

Preis: € 7,50

20

# **p**apers

**Gesundheitswissenschaften**



## ***Ambulante medizinische Rehabilitation***

***Ein neues medizinisches Leistungsangebot  
in den Fachambulatorien der  
Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse***

Herausgegeben von  
Univ.- Prof. Dr. Josef  
Weidenholzer, Institut für  
Gesellschafts- und  
Sozialpolitik, Johannes Kepler  
Universität Linz in  
Zusammenarbeit mit der  
Oberösterreichischen  
Gebietskrankenkasse.  
Redaktionelle Betreuung:  
Mag. Werner Bencic  
Kontaktadresse:  
OÖ Gebietskrankenkasse,  
Frau Andrea Weber,  
Gruberstraße 77,  
A - 4021 Linz,  
Tel.: 0732/7807-3221,  
Fax: 0732/7807-66 3221,  
E-mail: andrea.weber@ooegkk.at,  
Hersteller:  
OÖGKK-Hausdruckerei

***von Ingeborg Neubauer,  
Winfried Habelsberger,  
Friedrich Seitinger***

***Linz, 2007***

## Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>3</b>
<b>2 Versorgungsauftrag und eigene Einrichtungen der OÖ Gebietskrankenkasse</b> .....	<b>6</b>
2.1. Versorgungsauftrag .....	6
2.2. Eigene Einrichtungen der OÖ GKK .....	6
2.3. Nutzen von eigenen Einrichtungen.....	8
<b>3 Die Fachambulatorien der OÖ GKK</b> .....	<b>9</b>
3.1 Historische Entwicklung der Fachambulatorien.....	9
3.1.1 Zu-, Um- und Neubauten in den Fachambulatorien.....	10
3.1.2 Neue Organisationsstruktur .....	10
3.2 Strategie der Fachambulatorien .....	11
3.3. Aufbau der Fachambulatorien .....	13
3.4. Informations- und Kommunikationsstruktur in den Fachambulatorien.....	14
3.5 Medizinisches Leistungsangebot der Fachambulatorien.....	16
3.5.1 Leistungen des Instituts für physikalische Medizin und Rehabilitation.....	16
3.5.2 Leistungsangebot des Instituts für Psychotherapie.....	19
3.6 Qualitätsmanagement in den Fachambulatorien .....	20
3.7. Die Implementierung der ambulanten medizinischen Rehabilitation aus betriebswirtschaftlicher Sicht .....	22
<b>4 Die medizinische Rehabilitation</b> .....	<b>25</b>
4.1 Charakterisierung der medizinischen Rehabilitation.....	25
4.2 Rechtsgrundlagen der Rehabilitation.....	26
4.3 Abgrenzung zur kurativen Medizin .....	30
4.4 Ambulante versus stationäre Rehabilitation .....	33
4.5 Phasenmodell der Rehabilitation .....	37
<b>5 Rehamed – die ambulante medizinische Rehabilitation in den Fachambulatorien der OÖ GKK</b> .....	<b>40</b>
5.1 Bedarfs- und Versorgungssituation in Österreich .....	40
5.2 Strategische Ausrichtung der ambulanten medizinischen Rehabilitation .....	45
5.2.1 Regionalisierung .....	45
5.2.2 Ökonomisierung .....	46
5.2.3 Flexibilisierung und Individualisierung.....	47
5.3 Organisation der ambulanten Rehabilitation in den Fachambulatorien .....	47
5.3.1 Einschlusskriterien für die ambulante Rehabilitation.....	48
5.3.2 Ausschlusskriterien der ambulanten Rehabilitation .....	48
5.3.3 Ablauf der ambulanten Rehabilitation .....	49

5.3.3.1 Zuweisung der Patienten und Bewilligung der ambulanten Rehabilitation .....	50
5.3.3.2 Durchführung der ambulanten Rehabilitation im Fachambulatorium .....	51
5.3.3.3 Abschluss und Evaluation der Rehabilitationsmaßnahmen .....	53
5.4 Medizinische Konzepte in der ambulanten Rehabilitation .....	54
5.4.1 Ambulante Rehabilitation neurologischer Patienten .....	54
5.4.1.1 Wissenschaftliche Grundlagen des Konzeptes .....	55
5.4.1.2 Der Ablauf der neurologischen Rehabilitation .....	57
5.4.2 Ambulante Rehabilitation bei Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates	58
5.4.3 Ambulante Rehabilitation bei Patienten mit chronifiziertem Rückenschmerz .....	60
5.4.3.1 Epidemiologischer und ätiologischer Hintergrund des Konzeptes.....	61
5.4.3.2 Grundlagen des Behandlungskonzeptes GRIP .....	62
5.4.3.3 Ablauf des Reha-Programms bei chronifiziertem Rückenschmerz.....	63
5.5 Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen Rehabilitation.....	68
5.5.1 Strukturqualität .....	68
5.5.2 Prozessqualität.....	70
5.5.3 Ergebnisqualität .....	72
5.5.3.1 Medizinische Assessmentinstrumente .....	73
5.5.3.2 Evaluierung der Patientenzufriedenheit.....	78
5.6 Kooperationen des Fachambulatoriums Linz in Bezug auf die ambulante Rehabilitation .....	79
5.6.1 Kooperationen außerhalb der OÖ GKK .....	80
5.6.2 Kooperationen innerhalb der OÖ GKK.....	82
<b>6 Ambulante medizinische Rehabilitation in Deutschland.....</b>	<b>85</b>
6.1 Entwicklung der ambulanten Rehabilitation in Deutschland .....	85
6.2 Rechtliche Neuerungen zur Rehabilitation .....	88
6.3 Wissenschaftliche Evaluation der ambulanten medizinischen Rehabilitation.....	88
6.4 Erfahrungen aus Deutschland .....	89
<b>7 Fazit und Ausblick.....</b>	<b>94</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Organigramm der Bürogruppe IV .....	7
Abbildung 2: Gesamtzielsystem der Fachambulatorien in Abhängigkeit von der Umwelt .....	12
Abbildung 3: Aufbauorganisation der Fachambulatorien .....	13
Abbildung 4: Informations- und Kommunikationsstruktur in den Fachambulatorien .....	15
Abbildung 5: Kommunikationsstruktur in den Fachambulatorien .....	16
Abbildung 6: Leistungsangebot des Instituts für Physikalische Medizin und Rehabilitation.....	17
Abbildung 7: Leistungsangebot des Instituts für Psychotherapie.....	20
Abbildung 8: Organigramm des Qualitätsmanagements.....	21
Abbildung 9: 7s-Modell.....	22
Abbildung 10: Rehabilitationsfähigkeit der Patienten als Voraussetzung für eine erfolgreiche Rehabilitation.....	26
Abbildung 11: Das bio-psycho-soziale Modell der ICF (DIMDI 2006, S. 23).....	31
Abbildung 12: Phasenabgrenzung Medizinische Rehabilitation.....	38
Abbildung 13: Jährliche Anzahl ambulanter Reha-Fälle nach Berechnungen der OÖ GKK....	44
Abbildung 14: Versorgungsradien der ambulanten medizinischen Rehabilitationseinrichtungen der OÖ GKK.....	46
Abbildung 15: Antrags- und Bewilligungsverfahren ambulante Rehabilitation in der OÖ GKK.....	50
Abbildung 16: Multiprofessionelles Rehabilitationsteam in den Fachambulatorien der OÖ GKK.....	52
Abbildung 17: Rehabilitationsplan für Patienten mit chronifiziertem Rückenschmerz.....	65
Abbildung 18: Functional Independence Measure mit Items .....	74
Abbildung 19: 7-stufige Bewertungsskala des FIM .....	75
Abbildung 20: grafische Darstellungsmöglichkeit der Veränderung im FIM .....	75
Abbildung 21: Effizienz- und Effektivitätsmessung mit Hilfe des FIM.....	76
Abbildung 22: Zusammenfassung der 8 Dimensionen des SF-36 zu 2 Subskalen .....	77

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anwendung des 7s-Modells .....	23
Tabelle 2: Bevölkerungsentwicklung in Österreich von 2004 – 2050.....	41
Tabelle 3: Bevölkerungsentwicklung in Oberösterreich von 2004 – 2040 .....	41

## **AutorInnenverzeichnis**

**Ingeborg Neubauer**, BSc, Physiotherapeutin, derzeit Studentin des European Master of Public Health (EMPH) an der Universität Bielefeld, Deutschland, Praktikantin bei der OÖ Gebietskrankenkasse von 17. Juli 2006 bis 10. September 2006.

**Winfried Habelsberger**, Prim. Dr.; Facharzt für physikalische Medizin und Rehabilitation, ärztlicher Leiter der Institute für physikalische Medizin und Rehabilitation der OÖ Gebietskrankenkasse.

**Friedrich Seitingner**, Dr., BSc, MBA; Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Kaufmännischer und administrativer Leiter der Fachambulatorien.

## Zusammenfassung

In Österreich wie auch in den anderen westlichen Industrienationen entsteht aufgrund der Zunahme an chronischen Krankheiten und der steigenden Anzahl alter und hochbetagter Menschen ein zunehmender Bedarf an medizinischer Rehabilitation. Prinzipiell unterscheidet sich die Rehabilitation von der kurativen Medizin in ihrem ganzheitlichen Ansatz und speziell in der Berücksichtigung der personalen- und Umweltfaktoren der Patienten. Ihr Bezugssystem ist die *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* – im Gegensatz zur kurativen Medizin, deren konzeptionelles Bezugssystem das bio-medizinische Krankheitsmodell mit der *International Classification of Diseases (ICD-10)* ist.

Die Rehabilitation kann prinzipiell in einem stationären aber auch in einem ambulanten Setting durchgeführt werden. Dabei gibt es - wie die Forschung aus Deutschland belegt - bezüglich der Rehabilitationsergebnisse keinen Nachteil der ambulanten medizinischen Rehabilitation gegenüber den stationären Maßnahmen. Die ambulante medizinische Rehabilitation bietet sogar Vorteile, die das stationäre Setting nicht aufweist. Dazu gehören der stärkere Einbezug des Wohnumfeldes und der Angehörigen der Patienten, eine flexible Anpassung der Rehabilitationsmaßnahmen auf den individuellen Patienten mit seinem Krankheitsbild und seinen Rehabilitationszielen sowohl im Bezug auf den zeitlichen Rahmen als auch auf die therapeutischen Maßnahmen. Der ökonomische Vorteil für die Kostenträger basiert darauf, dass die ambulante medizinische Rehabilitation nur für die Tage gezahlt wird, an denen auch Rehaleistungen erbracht werden. Damit fallen die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung der Patienten, die bei stationären Maßnahmen anfallen, weg. Berücksichtigt werden müssen dabei jedoch die Einschluss- und Ausschlusskriterien für die ambulante Rehabilitation, damit auch die Patienten der ambulanten medizinischen Rehabilitation zugewiesen werden, die von ihren Maßnahmen profitieren.

Außerhalb von Pilotprojekten wurden in Österreich Rehabilitationsmaßnahmen fast ausschließlich stationär erbracht. Der ansteigende Rehabilitationsbedarf und die Versorgungslücke im ambulanten Bereich veranlassten die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse dazu, selbst in ihren eigenen Einrichtungen, den Fachambulatorien, die ambulante medizinische Rehabilitation zu implementieren. So begann das Fachambulatorium Wels im Jahr 2001, Steyr im Jahr 2002 und die Fachambulatorien Linz und Vöcklabruck im Jahr 2005 ambulante medizinische Reha-Maßnahmen unter der Wortbildmarke REHAMED durchzuführen. Bisher bieten sie drei Rehabilitationsprogramme an: für neurologische Patienten, für orthopädisch-traumatologische Patienten und für Patienten mit chronifiziertem Rückenschmerz. Um die Rehabilitationspatienten erfolgreich in den bisherigen Ablauf der Institute für physikalische

Medizin und Rehabilitation zu integrieren, musste der Organisationsablauf und auch die EDV umgestellt werden. Insbesondere die Teambesprechungen als Kennzeichen und Voraussetzungen der in der Rehabilitation notwendigen interdisziplinären Zusammenarbeit mussten organisiert und das Personal speziell geschult werden. Qualitätssichernde Maßnahmen hinsichtlich der Struktur, der Prozesse und der Ergebnisse wurden eingeführt. In diesem Rahmen kann das Peer-Review Verfahren für die neurologische ambulante Rehabilitation genannt werden, aber auch die kontinuierliche Ergebnisevaluation mittels Functional Independence Measure (FIM) sowie die Messung der Patientenzufriedenheit. Im Rahmen der Vernetzung, die einerseits angestrebt wird, um Synergieeffekte zu nutzen, aber auch, um die Zahl der Zuweisungen von rehabilitativen Patienten zu steigern, sind die Fachambulatorien bestrebt, ihre internen und externen Kooperationen zu optimieren, zu intensivieren und auszuweiten. Dies wird sicherlich auch in Zukunft eine Aufgabe der Fachambulatorien bleiben.

Der Blick in die Zukunft zeigt die Eröffnung und In-Betriebnahme des neuen Fachambulatoriums in Linz, wodurch mit neuen technischen Medizin- und Trainingsgeräten und einem Zugewinn an räumlichen Kapazitäten der Ablauf der ambulanten medizinischen Rehabilitation optimiert werden soll. Zudem ist eine Ausweitung der bestehenden Konzepte angedacht, neue Indikationsgruppen sollen angesprochen und die Regionalisierung weiter vorangetrieben werden.

## 1 Einleitung

Der Wandel im Krankheitsspektrum, weg von den akutmedizinischen Erkrankungen hin zu einer Zunahme an chronischen Erkrankungen sowie der demographische Wandel mit einer steigenden Anzahl älterer Menschen führen zu einem zunehmenden Bedarf an Rehabilitation, die an den individuellen Lebensbedingungen der Menschen ausgerichtet ist.

Nach der WHO ist Rehabilitation definiert als der

*„koordinierte Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, pädagogischer und technischer Maßnahmen sowie Einflussnahmen auf das physische und soziale Umfeld zur Funktionsverbesserung zum Erreichen einer größtmöglichen Eigenaktivität, zur weitestgehend unabhängigen Partizipation in allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so frei wie möglich wird.“* (Technical Report 668/1981)

Somit liegt der Schwerpunkt der Rehabilitation auf medizinischen, beruflichen und sozialen Maßnahmen, um den Menschen wieder dorthin zu stellen, wo er vor Eintritt des traumatisierenden Ereignisses gestanden hat. Die vorliegende Ausarbeitung konzentriert sich auf die ambulante medizinische Rehabilitation. Denn gerade um die unabhängige Partizipation der Menschen in allen Lebenswelten erreichen zu können, ist es von Nöten, neben stationären Rehabilitationseinrichtungen auch ambulante Versorgungsstrukturen vorzuhalten, die wohnortnah ein interdisziplinäres medizinisches und therapeutisches Rehabilitationsangebot ermöglichen und flexibel auf die individuelle Situation der Patienten eingehen können.

Dabei unterscheidet sich die Rehabilitation grundsätzlich von der kurativ ausgerichteten Medizin, die primär auf das klinische Bild der Krankheit gerichtet ist und das Ziel hat, die Schädigung zu erkennen, zu behandeln und zu heilen. Die Rehabilitation umfasst darüber hinaus die wechselseitigen Beziehungen zwischen den Gesundheitsproblemen eines Menschen und seinen Kontextfaktoren. Dabei geht die ambulante Rehabilitation, so wie die stationäre Rehabilitation auch, von einem ganzheitlichen Ansatz aus, der den Menschen als bio-psycho-soziale Einheit begreift, bei dem Gesundheit und Krankheit durch ein Zusammenwirken physiologischer, psychischer und sozialer Faktoren entsteht und die Rehabilitation daher all diese Bereiche umfassen muss. Das Prinzip der Interdisziplinarität des Rehabilitationsteam erwächst aus diesem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Die Berücksichtigung des gesamten Lebenshintergrunds der Patienten spiegelt sich in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) wider, die die Basis bei der ärztlichen und therapeutischen Planung, Durchführung und Evaluation der Re-



habilitationsmaßnahmen bildet und die Voraussetzung für einen bestmöglichen Rehabilitationserfolg bietet.

Seit 2001 wird die ambulante medizinische Rehabilitation in Österreich seitens der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖ GKK) durch vier Fachambulatorien erfolgreich angeboten, zuerst in Wels, seit 2002 in Steyr und seit 2005 in Linz und in Vöcklabruck. Diese Angebote stellen ein Novum in Österreich dar und sind im Begriff, sich als eine weitere „Säule“ in der Gesundheitsversorgung neben der stationären Rehabilitation zu etablieren.

Zielsetzung der vorliegenden Arbeit ist es, die bisherigen Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der ambulanten medizinischen Rehabilitation in den Fachambulatorien der OÖ GKK (Stand August 2006) darzustellen.

Dazu wird zu Beginn kurz der Versorgungsauftrag beschrieben, den die OÖ GKK als gesetzliche Krankenkasse in Österreich erfüllt und die eigenen Einrichtungen der OÖ GKK vorgestellt sowie auf Sinn und Nutzen dieser Einrichtungen eingegangen.

Weiters wird speziell auf die Fachambulatorien der OÖ Gebietskrankenkasse eingegangen, ihre historische Entwicklung aufgezeigt, ihre Strategie - die eingebunden ist in die Gesamtstrategie der Krankenkasse - vorgestellt und ihr Aufbau sowie die Informations- und Kommunikationsstruktur erläutert. Das medizinische Leistungsangebot, das die Fachambulatorien vorhalten, wird gleichfalls beschrieben.

Die medizinische Rehabilitation unterscheidet sich in ihren Charakteristika und ihren Voraussetzungen von der kurativen Medizin. Diese Unterschiede werden aufgezeigt und die rechtlichen Grundlagen, auf denen insbesondere die Implementierung der ambulanten Rehabilitation in Österreich fußt, dargestellt. Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation können sowohl stationär als auch ambulant durchgeführt werden. Dabei ist insbesondere auch die Phase der Rehabilitation entscheidend, in der sich der jeweilige Patient befindet. Beide Angebotsformen haben Vorteile, gegebenenfalls aber auch Nachteile, die bei dem Vergleich beider Strukturen herausgearbeitet werden sollen.

Die Bedarfs- und Versorgungssituation bezüglich der Rehabilitation in Österreich und insbesondere auch in Oberösterreich führten dazu, dass die OÖ Gebietskrankenkasse Konzepte und Versorgungsstrukturen für die Durchführung von ambulanten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen einführte. Seit 2001 tragen die vier Institute für Physikalische Medizin und Rehabilitation der Fachambulatorien den Namen REHAMED. Dieses Logo steht für die Ausrichtung auf die ambulante medizinische Rehabilitation. Die ambulante medizinische Rehabili-

tation verfolgt in Oberösterreich die Strategie der Ökonomisierung, Flexibilisierung und Regionalisierung, die in ihren Grundzügen vorgestellt wird. Im weiteren Verlauf wird beschrieben, wie die Durchführung der ambulanten Rehabilitation in der OÖ GKK organisiert ist, welche Ein- und Ausschlusskriterien gelten und wie der Ablauf gestaltet ist.

Derzeit bieten die Fachambulatorien ambulante Rehabilitationsprogramme für neurologische und orthopädisch-traumatologische Patienten an sowie für Patienten mit chronifizierten Rückenschmerzen. Die medizinischen Konzepte, auf denen die Programme basieren, werden im Anschluss erläutert. Einen wichtigen Punkt stellt die Qualitätssicherung der ambulanten medizinischen Rehabilitation dar. Sie erfolgt in den Fachambulatorien in Bezug auf Struktur, Prozess und Ergebnis und stellt den nächsten Punkt in den Ausführungen dar. Um einen so komplexen Ablauf wie den der ambulanten medizinischen Rehabilitation organisieren zu können, bedarf es interner aber auch externer Kooperationen. Im letzten Punkt wird auf die ambulante medizinische Rehabilitation in Deutschland eingegangen, wo schon seit den 90-er Jahren die ambulante medizinische Rehabilitation durchgeführt wird. So besteht die Möglichkeit, durch einen Blick auf die dortigen Erfahrungen für die hiesigen Abläufe lernen zu können. Mit einer Zusammenfassung und einem Ausblick auf zukünftige Entwicklungen bei der ambulanten medizinischen Rehabilitation in der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse schließt die Arbeit ab.

## **2 Versorgungsauftrag und eigene Einrichtungen der OÖ Gebietskrankenkasse**

Die gesetzlichen Krankenkassen haben vom Gesetzgeber den Auftrag erhalten, die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Dieser so genannte Versorgungsauftrag wird kurz beschrieben und Sinn und Zweck eigener Einrichtungen der OÖ GKK erörtert.

### **2.1. Versorgungsauftrag**

Die OÖ Gebietskrankenkasse hat den öffentlich-rechtlichen Auftrag, die Versorgung ihrer Versicherten sowie deren Angehöriger sicherzustellen (vgl. §§ 23 Abs. 5 und 338 Abs. 2 ASVG).

Da der Gesetzgeber die OÖ Gebietskrankenkasse berechtigt, Krankenanstalten, Kuranstalten, Kurheime und sonstige Einrichtungen der Krankenbehandlung zu errichten, zu erwerben und zu betreiben (vgl. § 23 Abs. 6 ASVG), kommt die OÖ Gebietskrankenkasse diesem öffentlich-rechtlichen Versorgungsauftrag nicht nur mit dem Betrieb eigener medizinischer Einrichtungen, sondern überwiegend durch Vertragsabschlüsse mit Gesundheitsanbietern (z.B. Vertragsärzte, Vertragstherapeuten) nach. Die OÖ Gebietskrankenkasse ist somit in bestimmten Segmenten Zahler und Anbieter von medizinischen Leistungen. Diese Konstellation wird nicht unkritisch gesehen.

### **2.2. Eigene Einrichtungen der OÖ GKK**

Unter eigenen medizinischen Einrichtungen der OÖ GKK werden die Kurheime, Fach- und Zahnambulatorien verstanden. Diese medizinischen Einrichtungen sind in der Bürogruppe IV „Kundenbetreuung & Gesundheit“ zusammengefasst (Abb. 1):

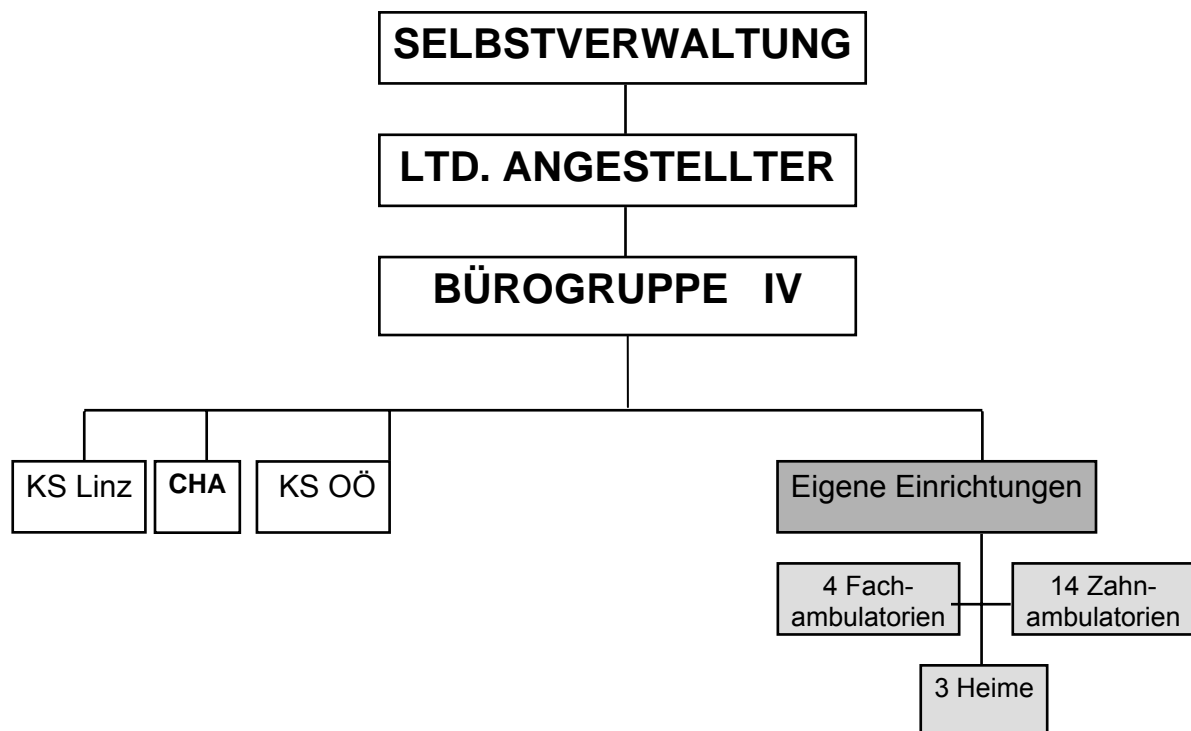


Abbildung 1: Organigramm der Bürogruppe IV

In der Bürogruppe IV sind neben den eigenen Einrichtungen die Kundenservicestellen Linz und Oberösterreich und der chefärztliche Dienst zusammengefasst.

Die eigenen Einrichtungen der OÖ Gebietskrankenkasse umfassen 3 Kurheime, 4 Fachambulatorien und 14 Zahnambulatorien. Bei diesen medizinischen Einrichtungen handelt es sich um Krankenanstalten in der Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums (§ 2 Z. 7 oö. KAG). Sie sind keine bettenführenden Krankenanstalten.

Diese medizinischen Einrichtungen verteilen sich in ganz Oberösterreich, wobei die Kurheime sich in Bad Goisern, Bad Ischl und Bad Schallerbach, die Fachambulatorien in Linz, Steyr, Vöcklabruck und Wels und die Zahnambulatorien in Linz, Wels, Steyr, Bad Ischl, Braunau, Freistadt, Gmunden, Schärding und Vöcklabruck befinden.

Insgesamt sind in diesen eigenen medizinischen Einrichtungen der OÖ Gebietskrankenkasse über 600 MitarbeiterInnen tätig, die im Jahr 2005 ca. 240.000 PatientInnen betreut und ca. 1,2 Millionen Leistungen erbracht haben. Diese Kennzahlen zeigen, dass die eigenen Einrichtungen der OÖ Gebietskrankenkasse einen wesentlichen Beitrag zur medizinischen Gesamtversorgung in Oberösterreich leisten.

### **2.3. Nutzen von eigenen Einrichtungen**

Durch eigene Einrichtungen verbessert die OÖ GKK ihre Servicequalität und kann so ihr Gesamtimage in der Öffentlichkeit verbessern. Da dem Versicherten im Rahmen der medizinischen Behandlung durch die MitarbeiterInnen der Krankenkasse medizinische und therapeutische Leistungen angeboten werden, kommt es zu einer persönlicheren Beziehung und die Kasse wird nicht mehr nur als ein anonymes Unternehmen erfahren.

Durch die eigenen Einrichtungen können positive Synergien für das Gesamtunternehmen der OÖ GKK genutzt werden, da das bestehende Know-How der eigenen Einrichtungen auch von den Vertragspartnerabteilungen der Gebietskrankenkasse genutzt wird (beispielsweise die Tarifikalkulationen), zudem helfen die Fachambulatorien bei der Beurteilung leistungsrechtlicher Fragen mit, wie etwa Rehabilitation, Heilbehelfe und Hilfsmittel.

## 3 Die Fachambulatorien der OÖ GKK

Wie bereits unter Punkt 2 erwähnt, befinden sich die vier Fachambulatorien in Linz, Steyr, Vöcklabruck und Wels. Nachfolgend werden kurz die wichtigsten historischen Fakten und Entwicklungen der Fachambulatorien, die strategische Ausrichtung, die Aufbauorganisation, das medizinische Leistungsspektrum und das Qualitätsmanagement dargestellt sowie die Implementierung der ambulanten Rehabilitation aus betriebswirtschaftlicher Sicht kurz geschildert.

### 3.1 Historische Entwicklung der Fachambulatorien

Aufgrund des gesellschaftlichen, wirtschaftlichen, sozialen, medizinisch - technischen Wandels, der Veränderungen im Krankheitsspektrum und der daraus resultierenden veränderten Bedarfs- und Gesundheitsversorgungsstruktur mussten sich auch die Fachambulatorien der OÖ GKK räumlich, technisch, personell und konzeptionell verändern.

Generell ist festzuhalten, dass die Fachambulatorien der OÖ Gebietskrankenkasse schon vor dem 2. Weltkrieg bestanden (z.B. Steyr seit 1923, Wels seit 1924) und zahlreiche medizinische Fachabteilungen angeboten haben.

So werden beispielsweise im Verhandlungsprotokoll vom 4. Juni 1963 zur Errichtung des Fachambulatoriums Linz in der Gruberstrasse 77 folgende Fachabteilungen genannt:

1. *Untergeschoss: Hydrotherapie, Heilgymnastik und Physiotherapie*
1. *Obergeschoss: Med.-diagn. Laboratorium, Fachabteilung für innere Krankheiten, die Jugenduntersuchungsstelle und die Physiotherapie (Inhalation)*
2. *Obergeschoss: Fachabteilung für Lungenkrankheiten, Fachabteilung für Röntgendiagnostik und für Röntgentherapie*
3. *Obergeschoss: Fachabteilung für Chirurgie*

Auch das Fachambulatorium Wels hatte um 1980 noch eine Vielzahl von Fachstationen betrieben, und zwar:

- Physiotherapie
- Gesundenuntersuchung
- Chirurgie
- Innere Medizin
- Labor
- Jugendlichenuntersuchung
- Radiologie

In den letzten 20 Jahren wurde eine Reihe von Fachstationen geschlossen (vor allem die diagnostischen Fachabteilungen). Im Fachambulatorium Linz zum Beispiel sind die Radiologie, die Chirurgie, die Innere Medizin, das Labor, die Jugendlichenuntersuchung, die Schmerzbambulanz, die Fachabteilung für Lungenkrankheiten sowie die Untersuchungsstelle zur Frühdiagnose des Krebses bei Frauen geschlossen worden, so dass derzeit nur mehr das Institut für physikalische Medizin und Rehabilitation, das Institut für Psychotherapie und die Vorsorgeuntersuchung angeboten werden.

### **3.1.1 Zu-, Um- und Neubauten in den Fachambulatorien**

Die letzten größeren Zu- und Umbauten waren zwischen 1998 und 2000 im Fachambulatorium Steyr (z.B. Erweiterung um die Ergotherapie) und im Fachambulatorium Wels. Diese Zu- und Umbauten waren notwendig, um die ambulante medizinische Rehabilitation anbieten zu können bzw. diese Einrichtungen auf den neuesten medizinischen Stand zu bringen.

#### Neubauten

An Neubauten sind hier vor allem das neue Fachambulatorium Vöcklabruck (im Betrieb seit 1994) und das neue Fachambulatorium in Linz (geplanter Betriebsbeginn Herbst 2007) zu nennen.

Aufgrund der schlechten und beengten Raumsituation in der Außenstelle in Gmunden wurde entschieden, dieses Fachambulatorium zu schließen und ein neues Fachambulatorium in der Außenstelle Vöcklabruck zu errichten. Das Fachambulatorium Gmunden wurde Mitte 1994 geschlossen und zeitgleich wurde das neue Fachambulatorium in Vöcklabruck eröffnet.

Ende 2004 lagen alle notwendigen behördlichen und ministeriellen Bewilligungen vor, die für den Neubau des neuen Fachambulatoriums Linz notwendig waren. Das Bauverhaben Fachambulatorium Linz wurde schon Ende 1980/Anfang 1990 überlegt und angedacht. Aufgrund verschiedenster Umstände (z.B. finanzielle Situation der Kasse, gemeinsames Gesundheitszentrum mit anderen Sozialversicherungsträgern) konnte die Realisierung erst mit 2005 begonnen werden. Die Fertigstellung des Fachambulatoriums Linz neu ist mit Sommer 2007 geplant. Die Aufnahme des Betriebes wird im Herbst 2007 sein.

### **3.1.2 Neue Organisationsstruktur**

Die gesamten eigenen Einrichtungen und der chefärztliche Dienst der OÖ Gebietskrankenkasse waren bis 1999 in einer Abteilung zusammengefasst. Die Ziele für eine neue Organisationsstruktur waren u.a.:

- *Überschaubare Führungsspannen*
- *Dezentrale Verantwortungs- und Entscheidungsstrukturen*
- *Flache Hierarchien und klare Zuständigkeiten*
- *Direkte Wege und direkte Kommunikation zu den zentralen Serviceabteilungen wie zB. Zentraler Einkauf, Technisches Büro und Personalbüro*

Aus diesen Zielvorstellungen hat der Vorstand und die Kontrollversammlung der OÖ Gebietskrankenkasse am 5. Oktober 1999 beschlossen, die bisherige Abteilung „Gesundheitswesen“ in selbständige Bereiche zu gliedern, und zwar:

- Fachambulatorien
- Zahnambulatorien
- Heime
- Chefärztlicher Dienst

Die Erfahrungen mit dieser neuen Organisationsstruktur sind gemischt. Ein Vorteil besteht sicher darin, dass nunmehr überschaubare selbständige Bereiche geschaffen worden sind. Es zeigt sich jedoch, dass diese Selbständigkeit zu unterschiedlichen Entwicklungen führen, die vor allem die administrativen Leistungen wie zum Beispiel EDV-Entwicklung, Aus- und Weiterbildung usw. betreffen. Für den Leiter der Bürogruppe IV besteht noch mehr Abstimmungsbedarf, vor allem bei den Heimen, da jedes Heim direkt der Ressortleiterin unterstellt ist.

Damit wieder mehr Synergien zwischen den vier selbständigen Einheiten erzielt werden, kam es seit 2000 zu folgenden Änderungen:

- Der chefärztliche Dienst Linz (Gruppe Danninger) wurde 2001 wieder den Fachambulatorien unterstellt
- Im Jahr 2003 wurde das „Netzwerk-FA/Heime“ geschaffen, damit ein enger Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den Heimen und Fachambulatorien erfolgt
- Seit 2005 gibt es das Netzwerk „Eigene Einrichtungen“, in dem die Heime, Fach- und Zahnambulatorien vertreten sind

### **3.2 Strategie der Fachambulatorien**

Die Fachambulatorien sind Teil der OÖ Gebietskrankenkasse und tragen daher auch dazu bei, den gesetzlichen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Sie sind somit in die Gesamtstrategie der OÖ Gebietskrankenkasse eingebunden. Dies zeigt sich u.a. darin, dass die Fachambulatorien Teil des GKK-Erfolgsplanes sind.



Entsprechend den vier Perspektiven des Erfolgsplans Orientierung Kunde, Solide Finanzen, Optimale Geschäftsprozesse und Innovationen fördern (vgl. Wesenauer 2006, S. 17ff) werden die konkreten Ziele der Fachambulatorien definiert.

Die nachfolgende Abbildung (Abb. 2) zeigt, dass die Fachambulatorien nicht nur von Mission, Leitbild und Strategie der OÖ GKK abhängig sind, sondern auch vom Umfeld, das einen wesentlichen Einfluss auf die (strategische) Entwicklung der Fachambulatorien ausübt.

Einen wesentlichen Einfluss auf die Fachambulatorien hat das politische Umfeld (z.B. Bundesregierung), das in den letzten Jahren verschiedenste Interventionen plante, die von der Privatisierung bis hin zur gänzlichen Schließung der eigenen Einrichtungen reichten.

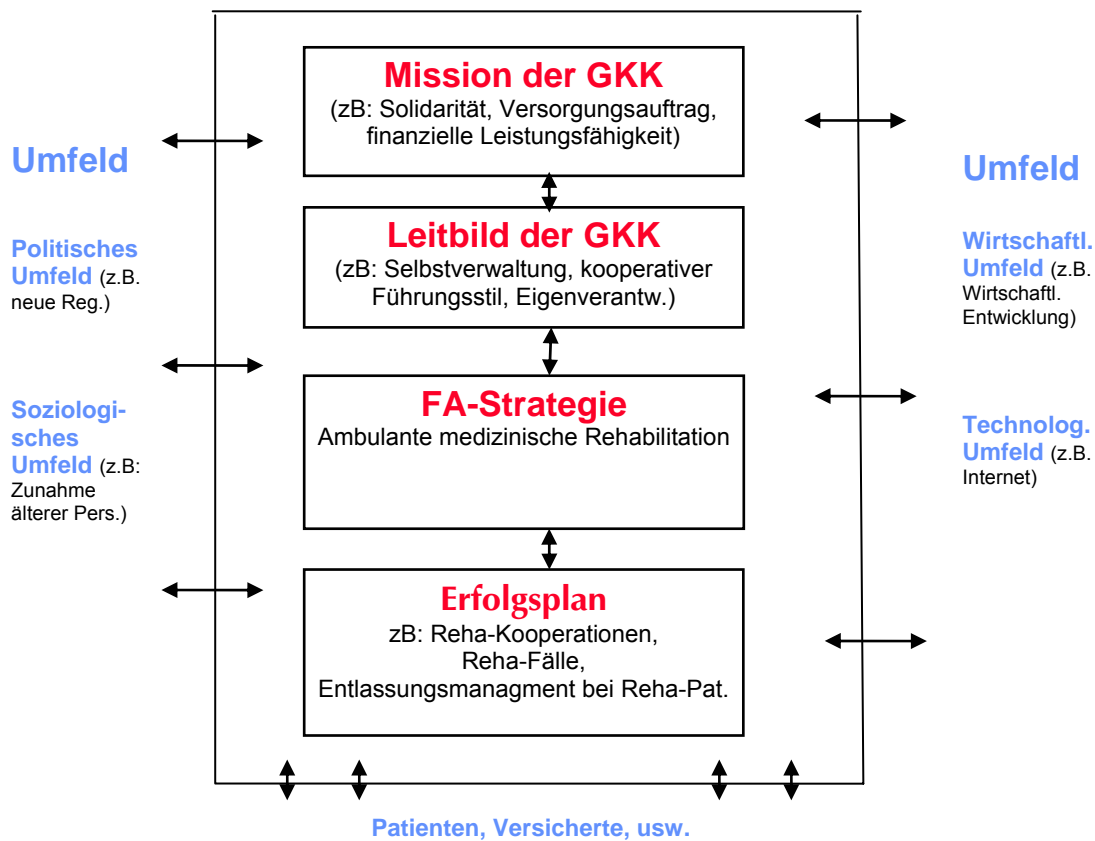


Abbildung 2: Gesamtzielsystem der Fachambulatorien in Abhängigkeit von der Umwelt

Da das ASVG nur von der Sicherstellung des Versorgungsauftrages spricht, stellt sich im Umfeld begrenzter ökonomischer Mittel aus Sicht der OÖ Gebietskrankenkasse eine „make or buy“ Situation (Eigenerstellung oder Fremdbezug) bei der Umsetzung des öffentlich-rechtlichen Auftrages. Diese reine wirtschaftliche Betrachtungsweise hat dort die Grenzen, wo der „Gesundheitsmarkt“ nicht funktioniert, da zum Beispiel aufgrund der Tarifsituation be-

stimmte Leistungen nicht angeboten werden oder wo Regionen unterversorgt sind. So führt u.a. das so genannte „Sallmutter-Waneck Papier“ aus dem Jahre 2000 aus, dass „mit der Abdeckung eines medizinischen Versorgungsbedarfes oder einem speziellen Leistungsangebot der Bestand eines Ambulatoriums gerechtfertigt ist. Sollten derartige Ambulatorien ein negatives betriebswirtschaftliches Ergebnis aufweisen, so ist die wirtschaftliche Situation zu optimieren.“

Die derzeitige strategische Ausrichtung der Fachambulatorien basiert auf einem Versorgungsbedarf und schließt bestehende Versorgungslücken in Oberösterreich.

### 3.3. Aufbau der Fachambulatorien

Der Aufbau der Fachambulatorien folgt dem Prinzip der dualen Führung in den Fachambulatorien (Abb. 3)

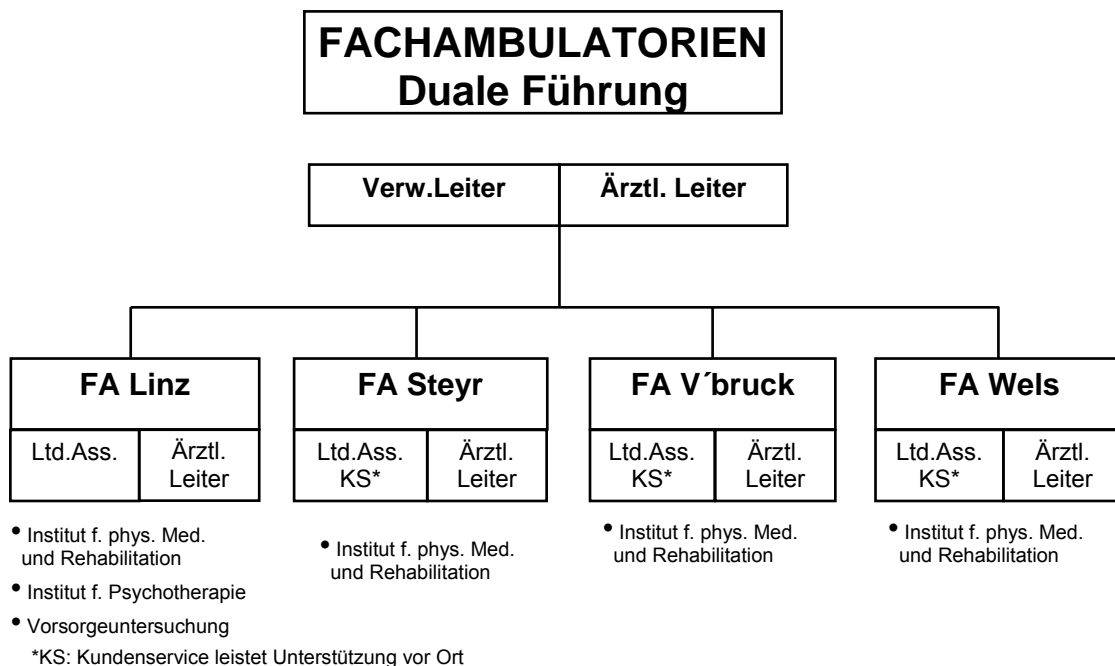


Abbildung 3: Aufbauorganisation der Fachambulatorien

Die duale Führung der Fachambulatorien besteht aus ärztlicher Leitung und kaufmännischer/administrativer Leitung. Dieses Prinzip ist durchgängig umgesetzt (Gesamtverantwortung und die dezentrale Verantwortung im Institut). Auf der Ebene des jeweiligen Fachambulatoriums setzt sich die dezentrale Führung aus dem Institutsarzt, der für ärztliche Fragen und aus der leitenden Assistentin, die für administrative Fragen zuständig ist, zusammen. Die Leiter der Außenstelle leisten Unterstützung bei der Abwicklung administrativer Tätigkeiten in den Fachambulatorien.

Die duale Führung in den Fachambulatorien ist Ausdruck eines kooperativen Führungsstils zwischen Medizin und Verwaltung. Damit keine Pattsituation in wichtigen Fragen entstehen kann, liegt die Letztentscheidung bei der Direktion bzw. in der Selbstverwaltung.

### **3.4. Informations- und Kommunikationsstruktur in den Fachambulatorien**

Entsprechend der Aufbauorganisation in den Fachambulatorien sind die Informations- und Kommunikationsstrukturen konzipiert. Die Informations- und Kommunikationsstruktur in den Fachambulatorien folgt dem dualen Prinzip wie unter Punkt 3.3. erörtert, d.h. es gibt eine Aufteilung in den ärztlichen „Strang“ und in den Verwaltungs-„Strang“.

Die medizinische Kommunikation läuft ausschließlich über den ärztlichen „Strang“, während reine Verwaltungsagenden über den Verwaltungs-„Strang“ laufen. So unterstehen dem Leitenden Arzt der OÖ Gebietskrankenkasse der ärztliche Leiter und diesem die Institutsärzte in Linz, Steyr, Vöcklabruck und Wels.

Im Verwaltungs-„Strang“ unterstehen der Direktion die Verwaltungsleitung und dieser die Leitende Assistentin in Linz, Steyr, Vöcklabruck und Wels (Abb.4).

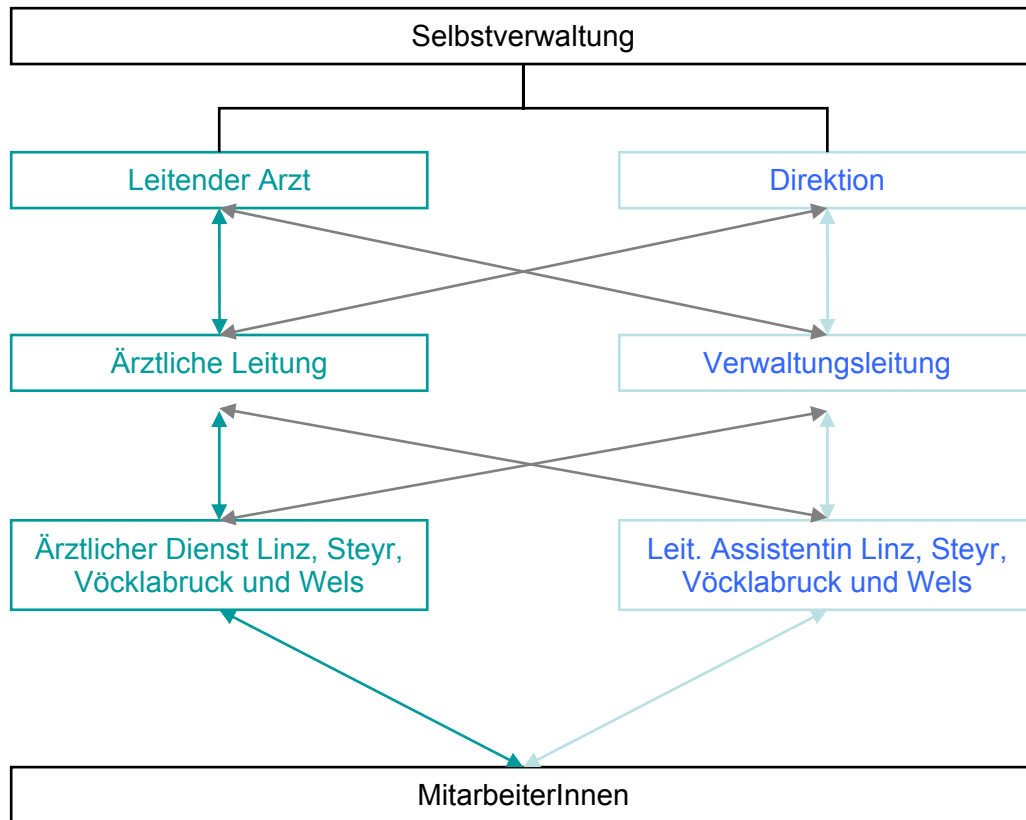


Abbildung 4: Informations- und Kommunikationsstruktur in den Fachambulatorien

Die obige Darstellung zeigt aber auch, dass die Informations- und Kommunikationsschiene nicht nur parallel entlang des ärztlichen bzw. Verwaltungs-Strangs laufen, sondern auch übergreifend ist, da in den seltensten Fällen keine klare inhaltliche Abgrenzung möglich ist bzw. beide „Stränge“ die selbe Information für eine effektive und effiziente Arbeit benötigen (kooperative Führung).

Aus obiger Abbildung ist auch der so genannte „Dienstweg“ innerhalb der Abteilung bzw. bis hin zur Direktion und Selbstverwaltung ersichtlich. In administrativen Angelegenheiten ist für die MitarbeiterInnen die leitende Assistentin die erste Ansprechstelle und erst dann die kaufmännische und administrative Leitung in Linz. Ebenso ist es bei ärztlichen/medizinischen Fragen, bei denen für die MitarbeiterInnen zuerst der Institutsarzt und erst dann der ärztliche Leiter zuständig ist.

Die Kommunikationsstruktur der Fachambulatorien umfasst institutionalisierte Besprechungen, die sowohl zwischen der Leitung in Linz und den dezentralen Instituten erfolgen.

Nachfolgende Abbildung (Abb. 5) zeigt aus Sicht der Verwaltungsleitung in Linz die institutionalisierten Besprechungen innerhalb der Fachambulatorien und zur Direktion.

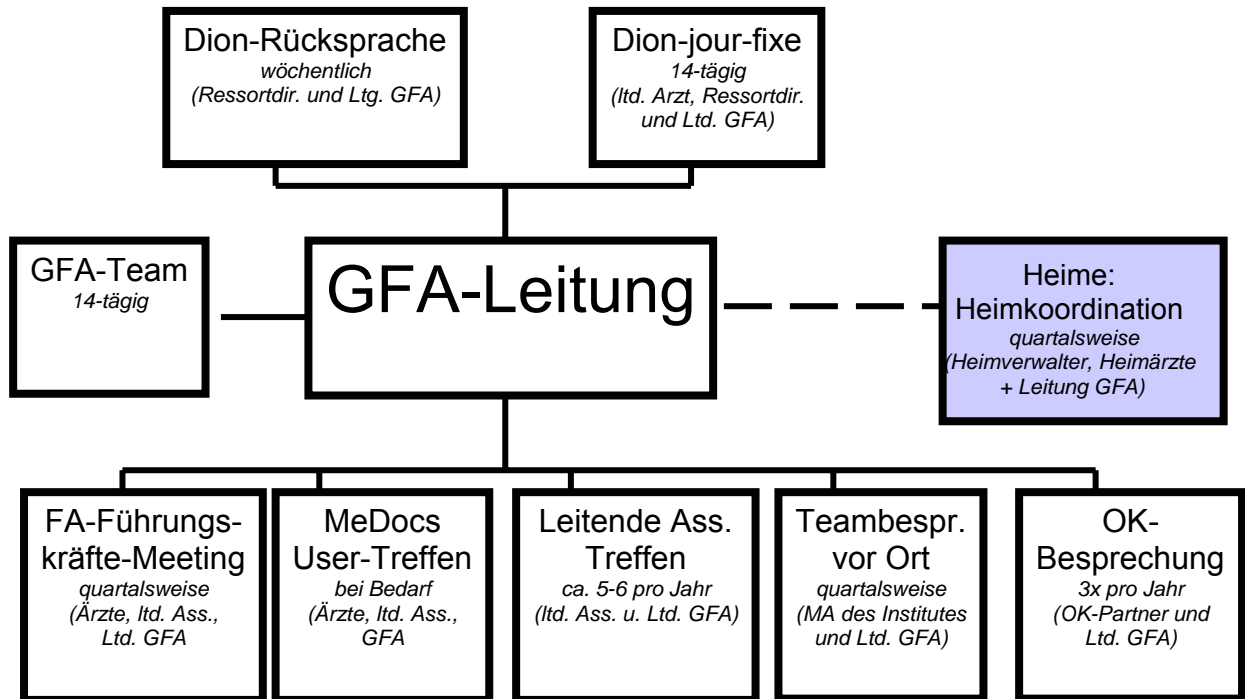


Abbildung 5: Kommunikationsstruktur in den Fachambulatorien

Aus dieser Abbildung ist auch ersichtlich, wie oft die Besprechungen pro Jahr stattfinden und wer die TeilnehmerInnen sind. Bei einem Großteil der Besprechungen nehmen sowohl MitarbeiterInnen aus der Medizin als auch aus der Verwaltung teil (kooperative Führung).

Eine Besonderheit stellt die Heimkoordination dar, die von der Konzeption her ein Netzwerk der Fachambulatorien mit den 3 Kurheimen der OÖ Gebietskrankenkasse ist. Ziel und Zweck der Heimkoordination ist gegenseitiger Erfahrungsaustausch und Abstimmung von Planungsaktivitäten (z.B. EDV-Erweiterungen).

### 3.5 Medizinisches Leistungsangebot der Fachambulatorien

Das medizinische Leistungsangebot der Fachambulatorien basiert insbesondere auf den Leistungen des Instituts für physikalische Medizin und Rehabilitation, im FA Linz auch auf den Leistungen des Instituts für Psychotherapie.

#### 3.5.1 Leistungen des Instituts für physikalische Medizin und Rehabilitation

Das Institut für physikalische Medizin und Rehabilitation bietet sowohl die ambulante medizinische Rehabilitation als auch die „traditionelle“ physikalische Medizin an. Diese Verzahnung zwischen beiden Therapiearten und damit zwischen der erweiterten Aktiv- und der Passivthe-

rapie, ermöglicht die Nutzung von Synergieeffekten und sichert einen optimalen Betrieb der Fachambulatorien.

Das derzeitige Leistungsangebot des Instituts für physikalische Medizin und Rehabilitation in Linz ist daher sehr breit aufgestellt und ist in Abbildung 6 dargestellt.

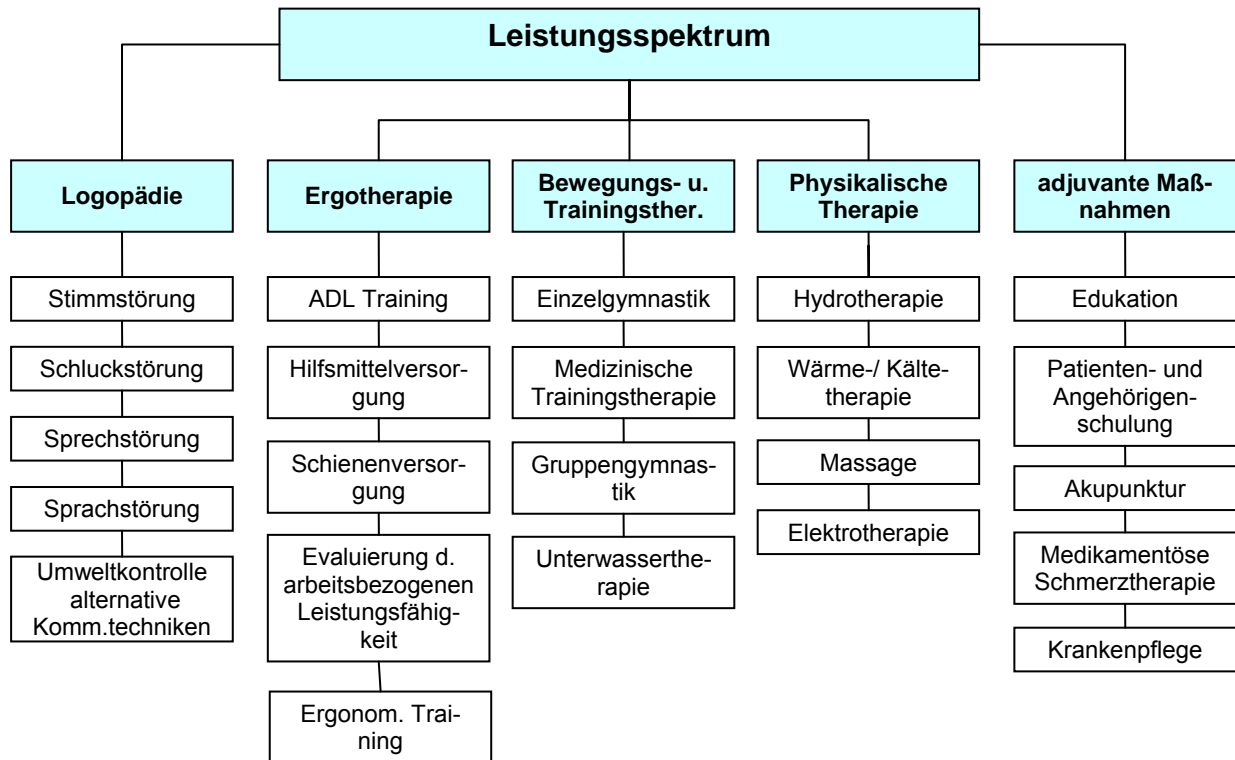


Abbildung 6: Leistungsangebot des Instituts für Physikalische Medizin und Rehabilitation

Zu den Aufgaben der Ärztlichen Dienste gehören die Untersuchung und Diagnostik der Patienten (Erst-, Kontroll- und Enduntersuchung), die Einteilung der Patienten in die entsprechenden Therapien, Akupunktur, Infiltrationen und Maßnahmen der Manuellen Therapie.

Die Physiotherapie interveniert bei neurologischen, neurochirurgischen, orthopädischen, posttraumatischen, rheumatologischen, vaskulären und pulmonalen Krankheitsbildern. Sie zielt insbesondere darauf, Einschränkungen des Bewegungs- und Stützapparates wiederherzustellen und neurologische Funktionen anzubahnen und zu verbessern. Klassischerweise therapiert sie besonders auf der Ebene der Körperfunktionen und Körperstrukturen, welches dann Auswirkungen hat auf die Ebene der Aktivität und der Partizipation. Sie verbessert die Gelenkbeweglichkeit, die intra- und intermuskuläre Koordination, die Ausdauer, die Muskelkraft sowie die Propriozeption. Sie lindert Schmerzen und fördert Stoffwechsel und Durchblutung.

Die Physiotherapeuten nutzen zur Therapie Geräte wie den Schlingentisch, das Laufband zur Lokomotion sowie Geräte der Medizinischen Trainingstherapie. In der Unterwassertherapie erfolgt im Unterwasserbecken Gangschule, Haltungsaufbau, Koordinationstraining und Mobilisation. Die Physiotherapie wird je nach individuellem Befund in Einzel- und in Gruppenbehandlung abgehalten.

Die Ergotherapie hat zum Ziel, dem Patienten zur größtmöglichen Handlungsfähigkeit im Alltag zu verhelfen, also im Beruf, Haushalt und in der Freizeit. Damit verbessert sie die Lebensqualität und fördert die gesellschaftliche Teilhabe. In der Ergotherapie werden die vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen unterstützt, gefördert und gegebenenfalls Kompensationsmechanismen gemeinsam mit dem Patienten entwickelt. Zu den ergotherapeutischen Maßnahmen zählen: Selbsthilfetraining, Training und Verbesserung eingeschränkter Bewegungsabläufe, Förderung der Hirnfunktionen, Versorgung mit Schienen und Hilfsmitteln, ergonomische Beratung sowie die berufliche und soziale Wiedereingliederung des Patienten. Auch die Ergotherapie findet einzeln und in der Gruppe statt.

Logopäden wollen die menschliche Kommunikation im Alltag wiederherstellen bzw. verbessern. Zu ihren Maßnahmen gehören die Therapie der Sprachstörungen, der Sprechstörungen, der Sprachentwicklungsstörungen, der Stimmstörungen (z.B. nach Operationen oder funktionellen Störungen) und der Schluckstörungen (z.B. nach Schlaganfall).

Zum Bereich der physikalischen Therapie gehören die Hydrotherapie aber auch die Elektrotherapie, Massage und Wärme- und Kältetherapie.

Hydrotherapie nutzt die physikalischen Eigenschaften des Wassers, wie z.B. die Auftriebskraft, den Wasserwiderstand und die Temperatur. Medizinische Bäder verwenden Kohlensäure, pflanzliche Extrakte (z.B. Moor) oder ätherische Öle. Die Bäder wirken vor allem schmerzlindernd und durchblutungsfördernd und werden zur Unterstützung der Aktivtherapie beispielsweise bei rheumatisch-degenerativen Erkrankungen eingesetzt oder zur Unterstützung bei Knochenbrüchen und Prellungen.

Die Massage untergliedert sich noch einmal in diverse Unterformen wie beispielsweise in die klassische Massage, die Lymphdrainage, die Bindegewebsmassage und manuelle Teilmassage.

Die klassische Massage führt mittels bestimmter Handgriffe zu einer Lockerung der Muskulatur und zielt auf die Erreichung eines muskulären Gleichgewichts.

Die Lymphdrainage zielt darauf ab, mit speziellen Griffen das Lymph- und Venengefäßsystem zu entstauen. Durch die Ödemresorption kommt es zu einer Schmerzlinderung.

Die Elektrotherapie wirkt durch die Anwendung verschiedener Stromformen wie galvanischem, nieder- oder hochfrequentem Strom oder Interferenzstrom. Dabei wird die Stromstärke und die Frequenz individuell und je nach Zeitpunkt im Heilungsprozess angepasst. Der Ultraschall ist ebenfalls der Elektrotherapie zugehörig und erzeugt Wärme durch eine Mikromassage der tiefen Gewebsschichten.

Bei der Wärmetherapie erhält der Patient Fangoparaffin oder Naturmoorpackungen, bei der Kältetherapie werden Kaltluft, Flockeneis, Eislollied oder Coolpacks appliziert.

Generell kann bei den zuvor aufgeführten Leistungen eine Unterscheidung in Aktiv- und Passivtherapie erfolgen. Dabei werden zur Aktivtherapie die Physiotherapie, die Ergotherapie und die Logopädie gezählt, zu den passiven Maßnahmen die Elektrotherapie, die Massage, die medizinischen Bäder sowie die Wärme- und Kältetherapie. Im Vergleich zu Deutschland ist in Österreich der Bereich der Aktivtherapie in den Instituten für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowohl personell als auch im Bezug auf die Größe, Anzahl und die Ausstattung der Räume sehr viel schwächer vertreten.

Zu den weiteren Leistungen, die das Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation anbietet, gehören die Patienten- und Angehörigenberatung, edukative Maßnahmen sowie Leistungen der Krankenpflege.

Die Raumausstattung des Instituts für physikalische Medizin und Rehabilitation ist behindertengerecht und umfasst entsprechend der angebotenen Therapiemaßnahmen

- Arztordinationen
- Einzel- und Gruppentherapieräume
- Unterwassertherapiebecken
- Trainingstherapiegeräteaum
- Raum für Einzelberatung
- Raum für Teambesprechung und Schulungen
- Ruh-, Entspannungs- und Regenerationsbereich für die Patienten
- Empfangs- und Wartebereich

### **3.5.2 Leistungsangebot des Instituts für Psychotherapie**

In Linz ist auch das Institut für Psychotherapie an der Ausrichtung der ambulanten Rehabilitation beteiligt. Das Institut weist derzeit folgendes Leistungsspektrum auf (Abb. 7):



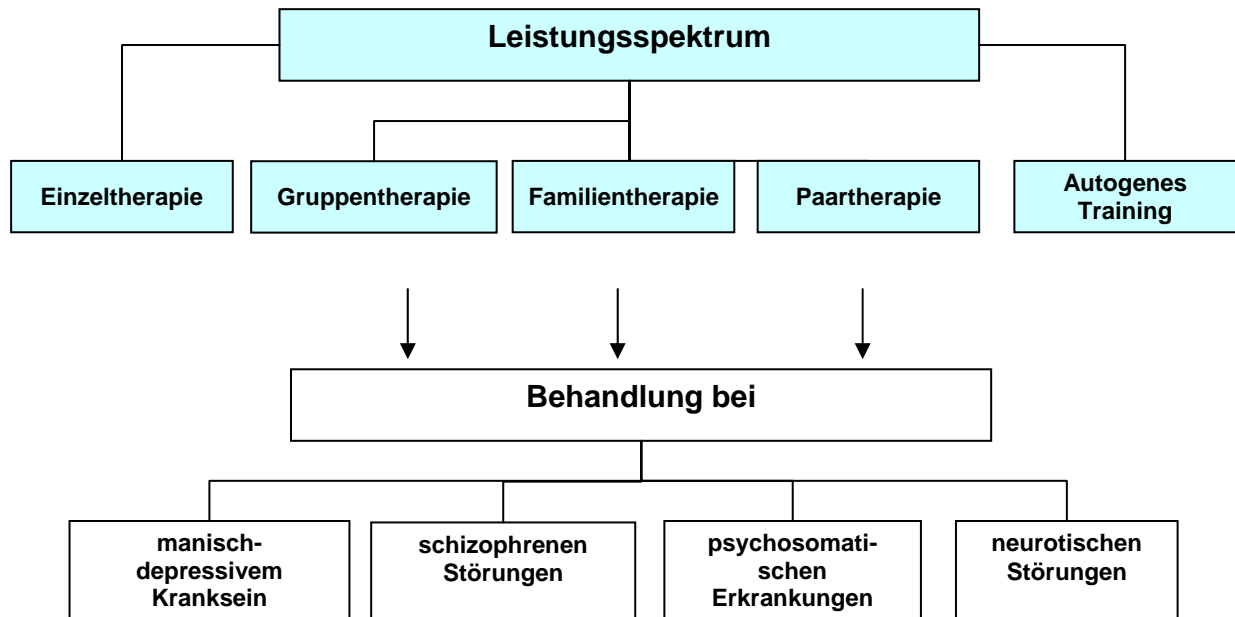


Abbildung 7: Leistungsangebot des Instituts für Psychotherapie

Bei der Rehabilitation der Patienten mit chronifiziertem Rückenschmerz führt eine Ärztin die psychologische Begleitung in Form einer Verhaltensmodifikation durch. Diese findet in der Gruppe statt, kann aber bei Bedarf auch einzeln erfolgen.

### 3.6 Qualitätsmanagement in den Fachambulatorien

Das Qualitätsmanagement ist ein fixer Bestandteil in den Fachambulatorien, da es Teil der Gesamtstrategie und mit dieser abgestimmt ist. Hier soll nur kurz auf die wesentlichsten Punkte des Qualitätsmanagements in den Fachambulatorien eingegangen werden. Eine ausführliche Darstellung findet sich im Gesundheitswissenschaften Band 29 (Salzer und Seitinger 2006, S. 105ff.).

Bei der Konzeption des Qualitätsmanagement wurden nicht bestehende Modelle (wie etwa das EFQM-Modell) übernommen, sondern ein eigenes auf die Fachambulatorien abgestimmtes Konzept erarbeitet und implementiert. Ein wichtiges Anliegen dabei war auch, dass bereits erfolgreich implementierte Managementmethoden oder Qualitätssicherungsinstrumente in den Fachambulatorien in das neue Qualitätsmanagement übernommen worden sind.

Die Ziele des Qualitätsmanagement-Konzept in den Fachambulatorien sind:

- Verbesserung der Patientenversorgung
- Effiziente und effektive Leistungserbringung
- Erfüllen der rechtlichen und behördlichen Grundlagen
- Vorbildwirkung für andere, z.B. Vertragspartner der OÖ Gebietskrankenkasse

Nachfolgende Abbildung (Abb. 8) zeigt das Organigramm des Qualitätsmanagements in den Fachambulatorien.

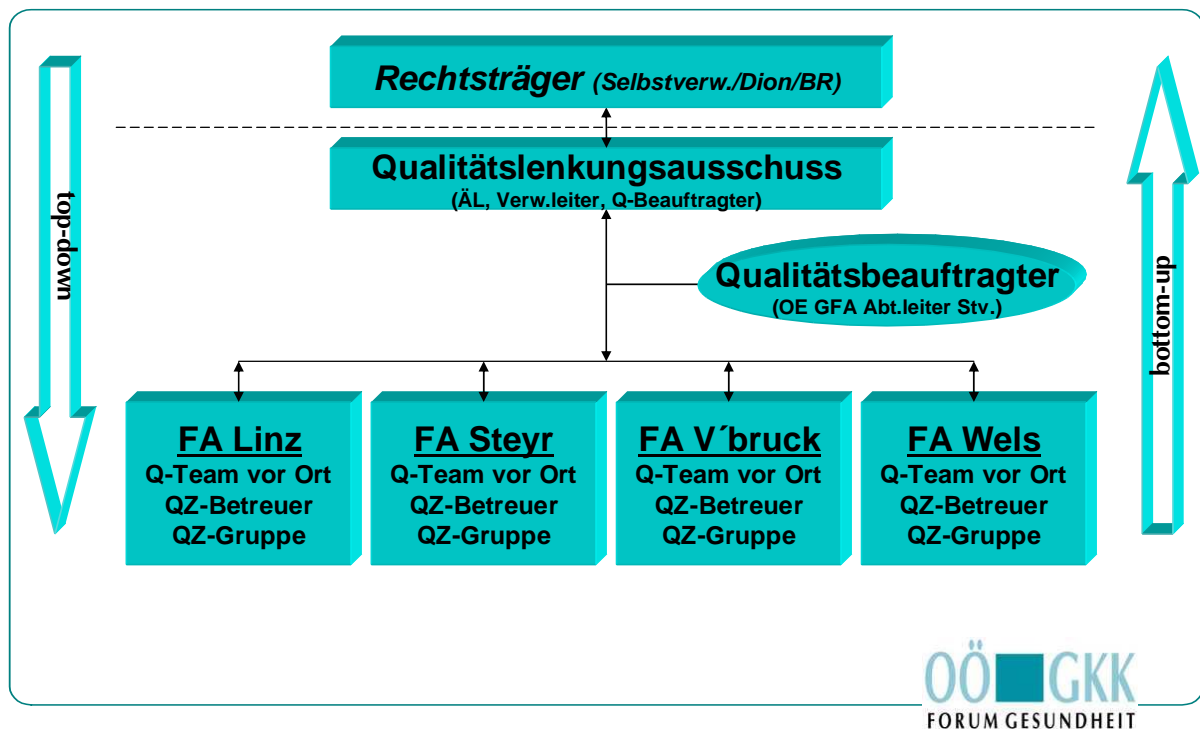


Abbildung 8: Organigramm des Qualitätsmanagements

Die zentralen Organe sind der Qualitätslenkungsausschuss, der vierteljährlich und nach Bedarf tagt und der Qualitätsbeauftragte.

Die bisherigen Erfahrungen mit dem Qualitätsmanagement in den Fachambulatorien zeigen vier wesentliche Punkte, die erfüllt sein müssen, damit das Qualitätsmanagement in der Praxis erfolgreich ist:

- Die Qualität in den Fachambulatorien muss gemessen werden. Dies ist eine zentrale Aufgabe, da man von hoher Leistungs- oder Servicequalität nur dann sprechen kann, wenn man die Qualität misst.

- Das Messen der (medizinischen) Qualität alleine ist nicht ausreichend. Wesentlich ist die Absicht alle Beteiligten Systeme, Prozesse usw. in den Fachambulatorien ständig zum Besseren zu verändern, um so die Qualität zu steigern.
- Qualität muss in jeder Stufe der Erstellung einer (medizinischen) Dienstleistung eingebaut sein.
- Entscheidend ist, dass sich die „duale Führung“ der Fachambulatorien zur Qualität bekennt und Qualität einfordert.

### 3.7. Die Implementierung der ambulanten medizinischen Rehabilitation aus betriebswirtschaftlicher Sicht

Die erfolgreiche Einführung und Umsetzung der ambulanten medizinischen Rehabilitation hängt nicht nur davon ab, wie sich das Umfeld der Fachambulatorien entwickelt (Gefahren, Chance), sondern auch wie die unterschiedlichen Unternehmensbereiche innerhalb der Fachambulatorien ausgestaltet sind und zusammenwirken.

Das „7s-Modell“ (Abb.9) von Peters and Waterman zeigt klar, welchen Herausforderungen die Fachambulatorien gegenüberstehen (vgl. Iles 2001, S. 53ff).

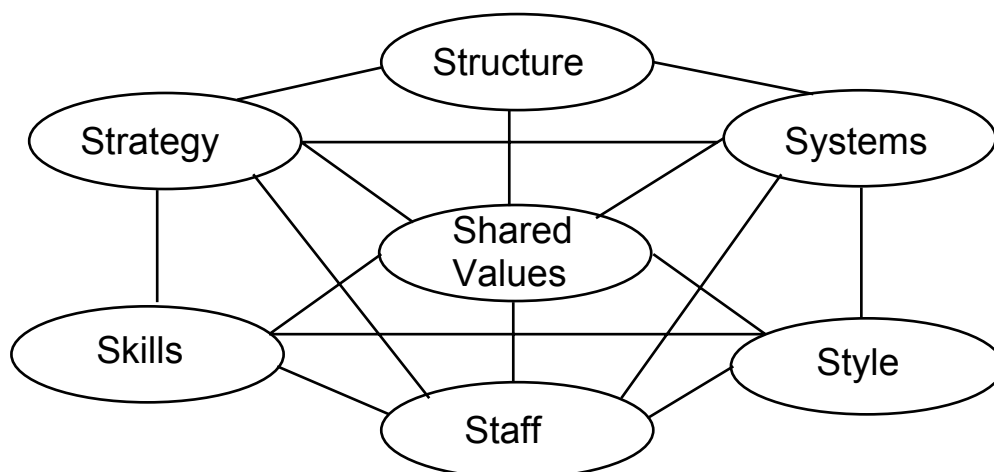


Abbildung 9: 7s-Modell

Dieses 7s-Modell ist insofern hilfreich bei der Umsetzung der ambulanten medizinischen Rehabilitation, weil es zeigt, dass die erfolgreiche Umsetzung sowohl von den harten (Strategie, Struktur und Systeme) als auch von den weichen Unternehmensfaktoren (Kultur, MitarbeiterInnen, Fähigkeiten und Vision) abhängig ist und dass diese Faktoren zusammenhängen und von einander abhängig sind.

Im Konkreten heißt dies zum Beispiel für die Fachambulatorien, dass das EDV-System und die Prozesse neu gestaltet werden müssen, interne und externe Kooperationen aufzubauen und die MitarbeiterInnen auf das Gebiet der ambulanten medizinischen Rehabilitation angepasst bzw. speziell geschult werden müssen.

Wird das 7s-Modell sowohl auf die ambulante medizinische Rehabilitation als auch auf die „normale“ Physiotherapie angewendet, zeigen sich folgende Unterschiede (Tab. 1):

Tab.1: Anwendung des 7s-Modells auf die ambulante medizinischen Rehabilitation und die Physiotherapie

	<b>Ambulante medizinische Rehabilitation</b>	<b>„normale“ Physiotherapie</b>
<b>Ziel</b>	<p>Interdisziplinäre, ganzheitliche, komplexe Leistungserbringung, um die vereinbarten Reha-Ziele zu erreichen</p> <p>Intervention insbesondere im Bereich der Kontextfaktoren → ICF relevant</p> <p>bio-psycho-soziale Sichtweise</p>	<p>Einzelleistungen werden erbracht und nicht zwingend aufeinander abgestimmt</p> <p>kein komplexer, ganzheitlicher Ansatz notwendig, um den Gesundheitszustand des Patienten zu verbessern, eher im Sinne der Nachsorge von Patienten</p> <p>rein bio-medizinische Sichtweise</p>
<b>Strategie strategy</b>	<p>Komplexe Leistungserbringung, die auf die individuellen Bedürfnisse und Probleme des Patienten abgestimmt ist und mit Tagsätzen abgegolten wird</p> <p>Nischenbelegung in Oberösterreich, da bisher noch kein vergleichbares Angebot, speziell mit den drei Rehabilitationsprogrammen /Indikationsbereichen vorliegt</p> <p>Versorgungslücken schließen</p>	<p>Einzelleistungserbringung auf qualitativ hochwertigem Niveau mit moderner technischer Ausstattung</p> <p>Effizienz durch hohe Anzahl an behandelten Patienten</p>

	<b>Ambulante medizinische Rehabilitation</b>	<b>„normale“ Physiotherapie</b>
<b>Schlüsselsysteme</b> Systems	<p>Speziell geschulte Therapeuten, die interdisziplinär die Reha erbringen</p> <p>Ganzheitliches Behandlungskonzept basierend auf medizinischen Konzepten Teambesprechungen (fördern Austausch und Reflexion)</p> <p>Outcome-Measurements</p> <p>EDV, ICF Core Sets</p> <p>Vernetzung zu internen und externen Kooperationspartnern</p>	<p>Langjährige Erfahrung,</p> <p>Diversifiziertes Leistungsspektrum, hohe apparative Ausstattung (z.B. Unterwasserbecken) Aufgrund guter Raumkapazitäten können viele Patienten gleichzeitig behandelt werden, hoher Durchsatz</p>
<b>Personal</b> staff	<p>Motiviert durch ganzheitliche, aufeinander abgestimmte, zielverfolgende Behandlung</p> <p>Zusammenarbeit im Team und mit Patienten und Angehörigen</p> <p>Autonomie, Selbstverantwortung</p>	<p>Erfahrene Mitarbeiter</p> <p>starkes Betriebszugehörigkeitsgefühl</p> <p>Monotonie in der Arbeit</p>
<b>Qualifikationen</b> <b>des Personals</b> skills	<p>Interdisziplinäres Zusammenarbeiten, Zusatzbildungen in einer neurophysiologischen Technik (Bobath zB), EFL, medizin. Trainingstherapie</p>	<p>Erfahrungen für ein breites Spektrum an Krankheiten/ Funktionsstörungen</p>
<b>Struktur</b> Structure	<p>Funktionale Struktur/Netzwerk</p>	<p>Divisionale Struktur</p>
<b>Stil</b> style	<p>Duale, kooperative Führung Innovativ</p> <p>Vertrauensvolle, produktive Zusammenarbeit aller Teammitglieder → unterstützend und Synergieeffekte suchend</p>	<p>Duale, kooperative Führung Konservativ</p> <p>Einzelkämpfer</p>
<b>Kultur/Werte</b> shared values	<p>„Wir wirken mit an einer neuen Versorgungsform in Oberösterreich“</p> <p>„Um das beste Resultat für den Patienten zu erreichen, müssen wir uns austauschen und zusammenarbeiten“</p>	<p>„Wir haben einen reichen Erfahrungsschatz in unserem Aufgabengebiet und können täglich viele Patienten behandeln“</p>

## 4 Die medizinische Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation hat im Zuge der Zunahme chronischer Erkrankungen und der veränderten Alterszusammensetzung der Bevölkerung an Einfluss im Gesundheitssystem gewonnen. Sie grenzt sich von ihren Inhalten von der kurativen Medizin ab, hat ihre eigenen Voraussetzungen und basiert auf anderen rechtlichen Grundlagen. Grundsätzlich kann sie stationär aber auch ambulant durchgeführt werden.

### 4.1 Charakterisierung der medizinischen Rehabilitation

In der medizinischen Rehabilitation geht es generell um die Folgen von Gesundheitsschäden, die durch die Maßnahmen der Akutmedizin nicht behoben werden konnten und mit denen die Patienten daher auf längere Zeit leben müssten. Rehabilitation umfasst ein geplantes, konzentriertes und koordiniertes Zusammenwirken unterschiedlicher Gesundheitsdisziplinen, daher steht die Teamarbeit im Dienste der Patienten im Vordergrund. Aber auch die aktive Mitarbeit des Patienten und seine Verpflichtung, zum beabsichtigten Rehabilitationsziel beizutragen, sind wesentlicher Teil des Rehabilitationsprozesses (vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 1999, S.6).

Die Rehabilitation hat zum Ziel, die Betroffenen in die Lage zu versetzen, möglichst gut den Anforderungen im alltäglichen Leben begegnen sowie den Rollenverpflichtungen in Familie, Beruf und Gesellschaft nachkommen zu können (vgl. Gerdes und Weis 2000, S.42). Somit zielt sie auf den Erhalt und die Verbesserung der Funktionen, um die Leistungsfähigkeit im Alltag, Familie und Beruf wieder zu gewinnen und in der Lebensgestaltung so frei wie möglich zu sein. Gleichzeitig will sie Frühinvalidität und Pflegebedürftigkeit vermeiden.

Es gibt bestimmte Voraussetzungen, die gegeben sein müssen, damit eine Rehabilitation erfolgreich durchgeführt werden kann. Diese sind sowohl für die ambulante als auch für die stationäre Rehabilitation identisch:

- **Rehabilitationsbedürftigkeit:** Sie ist zu erkennen, wenn ein Gesundheitsschaden droht oder bereits vorliegt, der voraussichtlich nicht nur vorübergehend besteht und über die kurative Versorgung hinaus eine Rehabilitation erforderlich macht. Dazu zählen Störungen oder Hilfebedarf im Bereich der Aktivitäten, die durch Training und/oder Hilfsmittel gebessert werden können. Es betrifft psychische Belastungen, die eine Krankheitsbewältigung verhindern, aber auch soziale Probleme und der Bedarf an edukativen Maßnahmen (vgl. Gerdes und Weis 2000, S.54).

- **Rehabilitationsfähigkeit:** Sie bezieht sich auf den physischen und psychischen/kognitiven Zustand des Patienten, der für die Mitarbeit und Teilnahme an den Rehabilitationsmaßnahmen notwendig ist. Darunter werden insbesondere seine Motivation und sein Commitment, seine physische, psychische und kognitive Belastbarkeit für 2 bis 4 Stunden täglich, seine Vitalparameter sowie der Abschluss der akutmedizinischen Versorgung gefasst (Abb. 10).

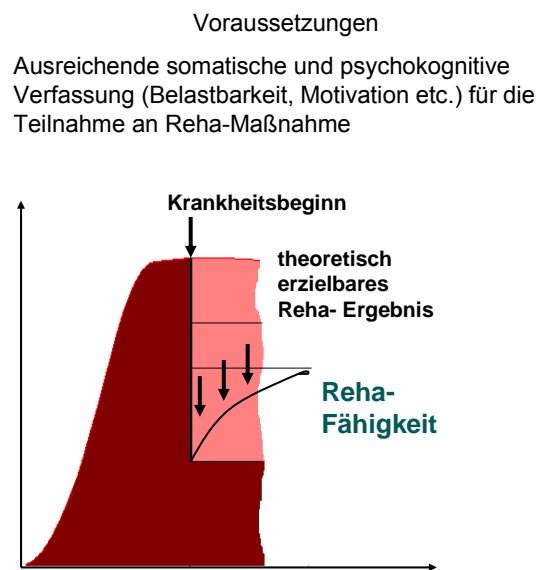


Abbildung 10: Rehabilitationsfähigkeit der Patienten als Voraussetzung für eine erfolgreiche Rehabilitation

- **Rehabilitationsprognose:** Sie ist die medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage über die Erreichbarkeit der festgelegten Rehabilitationsziele. Dabei stützt sie sich auf die Art der Erkrankung, ihren bisherigen Verlauf sowie auf die Rückbildungsressourcen und Rückbildungskapazitäten des Einzelnen. Sie ist natürlich auch abhängig von der Erreichbarkeit des festgelegten Rehabilitationsziel, von der Durchführung geeigneter Rehabilitationsmaßnahmen und einem passenden Zeitraum.

## 4.2 Rechtsgrundlagen der Rehabilitation

Seit den 50iger Jahren gibt es in Österreich Aktivitäten der Sozialversicherungsträger hinsichtlich der Einführung medizinischer Maßnahmen zur medizinischen, beruflichen und sozialen

Rehabilitation. Sie haben das Ziel, die Arbeitsfähigkeit der Patienten zu erhalten bzw. wiederzuerlangen und sie wieder in den Arbeitsprozess einzugliedern.

Der Begriff der Rehabilitation wurde 1962 in den Gesetzestext des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) aufgenommen. Alle drei Versicherungssparten sind für die Gewährung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zuständig. Auch im Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz (GSVG § 99a und § 157ff.), im Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG § 96a, § 148p und § 150 ff.) und im Beamten-, Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG §§ 65a und 70) gibt es gleich lautende oder ähnliche Regelungen für die medizinische Rehabilitation. Der Einfachheit halber werden jedoch in den folgenden Ausführungen die Regelungen des ASVG zitiert.

Entscheidende Paragraphen sind:

Für die **Gesetzliche Krankenversicherung**:

*ASVG § 154a (1): Die Krankenversicherungsträger gewähren, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder die Folgen der Krankheit zu erleichtern, im Anschluss an die Krankenbehandlung nach pflichtgemäßem Ermessen und nach Maßgabe des § 133 Abs. 2 medizinische Maßnahmen der Rehabilitation mit dem Ziel, den Gesundheitszustand der Versicherten und ihrer Angehörigen so weit wieder herzustellen, dass sie in der Lage sind, in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd und ohne Betreuung und Hilfe einzunehmen.*

*(2): Die Maßnahmen gemäß Abs. 1 umfassen:*

*1. die Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen;*

Damit wird ausgedrückt, dass die Krankenversicherungsträger Maßnahmen der Rehabilitation im Anschluss an die Krankenbehandlung durchführen, wobei die Gewährung von Maßnahmen zur Rehabilitation nach pflichtgemäßem Ermessen durchgeführt wird.

*ASVG § 133 (2): Die Krankenbehandlung umfasst:*

*(2): Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Durch die Krankenbehandlung sollen die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt, oder gebessert werden.*



*Die Leistungen werden, soweit in diesem Bundesgesetz nicht anderes bestimmt wird, als Sachleistungen erbracht.*

**Für die Unfallversicherung:**

*§ 189 (1): Die Unfallheilbehandlung hat mit allen geeigneten Mitteln die durch den Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit hervorgerufene Gesundheitsstörung oder Körperbeschädigung sowie durch den Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit verursachte Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. der Fähigkeit zur Besorgung der lebenswichtigen persönlichen Angelegenheiten zu beseitigen oder zumindest zu bessern und eine Verschlimmerung der Folgen der Verletzung oder Erkrankung zu verhüten.*

*(2): Die Unfallheilbehandlung umfasst insbesondere:*

- 1. ärztliche Hilfe;*
- 2. Heilmittel;*
- 3. Heilbehelfe;*
- 4. Pflege in Kranken-, Kur- und sonstigen Anstalten.*

*In den Fällen der Z 1 bis 4 sowie im Zusammenhang mit der körpergerechten Anpassung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln können Reise- und Transportkosten nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten übernommen werden.*

Wenn also der Grund für die Behinderung ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit ist, gewähren die Unfallversicherungsträger Maßnahmen der Rehabilitation, um mit allen geeigneten Mitteln die Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. die Fähigkeit zur Besorgung der lebenswichtigen Angelegenheiten zu beseitigen und eine Verschlimmerung des Verletzungsfolgen zu verhüten.

**Für die Pensionsversicherung:**

*§ 300 (2): Versicherte gelten als behindert im Sinne des Abs. 1, wenn sie infolge eines Leidens oder Gebrechens ohne Gewährung von Maßnahmen der Rehabilitation die besonderen Voraussetzungen für eine Pension aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit, ausgenommen einer Knappschaftspension, wahrscheinlich erfüllen oder in absehbarer Zeit erfüllen werden; vorwiegend altersbedingte Leiden und Gebrechen gelten nicht als Leiden und Gebrechen im Sinne dieses Absatz.*

*(3): Die Rehabilitation umfasst medizinische und berufliche Maßnahmen und, soweit dies zu ihrer Ergänzung erforderlich ist, soziale Maßnahmen mit dem Ziel, Behinderte bis zu einem*

*solchen Grad ihrer Leistungsfähigkeit herzustellen oder wiederherzustellen, der sie in die Lage versetzt, im beruflichen und wirtschaftlichen Leben und in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd einnehmen zu können...*

*§ 302 (1): Die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation umfassen:*

- 1. die Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen;*
- 2. die Gewährung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln einschließlich der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel ...*
- 3. die Gewährung ärztlicher Hilfe sowie der Versorgung mit Heilmitteln und Heilbehelfen , wenn diese Leistungen unmittelbar im Anschluss an eine oder im Zusammenhang mit einer der im Z 1 und 2 genannten Maßnahmen erforderlich sind.*

Die Pensionsversicherungsträger führen Maßnahmen der Rehabilitation durch, wenn die Einschränkungen des Menschen ohne die Gewährung von Leistungen der Rehabilitation voraussichtlich zu Invalidität, Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit führen würde oder bereits geführt hat. Die Leistungen sind nach pflichtgemäßem Ermessen zu gewähren, mit dem Ziel, dass der Versicherte in seinem beruflichen, sozialen und wirtschaftlichen Leben seinen Platz möglichst dauerhaft einnehmen kann. Pensionsversicherungsträger können unter Berücksichtigung der Auslastung der eigenen Einrichtungen auch Angehörige eines Versicherten oder eines Pensionisten oder Beziehern von Waisenspensionen Maßnahmen der Rehabilitation gewähren. Die Pensionsversicherungsträger können auch die Gewährung von medizinischen Reha-Maßnahmen, für die ein Krankenversicherungsträger zuständig wäre, zu jeder Zeit an sich ziehen. Mangels ausreichender Einrichtungen der Krankenversicherung wird daher in der Praxis die medizinische Rehabilitation häufig von den Pensionsversicherungsträgern durchgeführt (vgl. ÖBIG 2004a, S. 12).

Die §§ 154a Abs. 2 und 7 und § 302 und die Bestimmungen in den Sondergesetzen werden seitens des Hauptverbandes so interpretiert, dass alle Formen der Rehabilitation damit abgedeckt werden. Daher ist auch die ambulante Rehabilitation diesen Rechtsvorschriften zuordenbar, da auch diese in „Krankenanstalten“ durchgeführt werden und daher eine krankenanstaltenrechtliche Bewilligung aufweisen. Zudem kommt hinzu, dass die „Unterbringung“ in Krankenanstalten nicht zwingend auch eine Übernachtung in der Krankenanstalt bedeutet. Die Fachambulatorien der OÖ GKK haben die notwendige Genehmigung und sind Krankenanstalten in der Betriebsform eines selbstständigen Ambulatoriums gemäß § 2 Z. 7 Oö. KAG.

Eine Untersuchung bei den Krankenversicherungsträgern zeigte, dass ambulante Rehabilitation in den unterschiedlichsten rechtlichen Ausprägungen gewährt wird. Zum Teil nach Bestimmungen des § 154a ASVG (medizinische Maßnahme der Rehabilitation in der KV), zum Teil als Maßnahme zur Festigung der Gesundheit (§ 155 ASVG) oder in Höhe eines prozentualen Anteils nach § 25 der Satzung (Erstattung von Kosten der ärztlichen Hilfe).

### 4.3 Abgrenzung zur kurativen Medizin

Auch wenn keine strikte Trennung zwischen den diversen Versorgungsbereichen existiert, müssen doch die besonderen Schwerpunkte der Rehabilitation in Abgrenzung zur kurativen Medizin betrachtet werden.

Die kurative Versorgung ist a priori kausal orientiert und zielt auf das klinische Bild als Manifestation einer Krankheit und Schädigung. Sie strebt Heilung bzw. Remission an oder bei Krankheiten mit Chronifizierungstendenz die Vermeidung einer Verschlimmerung sowie Linderung der Leiden und sie will weitere Krankheitsfolgen vermeiden (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2000, S.10). Ihr konzeptionelles Bezugssystem ist das biomedizinische Krankheitsmodell mit der entsprechenden Klassifikation der International Classification of Diseases (ICD-10), die untergliedert ist nach der Ätiopathogenese und der Lokalisation der Krankheit.

Der Rehabilitation liegt das bio-psycho-soziale Modell zugrunde, welches Gesundheit und Krankheit als ein Zusammenspiel physiologischer, psychischer und sozialer Vorgänge begreift. Ihre entsprechende Klassifikation ist die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Die ICF wurde im Mai 2001 von der WHO verabschiedet mit dem Ziel, dass alle an der Rehabilitation Beteiligten eine „gleiche Sprache“ sprechen und Datenvergleiche auf internationaler Ebene sowie epidemiologische Studien möglich werden. Die ICF ermöglicht, den Gesundheitszustand des Patienten in allen seinen Dimensionen darzustellen und insbesondere die Kontextfaktoren – also den Lebenshintergrund der Patienten – mit in die Rehabilitation einzubeziehen.

Die ICF unterteilt sich in die Komponenten Körperfunktionen und –strukturen, Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) (Abb.11). Dabei werden unter den Körperfunktionen die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich der psychologischen Funktionen) verstanden. Körperstrukturen meinen die anatomischen Teile des Körpers, wie die Organe und Gliedmaßen. Schädigungen, die dort auftreten können, sind beispielsweise Schädigungen

des Muskel- und Skelettsystems u.a. mit Störungen der aktiven oder passiven Bewegungsfähigkeit.

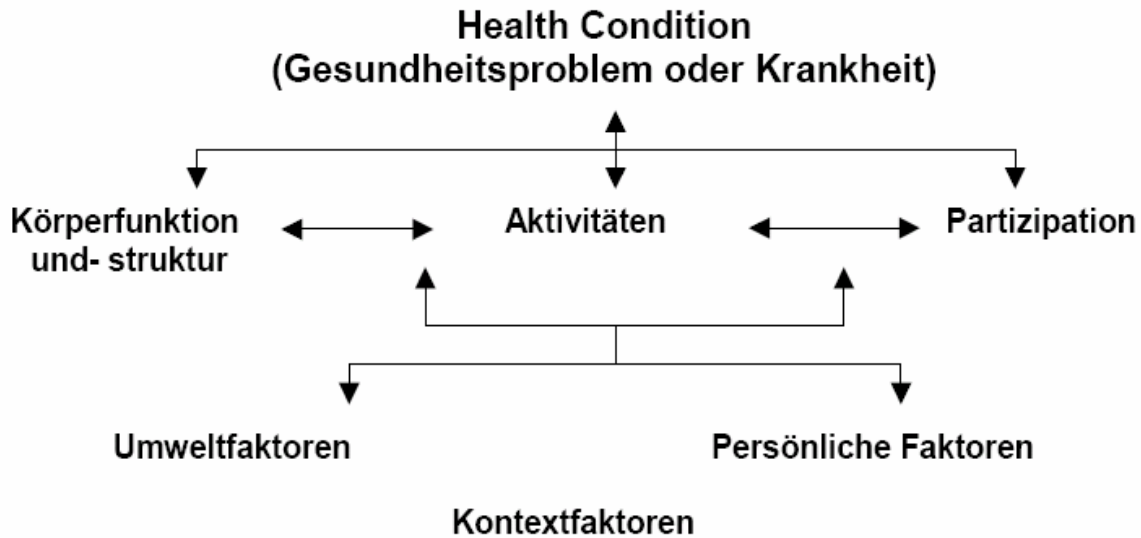


Abbildung 11: Das bio-psycho-soziale Modell der ICF (DIMDI 2006, S. 23)

Unter Aktivität wird die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung durch den Menschen verstanden. Beeinträchtigungen der Aktivitäten sind Probleme, die Menschen bei der Durchführung ihrer Aktivitäten haben, beispielsweise Beeinträchtigungen in der Mobilität. Partizipation bzw. Teilhabe ist das Einbezogenensein des Menschen in eine Lebenssituation. Beeinträchtigungen der Partizipation sind Probleme, die ein Mensch beim Einbezogenensein in seine Lebenssituation erlebt, beispielsweise die seine soziale Integration betreffen oder seine ökonomische Eigenständigkeit im Bezug auf die Sicherung seines Lebensunterhaltes. Zu den Kontextfaktoren gehören Umweltfaktoren, die die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt des Menschen abbilden, aber auch personenbezogene Faktoren, die die inneren Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung darstellen. Zu diesen Umweltfaktoren gehören beispielsweise eine barrierefreie Infrastruktur, das Vorhandensein unterstützender Personen und anderes mehr. Personenbezogene Faktoren sind Attribute oder Eigenschaften der Personen selbst wie Alter, Geschlecht, Persönlichkeit oder Charakter. Jede Komponente kann in positiver und negativer Weise ausgedrückt werden. Jede Komponente besteht ihrerseits wieder aus Domänen und diese ihrerseits wieder aus verschiedenen Kategorien, welche die Einheiten der Klassifikation bilden (vgl. DIMDI 2006, S. 16).

Therapeutische Maßnahmen sind in allen vier Dimensionen möglich:

Rehabilitationsziele, die sich auf Schädigungen von Körperfunktionen und –strukturen beziehen, beinhalten die Beseitigung, Verbesserung oder das Hinauszögern dieser Schädigungen.

Dies können u.a. sein: die Verminderung entzündlich-rheumatischer Erkrankungen, die Verbesserung der Muskel- und Gelenkfunktionen oder die Abnahme von Schmerzen.

Rehabilitationsziele bezogen auf Fähigkeitsstörungen beinhalten das Erreichen und Verbessern der Selbstständigkeit bzw. der Selbstversorgung, Verbesserung in der Mobilität, in der Geschicklichkeit, in der Ausdauer und auch in der Krankheitsbewältigung.

Ziele der Rehabilitation, die sich auf die Teilhabe beziehen, beinhalten die Verbesserung der sozialen Integration, der sozialen Kompetenz, der Orientierung und der wirtschaftlichen Unabhängigkeit (vgl. ÖBIG 2004a, S.19).

Die ICF verdeutlicht (in der Abbildung 11 modellhaft durch die Doppelpfeile angezeigt), dass alle Dimensionen in einer Wechselwirkung zueinander stehen, und beispielsweise eine Beeinträchtigung auf der Ebene der Körperstrukturen (z.B. eine Fraktur des Oberschenkels) eine Beeinträchtigung auf der Ebene der Aktivitäten (Bettlägerigkeit) und damit auch eine Einschränkung auf der Ebene der Teilhabe (z.B. keine Arbeitsfähigkeit) bedingen. Als entscheidende Zieldimension wird in der Rehabilitation die Partizipation angesehen, da alle therapeutischen Maßnahmen darauf abzielen sollen, dem Rehabilitanden die Teilnahme an seinem normalen Leben in Familie, Beruf und Gesellschaft zu ermöglichen. Die anderen Komponenten sind unter dieser Perspektive besonders wichtig, da sie wichtige Ausgangsbedingungen zur Zielerreichung darstellen. Wichtig ist aber auch die Komponente Körperfunktion und -struktur, da sie die Zielgruppen eingrenzt, die für rehabilitative Maßnahmen in Frage kommen und andere gesellschaftliche Gruppen, die möglicherweise auch ein Interesse an Rehabilitation äußern, ausschließt. Damit ist gemeint, dass die Rehabilitation ihre Hilfen und Entlastungen nicht für die „normalen“ Gesellschaftsmitglieder zur Verfügung stellt oder auch nicht für andere soziale Gruppen, die ebenfalls vom gesellschaftlichen Leben ausgegrenzt sind, wie etwa Obdachlose oder Arbeitslose. Denn für diese Gruppen stellt die Gesellschaft andere Integrationshilfen bereit und Angebote der Rehabilitation sollen für sie nicht gelten. So ist das ausschlaggebende Kriterium für den Zugang zur Rehabilitation die Schädigung auf der Ebene der Körperfunktion und Körperstruktur (vgl. Gerdes und Weis 2000, S.48f.).

Durch die standardisierte Erfassung aller Komponenten mit Hilfe der ICF ist es möglich, evidenz-basierte Maßnahmen der Rehabilitation durchzuführen, die nicht mehr nur rein diagnose-abhängig sind, sondern speziell auf den individuellen Fall und auf die Probleme der unterschiedlichen Ebenen zugeschnitten sind. Eine dauernde Behinderung wird erst dann definiert, wenn auch unter therapeutischen Maßnahmen, die zu Veränderungen auf allen Ebenen geführt haben, die Beeinträchtigung nicht behoben werden konnte (vgl. ÖBIG 2004a, S.7f.).

## 4.4 Ambulante versus stationäre Rehabilitation

Bisher wurden die medizinischen Rehabilitationsleistungen aller Rehabilitationsträger ausschließlich - bis auf Pilotprojekte - stationär erbracht. Aufgrund der Strukturdefizite und des errechneten Versorgungsbedarfs haben sich die Diskussion um und die Forderung nach einem Ausbau eines flexiblen Versorgungssystems mit ambulanter, wohnortnaher medizinischer Rehabilitation verstärkt.

Was aber bedeutet ambulante medizinische Rehabilitation, wo liegen die Unterschiede und die Vorteile gegenüber stationärer Rehabilitationsverfahren und welche Angebotsstruktur sollte bevorzugt in Anspruch genommen werden?

Im Allgemeinen werden unter dem Begriff der ambulanten medizinischen Rehabilitation alle nicht-vollstationären Rehabilitationsangebote verstanden, also solche, die nicht mit Übernachtung des Patienten verbunden sind. Die ambulanten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen werden in einem multidisziplinären Team durchgeführt und beziehen alle Leistungen mit ein, die zur vollständigen Erreichung eines Rehabilitationsziels oder zur Stabilisierung des Rehabilitationserfolges führen, wobei die Leistungen einen zeitlichen Bezug zu einer vorausgegangenen (stationären oder ambulanten) medizinischen Reha-Leistung aufweisen müssen.

Es muss noch einmal zwischen den ambulanten und teilstationären medizinischen Rehabilitationsleistungen unterschieden werden sowie zu der ambulanten Nachsorge. Eine teilstationäre Rehabilitation entspricht von Art und Umfang den stationären Behandlungsformen (stationäre Rehabilitation minus Hotelleistung). Sie dauert länger als die ambulante Rehabilitation, in der Regel 6 – 8 Stunden täglich und findet häufig in einer Akutklinik oder einer Tagesklinik statt (vgl. Bürger und Buschmann-Steinhage 2000, S.145).

Die ambulante Rehabilitation unterscheidet sich von der ambulanten Nachsorge insofern, als bei der Nachsorge Einzelleistungen oder eine Kombination von wenigen Einzelleistungen ausreichend sind, um das erstrebte Gesundheitsziel zu erreichen. Bei einer ambulanten Rehabilitation dagegen ist durch die Akutversorgung und eventuell vorausgegangene stationäre Rehabilitationsmaßnahmen das Therapieziel noch weitgehend nicht erreicht und dementsprechend sind ein umfassender Rehabilitationsansatz und eine hohe Therapiedichte erforderlich, um den Gesundheitszustand zu bessern (vgl. Deutsche Rentenversicherung 2006, S.686).

Die Kennzeichen und Vorteile der ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen bestehen darin, dass sie wohnortnah erfolgen mit einem starken Einbezug des beruflichen, sozialen und häuslichen Umfeldes der Patienten. Zudem besteht bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen die Möglichkeit einer Vernetzung mit anderen Angeboten des Gesundheits- und Sozialsys-

tems. Die Möglichkeit einer leichteren Wiedereingliederung in den Beruf, des unkomplizierteren Einbezugs von Angehörigen und des direkten Transfers des neu Erlernten in die Alltagspraxis sprechen für eine solche Form der Rehabilitation (vgl. Bürger und Buschmann-Steinhage 2000, S.145). Um solche Vorteile erzielen zu können, ist es wichtig, dass die entsprechenden Angebotsformen wie Angehörigenberatung oder berufsbezogenen Maßnahmen auch in den ambulanten Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden. Zudem bietet das flexiblere Angebot der ambulanten Rehabilitation auch Personengruppen die Möglichkeit zur Rehabilitation, die aus verschiedenen Gründen an stationären Maßnahmen nicht teilnehmen könnten (beispielsweise allein erziehende Mütter mit Kindern).

Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen können stationäre Angebote in bestimmten Fällen ergänzen oder auch ganz ersetzen. Im Falle der Ergänzung schließen ambulante Maßnahmen an entweder verkürzte oder regelhaft durchgeführte stationäre Maßnahmen an und sollen den bereits erzielten Therapieerfolg vertiefen bzw. den Übergang zwischen stationärer Rehabilitation und privaten sowie beruflichen Alltag flexibel gestalten. Dennoch können ambulante Rehabilitationsmaßnahmen auch einen Bedarf decken, dessen man sich lange nicht bewusst war und sogar neue Zielgruppen ansprechen, die mit stationären Maßnahmen nicht erreicht wurden (vgl. Bürger und Buschmann-Steinhage 2000, S.145). Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die ambulante Rehabilitation generell in Betracht kommen kann

- anstelle einer stationären Rehabilitation
- zur Verkürzung einer stationären Rehabilitation bei ambulanter Fortsetzung eines stationär begonnenen Rehabilitationsprogrammes
- im Anschluss an eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme (vgl. Bürger und Buschmann-Steinhage 2000, S.145).

Ein weiterer Vorteil der ambulanten Rehabilitation ist die Möglichkeit der Kostenreduktion bei den direkten aber auch den indirekten Kosten.

Bisherige Studien konnten nachweisen, dass die direkten Kosten stationärer Maßnahmen bei etwa gleichem therapeutischem Angebot, vergleichbaren Zielen und vergleichbarer Wirksamkeit aufgrund höherer Tagessätze und der Bezahlung der therapiefreien Wochenenden deutlich höher sind als nicht stationäre Angebote. Allerdings stehen bei der Durchführung stationärer Reha-Maßnahmen dem Patienten neben der ganztägigen Unterbringung, Übernachtung und Verpflegung auch reichhaltige apparativ-diagnostische Möglichkeiten sowie eine vielfältigere Bandbreite ärztlicher Kompetenz zur Verfügung. Aussagen zum ökonomischen Vergleich zwischen einzelnen ambulanten Maßnahmen untereinander sind schwieriger zu treffen, da zahlreiche Annahmen gemacht werden müssen, um einen geeigneten Vergleich treffen zu können. Diesbezügliche Schätzungen gehen davon aus, dass die Gesamtkosten für ambulan-

te Maßnahmen in Rehabilitationskliniken über denen für ambulante Maßnahmen in nicht stationären Einrichtungen liegen (vgl. Bürger et al. 2002, S.100).

Beispielhaft für den Kostenvergleich kann hier ein wissenschaftliches Projekt in Mecklenburg-Vorpommern (Deutschland) zitiert werden, bei dem die wirtschaftliche Vorteilhaftigkeit ambulanter Rehabilitation bei orthopädisch-traumatologischen Patienten untersucht wurde. Hier ergaben sich für die stationären Reha-Leistungen Kosten in Höhe von 2714,85 € und für vergleichbare ambulante Reha-Leistungen Kosten in Höhe von 2046,24 €, womit die ambulante Rehabilitation signifikant günstiger war ( $p > 0,001$ ). Die „Nebenkosten“ jedoch, also die indirekten Kosten, die außerhalb der Kosten für therapeutisch-medizinische Leistungen entstanden, lagen bei der ambulanten Rehabilitation höher. Hier kamen höhere Fahrtkosten (46,13 € gegenüber 30,39 €; das sind 2,25% der Kosten für ambulante Leistungen gegenüber 1,12% bei den stationären Leistungen) und vor allem Übergangsgeld- und Beitragszahlungen (508,22 € + 343,82 € ambulant gegenüber 290,91 € + 216,38 € stationär; das bedeutet 24,84% + 16,80% der ambulanten Kosten gegenüber 10,72% + 7,97% der stationären Kosten) zu den direkten Kosten hinzu. Dieser Unterschied resultierte daraus, dass die stationären Maßnahmen in einem Block absolviert wurden und nach 21 Tagen beendet werden konnten, die ambulanten Reha-Maßnahmen sich jedoch über einen größeren Zeitraum verteilten, da sie nicht so straff organisiert waren. Wenn sich die ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen in ihrem Zeitplan an den stationären Reha-Maßnahmen orientierten, ließen sich die Übergangsgeldzahlungen und Beitragszahlungen deutlich reduzieren und der Kostenvorteil der ambulanten Variante gegenüber der stationären Variante noch vergrößern (vgl. Klingelhöfer und Lätzsch 2003, S.165; Klingelhöfer und Timm 2005, S.8). Zudem kann angemerkt werden, dass sich die oft als zu teuer kritisierten Fahrtkosten in dieser Untersuchung bei der ambulanten medizinischen Rehabilitation als nicht so kostenintensiv und gewichtig herausstellten (vgl. Klingelhöfer und Lätzsch 2003, S.165).

Die finanziellen Einsparungen, die durch die Durchführung der ambulanten Rehabilitation angestrebt werden, dürfen und sollen jedoch nicht zu Lasten der Gesundheit der Versicherten gehen und deren Erwerbsfähigkeit gehen, so dass der Rehabilitationserfolg und das Niveau der wiederhergestellten Arbeitsfähigkeit zumindest vergleichbar wie bei der stationären Rehabilitation sein müssen (vgl. Klingelhöfer und Lätzsch 2003, S.164). Diesbezüglich zeigten die bisherigen Studien jedoch keine Wirksamkeitsnachteile der ambulanten Rehabilitation gegenüber stationären Maßnahmen. Entsprechende wissenschaftliche Evaluationen von Modellprojekten wurden in Deutschland gemeinsam von der Rentenversicherung und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen finanziert und organisatorisch unterstützt (vgl. Klingelhöfer und Timm 2004, S. 4ff.; Koch 2002, S.73; Merkesdal et al. 2004, S. 87f.).



So hat eine Untersuchung bei der sozialmedizinisch hochrelevanten Gruppe der Dorsopathien herausgefunden, dass es im Bezug auf die Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) und Berentungen im Anschluss an stationäre und ambulante Rehabilitationsverfahren keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Rehabilitationsvarianten gibt. Bei beiden Gruppen konnte eine erhebliche Kostenreduktion von mehr als 50% durch Rückgang der AU-Tage berechnet werden. So konnte bezüglich der Arbeitsfähigkeit im Anschluss an die Rehabilitation bei den Rehabilitanden kein eindeutiger Nachteil zuungunsten einer bestimmten Rehabilitationsform verzeichnet werden (vgl. Bürger et al. 2002, S.98; Merkesdal et al. 2004, S.87).

Betrachtet man die Schnelligkeit, mit der Versicherte nach Abschluss ihrer Rehabilitationsmaßnahme ihre Arbeit wieder aufnehmen, konnten Bürger und seine Kollegen in einer Studie nachweisen, dass die Versicherten nach ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen ihre Arbeit schneller wieder aufnahmen als Versicherte nach einer stationären Rehabilitationsmaßnahme (vgl. Bürger et al. 2002, S.98).

Auch die ärztlichen Untersuchungen konnten bei den ambulanten Verfahren bisher keinen deutlichen Nachteil hinsichtlich der Rehabilitationsergebnisse feststellen. Verbesserungen wurden im Vergleich zum Zustand vor der Rehabilitation sowohl bei der ambulanten als auch bei der stationären Variante festgestellt. Im wissenschaftlich evaluierten Modellprojekt Mecklenburg-Vorpommerns (Deutschland) konnte die ambulante Rehabilitation Vorteile eher im funktionellen Bereich aufzeigen, während die stationäre Reha im psychosozialen Bereich besser abschnitt (vgl. Klingelhöfer und Timm 2005, S.7). Andere Studien konnten zeigen, dass ambulant rehabilitativ behandelte Patienten in einzelnen somatischen und sozialmedizinischen Erfolgsparametern sogar geringfügig besser abschneiden als stationär behandelte (vgl. Bürger et al. 2002, S.101).

Erfolgsbewertungen aus Sicht der Patienten zeigten keine eindeutige Präferenz für eine bestimmte Angebotsform. In globalen Patientenbewertungen bescheinigten die Patienten ihrer Rehabilitationsmaßnahme gleich welcher Art ein positives Urteil und auch ein halbes bzw. ein Jahr nach Beendigung der Rehabilitation empfahlen große Teile der Patienten (60-70%) ihre Einrichtung vorbehaltlos weiter. Nach Patientenmeinung existieren natürlich einige spezifische Vor- oder Nachteile der jeweiligen Behandlungsform, die aber je nach Charakter und Typ schwerer oder weniger schwer ins Gewicht fallen. So werden als spezifische Vorteile der stationären Rehabilitation die Möglichkeiten genannt, Abstand von der häuslichen Situation und den Alltagsbelastungen zu gewinnen, neue Kontakte knüpfen zu können sowie ständige ärztliche Hilfe verfügbar zu haben. Als Vorteile der ambulanten Rehabilitation werden genannt, im häuslichen Umfeld und im Kreis der Familie und Freunde bleiben zu können und kleine All-

tagsverpflichtungen auch neben der Rehabilitation erledigen zu können. Als Nachteil stationärer Maßnahmen nennen die Patienten die häufigen Gespräche mit Mitrehabilitanden über Krankheiten sowie den Leerlauf zwischen den einzelnen Behandlungsterminen. Als Nachteil der ambulanten Rehabilitationsform werden die regelmäßigen Fahrten zu der Behandlungseinrichtung genannt, dies allerdings nur von 10% der Befragten (vgl. Bürger et al. 2002, S. 98f.).

Bei der Frage, welche Rehabilitationsart wirksamer und generell bevorzugt oder befürwortet werden kann, muss stets der individuelle Patient betrachtet werden. So ist denn auch eher die Frage zielführend, welche rehabilitative Versorgungsform für welchen Rehabilitanden mit welchen Problemlagen zu welchem Zeitpunkt angemessen und Erfolg versprechend ist (vgl. Bürger und Buschmann-Steinhage 2000, S.157). Es muss immer geklärt werden, ob entsprechend der Ein- und Ausschlusskriterien für eine ambulante Rehabilitation (siehe Kapitel 5.3.1 und 5.3.2) der jeweilige Patient für die ambulante oder eher die stationäre Rehabilitation in Frage kommt und was die jeweiligen Settingbedingungen für den individuellen Fall bedeuten. Berücksichtigt werden muss bei einem Vergleich der beiden Angebotsformen auch die Tatsache, dass Patienten ihre Entscheidung für oder gegen eine ambulante Rehabilitation bewusst und freiwillig treffen. So kann nicht davon ausgegangen werden, dass Rehabilitanden, die eine stationäre Rehabilitation bevorzugen, auch mit dem gleichen Erfolg ambulant behandelt werden können und umgekehrt. Denn die Patienten gehen bei ihrer Entscheidung davon aus, dass die von ihnen gewählte Rehabilitationsform und das von ihnen ausgesuchte Setting ihren Zielen und ihrer persönlichen Situation am ehesten entsprechen (vgl. Haaf et al. 2002, S.89). Da bisher keine systematischen Unterschiede zwischen ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitationsverfahren festgestellt werden konnten, sollte bei einer Entscheidung für oder gegen die jeweilige Rehabilitationsform immer die Präferenz des Patienten berücksichtigt werden, da diese zu einer guten Compliance des Patienten im Rehabilitationsprozess führt und dies unterstützend auf den Rehabilitationserfolg einwirkt.

## 4.5 Phasenmodell der Rehabilitation

Die Rehabilitation als die Summe aller koordinierten Maßnahmen, die dazu beitragen, dass der Rehabilitand seinen gewohnten Platz in der Gesellschaft wieder einnehmen kann, wird grundsätzlich in verschiedene Phasen unterschieden (Abb.12). Je nachdem, in welcher Phase sich der Patient befindet, können unterschiedliche Einrichtungen die rehabilitativen Maßnahmen durchführen und können auch unterschiedliche Rehabilitationsformen in Betracht gezogen werden.

So tritt zuerst die **Phase 1** ein, bei der im Akutkrankenhaus nach dem traumatisierenden Ereignis die Frühmobilisation und Frührehabilitation stattfindet. Bei neurologischen Erkrankungen, beispielsweise beim Schlaganfall, spricht man in dieser Zeit auch von den Phasen A, B und C, die der Patient durchläuft. Verantwortlich für die Maßnahmen in dieser Phase ist der Arzt, sowie das Pflege- und Therapeutenteam. Sie führen unterschiedliche ärztliche, pflegerische und physikalisch-therapeutische Einzelmaßnahmen durch, die patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen und unterschiedlichem Zeitaufwand stattfinden.

### Phasenabgrenzung Medizinische Rehabilitation

Phase	HKE, PUL, STV, BSR, UCNC, SON	NEU	Durchführung	Arzt bzw. Reha-Team
1	Frührehabilitation	A, B, C	Akutkrankenhaus	Arzt u. Reha-Team
2	Stationäre Rehabilitation	C	<b>Rehabilitationszentrum</b>	Arzt u. Reha-Team
	Ambulante Rehabilitation	D	<b>Ambulante Einrichtung</b>	Arzt u. Reha-Team
3	Poststationäre Rehabilitation (stabilisierend)	D, E	<b>Ambulante Einrichtung</b>	Arzt u. Reha-Team
4	Eigenverantwortung		lebenslang	-

Abbildung 12: Phasenabgrenzung Medizinische Rehabilitation (vgl. Hauptverband der Sozialversicherungsträger AG Rehabilitation 04.07.2006)

**Legende:**

- |                                    |                                            |                                       |
|------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|
| AG/R: Akutgeriatrie/Remobilisation | Neu: Neurologie                            | SON: sonstige Erkrankungen            |
| BSR: Bewegungs- und Stützapparat   | Neu-ANB: Neurologische Akut-Nachbehandlung | STV: Stoffwechsel                     |
| E: Einheit                         | PUL: Pulmologie                            | UCNC: Unfallchirurgie/ Neurochirurgie |
| HKE: Herz-Kreislauf-Erkrankungen   | RNS: Remobilisation/Nachsorge              |                                       |

Die **Phase 2** erfolgt im Anschluss an das Akutkrankenhaus und kann sowohl stationär in einem Rehabilitationszentrum als auch ambulant in einer entsprechenden Einrichtung durchgeführt werden. In der neurologischen Rehabilitation wird diese Zeit als Phase C und D bezeichnet. In der Phase 2 ist sowohl der Arzt als auch das Reha-Team für die Durchführung der Maßnahmen verantwortlich. Die Dauer der reha-medizinischen Leistungen beträgt täglich 2-4 Stunden. Patienten, die dieser Phase des Rehabilitationsprozesses zugeordnet sind, haben die Möglichkeit, unter Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien, die ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen.

Die **Phase 3** des Rehabilitationsprozesses dient der Stabilisierung der in Phase 2 erreichten Zustände und wird auch als poststationäre Rehabilitation bezeichnet. In entsprechenden Ein-

richtungen soll es zu einer langfristig positiven Veränderung des Lebensstils kommen, damit neuerliche Erkrankungen vermieden werden. Dazu führt das interdisziplinäre Reha-Team entsprechende Maßnahmen zur Rehabilitation durch.

Die OÖ GKK bietet ambulante Rehabilitationsmaßnahmen für Patienten an, sie sich - entsprechend des vorgestellten Phasenmodells - in den Phasen 2 und 3 des Rehabilitationsprozesses befinden.

Die **Phase 4** bezeichnet die langfristige ambulante Nachsorge, die ohne ärztliche Aufsicht erfolgen kann und ein Leben lang unter Eigenverantwortlichkeit der Betroffenen stattfindet. In der Phase 4 sollen die in den vorangegangenen Phasen bereits erzielten Effekte weiter stabilisiert werden.

## **5 Rehamed – die ambulante medizinische Rehabilitation in den Fachambulatorien der OÖ GKK**

Seit August 2001 tragen die vier Institute für Physikalische Medizin und Rehabilitation der OÖ GKK das Logo REHAMED. Dieses Logo bezeichnet einerseits die strategische Ausrichtung der Fachambulatorien auf die ambulante medizinische Rehabilitation. Andererseits finden auch die bisherige Physiotherapie – also Einzelleistungen der Aktiv- und Passivtherapie des Instituts für Physikalische Medizin und Rehabilitation - und die Leistungen des Instituts für Psychotherapie hierin ihre Verankerung.

Ambulante medizinische Rehabilitationsleistungen sind neue Angebote des österreichischen Versorgungssystems und werden in dieser Art in Oberösterreich durch die OÖ GKK erbracht. Damit reagierte die Krankenkasse auf die Bedarfs- und Versorgungssituation in Österreich und speziell in Oberösterreich, die im folgenden Kapitel vorgestellt wird. Im folgenden Abschnitt wird zudem die speziell auf die ambulante Rehabilitation zugeschnittene Strategie sowie der Ablauf und die Organisation der ambulanten medizinischen Rehabilitation in den Fachambulatorien der OÖ GKK vorgestellt.

### **5.1 Bedarfs- und Versorgungssituation in Österreich**

Die demographische Entwicklung in Österreich beeinflusst stark die Bedarfs- und Versorgungssituation der ambulanten Rehabilitation. Durch die deutliche Zunahme an älteren und hoch betagten Menschen und der steigenden Inzidenz und Prävalenz chronischer Krankheiten kommt es zu einem zunehmenden Bedarf an medizinischen und therapeutischen Leistungen, die nicht nur im Sinne der Kuration sondern insbesondere im Sinne der Rehabilitation erbracht werden müssen (vgl. Gerdes und Weis 2000, S. 43).

Die Vorrasschätzungen für die demographische Entwicklung für Österreich (Tab. 2) und Oberösterreich (Tab. 3) bis zum Jahr 2050 liegen durchaus im Trend der anderen mitteleuropäischen Staaten.

Tab.2: Bevölkerungsentwicklung in Österreich von 2004 - 2050

Jahr	Insgesamt	Bevölkerungsstruktur in %		
		Alter (in Jahren)		
		<i>bis 14</i>	<i>15 - 59</i>	<i>60 u.m.</i>
2004	8,174.733	16,2	61,9	21,9
2030	8,838.399	14,3	55,2	30,5
2050	8,986.033	13,6	52,9	33,5

Quelle: Statistik Austria (2006)

Tab.3: Bevölkerungsentwicklung in Oberösterreich von 2004 – 2050

Jahr	Insgesamt	Bevölkerungsstruktur in %		
		Alter (in Jahren)		
		<i>bis 14</i>	<i>15 - 59</i>	<i>60 u.m.</i>
2004	1.392.965	17,4	61,7	20,9
2030	1.466.080	14,3	54,4	31,3
2050	1.462.178	13,3	51,7	35,0

Quelle: Statistik Austria (2006)

So wird geschätzt, dass in Österreich die Zahl der über Sechzigjährigen um 11,6% ansteigen wird, in Oberösterreich sogar um 14,1%. Die Anzahl der unter 14-Jährigen – und damit der Bevölkerungsgruppe, die überwiegend gesund ist und daher nicht Empfänger von Rehabilitationsleistungen ist, wird nach den Vorausberechnungen für Österreich bis zum Jahr 2050 um 2,6% fallen, in Oberösterreich sogar um 4,1%.

Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) hat in der Studie „Rehabilitationskonzept“ von 1996 im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSVT) die Bedarfs- und Versorgungssituation der Rehabilitation in Österreich dargestellt. Ziel des Rehabilitationskonzeptes war eine Bestandsaufnahme der Einrichtungen, die Maßnahmen der Rehabilitation bzw. der Gesundheitsvorsorge anbieten sowie eine Abschätzung des Bedarfs an Rehabilitationseinrichtungen bis zum Jahr 2005.

Bei der Bestandsanalyse zeigte sich, dass ein Bedarf an stationären Rehabilitationsbetten bestand und auch für die Zukunft berechnet wurde. Zudem wurde konstatiert, dass in Österreich eine regionale Verstreuung sowie Konzentration von stationären Rehabilitationseinrichtungen auf bestimmte Regionen existieren, die historisch bedingt sind. Es entwickelten sich zuallererst dort Rehabilitationseinrichtungen, wo natürliche Heilmittelquellen gegeben waren. In Oberösterreich führte dies zu einer Häufung an stationären Rehabilitationseinrichtungen in

den Regionen Bad Schallerbach und Bad Ischl. Dies hat allerdings zur Konsequenz, dass bei stationären Rehabilitationsverfahren die Patienten in entfernter gelegene Städte fahren müssen und eine wohnortnahe Rehabilitation in den meisten Regionen nicht gegeben ist (vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 1999, S.10).

Die Bedarfsschätzung an Rehabilitationsleistungen und Gesundheitsvorsorge- bzw. Gesundheitsförderungsleistungen erfolgte in der Studie „Rehabilitationskonzept“ von 1996 durch Umlegung der tatsächlichen Inanspruchnahme auf den Bettenbedarf und durch morbiditätsbezogene Bettenbedarfsschätzungen. Mit Hilfe eines Simulationsmodells konnten verschiedene Einflussfaktoren berücksichtigt und Bedarfsszenarien entwickelt werden. Ausgangspunkt für die Bedarfsschätzung war die Anzahl der gestellten respektive bewilligten Anträge differenziert nach Alter, Geschlecht und Indikationsstellung des Patienten. Durch das Simulationsmodell konnten der demographische Aspekt, Bevölkerungsprognosen und weitere bedarfsrelevante Faktoren eingerechnet und die Bedarfsentwicklung abgeschätzt werden. Im Hinblick auf den Ist-Stand 1995 und den Soll-Stand für den Planungshorizont 2005 haben Fachexperten schon damals eine Unterversorgung in der stationären und in der ambulanten Rehabilitation sowie eine Auslagerungskapazität in die ambulante Rehabilitation in einem Ausmaß von 10-20% errechnet (ebd.).

Es wurde nicht nur ein allgemeiner Rehabilitationsbedarf berechnet, sondern auch regionenspezifisch und indikationsspezifisch Soll- und Ist-Zustände für die Rehabilitation miteinander verglichen. Die Krankheiten wurden in Anlehnung an die ICD-10 in 7 Indikationsgruppen unterschieden:

- Krankheiten des Herz-/Kreislaufsystems
- Krankheiten des zentralen und peripheren Nervensystems
- Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparats
- Krankheiten der Atmungsorgane
- Krankheiten des Stoffwechselsystems und des Verdauungsapparats
- Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen
- Sonstige Krankheiten

Es zeigten sich dabei Fehlbestände für die einzelnen Krankheitsgruppen, wobei sich für die Region Ost (Burgenland, Niederösterreich, Oberösterreich und Wien) eine Unterversorgung insbesondere bei den neurologischen Erkrankungen inklusive der cerebrovaskulären Erkrankungen darstellte (vgl. Hauptverband der Sozialversicherungsträger 1999).

Der Rehabilitationsplan von 2004 des Oberösterreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (ÖBIG) stellt eine Fortführung und weitere Ausdifferenzierung des bereits zitierten „Rehabilitationskonzeptes 1996“ dar. Darin wurde die Versorgungsstruktur im Jahr 2004 in Differenzierung der angegebenen Diagnosegruppen sowie der derzeitige Versorgungsbedarf anhand des Bewilligungs- und Einweisungsgeschehens abgeschätzt, ein Soll-Ist-Vergleich durchgeführt und die Möglichkeiten der ambulanten Rehabilitation berechnet. Bezüglich des Bewilligungsverfahrens berechnete der Rehaplan 2004 im Zeitraum zwischen 1997 und 2002 ein tendenzielles Absinken der „Bewilligungsquote“ im Bereich der stationären Rehabilitation von 78% auf 72%, im Jahr 2003 dagegen einen sprunghaften Anstieg auf 86%. Zudem wurden im Bereich der Rehabilitation im Gegensatz beispielsweise zu den Kurheilverfahren praktisch alle bewilligten Verfahren auch tatsächlich durchgeführt. So ist im Jahr 2003 die Anzahl der Rehabilitationsfälle auf rund 96.000 angestiegen, davon ist die Anzahl der Rehabilitationenaufenthalte in den SV-eigenen Rehabilitationseinrichtungen im Vergleich zu den Vorjahren praktisch gleich geblieben. Demnach haben Vertragspartnereinrichtungen in den letzten Jahren einen immer höheren Versorgungsanteil übernommen. Das bedeutet, dass bei diesem ansteigenden Trend bei den Rehabilitationsanträgen ein zusätzlicher Nachfragedruck entstehen wird - insbesondere auf die SV-eigenen Einrichtungen – wenn nicht durch entsprechende Maßnahmen wie das Absenken der Bewilligungsquote, Auslagerung in die ambulante Rehabilitation oder weiterhin verstärkte Inanspruchnahme von Vertragspartnereinrichtungen, entsprechend gegen gesteuert wird (vgl. ÖBIG 2004a, S. 62f.).

Im Rehaplan 2004 wurden die Regionen Österreichs neu zusammengestellt, wobei Oberösterreich nun der Region Mitte (Kärnten, Oberösterreich und Steiermark) zugeteilt wird. Die bereits dargestellte Versorgungslücke insbesondere für den Leistungsbereich der persönlichen und manuellen Behandlung und Betreuung von Patienten (im Gegensatz zu der tariflich gut honorierten Apparatedizin) und für den Bereich der Neurorehabilitation insbesondere in Oberösterreich bestätigte und verschärfte sich. Auch der Rehabilitationsplan 2004 des ÖBIG errechnete ein Auslagerungspotential aus der stationären Rehabilitation in die ambulante Rehabilitation von 10% -15% und wies auf den großen Bedarf an „nachgehender“ ambulanter Rehabilitation nach der Versorgung im akutmedizinischen Bereich hin. Zudem gehen die Experten davon aus, dass der errechnete Bedarf ambulanter Versorgungsstrukturen noch wesentlich höher liegen dürfte als es die Berechnungen im Rehabilitationsplan 2004 erkennen lassen (vgl. ÖBIG 2004a, S.70ff.).

In Anbetracht der hohen Nachfrage an stationären rehabilitativen Maßnahmen hat die OÖ GKK eigene Berechnungen über die mögliche jährliche Anzahl ambulanter Reha-Fälle unternommen. Diese ergaben in Anlehnung an den Rehabilitationsplan 2004 und mit Berücksichti-



gung der bei der Volkszählung 2001 gemessene Bevölkerungsdichte, für Oberösterreich bei einem Auslagerungspotential von 10 – 12 % eine jährliche Anzahl ambulanter Rehabilitationsfälle, die mit 274 Fällen pro Jahr für Linz am höchsten liegt, danach folgt mit 129 Fällen Wels, mit 119 Fällen Vöcklabruck und mit 91 Fällen Steyr (Abb.13).

### Jährliche Anzahl ambulanter Reha-Fälle

Quelle Tabelle 14a  
Rehaplan 2004 ÖBIG

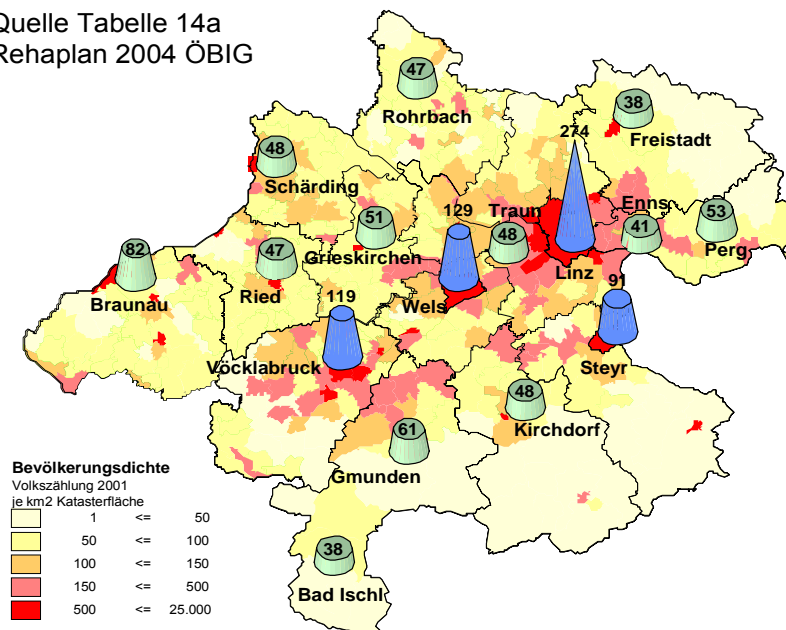


Abbildung 13: Jährliche Anzahl ambulanter Reha-Fälle nach Berechnungen der OÖ GKK

Die Strukturdefizite und berechneten Versorgungsbedarfe führten zu folgenden Forderungen der Experten: Es sollen in Österreich Institutionen der ambulanten Rehabilitation aufgebaut werden, um ein bedarfsadäquates Netz von stationären und ambulanten rehabilitativen Einrichtungen zu errichten und dem steigendem Rehabilitationsbedarf Rechnung zu tragen. Dabei sollen die Erfordernisse nach Wohnortnähe und Kontinuität der Behandlung berücksichtigt und die Einrichtungen hinsichtlich der personellen Ausstattung und des Leistungsangebotes auf die individuellen Bedarfe der Patienten abgestimmt werden.

Der Arbeitskreis „medizinische Rehabilitation“ des Hauptverband der Sozialversicherungsträger empfahl weiterhin, dass die Leistungen der Rehabilitation im Sinne eines umfassenden Behandlungsmanagements vorrangig von den Sozialversicherungsträgern durchgeführt werden sollen und dass sowohl ein hochqualitatives Case-Management als auch eine geeignete EDV zur Unterstützung der Rehabilitationsmaßnahmen in den Einrichtungen notwendig sei (vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 1999, S.126f.).

Um die beschriebene Versorgungslücke in der ambulanten Rehabilitation zu füllen, begann die OÖ GKK ab 2001 in Oberösterreich eigene ambulante Rehabilitationseinrichtungen zu eröffnen, um gemäß den genannten Empfehlungen ambulante, wohnortnahe Rehabilitationsmaßnahmen anzubieten. Somit folgte sie dem Versorgungsauftrag, um ihren Versicherten und deren Angehörigen flächendeckend hochwertige Versorgungsmaßnahmen anzubieten.

## **5.2 Strategische Ausrichtung der ambulanten medizinischen Rehabilitation**

Schon seit geraumer Zeit verfolgt die OÖ GKK die Umstrukturierung und den Umbau der ehemaligen Physiotherapien in Richtung ambulante medizinische Rehabilitation. Das führte zu Änderungen struktureller, personeller, baulicher und konzeptueller Art. Das erste Angebot der ambulanten Rehabilitation wurde 2001 im Fachambulatorium Wels implementiert und danach auch in den Fachambulatorien Steyr, Vöcklabruck und Linz eingeführt. Zu den nun existierenden Fachambulatorien gibt es in Oberösterreich keine vergleichbaren Einrichtungen ambulanter medizinischer Rehabilitation, sodass hier die Marktführerschaft besteht. In Linz grenzt sich das Fachambulatorium vom benachbarten Allgemeinem Krankenhaus der Stadt Linz und dem Unfallkrankenhaus insofern ab, da deren physikalische Institute ausschließlich für die Betreuung und Behandlung eigener Patienten ausgelegt sind und diese auch nicht im Sinne der ambulanten medizinischen Rehabilitation erfolgen. So kann durch die Schwerpunktsetzung der Fachambulatorien auf das Konzept der ambulanten medizinischen Rehabilitation durchaus von einer „Nischenbelegung“ gesprochen werden.

### **5.2.1 Regionalisierung**

Die Fachambulatorien verfolgen das strategische Ziel der Regionalisierung, um Rehabilitationsmaßnahmen in Oberösterreich flächendeckend ambulant anzubieten. Da ein Versorgungsschwerpunkt der Fachambulatorien die ambulante Rehabilitation nach § 154a ASVG bildet, wird hiermit die Versorgungslücke, die im Rehabilitationskonzept 1996 und im Rehabilitationsplan 2004 des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen festgestellt wurde, geschlossen und eine ambulante wohnortnahe Rehabilitation wird möglich. Patienten müssen nicht mehr zwingend in die weiter entfernt liegenden stationären Rehabilitationseinrichtungen fahren, sondern können näher an ihrem Umfeld rehabilitiert werden, was insbesondere den stärkeren Einbezug des sozialen Umfeldes ermöglicht. Die Fachambulatorien leisten somit mit ihrem dezentralen Angebot einen wesentlichen Beitrag zur medizinischen und bedarfsgerechten Versorgung in Oberösterreich.

Da die Fachambulatorien bezüglich der ambulanten Rehabilitation jedoch nur einen Radius von 20 bis maximal 30 km Radius versorgen können – hier kommen die Einschlusskriterien für die ambulante Rehabilitation zum Tragen – besteht weiterhin in Bereichen Oberösterreichs eine Unterversorgung an ambulanter medizinischer Rehabilitation, wie Abbildung 14 veranschaulicht.

### Ambulante Reha-Einrichtungen der OÖGKK 20 km Versorgungsradien

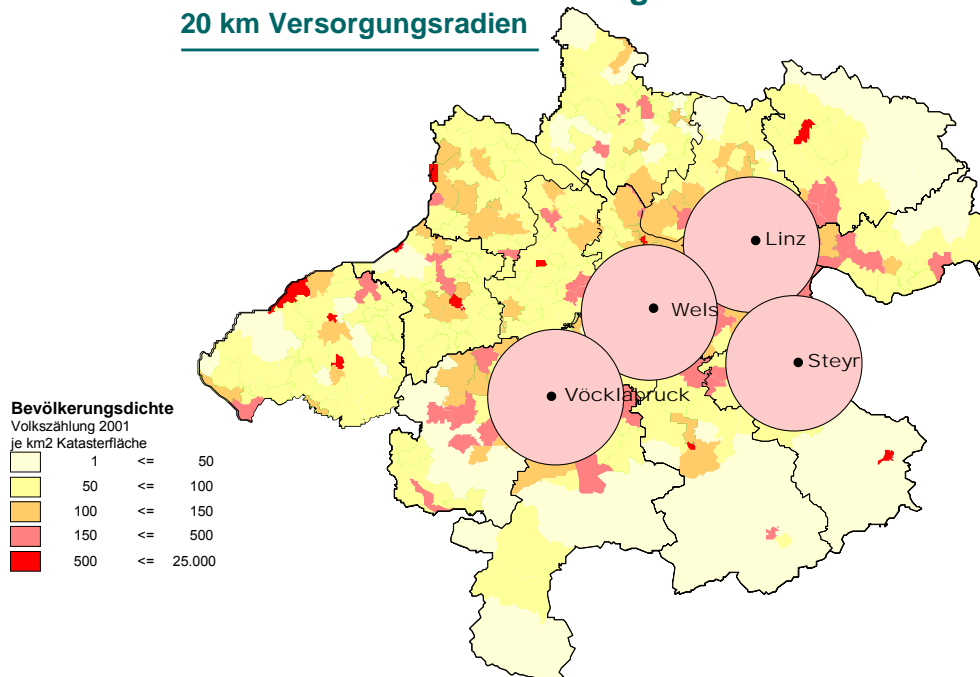


Abbildung 14: Versorgungsradien der ambulanten medizinischen Rehabilitationseinrichtungen der OÖ GKK

### 5.2.2 Ökonomisierung

Die Fachambulatorien der OÖ GKK verfolgen mit der ambulanten Rehabilitation das Ziel der Ökonomisierung. Da die ambulante Rehabilitation anstelle einer stationären Rehabilitation oder auch zur Verkürzung einer stationären Rehabilitation in Frage kommt, kann der Aufwand für stationäre Rehabilitation reduziert werden, da die Patienten andernfalls kostenintensiv stationär behandelt werden müssten. Dies ist vor allem für die Kostenträger ein wichtiges Argument. So beträgt der Tagsatz derzeit für die ambulante Neuro-Reha 105 Euro, für die ambulante Ortho-Reha und die ambulante Schmerz-Reha 85 Euro (Stand August 2006). Im Vergleich dazu beträgt der Tagsatz für die stationäre Rehabilitation im Durchschnitt 145 Euro, sodass hier Kostenersparnisse für die Versicherungsträger entstehen.

Ökonomisch ist die ambulante Rehabilitation auch deshalb, weil der Patient ambulante Rehabilitationsmaßnahmen nur nach Bedarf erhält und dies kann fünfmal, aber auch dreimal oder zweimal pro Woche sein. Hier muss für die therapiefreien Tage nichts gezahlt werden. Hinge-

gen müssen die Versicherungsträger bei einer stationären Rehabilitation für jeden Tag des Aufenthaltes bezahlen, ganz gleich ob Therapie stattfindet oder nicht. So kann durch den Grundsatz „ambulant vor stationär“ demnach die Wirtschaftlichkeit optimiert und die Rentabilität der Versicherungsträger gesteigert werden.

### **5.2.3 Flexibilisierung und Individualisierung**

Durch die Implementierung der ambulanten Rehabilitation in den Fachambulatorien wird das Prinzip der Flexibilisierung und Individualisierung verfolgt. Durch die ambulante Rehabilitation kann flexibel auf die Situation des individuellen Patienten eingegangen und entsprechend seiner Bedürfnisse das Rehabilitationsprogramm auf ihn zugeschnitten werden. Die Kontextfaktoren, das Wohnumfeld und die familiären Gegebenheiten werden stärker als bei der stationären Rehabilitation berücksichtigt und sind Kennzeichen der individuellen problemzentrierten Therapiegestaltung. Auch durch die Möglichkeit, dass der Patient nicht zwingend auf eine stationäre Einrichtung mit Übernachtung zurückgreifen muss, wird die individuelle Situation bestimmter Personengruppen berücksichtigt. Es besteht eine zeitlich flexible Form der Leistungserbringung, da je nach Bedarf die ambulante Rehabilitation fünfmal, dreimal pro Woche oder auch nur zweimal pro Woche durchgeführt wird. Auch die tägliche Therapiezeit kann im Sinne der Flexibilisierung in geeigneten Fällen mit einer reduzierten oder abgestuften Dauer durchgeführt werden, beispielsweise gegen Ende einer Rehabilitationsmaßnahme im Sinne des „Ausschleichens“ der Therapie.

Zudem erlaubt die Ausgestaltung der bestehenden ambulanten Rehabilitationskonzepte der OÖ GKK die Behandlung verschiedener Erkrankungen und Funktionsstörungen. Derzeit werden ambulante Rehabilitationsprogramme für orthopädische und neurologische Fälle in allen Fachambulatorien der OÖ GKK angeboten, in Linz wird zusätzlich das Programm bei chronifiziertem Rückenschmerz angeboten.

Flexibel sind die Fachambulatorien auch betreffend ihrer Öffnungszeiten, die kundenfreundlich gestaltet sind, denn neben der ganzjährigen Versorgung gibt es Öffnungszeiten bis 18 Uhr.

## **5.3 Organisation der ambulanten Rehabilitation in den Fachambulatorien**

Die Durchführung der ambulanten medizinischen Rehabilitation bedarf einer sorgsam aufeinander abgestimmten Organisation. Für die Fachambulatorien haben sich hierbei bestimmte Ablaufkriterien bewährt, die im folgenden Abschnitt vorgestellt werden. Zuerst aber werden die

Ein- und Ausschlusskriterien für die ambulante Rehabilitation erläutert, die in den Fachambulatorien zuerst bei jedem Patienten geprüft werden, bevor ein Antrag für die ambulante medizinische Rehabilitation gestellt wird.

### **5.3.1 Einschlusskriterien für die ambulante Rehabilitation**

Nicht für jeden Patienten ist die ambulante Rehabilitation geeignet und nicht jeder profitiert gleichermaßen von diesen Maßnahmen. Daher muss zuvor eingehend geprüft werden, ob bestimmte Kriterien gegeben sind, bevor der Patient den ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen zugeführt wird. Als Einschlusskriterien gelten das Vorliegen einer geschädigten Körperfunktion und Körperstruktur und die damit einhergehende Beeinträchtigung der Aktivitäts- und Partizipationsmöglichkeiten des Patienten. Hervorzuheben gilt, dass für eine ambulante Rehabilitation die Kontextfaktoren gemäß der ICF im individuellen Fall ein wichtiges Interventionsfeld darstellen. Dies gilt unabhängig von Alter und zugrunde liegender Krankheitsdiagnose nach ICD 10.

Um Maßnahmen der ambulanten Rehabilitation in Anspruch nehmen zu können, muss die akutmedizinische Versorgung abgeschlossen sein, es müssen stabile Vitalparameter vorliegen und eine physische, psychische und kognitive Belastbarkeit des Patienten für 2 bis 4 Stunden täglich gegeben sein. Hinzu kommt, dass der Patient die erforderliche Mobilität und Transportfähigkeit aufweist, um die angebotenen Therapiemaßnahmen im Institut durchführen zu können. Die ambulante Rehabilitationseinrichtung muss für ihn gut erreichbar sein, das bedeutet, dass der Patient nicht weiter als in einem Radius von 30 km vom Fachambulatorium entfernt wohnen sollte, damit die Fahrtzeit zum Institut zumutbar ist und der Transport für die Versicherungsträger nicht zu kostenintensiv wird. Die gegebenenfalls notwendige Pflege muss durch Angehörige oder sozial-medizinische Dienste gewährleistet und eine Herausnahme aus dem sozialen Umfeld darf nicht induziert sein. Weiterhin ist zwingend erforderlich, dass der individuelle Rehabilitationsbedarf durch die angebotenen ambulanten Leistungen abgedeckt wird und dass das Rehabilitationsziel des Patienten somit erreicht werden kann.

### **5.3.2 Ausschlusskriterien der ambulanten Rehabilitation**

Entsprechend gibt es auch Ausschlusskriterien für die ambulante Rehabilitation, die bei Vorliegen eher für den Bedarf einer stationären Rehabilitation sprechen.

Dazu gehören instabile Vitalparameter sowie eine Einschränkung der Mobilität und Transportfähigkeit des Patienten. Eine mangelnde psycho-kognitive Belastbarkeit wie beispielsweise psychiatrische Erkrankungen, Abhängigkeitserkrankungen und Orientierungsstörungen spre-

chen ebenfalls gegen eine ambulante Rehabilitation. Auch dann, wenn eine permanente medizinische und pflegerische Überwachung sowie die Herausnahme aus dem sozialen Umfeld notwendig sind, wird eine ambulante Rehabilitation ausgeschlossen. Falls das individuelle Rehabilitationsziel des Patienten durch ambulante Rehabilitationsmaßnahmen nicht erreichbar scheint und wenn die Kontextfaktoren nicht im Vordergrund der Interventionen stehen, wird man eher zu stationären Rehabilitationsmaßnahmen tendieren.

### **5.3.3 Ablauf der ambulanten Rehabilitation**

Die Durchführung der ambulanten Rehabilitation erfolgt in den Fachambulatorien nach einer festgelegten Abfolge, um einen koordinierten Ablauf zu gewährleisten (Abb.15).

Es beginnt mit der Zuweisung der Patienten und dem Bewilligungsverfahren, wird mit der Durchführung der Therapie in den Fachambulatorien fortgesetzt und schließt mit der Entlassung und der Evaluation ab.

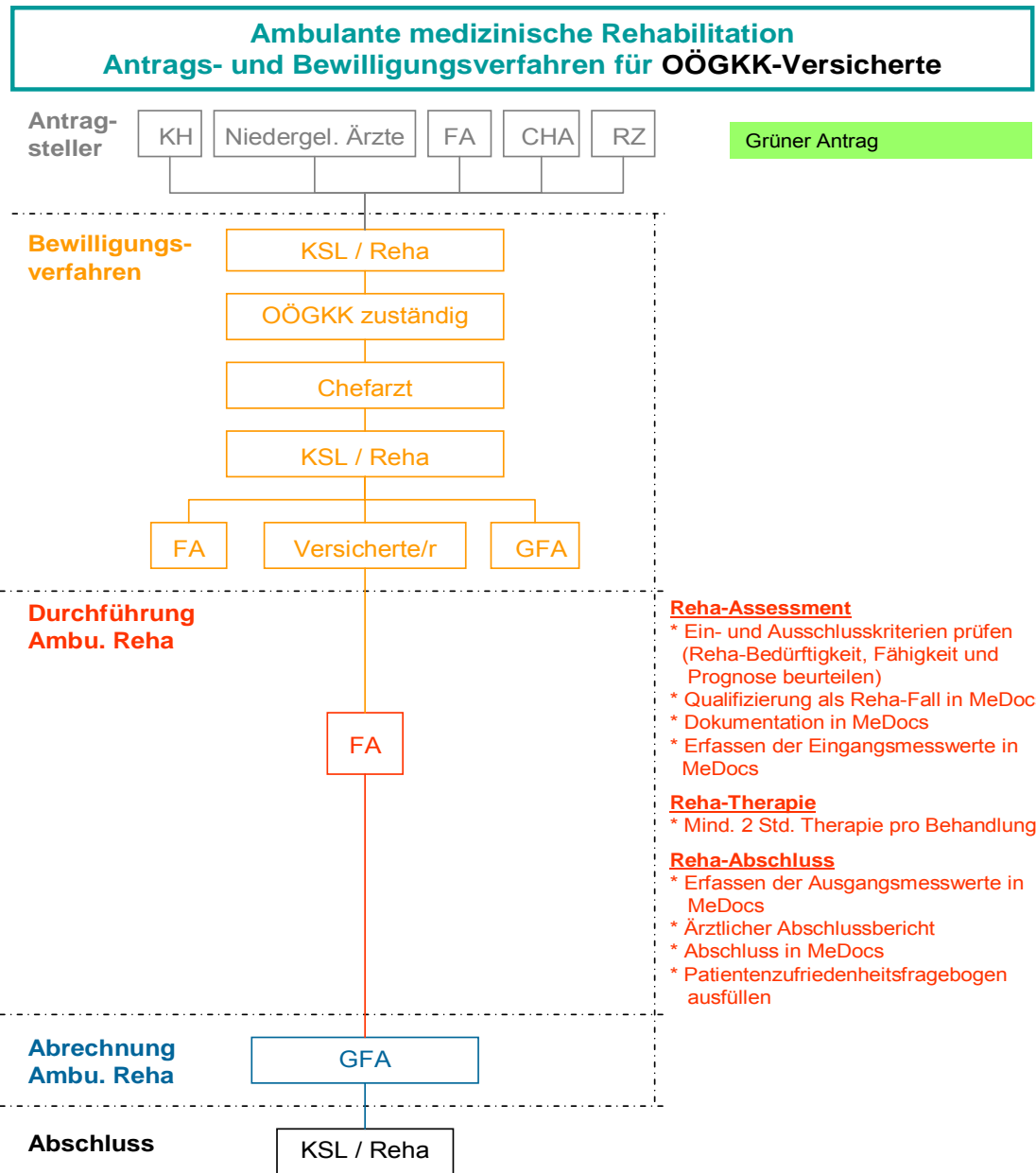


Abbildung 15: Antrags- und Bewilligungsverfahren ambulante Rehabilitation in der OÖ GKK

### 5.3.3.1 Zuweisung der Patienten und Bewilligung der ambulanten Rehabilitation

Um eine ambulante medizinische Rehabilitationsmaßnahme in den Fachambulatorien der OÖ GKK wahrnehmen zu können, müssen die Patienten diesen zuerst zugewiesen und von den Institutsärzten als tauglich für die ambulante medizinische Rehabilitation eingeschätzt werden.

Zu den Zuweisern zählen niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Rehasentren aber auch die eigene Chefarztabteilung sowie die Abteilung Kundenservice Rehabilitation / Gesundheitsförderung der OÖ GKK.

Vorraussetzung für die Durchführung der ambulanten Rehabilitation ist – analog zur stationären Rehabilitation - die Bewilligung eines gestellten Antrages von den entsprechenden SV-Trägern (Dazu ist das grüne Antragsformular für Rehabilitation, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt zu verwenden). Zudem müssen die Antragsbewilliger des Kundenservice Linz die jeweiligen Einschluss- und Ausschlusskriterien für eine ambulante medizinische Rehabilitation überprüfen (siehe Kapitel 5.3.1 und 5.3.2), aber auch leistungsrechtliche Ansprüche klären (vgl. ÖBIG 2004a, S.17ff.). So kann die Inanspruchnahme der Leistungen in der Phase 3 der Rehabilitation grundsätzlich nur in Anspruch genommen werden, wenn vorher bereits eine Phase 2 (entweder stationär oder ambulant) durchgeführt wurde. Leistungsrechtlich überprüft werden muss gleichfalls die „2 in 5 Jahren – Regelung“ gemäß § 11 Abs. 3 der RKK, wobei es dabei für die ambulante Rehabilitation der Phase 2 zu keiner Anrechnung kommt, wenn sie dem stationären Aufenthalt entspricht. Wird die ambulante Rehabilitation in der Phase 3 erbracht, soll es zur Anrechnung kommen und die „2 in 5 Jahren – Regelung“ kommt zum Tragen (vgl. Rahmenvertrag).

Ist die ambulante Rehabilitation bewilligt, wird dies im EDV-Programm LGKK abgespeichert, die Patienten, die Institutsärzte, die Verwaltung der Fachambulatorien und die zuständigen SV-Träger werden entsprechend informiert und die Durchführung der Maßnahmen kann beginnen. Zu beachten ist dabei, dass zwischen Bewilligung der ambulanten Rehabilitation und Beginn der Durchführung der Maßnahmen maximal drei Monate liegen dürfen.

### **5.3.3.2 Durchführung der ambulanten Rehabilitation im Fachambulatorium**

Die ambulante medizinische Rehabilitation wird in den Fachambulatorien durch ein multiprofessionelles Team durchgeführt (Abb. 16).



## Multiprofessionelles Rehabilitationsteam

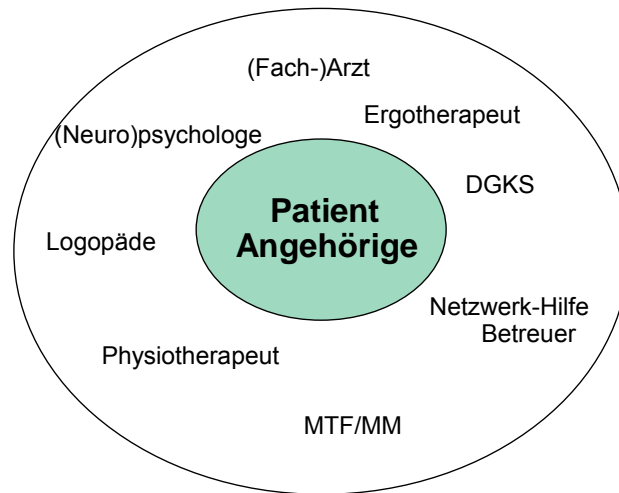


Abbildung 16: Multiprofessionelles Rehabilitationsteam in den Fachambulatorien der OÖ GKK

Zu Beginn wird der Patient vom ärztlichen Dienst untersucht und ergo- und physiotherapeutisch sowie logopädisch befundet. Dieses initiale Assessment ist die Basis für die anschließende Rehabilitation, denn es wird die Art und der Umfang der Schädigung, der Aktivitätseinschränkung und der Partizipationseinschränkung festgestellt, die Kontextfaktoren bestimmt sowie das Rehabilitationspotential und die Rehabilitationsfähigkeit evaluiert. Daraufhin wird in Zusammenarbeit mit dem Patienten für ihn ein klares Rehabilitationsziel und ein Rehabilitationsplan erarbeitet, welcher die auf ihn zugeschnittenen Therapieeinheiten und die notwendige Intensität und Therapiefrequenz enthält.

Die Terminvergabe vereinfacht das MeDocs, denn durch die Einteilung als Reha-Patient kann am Schalter der individuelle Rehabilitationsplan per Computer erstellt werden und der Patient erhält seinen Plan als Ausdruck. Analog dazu werden die Therapiemaßnahmen durchgeführt, wobei Maßnahmen der Physio- und Ergotherapie, der Logopädie und passive Maßnahmen (z.B. Massage, Elektrotherapie) ineinander greifen. Eine wichtiger Baustein im Konzept der ambulanten medizinischen Rehabilitation sind auch die Leistungen der Diplomkrankenschwester, die sich von der Pflege-Beratung, der Schulung der Angehörigen hinsichtlich Dekubitus- und Kontrakturprophylaxe über die Inkontinenzversorgung, der Aufklärung über Ernährung und Essen bis hin zur mentalen Unterstützung der Patienten und Pausenbetreuung erstrecken. Leider werden die Leistungen der Diplomkrankenschwester jedoch bis-

her nicht im EDV-System abgebildet, so dass deren tägliche wertvolle Arbeit in den Produktivitäts- und Leistungsstatistiken der Abteilung nicht auftaucht.

Je nach individuellem Fall kann die Therapie fünfmal, zweimal oder dreimal die Woche und mindestens zwei Stunden täglich stattfinden. In MeDocs wird der Patient als Reha-Fall qualifiziert, damit für ihn entsprechend die Therapiezeiten eingetragen werden können. Die ambulanten Reha-Patienten nehmen die Rehabilitationsmaßnahmen im Hause der OÖ GKK in der Regel vier Wochen in Anspruch, selten wird die Zeit verlängert, in der Schmerzrehabilitation keinesfalls. Laut Rahmenvertrag dürfte die ambulante Rehabilitation in der Regel in der Phase 2 nicht länger als 12 Wochen dauern, in der Phase 3 nicht länger als 52 Wochen. Während der Zeit der Therapie wird jegliche Behandlung und Auffälligkeiten täglich im MeDocs sowohl von ärztlicher Seite als auch von therapeutischer Seite dokumentiert. Während der Zeit der ambulanten Rehabilitation kooperiert das gesamte Rehabilitationsteam im Sinne der Zielerreichung des Patienten. Dazu gehören auch regelmäßige Teambesprechungen (wöchentlich, mindestens jedoch 14-tägig), um einander über den Therapieverlauf zu informieren und gegebenenfalls anfallende Probleme zu lösen. Bei Bedarf, z.B. auf Bitten des Patienten oder des Therapeuten, führt der Arzt auch Kontrolluntersuchungen durch, die bisher aber noch nicht zwingend sind. Angehörigen- und Patientenbesprechungen werden nach Bedarf geführt.

### **5.3.3.3 Abschluss und Evaluation der Rehabilitationsmaßnahmen**

Ist die Rehabilitation beendet, wird nach einer Enduntersuchung des Arztes ein Abschlussbericht verfasst, in dem der Therapieverlauf und die Therapieergebnisse beschrieben werden. Entsprechend der Erkrankung des Patienten kommen zur Evaluierung unterschiedliche Assessments zur Anwendung: bei neurologischen Patienten wird der Functional Independence Measure (FIM), bei orthopädischen Patienten die Range of Motion (ROM) und bei Patienten mit chronifiziertem Rückenschmerz der Short Form 36 Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36) als Outcome Measurements angewandt. Auch diese Ergebnisse werden in den Abschlussbericht integriert, wobei auch hier sich wieder das System MeDocs als gute Unterstützung erwiesen hat. Ist der Abschlussbericht geschrieben, kann auch im MeDocs der Abschluss erfolgen sowie die Abrechnung an die zuständigen Kostenträger gehen. Laut Rahmenvertrag § 7 muss der SV-Träger binnen 10 Kalendertagen von der Beendigung der ambulanten Rehabilitation des Versicherten schriftlich informiert werden und alle medizinischen und administrativen Unterlagen erhalten. Kostenübernahmeverträge bestehen derzeit zwischen der OÖ GKK und der BKK Austria Tabak, der Magistrats-Kranken-Fürsorge (MKF), der Salzburger GKK und der Lehrer-, Kranken- und Unfallversicherung (LKUV). Mit ihnen werden die bestehenden Tagsätze der OÖ GKK abgerechnet, die derzeit für die orthopädische Rehabili-

tation und Schmerzrehabilitation 85 € und für die Neurorehabilitation 105 € betragen (Stand August 2006). Bei den anderen Sozialversicherungsträgern wird der Patient als Physiotherapeut klassifiziert und pro Therapieeinheit einzeln abgerechnet. Mit der für die ambulante Rehabilitation so wichtigen Pensionsversicherung liegt derzeit noch kein Vertrag über die Kostenabrechnung vor (Stand August 2006).

Laut Rahmenvertrag § 8 muss der zuständige SV-Träger die vorgelegte Rechnung innerhalb von 4 Wochen nach dem Einlangen bezahlen.

## **5.4 Medizinische Konzepte in der ambulanten Rehabilitation**

Derzeit bietet die OÖ GKK die ambulante medizinische Rehabilitation für neurologische Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates und bei Patienten mit chronifiziertem Rückenschmerz an.

Die von der OÖ GKK angebotenen Rehabilitationsprogramme basieren auf medizinischen Konzepten, die entsprechend der Krankheitsgruppe sehr differenziert ausgearbeitet wurden. Diesen Konzepten entsprechend erfolgt die Durchführung der ambulanten Rehabilitation bei der OÖ GKK.

### **5.4.1 Ambulante Rehabilitation neurologischer Patienten**

Gerade bei neurologischen Patienten ist die Rehabilitation besonders wichtig, da bei vielen die Maßnahmen der kurativen Medizin nicht zur Gesundung führen sondern nur eine „Defektheilung“ ermöglichen, die durch funktionelle Einschränkungen gekennzeichnet ist (vgl. Alacamlioglu et al. 2001, S. 4). Die Rehabilitation ist jedoch in der Lage, das Ausmaß an Funktionsstörungen und an Aktivitäts- und Partizipationseinschränkungen zu verringern. Auch die ambulante Rehabilitation bietet sich bei neurologischen Erkrankungen unter Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien gut an, denn es kann auf diese Weise sehr gut Einfluss auf die Ebene der Aktivitäten, der Partizipation und insbesondere der Kontextfaktoren genommen werden. Die wohnortnahe Rehabilitation unter Einbezug der Angehörigen und des Wohnumfeldes ermöglicht einen guten Transfer des neu Erlernten in den Alltag des Patienten. Dem entsprechend wird aus Sicht der Experten der ambulanten Versorgung ein hoher Stellenwert eingeräumt (vgl. ÖBIG 2004b, S. IV).

Bisher existieren für die Neurorehabilitation aber nur wenige ambulante Einrichtungen. Im Endbericht *Neurorehabilitation in Österreich 2004* hatte das ÖBIG für den Planungshorizont 2005 schon einen Bedarf von 1.580 ambulanten Rehabilitationsplätzen berechnet, davon rund 220 Plätze für die Phase C, rund 615 für die Phase D sowie rund 745 Plätze für die Phase E

(vgl. ÖBIG 2004b, S. 32). Diese Versorgungslücke beginnt die OÖ GKK mit ihren Fachambulatorien zu schließen.

#### 5.4.1.1 Wissenschaftliche Grundlagen des Konzeptes

Studien konnten belegen, dass insbesondere in den ersten 12 Wochen die beste Erholung der geschädigten neuronalen Strukturen erfolgt, es aber auch noch nach dieser Zeit durch entsprechende therapeutische Maßnahmen zu Besserungen in der Motorik und bei den Aktivitäten des täglichen Lebens kommt. So ist ein möglichst früher Beginn der Rehabilitation entscheidend. Zudem zeigten Untersuchungen, dass eine statistisch signifikante Beziehung zwischen der Therapieintensität und dem Therapieergebnis existiert, aber auch, dass jegliche Bewegungstherapieart wirksam ist und dass keinerlei Überlegenheit eines neurophysiologischen Therapiekonzeptes (wie beispielsweise Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation oder Bobath) besteht (vgl. Alacamlioglu et al. 2001, S. 5). Nach heutigen pathophysiologischen Vorstellungen sind die Fähigkeit des Gehirns zur Neuorganisation (Plastizität) und lerntheoretische Grundsätze für den Therapieerfolg entscheidend (vgl. Beer 2000, S. 1188). Die bisherigen Therapieansätze wurden entsprechend dieser Fakten ergänzt. Die Plastizität funktioniert auch noch in höherem Lebensalter, ist generell aber gebrauchsbabhängig. Kommt es also zu keinerlei funktionalem Input und zu keinen Lernprozessen, finden im Gehirn auch keine Umorganisationen statt (vgl. Alacamlioglu et al. 2002, S. 5).

Generell ist die Plastizität auf verschiedenen Ebenen möglich:

- auf molekularer Ebene
- auf zellulärer Ebene:
  - beim sogenannten Sprouting kommt es zu einer Aussprossung benachbarter überlebender Nervenzellen
  - es kann zu Demaskierung stiller Synapsen kommen
  - die Rezeptorempfindlichkeit kann sich ändern
- auf der Netzwerkebene: inter-areal durch parallel angelegte Systeme oder/und intra-areal aufgrund von Umstrukturierung kortikaler Bereiche durch äußere Reize

(vgl. Alacamlioglu et al. 2002, S. 5).

Es ist möglich, die Plastizität des Gehirns durch therapeutische Interventionen zu beeinflussen. Ein „enriched environment“, eine Umgebung reich an Möglichkeiten für soziale Interaktionen, körperlichen Aktivitäten und sensorischem Input hat eine sehr günstige Wirkung auf das Gehirn und dessen Reorganisation. Deshalb wird in der heutigen Therapie der *Non-Use* der betroffenen Extremitäten behindert und der Gebrauch der betroffenen Extremität forciert

(Forced Used Therapie, Lokomotionstherapie u.ä.) (vgl. Alacamlioglu et al. 2002, S.5f.; Dromerick et al. 2000, S. 2986f.)

Das Programm der neurologischen ambulanten Rehabilitation der OÖ GKK berücksichtigt diese wissenschaftlichen Erkenntnisse und richtet sich an Patienten mit Schlaganfall, Hirnblutungen, Schädel-Hirn-Traumata und Tumoren. Auch Patienten mit Multipler Sklerose oder einer Querschnittlähmung werden nicht ausgeschlossen, wobei das Haus für die beiden letztgenannten Diagnosen keine Spezialisierung aufweist und daher den individuellen Fall überprüfen muss. Erfahrungswerte zeigen, dass die Aufnahme von Patienten mit einem FIM Wert ab 70 Punkten ein gutes Rehabilitationspotential aufweisen. Prädiktoren für ein schlechtes Rehabilitationsergebnis können sein:

- hohes Alter
- linksseitige Hemiplegie
- Komorbiditäten
- bereits vorangegangener Insult
- Räumliche Störung – Neglect
- schlechte Sitzbalance
- kognitive Einschränkung, Depression

Bei den Patienten mit neurologischen Erkrankungen, die die OÖ GKK im Zeitraum von 2001 – 2004 ambulant rehabilitiert hat, befanden sich zu 73% Patienten mit Zustand nach einem cerebralen Insult, zu 11% Patienten mit Zustand nach intracerebraler Blutung und die restlichen Prozent hatten andere neurologische Erkrankungen (vgl. Vortrag Dr. Prömer 08.08.2006). In Frage für die ambulante medizinische Rehabilitation kamen dabei diejenigen Patienten, die sich in einer stabilen Krankheitsphase C oder in der Phase D befinden.

Die Dominanz der Diagnose *Cerebraler Insult* in den ambulanten Einrichtungen der OÖ GKK lässt sich durch die Epidemiologie erklären: Die Inzidenz des Schlaganfalls liegt bei 120-200 pro 100.000 Einwohner und steigt mit zunehmendem Alter auf 2.500 pro 100.000 Einwohner bei den über 80-Jährigen. Bessere Diagnostik und eine bessere medizinische Versorgung der Schlaganfallpatienten lässt die Prävalenz auf 500-800 pro 100.000 Einwohner ansteigen (vgl. Alacamlioglu et al. 2001, S.4).

Die Rehabilitationsmaßnahmen in der neurologischen Rehabilitation dienen dem Ziel, die Defizite in der Motorik, in der (Tiefen-) Sensibilität, in der Kommunikation, in der Kognition und Psyche soweit zu mindern, dass die betroffenen Patienten eine größtmögliche Eigenaktivität wiedererlangen und zu einer weitgehenden Partizipation in allen Lebensbereichen befähigt

werden. Diesem Ziel verpflichtet sich das interdisziplinäre Team bestehend aus einem (Fach) Arzt, PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, LogopädInnen, Pflegekräfte, Medizinisch-Technischen Fachkräften, Medizinischen MasseurInnen und bei Bedarf hinzu gezogenen konziliarisch tätigen Neuropsychologen, Sozialarbeitern, Neurologen und Case-Managern.

#### **5.4.1.2 Der Ablauf der neurologischen Rehabilitation**

Entsprechend den Vorausberechnungen (budgetierte Fallzahlen) sollen im Jahr 2006 in allen Fachambulatorien zusammen 105 neurologische Patienten ambulant rehabilitiert werden. Alle 14 Tage wird im Institut für physikalische Medizin und Rehabilitation in Linz ein neurologischer Patient zur ambulanten Rehabilitation aufgenommen.

Zu Beginn der Rehabilitation findet eine Eingangsuntersuchung durch den Arzt statt, danach die ergotherapeutische, physiotherapeutische und logopädische Befunderhebung. Dabei kristallisieren sich die individuellen Probleme des Patienten heraus, seine Rehabilitationsfähigkeit und sein Rehabilitationspotential.

Als wichtiges Assessment in der Neurologischen Rehabilitation wird bei Aufnahme das Functional Independence Measurement (FIM) durchgeführt, der die Einschränkungen des Patienten im Bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens evaluiert und sehr gut diesbezügliche Verbesserungen abbildet. In der ersten Woche (am 3. Therapietag) findet eine 30 minütige Teambesprechung statt, in der die beteiligten Therapeuten und der Arzt in Zusammenarbeit mit dem Patienten und seinen Angehörigen auch die Probleme im alltäglichen Leben, die sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen, das soziale Umfeld und die Wohnsituation des Patienten besprechen. Wichtig ist, dass gemeinsam mit Patient und seinen Angehörigen Rehabilitationsziele formuliert wird. Die Zusammenarbeit mit dem Patienten ist ein entscheidendes Element im Rehabilitationsprozess. Es hat sich herausgestellt, dass sich durch eine effektive Arzt-Patienten-Kommunikation und partizipative Strukturen die Motivation und die Compliance der Patienten verbessert und ein verstärkter Alltagstransfer erfolgt (vgl. Faller 2003, S.134). Weiters konnte belegt werden, dass sich die Zufriedenheit der Patienten mit den erreichten Fortschritten sowie deren Selbstwirksamkeit erhöhen, wenn sie zu Beginn über die Möglichkeiten, den Verlauf und die Ziele der Rehabilitation Klarheit haben (vgl. Bölsche et al. 2004, S. 72).

Die Dauer der ambulanten neurologischen Rehabilitation beträgt meist vier Wochen mit einer Therapieintensität von rund drei Stunden täglich an fünf Tagen die Woche. Dabei absolvieren die Patienten ihren individuellen Therapieplan und nehmen die auf sie zugeschnittenen therapeutischen Maßnahmen wahr. Zusätzlich zu den notwendigen Einzeltherapien, die von den

speziell geschulten Therapeuten (beispielsweise Fortbildung in Bobath) durchgeführt werden, werden zusätzlich notwendige passive Maßnahmen verabreicht (wie Fango oder Elektrotherapie) und gegebenenfalls notwendige Hilfsmittel organisiert und angepasst. Täglich werden die Therapien dokumentiert. Bei Bedarf werden die Angehörigen geschult, eine Aufgabe die vor allem durch die Diplomkrankenschwester erfolgt. Wöchentlich finden 30 minütige Teambesprechungen statt, in denen sich die Beteiligten gegenseitig über die Patienten und deren Therapieverlauf informieren. Bei Bedarf, falls die Therapeuten oder der Patient es wünschen und für notwendig halten, werden Zwischenuntersuchungen beim Arzt durchgeführt, die bisher aber noch nicht zwingend vorgeschrieben sind. Gegebenenfalls könnte überlegt werden, ob, bei genügend vorhandenen Ressourcen, eine ärztliche Zwischenuntersuchung regulär durchgeführt wird.

Gegen Ende der Rehabilitationszeit wird die Entlassung geplant und notwendige Schritte für die Zeit zu Hause eingeleitet, wie etwa notwendige Umbauten. Um Notwendigkeiten in dieser Hinsicht beurteilen zu können, organisieren die Ergotherapeuten, dass die Angehörigen die häuslichen Gegebenheiten fotografieren, so dass notwendige Hilfeleistungen zur Verfügung gestellt werden können. Zum Schluss erfolgt eine Abschlussuntersuchung durch den Arzt, bei der überprüft wird, ob das Rehabilitationsziel erreicht wurde. Dazu wird der FIM nochmals durchgeführt. Ein Abschlussbericht ärztlicherseits beendet die Therapie und ermöglicht die Abrechnung der Leistungen des Patienten.

#### **5.4.2 Ambulante Rehabilitation bei Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates**

In den Fachambulatorien der OÖ GKK wird ebenso die ambulante Rehabilitation orthopädisch-traumatologischer Patienten durchgeführt. Für das Jahr 2006 sind im Budget 235 Patienten geplant, die die orthopädisch-traumatologische ambulante Rehabilitation durchlaufen. Im Fachambulatorium Linz beginnen jede Woche sieben Patienten mit entsprechenden Diagnosen ihre ambulante Rehabilitation. Dabei kommen folgende Patienten in Frage:

- Patienten nach entsprechendem Abschluss des Krankenhausaufenthaltes und orthopädisch-traumatologischen Erkrankungen, mit Funktionseinschränkungen und einem guten Rehabilitationspotential (beispielsweise bei Zustand nach Kreuzbandplastik, Knie- oder Schulterarthroskopie, Osteosynthesen an der Wirbelsäule sowie an der unteren und oberen Extremität, Polytraumen).
- Bei planbaren Operationen wie einer Hüftgelenks-Totalendoprothese (H-TEP), Kniegelenks-Totalendoprothese (K-TEP) oder Schultergelenks-Prothese. In diesen Fällen kann schon präoperativ eine Terminvereinbarung erfolgen.

- Patienten, die nach Abschluss einer stationären Rehabilitationsmaßnahme noch erhebliche Funktionseinschränkungen aufweisen und interdisziplinäre Rehabilitationsmaßnahmen benötigen.

Notwendig für die Durchführung der ambulanten Rehabilitation sind die Informationen des Zuweisers betreffend der genauen Diagnose, der durchgeführten Operation, der erlaubten Belastbarkeit und des erlaubten Bewegungsumfangs. Die orthopädisch-traumatologische Rehabilitation hat das Ziel, Defizite der Mobilität, Kraft, Koordination und Ausdauer zu beheben oder zu verkleinern und die Rückkehr in Wohnumfeld, Familie, Beruf, Freizeitaktivitäten und vor allem in die selbstständige alltägliche Lebensführung zu ermöglichen. Bei der Therapie sollen jedoch keinesfalls der Körper überlastet oder erneute Verletzungen provoziert werden. Die funktionelle Rehabilitation hängt hauptsächlich von zwei Faktoren ab: von der physiologischen Reaktion des Körpers auf die Verletzung und der möglichen Adaptation des heilenden Gewebes auf die Beanspruchung. Deshalb muss in diesem Bereich große Rücksicht auf den Wundheilungsprozess und seine verschiedenen Phasen genommen werden (vgl. Straberger 2001).

Entsprechend dem individuellen Befund werden Maßnahmen zur Verbesserung des Bewegungsausmaßes durchgeführt. Hierbei kommen unter anderem Techniken der Manuellen Therapie sowie andere aktive und passive bewegungserweiternde Therapien zum Einsatz. Um Kraft und Ausdauer zu trainieren, ist Intensität, Dauer, Frequenz, Umfang der Belastung und Dauer und Art der Erholung entscheidend (Berücksichtigung der Kriterien der Trainingstherapie).

Die ambulante Rehabilitation dauert in den Fachambulatorien der OÖ GKK in der Regel vier Wochen, bei Bedarf wird auch verlängert. An drei Tagen die Woche (Montag, Mittwoch, Freitag) findet die Therapie statt. Durch den Pausentag zwischen den Therapietagen tritt eine Erholungsphase auf, die Superkompensation heißt und das Hauptziel des Trainings ist. Das Gewebe und die Muskeln aber auch die Systeme können auf die Trainingsreize reagieren und ihre physiologischen Eigenschaften verbessern.

Begonnen wird auch hier mit einer Anfangsuntersuchung beim Arzt, der ein initiales Assessment durchführt. Anamnese sowie frühere Erkrankungen, Begleiterkrankungen, Kontraindikationen und Risikofaktoren werden erhoben. Es wird eine Funktionsanamnese mit Prüfung der Haupt- und Nebenprobleme, dem Schmerzverhalten, der Belastbarkeit und dem derzeitigen Bewegungsumfang durchgeführt. Dabei wird auch der muskulo-skelettale Status (Bewegungsausmaß nach der Neutral-Null-Methode = Range of Motion (ROM)) sowie der neuro-



funktionelle Status und die Mobilität dokumentiert. Entsprechend dem Befund werden die Therapie und der Einsatz der Techniken angepasst. Es kommt das gesamte interdisziplinäre Team bestehend aus Facharzt für physikalische Medizin und Rehabilitation, PhysiotherapeutIn, ErgotherapeutIn, Heilmedizinische MasseurIn und Medizinisch-Technische Fachkraft zum Einsatz. Das Therapiemodul der orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation enthält pro Woche fix:

- einmal eine Stunde und zweimal 30 Minuten Einzelheilgymnastik,
- Unterwassergruppengymnastik dreimal à 30 Minuten
- und Ergonomieschulung in der Gruppe einmal à 60 Minuten.

Fakultativ kann der Patient Thermotherapie, Elektrotherapie und Lymphdrainage erhalten.

In der Ergonomieschulung wird die Anatomie und die Funktion der Wirbelsäule erklärt. Es werden Arbeitshaltungen beim Sitzen, Stehen, Heben, Tragen, Auto fahren etc. erklärt und ausprobiert. Optimale Ruhe- und Entlastungsstellungen werden vorgestellt sowie diverse Hilfsmittel wie Sitzkissen oder verschiedene Polster.

Im Institut stehen Einzeltherapieräume für Ergo- und Physiotherapie, Gruppentherapieräume, ein Schwimmbecken für die Unterwassertherapie und ein Raum mit Schlingentisch zur Anwendung bereit. Ferner existiert ein Trainingsgeräte Raum. An Geräten können je nach Bedarf Sequenztrainingsgeräte wie Legpress, Fahrradergometer, Handergometer oder Seilzug genutzt werden. Zusätzlich gibt es Lang- und Kurzhanteln, aber auch Geräte, die die Koordination und Propriozeption schulen wie Therapiekreisel, Schaukelbretter oder Trampolin.

Einmal wöchentlich findet eine 30 minütige Teambesprechung statt, bei der Problemfälle erörtert werden, aber auch die Therapiedurchführung hinterfragt wird, um den Therapiefortschritt zu verfolgen und gleichzeitig die Qualität und die vorhandenen Ressourcen zu optimieren. Um den Therapiefortschritt zu kontrollieren, messen die PhysiotherapeutInnen wöchentlich das Bewegungsausmaß nach. Auch bei der orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation sollte bei Bedarf die Versorgung mit Hilfsmitteln in die Wege geleitet werden.

Am Ende der ambulanten Therapie erfolgt von Seiten der Therapeuten ein Abschlussgespräch und vom Arzt wird ein Abschlussbericht verfasst, bevor dann die Leistungen der Patienten abgerechnet werden.

#### **5.4.3 Ambulante Rehabilitation bei Patienten mit chronifiziertem Rückenschmerz**

Das dritte Programm, welches im Rahmen der ambulanten Rehabilitation im Fachambulatorium Linz angeboten wird, ist die Rehabilitation bei Patienten mit chronifiziertem Rücken-

schmerz. Die budgetierten Fallzahlen für das Jahr 2006 betragen für die Schmerzrehabilitation 60 Patienten. Dieses Programm erfolgt in Anlehnung an das Göttinger Rücken-Intensiv-Programm (GRIP).

#### **5.4.3.1 Epidemiologischer und ätiologischer Hintergrund des Konzeptes**

Epidemiologen schätzen, dass ca. 85% der Bevölkerung westlicher Industrienationen einmal in ihrem Leben an Rückenschmerzen leiden (vgl. Hildebrandt et al. 2003, S.3).

Untersuchungen von Studien zur Epidemiologie des Rückenschmerzes in Deutschland haben belegt, dass die Punktprävalenz des Rückenschmerzes in den Städten Hannover und Lübeck 37% bzw. > 40% betragen. Die Ein-Jahres-Prävalenz in denselben Städten lag in Hannover bei 73% und in Lübeck bei 75% (vgl. Schumacher und Brähler 1999, S. 376). Für Österreich wird dies vergleichbar hoch sein. Die hohe Rezidivrate stellt zusammen mit der Möglichkeit zur Chronifizierung der Beschwerden das größte Problem bei Rückenschmerzen dar. In 10% der Fälle werden die Rückenschmerzen chronisch (vgl. Hildebrandt et al. 2003, S.3).

Es scheint keinen direkten Zusammenhang zu geben zwischen Auftreten und Verlauf von unspezifischen Rückenschmerzen und dem Älterwerden, obwohl die degenerativen Erkrankungen im Alter zunehmen. So haben beispielsweise Spitzer et al. (1987) in einer Studie nachgewiesen, dass Rückenschmerzen ohne eine spezielle Läsion im Alter zwischen 20 und 40 Jahren einen Häufigkeitsgipfel aufweisen (zit. nach Göbel 2001, S.97). Als ungünstige Einflussfaktoren auf den Verlauf von Rückenschmerzen gelten schlechte Arbeits- und soziale Bedingungen sowie das persönliche Verhalten (passive Lebenseinstellung, maladaptives Krankheitsverhalten). Aber auch bereits überholte Therapieansätze, die immer noch von medizinischem und therapeutischem Personal empfohlen und durchgeführt werden, können den Verlauf und die Prognose des unspezifischen Rückenschmerzes negativ beeinflussen. Zu solchen unzulänglichen Therapieansätzen können Schonung, passive oder übermäßige Therapien, länger andauernde Krankschreibungen und mangelhafte Information des Patienten gehören. Durch internationale Studien ist belegt, dass der Behandlungserfolg bei Rückenschmerz von der Krankheitsdauer und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit abhängen (vgl. Göbel 2001, S.97; Hildebrandt et al. 2003, S.3; Pflingsten und Hildebrandt 2001, S. 581).

Evident ist auch der Zusammenhang zwischen der Unzufriedenheit mit dem Arbeitsplatz und dem Auftreten und dem Verlauf von Rückenschmerz. So konnte nachgewiesen werden, dass das Risiko einer Rückenerkrankung um den Faktor 7 erhöht war, wenn eine Unzufriedenheit am Arbeitsplatz vorlag (vgl. Linton und Warg 1993, zit. nach Hildebrandt et al. 2003, S.3).

Das deutet darauf hin, dass weniger die objektiven Belastungen am Arbeitsplatz (wie schlechte ergonomische Bedingungen) als vielmehr das subjektive Belastungserleben und psychologische Faktoren (wie Zeitdruck, geringe Gruppenkohäsion, Erleben starker Kontrolle und geringer Autonomie etc.) Einfluss auf die Rückenerkrankung haben. So rücken die psychologischen Parameter bei der Therapie von unspezifischen Rückenschmerzen in den Vordergrund. Gerade bei Rezidiven und der Chronifizierung des Geschehens sind sie sehr bedeutungsvoll, da hier die ursprünglich krankheitsauslösenden Faktoren in den Hintergrund rücken und die individuellen Einstellungen zum Rückenschmerz nachweislich den Krankheitsverlauf beeinflussen. Demnach hängen auch die patienteneigenen Vorstellungen über die Möglichkeiten der Behandelbarkeit und deren subjektives Beeinträchtigungsempfinden mit dem Therapieerfolg bei Rückenschmerz zusammen (vgl. Hildebrandt et al. 2003, S.4).

Interessant ist auch ein Blick auf die Kosten, die die Rückenschmerzpatienten in den westlichen Industrienationen verursachen, wobei zwischen direkt durch die Krankheit verursachten Kosten und indirekten Kosten (durch Lohn- und Arbeitsausfälle, Kompensationsmechanismen) unterschieden werden muss.

Studien in Deutschland haben berechnet, dass durch Arztkonsultationen, Diagnostik und Medikation jährlich 2,25 Milliarden Euro durch Rückenschmerz verursacht werden, durch physikalische Therapien 0,8 Milliarden Euro und durch Rehabilitationsmaßnahmen 1 Milliarde Euro. Die indirekten Kosten betragen jährlich 11,9 Milliarden Euro. Somit belasten die Arbeitsausfallzeiten bei Rückenschmerz die Volkswirtschaft deutlich stärker als die Behandlung der Schmerzen selbst (ebd.). Rückenschmerz ist die größte Ursache für Arbeitsunfähigkeit als Einzelfaktor (vgl. Göbel 2001, S.93).

Daher hat die OÖ GKK großes Interesse daran, ein geeignetes Therapie- und Rehabilitationskonzept zur Behandlung chronifizierter Rückenschmerzen anzubieten, um die Versicherten wieder dem Arbeitsprozess zuführen zu können und die Kosten für die Krankenbehandlung zu reduzieren.

#### **5.4.3.2 Grundlagen des Behandlungskonzeptes GRIP**

Das Göttinger Rücken-Intensiv Programm ist ein multimodales Programm, das verstärkt aktivierende Maßnahmen enthält unter Berücksichtigung psychologisch-verhaltenstherapeutischer Ansätze. Die Ursprünge gehen auf Mayer und Gatchel aus dem *Productive Rehabilitation Institute of Dallas for Ergonomics* (PRIDE) zurück, nach deren Vorstellungen die Chronifizierung von Rückenschmerzen aus Defiziten in der objektiven und subjektiven Funktionsfä-

higkeit sowie einer fortschreitenden körperlichen Dekonditionierung resultiert (vgl. Hildebrandt et al. 2003, S.5; Pfingsten und Hildebrandt 2001, S.581).

Das Konzept zielt ab auf eine Erhöhung des Aktivitätsniveaus und auf den Abbau von inadäquatem Krankheitsverhalten. Es will das Kontrollerleben der Betroffenen steigern und Angst und Depressivität abbauen. Daher kommt es zu einer Kombination körperlicher und verhaltenstherapeutischer Maßnahmen.

Zu den körperlichen Interventionen zählen eine Steigerung der allgemeinen Fitness, die Verbesserung der kardio-vaskulären und pulmonalen Kapazität, die Verbesserung der Koordination und Körperwahrnehmung sowie die Verbesserung der Eigenkontrolle betreffend die individuelle Belastungskapazität. Die psychotherapeutischen Interventionen zielen ab auf eine Veränderung der emotionalen Beeinträchtigung, auf eine Veränderung des Krankheitsverhaltens sowie auf die kognitiv repräsentierten Einstellungen bzw. Befürchtungen in Bezug auf Aktivität und Arbeitsfähigkeit. Das über allem stehende Ziel ist der Abbau von Analgetika, Reduktion von Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und die Rückkehr in das Berufsleben bzw. die Reduktion von Arbeitsausfallzeiten (vgl. Pfingsten und Hildebrandt 2001, S.582).

Studienergebnisse bescheinigen, dass die Patienten im Anschluss an das GRIP weniger Schmerzen und weniger Beeinträchtigungen hatten, ihr maladaptives Verhalten - wie etwa die Bewegungsangst - änderten und weniger depressiv waren. Die Effektivität des Programms zeigte sich gleichfalls an der Zunahme der Rumpfkraft (insbesondere eine Steigerung in der Extensionskraft), an einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit und reduzierten Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen. In drei verschiedenen Auswertungen des Konzeptes wurde bei 63% der Patienten die Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt (vgl. Pfingsten und Hildebrandt 2001, S. 584). Dies spricht für das Konzept selbst, aber natürlich auch für die Qualität der Behandlungen und ist der Grund dafür, dass es in angepasster Form auch im Fachambulatorium Linz für die Behandlung der chronifizierten Rückenschmerzpatienten seine Anwendung findet.

#### **5.4.3.3 Ablauf des Reha-Programms bei chronifiziertem Rückenschmerz**

Die Dauer des Reha-Programms für Patienten mit chronifiziertem Rückenschmerz beträgt im Fachambulatorium Linz vier Wochen. Es werden dabei 8 Patienten zugleich aufgenommen, die zusammen das Programm durchlaufen. Die Behandlung findet in der Gruppe statt, bei Bedarf kann auch eine Einzeltherapie im Bereich der Verhaltens- und Psychotherapie in Anspruch genommen werden.

Folgende Kriterien werden bei der Patientenrekrutierung angelegt:

- Patienten mit chronischem Rückenschmerz an der Brust- und Lendenwirbelsäule
- bestehende Arbeitsunfähigkeit länger als drei Monate
- vor allem Patienten, die wieder in den Arbeitsprozess eingegliedert werden sollen und im erwerbsfähigem Alter sind
- Patienten, die der deutschen Sprache mächtig sind
- vorerst Patienten aus dem Raum Linz

Die Patientenrekrutierung erfolgt mittels des EDV-Programmes LGKK, mit seiner Hilfe werden die Patienten identifiziert, die sich bereits mehr als 84 Tage aufgrund der Diagnose *chronischer Rückenschmerz* (ICD 10 Code M 51-54) im Krankenstand befinden. Es erscheint dann bei Abrufen der Daten automatisch „REHA prüfen“ und die Selektion der Patienten kann beginnen. Die zuständige Ärztin des Instituts für physikalische Medizin und Rehabilitation arbeitet diesbezüglich eng mit den Verantwortlichen der Abteilung *Kundenservicestelle Linz Gesundheitsförderung/Rehabilitation* zusammen. Die Krankenstandsakte wird seitens des ärztlichen Dienstes geprüft und bei Zutreffen der Kriterien wird der Patient angeschrieben und gefragt, ob er an einer ambulanten Rehabilitation teilnehmen wolle. Falls sich der Patient zurückmeldet und Interesse bekundet, wird an ihn ein Schmerzfragebogen geschickt. Dieser enthält Fragen zur Dauer des Schmerzes, zur Schmerzlokalisierung und –intensität. Ebenso beinhaltet er Fragen der Schmerzempfindungs-Skala (SES), die allgemeine Depressionsskala (ADS), den Short-Form 36 Fragebogen zur allgemeinen Gesundheit sowie den Pain Disability Index (PDI), der Fragen zur Beeinträchtigung bei den Aktivitäten und der Partizipation enthält. Zudem wird nach Medikamenten, der bisherigen Therapie, Risikofaktoren und Begleiterkrankungen gefragt. Hinzukommen Fragen zu Arbeitsbedingungen und zur Arbeitszufriedenheit (vgl. Hildebrandt et al. 2003, S.64ff.). Hat der Patient diesen Fragebogen ausgefüllt und an die OÖ GKK zurückgeschickt, wird er zur ärztlichen und psychologischen Untersuchung vorgeladen. Die ärztliche Untersuchung dient dem Erkennen gefährlicher und spezifischer Erkrankungen und der Abgrenzung von einer operativ-pflichtigen Symptomatik. Weitere Kontraindikationen für eine ambulante Rehabilitation sind Cauda-Syndrom, Frakturen, Tumoren und Entzündungen der Wirbelsäule wie beispielsweise Discitis oder Spondylitis.

Die psychologische Untersuchung dient dazu, die Motivation des Patienten zu erkennen, ob er wirklich an der Rückkehr ins Berufsleben interessiert ist. Zudem müssen Erkrankungen aus dem psychiatrischen Formenkreis wie Psychosen, Epilepsie oder Angstzustände ausgeschlossen werden.

Ziel dieses recht aufwendigen Selektionsverfahrens ist es, eine geeignete Patientengruppe mit gutem Rehabilitationspotential und einer guten Rehabilitationsprognose herauszufiltern.

Die Rehabilitation von Patienten mit chronifiziertem Rückenschmerz findet in regelmäßigen Abständen statt. Die Gruppe von 8 Patienten beginnt zusammen und beendet auch zusammen die Therapie. Bevor der jeweilige Turnus beginnt, werden in einer Teamsitzung alle an der Therapie Beteiligten über die ankommenden Patienten informiert und notwendige organisatorische Dinge besprochen.

Das Reha-Programm selbst findet dann an jedem Tag in der Woche sechs Stunden statt und untergliedert sich in die Module Sport, Verhaltensmodifikation, Rückenschule, Berufsspezifisches Training (Work-Hardening) sowie Kraft- und Ausdauer-Training (Abb.17).

- *Sport*

In der Sportstunde zu Beginn des Tages wird innerhalb von 60 Minuten mittels eines großen Repertoires versucht, durch Sportspiele vom Schmerz abzulenken, „natürliches“ Bewegungsverhalten zuzulassen und Freude an der Bewegung zu vermitteln. Es werden gruppendynamische Effekte erreicht und zugleich auch das aerobe Ausdauerverhalten gesteigert. Die Koordination, Reaktionsfähigkeit und Orientierungsfähigkeit kann mit Hilfe von Ballspielen, gymnastischen Elementen und anderen variablen Bewegungsanforderungen gut geübt werden.

<b>Uhrzeit</b>	<b>Montag</b>	<b>Dienstag</b>	<b>Mittwoch</b>	<b>Donnerstag</b>	<b>Freitag</b>
08:00 – 08:50	Sport	Sport	Sport	Sport	Sport
08:50 – 09:00	Pause	Pause	Pause	Pause	Pause
09:00 – 10:20	Verhaltensmodifikation	Verhaltensmodifikation	Verhaltensmodifikation	Verhaltensmodifikation	Verhaltensmodifikation
10:20 – 10:30	Pause	Pause	Pause	Pause	Pause
10:30 – 11:30	Rückenschule	Berufsspez. Training	Berufsspez. Training	Berufsspez. Training	Berufsspez. Training
11:30 – 12:30	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause
12:30 – 14:00	Kraft-Ausdauer	Kraft-Ausdauer	Kraft-Ausdauer	Kraft-Ausdauer	Kraft-Ausdauer

Abbildung 17: Rehabilitationsplan für Patienten mit chronifiziertem Rückenschmerz

- *Verhaltensmodifikation*

Gemäß dem bio-psycho-sozialen Konzept und den bereits aufgeführten psychologischen Parametern, die den Verlauf von Rückenschmerzen maßgeblich beeinflussen, enthält das Therapiekonzept auch kognitiv-verhaltenstherapeutische Elemente. Dabei unterstreicht der kognitive Ansatz die Bedeutung der Informationsverarbeitung im Schmerzempfinden. Informations-

vermittlung, Entspannungstechniken und kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken greifen ineinander (vgl. Hildebrandt et al. 2003, S.50).

Im Konzept der OÖ GKK ist dementsprechend die Verhaltensmodifikation in einen theoretischen Teil und einen aktiven Teil untergliedert, der Entspannungstechniken und Körperübungen enthält (Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Trance-Reisen etc.). Im Laufe der vier Wochen erhalten die Patienten ein aufeinander aufbauendes Programm. Zu Beginn lernen sie die Schmerzphysiologie, das Schmerzgedächtnis und die Schmerzverarbeitung kennen und verstehen. Problematische Verhaltensweisen sowie der Zusammenhang zwischen Kognition, Emotion, Verhalten und Körperreaktion werden ihnen erklärt und sie lernen, darauf einzuwirken. Es folgen Inhalte wie Geben - Nehmen, Nähe - Distanz oder Grenzen setzen. In der 3. Woche wird das Thema Distress und Eustress erarbeitet, sowie der Umgang mit Rückschlägen und Krisen im Leben und das Erarbeiten von individuellen Lösungswegen. Die vierte Woche steht unter dem Thema „Neuorientierung“ und Transfer des Erlernten in den individuellen Alltag.

Die Verhaltensmodifikation wird von einer Ärztin mit der Zusatzqualifikation in Psychotherapie durchgeführt.

- *Berufsspezifisches Training*

Seit den 80-er Jahren wurden so genannte „Work-Hardening“ – Programme entwickelt, die eine zunehmende Belastung mit berufsassozierten Tätigkeiten im Rahmen des gesamten Konzepts zum Inhalt hatten. Ein Training, welches sich an alltagsrelevanten und komplexen Bewegungsabläufen orientiert, kann durch eine Verbesserung von Kraft, Ausdauer und Koordination zu Zutrauen und zur Entdeckung von motorischer Handlungskompetenz führen. Dieses Training wird im Reha-Konzept der OÖ GKK als *berufsspezifisches Training* tituliert. Es besteht aus Rückenschule, Koordinationsschulung und einem Ergonomietraining.

Grundlage für die Durchführung des berufsspezifischen Trainings sind Tests, die zur Therapiekontrolle geeignet sind. Durchgeführt werden

- der Parcours-Test: an 9 Arbeitsstationen werden im Zirkel grund-motorische Bewegungsabläufe durchgeführt. Dazu gehören Schieben, Ziehen, Über-Kopf-Arbeiten, Steckwand, Heben einer Gewichtsstange, Kiste heben, einhändiges Tragen, Tätigkeiten im Sitz/Stand in Vorbeuge und Tragen vor dem Körper. An jeder Station verweilt der Patient zwei Minuten. Gemessen wird die absolvierte Anzahl an Wiederholungen, die Pulsfrequenz sowie das subjektive Belastungsempfinden.

- der PILE-Test (Progressive Isoinertial Lifting Evaluation): Er dient der Erfassung der Hebekapazität. Durch wiederholtes Heben mit zunehmenden Gewichten kann die Belastbarkeit (allgemein und aerob) sowie die neuromuskuläre Ermüdung und die Motivation getestet werden. Es werden dazu Kisten mit verschiedenen Gewichten benutzt.
- der PACT-Test (Performance Assessment und Capacity Testing): Dieser Test dient zur Selbsteinschätzung des Patienten. Mit Hilfe von 50 Items werden unterschiedliche Tätigkeiten des Alltags nach der Möglichkeit der Ausführbarkeit per Fragebogen abgefragt. Der PACT-Test zeigt, inwiefern sich der Patient unter- oder überschätzt. Der dann errechnete Score ermöglicht die Zuordnung in ein leichtes oder schweres Arbeitsbelastungsniveau.
- und ein Funktionsfragebogen: Er fragt die aktuellen Tätigkeiten und Belastungen ab.  
(vgl. Hildebrandt 2003, S.156ff.).

Nach der Testung wird von den Ergotherapeutinnen das individuell zugeschnittene Training durchgeführt. Es enthält berufsspezifisches Training und Parcourtraining. Im Parcourtraining arbeitet jeder Patient vier Minuten an jeder Station, das ganze in zwei Durchgängen. Zum Abschluss erfolgt ein 15 minütiges Dehnprogramm. Im berufsspezifischen Training werden individuelle Bewegungsabläufe aus dem Alltag der Patienten trainiert. Dazu wird die Arbeitssituation nachgestellt, um so die geforderten Leistungen erbringen zu können. Hebetechniken und variierende Sitz- bzw. Stehpositionen sowie Ausgleichsbewegungen und Maßnahmen zur Erholung werden erlernt.

- *Kraft und Ausdauer*

Da chronische Rückenschmerzpatienten Defizite in Kraftausdauer und Maximalkraft der Rückenmuskulatur haben, ist auch die tägliche Einheit von Kraft und Ausdauer für die Rehabilitation notwendig. Es werden dabei die Bewegungsrichtungen der Extension, der Flexion, der Seitneigung und der Rumpfrotation trainiert. Es wird dabei im geringintensiven Kraftausdauerbereich begonnen und dann im Verlauf die Lasthöhe gesteigert bis in Bereiche, die auch eine Steigerung der Maximalkraft bewirken. Je 12-20 Wiederholungen an jedem Rumpftrainingsgerät werden täglich absolviert, danach die Geräte gewechselt, um so Muskelerholungszeiten zu ermöglichen. Zusätzlich zum Rumpftraining findet auch eine Kräftigung der Schulter-, Hüft- und Extremitätenmuskulatur statt, dies mit den Geräten *leg press* (Beinmuskulatur), *vertikal traction* (Schultergürtel, oberer Rücken, Arme) und *latzug* (Schultergürtel, Rücken, Arme, Abdomen). Auch an diesen Geräten kommt es zu 12 – 20 Wiederholungen. Vor dem Krafttraining wird aufgewärmt, danach finden Dehnübungen statt.



Weiters findet ein Beweglichkeitstraining statt, denn Studien konnten insbesondere bei chronischen Rückenschmerzpatienten häufig Einschränkungen in allen Bewegungsebenen der Wirbelsäule aufzeigen. Die Beweglichkeit soll durch Dehnübungen sowie einem vielfältigen Bewegungsangebot zur Wirbelsäulenmobilisation erreicht werden.

Einmal pro Woche während des vierwöchigen Turnus findet eine einstündige Teambesprechung statt, in denen die an dem Rehabilitationsprogramm beteiligten ÄrztInnen und TherapeutInnen sich über den Therapiefortschritt der Patienten austauschen. Zusätzlich gibt es noch eine Besprechung von einer halben Stunde, in der mit der Leitenden Assistentin und den Therapeuten, die am Schmerzrehaprogramm beteiligt sind, Organisatorisches besprochen wird, um einen reibungslosen Ablauf zu ermöglichen.

## **5.5 Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen Rehabilitation**

Eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente Gesundheitsversorgung muss in Österreich sichergestellt sein. Entsprechend dem Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG), dass im Art. 9 Gesundheitsreformgesetz 2005 (GRG 2005, BGBl I 2004/179) enthalten ist, muss im österreichischen Gesundheitswesen bei allen Gesundheitsleistungen systematische Qualitätsarbeit implementiert und intensiviert werden, so also auch im Bereich der ambulanten medizinischen Rehabilitation (vgl. Rudda 2005, S.418). Dementsprechend führen die Fachambulatorien der OÖ GKK bei der ambulanten medizinischen Rehabilitation Maßnahmen der Qualitätssicherung durch (vgl. Salzer und Seitinger 2006). Der Nachweis der Wirksamkeit hilft, die langfristige Integration der ambulanten Rehabilitation in das System der gesundheitlichen Versorgung sicherzustellen. Außerdem verhindert sie, dass nicht nur unter rein ökonomischen Aspekten Leistungen der ambulanten Rehabilitation erbracht werden sondern ein hohes Maß an Qualität gewahrt wird (vgl. Dorenburg und Tiefensee 2000, S.202).

Auch im Bezug auf die ambulante Rehabilitation hat sich die Einteilung der Qualitätsdimensionen in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität durchgesetzt.

### **5.5.1 Strukturqualität**

Zu den Merkmalen der Strukturqualität zählen die räumliche und personelle Ausstattung, die vorgehaltenen therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen aber auch konzeptionelle Merkmale der Arbeitsabläufe. Die Merkmale der Strukturqualität sichern somit die Erbringung

der ambulanten medizinischen Rehabilitationsleistungen auf einem entsprechenden Niveau (vgl. Dorenburg und Tiefensee 2000, S.203).

Der Rehabilitationsplan ist bezüglich der Strukturqualität recht ausführlich gehalten und gibt für jede Indikation eigene Personal-, Diagnostik- und Sachaufwandsausstattungen mit speziellen Leistungsangeboten an, die erfüllt werden müssen, wenn ambulante medizinische Rehabilitationsmaßnahmen angeboten werden (vgl. ÖBIG 2004a. S.51ff.).

Diesen Strukturqualitätskriterien entsprechend gibt es in den Fachambulatorien eine **räumliche Ausstattung**, die umfasst:

- Arztordinationen
- Einzel- und Gruppentherapieräume für die Physio-, Ergotherapie und Logopädie
- Raum für Einzelberatung
- Unterwassertherapiebecken
- Raum für Teambesprechungen und Schulungen
- Ruhe-, Entspannungs- und Regenerationsbereich
- Empfangs- und Wartebereiche
- Trainingstherapieaum mit Trainingsgeräten insbesondere für die Patienten der Schmerzrehabilitation, aber auch bei Bedarf für die Patienten der anderen Rehabilitationsprogramme

Die räumliche Ausstattung ist behindertengerecht und mit Klingel- und Rufanlagen versehen.

Die **apparative Ausrüstung** umfasst Schlingentisch, Lokomotionstherapiegerät, Sequenztrainingsgeräte, cardiocirculäres Ausdauertraining mit/ohne EKG/RR Monitoring am Fahrrad oder Laufband und Oberkörperergometer. Für die Durchführung der Passivtherapie gibt es Elektrotherapiegeräte, Fangoofen, Mechanotherapiegeräte und Medizinalbäder.

Die **personelle Ausstattung** umfasst jeweils einen für das Rehabilitationsprogramm verantwortlichen Arzt, der Untersuchungen durchführt, der die patientenbezogenen Teambesprechungen leitet, den patientenbezogenen Rehabilitationsplan erstellt und abstimmt, der mit vor- und nachbehandelnden Ärzten kooperiert und einen Rehabilitationsbericht verfasst.

Es stehen PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen und LogopädInnen zur Verfügung, die Zusatzqualifikationen (Bobath-Kurs, EFL-Kurs, Kurs im „Therapeutischen Führen“, Kurs in Trainingstherapie) absolviert haben. Zusätzlich gibt es diplomierte Kranken- und Gesundheitsschwester sowie MasseurInnen. Im Rehabilitationsprogramm für Patienten mit chronifiziertem Rückenschmerz des Fachambulatoriums Linz arbeitet eine Ärztin mit einer Psychotherapieausbildung mit. Sozialarbeiterische Tätigkeiten werden durch die Mitarbeit bzw. den

Zugang zum Netzwerk-Hilfe (Case-Management) abgedeckt sowie durch die Krankenschwestern. Bei Bedarf werden einzelne Berufsgruppen auch konsiliarisch hinzugezogen.

Jede Fachkraft hat die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung und die entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechnete Erlaubnis. Eine regelmäßige Aus- und Weiterbildung des medizinisch-therapeutischen Personals sowohl intern als auch extern ist gewährleistet.

### 5.5.2 Prozessqualität

Die Prozessqualität umfasst Fragen der Angemessenheit ärztlicher und therapeutischer Leistungen sowie die sachgerechte Durchführung. Es gehören dazu die regelrechte Inanspruchnahme, Art, Frequenz, Dauer, Dosis, Abfolge und Umfang von Behandlungsmaßnahmen und die geeignete Verwendung EDV-gestützter Verfahren (vgl. Dorenburg und Tiefensee 2000, S.204). Kriterien zur Prozessqualität werden im Rehabilitationsplan 2004 kaum aufgeführt, sodass hier eher eine Orientierung an den BAR-Rahmenempfehlungen aus Deutschland möglich ist (vgl. Öbig 2004a; Ruddy 2005, S.422).

Bezüglich der Prozessqualität kann genannt werden, dass die Fachambulatorien der OÖ GKK das Antrags- und Bewilligungsverfahren für die ambulante medizinische Rehabilitation festgelegt haben. Die drei angebotenen Rehabilitationsprogramme basieren auf medizinischen Konzepten (siehe Kapitel 5.4). Auch der Ablauf der Rehabilitation erfolgt bei allen Rehabilitationsprogrammen nach einem festgelegten Schema. Am ersten Tag der Rehabilitation findet eine Erstuntersuchung mit initialem Assessment durch die Ärzte und durch das Therapiepersonal statt, welche die Festlegung eines auf den Patienten zugeschnittenen Rehabilitationsplans ermöglicht. Der Therapiebeginn findet innerhalb von 24 Stunden nach der Erstuntersuchung statt. Wöchentliche Teambesprechungen mit Fallbesprechungen zu festgesetzten Zeiten fördern den Informationsaustausch sowie die Abstimmung und die Reflexion der bisherigen Therapie. Auch die Frequenz und der zeitliche Umfang der therapeutischen Leistungen sind geregelt. Je nach Rehabilitationsprogramm und Indikation erhalten die Patienten an drei bis fünf Tagen pro Woche Therapie in einem Umfang zwischen drei bis sechs Stunden pro Tag. Zur Prozessqualität trägt auch das EDV-System MeDocs bei, wo die Anamnese, Diagnose, der Befund der Therapeuten, die Rehabilitationsziele sowie der Rehabilitationsverlauf dokumentiert werden können. Arztgespräche während des Rehabilitationsablaufs sowie Angehörigenberatungen können jederzeit vereinbart werden. Die Schulung und Anleitung mit Hilfsmitteln wird bei Bedarf von geschultem Personal durchgeführt. Ein Abschlussgespräch mit den

Therapeuten, eine Abschlussuntersuchung durch den Arzt sowie ein Endbericht schließen die ambulante Rehabilitation ab. Auch die Abrechnung der Leistungen erfolgt mit MeDocs.

In Zukunft wird auch die Abbildung der ICF Core Sets im EDV-System möglich sein, um so noch einen höheren Standard in der Prozessqualität zu erreichen. Die ICF Core Sets dienen der praktikablen Anwendungsform des ICF. Bestimmte Teilbereiche der ICF, die für die jeweiligen Fragestellungen und Rehabilitationsprogramme besonders relevant sind, werden in den Core Sets zusammengefasst und ermöglichen dann einen noch gezielteren Rehabilitationsverlauf und eine bessere Planung der Nachsorge.

Im Rahmen der Sicherstellung der Prozessqualität der ambulanten medizinischen Rehabilitation erfolgte im Dezember 2005 ein Peer-Review für die neurologische ambulante Rehabilitation im Fachambulatorium Linz. Ziel des Peer-Review Verfahrens ist es, Hinweise auf spezifische Schwachstellen des Instituts oder des Behandlungsprogramms zu ermitteln. Denn ein Peer-Review ist eine Inspektion und eine Bewertung von Strukturen, Praxis oder Ergebnissen der Gesundheitsversorgung, durchgeführt oder geleitet durch einen medizinischen Experten (vgl. Bührlen et al. 2000, S.387).

Die für das Peer Review im Fachambulatorium Linz verantwortliche Ärztin Frau Prim. Dr. Prager, ist Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation und begutachtete das Programm der ambulanten neurologischen Rehabilitation des Fachambulatorium Linz in Abstimmung mit den „Rahmenempfehlungen für ambulante neurologische Rehabilitation der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation“ (Deutschland) sowie anhand der Checkliste und des Manual „Peer Review“ des Qualitätsprogrammes der gesetzlichen Rentenversicherung für Rehabilitation 2002. Sie bescheinigte dem gesamten Rehabilitationsprozess eine sehr hohe Qualität entsprechend den geforderten internationalen Richtlinien (vgl. Bericht des peer-reviews vom 08.02.2005). Lediglich im Bezug auf die Dokumentation der Rehabilitationsziele und des Rehabilitationsverlaufs merkte sie leichte Mängel an, da die Therapeutendokumentation für Außenstehende nicht sehr übersichtlich ist und die Zieldefinitionen nicht alle Ebenen der ICF abbildet. Auch die fehlende Erfassung der umfassenden Tätigkeiten der Krankenpflegekraft im EDV-System merkte sie an.

In naher Zukunft plant das Fachambulatorium Linz auch ein Peer-Review für das Rehabilitations-Programm für Patienten mit chronifiziertem Rückenschmerz.

Als strukturnahe Prozessmerkmale, die bei Rehabilitationseinrichtungen laut Jäckel und Klein (2004, S.21) vorliegen sollen, sind das Vorhandensein eines Qualitätsbeauftragten mit definierten Aufgaben, ein innerbetriebliches Vorschlagswesen und interne Qualitätszirkel zu nennen. Auch sie existieren in den Fachambulatorien ebenso wie ein Hygienebeauftragter und ein schriftlich fixierter Hygieneplan, um beispielsweise die Hygiene in den Nassbereichen und

die Wasserqualität im Unterwasserbecken zu sichern. Es fehlen derzeit allerdings die von Jäckel und Klein geforderten schriftlich ausgearbeiteten Regelungen für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter.

Permanent wird ein systematisches Risiko- und Beschwerdemanagement durchgeführt. Es umfasst nicht nur Behandlungsfehler und Dokumentationsfehler, sondern auch Fehler und Beschwerden, die die Organisation und Durchführung der ambulanten Rehabilitation, die Gerätesicherheit, die Patientencharakteristik sowie Haus und Grund betreffen. Um das Fehler- und Beschwerdemanagement systematisch durchführen und auswerten zu können, stehen im MeDocs folgende Kategorien zur Verfügung:

- Medizinische Behandlung, Pflege und Betreuung (z.B. mangelnde Überwachung und Beaufsichtigung der Patienten)
- Personal (z.B. mangelndes Fachwissen)
- Organisation (z.B. mangelnde (Team-) Kommunikation)
- Patientencharakteristik (z.B. Sprache, Kommunikation)
- Gerätesicherheit (z.B. Gerätebedienung)
- Haus und Grund (z.B. Hygiene, Instandhaltung)

Gleichfalls können im MeDocs aber auch Lob und Anerkennung der Patienten aufgeführt werden.

### 5.5.3 Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität spiegelt den Grad der Zielerreichung wider. Diese kann im Bereich der medizinischen Parameter liegen, wie etwa die Verbesserung des Gesundheitsstatus. Sie kann aber auch im familiären-sozialen Bereich liegen, wie etwa die Rückkehr in das Arbeitsleben oder die Reintegration in das soziale Leben. Dabei müssen die Änderungen auf die vorangegangene Inanspruchnahme der Rehabilitationsmaßnahmen zurückzuführen sein (vgl. Eldar 1999, S.74; Dorenburg und Tiefensee 2000, S.204).

Die Beurteilung des Erfolges kann erfolgen durch:

- die subjektive Einschätzung durch den Patienten,
- die Einschätzung durch den Therapeuten sowie außenstehende Experten,
- den Nachweis langfristiger Effekte der Behandlung über Routine-Katamnesen,
- den Nachweis der Verbesserung des Arbeitsstatus, des Betreuungsbedarf und der Lebensqualität der Patienten im Vergleich zu vorher

Der Erfolg kann sowohl hinsichtlich der konkreten Zieldefinitionen als auch im Vergleich zu Standards beurteilt werden. Auch die Inanspruchnahme und Akzeptanz der angebotenen therapeutischen Leistungen werden zu den Kriterien der Ergebnisqualität gezählt (vgl. Dorenburg und Tiefensee 2000, S.204).

Die OÖ GKK hat Maßnahmen zur Ergebnissicherung in ihren Fachambulatorien implementiert. Dazu gehören der systematische Einsatz medizinisch anerkannter Assessmentinstrumente bei Aufnahme und Entlassung der Patienten, aber auch der routinemäßige Einsatz und die Auswertung von Patientenfragebögen.

### 5.5.3.1 Medizinische Assessmentinstrumente

Die in der ambulanten Rehabilitation verwendeten medizinischen Outcome Measurements unterscheiden sich entsprechend dem Rehabilitationsprogramm. In der Rehabilitation neurologischer Patienten werden der Functional Independence Measure (FIM) sowie das Canadian Occupational Performance Measure (COPM) angewendet. Vor allem im Bereich der Rehabilitation des chronifizierten Rückenschmerzes kommt der Short-Form-36 Health Survey (SF-36) zur Anwendung.

- Functional Independence Measure (FIM)

Der FIM (Abb.18) misst die Selbstständigkeit anhand von 18 Merkmalen, die der Patient im Bereich des alltäglichen Lebens verspürt. Dabei wird für alle Merkmale eine einheitliche Skala mit 7 Ausprägungen angewandt. Der FIM misst das, was der Patient tatsächlich macht und nicht das, wozu der Patient eigentlich in der Lage wäre. Somit ist er ein gutes Maß für die tatsächliche Selbstständigkeit des Patienten.

<b>MOTORISCHE ITEMS</b>			<i>Summierte Bewertung:</i> 13 bis 91 Punkte
A	<b>Selbstversorgung</b>	Essen / Trinken	1 bis 7
B		Körperpflege	1 bis 7
C		Baden / Duschen / Waschen	1 bis 7
D		Ankleiden oben	1 bis 7
E		Ankleiden unten	1 bis 7
F		Intimhygiene	1 bis 7
G	<b>Kontinenz</b>	Blasenkontrolle	1 bis 7
H		Darmkontrolle	1 bis 7
I	<b>Transfers</b>	Bett / Stuhl / Rollstuhl	1 bis 7
J		Toilettensitz	1 bis 7
K		Dusche / Badewanne	1 bis 7
L	<b>Fortbewegung</b>	Gehen / Rollstuhl	1 bis 7
M		Treppensteigen	1 bis 7
<b>KOGNITIVE ITEMS</b>			<i>Summierte Bewertung:</i> 5 bis 35 Punkte
N	<b>Kommunikation</b>	Verstehen	1 bis 7
O		Ausdruck (sich verständlich machen)	1 bis 7
P	<b>Soziales</b>	Soziales Verhalten	1 bis 7
Q		Problemlösungsfähigkeit	1 bis 7
R		Gedächtnis	1 bis 7

Abbildung 18: Functional Independence Measure mit Items (vgl. Fischer 2006)

Der FIM teilt sich in motorische Items und psycho-kognitive Items auf. Der Grad der Selbstständigkeit, der bei der Ausübung der in den Items aufgeführten Aktivitäten besteht, wird in 7 Stufen angegeben, die genau definiert sind (Abb.19). Am Ende liefert der FIM einen Gesamtsummenscore, der zwischen 18 und 126 liegen kann.

<b>Keine Hilfspersonen erforderlich</b>	
7	Völlige Selbständigkeit
6	Eingeschränkte Selbständigkeit (Hilfsvorrichtung oder Sicherheitsbedenken)
<b>Eingeschränkte Unselbständigkeit</b>	
5	Supervision oder Vorbereitung
4	Kontakthilfe
3	Mäßige Hilfestellung
<b>Völlige Unselbständigkeit</b>	
2	Ausgeprägte Hilfestellung
1	Totale Hilfestellung

Abbildung 19: 7-stufige Bewertungsskala des FIM (vgl. Fischer 2006)

Mit dem FIM lässt sich die Einschränkung der Selbstständigkeit messen sowie der Umfang der Betreuungsnotwendigkeit bzw. des Betreuungsbedarfs des Patienten („burden of care“). So kann gerechnet werden, dass bei einem Patienten mit einem FIM Wert von 80 ein Betreuungsbedarf von ungefähr einer Stunde pro Tag benötigt wird, ein Patient mit einem FIM Wert von 60 hat einen Betreuungsbedarf von drei Stunden täglich.

Die mehrmalige Anwendung des FIM ermöglicht die Auswertung der Veränderung und des Zugewinns an Selbstständigkeit im Rehabilitationsverlauf. Dies kann grafisch sehr gut dargestellt werden (Abb. 20).

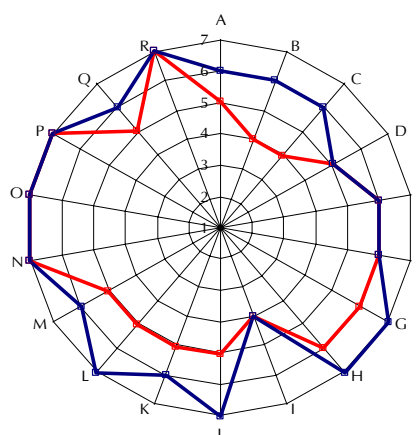


Abbildung 20: grafische Darstellungsmöglichkeit der Veränderung im FIM (Quelle: OÖ GKK)



Mit dem FIM kann die Effizienz der Behandlung in Form der FIM-Punkte Veränderungen pro Tag oder pro Woche gemessen werden und zusätzlich die Berechnung der Effektivität der Behandlung in Form des  $\Delta$  FIM erfolgen (Abb.21). Der FIM erlaubt die computerunterstützte Auswertung mittels MeDocs.

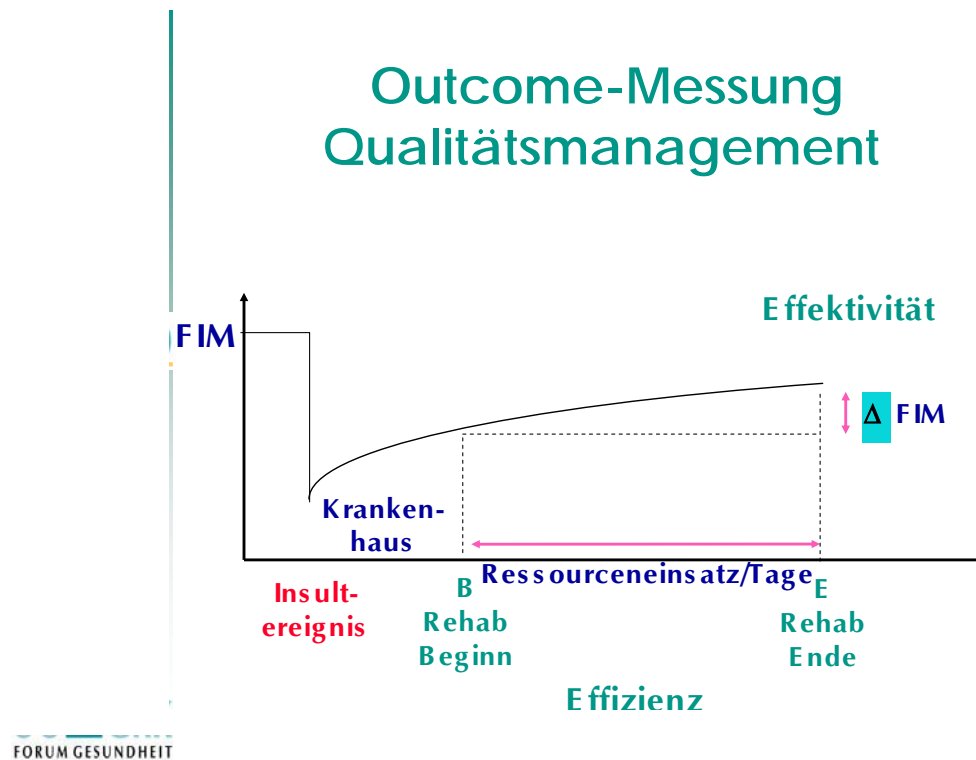


Abbildung 21: Effizienz- und Effektivitätsmessung mit Hilfe des FIM (Quelle OÖ GKK)

Erfahrungswerte aus den Fachambulatorien der OÖ GKK zeigen, dass die Patienten gut geeignet für eine ambulante Neurorehabilitation sind, die schon zu Beginn einen FIM Wert von mindestens 65 Punkten haben. Diejenigen, die weniger als 65 Punkte haben, sind im Regelfall nicht für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen geeignet.

- Short Form 36 Health Survey (SF-36)

Der SF-36 ist ein Instrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, welche im Rahmen der Rehabilitation zunehmend als wichtiger Ergebnisparameter anerkannt und auch empfohlen wird. Unter gesundheitsbezogener Lebensqualität wird im gesundheitswissenschaftlichen Kontext die subjektive Wahrnehmung körperlicher, psychischer, sozialer und funktionaler Aspekte von Befinden und Verhalten verstanden. Deshalb kann in diesem Zusammenhang auch von subjektiver Gesundheit gesprochen werden (vgl. Bullinger et al. 2003, S.219). Es ist daher ein Assessmentinstrument, welches sich inhaltlich insbesondere für den Einsatz im Rahmen der Rehabilitation der Patienten mit chronifizierten Rückenschmerzen eignet und daher auch dort eingesetzt wird.

Der SF-36 Health Survey ist ein international weit verbreitetes und geprüftes Verfahren, welches mit 36 Fragen acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit erfasst. Die acht Dimensionen beinhalten die

- Körperliche Funktionsfähigkeit (10 Items)
- Körperliche Rollenfunktion (4 Items)
- Körperliche Schmerzen (2 Items)
- Allgemeine Gesundheitswahrnehmung (5 Items)
- Vitalität (4 Items)
- Soziale Funktionsfähigkeit (2 Items)
- Emotionale Rollenfunktion (3 Items)
- Gesundheitsveränderung (1 Item)

Die Antwortmöglichkeiten sind dichotom oder mehrstufig Likert-skaliert. Die acht Dimensionen können zu je zwei Summenskalen (Abb. 22) zusammengefasst werden, die sich konzeptionell in die Bereiche „körperliche Funktion“ und „psychisches Befinden“ einordnen lassen. Der Gesamtscore kann im besten Fall 100 ergeben (vgl. Bullinger und Kirchberger 2006).

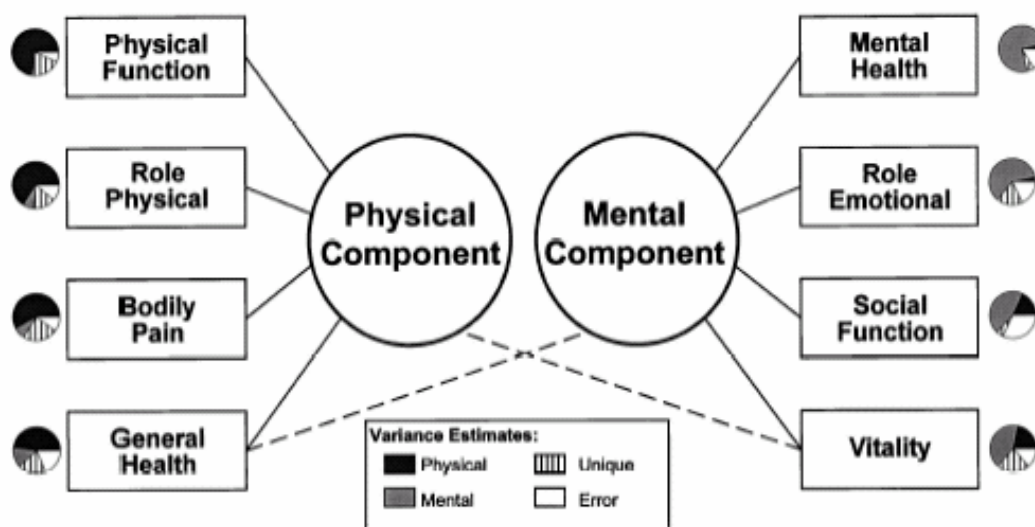


Abbildung 22: Zusammenfassung der 8 Dimensionen des SF-36 zu 2 Subskalen (vgl. Ware 2000, S. 3133)

- Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

Das Canadian Occupational Performance Measure (COPM) ist ein Mess- und Evaluationsverfahren der Ergotherapeuten. Mittels eines halbstrukturierten Interviews wird die Selbstwahrnehmung des Patienten bezogen auf seine Möglichkeiten im Handeln (Performance) ermittelt sowie seine Zufriedenheit damit. Der Patient beurteilt die Wichtigkeit von Problemen, wie gut er die Tätigkeit ausführen kann und wie zufrieden er mit dieser Qualität der Ausführung ist.

Auf dieser Basis werden die Therapieziele festgelegt, in welchen Bereichen der Patient die Ausführung der Aktivitäten bessern will. Hierbei arbeiten Therapeut und Patient zusammen. Ziel der Therapie ist, dass der Patient seine Ziele erreicht, das heißt zufrieden mit der Ausführung seiner Tätigkeiten ist und sich selbst die höchstmögliche Punktezahl 10 gibt.

Das COPM wird im Fachambulatorium im Bereich der neurologischen Rehabilitation seitens der ErgotherapeutInnen eingesetzt. Es eignet sich insbesondere für Patienten mit Einschränkungen der Selbstständigkeit und dient der klientenzentrierten Zielfindung (vgl. Raggautz 2002, S. 46).

### 5.5.3.2 Evaluierung der Patientenzufriedenheit

Die Zufriedenheit der Patienten mit der Rehabilitationsleistung ist im Sinne der Kundenorientierung ein wichtiger Parameter, der als Outcome-Maß insbesondere deshalb so geeignet ist, da sie eine große Zahl von Aspekten der durchgeführten Behandlung widerspiegeln kann. Deswegen wird ihre Bedeutung in der Qualitätssicherung als Outcome-Indikator teilweise ebenso hoch angesehen wie die Effektivitäts- oder Effizienzmessung (vgl. Bührlen et al. 2000, S.384).

Dennoch gibt es auch unter den Wissenschaftlern Zweifel an der Validität und Änderungssensitivität von Zufriedenheitsaussagen. Sie könnten nicht ohne Vorbehalte auf die „objektive“ Wirklichkeit übertragen werden, da der allgemein recht hohe Anteil zufriedener Personen mit einer Einrichtung - der häufig bei 80-95% liegt – stets konstant hoch bleibt, auch beispielsweise wenn in einer Einrichtung große - zum Teil auch bauliche - Veränderungen stattfinden, die den Ablauf und das Arbeitsklima oft erheblich beeinträchtigen. Auch ist noch offen, inwiefern die Beurteilung der Patienten mit anderen Datenquellen integriert werden kann (vgl. Bührlen et al. 2000, S.384).

In den Fachambulatorien der OÖ GKK gibt es mehrere Methoden der Patientenbefragung. Zum einen erhält jeder Patient im Anschluss an seine Rehabilitation einen Fragebogen zugeschickt, den die OÖ GKK selbst entwickelt hat. Er besteht aus 25 Fragen, in dem auf einer vierstufigen Skala die Fragen per Ankreuzen beantwortet werden können. Die vier Antwortmöglichkeiten entsprechen den Noten 1 – 4, wobei die Noten 1 und 2 eine positive Beurteilung bedeuten, die Noten 3 und 4 sind negativ zu bewerten. Durch das Fehlen eines mittleren, „neutralen“ Wertes wird die „Flucht“ in die Mitte vermieden und die Patienten müssen sich entweder für eine positive oder eine negative Antwort entscheiden.

Die Items fragen die Zufriedenheit mit der Behandlung, mit der Organisation, dem Ambiente und der Sauberkeit des Hauses ab, aber auch die Freundlichkeit und Kompetenz des Perso-

nals der Fachambulatorien. Dieser Zufriedenheitsfragebogen ermöglicht ein internes Benchmarking unter den einzelnen Fachambulatorien der OÖ GKK sowie ein externes Benchmarking mit dem Elisabethinen - Krankenhaus Linz sowie dem Allgemeinem Krankenhaus der Stadt Linz, da auch dort der gleiche Patienten-Fragebogen verwendet wird. Die Auswertung der Fragebögen findet jährlich statt, wobei rein deskriptiv mit der Angabe von Prozentzahlen vorgegangen wird.

Im Jahr 2005 schnitten die Fachambulatorien durchweg positiv ab, nur bei drei Items wurden bei über 10% der Items die Note 3 gegeben, die Note 4 wurde noch seltener vergeben.

Zudem gibt es in den Häusern der OÖ GKK Feedback-Boxen, in die vorgedruckte Karten mit dem Titel „Ihre Meinung ist uns wichtig“ eingeworfen werden können. Diese Karten beziehen sich auf den Service und die Leistungen der gesamten OÖ GKK. Die Patienten bzw. Kunden können darauf Lob, Kritik und Verbesserungsvorschläge niederschreiben und werden bei Hinterlassen ihrer Adresse oder E-Mail von der Krankenkasse kontaktiert, um direkte Rücksprache halten zu können.

## **5.6 Kooperationen des Fachambulatoriums Linz in Bezug auf die ambulante Rehabilitation**

Netzwerke und Kooperationen entsprechen den heutigen, modernen Organisationserfordernissen und fördern die Flexibilität und die Anpassungsfähigkeit eines Unternehmens. Netzwerke basieren auf vertrauensvoller Kooperation und ermöglichen die Berücksichtigung verschiedener Interessen. Sie führen zu einer Bündelung von Interessen und ermöglichen Lernprozesse. Die Netzwerkfähigkeit und die Kooperationen steigern die Wettbewerbsfähigkeit eines Unternehmens. Dabei hängt die Netzwerkfähigkeit von der Organisation selbst ab, inwieweit sie ihre Kernkompetenzen mit den Kernkompetenzen anderer verknüpfen kann und Nutzen daraus ziehen kann. Netzwerke und Kooperationen leben von klar formulierten Zielen, und den Aktivitäten und Beiträgen aller Partner. Sie benötigen selbst eine gute Organisation, Kontinuität in der Zusammenarbeit und eine permanente Evaluation (vgl. Biberauer 2006, S. 151ff.).

Netzwerke und Kooperationen haben die Fachambulatorien sowohl zu externen als auch internen Abteilungen und Stellen. Davon „leben“ und profitieren auch der Ablauf und die Durchführung der ambulanten medizinischen Rehabilitation.

### 5.6.1 Kooperationen außerhalb der OÖ GKK

Wichtig sind die externen Kooperationspartner außerhalb der OÖ GKK. Auf sie ist die Krankenkasse angewiesen, damit die Patienten den Fachambulatorien zur Durchführung der ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen zugewiesen werden. Zu möglichen externen Zuweisern gehören die niedergelassenen Ärzte in der Umgebung, aber auch alle umliegenden Krankenhäuser, die die Patienten im akuten Stadium betreuen. Die Zuweiser aus den Krankenhäusern sind insbesondere die Stationsärzte sowie das Pflegepersonal, die sich über die weitere Versorgung ihrer Patienten Gedanken machen und eine Rehabilitation in die Wege leiten. Sowohl die niedergelassenen Ärzte als auch die Krankenhausärzte müssen entscheiden, ob für den individuellen Patienten eine Rehabilitation in Frage kommt und wenn ja, ob es eine ambulante oder eine stationäre sein sollte. Dafür müssen sie ausreichend über die Ein- und Ausschlusskriterien für die ambulante Rehabilitation informiert sein und die in Frage kommenden Indikationen und den Ablauf der ambulanten Rehabilitation in den Fachambulatorien der OÖ GKK kennen. Gleichfalls ist es wichtig, dass sie stets über die aktuellen Wartezeiten für die ambulante Rehabilitation Bescheid wissen, um entsprechend geeignete Patienten den Fachambulatorien zuweisen zu können.

Auch die Rehabilitationszentren, in denen die Patienten bereits zur stationären Rehabilitation aufgenommen sind, gehören zu den externen Kooperationspartnern der Fachambulatorien. Es ist nämlich durchaus möglich, dass Patienten im Anschluss an eine stationäre Rehabilitation weiter therapiert werden müssen oder dass sich die Verkürzung des stationären Aufenthaltes anbietet, wenn ambulant Rehabilitationsmaßnahmen fortgesetzt werden. Daher müssen auch die Ärzte in den Rehabilitationszentren über die Fachambulatorien der OÖ GKK und über das Angebot der ambulanten Rehabilitation Bescheid wissen. Deshalb lohnt es sich, auch mit ihnen in Kontakt zu treten, sie über die Rehabilitationsprogramme zu informieren und mit ihnen Kooperationen einzugehen.

Um Kooperationen in Gang zu setzen bzw. die bestehenden Kooperationen auszuweiten, ist es Vorgabe, dass jeder Institutsarzt im Laufe eines Jahres mindestens zwei Kontakte zu externen Zuweisern erarbeitet. Sie sollen gut über das Konzept der ambulanten Rehabilitation informiert werden, und zwar nicht nur über die medizinischen Inhalte und die Formen der ambulanten Rehabilitation in den jeweiligen Fachambulatorien, sondern auch über organisatorische Inhalte. Dazu zählen Informationen über die Ansprechpartner im jeweiligen Fachambulatorium und der genaue Ablauf der Zuweisung. Außerdem gibt es bei den Zuweisergesprächen eine explizite Vereinbarung eines Zuweisungskontingents mit der Anzahl der Patienten in einem bestimmten Zeitraum. Das Gespräch soll protokolliert werden. Je nach Bedarf bzw. min-

destens einmal im Jahr soll eine Kontaktaufnahme mit dem Gesprächspartner erfolgen, um nochmals an das Angebot der ambulanten Rehabilitation zu erinnern und um ein Feedback einzuholen.

Weiterhin ist gezielte spezifische Öffentlichkeitsarbeit wichtig, damit die praktizierenden Ärzte von der Möglichkeit der ambulanten Rehabilitation erfahren und über die Fachambulatorien der OÖ GKK informiert sind. Dies geschieht derzeit mittels medizinischer Kongresse (wie etwa dem Physikalistenkongress), bei denen die Institutsärzte der OÖ GKK mit Vorträgen und Postern das Konzept und die Strukturen der ambulanten Rehabilitation der OÖ GKK vorstellen. Zusätzlich existieren Folder, die die Inhalte des REHAMED, die Indikationen, den Tagsatz etc. beschreiben und bei diesen Gelegenheiten ausgeteilt werden können.

Eine zusätzliche Möglichkeit externe Zuweiser zu rekrutieren wäre, die Kontakte der in den Instituten der Fachambulatorien angestellten Überleitungspflegekräfte zu ihren KollegInnen in anderen Krankenhäusern und Rehabilitationszentren zu nutzen. Dies ist insofern interessant, als dass das Aufgabengebiet der Überleitungspflege darin besteht, die Entlassung der Patienten zu planen und zu managen und Versorgungsschnittstellen zu überbrücken. Bei Bedarf könnten sie auch die Überleitung von Patienten in eine ambulante Rehabilitationseinrichtung initiieren. Daher sind auch sie interessante Kooperationspartner, um die es sich zu bemühen lohnt, die aber bisher noch nicht von den Fachambulatorien direkt als zusätzliche mögliche Kooperationspartner in Betracht gezogen werden.

Auch eine verstärkte an die Allgemeinheit gerichtete Öffentlichkeitsarbeit in den OÖ GKK eigenen Medien kann dazu beitragen, der ambulanten Rehabilitation zu einem stärkeren Bekanntheitsgrad zu verhelfen und dazu führen, dass auch die Patienten selbst über die Möglichkeiten einer ambulanten Rehabilitation, deren Vor- und Nachteile und Indikationen informiert sind und im gegebenen Fall selbst beim Arzt nach der ambulanten Rehabilitation nachfragen können. Der Internetauftritt auf der Homepage und auch die Beiträge in der hausinternen Mitarbeiterzeitschrift sind in diesem Sinne bereits durchgeführt, geplant ist ein Artikel im *Forum Gesundheit*. Eine weitere Verbreitung in Medien wie etwa in Lokalsendern oder Lokalzeitungen könnte erfolgen, beispielsweise im Zusammenhang mit dem Neubau und der Eröffnung des neuen Fachambulatoriums in Linz.

Bisher sind die externen Zuweisungen für die ambulanten Rehabilitationsprogramme laut *KSL Gesundheitsförderung/Rehabilitation* recht vereinzelt gewesen. Es besteht deswegen durchaus Bedarf, die externen Kooperationen zu vertiefen, neue hinzuzugewinnen und die Kooperationen mittels Verträge abzusichern.

### 5.6.2 Kooperationen innerhalb der OÖ GKK

Auch innerhalb der OÖ GKK sind Kooperationen für den erfolgreichen Ablauf der ambulanten Rehabilitation notwendig.

- Institut für Psychotherapie

Ein wichtiger Kooperationspartner des Instituts für Physikalische Medizin und Rehabilitation ist das Institut für Psychotherapie. Diese Kooperation und Vernetzung soll zu einer fachlichen Bereicherung beider Institute führen und das Rehabilitationsangebot für die Patienten erweitern.

Die Leistungen des Instituts für Psychotherapie im Rahmen der ambulanten medizinischen Rehabilitation betreffen derzeit vor allem die Rehabilitation der Patienten mit chronischem Rückenschmerz. Bisher erbringt das Institut für Psychotherapie in diesem Rahmen eine 30 minütige Eingangsuntersuchung der Patienten sowie die gruppentherapeutische Behandlung im Sinne der Verhaltensmodifikation, die im Turnus täglich 80 Minuten dauert. Ein über das Gruppenangebot hinausgehender Behandlungsbedarf wird über Einzeltherapien gedeckt. Im Rahmen der Schmerz-Reha werden zusätzlich einmal wöchentlich Teambesprechungen mit denen an der Therapie beteiligten Therapeuten und Ärzten abgehalten.

Die psychotherapeutischen Leistungen im Rahmen der Rehabilitation der chronischen Rückenschmerzpatienten werden derzeit hauptverantwortlich von Frau Dr. Auböck betreut.

Das Institut für Psychotherapie bietet weitere Leistungen an, die die ambulante neurologische Rehabilitation betreffen. Etwa 50% der Neuro-Rehapatienten erhalten eine 30 minütige Erstuntersuchung zur Abklärung weiterer Interventionsmöglichkeiten. Bei Bedarf wird einmal wöchentlich ein Therapieangebot von einer Stunde gestellt.

Da bei neurologischen Patienten ein komplexes Störungsbild vorliegt, das neben den körperlichen Funktionsstörungen auch Störungen im sozialen und psychischen Bereich aufweist, ist hier eine ebenso komplexe Therapie von Nöten. Aufgrund der neuropsychologischen Störungen, die neben den motorischen Störungen die Hauptfolgen eines Schlaganfalls sind (vgl. Alacamlıoglu et al. 2002, S.3), ist auch eine Therapie inklusive Assessment durch Ärzte mit einer Zusatzausbildung in Neuropsychologie erstrebenswert (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2005). Dies könnte in den Fachambulatorien der OÖ GKK durch die Ärzte des Instituts für Psychotherapie abgedeckt werden, wenn sie die erforderlichen Zusatzqualifikationen für Neuropsychologie erwerben.

Zukünftig ist angedacht, dass das Institut für Psychotherapie auch eine Edukation in krankheitsrelevanten Themenfeldern für die Rehapatienten anbietet. Diesbezügliche Agenden sind bereits ausgearbeitet worden und die hauptverantwortliche Betreuung durch Frau Dr. Auböck ist gewährleistet, nicht aber ihre Vertretung. Weiters wird der Bedarf gesehen, dass Rehapatienten und ihre Angehörigen in einem Gruppensetting ein psychotherapeutisches Betreuungsangebot zur besseren Krankheitsbewältigung und zum Erlernen von Coping-Strategien erhalten.

- Chefarztabteilung

Auch die Chefarztabteilung ist ein wichtiger interner Kooperationspartner der Fachambulatorien. Hier kommen täglich viele Patienten zur Begutachtung vorbei und damit sind auch immer Patienten darunter, bei denen eine ambulante medizinische Rehabilitation in Frage käme.

- Kundenservice Linz Gesundheitsförderung/Rehabilitation

Eine gute Kooperation mit dem *Kundenservice Linz Gesundheitsförderung/Rehabilitation* ist wichtig, da dort die Anträge für eine stationäre oder ambulante Rehabilitation aber auch für Kur- und Erholungsaufenthalte eingehen. Die verantwortlichen Mitarbeiter prüfen die einkommenden Anträge und können gegebenenfalls entscheiden, ob bei einem Antrag auf stationäre Rehabilitationsmaßnahmen nicht auch eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme in Frage käme. Daraufhin können dann die diesbezüglich notwendigen Schritte eingeleitet werden. Es ist daher wichtig, dass auch die Mitarbeiter der Abteilung Gesundheitsförderung/Rehabilitation gut über die Ein- und Ausschlusskriterien für die ambulante Rehabilitation informiert sind, damit sie qualifizierte Entscheidungen treffen können und die Patienten nicht durch Fehlentscheidungen erst einmal kostbare Zeit verlieren, bevor sie mit den Rehabilitationsmaßnahmen beginnen können.

- Netzwerk-Hilfe (Case-Management)

Noch jung ist die Kooperation zwischen den Fachambulatorien und dem OÖ GKK eigenen Netzwerk-Hilfe (Case-Management). Das Netzwerk-Hilfe entspricht der neuen Betreuungsphilosophie der OÖ GKK, ein ganzheitliches, schnittstellenübergreifendes, bedarfsorientiertes Angebot den Versicherten unterbreiten zu können. Der Patient und seine Angehörigen werden dabei bei Bedarf mit Hilfe eines qualifizierten Case-Managers durch das Versorgungssystem geleitet. Der Case-Manager ist daher als Bindeglied zwischen den Interessen der Patienten und ihrer Angehörigen sowie den Dienstleistungserbringern im Gesundheitswesen zu betrachten. Dazu sollen Dienstleistungen verstärkt vernetzt und der Case-Manager verstärkt mit internen und externen Netzwerkpartnern kooperieren (vgl. Biberauer 2006; Schaeffer und Ewers 2000).



Derzeit werden die konkreten Kooperationsformen zwischen den Fachambulatorien und dem Netzwerk-Hilfe erarbeitet. Nützlich und synergieeffekte-nutzend ist die Verbindung mit dem Netzwerk-Hilfe daher, weil die Case-Manager mit dem Entlassungsmanagement und der weiterführenden Betreuung der Patienten nach einem akutstationären Aufenthalt oder einer stationären Rehabilitationsmaßnahme beschäftigt sind und auch sie bei gegebener Indikation und Vorliegen der Einschlusskriterien den Patienten der ambulanten Rehabilitation zuweisen können. Zudem ist eine Kooperation mit dem Netzwerk-Hilfe notwendig, da auch die Nachsorge nach der ambulanten medizinischen Rehabilitation durch einen Case-Manager gewährleistet werden muss. Deswegen wäre es auch in dieser Hinsicht sinnvoll, wenn eine Kooperation bestünde. So könnte der Case-Manager beispielsweise bei den Reha-Teambesprechungen teilnehmen, um über hilfebedürftige Patienten zu erfahren und seine Dienste anbieten zu können. Es besteht also auch für die Case-Manager durch die Kooperation mit den Fachambulatorien ein Synergieeffekt, weil ihnen dadurch Patienten zugewiesen werden.

## 6 Ambulante medizinische Rehabilitation in Deutschland

Seit Mitte der 90er Jahre herrscht in Deutschland eine größere Offenheit der großen Rehabilitationsträger bezüglich der ambulanten medizinischen Rehabilitation. Die gesetzliche Rentenversicherung und die Krankenkassen haben dabei zunächst unterschiedliche Konzepte der ambulanten medizinischen Rehabilitation verfolgt und realisiert, sind aber nun schon seit einigen Jahren in Kooperation getreten. Gemeinsam fällten sie 1996 die Entscheidung, bei ausgewählten Indikationen gemeinsam Modelle der ambulanten Rehabilitation zu erproben und zu evaluieren (vgl. Koch 2002, S.73).

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit kann nur ansatzweise die Entwicklung und die Situation der ambulanten medizinischen Rehabilitation in Deutschland vorgestellt und erörtert werden. Daher soll auf die wesentlichen gesetzlichen Bestimmungen, auf die bisherigen Modellprojekte und deren Evaluationen eingegangen werden und die derzeitigen Erfahrungen sowie Entwicklungen in Deutschland kurz kritisch reflektiert werden.

### 6.1 Entwicklung der ambulanten Rehabilitation in Deutschland

Bis Mitte der 90er Jahre wurden in Deutschland medizinische Rehabilitationsmaßnahmen fast ausschließlich stationär erbracht. Vor dem Hintergrund der Kostenexplosion im Gesundheitswesen, in Ergänzung zu den klassischen stationären Angeboten und zur Flexibilisierung und Optimierung der medizinischen Rehabilitation wurden als neue Behandlungsform die ambulante medizinische Rehabilitation geschaffen. Generell können in Deutschland – im Gegensatz zu Österreich – die gesetzlichen Krankenkassen selbst keine medizinisch-therapeutischen Leistungen im Rahmen der Gesundheitsversorgung erbringen.

Bis Mitte 2001 gab es noch keine gesetzliche Regelung, die ambulante Rehabilitation einheitlich regelte. Sie wurde bis dahin als Leistung sowohl der gesetzlichen Rentenversicherung als auch der gesetzlichen Krankenversicherung angeboten, wobei die jeweiligen Versicherungsträger dazu mit Rehabilitationseinrichtungen Verträge abschlossen. Es stand ein begrenztes Kontingent ambulanter Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung zur Verfügung, meist in enger Anbindung an die stationäre Rehabilitation. Für das Jahr 2000 ergab eine Bestandsaufnahme eine Anzahl von 109 laufenden ambulanten Modellen im Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung. Die gesetzliche Krankenversicherung hatte ein vergleichsweise dichteres Netz von ca. 250 Einrichtungen zur Verfügung und zwar insbesondere zur Durchführung der damals häufig anzutreffenden, so genannten ambulanten traumatologischen Rehabilitationsmaßnahmen (AOTR). Dieses AOTR-Konzept wurde jedoch

dann zunehmend als unzureichend und nicht allumfassend im Sinne der Rehabilitation kritisiert und konnte sich nicht über die Jahre hinweg etablieren (vgl. Koch 2002, S.74; Maier-Riehle und Schliehe 2002, S.78)

Nachdem zuerst von den verschiedenen Trägern und auf unterschiedlichen Kooperations-ebenen Konzepte für die ambulante Rehabilitation entwickelt worden waren und eine zersplitterte ambulante „Rehabilitationslandschaft“ entstand, konnten durch die „Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation“ auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) eine trägerübergreifende Grundlage für Konzepte und den weiteren Ausbau ambulanter Rehabilitationsstrukturen geschaffen werden.

Die BAR ist die gemeinsame Repräsentanz aller Verbände der gesetzlichen Krankenversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung, Kriegsopferfürsorge und Sozialhilfe, der Bundesagentur für Arbeit, sämtlicher Bundesländer, des Deutschen Gewerkschaftsbundes, der Deutschen Angestelltengewerkschaft und der Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände, die das Ziel hat, die Maßnahmen der Rehabilitation zu koordinieren und zu fördern. Die BAR-Rahmenempfehlungen traten zum 31.Mai 2001 in Kraft. Sie lassen sich in einen allgemeinen (indikationsübergreifenden) und einen indikationsspezifischen Teil unterscheiden. Mittlerweile liegen für die sechs Indikationen

- Muskuloskeletale Erkrankungen
- Kardiologie
- Neurologie
- Dermatologie
- Onkologie
- Psychische und psychosomatische Erkrankungen

Rahmenempfehlungen der BAR zur ambulanten medizinischen Rehabilitation vor. Die BAR-Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation orientieren sich an den Grundsätzen der Ganzheitlichkeit, der Interdisziplinarität, der Rehazielenorientierung und der Zusammenarbeit im Reha-Team. Durch das In-Kraft-Treten der BAR-Rahmenempfehlungen haben die Krankenkassen die Verträge mit den AOTR-Einrichtungen zum 31.12.2001 gekündigt, da ihnen kein umfassendes Rehabilitationskonzept zugrunde lag. Diese können sich nun mit erweiterten Konzepten und erweiterter Ausstattung erneut um die Zulassung als ambulante Rehabilitationseinrichtung bewerben (vgl. Maier-Riehle und Schliehe 2002, S. 78).

Damit keine Doppelstrukturen oder unausgelasteten Kapazitäten entstehen, haben die Kranken- und Rentenversicherung in der „Gemeinsamen Erklärung der Spitzenverbände der Kran-

kenkassen und der Rentenversicherungsträger über eine Zusammenarbeit beim bedarfsge- rechten Ausbau der ambulanten medizinischen Rehabilitation“ vom Mai 2000 vereinbart, den Ausbau der ambulanten medizinischen Rehabilitation in Kooperation vorzunehmen. Grundlage dazu sollen die BAR-Rahmenempfehlungen einschließlich ihrer indikationsspezifischen Konzepte sein (vgl. Maier-Riehle und Schliehe 2002, S.78).

Die Zunahme der Bewilligungsverfahren ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen zeigt die Etablierung der ambulanten Rehabilitation als zusätzliche und ergänzende Säule im Gesundheitssystem in Deutschland. Exemplarisch sei dafür der Anstieg von 5.258 Anträgen im Jahr 1997 auf 24.661 Anträge im Jahr 2001 genannt (vgl. Maier-Riehle und Schliehe 2002, S.79). In Modellprojekten hat die Rentenversicherung derweil ambulante Maßnahmen in den Indikationsbereichen

- Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates
- Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems
- Neurologische Erkrankungen
- Psychosomatische Erkrankungen
- Onkologische Erkrankungen
- Stoffwechselerkrankungen
- Nephrologische Erkrankungen
- Erkrankungen der Atemwege
- Drogenabhängigkeit

durchgeführt (vgl. ebd.). Die Zunahme der Indikationen, bei denen ambulante medizinische Maßnahmen durchgeführt werden, ist ebenfalls ein Zeichen für ihre stetige Verankerung im deutschen Gesundheitswesen. Somit folgt Deutschland mit seinem Ausbau ambulanter rehabilitativer Strukturen den Empfehlungen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, der in seinem Gutachten von 2000/2001 „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ einen Abbau der Überkapazitäten in der stationären Rehabilitation empfahl sowie eine Ausbalancierung des Ungleichgewichts zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation durch einen Ausbau ambulanter Rehabilitationseinrichtungen und einer besseren Verzahnung beider Bereiche (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001).

## 6.2 Rechtliche Neuerungen zur Rehabilitation

In der Bundesrepublik Deutschland ist die medizinische Rehabilitation in das gegliederte System der sozialen Sicherung und seinen unterschiedlichen Zuständigkeiten und Trägerstrukturen eingebunden. Leistungen der medizinischen Rehabilitation können durch die gesetzliche Rentenversicherung (§ 10 Sozialgesetzbuch (SGB) VI), durch die gesetzliche Krankenversicherung (§§ 27, 40 SGB V) und durch die gesetzliche Unfallversicherung (§§ 7, 26 SGB VII) gewährt werden.

Die Änderung des § 40 Abs. 4 SGB V regelt seit Jänner 2000, dass die gesetzliche Krankenversicherung für die ambulante medizinische Rehabilitation nur nachrangig zuständig ist.

Vor In-Kraft-Treten des Sozialgesetzbuch IX enthielten die für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetze (mit Ausnahme der §§ 111, 111b SGB V im Bereich der Krankenversicherung) keine Regelungen über die Verantwortung für die Entwicklung rehabilitativer Versorgungsstrukturen. Es blieb damit der Selbstverwaltung der verantwortlichen Rehabilitationsträger überlassen, zu klären, welche Leistungen bedarfsgerecht und welche Rehabilitationseinrichtungen zur Ausführung dieser Leistungen geeignet sind. Ebenso wenig hatten die Gesetzgeber geregelt, wie die Versorgungsstrukturen entwickelt werden sollen und wie das Vertragsrecht mit den Leistungserbringern auszugestalten sei. Mit In-Kraft-Treten des Sozialgesetzbuches IX (SGB IX) zum 01.07.2001 wurde die trägerübergreifende rechtliche Grundlage für die Rehabilitation geschaffen. Wichtig ist § 19 Abs. 2 SGB IX, der einen Vorrang von ambulanten Leistungen gegenüber stationären impliziert, jedoch dies nicht strikt formal festlegt, da der Grundsatz „ambulant vor stationär“ im Einzelfall bei der Entscheidung über die Form der Rehabilitation zu unflexibel ist, da ja die Wünsche und die Situation des Einzelnen berücksichtigt werden sollen. Das SGB IX überträgt formal die Verantwortung für die Entwicklung bedarfsgerechter regionaler Versorgungsstrukturen den Rehabilitationsträgern. Sie sind zur Ausführung der Rehabilitationsleistungen verpflichtet, können sich aber geeigneter Erfüllungsgehilfen bedienen. So haben auch die Spitzenverbände der Leistungserbringer Mitgestaltungsrechte, beispielsweise bei der Definition von Qualitätsanforderungen (vgl. Maier-Riehle und Schliehe 2002, S.77; Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen 2006, S.3ff.).

## 6.3 Wissenschaftliche Evaluation der ambulanten medizinischen Rehabilitation

Um die ambulante medizinische Rehabilitation und die mit ihr verbundenen Fragestellungen bezüglich ihrer Wirksamkeit und ihrer Akzeptanz zu überprüfen, wurden in Deutschland einige

Erprobungsmodelle mit wissenschaftlicher Begleitung durchgeführt. Die wichtigsten Erkenntnisse der Studien lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Wenn die ambulante medizinische Rehabilitation auf einem umfassenden Rehabilitationsansatz basiert, können im Vergleich zur stationären Rehabilitation vergleichbare Rehabilitationsergebnisse erzielt werden in Bezug auf den funktionellen Status der Patienten, Wiedereingliederung in das Berufsleben und Berentungsanträge. Bei einem umfassenden, interdisziplinären Behandlungsangebot basierend auf einem ganzheitlichen Konzept hängt demnach das Behandlungsergebnis nicht von der Rehabilitationsform ab. Es können gezielt die Ein- und Ausschlusskriterien der ambulanten medizinischen Rehabilitation berücksichtigt werden sowie die Wünsche der Patienten (vgl. Klingelhöfer und Timm 2005, S.4ff.; Maier-Riehle und Schliehe 2002, S.79).

Insgesamt betrachtet ist die Patientenzufriedenheit bei beiden Versorgungssettings hoch und es konnten keine relevanten Unterschiede festgestellt werden. Hinsichtlich der Akzeptanz der verschiedenen Rehabilitationsformen hat sich gezeigt, dass die stationäre Rehabilitation derzeit eher akzeptiert ist als die ambulante Form, wobei die Akzeptanz wesentlich von der Vorerfahrung der Befragten hinsichtlich der Rehabilitationsart abhängt. Außerdem gibt es Hinweise darauf, dass Frauen und ältere Menschen die stationäre Form vergleichsweise stärker bevorzugen. Zudem gibt es Evidenz dafür, dass die ambulante Rehabilitation, bezogen auf die direkten Fallkosten (Tagespflegesatz), häufig günstiger ausfällt als die stationäre Form (vgl. Maier-Riehle und Schliehe 2001, S.79).

Berücksichtigt werden muss bei diesen Aussagen jedoch, dass die zugrunde liegenden Studien sich nur auf die Indikationsbereiche Orthopädie/Traumatologie und Kardiologie beziehen und die Ergebnisse deshalb auch nur für diese Bereiche verallgemeinert werden können.

## 6.4 Erfahrungen aus Deutschland

Deutschland kann nun auf eine Erfahrung in der ambulanten medizinischen Rehabilitation von ungefähr 10 Jahren zurückgreifen. Verschiedene Organisationsformen bildeten sich auf dem Markt aus, es stellte sich heraus, was an den Konzepten für die ambulante medizinische Rehabilitation wirklich realisierbar ist und dass die Ansiedlung eigenständiger ambulanter Rehabilitationseinrichtungen überwiegend in den Ballungsgebieten Deutschlands vonstatten ging. Als realistisch wird in Deutschland für die Zukunft ein Anteil ambulanter Rehabilitationsleistungen von 10% - 15% angesehen, wobei der Schwerpunkt der ambulanten Rehabilitation wohl im Bereich der Orthopädie liegen wird, mehr als  $\frac{3}{4}$  der ambulanten Rehabilitationsplätze entfallen derzeit schon auf diese Indikation (Deutsche Rentenversicherung Westfalen 2006).

Entsprechend den internationalen Vorbildern hat sich das Spektrum der Organisationsformen ambulanter Leistungserbringer erweitert und umfasst eigenständige Rehabilitationszentren, Angliederungen an bereits bestehende Rehabilitations- oder Akutkliniken, organisatorische Zusammenschlüsse ärztlicher und nicht-ärztlicher Therapeuten in einer Praxis oder über verschiedene Praxen hinweg, mobile Rehabilitationsteams aber auch Konzeptionen, die im Sinne des Case-Managements eine Vernetzung bereits vorhandener Angebote unter rehabilitativer Zielsetzung vorsehen, ohne selbst neue Einrichtungen zu schaffen (vgl. Bürger und Buschmann-Steinhage 2000, S.141). Zudem ist auch eine Tendenz der Rehabilitationseinrichtungen zur Spezialisierung hinsichtlich der zu rehabilitierenden Indikation und der bevorzugt behandelten Zielgruppe (z.B. Kinder, ältere Personen) oder besonderer Therapieangebote (z.B. Kletterwand) zu verzeichnen. Die generelle Ausdifferenzierung der Rehabilitationsangebote – auch die der ambulanten medizinischen Rehabilitation – führte zu neuen Schnittstellen und damit zu einem erhöhten Bedarf an Integration und Koordination der einzelnen Gesundheitsleistungen. Die Lösungsangebote für die Schnittstellenprobleme sind in Deutschland bisher jedoch nur unbefriedigend gelöst (vgl. Bürger und Buschmann-Steinhage 2000, S.140 f.).

Hinzu kommt, dass sich die bisherigen Konzepte für die ambulante Rehabilitation noch sehr stark an die Konzepte der stationären Rehabilitation anlehnen. Die konzeptuellen Vorteile der ambulanten, wohnortnahen Rehabilitation mit dem Verbleib im häuslichen und sozialen Umfeld werden nicht immer voll ausgeschöpft. So werden die spezifischen Vorteile durch eine starke externe Vernetzung mit den Vor- und Nachbehandlern sowie mit den anderen Angeboten des Gesundheits- und Sozialsystems nicht im vollen Umfang ausgenutzt. Hier besteht sicherlich Ausbaubedarf, um den Patienten sicher und ohne Zeit- und Informationsverlust durch die einzelnen Versorgungsbereiche und Versorgungsstellen zu leiten. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund wichtig, dass vermehrt chronisch Kranke von ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen profitieren sollen. Durch die ihnen eigene Krankheitsdynamik und die Tatsache, dass bei ihnen so viele Lebensbereiche durch die Krankheit betroffen sind, sind sie im Speziellen von den Schnittstellenproblemen des ausdifferenzierten Gesundheitswesens betroffen. Ein Umstand, der die Notwendigkeit der Vernetzung unterstreicht.

Konzeptionell vernachlässigt wird in Deutschland auch häufig noch der im Rahmen der ambulanten Rehabilitation umkompliziertere Einbezug der Angehörigen sowie der Transfer des Erlernten in den Alltag. Auch dieser Bereich verdient noch der Optimierung (vgl. Maier-Riehle und Schliehe 2002, S.80; Koch 2002, S.74).

Stärker als dies bisher geschieht sollte die Patientenschulung in den Konzepten der ambulanten medizinischen Rehabilitation berücksichtigt werden. So können Informationen über die Krankheit, Verhaltensschulungen aber auch das Erlernen von Krankheitsbewältigungsmechanismen die Krankheitsfolgen für die Patienten minimieren und Sekundärschäden reduzieren.

Des Weiteren haben die Erfahrungen in Deutschland gezeigt, dass vor allem aus Gründen der Wirtschaftlichkeit aber auch aus konzeptionellen Gründen (beispielsweise die Behandlung in Gruppen) für die Umsetzung der indikationsspezifischen Vorgaben nach den BAR-Empfehlungen eine relativ hohe Mindestanzahl von Rehabilitanden erforderlich ist. Die BAR-Empfehlungen gehen als Orientierungsgröße von mindestens 40 Rehabilitanden pro Tag aus. Zudem müssen die Rehabilitationseinrichtungen auch die Voraussetzungen an die personelle und räumliche Ausstattung einhalten, um den Qualitätsstrukturmerkmalen zu entsprechen, so dass sich eher große, eigenständige Rehabilitationszentren herausgebildet haben, die die ambulante Rehabilitation anbieten. In diesem Kontext ist es verständlich, dass sich der Aufbau und Ausbau eigenständiger ambulanter Rehabilitationseinrichtungen bisher weitestgehend nur in größeren Ballungsgebieten sowie in Großstädten von Deutschland vollzogen hat. Dort kann eher die notwendige höhere Patientenzahl erreicht werden als in ländlichen Gebieten. In Ballungszentren wird schon heute eine ambulante Reha-Quote von über 20% erreicht, in den ländlichen Gebieten entsprechend nur eine sehr viel geringere Quote. Hier besteht noch Entwicklungsbedarf (vgl. Maier-Riehle und Schliehe 2002, S.80).

Für die Versicherungsträger scheinen sich ambulante medizinische Reha-Einrichtungen in Deutschland durchaus zu lohnen. Die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation spricht davon, dass die Gesamtvergütung einer ambulanten Einrichtung um 25-30% unter der einer stationären Einrichtung liegt. Dies hat jedoch für die Betreiber der ambulanten Rehabilitation eindeutig Nachteile. Da sie aufgrund der angesprochenen BAR-Richtlinien eine entsprechende Einrichtung und ein bestens geschultes Personal vorhalten müssen, kann dies nur mit extremer Effizienz und hohem Durchsatz kompensiert werden. Hinzu kommt, dass aufgrund der Lage in Ballungsgebieten die Infrastrukturkosten höher liegen als bei stationären Einrichtungen. Außerdem können die Betreiber ambulanter Einrichtungen ihre Häuser nicht das ganze Jahr über offen halten. Im Gegensatz zu den stationären Einrichtungen schließen die ambulanten Einrichtungen an den Wochenenden und den Feiertagen. Da nicht behandelt wird, kommen diese Einrichtungen nur auf ca. 260 bezahlte Tage im Jahr, währenddessen die Kosten für die Verwaltung und das Personal das ganze Jahr durchgehend weiter laufen. Die von den Rehabilitationsträgern gezahlten Tagessätze gleichen diese Schwankungen nicht aus, so dass viele eigenständige ambulante Einrichtungen defizitär laufen. Fallkostenpauschalen wären laut Meinung vieler Unternehmer besser angebracht. Viele ambulante Angebote können dennoch am Markt existieren, da nicht jeder Leistungsträger für seinen Versicherten die Einhaltung der BAR-Richtlinien verlangt oder aber, weil die ambulante Einrichtung an eine finanziell unterstützende stationäre Einrichtung angeschlossen ist (Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation 2004).



Als Weiterentwicklungsperspektiven für Deutschland sieht die Rentenversicherung die konsequente Nutzung der Einbeziehung des psychosozialen und insbesondere des beruflichen Umfelds. Insbesondere berufsbegleitende ambulante Rehabilitationsleistungen sollen hinsichtlich ihrer Effektivität und Effizienz geprüft werden. So kann man zum einen eine neue Gruppe von Rehabilitanden ansprechen, zum anderen erscheint es auch für die Versicherungsträger lukrativ, da für Versicherte ein Anspruch auf Übergangsgeld besteht, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder sonstige Leistungen zur Teilhabe erhalten (§ 20 SGB VI). Ein gleichzeitig erzielttes Erwerbseinkommen wird auf das Übergangsgeld angerechnet (§ 52 SGB IX). Aus diesen Gründen hat der Umstand, ob eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme bei Versicherten berufsbegleitend durchgeführt wird oder nicht für die Versicherungsträger unterschiedliche finanzielle Konsequenzen. Insbesondere da diese „Nebenkosten“ einen nicht unerheblichen Kostenanteil bei der ambulanten Rehabilitation ausmachen (vgl. Klingelhöfer und Timm 2005; Klingelhöfer und Lätzsch 2003), wird der Ausbau dieser Konzepte verstärkt in Betracht gezogen (Deutsche Rentenversicherung 2001, S.18).

Abschließend soll kurz über eine weitere Angebotsform der ambulanten medizinischen Rehabilitation gesprochen werden, der von einigen Gesundheitsexperten eine größere Entwicklungstendenz zugetraut wird: der Mobilen Rehabilitation. Sie existiert in Deutschland bereits, allerdings nicht flächendeckend. Die Mobile Rehabilitation besteht aus Rehabilitationsteams, die zu den Rehabilitanden nach Hause fahren und dort Maßnahmen durchführen. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation e.V. begründet die Notwendigkeit dieser Strukturen darin, dass die ambulante medizinische Rehabilitation bisher nur einen geringen Personenkreis erreicht und zwar nur die Rehabilitanden, die eher leichter betroffen sind und in Ballungsgebieten leben. Eine große Gruppe an rehabilitationsfähigen Menschen ist daher diesbezüglich unter- oder fehlversorgt. Dazu zählen insbesondere Menschen mit den Diagnosen Schlaganfall, Schädel-Hirn-Träume oder schweren chronischen neurologischen Krankheiten wie M. Parkinson oder Multiple Sklerose. Die Mobile Rehabilitation kommt beispielsweise dann in Frage,

- wenn ein Rehabilitationszeitraum von 3-6 Wochen noch nicht einen ausreichenden Rehabilitationserfolg erzielt hat und weitere stationäre Maßnahmen zu teuer sind,
- wenn die Patienten nach einer stationären Behandlung einer weiteren stationären Behandlung nicht mehr gewachsen sind oder sich aus psychosozialen Gründen für eine Rehabilitation zu Hause entscheiden,

- wenn sich die Patienten bei schweren neuropsychologischen Beeinträchtigungen in einer fremden Umgebung nicht oder nur schwer zu Recht finden können und auf ein vertrautes Umfeld zur Wiedererlangungen ihrer Handlungskompetenz angewiesen sind.

(vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation e.V. 2004)

Auch die Mobile Rehabilitation ist eine inter- und transdisziplinäre Maßnahme medizinischer Rehabilitation auf Basis eines ganzheitlichen Rehabilitationsansatzes nach der ICF. Sie ersetzt die stationäre Rehabilitation oder verkürzt sie und ist damit ein substitutives, nicht additives Rehabilitationsangebot. Sie kann flexibel auf den Einzelfall abgestimmt werden und arbeitet unter starkem Alltagsbezug sowie direkter Einbindung des sozialen Netzwerkes. Sie versorgt eine definierte Region von maximal 30 Minuten Fahrtzeit. Der § 40 Abs. 1 SGB V stellt eine klare leistungsrechtliche Grundlage als ambulante wohnortnahe Rehabilitation dar, die Qualitätsanforderungen der BAR könne auch auf diese Strukturen angewendet werden. An neun Standorten in der Bundesrepublik Deutschland wurde die Mobile Rehabilitation seitens der öffentlichen Hand und den gesetzlichen Krankenkassen gefördert, erprobt und evaluiert. An den drei Standorten Bad Kreuznach, Karlsruhe und Marburg ist sie bereits unbefristet ein Bestandteil der Regelversorgung (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation e.V. 2004).

## 7 Fazit und Ausblick

Die Gesellschaft in Österreich befindet sich im Wandel. Die Zahl der alten und vor allem hochaltrigen Menschen nimmt zu, das Krankheitsspektrum wandelt sich und führt zu einer Zunahme chronischer Krankheiten. Die Überlebenschancen schwer kranker und behinderter Menschen erhöhen sich, sodass die Sicherung ihrer Selbstständigkeit, ihrer Pflege, ihrer Teilhabe und Integration in die Gesellschaft vorrangige Aufgaben der Gesellschaft sind. Dies impliziert einen steigenden Bedarf an Rehabilitation, die zur Vermeidung von Funktionsstörungen oder Behinderung und als umfassende Hilfe für ein selbstbestimmtes Leben dient. Da jedoch aufgrund knapper werdender Ressourcen im Gesundheitswesen der resultierende Mehrbedarf an Mitteln für die Rehabilitation voraussichtlich nicht abgedeckt werden kann, müssen Kompensationsmöglichkeiten genutzt werden. Die Implementierung ambulanter medizinischer Rehabilitationsstrukturen in Österreich führt zu einer Reduzierung stationärer Kapazitäten und zu einer kostengünstigeren Alternative zu den bisherigen Rehabilitationsmaßnahmen. Die ambulante medizinische Rehabilitation trägt jedoch nicht nur zu einer Ökonomisierung im Gesundheitswesen bei, sondern sie berücksichtigt auch im besonderen Ausmaß die individuellen Lebensbedingungen des Patienten in ihrem beruflichen und sozialen Kontext, wie es die ergebnisorientierte Zielsetzung der Rehabilitation fordert. Zudem kann sie durch die Möglichkeit der Gestaltung eines flexiblen Zeitrahmens auf die Bedarfe der Patienten eingehen.

Die Erfahrungen und die wissenschaftliche Evaluation von Modellprojekten in Deutschland belegen, dass die ambulante medizinische Rehabilitation im Vergleich zu den stationären Rehabilitationsformen gleichwertige Ergebnisse im Bezug auf medizinische Outcomes und die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit erzielt. Die direkten Behandlungskosten betrachtend zeigt sich ein Vorteil zu Gunsten der ambulanten Rehabilitation, der den Versicherungsträgern zu Gute kommt. Die Betreiber eigenständiger Rehabilitationseinrichtungen dagegen, so die Erfahrungen in Deutschland, müssen wirtschaftlich gut kalkulieren, um mit den Tagessätzen ihre Ausgaben decken zu können.

In Österreich hat die Implementierung ambulanter Versorgungsstrukturen erst begonnen. Seit 2001 hat die OÖ GKK in ihren Fachambulatorien Wels, Steyr, Vöcklabruck und Linz die ambulante medizinische Rehabilitation sukzessive eingeführt, um so den Versorgungsbedarf zu decken. Mit den Angeboten einer ambulanten Rehabilitation für neurologische und traumatologisch-orthopädische Patienten sowie für Patienten mit chronifiziertem Rückenschmerz hat die OÖ GKK in Oberösterreich eine Vorreiterrolle eingenommen. Auf Grundlage von medizinischen Konzepten, mit Hilfe eines unterstützenden EDV-Systems und durch organisatorische und strukturelle Neuerungen wurde die Durchführung der ambulanten medizinischen Rehabili-

tation in den Fachambulatorien möglich. Da nicht jeder Patient für die Maßnahmen der ambulanten medizinischen Rehabilitation geeignet ist, wurden Ein- und Ausschlusskriterien entwickelt, nach denen die Patienten für die Maßnahmen der ambulanten medizinischen Rehabilitation ausgewählt werden. Kooperationen zu internen und externen Partnern unterstützen den Ablauf der ambulanten Rehabilitation und vernetzen die Dienstleistung mit den anderen Akteuren im Gesundheitswesen.

Die bisherigen Evaluationen im Rahmen der Qualitätssicherung bescheinigen den Fachambulatorien gute Ergebnisse bei der Durchführung der ambulanten medizinischen Rehabilitation. Die Fragebögen zur Patientenzufriedenheit bescheinigen der OÖ GKK eine hohe Zufriedenheitsquote, die sich auch im externen Benchmarking mit dem Krankenhaus der Elisabethinen und dem Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Linz bestätigt. Auch das Peer Review Verfahren für das neurologische Rehabilitationsprogramm unterstreicht die hohe Qualität in diesem Bereich.

Für die Zukunft stehen weitere Entwicklungen bei der Durchführung und Konzeption der ambulanten medizinischen Rehabilitation in der OÖ GKK an. Im Jahr 2007 wird das neue Fachambulatorium Linz eröffnet und in Betrieb genommen, so dass auf einer größeren Fläche als bisher und mit modernster Technik Maßnahmen der ambulanten medizinischen Rehabilitation angeboten werden können. Um zusätzliche Patientengruppen zu erreichen und um damit dem bestehenden Bedarf gerecht zu werden, sind weitere Konzepte in der medizinischen Rehabilitation angedacht. So wird geplant, ambulante medizinische Rehabilitation für die Indikationsbereiche

- Stoffwechselerkrankungen (Diabetes mellitus und Adipositas)
- Pneumologie (COPD und Asthma bronchiale)
- Geriatrie: hier insbesondere kognitives Training und Sturzvermeidungstraining

anzubieten. Für die Standorte Steyr und Vöcklabruck sind Umbauten der Fachambulatorien geplant, um eine bessere patienten- und arbeitnehmerfreundliche Raumnutzung zu ermöglichen und die Prozesse der ambulanten medizinischen Rehabilitation zu optimieren.

Konzeptionell ist geplant, im Bereich der Ergotherapie die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit nach Isernhagen (EFL) auszubauen. Bisher wird diese erst im Bereich der Rehabilitation chronischer Schmerzpatienten eingesetzt, soll aber zukünftig auch als ein zusätzliches Modul für die Rehabilitation der orthopädisch-traumatologischen Patienten möglich sein,

im Sinne eines arbeitsplatzspezifischen Moduls zur Optimierung der Wiedereingliederung in den Beruf.

Der Zugewinn an räumlicher Kapazität im neuen Fachambulatorium Linz ermöglicht eine weitere konzeptuelle Erweiterung. In Anlehnung an das Easy Street® Therapiekonzept aus Arizona/USA soll die ambulante medizinische Rehabilitation durch Training lebensnaher, alltagsrelevanter, fast realer Situationen ausgedehnt werden. Durch die Ausdifferenzierung der Übungsbereiche in „Indoor-Aktivitäten“, „Erwerbstätigkeiten“ und „wohntnahe Aktivitäten“ ist die Übertragbarkeit in alltagsrelevante Bereiche für jeden Patiententyp gegeben, egal ob jung und erwerbstätig oder pensioniert. Es werden eine nicht-behindertengerechte Übungswohnung erbaut sowie ein Übungsauto in den Rehabilitationsbereich gestellt. Einkaufsregale, Bankschalter mit Bankomat sowie ein Restaurant werden in Attrappen errichtet, Situationen des öffentlichen Nahverkehrs (in den Bus/Straßenbahn einsteigen) werden nachgestellt. So wird es möglich, dass die Rehabilitanden die Wiedererlangung ihrer Selbstständigkeit in einer sicheren Umgebung erreichen und auch den Angehörigen in fast realistischen Settings die notwendigen Hilfestellungen beigebracht werden können.

Der Bedarf an medizinischer Rehabilitation wird steigen, da sind sich fast alle Experten einig (vgl. Spyra und Müller-Fahrnow 2000, S. 298). Daher wird es für die Zukunft wichtig sein, dass die Fachambulatorien der OÖ GKK in Bezug auf die ambulante medizinische Rehabilitation ihre innovative und patientenorientierte Stellung behalten. Es ist abzusehen, dass weitere Angebote ambulanter medizinischer Rehabilitation auf den Markt kommen werden, insbesondere dann, wenn sich die rechtlichen Grundlagen und die Diskussion um die Rahmenverträge geklärt haben. Innovative Konzepte, eine gut auf die Patientenbedürfnisse zugeschnittene Ausrichtung der ambulanten medizinischen Rehabilitation sowie funktionierende Kooperationen helfen dann den Fachambulatorien, sich von ihren Mitbewerbern abzuheben.

## Literaturverzeichnis

Alacamlioglu, Y.; Amann-Griober, H.; Korger, A.; Prager, C.: Schlaganfallrehabilitation - Teil 1. In: ÖZPMR, Österr. Z. Phys. Med. Rehabil 2001; 11: 4-10

Alacamlioglu, Y.; Amann-Griober, H.; Prager, C.: Schlaganfallrehabilitation – Teil 2. In: ÖZPMR, Österr. Z. Phys. Med. Rehabil 2002; 12: 1-8

AG Rehabilitation: Ergebnisprotokoll. 4. Sitzung der AG Rehabilitation (09. Mai 2006)

Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen: Medizinische Leistungen zur Rehabilitation und integrierte Versorgung. URL: <http://www.behindertenbeauftragter.de> (Zugriff am 28.08.2006)

Beer, S.: Rehabilitation nach Hirnschlag. Schweizerische Ärztezeitung 2000; 81: Nr. 22, 1188-1192

Biberauer, M.: Innovative Strukturen durch Netzwerke. In: Wesenauer, A. und Bencic, W. (Hrsg.): Betriebswirtschaftliche Instrumente der Unternehmenssteuerung in der sozialen Krankenversicherung. In: Gesundheitswissenschaften 2006; 26: 151-169

Bölsche, F.; Hasenbein, U.; Reißberg, H., Wallesch, CW.: Erwartungen von Schlaganfall-Rehabilitanden an die stationäre und teilstationäre neurologische Rehabilitation in der Phase D. In: Rehabilitation 2004; 43: 65-74

Bullinger, M. und Kirchberger, I.: SF-36, Fragebogen zum Gesundheitszustand. URL: <http://www.assessment-info.de/assessment/seiten/datenbank/vollanzeige/vollanzeige-de.asp?vid=56> (Zugriff am 17.08.2006)

Bullinger, M.; Morfeld, M.; Kohlmann, T.; Nantke, J.; van der Bussche, H.; Dodt, B.; Dunkelberg, S.; Kirchberger, I.; Krüger-Bödecker, A.; Lachmann, A.; Lang, K.; Mathis, C.; Mittag, O.; Peters, A.; Raspe, HH.; Schulz, H.: Der SF-36 in der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung – Ergebnisse aus dem Norddeutschen Verbund für Rehabilitationsforschung (NVRF) im Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften. In: Rehabilitation 2003; 42: 218-225

Bundesarbeitsgemeinschaft für Mobile Rehabilitation e.V. (Hrsg.): Memorandum Mobile Rehabilitation in Deutschland – Verbesserungen der gesundheitlichen Versorgung und Sicherung der Selbstständigkeit, der Teilhabe und der sozialen Integration chronisch kranker und behinderter Menschen durch Mobile Rehabilitation. 2004. URL: [http://www.dvfr.de/mediabase/documents/47\\_Memorandum\\_MobileRehabilitation\\_inDeutschland3-2004.doc](http://www.dvfr.de/mediabase/documents/47_Memorandum_MobileRehabilitation_inDeutschland3-2004.doc) (Zugriff am 29.08.2006)

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation. Frankfurt 2005

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation. Frankfurt 2000

Bührlen, B.; Maier-Riehle, B.; Jäckel, WH.: Verfahren der Qualitätsprüfung. In: Bengel, J. und Koch, U. (Hrsg.): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung. Heidelberg: Springer 2000: 375-393

Bürger, W.; Dietsche, S.; Morfeld, M.; Koch, U.: Ambulante und stationäre orthopädische Rehabilitation – Ergebnisse einer Studie zum Vergleich der Behandlungsergebnisse und Kosten. In: Rehabilitation 2002; 41: 92-102

Bürger, W. und Buschmann-Steinhage, R.: Rehabilitative Angebotsformen. In: Bengel, J. und Koch, U. (Hrsg.): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung. Heidelberg: Springer 2000: 139-162

Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (Hrsg.): Ambulante Rehabilitation. Günstige Alternative oder teures Hobby? In: DEGEMED news 2004; 4: 1-3

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). URL: [http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/0/f680874bb54e5ee4c1256f79002ee94f/\\$FILE/ICFgerman\\_dimdi\\_final-draft\\_2004-10.pdf](http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/0/f680874bb54e5ee4c1256f79002ee94f/$FILE/ICFgerman_dimdi_final-draft_2004-10.pdf) . (Zugriff am 27.7.2006)

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Grundsätze und Rahmenempfehlungen der gesetzlichen Rentenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation vom 31.Mai 2001. URL:[http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nn\\_10422/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01\\_sozialmedizin\\_forschung/05\\_konzepte\\_systemfragen/dateianh\\_C3\\_A4n/ge/konzept\\_grunds\\_C3\\_A4tze\\_grv.property=publicationFile.pdf/konzept\\_grundsätze\\_grv](http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nn_10422/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01_sozialmedizin_forschung/05_konzepte_systemfragen/dateianh_C3_A4n/ge/konzept_grunds_C3_A4tze_grv.property=publicationFile.pdf/konzept_grundsätze_grv) (Zugriff am 28.08.2006)

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): Mitteilungen der Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken Nr. 11/2001. URL: [http://www.deutsche-rentenversicherung-landshut.de/internet/d-rv/drvrsc.nsf/ispvwLaunchPermutations/6863CAEC181C7E06C125707B00300510/\\$file/Mitteilungen11\\_2001.pdf?OpenElement](http://www.deutsche-rentenversicherung-landshut.de/internet/d-rv/drvrsc.nsf/ispvwLaunchPermutations/6863CAEC181C7E06C125707B00300510/$file/Mitteilungen11_2001.pdf?OpenElement). (Zugriff am 31.07.2006)

Deutsche Rentenversicherung Westfalen (Hrsg.): Handbuch Reha- und Vorsorgeeinrichtungen. Ambulante Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Westfalen. URL: <http://www.rehakliniken.de/index.php?nodeId=8348> (Zugriff am 30.8.2006)

Dorenburg, U. und Tiefensee, J.: Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. In: Bengel, J. und Koch, U. (Hrsg.): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung. Heidelberg: Springer 2000: 198-213

Dromerick, AW.; Edwards, DF.; Hahn, M.: Does the Application of Constraint-Induced Movement Therapy During Acute Rehabilitation Reduce Arm Impairment After Ischemic Stroke? In: Stroke 2000; 31: 2984-2988

Eldar, R.: Quality of care in rehabilitation medicine. In: International Journal for Quality in Health Care 1999; 11(1): 73-79

Faller H.: Shared Decision Making: Ein Ansatz zur Stärkung der Partizipation des Patienten in die Rehabilitation. In: Rehabilitation 2003; 42: 129-135

Fischer, W.: Funktionaler Selbstständigkeitsindex (FIM) und Zusatzkriterien des FAM. URL: <http://www.fischer-zim.ch/notizen/FIM-FAM-9711.htm#KurzbeschreibungdesFIM> (Zugriff am 17.08.2006)



Gerdes, N. und Weis, J.: Zur Theorie der Rehabilitation. In: Bengel, J. und Koch, U. (Hrsg.): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung. Heidelberg: Springer 2000: 40 -68

Göbel, H.: Epidemiologie und Kosten chronischer Schmerzen. Spezifische und unspezifische Rückenschmerzen. In: Schmerz 2001; 15: 92-98

Haaf, HG.; Badura, B.; Bürger, W.; Koch, U.; Schliehe, F.; Schott, T.: Die wissenschaftliche Begleitung im Rahmen der Empfehlungsvereinbarung von Kranken- und Rentenversicherung zur ambulanten Rehabilitation: Zielsetzungen, Rahmenbedingungen und Untersuchungsansatz. In: Rehabilitation 2002; 41: 85-91

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.): Rehabilitationskonzept der österreichischen Sozialversicherung für die „medizinische Rehabilitation“. Wien 1999

Hildebrandt, J.; Pfungsten, M.; Lüder, S.; Lucan, S.; Pauls, J.; Seeger, D.; Struber, J.; v. Westernhagen, S.; Wendt, A. (Hrsg.): Göttinger Rücken-Intensiv-Programm (GRIP). Das Manual Berlin: congress compact verlag, 2003

Iles, V.: Really Managing Health Care. Open University Press, 2001

Jäckel WH. und Klein, K.: Bewertungskriterien der Strukturqualität von stationären Rehabilitationseinrichtungen. Unveröffentlichtes Dokument. Freiburg: 2004

Klingelhöfer, HE. und Timm, A.: Wirtschaftlichkeit ambulanter Rehabilitation – Abschließende Ergebnisse eines Projektes in Mecklenburg-Vorpommern. In: Rehabilitation 2005; 44: 1-13

Klingelhöfer, HE. und Lätzsch, A.: Wirtschaftlichkeitsvergleich ambulante versus stationäre Rehabilitation. In: Gesundheitswesen 2003; 65: 163-166

Koch, U.: Trendwende zur ambulanten Rehabilitation? In: Rehabilitation 2002; 41: 73-75

Maier-Riehle, B. und Schliehe, F.: Der Ausbau der ambulanten Rehabilitation. In: Rehabilitation; 41: 76-80

Merkesdal, S.; Bernitt, K; Busche, T.; Bauer, J. und Mau, W.: Gegenüberstellung der Krankheitskosten im Jahr vor und nach stationärer und ambulanter Rehabilitation bei Personen mit Dorsopathien 2004; 43: 83-89

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) (Hrsg.): Rehabilitationsplan 2004. Wien 2004a

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) (Hrsg.): Neurorehabilitation in Österreich. Endbericht 2004. Wien 2004b

Pfingsten, M. und Hildebrandt, J.: Die Behandlung chronischer Rückenschmerzen durch ein intensives Aktivierungskonzept (GRIP) – eine Bilanz von 10 Jahren. In: Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2001; 36: 580-589

Prager, C.: Bericht Peer-Review. Ambulante Neurorehabilitation Fachambulatorium Linz, OÖGKK. Internes Papier vom 08.02.2006, Wien

Raggautz, ME.: Umgebungssteuerung bei Multipler Sklerose. Ein Weg zur Occupational Performance? Eine auf den Grundsätzen des Canadian Model of Occupational Performance basierende Analyse der ergotherapeutischen Maßnahme Hilfsmittelversorgung mit Umgebungssteuerung bei Multipler Sklerose. Diplomarbeit Wien 2002. URL: <http://www.fortec.tuwien.ac.at/autonom> (Zugriff am 16.08.2006)

Rudda, J.: Rahmenbedingungen der medizinischen Rehabilitation in Österreich. In: Soziale Sicherheit. Fachzeitschrift der österreichischen Sozialversicherung 2005; 10: 416-425

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Pressemitteilung des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zum Band III: Über-, Unter- und Fehlersorgung 2001 (Zugriff am 29.08.2006)

Salzer, E. und Seitinger, F.: Qualitätsmanagement in den Fachambulatorien der OÖ Gebietskrankenkasse. In: Wesenauer, A. und Bencic, W. (Hrsg.): Betriebswirtschaftliche Instrumente der Unternehmenssteuerung in der sozialen Krankenversicherung. In: Gesundheitswissenschaften 2006; 26: 105-122

Schaeffer, D. und Ewers, M.: Case-Management in Theorie und Praxis. Bern 2000: Hans Huber Verlag

Schumacher, J. und Brähler, E.: Prävalenz von Schmerzen in der deutschen Bevölkerung. Ergebnisse einer repräsentativen Erhebung mit dem Gießener Beschwerdebogen. In: Der Schmerz 1999; 13: 375-384

Spyra, K. und Müller-Fahrnow, W.: Prognose des Rehabilitationsbedarfs. In: Bengel, J. und Koch, U. (Hrsg.): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung. Heidelberg: Springer 2000: 287-304

Statistik Austria: Bevölkerungsentwicklung 2004 – 2050 nach Bundesländern. URL: [http://www.statistik.at/fachbereich\\_03/bevoelkerung\\_tab3.shtml](http://www.statistik.at/fachbereich_03/bevoelkerung_tab3.shtml) (Zugriff am 26.07.2006)

Straberger, F.: Handbuch für ambulantes Rehabilitationsprogramm für Patienten mit funktionellen und/oder strukturellen Schäden am Bewegungsapparat (2001)

Ware, JE.: SF-36 Health Survey Update. In: Spine 2000; 25(24): 3130-3139

Wesenauer, A.: Systemische Strategieentwicklung und strategisches Management auf Basis der Balanced Scorecard. In: Wesenauer, A. und Bencic, W. (Hrsg.): Betriebswirtschaftliche Instrumente der Unternehmensführung in der sozialen Krankenversicherung. In: Gesundheitswissenschaften 2006, 29: 17-39