTS, Lymphödem)
- Vereinheitlichung von Therapieschemata zwischen individuellen Fachärzten
- Umsetzung des Struktur- (Bedarfs-) Plans

- direkter Patientenzugang zum Facharzt für PMR (ohne Überweisung eines Orthopäden, Unfallchirurgen oder des Hausarztes)
- Zuweisungen nur mit konkreter Fragestellung zur Begutachtung, ohne Therapievorschlag/-vorgabe !

Anregung 5

- Abrechenbarkeit der fachärztlichen Leistung im niedergelassenen Bereich (Honorierung in Instituten, mehr Fa-Ordinationen→Umsetzung des Bedarfsplans)
- Vereinheitlichung der Therapiestrategien (Leitlinien, Standards)
- direkter Zugang zum FA für PMR für den Patienten (ohne Hausarzt, Orthopäden als Zuweiser)
- Zuweisung zur "fachärztlichen Begutachtung" keine Therapievorgabe

Anregung 6

Solange das Fach PMR so auf Wirtschaftlichkeit orientiert ist (Institute- Akkumulation, Optimierung der Punkte...) -und das wird genauso von den nachfolgenden jüngeren Kollegen praktiziert- sehe ich wenig Chancen auf Verbesserung unseres Faches, bessere Positionierung bzw. von den anderen mehr ernst genommen zu werden

Anregung 7

- E-mail Aussendung, Weißbuch zusenden

ein Median von 2 (Abbildung 9A). Eine Abhängigkeit der Zustimmung vom Alter findet sich nicht. In allen Altersgruppen fand sich ein Median von 2 (Abbildung 9B).

Bemerkungen

Auf sieben Fragebögen waren Wünsche und Anregungen zu finden. Sie stammen von einem leitenden Arzt, 4 nachgeordnete Ärzte und 2 Ärzten in Ausbildung. Zwei Bemerkungen stammen von Ärzten aus der mittleren Altersgruppe, die in 11-20 Jahren in den Ruhestand treten werden. Die restlichen 5 Anregungen stammen von Ärzten aus der jüngsten Altersgruppe. Keiner der älteren Ärzte hat Wünsche schriftlich festgehalten. Die Bemerkungen (Tabelle 1) betrafen die Abrechenbarkeit von diagnostischen Leistungen, Fragen des direkten Patientenzugangs und der Überweisungsmodalitäten, das Fortbildungsangebot, den

Wunsch nach einem therapeutischen Konsens innerhalb des Faches PMR und nach Zusendung des Weißbuches. Außerdem wurde Fachärzte für PMR nachgesagt, dass sie sich vor allem um die finanziellen Erträge ihrer Arbeit bemühen.

Diskussion

Nach Auskunft der Ärztekammer gibt es zur Zeit ungefähr 270 Fachärzte für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation. Eine orientierende Suche nach PMR-Ärzten auf den Ärzte-Such-Seiten der einzelnen Bundesländer-Ärztekammern hat ein Ergebnis erbracht, das in Tabelle 2 zusammengestellt ist.

Zu dieser Zusammenstellung muss gesagt werden, dass nur drei Landesärztekammern (Niederösterreich, Tirol, Vorarlberg) angestellte und niedergelassene Fachärzte auflisten, während alle andere Kammern nur die

Tabelle 2
 FachärztInnen für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation in Österreich

Bundesland	Ärzte	Ordinationen Wohnsitzarzt	Anzahl von Zweit- ordinationen	angestellt	Angestellt und Ordination	Nur gemeldet
Wien		32	11		28	
Niederösterreich	53	16		21	13	3
Oberösterreich		12				
Kärnten		11				
Salzburg		9				
Steiermark		5	2			
Tirol	9	3		6		
Vorarlberg	4	1	1	1	2	
Burgenland		0				

niedergelassenen Ärzte erwähnen, wobei auch Zweit- und eine angestellte Berufsausübung aufscheinen.

Aus Tabelle 2 wird jedoch deutlich, dass das befragte Kollektiv der aktuellen Umfrage die Berufsausübung Österreichischer Fachärzte für Physikalische Medizin nicht repräsentiert. Die Gruppe setzte sich vorwiegend aus angestellten Ärzten zusammen, wobei ein Viertel der befragten Ärzte in Fachausbildung waren.

Es gab in der Geschichte des BÖ PMR immer wieder Versuche, das Berufsbild des Österreichischen Facharztes für Physikalische Medizin und Rehabilitation zu definieren. So hat bereits 1993 die Gründungspräsidentin des Berufsverbandes Arbes-Sertl die Aufgaben des Facharztes in der interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie in der Erkennung und Behandlung pathologischer Funktionsabläufe bzw. deren Symptome beschrieben und die Zukunft des Faches Physikalische Medizin als "funktionelle Medizin gesehen [6].

Drei Jahre später wurden die Ergebnisse einer Umfrage bei 20 leitenden Österreichischen PMR-Fachärzten berichtet, in der eine verstärkte Ausrichtung in Richtung Rehabilitation, die Definition eines Kerngebiets im Fach Physikalische Medizin, vermehrte Diagnostik und Evaluierung und Standardisierung physikalischer Therapiemodalitäten genannt wurden [7]. Die Bedeutung von Forschung und eine weitere Spezialisierung in einem Teilgebiet des Faches wurden betont. Die meisten Ärzte bekannten sich zur interdisziplinären Zusammenarbeit mit Ärzten anderer Fachspezialisierungen, aber auch mit anderen Gesundheitsberufen

wie Physio-und Ergotherapeuten, Heilmasseuren und dem medizinisch-technischem Fachdienst. Es wurde für eine Vielfalt von möglichen Arbeitsfeldern des Facharztes für PMR plädiert, wobei das Fehlen einer Bettenstation für Physikalische Medizin beklagt wurde. Ähnliche Wünsche wurden auch in der aktuellen

Befragung formuliert, wobei die Frage nach der Bereitschaft Nachtdienst zu leisten bzw. eine Bettenstation zu führen, eine hohe Zustimmung gefunden hat. Eine ähnlich hohe Akzeptanz findet sich für den Wunsch, der BÖ PMR möge sich für eine bessere Honorierung der diagnostischen, organisatorischen und therapeutischen Leistungen von Fachärzten für Physikalische Medizin und Rehabilitation einsetzen.

Die Konsensuskonferenzen der drei Gesellschaften für Physikalische Medizin und Rehabilitation von Deutschland, Österreich und der Schweiz, haben wesentlich zu einem neuen Selbstverständnis des Faches beigetragen, aber auch die unterschiedlichen Entwicklungsstadien in der Schweiz, Deutschland und Österreich aufgezeigt. Bereits die erste Konferenz hat die Neufassung des ICDH (=International Classification of impairment, diasability and handicap) als die künftig wesentliche Basis für die Rehabilitationsmedizin wahrscheinlich gemacht [8]. Der Teilbereich Physikalische Medizin wurde über die verwendeten Methoden zur Diagnostik, Prävention, Therapie und Rehabilitation definiert [9]. In weiterer Folge wurden der Prozess der Rehabilitation und des Rehabilitationsteams beschrieben [10] und die ICF (= Internationale Klassifikation funktionaler Gesundheit, [11]) als Rahmenbedingung für Rehabilitation erkannt. Es wurden vorhandene

Tabelle 3
Definition des Aufgabengebiets des Faches Physikalische Medizin und Rehabilitation

Land	Facharztbezeichnung	Aufgabengebiet
Österreich [23]	Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation	<p>Das Sonderfach Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation umfasst die Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Krankheiten aller Organsysteme, insbesondere mit physikalischen Mitteln, sowie die Wiederherstellung oder Besserung der Körperstrukturen, der Körperfunktionen, der Aktivität und der Partizipation unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren.</p> <p>Das Aufgabengebiet der Physikalischen Medizin beinhaltet die Mechano-, Elektro-, Thermo- und Fotodiagnostik sowie die Mechano- und Bewegungstherapie, Ergo-, Elektro-, Foto-, Hydrotherapie, die Inhalation, sowie die Balneo- und Klimatherapie.</p> <p>Das Aufgabengebiet der Allgemeinen Rehabilitation beinhaltet die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs, die rehabilitative Diagnostik, das Rehabilitationsmanagement, die Interventionsplanung und die Evaluation rehabilitativer Maßnahmen.</p>
Deutschland[24]	Physikalische und Rehabilitative Medizin	<p>Das Gebiet Physikalische und Rehabilitative Medizin umfasst die sekundäre Prävention, die interdisziplinäre Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation von körperlichen Beeinträchtigungen, Struktur- und Funktionsstörungen mit konservativen, physikalischen, manuellen und naturheilkundlichen Therapiemaßnahmen sowie den Verfahren der rehabilitativen Intervention.</p>
Schweiz [25]	Physikalische Medizin und Rehabilitation	<p>Die Physikalische Medizin und Rehabilitation (PMR) ist eine eigenständiges medizinisches Fachgebiet. Sie befasst sich mit der Förderung der körperlichen und kognitiven Funktionen, der Aktivität (inklusive Verhalten), der Partizipation (inklusive Lebensqualität) und der Verbesserung von persönlichen Faktoren und Umweltfaktoren. Sie ist zuständig für die Prävention, die Diagnostik, die Behandlung und das Rehabilitationsmanagement von Menschen jeden Alters mit behindernden Gesundheitsschädigungen und Komorbiditäten.</p> <p>Fachärzte für physikalische Medizin und Rehabilitation verfolgen bei Patienten mit akuten und chronischen Erkrankungen einen ganzheitlichen Behandlungsansatz. Es kann sich dabei um muskulo-skelettale und neurologische Krankheiten, um Amputationen, um Funktionsstörungen der Beckenorgane, um kardiopulmonale Krankheiten oder um Behinderungen infolge chronischer Schmerzen oder Krebserkrankungen handeln.</p> <p>PMR-Fachärzte arbeiten in verschiedenen Einrichtungen, von Akutspitalern bis hin zu spezialisierten Rehabilitationszentren und Praxen. Sie benutzen spezifische diagnostische Abklärungsverfahren und verwenden verschiedene Behandlungsmethoden an, darunter pharmakologische, physikalische, technische, pädagogische und berufliche Massnahmen. Aufgrund ihrer umfassenden Ausbildung sind sie am besten geeignet, multiprofessionelle Teams zu leiten und optimale Therapieerfolge zu erzielen.</p> <p>Fachärzte für physikalische Medizin und Rehabilitation decken grundsätzlich die Anforderungen der somatischen Rehabilitation ab. Bei der spezialisierten akutmedizinischen Versorgung ihrer Patienten und bei hochspezialisierten Fragestellungen arbeiten sie eng mit den Fachärzten der kurativen Medizin zusammen. In der fachspezifischen Rehabilitation können sie ihr Wissen im entsprechenden Spezialbereich über einen zweiten Facharztstitel vertiefen (Neurologie, Rheumatologie, Pneumologie, Kardiologie, Orthopädie, Pädiatrie, u.a.).</p>
UEMS (Weißbuch) [5]	Physikalische und Rehabilitative Medizin	Ist inhaltlich gleich mit den ersten 3 Absätzen der Schweizer Definition

Outcomes dahin untersucht, welche ICF-Kategorien erfasst werden [12] und erste Versuche für die Entwicklung von ICF-Core Sets wurden begonnen [13]. Schließlich wurde ein Leitbild des Facharztes für PMR definiert [14]. Der relative gute Bekanntheitsgrad der ICF dieser Befragung ist möglicherweise Ausdruck dieser Aktivitäten

Obwohl bereits die Weißbuchfassung aus 2002 deutlich Bezüge zum ICF aufweist (4), ist die Position zum Weißbuch eine Unentschiedene, wobei ältere Fachärzte damit eher vertraut sind als jüngere Kollegen. Dies verwundert umso mehr als Aus- und Fortbildung sowie die europäische Perspektive des Fachs PMR wesentliche Themen des Weißbuchs darstellen und diese gerade für Ärzte in Fachausbildung von Interesse sein sollten. Die europäischen Entwicklungen des Facharztes wurden wiederholt dargestellt [15,16,17], Ausbildungs-Curricula wurden zumindest für die deutschsprachigen Länder Schweiz [18], Deutschland [19] und Österreich [20-22] publiziert. Die Facharztbezeichnung "Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation" wurde erst mit der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 [23] festgelegt. Tabelle 3 stellt die Definitionen des Aufgabengebiets in Österreich, Deutschland und der Schweiz der Definition im Weißbuch gegenüber. Aus der Tabelle wird deutlich, dass nur die Schweiz die Definition des Weißbuchs vollständig übernommen und noch um einen Zusatz erweitert hat. Die Unterschiede zwischen der Österreichischen Definition des Faches PMR und der von der UEMS vorgeschlagenen Beschreibung des Faches mag ein weiterer Grund dafür sein, dass gegenüber dem Weissbuch eine unentschiedene Position bezogen wird.

Das Fortbildungsangebot wurde generell eher als unzureichend und nicht bedarfsgerecht beurteilt. Konkrete Themenvorschläge wurde jedoch nur von einem Arzt in Ausbildung formuliert.

Zusammenfassend hat die Umfrage gezeigt, dass die ICF als Grundlage einer rehabilitativen Medizin gut bekannt ist, während gegenüber dem Weißbuch als Basis des Verständnisses eines europäischen Facharztes für PMR eine unentschiedene Haltung eingenommen wird. Für die Leistung von Nachdiensten und damit für die Errichtung Betten führender Abteilung für PMR besteht eine hohe Bereitschaft, ebenso für die Mitarbeit an einer Tagung zu Zukunftsperspektiven des Faches. Die Fortbildungsmöglichkeiten in der PMR werden als nicht ausreichend erlebt und vermehrte Aktivitäten des Berufsverbandes für eine verbesserter Honorierung der Leistungen der PMR-Ärzte werden gewünscht.

Literatur

1. Ebenbichler G. Umfrage. ÖZPMR: Öster Z.Phys Med Rehabil 2008, 18(1): 22-24
2. Copay AG, Subach BR, Glassman SD, Polly DW, Schuller TC. Understanding the minimum clinically important difference: a review of concepts and methods. The Spine Journal 7, 2007: 541-546
3. Internationale Föderation für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Ausschuss für Aus- und Fortbildung: Das Weißbuch über Aus-und Fortbildung. ÖZPM 1994, 4(1): 17-30
4. Beyer H-M, Beyer L, Ewert Th, Gadomski M, Gutenbrunner C, Kröling P, Pages I-H, Seidel EJ, Smolenski UC, Stucki G. Weißbuch "Physikalische Medizin und Rehabilitation". Phys Med Rehab Kuror 2002, 12:1-30
5. Gutenbrunner C, Ward AB, Chamberlain MA (Hrg) Weißbuch Physikalische un Rehabilitative Medizin in Europa. Phys Med Rehab Kuror 2006, 16: 1-38
6. Arbes Sertl B. Aufgaben des Facharztes für Physikalische Medizin in der Rehabilitation. ÖZPM 1993, 3(2): 70-73
7. Rathkolb O, Ammer K. Aufgabenschwerpunkte und zukünftige Entwicklungen des Faches Physikalische Medizin - Bericht über eine Umfrage. ÖZPMR 1996; 6(2):65-67
8. Ammer K, Berliner M, Bochdansky T, Diserens K, Heinz Chr, Knüsel O, Müller K, Prager C, Rentsch H-P, Schneider W, Schwarz H, Smolenski U, Villiger B: Konsensuskonferenz Physikalische Medizin und Rehabilitation am 7. - 9. August 1998, Thurgauer Klinik St. Katharinental, CH-8253 Diessenhofen Österr Z Phys Med Rehabil 1998; 8(4) 175-179,
9. Ammer K, Berliner M., Bochdansky T, Hartl F, Heinz Chr, Knüsel O, Müller K, Prager C, Rentsch H-P, Schneider W, Schwarz H, Smolenski U, Wicker A. Konsensuskonferenz Physikalische Medizin und Rehabilitation: Österreich, Deutschland; Schweiz am 22. bis 24.1. 1999 in Wien. Österr Z Phys Med Rehabil 1999; 9(1) 14-17
10. Müller K, Ammer K, Berliner M. Bochdansky T, Knüsel O, Prager Ch, Schmidt-Dumbacher M, Smolenski U, Schneider W, Schwarz H: Ergebnisse der Konsensuskonferenz Physikalische Medizin und Rehabilitation. Rehabilitationsprozess und Rehabilitationsteam. Österr Z Phys Med Rehabil 2001; 11, 11-16
11. WHO web page: Available at: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
12. Ammer K, Bochdansky T, Prager Ch Deutsch evaluierte Ergebnis-Messwerkzeuge bei Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates und die Kategorien des ICIDH-2 Österr Z Phys Med Rehabil 2000,10/1: 18-23,
13. Stucki G, Müller K, Bochdansky T, Schwarz H, Smolenski U. Ist die ICIDH-Checkliste geeignet zur Klassifikation der funktionalen Gesundheit in der rehabilitativen Praxis? Ergebnisse eines Workshops der Konsensuskonferenz der drei Gesellschaften für Physikalische Medizin von Deutschland, Österreich und der Schweiz. Phys Rehab Kur Med 2000, 10: 78-85
14. Ammer K, Berliner M. Bochdansky T, Knüsel O, Prager Ch, Schmidt-Dumbacher M, Schneider W, Smolenski U. Facharzt Rehabilitation und Physikalische Medizin. Leitbild der Konsensuskonferenz Physikalische Medizin und Rehabilitation Deutschland, Österreich und Schweiz, Valenz 25-26. 1.2002 Österr Z Phys Med Rehabil 2002; 12: 15-17

15. Ebenbichler G, Resch KL: The dream of a medical specialty named Physical and Rehabilitation Medicine: A commentary on the European White Book of Physical and Rehabilitation Medicine. *Am J Phys Med Rehabil.* 2009 Feb; 88(2):165-7
16. Negrini S, Ceravolo G: The White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe: A contribution to the growth of our specialty with no boundaries. *Am J Phys Med Rehabil* 2008;87:601-6
17. Stucki G, Melvin J. In cooperation with the Professional Practice Committee of the UEMS PR&M-Section. *J Rehabil Med* 2007;39:38.
18. Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation. Weiterbildungsprogramm. *Schweizerische Ärztezeitung* 2000, 81, Suppl 4a: 41S-52S
19. Smolenski UC, Beyer M, Gadowski M, Glaesener JJ, Gutenbrunner C, Reiners A, Seidel EJ, Stucki G: Fachgebiet "Physikalische Medizin und Rehabilitation" in der Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer. *Phys Med Rehab Kuror* 2002; 12: 163-168
20. Rathkolb O. Neuregelung der Ausbildung zum Facharzt für Physikalische Medizin. *ÖZPM* 1994; 4(1) 31-34
21. Petschnig R. Ausbildung zum Facharzt für Physikalische Medizin: Lehr und Lernzielkatalog. *ÖZPM* 1995, 5(1) 21-28
22. Uher EM.- Bericht aus dem Ausbildungsreferat: Ausbildung zum Facharzt für Physikalische Medizin. *ÖZPMR* 1997; 7(1) 24-27
23. 286. Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt (Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 . ÄAO 2006). *Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, Jahrgang 2006, Teil II, ausgegeben am 31. Juli 2006*
24. Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 24. April 2004 i. d. Fassung der Beschlüsse vom 14. Oktober 2007 Abschnitt B, 22. Physikalische und Rehabilitative Medizin, Stand 01.01.2008
25. FMH Weiterbildungsprogramm Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation(1.1.2008)
<http://www.fmh.ch/ww/de/pub/awf/weiterbildung/grundlagen/weiterbildungsprogramme/weiterbildungsprogramme.htm>

Korrespondenzadresse für die Autoren

OA. Prof Dr Kurt Ammer PhD

Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation,
Hanuschkrankenhaus, Heinrich Collinstr. 30, 1140 Wien

Email:kurt.ammer@wgkk.at