

Zum Stellenwert der stationären Rehabilitation in Österreich

Gerold Ebenbichler

Berufsverband Österreichischer Fachärzte für Physikalische Medizin und Rehabilitation

ZUSAMMENFASSUNG

Rehabilitation im Sinne der WHO-Definition bedeutet Behinderungen zu vermeiden oder zu reduzieren und die Funktionsfähigkeit zu verbessern und zu erhalten, sodass die soziale Partizipation möglichst ohne Einschränkungen wahrgenommen werden kann. Die Auswahl von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation liegt im Verantwortungsbereich der Ärzteschaft. Der funktionale Gesundheitszustand einer Person, nicht die Gesundheitsstörung bedingende Erkrankung oder Verletzung, ist die wichtigste Indikation zur medizinischen Rehabilitation und zur Auswahl der Rehabilitationseinrichtung.

Medizinische Rehabilitation ist in den nationalen Gesundheitswesen unterschiedlich organisiert. In Österreich sind traditionell Krankenanstalten für die medizinische Rehabilitation stationärer Patienten meist fern von Ballungszentren und Akutkrankenhäusern lokalisiert. Klare Richtlinien zur Feststellung der Ausprägung der funktionalen Gesundheit zum Zeitpunkt des Beginns von stationärer Rehabilitation sind wichtige Aspekte für erfolgreiche Rehabilitationsergebnisse. Ein frühzeitiger Einsatz von rehabilitativen Interventionen im Akutkrankenhaus und ein Entlassungsmanagement unter der Aufsicht von Rehabilitationsmedizinern, die im Akutkrankenhaus rehabilitative Interventionen veranlassen und verantworten, könnte die Effizienz der medizinischen Rehabilitation verbessern. Darüber hinaus ist aus demographischen, epidemiologischen und medizinischen Gründen eine Zunahme von Menschen mit eingeschränkten Alltagsaktivitäten und verminderter Teilhabe zu erwarten. Ein Ausbau und die Vernetzung von Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation stationärer, tagesklinischer und ambulanter Patienten sind notwendig, um Kosten für Pflege zu verringern, und das Ziel, möglichst selbständige und unabhängige Menschen zu erreichen.

SCHLÜSSELWÖRTER: medizinische Rehabilitation, Gesundheitszustand, Teilhabe, Rehabilitationskrankenhaus
IMPORTANCE OF THE IN-PATIENT REHABILITATION IN AUSTRIA

According to the WHO definition, rehabilitation means to prevent or to reduce disablement and to improve functioning, so that social participation can be achieved without or least possible restrictions. The selection of medical rehabilitation interventions is the responsibility of the medical profession. The functional health condition of a person, not the disease or injury causing the health disorder, is the most important indication for medical rehabilitation and for selecting a rehabilitation facility.

Medical rehabilitation is differently organised in the national health services. In Austria hospitals for medical rehabilitation of in-patients are localized traditionally far away from population centres and acute-care hospitals. Clear guidelines for the assessment of level of functional health and for the time of the starting of in-patient rehabilitation are important aspects for successful rehabilitation results. An early use of rehabilitative interventions in the acute hospital and patients management under the supervision of rehabilitation physicians who are responsible for providing the rehabilitative service in the acute hospital, could improve the efficiency of medical rehabilitation. In addition, an increase of people with limited activities of daily living and reduced social participation is expected due to demographic, epidemiological and medical reasons. Expansion and the networking of facilities that provide medical rehabilitation at an inpatient, day unit or outpatient basis, are necessary to reduce costs for nursing care services and to achieve the goal of self-reliant and independently living people.

KEYWORDS: medical Rehabilitation, health condition, participation, rehabilitation hospital

Präambel

Rehabilitation im Sinne der WHO-Definition bedeutet Behinderungen zu vermeiden oder zu reduzieren und die Funktionsfähigkeit zu verbessern und zu erhalten, sodass die soziale Partizipation möglichst ohne Ein-

schränkungen wahrgenommen werden kann. Diese Definition findet ihren Niederschlag einerseits in den Kriterien der ICF (=Internationale Klassifikation der funktionalen Gesundheit, WHO) und ist andererseits eine

wesentliche Hilfe den optimalen Zeitpunkt für erfolgreiche Rehabilitationsmaßnahmen mit bestmöglichem Erfolg zu finden.

Die vorliegende Stellungnahme beruht auf eingehenden Beratungen des Berufsverbandes der Fachärzte für Physikalische Medizin und Rehabilitation (BÖPMR) und soll auch die Planung und Optimierung der Effizienz des österreichischen stationären medizinischen Rehabilitationswesens unterstützen.

Begriffsbestimmungen

Die Rehabilitation und Habilitation zielt darauf ab die funktionale Gesundheit einer Person weitgehend zu optimieren und diese an der Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen fähig und weitgehend unabhängig zu machen, i.e. einen Menschen mit Ansehen und einer aktiven Rolle in der Gesellschaft auszustatten. Der Begriff "Gesundheit" wird entsprechend der WHO als das individuelle Befinden einer Person definiert, das durch Körper, Psyche und soziales Umfeld bestimmt ist [WHO 1946]. Die Public Health versteht die Rehabilitation als eine von vier Gesundheitsstrategien, deren Ziel es ist, Menschen mit eingeschränkter Funktionsfähigkeit durch ein Bündel von rehabilitativen Interventionen zu befähigen, dass sie in ihrer sozialen Umgebung unabhängig leben und am Arbeitsmarkt sowie am zivilen Leben wieder teilhaben können [1].

Der Rehabilitationsprozess

Die medizinische Rehabilitation versteht sich als eine zielorientierte Strategie, ein Konzept, das entsprechend der WHO-ICF (International Classification of Functioning and Health; WHO 2001) auf einem umfassenden Assessment der Gesundheit basiert. Mit dem koordinierten Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, pädagogischer und technischer Maßnahmen sowie mit einer Einflussnahme auf das psychische und soziale Umfeld zur Funktionsverbesserung soll eine größtmögliche Eigenaktivität zur weitestgehend unabhängigen Partizipation einer Person in allen Lebensbereichen erreichen. Ziel ist es, dass Betroffene in ihrer Lebensgestaltung so frei wie möglich werden. Die Einschätzung der Beziehung zwischen einer oder mehreren Erkrankungen und dem Ausmaß der Gesundheitsstörung, die Abklärung von Struktur- und Funktionsstörungen bei diagnostizierten oder suszipierten Erkrankungen, die Einschätzung der Rehabilitationsfähigkeit sowie die Abschätzung der Rehabilitationsprognose unterliegen nach österreichischem Recht der ärztlichen Verantwortung. Demnach ist jede Rehabilitationsintervention ein personalisiertes, auf das Individuum abgestimmtes Bündel an Maßnahmen, das auf der Zusammenschau von medizi-

nischen Befunden von Erkrankungen, einem Assessment und der Berücksichtigung von persönlichen Bedürfnissen des Betroffenen sowie auf realistischen Zielsetzungen und Vereinbarungen beruht. Entsprechend dem Erkrankungsverlauf und der Ausprägung der Gesundheitsstörung sind die Ziele der Rehabilitation unter Berücksichtigung persönlicher und Kontextfaktoren laufend anzupassen. So kann es sein, dass Frühziele eher die Befähigung zu "mit/ohne Hilfe" zuhause zu leben beinhalten (z.B. Remobilisation) und als mittelfristige Ziele dann die Wiedererreichung der Reintegration in das Sozial- und beispielsweise ins Arbeitsleben des Patienten gesetzt werden.

Der medizinische Rehabilitationsprozess ist in verschiedenen Ländern unterschiedlich strukturiert und sollte idealerweise gleichzeitig mit dem kurativen Management des Patienten beginnen. Demnach findet sich abhängig von der Struktur des jeweiligen Landes eine Kette/ ein Kontinuum in der rehabilitativen Betreuung Erkrankter oder Verunfallter mit beeinträchtigter Funktionsfähigkeit, die im gegebenen Falle schon im Akutkrankenhaus beginnen, und dann in postakuten stationären oder ambulanten Rehabilitationseinrichtungen bis zum Erreichen der Rehabilitationsziele weiter fortgesetzt werden sollte.

Der Aufwand an akutmedizinischer Betreuung, der Pflegeaufwand, und die Besonderheiten in der Ausstattung der Rehabilitationseinrichtungen im Sinne von Spezialeinheiten mit entsprechender struktureller und professioneller Ausstattung (Rückenmarksverletzungen, Schlaganfall, Schädel-Hirn Trauma, etc.) aber auch sozial/ edukative (passagere Entfernung aus dem sozialen Umfeld) und ökonomische Aspekte (wie Wegestrecken, Auslastung von Strukturen, Verfügbarkeit von Expertise, etc.) zählen zu den wesentlichen Bestimmungsgrößen, die eine Zuweisung und die Notwendigkeit der stationären, medizinisch rehabilitativen Einrichtungen begründen.

Rechtliche Regelung der Rehabilitation in Österreich

Im österreichischen Sozialversicherungsrecht sind in §§ 154-154b und § 307 die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung und der Pensionsversicherung gesetzlich geregelt. § 154 Absatz 2 (1) stellt klar, dass die Unterbringung der Patienten, die einer Rehabilitation bedürfen, in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen zu erfolgen haben. Die rehabilitativen Maßnahmen sollen den Erfolg der Krankenbehandlung sichern oder die Folgen der Erkrankung erleichtern. Ziel der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation ist es den Gesundheitszustand der Versicherten so weit herzustellen, dass sie in der

Lage sind, in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd und ohne Betreuung und Hilfe einzunehmen (ASVG, §154 Abs.1). Das heißt, streng genommen ist in Österreich die Rehabilitation im Akutkrankenhaus und in Nachsorgezentren nicht als Rehabilitation zu werten und ist daher im gesetzlichen Auftrag der Kostenträger nur ungenügend abgebildet. In Österreich erfolgt die stationäre Rehabilitation in "Sonderkrankenanstalten", deren Träger sowohl Sozialversicherungen, als auch private Anbieter sind. Die Maßnahmen der stationären medizinischen Rehabilitation sind für viele Indikationen auf 3 Wochen befristet und können im begründeten Fall verlängert werden. Die Rahmenrichtlinien werden von der Pensionsversicherung (PVA) für die Bereiche Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität vorgegeben und gelten für alle Einrichtungen als Mindeststandard für die verschiedenen Kostenträger.

Örtliche und gesetzliche Einflüsse auf die stationäre Rehabilitation in Österreich

Während in USA/ Kanada und einigen europäischen Ländern die Rehabilitations-Krankenhäuser meist in Nähe zu den Akutkrankenhäusern errichtet sind (Finanzierung der Gesundheit aus einer Hand) und so bei Patienten auch im medizinisch noch nicht voll stabilen Zustand die Rehabilitation bei gegebener Rehabilitationsfähigkeit schon möglichst früh begonnen werden kann, so finden sich in Österreich die meisten Sonderkrankenanstalten für Rehabilitation mehr oder weniger weit entfernt zu Ballungszentren für kurativmedizinische Gesundheitseinrichtungen (Krankenhäuser, Kliniken). Entsprechend findet die medizinische Rehabilitation rein rechtlich gesehen (siehe unten) erst in den Rehabilitationseinheiten statt. In der Tat werden in Österreich die stationär - rehabilitativen Leistungen, die im Akutkrankenhaus und den Nachsorgekrankenhäusern/ Remobilisierungs-Stationen erbracht werden bis auf wenige Ausnahmen nicht den Leistungen der stationären Rehabilitation zugerechnet. Entsprechend sind in Österreich die rehabilitativen Möglichkeiten in den Krankenanstalten des kurativen Sektors stark eingeschränkt und mangels der entsprechenden Abrechenbarkeit im Rahmen der medizinischen Gesamtbetreuung der Patienten vernachlässigt. Dies ist unter anderem in der Finanzierung der verschiedenen Gesundheitssektoren und den gesetzlichen Aufträgen begründet. Tatsache ist, dass für rehabilitative Notwendigkeiten im kurativen Sektor häufig die rehabilitativen Möglichkeiten suboptimal sind und durch ein verzögertes Einsetzen der notwendigen Maßnahmen das Rehabilitationspotential zu einem späteren Zeitpunkt oft nicht mehr vor allem bei alten Patienten voll ausgeschöpft werden kann.

Eine besondere Stellung in der Rehabilitationskette nehmen in Österreich geriatrische Patienten und/ oder Patienten mit neurologischen oder neuro-traumatologischen Erkrankungen ein (insbesondere auch aufgrund von Komorbiditäten und des medizinischen/ pflegerischen Betreuungsaufwandes), die entsprechend ihrer Reha-Fähigkeit in Remobilisations-Stationen, Frührehabilitationsstationen oder auch Akut-Geriatrien rehabilitiert werden. Dadurch können therapiearme oder gar therapiefreie Zeiten, welche die Verfolgung von rehabilitativen Langzeitzielen erheblich beeinträchtigen (verzögern) und die Pflegebedürftigkeit (Abhängigkeit des Patienten) erhöhen können, vermieden werden. Aus persönlicher Erfahrung scheint aber auch hier das Rehabilitationspotential der Patienten nicht voll ausgeschöpft zu werden.

STATIONÄRE REHABILITATION

Nach dem österreichischen Rehabilitationsplan geht das österreichische Modell für Rehabilitation von einem Kontinuum der rehabilitativen Betreuung aus, das in 4 Phasen (ÖBIG 2012) unterteilt ist, wobei die Phase 2 (Phase C und D Rehabilitation neurologischer Erkrankungen) die stationäre Rehabilitation in Sonderkrankenanstalten oder auch ausnahmsweise die ambulante Rehabilitation meint. Diese wird dann gewährt, wenn die medizinische Stabilität des Patienten (weitgehend ohne die Akutkrankenhaus-aufnahme) gewährleistet ist, dem Patienten Rehabilitations-Fähigkeit und eine entsprechende Rehabilitationsprognose vom zuweisenden Arzt attestiert werden kann.

Die stationäre Rehabilitation ist in Österreich nach organbezogenen Diagnoseschwerpunkten/ medizinischen Sonderfach-spezifischen Schwerpunkten organisiert, und wird in Sonderkrankenanstalten, die in ihrer medizinischen und rehabilitations-interventionellen Ausstattung oft sehr fokussiert ausgerichtet sind, durchgeführt. Bei komplexen Patienten führen diese Umstände oft zu einer ungenügenden rehabilitativen Betreuung. Einige Sonderkrankenanstalten sind in Österreich mit mehreren "Fachabteilungen" ausgestattet, sodass durch interdisziplinäre ärztliche Kooperation die medizinische Rehabilitation bei Patienten mit Erkrankungen verschiedener Organsysteme (entspricht der medizinischen Verantwortung mehrerer Sonderfächer) betrieben werden kann. Als Beispiel sei hier die medizinische Rehabilitation eines Patienten angeführt, der sich wegen einer koronaren Herzkrankheit rezent einer aorto-coronaren Bypass-Operation unterziehen musste und bei dem perioperativ ein ischämischer zerebraler Insult als Komplikation eingetreten ist. Weiters bestehen bei diesem Patienten eine ausgeprägte Koxarthrose und eine Lis-

these mit rezidivierenden Kreuz-Beinschmerzen, sowie eine COPD im fortgeschrittenen Stadium. Die medizinische Rehabilitation würde nach derzeitiger Organisation bei diesem Patienten genaugenommen vier Sonderfächer involvieren um den Patienten optimal zu rehabilitieren.

Mit den Grundlagen des Gesundheitsverständnisses der WHO- ICF und dem World Report for Disabilities [2] sowie dem Global Disability Action Plan 2014 [3]) steht die diagnosespezifische Organisation der Rehabilitation (neurologische, orthopädische, traumatologische, pulmonologische etc. Rehabilitation) nur teilweise in Einklang, da sie zum einen nicht den modernen Richtlinien für Rehabilitation, dem ICF Modell entspricht, und zum anderen komplexe Patienten - dies sind meist Patienten im fortgeschrittenen Alter - oft zu wenig umfassend betreut werden und entsprechend das Rehabilitationspotential der Patienten nicht optimal genutzt wird. Allerdings macht es Sinn, Spezialschwerpunkte für Patienten stationär zu organisieren, da das enorm wachsende Wissen und das zunehmende Angebot an rehabilitativen Methoden nur dann auch dem Patienten optimal nutzt, wenn die spezielle Expertise des Personals für Patienten mit bestimmten Struktur- und Funktionsstörungen auch gegeben ist. Beispielsweise können hier die besonderen Bedürfnisse von Patienten mit Querschnittslähmung nach Rückenmarksverletzung, oder die Rehabilitation von Patienten nach Verlust einer Gliedmaße angeführt werden.

Der Aufnahmezeitpunkt in die stationäre Rehabilitation ist von der Rehabilitationsfähigkeit und der Rehabilitationsprognose abhängig, die in jedem Fall vor der Aufnahme ins Rehabilitationszentrum möglichst umfassend abzuschätzen ist. Neben medizinischen Untersuchungen und Attesten ist ein umfassendes Assessment unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren notwendig. Diese Einschätzung in der Zusammenschau aller Erhebungen und Befunde stellt einen wichtigen Teil jenes Prozesses dar, in welchem der optimale Zeitpunkt für die Aufnahme ins Rehabilitationszentrum festgelegt wird.

Nach einer Empfehlung der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie & Rehabilitation [4] sind grundsätzlich bei der Entscheidung für den optimalen Zeitpunkt für den Beginn der Rehabilitation folgende Gesichtspunkte zu bewerten:

- Internistischer Allgemeinzustand, insbesondere die kardiopulmonale Leistungsfähigkeit
- Komorbiditäten
- Kognitive Leistungsfähigkeit
- psychische Verfassung

- Kräftezustand (neuromuskuläre Funktionen)
- Lokaler Status der operierten Region, insbesondere Stabilität, Belastbarkeit (idealerweise durch Operateur zu beurteilen)
- Postoperative Wundheilungsstörungen
- Alter per se ist kein Faktor, welcher eine Person von Rehabilitation ausschließt.

Diverse Scores sind für den Rehabilitationsverlauf und die individuell definierten Ziele zu wenig aussagekräftig. So lassen sich individuelle Funktionseinschränkungen und die Partizipationsebene mit derzeit gängigen generischen Scores wie SF-36, oder auch krankheitsspezifischen wie dem RM-Fragebogen vielfach nur mangelhaft erfassen. Einfache, aber aussagekräftige Outcomeparameter sollten durch entsprechende Studien mit besonderem Fokus auf die spezifische Situation in Österreich etabliert und bestätigt werden.

Der BÖPMR ist in Einklang mit anderen rehabilitativ medizinischen Interessensvertretungen der Meinung, dass aufgrund der entscheidenden Bedeutung individueller Faktoren keine generellen Regeln für den Aufnahmezeitpunkt in eine stationäre Rehabilitation in Österreich festgelegt werden können. Dies wird auch von erfahrenen Operateuren bestätigt, die auf der Basis einer belastungsstabilen Situation der OP-Region je nach Eingriff unterschiedliche Zeitpunkte für die Rehabilitation empfehlen, um den vollen Umfang der Möglichkeiten einer stationären Rehabilitation nutzen zu können, meist nach ca. 4-6 Wochen nach Gelenkoperationen und zirka 10 Wochen nach WS-Operationen. Diese Überlegungen haben demzufolge in die Festlegung des Rehabilitationszeitpunktes einzugehen.

Die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme ist unseres Erachtens bei gegebener Rehabilitationsprognose dann angezeigt, wenn

- 1) der medizinische Betreuungsaufwand, insbesondere der Pflegeaufwand hoch ist.
- 2) die Mobilität des Patienten verbessert werden kann,
- 3) die Rehabilitationsintensität, die strukturelle und personelle Ausstattung es rechtfertigen,
- 4) wirtschaftliche Aspekte sowohl seitens der Rehabilitationseinrichtungen ((Personal mit besonderer Expertise und/ oder besondere strukturelle Einrichtungen, die aufgrund der niedrigen Fallzahl nicht überall verfügbar gemacht werden können) oder seitens der Patienten (z.B. Rentabilität der Kosten für den Kostenträger (bei Übernahme der Transportkosten) oder Zumutbarkeit eines Krankentransport, um eine längere Wegstrecke 2 x täglich 5x/ Woche, mehrere Wochen zur nächsten ambulanten Rehabilitationseinrichtung zu bewältigen),

5) PatientInnen von ihrem alltäglichen strukturellen und sozialen Umfeld entlastet werden sollen.

Durch die Befristung der Rehabilitation von 3 Wochen ist die Optimierung der Funktionsfähigkeit der Patienten häufig nicht abgeschlossen. Dies macht eine wohnortnahe Fortsetzung der Rehabilitation zur vollständigen Erreichung der Rehabilitationsziele sinnvoll - und hier überlappt die Rehabilitation mit der Prävention. Die wohnortnahe Rehabilitation ist in Österreich derzeit im Aufbau begriffen und wird auch zurzeit für einige Indikationen im Rahmen der ambulanten Rehabilitation gewährt. Abzugrenzen von der stationären Rehabilitation ist die Kurmedizin, die auf eine Linderung der Beschwerden und auf eine Gesundheitsfestigung unter Nutzung natürlich vorkommender Heilmittel "auf der grünen Wiese" abzielt, nicht aber primär eine Optimierung der Funktionsfähigkeit eines Patienten zum Ziel hat.

Zukünftige Entwicklungen der stationären Rehabilitation aus Sicht des BÖPMR

Die Notwendigkeit der stationären Rehabilitation ist, auch wenn die wohnortnahe Rehabilitation weiter ausgebaut werden wird, aus Sicht der BÖPMR zukünftig im gleichen oder sogar verstärkten Ausmaß gegeben. Dies wäre insbesondere dann der Fall, sollten Leistungen der Rehabilitation in Akutkrankenhäusern und in Nachsorgekrankenhäusern vom Gesetzgeber als Rehabilitation sinnvollerweise anerkannt werden. Dies würde die Remobilisierungs-Stationen in ihrer Bedeutung aufwerten, eine bessere strukturelle und eventuell auch personelle Ausstattung zur Folge haben. Zudem könnte ein Entlassungsmanagement, (ICF basiertes Assessment vor Entlassung mit Einschätzung des weiteren Rehabilitationsbedarfs und medizinischer Maßnahmen) auf und ausgebaut werden. Derartige Organisationseinheiten fördern das Kontinuum der Rehabilitation von stationär, kurativ behandelten Patienten über stationäre zu ambulanten Rehabilitationseinrichtungen. Über die Einflussnahme auf die Auswahl und den Zeitpunkt der Aufnahme in eine Rehabilitationseinrichtung könnte dies unabhängig von der formalen Entscheidungskette der Gewährung der Kranken- und Pensionsversicherungsträger zur Effizienzsteigerung und zur Verbesserung der Rehabilitationsergebnisse führen. Unseres Erachtens ist es wesentlich die Frührehabilitation in den kurativen Zentren weiter auf- und auszubauen, sowie die (Früh)rehabilitation in unmittelbarer Nähe zu kurativen medizinischen Zentren zu forcieren. Damit könnte die Effizienz der Rehabilitation in der Frühphase nicht nur gesteigert werden, sondern auch das mittelfristige und langfristige Outcome von Personen mit Gesundheitsstörungen op-

timiert werden, und über Umweg Rentabilität langfristig auch ökonomisch sinnvoll sein.

Ein Mehrbedarf an medizinisch stationären Leistungen könnte sich auch durch weitere Faktoren ergeben:

1) Die demographische Entwicklung der Bevölkerung mit einer Zunahme des Bevölkerungsanteils Älterer, und die zunehmend steigende Lebenserwartung (1990-2010 in Österreich um 6 Jahre) bei einem ausbleibenden Anstieg der erkrankungsfreien Lebensspanne [WHO 2010]. Veränderte Ernährungsgewohnheiten, psychische Belastungen im Alltag und ein zunehmender Bewegungsmangel bei erhöhter Aktivität sowie eine körperlich erhöhte Risikobereitschaft vor allem der sportlichen Gesellschaft werden den Bedarf an Patienten mit Behinderung zukünftig erhöhen. Die WHO fand in Mitteleuropa und USA Erkrankungen des Bewegungsapparats, psychische Erkrankungen und Sturzfolgen als die häufigsten Diagnosen für ein Leben mit Behinderung. Neurologische, Herz-Kreislauf und pulmonale Erkrankungen und insgesamt onkologische sowie Stoffwechselerkrankungen sind vergleichsweise weniger häufig [5].

2) Eine weitere Studie der WHO zeigt, dass die Anzahl vieler Erkrankungen in den nächsten Jahren dramatisch ansteigen wird und es ist davon auszugehen, dass viel mehr Menschen mit beeinträchtigter Funktionsfähigkeit rehabilitiert werden müssen [6].

3) Die Anzahl an Personen mit passagerem Pflegeaufwand infolge einer akuten Störung der Gesundheit wird vor allem bei Patienten mit fortgeschrittenem Alter höher werden. Dies ist unter anderem auch darin begründet, dass die kurativ medizinische Versorgung und Machbarkeit (Behandlung von Erkrankungen) sich laufend verbessert, und Patienten, die an Erkrankungen leiden, die früher vorzeitig zum Tode geführt hätten, heute eine höhere Lebenserwartung haben. Ebenso tragen dazu erhebliche Verbesserungen in der medizinischen Erstversorgungskette in Österreich bei.

4) Verfügbarkeit von medizinischen Einrichtungen und Leistungen, die aus wirtschaftlichen Gründen nicht erbracht werden können (z.B. verschiedene kostenintensive Interventionen, die sich wirtschaftlich nicht rechnen, weil die Anzahl an Patienten zu gering ist oder zu stark fluktuiert oder aber nicht in entsprechenden Ausmaß vergütet wird.

5) Notwendigkeit von zusätzlichen Rehabilitationsstrukturen, die in örtlicher Nähe zu den kurativen Zentren stehen und mit diesen eng kooperieren.

6) Temporäre soziale und umgebungsbezogene Karenz mit Einleitung der Rehabilitation, welche dann wohn-

ortnahe fortgesetzt werden kann (Patienten, die an chronischen Erkrankungen mit Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit (Behinderung) leiden.

7) Nicht unwesentlich wird die Entwicklung des Rehabilitationswesens durch die Verfügbarkeit von Ärzten, die in der Rehabilitationsmedizin umfassend ausgebildet sind, bestimmt werden. Einen Facharzt für Rehabilitationsmedizin, der umfassend in der stationären Rehabilitationsmedizin ausgebildet wird, gibt es in Österreich derzeit nicht. In Anbetracht einer zukünftig geringeren Anzahl an Ärzten bei einer prognostizierten Zunahme an Erkrankten mit Behinderung, könnte diese Frage bei gleichbleibenden gesetzlichen Bestimmungen von entscheidender Bedeutung werden, ob sich auch ausreichend ausgebildete Ärzte in genügender Anzahl finden um die medizinische Rehabilitation zukünftig in Österreich auch optimal umsetzen zu können.

Der Ausbau der stationären Rehabilitation in unmittelbarer Kooperation und räumlicher Nähe zu Zentren der Kuration (1 und 2) = stationäre Rehabilitation im Akut- und unmittelbar postakuten Setting - ist in Österreich derzeit in den Ballungszentren nicht flächendeckend möglich. Ebenso fehlt derzeit ein umfassendes Assessment mit Einschätzung des Rehabilitationspotentials kurz vor Entlassung aus dem Akutkrankenhaus/ Akutrehabilitation sowie das individuelle Timing für die Aufnahme in die stationäre Rehabilitationseinheit. Weiters sollten Folge-Assessments im Akutkrankenhaus nach Entlassung aus der stationären Rehabilitation möglich werden. Dies würde eine notwendige Vernetzung zwischen den verschiedenen Rehabilitationssektoren schaffen um das durchgängige Management der Patienten in der Rehabilitation (inklusive tertiärer Rehabilitation) zu optimieren. Zudem würde eine fallbezogene Ergebnismessung von Gesundheit möglich, die durch Ergebnismessungen im kurativen Sektor nach erfolgter Rehabilitation oder in Rehabilitationskrankenanstalten in enger Kooperation mit dem kurativen Sektor durchgeführt werden könnten. Diese würde die Dokumentation der gesundheitsbezogenen Leistungserbringung im Gesundheitssystem ermöglichen.

Konklusion

Der Stellenwert der stationären Rehabilitation ist in Österreich unbestritten. Nach Einschätzung des BÖPMR wird der Bedarf an stationärer Rehabilitation weiter zunehmen, wobei vor allem die Rehabilitation in der Nähe von oder in kurativen medizinischen Krankenanstalten forciert werden sollte. Dies würde vor allem dann eintreten, sollte sich der Gesetzgeber entsprechend den Vorgaben des WHO Rehabilitationsaktes dazu durchringen, die Notwendigkeit der Rehabilitation über den Zeit-

punkt des Eintrittes der aktuellen Gesundheitsstörung zu definieren und entsprechend die Zielsetzungen in der Rehabilitation an den Gesundungsprozess und die Belastbarkeit der Körperstrukturen und Funktionen berücksichtigen. Damit würden die Rehabilitationsmaßnahmen im kurativ medizinischen System und in der frühen Phase nach einer Erkrankung als solche gesetzlich anerkannt werden und der gesetzliche Auftrag für die notwendigen Ausbau der Rehabilitation im kurativen Gesundheitssystem in Österreich hin zu einer "effizienteren medizinischen Rehabilitationskette" umgebaut werden. Dabei würden die notwendigen frührehabilitativen Maßnahmen aufgewertet und in der Struktur und Personalplanung besser berücksichtigt werden. Diese Maßnahmen sind aus Sicht des BÖPMR notwendig, um der zunehmenden Anzahl an Menschen, die aufgrund von Erkrankungen behindert sind, nicht nur das Menschenrecht auf Rehabilitation, sondern auch auf ein optimales Rehabilitationsergebnis zu ermöglichen. Die Errichtung von Rehabilitationskrankenhäusern in unmittelbarer Nähe zu Akutkrankenhäusern wäre eine weitere wichtige Maßnahme, um das Kontinuum der Rehabilitation zu verbessern. Die Vernetzung der verschiedenen Rehabilitationssektoren basierend auf vereinheitlichten Erhebungen des Gesundheitszustandes ist für den BÖPMR wesentlich um die Effizienz der Rehabilitation und damit das Outcome der Rehabilitation zu optimieren.

Literatur

1. Stucki G, von Groote PM, DeLisa JA, Imamura M, Melvin JL, Haig AJ, Li LSW, Reinhardt JD. The policy agenda of ISPRM. *Journal of rehabilitation medicine* 2009, 41(10), 843-852.
2. WHO: World report on disability. 2011 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70670/1/WHO_NMH_VIP_11.01_eng.pdf
3. WHO global disability action plan 2014-2021. Better health for all people with disability. 2014; [Http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_16-en.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_16-en.pdf?ua=1)
4. Mur E, Kullich W et al. Optimaler Zeitpunkt für den Beginn einer stationären Rehabilitation. *Zeitschrift für Mineralstoffwechsel* (submitted)
5. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, Shibuya K et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet* 2012; 380,2163 – 2196.
6. Prince MJ, Wu F, Guo Y, et al., The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet* 2015; 385: 549-62.

Korrespondenzadresse

Prof Dr Gerold Ebenbichler
Univ.Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien
email: gerold.ebenbichler@meduniwien.ac.at