

# 02.

## Rehabilitation

Weißbuch Version 2020

PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

## IMPRESSUM

Herausgeber, Medieninhaber: Verein PRAEVENIRE — Gesellschaft zur Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung; Präsident: Dr. Hans Jörg Schelling; E-Mail: [umsetzen@praevenire.at](mailto:umsetzen@praevenire.at); [www.praevenire.at](http://www.praevenire.at) | Projektdurchführung: PERI Change GmbH, Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien, Tel: 01/4021341-0, Fax: 01/4021341-18 | Projektleiter: Bernhard Hattinger, BA, [b.hattinger@perichange.at](mailto:b.hattinger@perichange.at) | Projektteam: Natalie Kapfer-Rupp, BA, Tanja Orgonyi, MA, Jeannine Schuster, MSc, Kathrin Unterholzner | Redaktion: Mag. Beate Krapfenbauer (Leitung), Mag. Julia Wolkerstorfer | Gestaltung und Produktion: Welldone Werbung und PR GmbH (Gestaltung: Katharina Harringer, Produktion: Mag. Lisa Heigl-Rajchl) | Lektorat: Mag. Charlotte Babits | [www.praevenire.at](http://www.praevenire.at)

Die Publikation und alle darin enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Namentlich gekennzeichnete Aussagen geben die Meinung der Kooperationspartner, Unterstützer und Experten wieder. Die in den Texten verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen treten der besseren Lesbarkeit halber meist nur in einer Form auf, sind aber natürlich gleichwertig auf beide Geschlechter bezogen. Trotz sorgfältiger Manuskriptbearbeitung und Lektorat können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Es kann daher infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht, übernommen werden.

Redaktionsschluss: 03.09.2020

© 2020 PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

## 02. Rehabilitation

### »Ganzheitlich und verpflichtend konsequent«

Ziel einer ganzheitlichen Rehabilitation ist immer die autonome und aktive Teilhabe am Leben, sei es in der privaten oder der beruflichen Welt. In diesem Zusammenspiel müssen folgende gesellschaftliche Entwicklungen mitberücksichtigt werden: Die Menschen werden immer älter und verbleiben länger im Erwerbsleben, was neue Lösungskonzepte für die berufliche Reintegration erforderlich macht. Chronische Erkrankungen sind im Steigen – ein Umstand, der neben einer zielgruppengerechten Versorgung neue Modelle für eine soziale Reintegration verlangt. Wiedereingliederungsteilzeitmodelle werden zukünftig eine wichtigere Rolle spielen und müssen verstärkt ausgerollt werden. Rehabilitation darf nicht länger aus einer ausschließlich gesundheitspolitischen Warte betrachtet werden. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt, rasch auf ein ganzheitliches Reha-Konzept zu setzen, das sozialpolitische, arbeitsmarktpolitische und gesundheitspolitische Aspekte vereint.

### 2.1 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Um Österreichs Rehabilitationskultur auf ein Top-Level zu bewegen, empfiehlt die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 folgende **drei Optimierungsprogramme** mit konkreten **Handlungsempfehlungen**.

#### 1. Rechtssicherheit

##### Den Boden schaffen für eine autonome und aktive Teilnahme am Leben.

1. Es ist essenziell, einen **verbindlichen Rechtsanspruch** auf Rehabilitation zu schaffen und die rechtlichen Rahmenbedingungen für Prehabilitation und Rehabilitation zu konkretisieren: Insbesondere in den Bereichen der beruflichen Rehabilitation, der Rechtssicherheit für Kinder sowie der arbeitsrechtlichen Absicherung für Eltern bestehen rechtliche Lücken, die es zu schließen gilt. Dies bedingt auch die finanzielle Absicherung für Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige durch die öffentliche Hand. Dabei ist es essenziell, die Anspruchsvoraussetzungen im Sinne der Patientinnen und Patienten transparent und verständlich aufzubereiten.
2. Rehabilitationsmaßnahmen müssen schon im Zuge der **Diagnosestellung** vorbereitet werden, um zeitliche Verzögerungen zu verhindern.
3. **Kontrolle von Therapieergebnissen (Outcome):** Maßnahmen sind auf ihre Rehabilitations- und Vorsorgewirkung zu überprüfen, um so ein optimales Behandlungsergebnis für die Patientinnen und Patienten sicherzustellen.
4. Rehabilitation muss ganzheitlich betrachtet werden: Um allen Rehabilitierten einen **Wiedereinstieg** in die Erwerbstätigkeit und Teilhabe am sozialen wie am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen, ist neben

den medizinischen Aspekten insbesondere die soziale und berufliche Ebene zu berücksichtigen. Die Abstimmung zwischen Versicherungsträgern und Unternehmen muss optimiert werden, um die bestmögliche **Wiedereingliederung ins Erwerbsleben** sicherzustellen. [1]

5. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt, die mobile Rehabilitation für Menschen mit Behinderungen zu finanzieren.

#### 2. Einfacher Zugang zu Rehabilitation

##### Die Lebensumstände der Menschen müssen berücksichtigt werden.

1. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 sieht dringenden Handlungsbedarf im Ausbau der **ambulanten, wohnortnahen und mobilen** Rehabilitation: Ein **kommunales Reha-Konzept** ist unausweichlich, um dem **Wiedereingliederungsteilzeitgesetz** insbesondere für onkologische Patientinnen und Patienten gerecht zu werden.
2. Das interdisziplinäre Zusammenspiel auf intra- und extramuraler Ebene ist essenziell, um Patientinnen und Patienten bestmöglich begleiten zu können. In Bezug auf die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie der Gesundheitsberufe ist sicherzustellen, dass die jeweiligen **Curricula ausreichend auf Rehabilitation ausgerichtet** sind, um optimal auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten eingehen zu können.
3. Eine **ambulante „Auffrischungsrehabilitation“** ist verpflichtend nach drei bis sechs Monaten als Rechtsanspruch für die Versicherten sicherzustellen. Weitere Schritte sind auf ärztliche Anordnung zu setzen.

### 3. Spezialisierung auf Kinder

#### Kinder brauchen maßgeschneiderte Konzepte und ihre Familie.

1. Familienorientierte Rehabilitation muss gefördert werden: Kinder und Jugendliche brauchen ein auf sie abgestimmtes, eigenständiges Konzept. Es ist essenziell, dass Eltern ihre Kinder im Zuge einer **familienzentrierten Rehabilitation** begleiten können und dabei finanziell abgesichert sind.
2. Es braucht ein höheres Bewusstsein für die gesellschaftliche Verantwortung hinsichtlich Jugendlicher mit psychischen Erkrankungen (**Mental Health Issues**), die in unserem Gesundheitssystem nicht optimal aufgefangen werden.
3. Für Kinder- und Jugendliche wurden in Österreich Rehabilitationseinrichtungen auf Basis von Public-Private-Partnership-Konzepten und Lebenszyklusmodellen erfolgreich ausgerollt. Es ist zu überprüfen, ob diese Angebotsstrukturen zielgerichtet genutzt werden, Ärztinnen und Ärzte über diese Angebote informiert sind und die Kapazitäten ausreichen. [2]

#### Mensch im Mittelpunkt

Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 sieht die Ausrichtung auf Potenziale statt auf Defizite als wichtige Aufgabe der Rehabilitation. Wir sollten uns stets fragen, in welchen Bereichen die Potenziale der betroffenen Menschen liegen und welche Faktoren unterstützend agieren können – nicht nur für die Person selbst, sondern auch innerhalb ihres sozialen Umfelds. Vor diesem Hintergrund sollen betreuende und pflegende Angehörige [3] mit ins Boot geholt werden, um zu vermeiden, dass es aufgrund von Überlastung zur Erkrankung eines ganzen Familiensystems kommt.

Ziel soll es daher sein, eine personalisierte Rehabilitation zu etablieren, in der alle Patientinnen und Patienten genau die für ihre Umstände benötigte Behandlung und Unterstützung zur aktiven Teilnahme an der Gesellschaft bekommen.

#### Chancen der Digitalisierung

Gerade in der Zeit nach dem stationären Aufenthalt gilt es für die Patientinnen und Patienten, am Ball zu bleiben. Die Digitalisierung bietet hierfür wertvolle Möglichkeiten, um das klassische Rehabilitationsangebot zu unterstützen.

Aus der zunehmenden Digitalisierung resultiert darüber hinaus ein optimierter Zugang zu Daten bezüglich Rehabilitationserfolg. Mittels Deep Learning und Forschungsarbeit mit Künstlicher Intelligenz ist es möglich geworden, die optimale personalisierte Rehabilitation für die jeweilige Patientin bzw. den jeweiligen Patienten zu eruieren.

Ein weiterer positiver Aspekt der Telerehabilitation sind die deutlich gesenkten Kosten, die mit einer Rehabilitation verbunden sind. [4]

Ein **Benachrichtigungssystem zur Auffrischung bzw. Erinnerung an therapeutische Maßnahmen nach einer Rehabilitation** ist – ähnlich wie bei Krebsvorsorgeuntersuchungen – zu etablieren.

Auch Anleitungen zur Unterstützung der Reha-Prozesse sollen digital zur Verfügung gestellt werden, sodass gezielte Übungen auch nach der Reha zu Hause als ständiger unterstützender Prozess sichergestellt werden und der Erfolg der Reha nachhaltig wirken kann.

[1]–[4] ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER » siehe 2.2. auf der folgenden Seite

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Rehabilitation



## 2.2 ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

### Ergänzungen und Dissensposition der Arbeiterkammer Wien (AK Wien) und des Österreichischen Gewerkschaftsbundes (ÖGB)

Early-Intervention-Maßnahmen sind schon bei der Diagnoseerstellung zu berücksichtigen. Ein sinnvoller Ansatz ist eine frühzeitige Intervention bei gesundheitlichen Problemen und zur Früherfassung von langen Krankenständen. Hier greift „Early Intervention“. Wichtig dabei sind niederschwellige und maßgeschneiderte Beratungs- und Informationsangebote zu Arbeit und Gesundheit – sowohl für die Beschäftigten als auch für Betriebe.

Personen mit einem durchgehenden Krankenstand von mindestens 28 Tagen werden von den Krankenversicherungsträgern zu einem freiwilligen Gespräch eingeladen, in dem sie auf bestehende Präventions-, Frühinterventions- und Rehabilitationsmaßnahmen aufmerksam gemacht werden.

**[1]** *Zu 1.4:* Die Wiedereingliederungsteilzeit hat sich als erfolgreiches Modell etabliert, in der Praxis muss nachgeschärft werden. Bei Versicherten mit chronischen Erkrankungen (z. B. MS-Patientinnen und -patienten),

deren Krankheit häufig in Schüben verläuft, sind häufige Krankenstände erforderlich, die aber nicht immer sechs Wochen dauern. In diesen Fällen wäre es sinnvoll, nicht erneut die gesamten Formalitäten zu durchlaufen, sondern eine vereinfachte Begutachtung etc. zu schaffen.

**[2]** *Zu 3.3:* Die Die AK Wien und der ÖGB sprechen sich sich dafür aus, die ambulante „Auffrischungsrehabilitation“ als Rechtsanspruch der Versicherten sicherzustellen.

**[3]** *Zu Mensch im Mittelpunkt:* Die AK Wien und der ÖGB sprechen sich im Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation – solange verpflichtende Rahmenbedingungen für PPP-Modelle fehlen – für öffentliche Modelle aus (siehe Dissens im Kapitel Systemstruktur).

**[4]** *Zu Chancen der Digitalisierung:* Die positiven Effekte von Rehabilitation und anderer Gesundheitsdienstleistungen ausschließlich zu ökonomisieren, ist nach Ansicht der AK Wien und des ÖGB zu kurz gegriffen (siehe Dissens im Kapitel Patientenorientierung).

# EXPERTISE SUMMARY

## 02. Rehabilitation

---

Zusammenfassung der Expertenbeiträge

Management Summary des PRAEVENIRE Gipfelgesprächs

Experteninterviews

Quellenverzeichnis

Mitwirkende Expertinnen und Experten

# Zusammenfassung der Expertenbeiträge

**Rehabilitation ist als Prozess zur Bewältigung einer Gesundheits- oder Funktionsstörung nach Abstimmung mit Umweltressourcen und den individuellen Ressourcen der Patientin und des Patienten zu sehen. Rehabilitation ist nicht ICD(International Code of Disease)-orientiert, sprich krankheits- oder diagnoseorientiert, sondern ICF(International Code of Function)-, also funktionsorientiert. Sie umfasst alle Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiedergewinnung einer aktiven Teilnahme am Familienleben, zur autonomen Partizipation in gesellschaftlichen Bereichen sowie zur Wiedereingliederung in die Berufstätigkeit. Dieser Prozess zur Bewältigung einer Gesundheits- oder Funktionsstörung ist sowohl mit den individuellen Bedürfnissen der Patientin und des Patienten als auch mit seinen Umfeld- und Umwelt-Ressourcen abzustimmen.**

## Versorgungssituation in Österreich

Voraussetzung für künftige politische Maßnahmen ist eine Bestandsaufnahme des Ist-Zustandes der rehabilitativen Versorgungsstruktur. Darauf aufbauend kann das Rehabilitationsangebot für künftige Herausforderungen optimal aufgestellt werden. Dabei ist der bisher noch nicht etablierte ganzheitliche Ansatz inklusive präventiver Gesundheitsförderung miteinzu beziehen. Für Patientinnen und Patienten sind die berufliche Wiederbefähigung sowie die soziale Wiedereingliederung zu optimieren, an eine Strukturierung nach Alter (spezifische Rehabilitationseinrichtungen für Kinder- und Jugendliche) zu denken, weiters sind Mental Health Issues, das familiäre Umfeld und soziale Umweltressourcen mitzubedenken. Auf struktureller Ebene sind berufliche Zuständigkeiten zu ordnen, die Schnittstelle zwischen intra- und extramuralem Bereich zu schließen und nachhaltige, mobile Lösungen für rehabilitative Nachbetreuung im Wohnumfeld zu finden. Insbesondere fehlt es für die Zeit nach dem stationären Aufenthalt an ambulanten Rehabilitationseinrichtungen in Österreich, die eine nachhaltige Wiederherstellung und Eingliederung bzw. aktive Teilhabe an familiärem, sozialem und beruflichem Leben unterstützt.

Patientinnen und Patienten, die in eine Rehabilitationseinrichtung überwiesen werden, wissen meist zu wenig, was sie erwartet. Es müssen deshalb Kommunikations- sowie Informationsmaßnahmen sowohl für die Patientinnen und Patienten selbst als auch für deren Angehörige ausgebaut werden und die Rehabilitationsmöglichkeiten transparenter zugänglich sein. Mit dem Wissen um unterschiedliche Möglichkeiten und einem Mitspracherecht kann er eigenverantwortlicher gemeinsam mit der betreuenden Ärztin oder dem betreuenden Arzt und der Therapeutin oder dem Therapeuten die passende Reha-Auswahl treffen.

**Der Bereich der stationären Rehabilitation** ist in Österreich gut ausgebaut, vor allem im Feld der Neurologie und Onkologie (etwa 640 Betten), die Bettenkapazität ausreichend, allerdings wird Verbesserungsspielraum bei der Organisation der Bettenverteilung gesehen.

**Notwendigkeit ambulanter und mobiler Rehabilitation:** Wünschenswert ist ein vermehrtes Angebot an ambulanten Programmen (insbesondere für Mental Health Issues, aber auch im kardio-vaskulären Bereich), das System soll nicht nur den stationären Bedarf abdecken. Neben dem geforderten Ausbau ambulanter Reha-Angebote in Österreich sind auch mobile, digitale Technologien einzubinden, z. B. Telereha in ländlichen Regionen oder digitale Lösungen für den Heimgebrauch. Ansätze und Überlegungen zu einer derartigen Ausgestaltung sind bereits vorhanden. Aber es gibt derzeit noch keine Vergütungsmöglichkeiten. Besonders für Frauen ist die Möglichkeit einer ambulanten Rehabilitation notwendig, weil sie oftmals ungleich verteilte Lasten bei Kinderbetreuung, Pflege und Haushaltsführung tragen.

**Angebote für Berufstätige:** Der Bedarf an ambulanter Rehabilitation ergibt sich auch durch die Generation, die mitten im Berufsleben steht und nicht ohne Weiteres eine drei bis vier Wochen durchgehend stationäre Rehabilitation in Anspruch nehmen kann. Individuellere Angebote sind notwendig, zugeschnitten auf die Art der Erkrankung und Therapie der Patientin oder des Patienten, auf die Lebensumstände, auf das familiäre Umfeld und die Entscheidung, ob Abstand vom gewohnten Setting für die Rehabilitation (z. B. bei Rehabilitation von Mental Health Issues) förderlich ist.

**Onkologische Rehabilitation:** Eine ambulante physiologische Rehabilitation muss flächendeckend angeboten werden und das Wissen um dieses Angebot muss, vor allem im ländlichen Bereich, gestärkt werden.

Optimal wäre es, wenn die Patientin oder der Patient zuerst stationär aufgenommen wird und die Weiterführung ambulant, im Idealfall über zwei Jahre, erfolgt. Das Rehabilitationspotenzial sollte gemeinsam mit der gesicherten Diagnose erhoben werden, sodass die Patientin bzw. der Patient schnellstmöglich wieder ein selbstbestimmtes Leben führen und wieder arbeiten kann.

Hinzu kommt die neue, sogenannte Prerehabilitation: In der Zeit zwischen der Diagnose und der Therapie/Operation beginnt die Patientin bzw. der Patient, in Zusammenarbeit mit der physikalischen Therapie, zu trainieren. Hierdurch kann die immunologische Situation im Tumor umgebenden Gewebe dahingehend verbessert werden, dass sie durch die Zellkommunikation im Gewebe um den Tumor eine Anti-Tumor-Wirkung hat. Diesbezüglich existieren bereits weltweite Studien und Pilotprojekte.

**Verknüpfung von physikalischer Medizin und Therapie:** Da in der physikalischen Medizin ein Fokus auf die Stoßwellentherapie gelegt wird und diese in zehn Jahren stark weiterentwickelt wurde, sollten Ärztinnen und Ärzte für die wissenschaftlich erforschte Effizienz der physikalischen Medizin sensibilisiert werden, um physikalische Therapie und allgemeine Rehabilitation selbst durchzuführen und nicht nur an nicht ärztliche Gesundheitsberufe wie z.B. Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeutinnen oder -therapeuten, med. Masseur etc. zu delegieren. Somit können lange Wartezeiten auf die Physiotherapie überbrückt werden.

Auch die Aufgabenverteilung innerhalb der medizinischen und nicht medizinischen Gesundheitsberufe muss klar geregelt und strukturiert sein. Jeder, der in diesem Bereich tätig ist, sollte sich genau seiner Kompetenzen, Befugnisse und Zuständigkeiten bewusst sein, da Patientinnen und Patienten den Unterschied meist nicht kennen. Wichtig ist auch, dass eine Diagnosestellung nur durch eine Medizinerin oder einen Mediziner erfolgt. Aktuell konzentriert sich die physikalische Medizin auf die Tertiärprävention, die nach einer Erkrankung die Gesundheit wiederherstellt. Doch physikalische Medizin sollte bereits früher im Leben, primärpräventiv, eingreifen können und vom Kindergarten bis hin zur Ausbildung begleitend mitwirken.

**Die Vernetzung von Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen** ist verbesserungswürdig: Das bestehende System wird vor allem im Bereich der Patien-

tenzuteilung teilweise als undurchsichtig eingeschätzt und sollte optimiert werden. Ein Prozess des Diskurses zwischen medizinischen Expertinnen und Experten und dem Kostenträger sollte instituiert werden.

Wenn der Barthel-Index einen Score von unter 30 aufweist, besteht ein erheblicher Pflegebedarf. Die 17 Einrichtungen der PVA weisen ein bis drei sogenannte Alleinstellungsmerkmale auf, bei Krankheitsbildern, bei denen davon schwer betroffene Menschen sonst nicht rehabilitiert werden könnten. Patientinnen und Patienten mit einem Index von unter 30 werden von den PVA-Sonderkrankenanstalten übernommen (darunter fallen z. B. Herztransplantierte, Beinamputierte, neurokardiologische Patienten ...). In fast allen Einrichtungen der PVA gibt es eine Bettenstation, die vergleichbar wie in einem Spital arbeitet. Damit trägt die PVA mit ihren eigenen Einrichtungen maßgeblich zur sozialen Sicherheit für schwer betroffene Patienten bei. Dieser Versorgungsbeitrag ist auch insofern ein wesentlicher, da aufgrund struktureller, personeller und ökonomischer Gegebenheiten stark Pflegebedürftige von den meisten privaten Rehabilitationseinrichtungen nicht aufgenommen werden können.

---

# Rund 100.000

*Personen sind aufgrund gesundheitlicher Einschränkung schwer am Arbeitsmarkt vermittelbar.*

---

## Individualisierung und Angebotsstrukturierung

Es ist sinnvoll, Rehabilitationseinrichtungen nach der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zu strukturieren, um eine effizientere und individuellere Wiederherstellung und Teilhabe zu gewährleisten. Darüber hinaus ist eine auf die verschiedenen Lebensphasen maßgeschneiderte Rehabilitation wichtig: eine für Kinder und Jugendliche spezifizierte, eine auf Personen im erwerbsfähigen Alter ausgerichtete und eine auf die Bedürfnisse von Seniorinnen und Senioren zugeschnittene.

**Für Kinder und Jugendliche** hat Rehabilitation eine besondere Gewichtung für die Förderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilnahme unserer

Kinder am Leben der Gesellschaft sowie für die Vermeidung von Benachteiligungen. Es gibt derzeit eine auf Vereinbarungen und Verträgen beruhende Versorgung in sechs Einrichtungen. Ein definierter Bettenbedarf (393 Betten) nach Indikationen wurde vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Rehabilitationsplan 2012 festgelegt. Im Zuge eines EU-weiten Ausschreibungsverfahrens erhielten verschiedene Betreiber Rehabilitationsaufträge in vier definierten Versorgungszonen. Insbesondere wurde bei der Vergabe auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität geachtet.

Allerdings sind die Planung und Abstimmung aufeinander verbesserungswürdig. Insbesondere eine Verbesserung regionaler Abstimmungsprozesse, vor allem bei Zuweisung und Nachsorge, ist wichtig. Rehabilitationsinhalte und Zuweisungsprozesse müssen mit medizinischen Experten und den Einrichtungen sowie den Fachgesellschaften abgestimmt werden. Insbesondere im Mental-Health-Bereich ist auf den besonderen Bedarf an Fachkräften und engere Kooperation mit Fachärztinnen und -ärzten zu achten. Case- und Care-Management müssen eine zentrale Rolle einnehmen,

Rechtsansprüche für Kinder- und Jugendliche müssen eingeführt werden. Familiengefüge müssen mittherapiert werden, um Familien in der psychisch belastenden Ausnahmesituation zu unterstützen und dem Kind das Beisein von Familienmitgliedern (Eltern und Geschwister) zu ermöglichen. Derzeit ist eine familienorientierte Rehabilitation nur für hämatonkologische Kinderpatienten auf Basis von einvernehmlichen Vereinbarungen (ohne gesetzliche Neuregelung) geregelt. Eine solche wäre allerdings auch in anderen Indikationen (z. B. Organplantationen) angezeigt. Arbeits- und sozialrechtlich müssen hier Unterstützungsstrukturen für Eltern im Rahmen des ASVG geschaffen werden (Elternurlaub). Beantragungsrichtlinien müssen klar geregelt werden und einfach zugänglich sein.

Eine Koordination der österreichischen Kinderrehabilitationszentren sollte zentral erfolgen, um Aktivitäten wie regelmäßige nationale Koordinationstreffen zu steuern.

**Für Jugendliche mit Mental Health Issues**, die beim Übergang von der Schule zur Arbeitswelt große Probleme haben oder die berufliche Ausbildung nicht schaffen, fehlt ein Konzept einer ambulanten integrativen medizinisch-therapeutischen, beruflichen und

sozialen Rehabilitation. Dieses stellt einen wesentlichen Baustein bei der Herstellung der notwendigen Struktur zur Gewährleistung eines kontinuierlichen lückenlosen Unterstützungsangebotes für Kinder und Jugendliche mit Mental Health Issues und deren Eltern dar. Ziel des Konzeptes ist die Unterstützung der Jugendlichen in der Bewältigung der altersentsprechenden Entwicklungsaufgaben sowie die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Betroffen sind zwischen 20 und 25 Prozent aller Jugendlichen, bei denen Mental Health Issues diagnostiziert sind. Etwa vier Prozent dieser Jugendlichen benötigen eine solche professionelle, interdisziplinäre Unterstützung. Denn eine Nicht-Behandlung führt im Großteil der Fälle zur Verschlechterung der psychischen Gesundheitsstörung und zur Chronifizierung im Erwachsenenalter und begünstigt nachweislich im weiteren Verlauf des Lebens auch Drogenkonsum und delinquentes Verhalten. Nicht zuletzt steigt bei dieser Zielgruppe auch signifikant das Risiko einer dauerhaften Erwerbslosigkeit und Armutsgefährdung. Gesundheitswesen, Jugendwohlfahrt bzw. Jugendhilfe sowie insgesamt das Sozial- und Bildungssystem sind die zentralen gesellschaftlichen Sektoren, die dieser Zielgruppe und deren Eltern Unterstützung bieten. Zusätzlich zu den unterschiedlichsten Einrichtungen im Gesundheits- und Bildungswesen sind noch Landesbehörden, Bundessozialämter sowie das Arbeitsmarktservice involviert, wobei die Zuständigkeiten unklar sind und die Koordination mangelhaft ist. Vor allem im Bereich der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen gibt es zudem auch keine klare Grundlage in der Rechtsordnung und somit auch keine verbindlichen Kooperationsstrukturen zwischen diesen Leistungsträgern. Diese müssten dringend geschaffen werden.

Gemessen an der Problemstellung herrscht insgesamt sowohl im schulischen Bereich als auch bei Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen und Therapeuten eine signifikante Unterversorgung. In Deutschland hingegen ist die psychosoziale Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen im Sozialbuch dezidiert genannt. In der sogenannten Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ist das Zusammenwirken der Akteure gewährleistet, und die Jugendhilfe ist bis zum 24. bis teils bis zum 26. Lebensjahr für Unterstützung verantwortlich. Es gibt also eine ernsthafte Problemlage bei Jugendlichen, ein fragmentiertes unzureichendes Versorgungssystem und verunsicherte Eltern, die sich alleingelassen fühlen und keine ausreichende Unter-

stützung finden. Im Unterschied zu Österreich existiert für Kinder und Jugendliche mit Mental Health Issues in Deutschland eine Institutionalisierung und Verankerung des Unterstützungsangebots im Sozialsystem.

**Definition: Mental Health Issues**

Unter dem Begriff Mental Health Issues werden unterschiedliche Problemlagen mit mehreren psychischen Störungen – den sogenannten komorbiden – subsumiert, die beispielsweise ihren Ausdruck in psychischen wie auch körperlichen Symptomen oder auch Verhaltensauffälligkeiten finden können. Eine Auffälligkeit bedeutet nicht zwingend, dass eine Störung oder manifeste Behandlungsbedürftigkeit vorliegt. Wesentlicher Aspekt ist, sich von den traditionellen Stigmatisierungen und an Krankheitseinheiten orientierten Systematiken bezüglich psychischer Erkrankungen zu lösen. Der Ansatz betont vielmehr das Entwicklungspotenzial in einer psychosozialen Perspektive. So steht z.B. das Phänomen der Mental-Health-Problemlagen erwiesenermaßen in Zusammenhang mit Alter (mit steigendem Alter steigt Ausprägung), Geschlecht (Mädchen sind häufiger betroffen) und sozialer Gesellschaftsschicht (hochgradig höheres Risiko in sozial benachteiligten Familien).

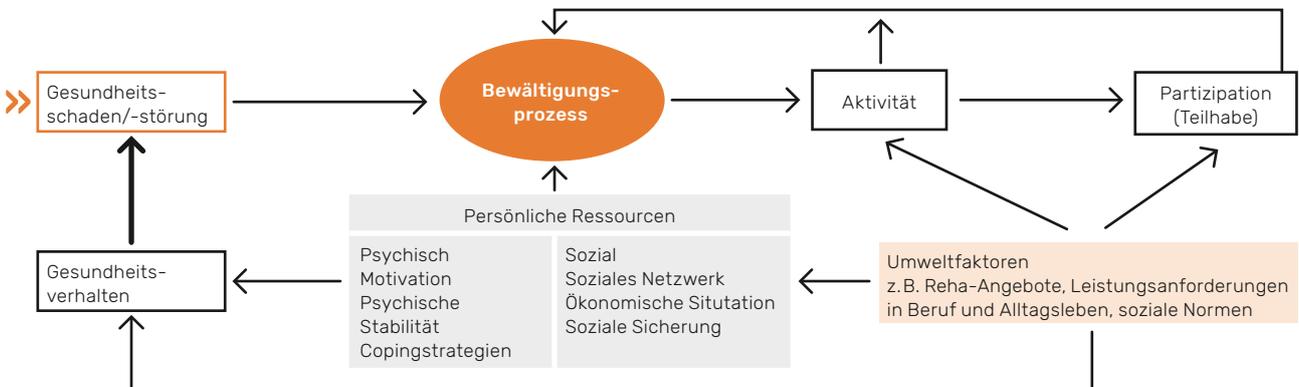
**Für Seniorinnen und Senioren** besteht das Problem, dass kein Rechtsanspruch auf Rehabilitation gegeben ist. Der Zugang wird zudem insbesondere für ASVG-Versicherte zunehmend schwieriger. Einfachere Reha-Zugänge wären die Chance, um eine Verschlechterung des individuellen Gesamtgesundheitszustandes zu

vermeiden oder zu verzögern und so das Abrutschen in das Pflegesystem zu verhindern. Dies wiederum hat nicht nur für die individuelle Lebensqualität Vorteile, sondern auch für die Volkswirtschaft

**Für Personen im erwerbsfähigen Alter** braucht es eine Verschärfung des Konnexes zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation. Im Vergleich zu Deutschland ist in Österreich die Joborientierung zu wenig ausgebaut. Es fehlt die rechtliche Grundlage für eine abschließende Befundung über den Gesundheitszustand der Rehabilitierten hinsichtlich Art und Grad der Arbeitsfähigkeit, die wichtige Informationsbasis zur Orientierung für die Arbeitsmedizinerin und den Arbeitsmediziner sowie für das Unternehmen zur Wiedereingliederung in das berufliche Umfeld wäre.

**Berufliche Reintegration**

Rehabilitation ist ein wirksames Instrument, um berufliche Teilhabe sicherzustellen und ein autonomes Leben zu ermöglichen. Die zentrale Frage ist allerdings: Wer formuliert den Rehabilitationsbedarf? Wer kann idealerweise und zum richtigen Zeitpunkt feststellen, dass der Erhalt der Erwerbsfähigkeit gefährdet ist und eine Rehabilitation angezeigt wäre, um diese zu erhalten? Gerade in der Frage der beruflichen Inklusion ist eine abgestimmtere Zusammenarbeit zwischen Unternehmen und Versicherungsträger sinnvoll, um einem gemeinsamen Ziel, nämlich dem Erhalt der Fähigkeit zur Berufsausübung, näher zu kommen. Die Teilhabe an einem sozialen, beruflichen Leben soll im



Die Weiterentwicklung des gegenwärtigen Rehabilitationsmodells der WHO beinhaltet Zusammenhänge und Wirkungen sowie die Einflussfaktoren persönlicher Ressourcen und Umweltfaktoren.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> N. Gerdes, J. Weis: Zur Theorie der Rehabilitation. In: Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften, 2000, S. 40-68.

Vordergrund stehen, denn die Funktion an sich ist oft nicht mehr in vollem Ausmaß herstellbar. Gerade in der Frage der beruflichen Inklusion ist eine abgestimmtere Zusammenarbeit zwischen Unternehmen und Versicherungsträgern sinnvoll, um einem gemeinsamen Ziel, nämlich dem des Erhalts der Fähigkeit zur Berufsausübung, näher zu kommen.

Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, dass Rahmenbedingungen geschaffen werden, die es allen Menschen ermöglichen, ihren Beruf so lange wie möglich gesund ausüben zu können. Dafür braucht es neben wirkungsvollem Arbeitnehmerschutz auch altersgerechte Arbeitsplätze, die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern die Möglichkeit geben, ihren Beruf bis zum Pensionsalter ausüben zu können. Während unser dichtes arbeits- und sozialversicherungsrechtliches Netz in jenen Fällen, in denen eine erwerbstätige Person vorübergehend ihre Arbeitsfähigkeit verliert, Absicherung in Form von Krankenbehandlung und Anstaltspflege gewährleistet, zeigen sich Schwachstellen im Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen.

Damit diese Maßnahmen Platz greifen können, müssen sie die betroffenen Menschen auch erreichen. Und zwar frühestmöglich, also bestenfalls noch vor dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Problem hierbei ist, dass der Zugang zu einem Rechtsanspruch auf Rehabilitationsmaßnahmen erst sehr spät erfolgt, nämlich erst mit dem Antrag auf Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension. Eine weitere Hürde stellt der Zugang für Personen dar, die keine oder keine am Arbeitsmarkt nachgefragte Qualifikation vorweisen können (Berufsschutz). Das führt dazu, dass gering qualifizierte Arbeiterinnen und Arbeiter weitgehend vom Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen ausgeschlossen sind.

Für die Schnittstelle von der Rehabilitation zurück ins Unternehmen müssen Modelle einer Rehabilitation mit Berufsbezug ausgebaut werden, und auf die konkreten Anforderungen bei der beruflichen Wiedereingliederung muss seitens des Rehabilitationszentrums eingegangen werden. Das gilt in einem besonderen Ausmaß bei Rehabilitation von Mental Health Issues, diese Erkrankungen stellen die Hauptursache für krankheitsbedingte Frühpensionierungen dar.

---

#### **EINZIGARTIG: TUMORBOARD**

*Das Allgemeine Krankenhaus in Wien und die MedUni Wien haben weltweit als einziges Krankenhaus ein*

*Tumorboard für onkologische Rehabilitation. Die Abteilung der Onkologie arbeitet seit zehn Jahren erfolgreich mit der physikalisch-medizinischen Abteilung unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Richard Crevenna, MBA, MMSc zusammen.*

---

Das Pilotprojekt Camino steht für Chancen am Arbeitsmarkt durch individuelle Orientierung und wurde von Juni 2018 bis Juli 2019 am BBRZ-Standort in Wien durchgeführt. Als zukunftsweisendes Modell der beruflichen Reha setzt Camino den Fokus auf eine kundenzentrierte, kompetenzorientierte Haltung und richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen und Problemlagen der Kundinnen und Kunden. Dies ermöglicht eine flexible und zielorientierte Nutzung der verfügbaren Angebote in einem maximalen Förderzeitraum von 18 Wochen. Der klare Fokus liegt auf der Integration in den Arbeitsmarkt. Dabei sollen alle für die Integration in den Arbeitsmarkt relevanten Bedürfnisse – berufliche, finanzielle, soziale, physische oder psychische – gedeckt werden. Ist aus gesundheitlichen Gründen eine Unterbrechung der Reha erforderlich, so kann zu einem späteren Zeitpunkt die Reha fortgesetzt werden. Die Ergebnisse sind sehr positiv, daher erscheint es sinnvoll, Camino bundesweit auszurollen.

Grundsätzlich gilt, dass die Erhöhung der Erwerbsbeteiligung den Grundstein der sozialen Sicherheit legt. Ziel ist es, das faktische Pensionsalter ohne das gesetzliche Pensionsalter zu heben. Alter(n)sgerechtes Arbeiten sollte garantiert werden und dazu beitragen, die Erwerbsquote älterer Menschen zu erhöhen und das faktische an das gesetzliche Pensionsantrittsalter heranzuführen.

**Problematik bei Inanspruchnahme:** Auch nach dem SRÄG 2012 wird über Rehabilitationsmaßnahmen erst entschieden, wenn bereits ein Pensionsantrag eingebracht wurde (der in einen Antrag auf Rehabilitation bzw. Feststellung des Berufsfeldes, in das umgeschult werden soll, umzudeuten ist). Leider setzt auch der neue Rehabilitationsanspruch bei drohender Invalidität voraus, dass die Invalidität bzw. Berufsunfähigkeitspension bereits wahrscheinlich vorliegt oder in absehbarer Zeit vorliegen wird. Dazu kommt, dass zugesprochene Maßnahmen der Rehabilitation in vielen Fällen kaum ausreichende Verbesserung bringen, was wenig verwundert, geht man doch davon aus, dass vielfach als Maßnahme der Rehabilitation das Abwarten der weiteren Entwicklung des Zustandes bescheidmäßig vorgesehen ist.

Die BVA (Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter) bietet Stabilisierungsmaßnahmen parallel zur Rehabilitation an. Bei diesen wird neben der Auszahlung des Reha-Geldes wieder begonnen zu arbeiten. Die rechtliche Grundlage ist geschaffen, allerdings wird das Angebot aufgrund rechtlicher Zugangsvoraussetzungen und fehlender Informationen wenig angenommen. Dadurch werden Anträge zu spät gestellt. Sinnvoll wäre, sowohl Betriebe als auch Betriebsärztinnen und -ärzte rechtzeitig über Angebote und Möglichkeiten zu informieren. Krankenstands-Monitorings und verpflichtende Beratungen durch die AUVA oder einer anderen Institution bieten eine gute Möglichkeit herauszufinden, welche Optionen es gäbe.

#### **PILOTPROJEKT PV REHAJET®**

*PV RehaJET® (Rehabilitation für Job, Erwerbsfähigkeit und Teilhabe) ist ein medizinisch-berufsorientiertes Rehabilitationsangebot der PVA-Einrichtungen. Ziel ist es, die individuellen beruflichen und arbeitsplatzbezogenen Aspekte in die medizinische Rehabilitation zu integrieren. Patientinnen und Patienten werden von Entlassungs- und Teilhabe-Beraterinnen und -Beratern auf ihrem Weg, z. B. zur Wiedereingliederung in den Beruf, begleitet. Dazu gehört auch die Früherkennung von besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL).*

**Effizientere Schnittstellenvernetzung:** Die PVA könnte als Träger der Rehabilitation viel mehr ausrichten, wenn der Prozess vor und nach einer Rehabilitation in einem Guss zusammenpassen würde. Das bedeutet, dass zwischen PVA und der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) sowie dem niedergelassenen Bereich ein Dialog geschaffen werden muss, damit z. B. Patienten, die durch lange Krankenstände auffallen, frühzeitig für die Rehabilitation erfasst werden können. Eine engere Verzahnung zwischen der GGK- bzw. der PVA-Rehabilitation und dem AMS wären ebenso wünschenswert. Wenn eine Patientin oder ein Patient z. B. von der PVA rehabilitiert wurde und sich beim AMS meldet, um wieder in den Arbeitsmarkt eingegliedert zu werden, sollten dem AMS alle relevanten Informationen zur Verfügung stehen. Die Abwicklung sollte effizienter gestaltet werden, um einen Wiedereinstieg ins Berufsleben möglichst rasch zu ermöglichen. Zugesprochene Maßnahmen der Rehabilitation bringen in vielen Fällen kaum ausreichende Verbesserung, wenn das Abwarten der weiteren Entwicklung des Zustandes bescheidenmäßig vorgesehen ist und somit die Bürokratie wertvolle Rehabilitationszeit kostet. Das Zusammenspiel der

Kräfte (Klinik, Kasse ...) und mit Arbeitsmedizinerinnen und -medizinern in Unternehmen ist für die berufliche Reintegration von essenzieller Bedeutung.

Die Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner sollten als Hauptansprechpartner für die medizinisch-berufsorientierte Rehabilitation gesehen werden, da sie die Menschen direkt im Arbeitsleben antreffen. Diese Berufsgruppe muss daher an Bedeutung gewinnen. Derzeit stellen begutachtende Ärztinnen und Ärzte keine Anträge, da dies eine kurative Tätigkeit ist.

#### **BEISPIEL**

##### **INSTITUTIONALISIERTE NETZWERKBILDUNG**

*Die Zielgruppe der Jugendlichen mit Mental Health Issues hat aufgrund der komplexen Problemlagen einen sehr hohen Hilfebedarf. Die Jugendlichen müssen bei der Bewältigung der Entwicklungsaufgabe als auch bei der Integration in die Berufswelt unterstützt und betreut werden. Die Unterstützung erfordert eine gemeinsame Sichtweise und gesellschaftlich abgestimmte Intervention der verantwortlichen Institutionen im Schul-, Gesundheits- und Sozialsystem sowie auf dem Arbeitsmarkt.*

Ein Best Practice aus Niederösterreich zeigt, wie ein institutionalisiertes Netzwerk entstehen kann. In der Kinderklinik Hinterbrühl entwickelte sich ein Zusammenspiel aus Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, Jugendämtern und Arbeitsmarktservice. Dadurch wird eine neue Qualität im Angebot unterstützt. Mittlerweile sind in Niederösterreich in allen Regionen derartige Netzwerke etabliert. Fazit: Die Fragmentierung und Zerstückelung soll durch Netzwerkbildung und abgestimmte Handlungen der einzelnen Professionen ersetzt werden. Es bedarf einer Institutionalisierung und Verankerung eines integrierten Versorgungsangebots in unserem Bildungs-, Gesundheits- und Sozialsystem.

## **Verbesserung poststationärer Versorgung**

Während einer stationären Rehabilitation erhalten Patientinnen und Patienten Schulungen, etwa zu Ernährung, Bewegung, Sicherheit und Hygiene. Die Herausforderung besteht allerdings in der nachhaltigen Umsetzung der erworbenen Kenntnisse. Besonders bei älteren Patientinnen und Patienten ist eine Um-

stellung der Lebensgewohnheiten auf gesundheitsdienlichere Verhaltensmuster erschwert. Deshalb muss Health Literacy zu Alltagsthemen frühzeitig ansetzen und bereits in Lehrplänen von Schulen und in Kindergärten (für Vermittlung von Gesundheitskompetenz und als Primärpräventionsmaßnahme) mitbedacht werden.

**Monitoring-Systeme:** Eine Begleitung der Patientinnen und Patienten nach dem Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung wäre wichtig, allerdings fehlen Monitoring-Systeme ebenso wie ein System zur Messung mittel- und langfristiger Effekte. Ein nachahmenswertes und ausbaufähiges Modell liefern PVA-Rehazentren wo Entlassungs- und Teilhabeberater installiert wurden, welche strukturiert die Kontextfaktoren abfragen. Daran kann eine bedürfnisorientierte Reha-Planung abgeleitet werden. Ein Check-up oder Refresher überprüft die Fortschritte der Patientinnen und Patienten nach einem gewissen Zeitraum und evaluiert seine an die Patientin oder den Patienten gegebenen Empfehlungen. In einem weiteren Schritt gibt es die Möglichkeit, die Nachhaltigkeit der Reha-Ziele zu verbessern. Die PVA kann die Nachbetreuung der Patientinnen und Patienten aber nicht alleine tragen, daher wird an den integrierten Betreuungspfad appelliert (z. B. Sturzprävention durch die ÖGK).

Für eine Evaluierung der Anwendungen und deren Intensität sind alle rehabilitierenden Akteure gefordert, Nachweise über Wirksamkeit und Nachhaltigkeit einer Behandlungsmethode bereitzustellen.

**Bei Disease-Management-Programmen und Spezialambulanzen** besteht die Notwendigkeit verbesserter Anschlussheilverfahren. Insbesondere für Schlaganfallpatientinnen und -patienten ist eine postrehabilitative Versorgung dringend notwendig. Dabei ist zweitrangig, wer diese Aufgabe übernimmt, primär muss es eine solche für die Patientin bzw. den Patienten passende Lösung geben. Das Ziel muss die Eingliederung in ein Disease-Management-Programm sein. Das kann den Behandlungserfolg langfristig steigern und auch die Kosteneffektivität des Angebotes erhöhen. Eine geeignete Stelle für diese Versorgung wären Spezialambulanzen.

**Sychische und psychosomatische Erkrankungen** können nicht in kurzer Zeit rehabilitiert werden. Die Behandlung bildet eine besondere Herausforderung, da Mental Health Issues durch einen langen Krankheits-

verlauf geprägt und nicht in kurzer Zeit austherapiert sind. Es kommt vor, dass Patientinnen und Patienten in Rehabilitationseinrichtungen überwiesen werden, ohne dass davor eine Diagnose mit Festlegung einer Therapie gemacht wurde. Das wäre vergleichbar mit einem Herzinfarktpatienten, der ohne Stent und Medikation in die Rehabilitation kommt. Vor der Rehabilitation wäre also eine entsprechende Therapie erforderlich.

**Eigenverantwortung und Gesundheitskompetenz:** Es wird gemeinsam mit der GVA (Gesundheitsvorsorge Aktiv) daran gearbeitet, die Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten zu stärken. Dazu benötigen diese Wissen. In Hinblick auf die gesunden Lebensjahre bei der Geburt in Österreich (57, im Vergleich in Schweden: 73 – Eurostat 2014) sollte unbedingt schon im Kindergarten und in der Schule angefangen werden, Informationen so aufzubereiten, dass diese auch wahrgenommen werden. Menschen soll lebensnah (teilhabeorientiert) Wissen vermittelt werden (Bsp.: Programm für Jugendliche mit Diabetes Typ 1). Es wird nach dem Prinzip „restitutio ad optimum“, also, was ist die bestmögliche Variante, wieder am Leben trotz Grad der Behinderung teilzuhaben, gearbeitet.

Ein Negativ-Beispiel wäre jenes von Patientinnen und Patienten mit einem Infarkt. Diesen werden im Krankenhaus Stents gesetzt und Medikamente verabreicht, damit sie ein paar Tage später wieder arbeiten gehen können. Diesen Patientinnen und Patienten wird oftmals nicht optimal kommuniziert, dass sie ihren Lebensstil ändern müssen (z. B. weniger Stress, gesündere Ernährung), damit ein derartiges Ereignis nicht noch einmal passiert.

Die Eigenverantwortung der Menschen wurde in der Vergangenheit nicht gefördert und dieses Manko muss ausgeglichen werden. Patientinnen und Patienten, die in die Rehabilitation kommen, wissen nicht, was sie sich von der Rehabilitation erwarten sollen.

**Die Antragstellung auf Rehabilitationsgeld** ist komplex und führt in der Praxis oft zu Problemen. Das Wissen um Antragstellung muss den Bürgern zugänglich gemacht werden. Momentan ist der Antrag für eine Invaliditätspension gleichzeitig ein Antrag für das Rehabilitationsgeld und Rehabilitationsmaßnahmen. Jedoch muss es einen eigenen Antrag auf medizinisch-berufliche Rehabilitation geben. Daher sollte das Reha-Geld von der Invaliditätspension entkoppelt werden.

## Finanzierung

Unter Berücksichtigung des Kosten-Nutzen-Aspekts, in Kombination mit der durch die Forschung gewonnenen Erkenntnisse, wäre die Etablierung einer personalisierten Rehabilitation das Ziel, in der jede Patientin und jeder Patient genau die für seine Umstände benötigte Behandlung in der richtigen Dosierung erhält.

Aufgrund der individuellen Voraussetzungen eines einer jeden Patientin oder eines Patienten (Alter, Gesundheitszustand etc.) muss es sowohl bei Therapiemaßnahmen als auch bei Vergütungsstrukturen eine erhöhte Flexibilität geben. Wo für den einen eine kostengünstigere Gruppentherapie optimal wäre (z. B. unselbstständige Ältere), profitiert ein anderer eher von selbstständigen Therapiemaßnahmen (z. B. jüngere Bürger).

Zu empfehlen wäre es, die Evidenzforschung im Bereich der Rehabilitation zu fördern. Mit einem zunehmenden wissenschaftlichen Ansatz beim Erstellen guter Versorgungsmodelle würden die Kostenträger und Stakeholder von der Rentabilität einer Rehabilitation der Patientin oder des Patienten überzeugt werden und dies vermehrt unterstützen.

Wie die Erfahrung zeigt, ist eine ambulante, berufsbegleitende Rehabilitation in bestimmten Fällen einer stationären überlegen, nicht nur in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit, sondern vor allem, was die Lebensumstände der Patientin oder des Patienten betrifft.

**Vergütungsproblematik:** In der stationären Reha erfolgt die Vergütung über einen einheitlichen Tagessatz je Patientin oder Patient; unabhängig vom Aufwand und der einzusetzenden Medizintechnik, obwohl eingesetzte Techniken unterschiedlicher Komplexität sind (z. B. Neurologie). Der ökonomische Druck verleitet zu einer Selektion nach „kosteneffektiven“ Patientinnen und Patienten, wodurch schwer Betroffene, die eine rasche Reha am nötigsten hätten, eine längere Wartezeit in Kauf nehmen müssen. Empfohlen wird daher, eine Einteilung der Patientinnen und Patienten anhand eines Aufwandscores und eine davon abhängige Vergütungsregelung zu errichten. In Deutschland ist eine solche aufwandsabhängige Vergütung in der Praxis bereits erprobt. Dies führt auch zu einer einfacheren Klärung der Frage, welche Reha stationär und welche ambulant bzw. mobil angeboten werden könne. Und in Folge kann so die Flexibilität der Anbieter gesteigert wie die Versorgung der Patientinnen und Patienten verbessert werden.

## QUERSCHNITTMATERIE AUSBILDUNG



Bei allen die Aus- und Weiterbildung betreffenden Maßnahmen (Fachkenntnisse und das Wissen um Rehabilitationsangebote) sollte stets die Entwicklung und Verbreitung der Rehabilitationskultur im Fokus stehen.

**Ein Mangel an Fachkräften** ist in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen massiv bemerkbar. Deshalb sollte u. a. das **ärztliche Ausbildungs-Curriculum** ergänzt werden. Es fehlt sowohl bei Patientinnen und Patienten als auch bei vielen zuweisenden Ärztinnen und Ärzten das basale Wissen und Verständnis, was Rehabilitation bedeutet und was Rehabilitation leistet. Der Stellenwert einer Ausbildung in der Rehabilitation sollte dem Status einer Ausbildung in einem Akutkrankenhaus, in einer Pflegeeinrichtung oder der des AMS gleich sein.

**Besonders im Bereich der Arbeitsmedizin** besteht in Österreich Nachholbedarf, es gibt zurzeit zu wenige Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner. Wenn die Attraktivität des Berufes nicht gefördert wird, wird der Mangel bestehen bleiben. Im Berufsbild der Arbeitsmedizin sind beispielsweise klinische und therapeutische Themen nicht vorgesehen. Zusätzlich sind Arbeitgeber hinsichtlich Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmedizinern nicht positiv gestimmt. Alle diese Faktoren (schlechte Bezahlung, schlechter Ruf, Unzufriedenheit mit dem eigenen Job) erschweren eine Aufwertung des Berufsbilds. Da dieses Feld aber zum Gesundheitserhalt der Bevölkerung wichtig ist, besteht Bedarf zur Weiterentwicklung.

**Das Angebotsspektrum der Ausbildung** wird aber immer fokussierter und hat sich erweitert, so werden beispielsweise Lehrgänge von der MedUni Wien angeboten. Dieses Angebot hat sich auch auf Salzburg, Innsbruck und Kärnten ausgeweitet. Die Akademie für Arbeitsmedizin und Prävention (AAMP) bietet solche Lehrgänge in Zusammenarbeit mit der MedUni Wien seit Herbst 2019 erstmals an. Zuvor war der medizinische Kooperationspartner der AAMP die MedUni Graz. So soll die Anzahl an Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmedizinern gesteigert werden. Diese einjährige Ausbildung hilft zusätzlich, neben der Facharztausbildung, die Lücken an Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmedizinern zu füllen.

Arbeitsmedizin sollte über den genannten Angeboten hinaus in den Curricula eines jeden klinischen

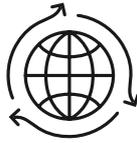
Faches präsent sein, da es dann wahrscheinlicher wird, dass eine Medizinerin oder ein Mediziner einen post-promotionellen Aufbaulehrgang in der Arbeitsmedizin wählt. Ein bereits bestehendes, nachahmenswertes Beispiel für einen solchen Aufbaulehrgang bietet der Universitätslehrgang der Medizinischen Universität Wien „Arbeits- und Organisationsmedizin“, in welchem auch Schwerpunkte auf das System am Arbeitsplatz gesetzt werden. Hier bedarf es finanzieller Förderung für diejenigen, die eine solche Zusatzqualifikation erwerben möchten. Fokus dieser Ausbildung ist jener Teil der Arbeitsmedizin, der in organisatorische Abläufe eingreift und für eine bessere Work-Balance sorgt. Ziel ist es, die Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu steigern und die Fehlzeiten durch Krankstände zu senken, um einen Mehrwert für das Unternehmen zu schaffen.

Der Aufgabenbereich der Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner in Deutschland ist umfangreicher als in Österreich. Der Bereich Arbeitsmedizin wurde in Österreich nur wenig gefördert bzw. zunehmend wegrationalisiert. Es gibt Bereiche der Arbeitsmedizin, die auch von Nicht-Medizinerinnen und Nicht-Medizinern ausgeübt werden könnten. Unter der Supervision von Arbeitsmedizinerinnen und -medizinern könnten diese Nicht-Mediziner tätig sein und dadurch die Ärztinnen und Ärzte entlasten. Der bestehende Bedarf kann jedoch nur gedeckt werden, wenn in einem geringen Zeitraum, mit hoher Qualität und einem niederschweligen Zugang gearbeitet wird.

Des Weiteren wäre ein lebenslanges Fortbildungssystem wünschenswert, denn der Arbeitsmarkt sowie die konkrete Arbeit befinden sich, vor allem in Zeiten der Digitalisierung, in ständiger Veränderung. Mit dem demografischen Wandel und dem Wandel der Arbeitswelt wird zudem Flexibilität und Mobilität seitens der Arbeitsmedizin benötigt.

**Das Personal-Recruitment für Kinder- und Jugendrehabilitation** ist aufgrund des Kinderkrankenpflegeengpasses durch neue Übergänge in der Kinderkrankenpflege hin zur akademisierten Ausbildung und durch das Arbeitszeitgesetz gefordert. Hinzu kommt der Kinderärztemangel. Dem höheren Bedarf an pädiatrischen und pädagogischen Fachkräften und Ärztinnen und Ärzten ist bereits in den Ausbildungscurricula Rechnung zu tragen.

## QUERSCHNITTMATERIE DIGITALISIERUNG



**Digitale Lösungen zur Schlaganfall-Nachbetreuung:** Aphasie-Patientinnen und -Patienten brauchen teilweise wochen- und monatelanges Training. Digitale Anwendungen, welche für den Heimgebrauch optimiert sind, können die Patientin oder den Patienten nach ihrem stationären Aufenthalt über einen langen Zeitraum bei ihrer Therapie unterstützen. So könnten Trainingseinheiten online angeboten werden und der Fortschritt durch Videokonferenz zwischen Therapeutinnen und Therapeuten und Patientin und Patient stetig überwacht werden.

**Förderung von Telereha** und Telemedizin insbesondere in ländlichen Gebieten ohne ambulante Reha-Infrastruktur. Die Nutzung von modernen Technologien in der Rehabilitation eröffnet neue Möglichkeiten der Durchführung von Therapien trotz Distanz. Dies ließe sich beispielsweise durch Gespräche und visuelle Kontrolle von Bewegungsübungen des Therapeuten und dem Therapierten via Skype umsetzen. Je nach Notwendigkeit kann die Häufigkeit der Gespräche angepasst werden und zusätzlich die Motivation der Patientin oder des Patienten aufrechterhalten, denn hier ist Selbstverantwortung, oder die compliance, des Patienten essenziell. Ein Lösungsansatz wäre die Tele-Monitoring-Rehabilitation, bei der es nach elektronischer Fortschrittsbeobachtung zum Einschreiten des Therapeuten bei Compliance-Mängeln kommt. Telerehabilitation ist vor allem in der postrehabilitativen Versorgung wichtig, da die Nachhaltigkeit einer Rehabilitation überprüft und optimiert wird. Ein weiterer positiver Aspekt der Telerehabilitation sind die deutlich gesenkten Kosten, die mit einer Rehabilitation verbunden sind.

**Datenmanagement:** Eine einheitliche und vernetzte Qualitätsdokumentation bietet das Potenzial für eine wissenschaftliche Auswertung von Outcome-Daten. Die PVA führt seit 2017 Daten in einem Datawarehouse zusammen. Auswertungen, Daten-Evaluierungen und Kennzahlen-Entwicklungen unterstützen Einrichtungen bei der Steuerung und Anpassung verschiedener Maßnahmen. Zu befürworten sind: qualifizierte Transparenz zu den Zahlen, Daten und Fakten mit dem Ziel einer Qualitätssteigerung. Aus der zunehmenden Digitalisierung resultiert ein vermehrter

Zugang zu Daten bezüglich Rehabilitationserfahrung und -Forschung mit dem Resultat einer optimierten Rehabilitation.

**Mittels Deep Learning und Forschungsarbeit mit Künstlicher Intelligenz** ist es möglich, Marker zu determinieren, welche einem individuellen Rehabilitationserfolg zuträglich oder abträglich wären. Anhand der daraus ermittelten Marker und der gesammelten, analysierten Daten ist es möglich, nach einer Klassifizierung der Patientin und des Patienten die optimale personalisierte Rehabilitation zu bieten.

**RehaJet, Cosimo, Reha-App und HerzMobil Tirol** sind bereits erprobte Konzepte der PVA. Weiters werden Disease-Management-Programme aufgebaut, denn fundierte Konzepte sind vor allem zur nachhaltigen Trainingsbetreuung notwendig und zur Evaluierung der Reha-Erfolge mit den Therapeutinnen und Therapeuten.

## QUERSCHNITTMATERIE PATIENTENORIENTIERUNG



**Bessere Zugänglichkeit durch Vernetzung der Institutionen:** Es benötigt Information und einen flachen Zugang zu rehabilitativen Entscheidung bezüglich. Eine Teilhabe der Betroffenen bei der Entscheidung Rehabilitation und beruflichem Wiedereinstieg ist zu ermöglichen. Der Patientin und dem Patienten muss ein Mitspracherecht bei einer Entscheidung eingeräumt werden. Allen Betroffenen, auch alten und multimorbiden Menschen mit hohem Betreuungsaufwand, soll bei einer Reha-Fähigkeit und einer Reha-Prognose die Rehabilitation zugänglich sein, um ein lebenswertes Leben führen zu können. Es bestehen bereits alle notwendigen Strukturen – sie müssten nur in effizienter Zusammenarbeit genutzt werden. Es sollen bundesweit alle Einrichtungen den Indikationen entsprechende Patientinnen und Patienten zugewiesen bekommen.

**Die Überwindung von Sprachbarrieren,** ist besonders wichtig, weshalb Übersetzungen von entsprechend qualifiziertem Personal ermöglicht werden und das bereits bei der Ausbildung und für hinsichtlich Finanzierung muss.

## HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

- Rehabilitationsmaßnahmen sind nicht nur frühzeitig (vor drohender Invalidität oder Berufsunfähigkeit) zu ermöglichen, sondern sind auch breiter anzusetzen. Über die medizinische Ebene hinaus müssen auch die soziale Ebene, das Alter, Bildung und Mental Health Issues betrachtet werden.
- Der Rechtsanspruch auf berufliche Rehabilitation sowie Zugang zu geeigneten Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder- und Jugendliche muss sichergestellt werden. Darüber hinaus muss die Finanzierung dieser rehabilitativen Maßnahmen für die Betroffenen ermöglicht werden.
- Die Anspruchsvoraussetzungen für die berufliche Rehabilitation müssen einfacher gestaltet werden, um ihre Inanspruchnahme zu steigern.
- Der alle Lebensphasen umfassende Rehabilitationsanspruch steht konträr zum derzeitigen fragmentierten System. Zur Optimierung muss netzwerkübergreifendes Arbeiten gefördert werden. Zum einen betrifft das die Lückenschließung zwischen Akutbetten und Rehabilitation, zum anderen die Zusammenarbeit von Rehabilitationszentren mit Gesundheitsberufen, die im Wohnumfeld der Patienten zur Nachbetreuung.
- Pilotprojekte wie fit2work, RehaJET und Camino zeigen, dass berufliche Rehabilitation nur ein Teilaspekt der medizinischen Rehabilitation ist. Modelle wie diese sind auszubauen und auf die jeweils spezifischen Lebensphasen unter Berücksichtigung personeller Ressourcen und Umweltaspekte hin zu konzipieren. Weiters für den Ausbau zielgruppenspezifischer Reha-Einrichtungen zu berücksichtigen sind Alter (Kinder- und Jugendrehabilitation), familiäres Umfeld (familienorientierte Rehabilitation), soziale Ressourcen, Mental Health Issues.
- Ein klares Commitment für eine gesellschaftliche Verantwortung für Jugendliche mit Mental Health Issues ist zu fördern. Für Kinder und Jugendliche sind eigenständige Einrichtungen weiter auszubauen und darüber hinaus die familienorientierte Rehabilitation (FOR), die bis dato nur für die Kinder mit hämatoonkologischer Erkrankung und deren Eltern finanziert wird. Die Finanzierung ist auch für andere Indikationen zu gewähren.
- Analog zu bestehenden stationären ist ein ambulantes sowie mobiles Rehabilitationsangebot aufzubauen. Die ambulante, medizinisch-therapeutisch-berufliche und soziale Rehabilitation soll in Zukunft ein selbstverständliches Angebot sein.

# Management Summary des PRAEVENIRE Gipfelgesprächs

## 78. PRAEVENIRE WEISSBUCH GIPFELGESPRÄCH

# Rehabilitation



### WANN

Mittwoch, 04. März 2020 |  
14:00–16:00 Uhr



### WO

Videokonferenz

### DISKUSSIONSTEILNEHMENDE

(in alphabetischer Reihenfolge)

- **Univ.-Prof. Dr. Richard Crevenna, MBA, MMSc**  
Vorstand der Universitätsklinik für Physikalische Medizin, Rehabilitation und Arbeitsmedizin an der MedUni Wien
- **Mag. Caroline Culen, PhD**  
Geschäftsführerin der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit
- **Mag. Michaela Langer**  
Generalsekretärin des Berufsverbands österreichischer PsychologInnen
- **Mag. Wolfgang Panhölzl**  
Leiter der Abteilung Sozialversicherung der Arbeiterkammer Wien
- **Mag. Roman Pöschl**  
Geschäftsführer der BBRZ Reha und BBRZ Med
- **Mag. Georg Ziniel, MSc**  
ehem. Geschäftsführer der Gesundheit Österreich

Moderation:

Robert Riedl | PERI Group

Ausgehend von den Menschen – was diese wann, wo, von wem und in welcher Form benötigen – sind sich alle Expertinnen und Experten einig, dass die Reha-kulturskultur in Österreich gestärkt werden muss.

Rehabilitationsmaßnahmen sollen demzufolge nicht nur frühzeitig, sondern auch breiter angesetzt werden. Darüber hinaus sind zu der medizinischen auch die soziale Ebene, Alter, Bildung und Mental Health Issues zu beachten, um allen Menschen – beginnend bei Kindern und Jugendlichen, Erwachsenen bis hin zu Seniorinnen und Senioren – eine Teilhabe im sozialen Leben zu ermöglichen.

Um den künftigen Herausforderungen Rechnung zu tragen, wird es notwendig sein, das Thema Rehabilitation verstärkt in den Fokus zu rücken. Eine erfolgreiche Rehabilitation lebt von einem ganzheitlichen Ansatz und muss an das Gesundheitssystem angrenzende Leistungssysteme (Soziales, Arbeit, Bildung) miteinbeziehen. Diskussionspunkte sind dabei insbesondere Fragen, wie eine multiprofessionelle Zusammenarbeit aller involvierten Systeme und Berufsgruppen verstärkt werden kann, ein Ausbau von Früherkennungsprogrammen und ambulanter Rehabilitation eine verstärkte Nachhaltigkeit unterstützen und bis hin zum Aspekt, welche Rolle Telemedizin und Telereha spielen können. Der Staat muss erkennen, wie wichtig Rehabilitation für Menschen ist.

### Status quo

In Österreich ist der Bereich der Anschlussheilverfahren gut ausgebaut und trägt vorbildlich zur Wiederherstellung der Gesundheit bei. Allerdings müssen neben der medizinischen Wiederherstellung auch die berufliche Wiederbefähigung und soziale Wiedereingliederung verstärkt in den Fokus gerückt werden.

### Brennpunkt-Themen

Ganzheitliche Rehabilitationsansätze sind im derzeitigen Gesundheitssystem noch nicht ausreichend etabliert. Um allen Rehabilitierten einen Wiedereinstieg in die Erwerbstätigkeit und Teilhabe am sozialen wie am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen, sind neben den medizinischen Aspekten (unfallbedingter und vermehrt chronischen Erkrankungen geschuldeter Rehabilitation) insbesondere die soziale Ebene, das Alter, Bildung und Mental Health Issues in ihrer Komplexität und Vielschichtigkeit zu erfassen.

### Zentrale Empfehlungen

1. Rehabilitationsmaßnahmen sind frühzeitig und breit anzusetzen. Über die medizinische Perspektive hinaus müssen auch die soziale Ebene, das Alter, Bildung und Mental Health Issues inkludiert werden.
2. Die unterschiedlichen Rehabilitationsbedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit onkologischer Erkrankung sind zu berücksichtigen.
3. Die Kinder-Rehabilitation soll zusätzlich zum bestehenden Angebot einer stationären kinderorientierten Rehabilitation um ein ambulantes Angebot erweitert werden. Bei der Angebotsstruktur ist ein familienzentrierter Ansatz mitzudenken, der das familiäre Umfeld von Kindern und Jugendlichen miteinbezieht.

4. Jugendliche mit Mental Health Issues benötigen eine ambulante, integrative medizinisch-therapeutische, berufliche und soziale Rehabilitation.
5. Niederschwellige Angebote einer Telemedizin und Telereha können das klassische Rehabilitationsangebot unterstützen.
6. Auf Systemebene ist eine ressortübergreifende Planung mit konkreten Forderungen und Zielsetzungen seitens der Regierung festzulegen und umzusetzen, um von einer fragmentarischen zu einer ganzheitlichen Rehabilitationskultur zu kommen.
7. Rehabilitation kann nur durch eine multiprofessionelle Zusammenarbeit aller Berufsgruppen gelingen.
8. Ein verbindlicher Rechtsanspruch auf Rehabilitation muss geschaffen werden.

#### **Mission Statement**

Es braucht in Österreich ein flächendeckendes Bekenntnis zu ganzheitlicher Rehabilitation. Eine erfolgreiche Rehabilitationskultur setzt ganzheitlich an, indem sie dem Gesundheitssystem naheliegenden Systeme (Arbeit, Soziales, Familie etc.) miteinbezieht, damit erforderliche Maßnahmen frühzeitig und nachhaltig gesetzt werden können.

# Experteninterviews

## UNIV.-PROF. DR. RICHARD CREVENNA, MBA, MMSC

VORSTAND DER UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR PHYSIKALISCHE MEDIZIN, REHABILITATION UND ARBEITSMEDIZIN AN DER MEDUNI WIEN

### Themengebiet Onkologische Rehabilitation

*Was sind die notwendigen Schritte, um die onkologische Rehabilitation noch besser und effizienter im Sinne der Patientin und des Patienten zu gestalten?*

Um alles, d. h. die Schnitt- oder Nahtstellen von der Krebsdiagnose und den überlebensnotwendigen onkologischen Therapien bis zur Rehabilitation und zur Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess und/oder das häusliche Leben und die Gesellschaft optimal, effektiv und für uns alle effizient zu gestalten, ist eine weitere kontinuierliche Awarenessbildung zum Thema Rehabilitation sowie ein Ausbau der wohnortnahen, kommunalen ambulanten Rehabilitation anzustreben. Weiterhin gilt es, die Effektivität der Maßnahme Rehabilitation wissenschaftlich sowie deren Effizienz kaufmännisch noch genauer darzulegen.

*Wie (gut) funktioniert die Zusammenarbeit zwischen der onkologischen Abteilung und der physikalisch-medizinischen Abteilung?*

In unserem Haus (AKH/MedUni Wien) funktioniert die Zusammenarbeit sehr gut. Wir haben das weltweit einzige Tumorboard für „Onkologische Rehabilitation“, das unsere Zusammenarbeit immerhin schon ganze zehn Jahre sehr gut ergänzt, sowie eine interdisziplinäre Plattform für „Side Effects Management, Supportive Care und Rehabilitation“, die beide in die Struktur des Comprehensive Center Vienna eingeordnet sind.

Eine entsprechend gute Zusammenarbeit wäre österreichweit wünschenswert. Dies bedingt u. a. eine weitere, kontinuierliche Awarenessbildung sowie den Ausbau der wohnortnahen, kommunalen ambulanten Rehabilitation.

*In welchem Zeitraum der Therapie soll die Entscheidung zur Rehabilitation fallen?*

Nach meinem Dafürhalten sollten die Patientinnen und Patienten und Behandelnden von Anfang an die Möglichkeit der „Onkologischen Rehabilitation“ „am Schirm haben“. Dass dann letztlich eine Rehabilitation in Anspruch genommen werden soll und kann, bedingt v. a. einen entsprechenden Reha-Bedarf, eine entsprechende Reha-Fähigkeit und eine günstige Reha-Prognose.

*Was wird unter Prehabilitation verstanden und was kann diese leisten?*

Bei der Prehabilitation oder Prähabilitation beginnen die Maßnahmen der Rehabilitation schon ab der Diagnosestellung, d. h. dass bereits vor einem operativen Eingriff oder einer anderen belastenden Therapie ein gezielter Aufbau von Kraft, Beweglichkeit und Ausdauer durch eine Bewegungs- bzw. (medizinische) Trainingstherapie erfolgt.

*Wie kann die Prehabilitation optimal und nachhaltig in den onkologischen Therapieprozess integriert werden?*

Awarenessbildung sowie Ausbau der wohnortnahen, kommunalen ambulanten Rehabilitation und v. a. wissenschaftlicher Nachweis der Effektivität der Maßnahme Prehabilitation sowie der Effizienz der Maßnahme. Wichtig ist es, hier anzumerken, dass eine Prehabilitation oder Prähabilitation nicht nur medizinische Benefits für die Akutbehandlung bringen dürfte, sondern v. a. auch das Commitment, die Compliance und Adherence im Rahmen einer anschließenden Rehabilitation deutlich steigern kann. Gleichzeitig ist es wichtig, anzumerken, dass sich die Maßnahme Prehabilitation oder Prähabilitation aufgrund des zeitlichen Rahmens und organisatorischer Gegebenheiten bei onkologischen Erkrankungen nicht immer optimal umsetzen lässt.

*Wie kann die Finanzierung solcher neuen Therapien sichergestellt werden?*

Durch die öffentliche Hand – also durch uns alle.

*Wie gut ist der Ausbau der ambulanten Rehabilitation derzeit einzuschätzen?*

Die stationäre onkologische Rehabilitation ist mit etwa 640 Betten österreichweit sehr gut ausgebaut.

Ein weiterer Auf- bzw. Ausbau der wohnortnahen, kommunalen ambulanten Rehabilitation ist dringend zu fordern. Ohne diesen Ausbau ist eine optimale Umsetzung der Möglichkeiten des sog. Wiedereingliederungsteilzeitgesetzes in Rahmen der Wiedereingliederung onkologischer Patienten nicht zu gewährleisten.

Aber auch hier wieder: weitere, kontinuierliche Awarenessbildung mit gezielter Darstellung der Effektivität sowie der Effizienz der Maßnahme Rehabilitation.

*Wie wirkt sich die Rehabilitation auf die Wiedereingliederung der Patientin oder des Patienten aus?*

Sie kann – neben den onkologischen Therapien – eine optimale Wiedereingliederung onkologischer Patientinnen und Patienten ins Arbeitsleben („Return to work“) sowie ins Sozialleben (auch für betagte Patientinnen und Patienten nachgewiesen) gewährleisten helfen.

## **Themengebiet Physikalische Medizin**

*Wofür steht die physikalische Medizin heute und wo wird und soll die physikalische Medizin 2030 sein?*

Das Sonderfach „Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation“ hat sich in den beiden letzten Jahrzehnten stark gewandelt, deutlich an Stellenwert gewonnen und wird das absehbar bis 2030 und darüber hinaus noch stärker tun. Grund hierfür ist in erster Linie der demografische Wandel mit einer alternden Gesellschaft, die möglichst lange gesund und mobil bleiben möchte. Weitere Gründe ganz grundlegende Veränderungen unseres Lebens mit gravierenden Änderungen am Arbeitsplatz mit u. a. der Digitalisierung der Arbeitswelt sowie der Nutzung unserer Freizeit.

Gesundheit und Mobilität können in erster Linie durch regelmäßige Bewegung, Aktivität und Sport sowie durch einen gesundheitsförderlichen Lebensstil erhalten werden (Prävention). Regelmäßige Bewegung und körperliche Aktivität im Sinne der sog. Medizinischen Trainingstherapie sind aber auch die effektivsten Bausteine der Rehabilitation, die am ehesten zur angestrebten Restitutio ad optimum und Wiedereingliederung führen können.

Wie kein anderes Fach bedient aufgrund der ihm eigenen Natur das Sonderfach „Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation“ die Zukunftsthemen Prävention, Therapie, Rehabilitation, Interdisziplinarität und Multiprofessionalität in einem.

*Warum kostet die physikalische Medizin dem System im Vergleich „wenig“?*

Die Einzelmaßnahmen sind sehr günstig, haben wenige Nebenwirkungen (v. a. keine zentralnervös dämpfenden) und sind – fachärztlich individuell rezeptiert – als Therapiepakete wirksam und von den Patientinnen und Patienten sehr gut akzeptiert.

*Wie kann die Digitalisierung die physikalische Medizin unterstützen?*

Durch diverse Tools wie u. a. den Reha-Kompass, Therapieplanungsprogramme, diverse Apps und Onlineangebote tut sie das schon lange. Für eine flächendeckende Versorgung ist natürlich die **Telerehabilitation** ein ganz heißes Thema!

Umgekehrt werden die Möglichkeiten des Sonderfachs „Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation“ im Zeitalter der Digitalisierung von Tag zu Tag wichtiger ...

*Braucht es bzw. gibt es ein strukturiertes Konzept, welche berufsrechtlichen Zuständigkeiten und Verantwortungen die einzelnen Gesundheitsberufe (Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Heilmasseurinnen und -masseur, Masseurinnen und Masseur etc.) haben? Wie können die Aufgaben für Patientinnen und Patienten klarer ersichtlich werden?*

Hierzu gibt es eine Gesetzgebung, die das regelt. Die Letztverantwortung ist natürlich eine ärztliche – und das sollte sie auch bleiben.

*Wie kann sich die physikalische Medizin mit ihrem gesamten Leistungsportfolio besser etablieren, z. B. in der Prävention?*

Regelmäßige Bewegung, körperliche Aktivität und Sport können als Medikament und damit Teil der Prävention, Therapie und Rehabilitation betrachtet werden. Kein anderes klinisches Fach als das Sonderfach „Physikalische Medizin und all-

gemeine Rehabilitation“ steht als Ganzes für die Umsetzung der Bewegungsempfehlungen mit Prävention (!) aber auch für die allgemein sehr gut akzeptierte Behandlung von Schmerzen am Bewegungs- und Stützapparat sowie für deren Rehabilitation mit Wiedereingliederung ins Berufs- und Sozialleben. Wichtig ist es, das herauszustellen und mit Qualität zu punkten! Die Physikalischen Medizinerinnen und Mediziner machen heute neben der Therapie- und Rehabilitationsplanerstellung ja auch viel mehr. Viele sind auch Schmerzmedizinerinnen und -mediziner bzw. Algesiologinnen und -logen, Geriaterinnen und Geriater, Schmerz-, Sport- und Manualmedizinerinnen und -mediziner, Akupunkteurinnen und Akupunkteure, Neuralmedizinerinnen und -mediziner etc., d. h. sie delegieren nicht nur, sondern therapieren v. a. selbst!

Gerade auch die fokussierte Stoßwellentherapie (ESWT) als besonders effektives und effizientes therapeutisches Tool wird von vielen „Physikalistinnen und Physikalisten“ auf höchstem Niveau betrieben.

Das Sonderfach „Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation“ hat sich in den beiden letzten Jahrzehnten also sehr stark gewandelt und dadurch deutlich an Stellenwert gewonnen und wird das absehbar bis 2030 und darüber hinaus noch stärker tun. Grund hierfür ist in erster Linie der demografische Wandel mit einer alternden Gesellschaft, die möglichst lange gesund und mobil bleiben möchte. Weitere Gründe ganz grundlegende Veränderungen unseres Lebens mit gravierenden Änderungen am Arbeitsplatz mit u. a. der Digitalisierung der Arbeitswelt sowie der Nutzung unserer Freizeit.

Gesundheit und Mobilität können in erster Linie durch regelmäßige Bewegung, Aktivität und Sport sowie durch einen gesundheitsförderlichen Lebensstil erhalten werden (Prävention). Regelmäßige Bewegung und körperliche Aktivität im Sinne der sog. Medizinischen Trainingstherapie sind aber auch die effektivsten Bausteine der Rehabilitation, die am ehesten zur angestrebten Restitutio ad optimum und Wiedereingliederung führen können.

Wie kein anderes Fach bedient aufgrund der ihm eigenen Natur das Sonderfach „Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation“ die Zukunftsthemen Prävention, Therapie, Rehabilitation, Interdisziplinarität und Multiprofessionalität in einem.

### **Themengebiet Arbeitsmedizin**

*Wie gut ist es um die Arbeitsmedizin derzeit in Österreich bestellt?*

Die Prävention und Arbeitsmedizin ist ein gesetzlicher Auftrag an die Arbeitgeberinnen und -geber und Unternehmen und beschäftigt sich mit den Wechselwirkungen zwischen Arbeit, Gesundheit und Krankheit mit dem Ziel, die Gesundheit bzw. die individuelle Leistungs- und Arbeitsfähigkeit von arbeitenden Menschen bestmöglich zu erhalten. Sie erfolgt im Ausmaß gesetzlich vorgegebener Präventionszeiten, die von der Größe bzw. Mitarbeiterzahl des Unternehmens abhängt. Die zentralen Themen lauten Arbeitsplatz und unmittelbare Arbeitsumgebung wie Arbeitsumfeld, Arbeitsmittel und Arbeitsstoffe. Ziel der Arbeitsmedizin ist die optimale Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit bzw. der individuellen Leistungs- und Arbeitsfähigkeit arbeitender Menschen.

Wir haben einen Mangel an operativ tätigen Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner und dieser wird sich durch natürlichen Abgang in den nächsten Jahren absehbar verstärken.

Gemäß ArbeitnehmerInnenschutzgesetz besteht für jeden österreichischen Betrieb die Verpflichtung, für eine arbeitsmedizinische Betreuung seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu sorgen. Allein durch das altersbedingte Ausscheiden derzeit tätiger Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner entsteht österreichweit jährlich ein Bedarf an ca. 100 zusätzlichen Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner.

*Kann der Bedarf an Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner gedeckt werden? Brauchen sie mehr Kompetenzen?*

Es müssen mehr Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner in kurzer Zeit ausgebildet werden. Hierfür gibt es sehr qualifizierte – universitär begleitete – Ausbildungen/Programme (s. u.).

*Was ist das genaue Aufgabenportfolio der Arbeitsmediziner?*

Ausgangsbasis für das Berufsbild bildet folgende Definition des Ziels der Arbeitsmedizin (siehe auch AAMP):

Die Arbeitsmedizin ist jene ärztliche Disziplin, die sich mit den Wechselwirkungen zwischen Arbeit, Gesundheit und Krankheit beschäftigt.

Ziel der Arbeitsmedizin ist, die physische und psychische Gesundheit bzw. die individuelle Leistungs- und Arbeitsfähigkeit von Menschen bestmöglich zu erhalten und zu fördern.

Arbeitsmedizin ist Präventivmedizin. Sie umfasst Maßnahmen

- der Gesundheitsförderung,
- der Schadensverhütung (Primärprävention),
- der Früherkennung von Risikofaktoren und Erkrankungen (Sekundärprävention) und
- der beruflichen Wiedereingliederung und der Integration gesundheitlich beeinträchtigter Menschen (Tertiärprävention).

Sie zielt daher

- auf die Vermeidung bzw. Minimierung gesundheitsbeeinträchtigender Einflussfaktoren<sup>1</sup> (vorrangig Verhältnisprävention) und
- auf die Stärkung persönlicher Gesundheitsressourcen und die Motivation zu eigenverantwortlichem gesundem Verhalten (Verhaltensprävention).

Um das Ziel der Arbeitsmedizin zu erreichen, beraten Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner im Zusammenwirken mit anderen Fachdisziplinen und Akteurinnen und Akteuren alle am Arbeitsprozess Beteiligten verantwortlich und wirken im Rahmen ihrer Möglichkeiten auf die Umsetzung von Maßnahmen hin. Dies inkludiert alle Formen von Beschäftigungsverhältnissen.

Der Arbeitsmedizin kommt hierbei eine Lotsenfunktion zu. Im Einzelnen umfassen die Aufgaben der Arbeitsmedizin folgende Bereiche:

- Erkennen gesundheits- und leistungsrelevanter Faktoren im betrieblichen Geschehen
- Bewertung dieser Faktoren hinsichtlich ihrer möglichen Auswirkungen auf den Menschen
- Entwicklung von Verbesserungsmaßnahmen bzw. Maßnahmen zur Gefahrenverhütung
- Mitwirkung bei der Umsetzung der Maßnahmen und Kontrolle der Wirksamkeit, insbesondere
  - Planung von Arbeitsstätten
  - Gestaltung der Arbeitsplätze
  - Beschaffung und Änderung von Arbeitsmitteln
  - Einführung und Änderung von Arbeitsverfahren
  - Einführung von Arbeitsstoffen
  - Erprobung und Auswahl von persönlichen Schutzausrüstungen
  - Gestaltung des Arbeitsablaufes, insbesondere des Arbeitsrhythmus, der Arbeitszeit- und Pausenregelung
- Organisation der Ersten Hilfe
- Organisation der Unterweisung und Erstellung von Betriebsanweisungen
- Beurteilung individueller gesundheitlicher Beeinträchtigungen hinsichtlich ihrer möglichen arbeitsbedingten Ursachen sowie ihrer Auswirkungen auf die künftige Leistungs- und Arbeitsfähigkeit
- Beurteilung der Auswirkungen allfälliger diagnostischer bzw. therapeutischer Maßnahmen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit
- Initiieren notwendiger Schritte im Zusammenhang mit plötzlich auftretenden oder chronischen Erkrankungen bzw. mit arbeitsbedingten Erkrankungen und Unfällen sowie Begleiten eingeleiteter Maßnahmen im Zusammenwirken mit den behandelnden Stellen
- Initiieren, Durchführen bzw. Mitwirken bei Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit
- Förderung der Eigenverantwortung der Beschäftigten in Fragen der Gesundheit und Sicherheit
- Mitwirkung bei Fragen des Arbeitsplatzwechsels sowie Eingliederung und Wiedereingliederung Behinderter bzw. gesundheitlich Beeinträchtigter in den Arbeitsprozess
- Dokumentation und Auswertung der erhobenen Daten und durchgeführten Maßnahmen
- Qualitätssicherung und Kontrolle der Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen

*Welche Ausbildung für Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner in Österreich gibt es und ist sie zeitgemäß?*

Es gibt/gab eine 6-jährige Facharztausbildung sowie mehrmonatige Lehrgänge zum Arbeitsmedizin-Diplom der ÖÄK, wovon einer mit dem universitär geprüften Arbeitsmediziner abschließt.

Dieser ULG „Arbeitsmedizin“, der von der MedUni Wien in Kooperation mit der Österreichischen Akademie für Arbeitsmedizin und Prävention (AAMP) durchgeführt wird, hat als Zielgruppen Personen, die

- zur selbstständigen Ausübung des ärztlichen Berufes als Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin, als Fachärztinnen und -ärzte oder als approbierte Ärztinnen und Ärzte berechtigt sind, oder
- die als Turnusärztinnen und -ärzte zumindest ein Jahr der Ausbildungszeit zur Ärztin bzw. zum Arzt für Allgemeinmedizin oder bereits ein Jahr die Ausbildung zum Facharzt oder zur Fachärztin eines Sonderfaches absolviert haben, oder
- die sich in Ausbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Arbeits- und Betriebsmedizin befinden.

**Diese Ausbildung ist definitiv zeitgemäß und erfüllt den Auftrag, Dass nämlich mehr Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner in kurzer Zeit qualitativ hochwertig ausgebildet werden müssen!**

Darauf kann an der MedUni Wien der ULG Organisationsmedizin als Master-Lehrgang Arbeits- und Organisationsmedizin ergänzend draufgesetzt werden. Dieser Master-Lehrgang Arbeits- und Organisationsmedizin bietet vertieftes, wissenschaftlich und methodisch hochwertiges Wissen aus unterschiedlichen Fachdisziplinen, wie Medizin, Psychologie und Management. Durch Vermittlung der entsprechenden Terminologien erlernen die Absolventinnen und Absolventen die „Sprache des Unternehmens“, die ganzheitlich und präventiv wirkende Medizinerinnen und Mediziner zum Verständnis von und zur Kommunikation mit unterschiedlichen Funktionsträgerinnen und -trägern im Unternehmen benötigen. Die Organisationsmedizin (früher Wirtschaftsmedizin) als ganzheitlicher, präventiver und interdisziplinärer Ansatz zur Förderung und Erhaltung der körperlichen und psychischen Gesundheit und Leistungsfähigkeit ist ein „Add-on“ zur gesetzlich vorgegebenen arbeitsmedizinischen Betreuung und bietet einen über die Arbeitsmedizin hinausgehenden, systemischen Ansatz zur Optimierung des Einsatzes von Arbeitskräften. Organisationsmedizinerinnen und -mediziner erfüllen auch selbst eine Art Managementfunktion bzw. beraten Personen mit Führungsfunktionen. Sie erfüllen damit nicht „nur“ die ärztliche Rolle in der gesetzlich vorgegebenen präventivmedizinischen Versorgung von Organisationen und Betrieben, sondern können auch Prozesse im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements steuern und präventive Ansätze in das Personalmanagement einbringen. Maßnahmen der Organisationsmedizin sind Potenzialinvestitionen in das Humanvermögen, die – ähnlich wie Forschungs- und Entwicklungsvorhaben – zunächst auf eine immaterielle Verbesserung der Leistung ausgerichtet sind, bevor sie mittel- bis langfristig zu einer Verbesserung der Wettbewerbsposition – z. B. durch höhere Produktqualität – ertragswirksam werden. Organisationsmedizinerinnen und -mediziner sind also „Gesundheitsmanagerinnen und -manager“, die im Bereich Entwicklung von Humanressourcen tätig werden. Als Ergebnis ihrer Tätigkeit leitet sich ein entsprechender Mehrwert für Unternehmen und Wirtschaft ab, nämlich eine bessere Leistungsfähigkeit der arbeitenden Menschen und damit der Produktivität. Je nach Erfordernis werden Organisationsmedizinerinnen und -mediziner als medizinische Konsulentinnen und -konsulenten, Coaches, Moderatorinnen und Moderatoren, Mediatorinnen bzw. Moderatoren oder Projektmanagerinnen und -manager tätig.

In der Organisationsmedizin stehen die Themen Unternehmensführung, Arbeits- und Organisationspsychologie sowie Gesundheitsmanagement mit dem Fokus auf Einflussfaktoren aus der Arbeitsorganisation, den Führungs- und Organisationsstrukturen und der Unternehmenskultur im Mittelpunkt, wodurch ein ganzheitlicher, systemischer Ansatz zur Erhaltung und Optimierung des Einsatzes der „Humanressourcen“ ermöglicht wird. Die moderne Arbeitswelt mit einer Kommunikations- und Dienstleistungsgesellschaft und belastenden Einflussfaktoren wie steigendem Leistungs- und Erfolgsdruck, erhöhten Arbeitsanforderungen in engeren Zeitrahmen, steigender Arbeitsgeschwindigkeit durch effizientere Kommunikationstechnologie, Digitalisierung, längerer Lebensarbeitszeit etc. erfordert erweiterte Methoden der Förderung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit der arbeitenden Menschen und damit der Produktivität des Unternehmens, die durch die Organisationsmedizin, die sowohl physische Einflüsse als auch psycho-soziale Einflussfaktoren erfasst, geboten werden können. Als Mehrwert für Unternehmen und die Wirtschaft resultieren eine bessere Leistungsfähigkeit und Produktivität, wodurch letztlich die einzelnen Mitarbeiter und das Unternehmen in gleicher Weise profitieren. Die langfristige Steigerung der Leistungsfähigkeit und -willigkeit sowie nachhaltige Attrahierung der besten Arbeitskräfte für den eigenen Standort kann so gelingen.

Organisationsmedizinerinnen und -mediziner analysieren und bewerten das im Unternehmen vorhandene Humankapital in Hinsicht auf Stand und Entwicklungspotenzial von Gesundheit und Leistungsfähigkeit. Sie kooperieren bei der Erarbeitung von Plänen zur Förderung und Entwicklung des Humanvermögens in strategischer, taktischer und operativer Hinsicht und unterstützen bei der Motivation der Mitarbeiter, ihr Leistungspotenzial der Erreichung der Unternehmensziele zur Verfügung zu stellen. Organisationsmedizinerinnen und -mediziner

erkennen die speziellen Bedürfnisse im betrieblichen Umfeld, können positive Veränderungen hin zu möglichst optimalen Organisationsbedingungen vorschlagen sowie als medizinischer Prozess- und Organisationspezialist begleiten, indem sie mit unterschiedlich spezialisierten Funktionsträgern und Stellen im Unternehmen kommunizieren und durch das in der Ausbildung zur Organisationsmedizinerin und Organisationsmediziner vermittelte, umfassende Breitenwissen und die Kenntnis gesamtbetrieblicher Zusammenhänge optimal kooperieren.

*Wo steht die österreichische Arbeitsmedizin im internationalen Vergleich?*

Wissenschaftlich und in der Lehre eingedenk unserer engen Ressourcen gar nicht so schlecht. Wir publizieren „brav“ und lehren exzellent. Aber die Arbeitsmedizin ist ja wohl in erster Linie im Sinne ihrer Tätigkeit im Auftrag der Unternehmen im Sinne der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gefordert! Operativ kann ich das nicht einschätzen, und das hängt wohl von der jeweiligen Gesetzeslage bezüglich Arbeitnehmerinnen- und Arbeitnehmerschutz ab.

*Welche neuen Herausforderungen bringt die Digitalisierung für die Arbeitsmedizin?*

Sehr große hinsichtlich Prävention, Therapie, Rehabilitation, Interdisziplinarität und Multiprofessionalität – und v. a. Schnitt- bzw. Nahtstellenmanagement!

Die Themen Prävention, Ergonomie und Organisationsmedizin sind großzuschreiben!

*Wo gibt es Nachholbedarf in Bezug auf die Arbeitsmedizin in Österreich? Wie kann mehr Awareness geschaffen werden?*

In der Öffentlichkeit – bei uns allen – sowie im Studium bzw. der Weiterbildung. Zumindest an der MedUni Wien werden die Studierenden über den gesamten Studienverlauf mit dem Thema attraktiv konfrontiert, d. h. es erfolgt deutlich mehr und qualifiziertere Awareness-Bildung als z. B. in den Zeiten meines Studiums.

Außerdem werden ein ULG Arbeitsmedizin sowie einer in Organisationsmedizin als Master-Lehrgang Arbeits- und Organisationsmedizin angeboten.

*Wie kann das Image der Arbeitsmediziner gehoben werden und die Attraktivität des Berufsbildes gesteigert werden?*

Durch Awarenessbildung, was die Arbeitsmedizin uns allen bringt. Eine adäquate Bezahlung, mehr öffentliche Wertschätzung sowie eine mögliche Erweiterung ihrer Möglichkeiten könnten hier unterstützend wirken.

## PRIM. UNIV.-DOZ. DR. MICHAEL J. FISCHER

### ÄRZTLICHER DIREKTOR DES REHAZENTRUMS KITZBÜHEL

Hauptanliegen der Rehabilitation ist die Beseitigung von negativen Krankheitsfolgen und die Verbesserung der Lebensqualität von erkrankten Menschen. Obwohl es die Fachrichtung „Rehabilitation“ ist im österreichischen Gesundheitswesen noch nicht so lange gibt, ist sie gut etabliert und hier nicht mehr wegzudenken. Die Kosten für stationäre Krankenhausbehandlungen nehmen immer mehr zu und gerade mit den rehabilitativen Konzepten, ob stationär oder ambulant, konnte wissenschaftlich gezeigt werden, dass die Rehabilitation einen großen Sinn macht und hier einen volkswirtschaftlichen Nutzen bringt. Auch das steigende Alter und Multimorbidität der österreichischen Bevölkerung ändern sich die Bedürfnisse der Bevölkerung und das Thema gewinnt zunehmend an Bedeutung.

Es ist von großer Bedeutung, dass die medizinische Rehabilitation nach evidenzbasierten Kriterien durchgeführt wird, damit es nicht zu ineffektiven Behandlungen kommt. Es ist hier wichtig die richtigen Anwendungen mit der richtigen Intensität zu wählen. Daher sind alle rehabilitierenden Akteure gefordert Nachweise über Wirksamkeit und Nachhaltigkeit einer Behandlungsmethode bereitzustellen.

#### **Kostenaspekt der personalisierten Rehabilitation**

Es gibt zunehmend den Trend der Kostenträger die Anzahl stationärer Rehabilitationsaufenthalte zu verringern und durch ambulante Behandlungen zu ersetzen. Unter Berücksichtigung des Kosten-Nutzen Aspekts, in Kombination mit der durch die Forschung gewonnenen Erkenntnisse, wäre die Etablierung einer personalisierten Rehabilitation das Ziel, in der jeder Patient genau die für seine Umstände benötigte Behandlung in der richtigen Dosierung bekommt.

Aufgrund der individuellen Voraussetzungen eines jeden Patienten (Alter, Gesundheitszustand etc.), muss es sowohl bei Therapiemaßnahmen als auch bei Vergütungsstrukturen eine erhöhte Flexibilität geben. Wo für den einen eine kostengünstigere Gruppentherapie optimal wäre (z.B. unselbständige Ältere), profitiert ein anderer eher von selbstständigen Therapiemaßnahmen (z.B. jüngere Bürger).

Zu empfehlen wäre es die Evidenzforschung im Bereich der Rehabilitation fördern. Mit einem zunehmenden wissenschaftlichen Ansatz beim Erstellen guter Versorgungsmodelle würden die Kostenträger und Stakeholder von der Rentabilität einer Rehabilitation des Patienten überzeugt werden und dies vermehrt unterstützen.

Wie die Erfahrung zeigt ist eine ambulante, berufsbegleitende Rehabilitation in bestimmten Fällen einer stationären überlegen, nicht nur in Bezug auf die Wirtschaft, sondern vor allem was die Lebensumstände des Patienten betrifft.

### Neue Aspekte

Aus der zunehmenden Digitalisierung resultiert ein vermehrter Zugang zu Daten bezüglich Rehabilitationserfahrung und -forschung.

Mittels Deep Learning und Forschungsarbeit mit Künstlicher Intelligenz ist es möglich Marker zu determinieren, welche einen individuellen Rehabilitationserfolg zuträglich oder abträglich wären. Anhand der daraus ermittelten Marker und der gesammelten, analysierten Daten, ist es möglich nach einer Klassifizierung des Patienten die optimale personalisierte Rehabilitation zu bieten.

Es gilt immer Evidenz zu schaffen, gute Modelle zu übernehmen und diese dann wiederum in der Anwendung mit wissenschaftlichen Methoden zu evaluieren.

### Telerehabilitation

Die Nutzung von modernen Technologien in der Rehabilitation eröffnet neue Möglichkeiten der Durchführung von Therapien trotz Distanz, beispielsweise durch Gespräche und visueller Kontrolle von Bewegungsübungen der Therapeutin bzw. des Therapeuten und dem Therapierten via Skype. Je nach Notwendigkeit kann die Häufigkeit der Gespräche angepasst werden und zusätzlich die Motivation des Patienten aufrechterhalten, denn hier ist Selbstverantwortung, oder die compliance, des Patienten essentiell. Ein Lösungsansatz wäre die Tele-Monitoring-Rehabilitation, bei der es nach elektronischer Fortschrittsbeobachtung zum Einschreiten des Therapeuten bei compliance Mängeln kommt.

Telerehabilitation ist vor allem in der Nachsorge wichtig, da die Nachhaltigkeit einer Rehabilitation überprüft und optimiert wird.

Ein weiterer positiver Aspekt der Telerehabilitation sind die deutlich gesenkten Kosten die mit einer Rehabilitation verbunden sind.

## DR. EVA HÖTL

### LEITERIN DES HEALTH CENTERS DER ERSTE BANK GROUP

Rehabilitation ist nicht ICD(International Code of Disease)-orientiert, sprich krankheits- oder diagnoseorientiert, sondern ICF(International Code of Function)-, also funktionsorientiert. Rehabilitation umfasst alle Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiedergewinnung der Fähigkeit zur Berufsausübung und zur aktiven Teilnahme am normalen Leben in Familie und Gesellschaft.

Rehabilitation ist ein enorm wirksames Instrument, um berufliche Teilhabe sicherzustellen und ein autonomes Leben zu ermöglichen. Die zentrale Frage ist allerdings: Wer formuliert den Rehabilitationsbedarf? Wer kann idealerweise und zum richtigen Zeitpunkt feststellen, dass der Erhalt der Erwerbsfähigkeit gefährdet ist und eine Rehabilitation angezeigt wäre, um diese zu erhalten? Gerade in der Frage der beruflichen Inklusion ist eine abgestimmtere Zusammenarbeit zwischen Unternehmen und PVA sinnvoll, um einem gemeinsamen Ziel, nämlich des Erhalts der Fähigkeit zur Berufsausübung, näherzukommen.

Das gilt genauso für die Schnittstelle von der Rehabilitation zurück ins Unternehmen. Modelle einer Rehabilitation mit Berufsbezug müssen ausgebaut werden, und auf die konkreten Anforderungen bei der beruflichen Wiedereingliederung muss seitens des Rehabilitationszentrums eingegangen werden. Das gilt in einem besonderen Ausmaß

bei der psychiatrischen Rehabilitation, diese Erkrankungen stellen ja die Hauptursache für krankheitsbedingte Frühpensionierungen dar.

## PRIM. DR. MATTHIAS KÖNIG

### ÄRZTLICHER DIREKTOR DES NEUROLOGISCHEN THERAPIEZENTRUMS, NEUROLOGISCHE BESTELLAMBULANZ, AMBULATORIUM FÜR NEUROLOGISCHE SPEZIALTHERAPIE

Prim. Dr. König hat seinen Blick im Bereich der Rehabilitation auf die Neurologie fokussiert und stellt dieses Fachgebiet daher auch in das Zentrum seiner Ausführungen.

- Vor allem das Feld der Neurologie betreffend ist die stationäre Rehabilitation in Österreich gut ausgebaut.
- Die Bettenkapazität ist mithin ausreichend, wenn auch gegen Westen tendenziell dünner werdend.
- Die Organisation der Patientinnen- und Patientenverteilung bietet allerdings noch Verbesserungsspielraum.

Das System der Rehabilitation in Österreich sollte aber nicht nur den stationären Bedarf abdecken:

- Gerade im Bereich der Psychiatrie, aber auch bei kardio-vaskulären Erkrankungen wäre ein höheres Angebot ambulanter Programme wünschenswert.
- Ziel sollte sein, nur jene stationär zu behandeln, wo dies eine medizinische Notwendigkeit bildet.

Die Reha-Klinik sollte nicht als bloße Kur-Klinik gesehen werden, sondern medizinische Leistungen auf höchstem Niveau in den Fokus rücken.

## Empfehlungen

Ausbau mobiler bzw. ambulanter Reha-Angebote in Österreich:

- Gerade in ländlichen Gegenden sollten die Möglichkeiten und Chancen der Telereha wahrgenommen und verstärkt genutzt werden.
- Bsp. Schlaganfall – Aphasie: Patientinnen/Patienten brauchen teils monatelanges Training; dieses Bedürfnis kann durch digitale Lösungen, welche für den Heimgebrauch optimiert sind, besser erfüllt werden als durch stationäre Aufenthalte, die in dieser Länge nicht durchführbar sind.
- In diesem Sinne könnten Trainingseinheiten online angeboten werden und durch Videokonferenzen zwischen Therapeutinnen und Therapeuten und Patientinnen und Patienten der Fortschritt stetig überwacht werden.
- Ansätze und Überlegungen zu einer derartigen Ausgestaltung sind bereits vorhanden, aber gibt es derzeit noch keine Vergütungsmöglichkeiten für ein derartiges Angebot.

## Vergütung der Reha

In der stationären Reha erfolgt die Vergütung über einen einheitlichen Tagessatz je Patientin oder je Patient; unabhängig vom Aufwand und der einzusetzenden Medizintechnik. Dieser Zustand ist unbefriedigend, da gerade im Feld der Neurologie die eingesetzten Techniken sehr komplex sind.

- Dieses System führt auch zu negativen Incentives: Ökonomischer Druck verleitet zu einer Selektion nach „kosteneffektiven“ Patientinnen und Patienten.
- Schwer Betroffene, die eine rasche Reha am nötigsten hätten, müssten dadurch eine längere Wartezeit in Kauf nehmen.

## Empfehlung

Einteilung der Patientinnen und Patienten anhand eines Aufwandscores und eine davon abhängige Vergütungsregelung errichten, nach dem Beispiel Deutschland wo eine aufwandsabhängige Vergütung bereits praktisch erprobt ist und sich bewährt hat.

- Führt auch zu einer einfacheren Klärung der Frage: Welche Reha muss wirklich stationär sein und welche Reha kann auch ambulant/mobil angeboten werden?
- *Daher:* Flexibilität steigern und damit Versorgung verbessern.

## Empfehlung

Bessere Aufteilung der Patientinnen und Patienten zwischen stationärer Reha, ambulanter Reha, mobiler Reha und Telereha schaffen und somit ein Modell anbieten, das auf die variierenden Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten in abgestufter, angepasster Weise reagieren kann.

Die Vernetzung von Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen ist verbesserungswürdig:

- Teils funktioniert dieses System gut, da, wo es zu direkter Verlegung und Abstimmung vom Krankenhaus in die Reha-Einrichtung kommt.
- Aber im Regelfall erfolgt die Zuteilung zur Reha-Klinik über den Kostenträger PVA nach Freigabe des Antrages.
- Daraus ergibt sich oftmals die Situation, dass Akut-Krankenhaus und Reha-Klinik bezüglich der Patientinnen und Patienten in keinem direkten Kontakt stehen, was ein mangelhaftes System bildet.

Die bessere Variante wäre die Errichtung von Vertragsverhältnissen zwischen Akut- und Rehakliniken und direkter Kommunikation, ohne den Zwischenschritt via den Kostenträger PVA:

- Das bestehende System ist vor allem im Bereich der Patientinnen- und Patientenzuteilung undurchsichtig und sollte optimiert werden, und ein Prozess des Diskurses zwischen medizinischen Expertinnen und Experten und dem Kostenträger sollte instituiert werden.

### Nachsorge nach einer Rehabilitation

Das ist ein weiteres Thema mit großer Bedeutung für den langfristigen Reha-Erfolg.

---

#### BEISPIEL SCHLAGANFALL

*Kontrolle und Nachsorge nach absolvierter Reha weiterhin dringend notwendig.*

---

- Welche Stelle – Rehaklinik, niedergelassener Bereich etc. – diese Aufgabe übernimmt, ist zweitrangig.
- Primär muss eine Lösung bezüglich der Nachbetreuung der Patientinnen und Patienten gefunden werden.
- Die Eingliederung in ein Disease-Management-Programm sollte dabei Ziel sein.
- Das kann den Behandlungserfolg langfristig steigern und mithin auch die Kosteneffektivität des Angebots erhöhen.
- Eine geeignete Stelle für diese Nachsorge wären Spezialambulanzen.

### Gesundheitskompetenz

Patientinnen und Patienten einer stationären Reha sind oftmals schon Wissende in dem sie betreffenden Gebiet, jedoch werden zusätzlich während dem Rehabilitationsaufenthalt Schulungen, etwa bezüglich Ernährung oder Bewegung, angeboten und Wissen vermittelt, welches sich für die/den Patientin/Patienten als sehr nützlich erweist. Die Herausforderung besteht allerdings in der Nachhaltigkeit dieser Bestrebungen, denn gerade bei älteren Patientinnen und Patienten ist eine Umstellung der Lebensgewohnheiten auf gesundheitsdienlichere Verhaltensmuster sehr schwer.

Abseits der Reha muss daher gerade bei Massenthemen wie Ernährung und Bewegung frühzeitig angesetzt werden und mehr in die Primärprävention investiert werden. In diesem Sinne sind auch Schulen und Kindergärten zu bedenken.

## MAG. CAROLINE KRAMMER

REFERENTIN FÜR SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE UND GESUNDHEITSPOLITISCHE GRUNDLAGEN-ARBEIT IN DER ABTEILUNG SOZIALVERSICHERUNG DER ARBEITERKAMMER WIEN

Wohl unstrittig ist das sozialpolitische Ziel, Erwerbstätigkeit und Erwerbsfähigkeit nach Möglichkeit zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, dass Rahmenbedingungen geschaffen werden, die es allen Menschen ermöglichen, ihren Beruf so lange wie möglich gesund ausüben zu können. Dafür braucht es neben wirkungsvollem Arbeitnehmerinnen- und Arbeitnehmerschutz auch altersgerechte Arbeitsplätze, die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern die Möglichkeit geben, ihren Beruf bis zum Pensionsalter ausüben zu können. Während unser dichtes arbeits- und sozialversicherungsrechtliches Netz in jenen Fällen, in denen eine erwerbstätige Person vorübergehend ihre Arbeitsfähigkeit verliert, Absicherung in Form von Krankenbehandlung und Anstalts-pflege gewährleistet, zeigen sich Schwachstellen im Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen.

Damit diese Maßnahmen nämlich Platz greifen können, müssen sie die betroffenen Menschen auch erreichen. Und zwar frühestmöglich, also bestenfalls noch vor dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Problem hierbei ist, dass der Zugang zu einem Rechtsanspruch auf Rehabilitationsmaßnahmen erst sehr spät erfolgt, nämlich erst mit dem Antrag auf Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension. Eine weitere Hürde stellt der Zugang für Personen dar, die keine oder keine am Arbeitsmarkt nachgefragte Qualifikation vorweisen können (Berufsschutz). Das führt dazu, dass gering qualifizierte Arbeiterinnen und Arbeiter weitgehend vom Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen ausgeschlossen sind.

In jüngster Zeit wurden daher zahlreiche Maßnahmen getroffen, die einen rechtzeitigen Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen ermöglichen sollen.

2017 wurde ein Rechtsanspruch auf berufliche Rehabilitation bereits bei drohender Invalidität oder Berufsunfähigkeit eingeführt. Dadurch sollte sichergestellt werden, dass allen Versicherten ein rechtzeitiger Zugang zu geeigneten Rehabilitationsmaßnahmen offensteht. Bezieherinnen und Bezieher von Rehabilitationsgeld wurden ausdrücklich in den Adressatenkreis von beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen aufgenommen (§ 300 Abs 1 bzw. § 303 ASVG), außerdem wurde das Maßnahmenspektrum um die medizinisch-berufsorientierte Rehabilitation (§ 302 Abs 1 Z 1 a ASVG) sowie um Berufsfindungs- und Berufsorientierungsmaßnahmen bzw. Arbeitstrainings (§ 303 letzter Satz ASVG) erweitert.

Trotzdem muss festgestellt werden, dass Maßnahmen der Rehabilitation immer noch viel zu spät einsetzen. Auch nach dem SRÄG 2012 wird über Rehabilitationsmaßnahmen erst entschieden, wenn bereits ein Pensionsantrag eingebracht wurde (der in einen Antrag auf Rehabilitation bzw. Feststellung des Berufsfeldes, in das umgeschult werden soll, umzudeuten ist). Leider setzt auch der neue Rehabilitationsanspruch bei drohender Invalidität voraus, dass die Invalidität bzw. Berufsunfähigkeitspension bereits wahrscheinlich vorliegt oder in absehbarer Zeit vorliegen wird. Dazu kommt, dass zugesprochene Maßnahmen der Rehabilitation in vielen Fällen kaum ausreichende Verbesserung bringen, was wenig verwundert, geht man doch davon aus, dass vielfach als Maßnahme der Rehabilitation das Abwarten der weiteren Entwicklung des Zustandes bescheidmäßig vorgesehen ist.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass sich durch die I-Pensionsreformen die Herausforderungen für die Gesundheits- und Sozialpolitik dramatisch verändert haben; in Bestandsgrößen ausgedrückt, um rund 100.000 Personen, die aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen schwer zu vermitteln sind, und in Stromgrößen ausgedrückt, kommen jährlich rund 13.000 Personen dazu, denen entweder der Pensionszugang verwehrt ist (10.000 Personen) oder die aus dem Rehageldbezug auf den Arbeitsmarkt zurückkehren (3.000 Personen). Das bedeutet eine erhebliche Belastung des Arbeitsmarktes und große Herausforderungen in den Bereichen Prävention, Rehabilitation und Wiedereingliederung. Auch das Pensionsniveau wurde für viele zusätzlich zu den Kürzungen durch die Pensionsreform 2003 weiter abgesenkt.

Der Hauptverband der Sozialversicherungsträger hat im Frühjahr 2017 ein Monitoring vorgelegt, das entgegen den Erwartungen (u. a. des Rechnungshofes in seinem Bericht zur Reform der Invaliditätspensionen) eine bessere Genesungs- und Wiedereingliederungsrate aufzeigt. Demgemäß waren von den rund 10.000 Neuzugängen ins Rehageld in den Jahren 2014 und 2015 Ende 2016 rund 6.500 Personen noch im Rehageldbezug, rund 1.000 haben vom Rehageldbezug dauerhaft in eine IP gewechselt und rund 2.000 Personen waren wieder arbeitsfähig sowie mehr als 700 wieder erwerbstätig.

Das zeigt, die Reformen greifen zwar, aber auf der anderen Seite gibt es dringenden Handlungsbedarf. Steckt man sich daher das gesundheitspolitische Ziel, Kosten für Rehabilitationsgeld, Invaliditätspensionen und Wiedereingliederung durch Prävention zu ersparen, muss der Ansatz einer sein, der, anders als die Maßnahmen des SRÄG 2012, nicht erst auf bereits vorhandenen Krankheiten aufsetzt.

Grundsätzlich gilt, dass die Erhöhung der Erwerbsbeteiligung den Grundstein der sozialen Sicherheit legt. Ziel ist es, das faktische Pensionsalter ohne das gesetzliche Pensionsalter zu heben. Alter(n)sgerechtes Arbeiten sollte garantiert werden und dazu beitragen, die Erwerbsquote älterer Menschen zu erhöhen und das faktische an das gesetzliche Pensionsantrittsalter heranzuführen.

### Projekt Camino

Camino steht für Chancen am Arbeitsmarkt durch individuelle Orientierung und wurde von Juni 2018 bis Juli 2019 am BBRZ-Standort durchgeführt. Als zukunftsweisendes Modell der beruflichen Reha setzt Camino den Fokus auf eine kundinnen- und kundenzentrierte, kompetenzorientierte Haltung und richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen und Problemlagen der Kundinnen und Kunden. Dies ermöglicht eine flexible und zielorientierte Nutzung der verfügbaren Angebote in einem maximalen Förderzeitraum von 18 Wochen. Der klare Fokus liegt auf der Integration in den Arbeitsmarkt. Dabei sollen alle für die Integration in den Arbeitsmarkt relevanten Bedürfnisse – berufliche, finanzielle, soziale, physische oder psychische – gedeckt werden. Ist aus gesundheitlichen Gründen eine Unterbrechung der Reha erforderlich, so kann zu einem späteren Zeitpunkt die Reha fortgesetzt werden.

Das Projekt Camino wurde als Kooperation von PVA-Landesstelle NÖ, AMS-Landesstelle NÖ und BBRZ als Pilotprojekt durchgeführt. Die Ergebnisse sind sehr positiv. Daher erscheint sinnvoll, „Camino“ bundesweit auszurollen.

## HON.-PROF. (FH) DR. BERNHARD RUPP

### LEITER DER FACHABTEILUNG GESUNDHEITSPOLITIK DER ARBEITERKAMMER NIEDERÖSTERREICH

Hier gibt es drei große Körbe:

#### 1. Rehabilitation für Kinder und Jugendliche:

- *Derzeit:* Auf Vereinbarungen und Verträgen beruhende Versorgung in sechs Zentren für die Kinder Österreichs.
- Die Planung und Abstimmung aufeinander – Stichwort Versorgungsplanung – ist nicht durchdacht.

## Empfehlungen

- Rechtsansprüche müssen eingeführt werden.
- Familiengefüge mittherapieren, bevor Familien an den Herausforderungen zerbrechen; derzeit ist dies nur für onkolog. Kinderpatienten auf Basis von einvernehmlichen Vereinbarungen (ohne gesetzliche Neuregelung) geregelt.

*Zudem:* Arbeits- und sozialrechtlich müssen hier Unterstützungsstrukturen geschaffen werden (Elternurlaub), und zwar im Rahmen des ASVG!

#### 2. Rehabilitation für Personen im erwerbsfähigen Alter:

- Verbindung zwischen medizinischer und beruflicher Reha muss geschärft werden.
- Kritik im Vergleich zu Deutschland: Joborientierung zu wenig ausgebaut.
- Die PVA hat neue Angebote geschaffen (RehaJet) – es ist noch zu früh, ein abschließendes Urteil über die Wirksamkeit abgeben zu können.

#### 3. Rehabilitation für Senioren:

- *Problem:* kein Rechtsanspruch auf Reha gegeben.
- Zugang wird zudem insbesondere für ASVG-Versicherte zunehmend schwieriger.
- Leichtere Reha-Zugänge wären Chance, um eine Verschlechterung beim Individuum zu vermeiden oder zu verzögern und so das Abrutschen in das Pflegesystem zu verhindern.
- Dies wiederum hat nicht nur für die individuelle Lebensqualität Vorteile, sondern auch für die Volkswirtschaft.

#### 4. Weiteres:

Ambulante Rehabilitation:

- Besonders wichtiges Thema für Frauen; Grund nicht zuletzt die ungleich verteilten Lasten bei Kinderbetreuung, Pflege und Haushaltsführung.
- Daher sollte dieser Bereich auch unter Einbeziehung weiterer Chancen wie Telemedizin ausgebaut werden.

Reha-Nachbetreuung:

- Monitoring-Systeme fehlen; es gibt keine Struktur zu Messung mittel- und langfristiger Effekte.
- Begleitung nach der Reha wäre wichtig.

## DR. MARTIN SKOUMAL

### CHEFARZT DER PENSIONSVERSICHERUNGSANSTALT

#### Integrierter Betreuungspfad

Die PVA könnte als Träger der Rehabilitation viel mehr ausrichten, wenn der Prozess vor und nach einer Rehabilitation in einem Guss zusammenpassen würde. Das bedeutet, dass mit der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK)/ dem niedergelassenen Bereich ein Dialog geschaffen werden muss, damit z. B. Patientinnen und Patienten, die durch lange Krankenstände auffallen, frühzeitig für die Rehabilitation erfasst werden können.

*Eine Problemstellung:* Begutachtende Ärztinnen und Ärzte stellen keinen Antrag, da dies eine kurative Tätigkeit ist.

- Es gibt Krankenstandskontrollen und ein Early-Intervention-System, aber der Dialog wird zu wenig genützt, um Patientinnen und Patienten eine frühzeitige Rehabilitation anzubieten. Noch schwieriger ist es, wenn Patientinnen und Patienten in die Arbeitslosigkeit abrutschen, denn dann ist fraglich, für welchen Job sie zu rehabilitieren sind.
- Es fehlt sowohl bei Patientinnen und Patienten als auch bei zu vielen zuweisenden Ärztinnen und Ärzten das basale Wissen/Verständnis, was Rehabilitation bedeutet und was Rehabilitation leistet. Die Ärztinnen und Ärzte werden lt. Curriculum auch nicht dahingehend ausgebildet. Der Stellenwert der Rehabilitation sollte gleich sein wie beispielsweise ein Akutkrankenhaus, die Pflege oder das AMS.

#### Rehabilitation ist nicht präsent

Rehabilitation ist in der Politik sowie in den Köpfen der Menschen inkl. der Ärztinnen und Ärzte nicht verankert. Es wäre ein wichtiger Schritt, dieses Thema mehr zu integrieren, da es durch Rehabilitation zur Verhinderung der Pflege kommen könnte bzw. den erwerbsfähigen Menschen den Weg zurück ins Arbeitsleben erleichtert. Es wird seitens der PVA daran gearbeitet, dass der Weg von einer funktionsorientierten Rehabilitation hin zu einer teilhabeorientierten Rehabilitation geht. Die Teilhabe an einem sozialen/beruflichen Leben soll im Vordergrund stehen, denn die Funktion an sich ist oft nicht mehr in vollem Ausmaß herstellbar.

*Frühe Diagnose:* Die Patientinnen und Patienten benötigen die richtige Reha zum richtigen Zeitpunkt – diese muss früh erfolgen und nicht erst dann, wenn eine Chronifizierung eingetreten ist.

---

#### BEISPIEL PSYCHISCHE ERKRANKUNG

*Wenn die Patientinnen und Patienten noch im Erwerbsleben sind, ist es wichtig, früh mit therapeutischen, aber auch mit rehabilitativen Maßnahmen zu beginnen. Rehabilitation bedeutet nicht ausrasten und erholen, sondern harte Arbeit, um wieder zurück ins (Arbeits-)Leben zu kommen!*

---

Mit Rehabilitation wird das Leben der Patientinnen und Patienten mittel-/langfristig beeinflusst.

#### Medizinisch-berufsorientierte Rehabilitation

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die medizinisch-berufsorientierte Rehabilitation für Erwerbsfähige. Das frühzeitige Erkennen einer besonderen beruflichen Problemlage (BBPL) ist hierbei essenziell. Der Sinn der Rehabilitation, für die die PVA steht, dient per se nicht dem alleinigen Wohlbefinden, sondern vorrangiges Ziel ist es, zurück in die Erwerbs-

fähigkeit zu kommen. Bei Pensionistinnen und Pensionisten ist das Ziel, dass diese ein möglichst selbstbestimmtes und pflegeunabhängiges Leben führen können.

### **Eigenverantwortlichkeit der Patientinnen und Patienten stärken**

Es wird gemeinsam mit der GVA (Gesundheitsvorsorge Aktiv) daran gearbeitet, die Eigenverantwortlichkeit der Patientinnen und Patienten zu stärken. Dazu benötigen die Patientinnen und Patienten Wissen. In Hinblick auf die gesunden Lebensjahre bei der Geburt in Österreich (57, im Vergleich in Schweden: 73 – Eurostat 2014) sollte unbedingt schon im Kindergarten und in der Schule angefangen werden, Informationen so aufzubereiten, dass diese auch wahrgenommen werden. Menschen soll lebensnah (teilhabeorientiert) Wissen vermittelt werden (» Beispiel: Programm für Jugendliche mit Diabetes Typ 1). Es wird nach dem Prinzip „restitutio ad optimum“, also was ist die bestmögliche Variante, wieder am Leben trotz Grad der Behinderung teilzuhaben, gearbeitet.

Ein Negativbeispiel wären Patientinnen und Patienten mit einem Infarkt. Diesen werden im Krankenhaus ein Stent gesetzt und Medikamente verabreicht, damit sie ein paar Tage später wieder arbeiten gehen können. Diesen Patientinnen und Patienten werden nicht optimal kommuniziert, dass sie ihren Lebensstil ändern müssen (z. B. weniger Stress, gesündere Ernährung), damit ein derartiges Ereignis nicht noch einmal passiert.

Die Eigenverantwortung der Menschen wurde in der Vergangenheit nicht gefördert und dieses Manko muss jetzt ausgeglichen werden.

### **Berufsbilder in der Rehabilitation**

Teilhabeorientierte Rehabilitation basiert auf dem ICF-Modell (International Classification of Functioning). Die ICD-Diagnose (International Classification of Diseases) sagt nichts aus, denn beispielsweise unterschiedlich schwere Infarkte werden gleich kodiert und so kann der Schweregrad der Betroffenheit nicht abgelesen werden. Beim ICF-Modell werden auch Kontext-Faktoren, also das soziale Umfeld, die Lebensumstände oder die finanzielle Situation, mitberücksichtigt. Der ICF-Zugang ist, dass in der Rehabilitation das „Gesamtbild eines Menschen“ beachtet wird und nicht nur ein funktionsbeeinträchtigter Bereich. Früher wurde nur die Funktion (z. B. Verbesserung der Herzleistung) gemessen, aber nicht das Umfeld berücksichtigt.

### **Anspruch an die Rehabilitation**

Der Mensch soll in den Mittelpunkt gestellt werden, er muss ganzheitlich betrachtet werden. In PVA-Rehazentren wurden Entlassungs- und Teilhabeberater installiert, die strukturiert die Kontextfaktoren abfragen. Damit kann eine bedürfnisorientierte Reha-Planung abgeleitet werden.

Es wurde mit dem Pilotprojekt RehaJET (Rehabilitation, Job, Erwerbsfähigkeit, Teilhabe) eine medizinisch-berufsorientierte Reha entwickelt und gestartet. Es werden in den PVA-Einrichtungen neue Leistungsprofile angeboten, womit die Therapie individuell auf die Patientinnen und Patienten zugeschnitten werden kann. Die Entlassungs- und Teilhabeberaterinnen und -berater können gezielt auf die Patientinnen und Patienten eingehen und ihren Weg weiter begleiten, z. B. bei einer Wiedereingliederung in den Beruf. Dieses Vorgehen ist ein großer Paradigmenwechsel für Österreich und soll nach Erprobung und Evaluierung weitläufiger ausgerollt werden.

### **Ambulante Rehabilitation**

Ein weiterer Schwerpunkt ist die ambulante Rehabilitation, da wir mit einer Generation konfrontiert sind, die sich nicht mehr ohne Weiteres auf eine drei bis vier Wochen durchgehend stationäre Rehabilitation einlässt. Deshalb ist der nächste Schritt, dass in der Phase 2<sup>2</sup> der Rehabilitation der ambulante Bereich mit vielen individuellen Angeboten ausgebaut wird.

---

#### **2 Phasen der Rehabilitation:**

Mit Rehabilitation **Phase 1** ist die Frühmobilisation im Krankenhaus nach einem Akutereignis gemeint. Rehabilitation **Phase 2** umfasst alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zur Erhaltung und Wiedergewinnung der Fähigkeit zur Berufsausübung sowie zur sozialen Wiedereingliederung. Mit der Rehabilitation der **Phase 3** ist die Stabilisierung der in der Phase 2 erreichten Effekte sowie die langfristige positive Veränderung des Lebensstils gemeint. Eine Rehabilitation der Phase 3 ist, bis auf wenige Ausnahmen, erst nach einem ambulanten oder stationären Rehabilitationsaufenthalt der Phase 2 möglich.

<https://www.beste-gesundheit.at/wiki/wiki-details/rehabilitation-phase-1-8ac81677.html>

Die PVA entwickelt eine dreiwöchige Rehabilitation für Personen, die im Krankenstand sind, und eine sechs- bis zehnwöchige Rehabilitation, die berufsbegleitend in Anspruch genommen werden kann. Für Personen mit Kindern, Haustieren oder anderen Verpflichtungen ist dies leichter bewältigbar als drei Wochen durchgehend stationärer Rehabilitation. Ambulante Rehabilitation ist eher für Menschen mit geringeren Problematiken angedacht (z. B. Arthroskopie des Schultergelenks). In der psychiatrischen Rehabilitation kann es wiederum von Vorteil sein, wenn manche Patientinnen und Patienten vom gewohnten Setting Abstand nehmen können. Es wird die Möglichkeit einer kombinierten, also zuerst stationär und dann ambulanten Rehabilitation angedacht. Denn sechs Wochen stationäre Rehabilitation ist lang und für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer oftmals nicht förderlich (Stigma: sechs Wochen dauert nur eine Reha für psychisch Kranke).

Ein Check-up/Refresher wird aktuell bei zwei Indikationen getestet. D. h. es wird nach sechs Monaten überprüft, was die Patientinnen und Patienten gelernt haben bzw. ob die Empfehlungen gepasst haben.

Dann gibt es noch nach einer Phase 2 und noch nicht ganz erreichten Rehabilitationszielen die Möglichkeit einer Phase 3 Rehabilitation im Angebot, um die Nachhaltigkeit zu verbessern.

Die PVA kann die Nachbetreuung der Patientinnen und Patienten aber nicht alleine stemmen. Daher wird an den integrierten Betreuungspfad appelliert (z. B. Prävention durch ÖGK).

Das Problem bei den meisten privaten Rehabilitationseinrichtungen ist, dass Pflegebedürftige aufgrund struktureller, personeller und ökonomischer Gegebenheiten nicht aufgenommen werden können.

Jede der 17 Einrichtungen der PVA weist ein bis drei sogenannte Alleinstellungsmerkmale auf, das sind Krankheitsbilder, mit denen diese schwer betroffenen Menschen sonst nicht rehabilitiert werden könnten. Private Betreiber haben ab einem gewissen Betreuungsindex kein Bettenangebot. Wenn der Barthel-Index<sup>3</sup> einen Score von unter 30 aufweist, besteht ein erheblicher Pflegebedarf. Patientinnen und Patienten mit einem Index von unter 30 werden von den PVA-Sonderkrankenanstalten übernommen (darunter fallen z. B. Herztransplantierte, Beinamputierte, neurokardiologische Patientinnen und Patienten ...). In fast allen Einrichtungen der PVA gibt es eine Bettenstation, die vergleichbar wie in einem Spital arbeitet. Damit trägt die PVA mit ihren eigenen Einrichtungen maßgeblich zur sozialen Sicherheit für schwer betroffene Patientinnen und Patienten bei.

### **Data-Warehouse/Evaluierung**

Seit 2017 werden von der PVA Daten in einem Data-Warehouse zusammengeführt, um Auswertungen vornehmen zu können. Es kann z. B. der Langzeitverlauf der Patientinnen und Patienten in Bezug auf Erwerbsfähigkeit nachvollzogen werden: ein Jahr vor der Rehabilitation bis zu zwei Jahre nach der Rehabilitation. Durch Daten-Evaluierungen und Kennzahl-Entwicklungen können die Einrichtungen sich besser steuern und die Bemühungen steigern. Evaluierungen sind extrem wichtig, um Maßnahmen anzupassen. Eine qualifizierte Transparenz zu Zahlen, Daten, Fakten ist zu befürworten. Auch Diskussionen können nur angestoßen werden, wenn valide Daten zur Verfügung stehen. Maßnahmen zu evaluieren und Transparenz der Daten führt zur Qualitätssteigerung.

### **Gesundheitskompetenz – Wissen**

*Problem:* Patientinnen und Patienten, die in die Rehabilitation kommen, wissen nicht, was sie sich von der Rehabilitation erwarten sollen.

Ergebnisse einer Rehabilitation können nicht besser werden, wenn das „davor“ nicht verkürzt wird. Das Zusammenspiel der Kräfte (Klinik, Kasse ...) ist von essenzieller Bedeutung. Z. B. ein monate-/jahrelanger Krankheitsverlauf einer psychischen Erkrankung kann in sechs Wochen nicht rehabilitiert werden. Die Behandlung psychischer Erkrankungen wird teilweise falsch gehandhabt: Patientinnen und Patienten kommen oftmals sofort in die Rehabilitation, ohne dass davor eine Diagnostik und der Beginn einer Therapie eingeleitet wurden. Das wäre vergleichbar, wenn Patientinnen und Patienten mit einem Herzinfarkt gleich ohne Stent und Medikation in die Rehabilitation kommen. Vor der Rehabilitation wäre eine Therapie erforderlich. Problematisch ist auch, dass Reha-Anträge zum Teil völlig ungenügend ohne jegliche Informationen über den Gesundheitszustand ausgefüllt werden.

<sup>3</sup> Der Barthel-Index ist ein Bewertungsverfahren der alltäglichen Fähigkeiten eines Patienten. Es dient dem systematischen Erfassen von Selbstständigkeit beziehungsweise Pflegebedürftigkeit.

### **Fachkräfte**

Das Wissen über Rehabilitation fehlt nicht nur den Patientinnen und Patienten, sondern auch den Fachkräften und ist außerdem sehr mit Vorurteilen behaftet. Zudem ist der Mangel an Fachkräften (Fachärztinnen und Fachärzte) bereits in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen massiv bemerkbar. Hier ist u. a. die Politik gefragt.

Die Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner wären die Hauptansprechpartnerinnen und -partner für die medizinisch-berufsorientierte Rehabilitation. Diese Berufsgruppe muss an Bedeutung gewinnen, da diese einen großen Teil der Österreicherinnen und Österreicher im Arbeitsleben antreffen.

### **Digitalisierung/Telemedizin**

Die PVA erstellt gerade ein wissenschaftlich fundiertes Konzept, um den Schritt zur Digitalisierung/Telemedizin beschreiten zu können. Projekte in dieser Richtung werden bereits in der Praxis erprobt: Reha-App und HerzMobil Tirol. Zudem befinden sich strukturierte Disease-Management-Programme im Aufbau. Telemedizin kann in der Reha-Phase 2 nicht funktionieren, aber spielt danach in der Nachhaltigkeit eine enorme Rolle, vor allem in jenen Regionen, wo den Patientinnen und Patienten keine ambulante Rehabilitation angeboten werden kann. Dadurch steht den Patientinnen und Patienten trotzdem eine längerfristige überwachte Trainingsmöglichkeit zur Verfügung. Dieses Training wird von Therapeutinnen und Therapeuten überwacht, die den Patientinnen und Patienten zum Trainingsfortschritt Feedback geben können. Ebenso ist es erstrebenswert, den gesamten Prozess von der Antragsstellung bis hin zur Nachbetreuung zu digitalisieren.

Die PVA beschäftigt sich zurzeit sehr viel mit SWOT-Analysen, in der die breit gefächerten Reha-Landschaften der PVA abgebildet werden. Die Digitalisierung wird als Chance, aber auch als veritables Risiko gesehen und spielt in der zukünftigen strategischen Ausrichtung der PVA eine große Rolle.

Allen Österreicherinnen und Österreichern, auch alten und multimorbiden Menschen mit hohem Betreuungsaufwand, soll bei einer Reha-Fähigkeit und einer Reha-Prognose Rehabilitation zugänglich sein, um ein lebenswertes Leben zu erhalten. Österreich hätte alle notwendigen Strukturen – sie müssten nur in effizienter Zusammenarbeit genutzt werden.

## **PRIM. UNIV.-DOZ. DR. GEORG SPIEL**

**GESCHÄFTSFÜHRER UND ÄRZTLICHER SOWIE PSYCHOTHERAPEUTISCHER LEITER VON PRO MENTE: KINDER JUGEND FAMILIE**

## **MAG. GEORG ZINIEL, MSC**

**EHEM. GESCHÄFTSFÜHRER DER GESUNDHEIT ÖSTERREICH**

*Zielgruppe:* Jugendliche mit Mental Health Issues, die aufgrund ihrer psychischen Belastungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten beim Übergang von Schule zur Arbeitswelt die Entwicklungsaufgabe des Übergangs in eine Ausbildung oder Beruf nicht schaffen.

### **Definition Mental Health Issues**

Unter dem Begriff Mental Health Issues werden unterschiedliche Problemlagen mit mehreren psychischen Störungen – sogenannte komorbiden – subsumiert, die beispielsweise ihren Ausdruck in psychischen wie auch körperlichen Symptomen oder auch Verhaltensauffälligkeiten finden können. Eine Auffälligkeit bedeutet nicht zwingend, dass eine Störung oder manifeste Behandlungsbedürftigkeit vorliegt. Wesentlicher Aspekt ist, sich von den traditionellen Stigmatisierungen und an Krankheitseinheiten orientierten Systematiken bezüglich psychischer Erkrankungen zu lösen. Der Ansatz betont vielmehr das Entwicklungspotenzial in einer psychosozialen Perspektive. So steht z. B. das Phänomen der Mental-Health-Problemlagen auch erwiesenermaßen in Zusammenhang mit Alter (mit steigendem Alter steigt Ausprägung), Geschlecht (Mädchen sind häufiger betroffen) und sozialer Gesellschaftsschicht (hochgradig höheres Risiko in sozial benachteiligten Familien).

## Empfehlung

Konzept einer ambulanten integrativen medizinisch-therapeutischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation für Jugendliche mit Mental Health Issues. Dieses stellt einen wesentlichen Baustein bei der Herstellung der notwendigen

Struktur zur Gewährleistung eines kontinuierlichen lückenlosen Unterstützungsangebotes für Kinder und Jugendliche mit Mental Health Issues und deren Eltern dar.

**Ziel:** Unterstützung der Jugendlichen in der Bewältigung der altersentsprechenden Entwicklungsaufgaben sowie die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

### Status quo – Situation Jugendlicher mit Mental Health Issues in Österreich

20 bis 25 Prozent aller Jugendlichen haben Mental Health Issues. Etwa vier Prozent dieser Jugendlichen benötigen professionelle, interdisziplinäre Unterstützung, wie etwa eine medizinisch-therapeutisch-berufliche und soziale Rehabilitation.

*Fazit:* Eine Nicht-Behandlung der psychischen Problematik führt im Großteil der Fälle zur Verschlechterung der psychischen Situation und zur Chronifizierung im Erwachsenenalter und begünstigt nachweislich im weiteren Verlauf des Lebens auch Drogenkonsum und delinquentes Verhalten. Nicht zuletzt steigt bei den Betroffenen auch signifikant das Risiko einer dauerhaften Erwerbslosigkeit und Armutsgefährdung.

### Status quo – Beratung und Betreuung in Österreich

Gesundheitswesen, Jugendwohlfahrt bzw. Jugendhilfe sowie insgesamt das Sozial- und Bildungssystem sind die zentralen gesellschaftlichen Sektoren, die dieser Zielgruppe und deren Eltern Unterstützung leisten und bieten. Zusätzlich zu den unterschiedlichsten Einrichtungen im Gesundheits- und Bildungswesen sind noch Landesbehörden, Bundessozialämter sowie das Arbeitsmarktservice involviert, wobei die Zuständigkeiten unklar und die Koordination mangelhaft ist. Vor allem im Bereich der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen gibt es zudem auch keine klare Grundlage in der Rechtsordnung und somit auch keine verbindliche Kooperationsstrukturen zwischen diesen Leistungsträgern.

Gemessen an der Problemstellung herrscht insgesamt sowohl im schulischen Bereich als auch bei Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen und Therapeuten eine signifikante Unterversorgung.

In Deutschland hingegen ist die psychosoziale Erkrankung bei Kindern/Jugendlichen im Sozialbuch dezidiert genannt. In der sogenannten Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ist das Zusammenwirken der Akteurinnen und Akteure gewährleistet, und die Jugendhilfe ist bis zum 24. und teils bis zum 26. Lebensjahr für Unterstützung verantwortlich.

*Fazit:* Es gibt eine ernsthafte Problemlage bei Jugendlichen, ein fragmentiertes unzureichendes Versorgungssystem und verunsicherte Eltern, die sich alleingelassen fühlen und keine ausreichende Unterstützung finden. Im Unterschied zu Österreich existiert für Kinder und Jugendliche mit Mental Health Issues in Deutschland eine Institutionalisierung und Verankerung des Unterstützungsangebots im Sozialsystem.

### Status quo – Inanspruchnahme professioneller Unterstützung

Etwa 50 Prozent oder weniger nehmen professionelle Unterstützung z. B. von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern oder Fachärztinnen und -ärzten in Anspruch, welche allerdings nicht zwingend mit einer darauffolgenden adäquaten Unterstützung einhergeht.

### Maßnahmen für kontinuierliche und integrative Unterstützung

Diese Zielgruppe hat aufgrund der komplexen Problemlagen einen sehr hohen Hilfebedarf. Die Jugendlichen müssen bei der Bewältigung der Entwicklungsaufgabe als auch bei der Integration in die Berufswelt unterstützt und betreut werden. Die Unterstützung erfordert eine gemeinsame Sichtweise und gesellschaftlich abgestimmte Intervention der verantwortlichen Institutionen im Schul-, Gesundheits- und Sozialsystem sowie dem Arbeitsmarkt.

---

### BEISPIEL

*Ein Best-Practice-Beispiel ist Niederösterreich, das zeigt, wie ein institutionalisiertes Netzwerk entstehen kann. In der Kinderklinik Hinterbrühl entwickelte sich ein Zusammenspiel aus Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten, Sozialarbeiterinnen und -arbeitern, Jugendämtern und Arbeitsmarktservice, wodurch eine neue Qualität im Angebot unterstützt wird. Mittlerweile sind in Niederösterreich in allen Regionen derartige Netzwerke etabliert.*

---

*Fazit:* Die Fragmentierung und Zerstückelung soll durch Netzwerkbildung und abgestimmte Handlungen der einzelnen Professionen ersetzt werden. Es bedarf einer Institutionalisierung und Verankerung eines integrierten Versorgungsangebots in unserem Bildungs-, Gesundheits- und Sozialsystem.

### Schaffung von Übergängen zwischen Schule und Beruf

Eine Mental-Health-Problematik führt bei Jugendlichen signifikant öfter zum Schulabbruch. Selbst wenn es ihnen trotz ihrer Belastung gelingt, die Schullaufbahn positiv abzuschließen, haben sie in weiterer Folge häufig große Probleme, den nächsten anstehenden gesellschaftlich relevanten Entwicklungsschritt zu bewältigen, sprich eine qualifizierte Berufsausbildung zu beginnen. Infolgedessen erscheint es unbedingt notwendig, im Rahmen jeglicher medizinisch oder therapeutisch stabilisierenden Unterstützung diese Jugendlichen auch bei der Entwicklung einer gesellschaftlichen Sinnstiftung und somit auch beruflichen Perspektive zu unterstützen. D.h. optimalerweise sollte eine integrative Mental-Health-Rehabilitation für Jugendliche im Prozess so ausgerichtet sein, dass Jugendliche zwischen therapeutischer Unterstützung und Berufsorientierung wechseln können.

*Fazit:* Jugendliche Schulabbrecherinnen und -abbrecher benötigen ein dynamisches und sensibles Angebot, welches eine Stabilisierung, Ausbildung und Eingliederung in den Betrieb umfasst.

- Forderung nach einem klaren Commitment für eine gesellschaftliche Verantwortung für Jugendliche mit Mental Health Issues.
- Zusammenwirken und Kooperation der einzelnen Sektoren (Gesundheitswesen, Jugendwohlfahrt bzw. Jugendhilfe, Bildungssystem, Arbeitsmarktservice) in einer verbindlichen Form.
- Ausbau von regionaler niederschwelliger ggf. auch anonymisierter Unterstützung in Beratungseinrichtungen mit gut qualifiziertem Personal (wie z.B. Sozialarbeiterinnen und -arbeiter, Psychologinnen und Psychologen und Medizinerinnen und Mediziner). Damit können Übergänge vom Laiensystem in professionelles Hilfesystem besser gewährleistet werden.
- Schaffung von einem institutionalisierten „One-Stop-Shop“ mit einem gesellschaftspolitischen Konzept und multiprofessionellen Teams zur Unterstützung der Kinder/Jugendlichen mit Mental Health Issues und deren Eltern, d.h. einer ambulanten zentralen Anlaufstelle, die für die Aufsetzung und Umsetzung der diversen verbindlichen Interventionen verantwortlich ist. Das Angebot für diese Risikogruppe von Kindern und Jugendlichen mit Mental Health Issues muss ein kombiniertes, facettenreiches sein, welches stark auf Qualitätsmanagement und Qualitätsentwicklung setzt, um ihnen eine positive Entwicklung zu ermöglichen.

*Ziel:* Analog zur bereits bestehenden stationären Rehabilitation für Kinder und Jugendliche soll es diese auch für den ambulanten Bereich geben. Die ambulante, medizinisch-therapeutisch-berufliche und soziale Rehabilitation soll in Zukunft ein selbstverständliches Angebot sein. Nachdem die stationäre Rehabilitation für Kinder und Jugendliche umgesetzt ist, ist die Schaffung dieser Form der Rehabilitation mit neuen Zentren der nächste logische Schritt.

# Quellenverzeichnis

## Fachbücher

- *Bengel, J.; Koch, U. (Hrsg.):* Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung, Springer Verlag 2000.
- *Bettschart, Roland:* Physikalische Medizin: Wirksam und nebenwirkungsfrei bei Schmerzen der Wirbelsäule und der Gelenke, B&K-Bettschart & Kofler Kommunikationsberatung, 2019.
- *Blumberger, W.:* Wissenschaftliche Grundlagen der beruflichen Rehabilitation, Vortragsmanuskript, Universität Wien, April/Mai 2003.
- *Gerdes, N.; Weis, J.:* Zur Theorie der Rehabilitation. In: Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften, 2000, S. 40–68.
- *Gyimesi, M.; Fülöp, G.; Ivansits, S.; Pochobradsky, E.; Stoppacher, A.; Kawalirek, S.; Maksimovic, A.:* Rehabilitationsplan 2016. Gesundheit Österreich, Wien 2016.
- *Sperl, W.:* Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in Österreich. Ein Blick zurück und nach vorne, Springer Verlag 2017.  
<https://doi.org/10.1007/s00608-017-0522-9> (online publiziert 14.11.2017).
- *Weltgesundheitsorganisation (WHO):* Technical Report 668/1981, S. 9.

## Positionspapier

- *Spiel, Georg; Finsterwald, Monika; Pöschl, Roman; Wunderl, Alexandra:* Ambulante Integrierte Medizinisch-Berufliche Rehabilitation (A-IMB), Positionspapier, BBRZ und Pro mente, Linz, Klagenfurt 2016.

## Pressemeldungen

- *Hafner, Petra:* Start der 15 Gipfelgespräche mit Themenkreis Rehabilitation – Rehabilitation mit ganzheitlichem Ansatz und frühzeitigen Maßnahmen, OTS Presseausendung der PRAEVENIRE INITIATIVE Gesundheit 2030 vom 06.03.2020.
- *Heinicke, Torsten:* Wien bekommt Autismus-Kompetenzzentrum im Sonnwendviertel, Medieninformation des VKKJ vom 06.11.2019.

## Website-Link

- *Österreichische Rehabilitationskompass:* <https://rehakompass.goeg.at/#/allgemein>

## Zeitungs- und Zeitschriftartikel

- *Hafner, Petra:* Rehabilitation: Ganzheitlicher Ansatz und frühzeitige Maßnahmen. In: PERISKOP 91, Seite 42.
- *PRAEVENIRE:* Angebote besser vernetzen. Die Situation und das Optimierungspotenzial der Reha-Angebote in Österreich waren Thema eines PRAEVENIRE Gipfelgesprächs. In: Die Presse vom 13.03.2020, Seite 16.



© Flo Hanatschek

Labyrinth im historischen Hofgarten des Stifts Seitenstetten in Niederösterreich.

# Mitwirkende Expertinnen und Experten

(in alphabetischer Reihenfolge)

- **Dr. Gerald Bachinger**  
Patientenanwalt Niederösterreich und Sprecher der  
Patientenanwälte Österreichs
- **Mag. Christian Breitfuss**  
General Manager der Therme Wien der VAMED
- **Univ.-Prof. Dr. Richard Crevenna, MBA, MMSc**  
Vorstand der Universitätsklinik für Physikalische Medizin, Reha-  
bilitation und Arbeitsmedizin an der MedUni Wien
- **Mag. Caroline Culen, PhD**  
Geschäftsführerin der Österreichischen Liga für Kinder-  
und Jugendgesundheit
- **Dr. Christoph Dachs**  
Präsident der Österreichische Gesellschaft für Allgemein-  
und Familienmedizin
- **Prim. Univ.-Doz. Dr. Michael J. Fischer**  
Ärztlicher Direktor des RehaZentrums Kitzbühel
- **Dr. Roland P. Frank**  
Ärztlicher Direktor der AUVA
- **Prim. Dr. Marco Hassler**  
Ärztlicher Leiter von Der Sonnenberghof
- **Dr. Eva Höitl**  
Leiterin des Health Centers der Erste Bank Group
- **HR Dr. Thomas Holzgruber**  
Kammeramtsdirektor der Ärztekammer für Wien
- **Andreas Huss, MBA**  
Obmann der Österreichischen Gesundheitskasse
- **Andreas Kolm, MA, LL.M.**  
Stabstelle Gesundheitsökonomie und e-Health der  
Ärztekammer für Wien
- **Prim. Dr. Matthias König**  
Ärztlicher Direktor des Neurologischen Therapiezentrum,  
Neurologische Bestellambulanz, Ambulatorium für Neurologische  
Spezialtherapie
- **Mag. Caroline Kramer**  
Referentin für sozialversicherungsrechtliche und gesundheits-  
politische Grundlagenarbeit in der Abteilung Sozialversicherung  
der Arbeiterkammer Wien
- **Mag. Michaela Langer**  
Generalsekretärin des Berufsverbands österreichischer  
PsychologInnen
- **Mag. pharm. Dr. Ulrike Mursch-Edlmayr**  
Präsidentin der Österreichischen Apothekerkammer
- **Mag. Wolfgang Panhölzl**  
Leiter der Abteilung Sozialversicherung der Arbeiterkammer Wien
- **Mag. Jan Pazourek**  
Generaldirektor-Stv. der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt
- **Dr. Sigrid Pilz**  
Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwältin
- **Mag. Roman Pöschl**  
Geschäftsführer der BBRZ Reha und BBRZ Med
- **Dr. Georg Psota**  
Chefarzt der Psychosozialen Dienste Wien
- **Dr. Erwin Rebhandl**  
Präsident des Vereins AM PLUS
- **Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA**  
Leiter der Fachabteilung Gesundheitspolitik der  
Arbeiterkammer Niederösterreich
- **Dr. Martin Skoumal**  
Chefarzt der Pensionsversicherungsanstalt
- **Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Sperl**  
Vorstand der Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde im  
Landeskrankenhaus Salzburg
- **Prim. Univ.-Doz. Dr. Georg Spiel**  
Geschäftsführer und ärztlicher sowie psychotherapeutischer  
Leiter von pro mente: kinder jugend familie
- **ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres**  
Präsident der Ärztekammer für Wien
- **Mag. Alexandra Wunderl**  
Leiterin Service Development bei BBRZ Reha
- **Mag. Georg Ziniel, MSc**  
ehem. Geschäftsführer der Gesundheit Österreich

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Rehabilitation



Weißbuch Version 2020  
PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

---

**NACHDENKEN.  
UMSETZEN.  
JETZT!**

---

ZUKUNFT DER GESUNDHEITSVERSORGUNG  
Handlungsempfehlungen für die Politik