



# REHA – BERICHT 2011



Pensionsversicherungsanstalt

# INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort .....	3
Psychosozialer Stress und Coping - Stressbewältigung als Ziel der Rehabilitation .....	5
Die Adipositas Station der SKA-RZ Alland der PVA .....	10
Onkologische Rehabilitation – Pilotprojekt im Humanomed Zentrum Althofen.....	18
Entwicklung der ambulanten medizinischen Rehabilitation in Österreich.....	26
Psychiatrische Rehabilitation .....	31
Einführung eines Rehabilitations-Informations-Systems (REIS).....	37
“Easy Living“ - das Qualitätsmanagementverfahren der PVA .....	41
Steuerungs- und Budgetierungssystem der Eigenen Einrichtungen (BUSTE).....	46
AMS – Gesundheitsstraße .....	53
 <b>ANHANG</b>	
Statistische Werte der PVA zu „Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation“ .....	55
Autorenverzeichnis .....	60

## Vorwort

Die Pensionsversicherungsanstalt (PVA) ist gemäß den Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) u.a. dazu angehalten, Vorsorgemaßnahmen für die Rehabilitation von Versicherten und Beziehern einer Pension aus einem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit vorzunehmen, wenn deren Arbeitskraft infolge einer körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigung herabgesunken ist. Die Rehabilitation umfasst medizinische und berufliche Maßnahmen und - soweit dies zur Ergänzung erforderlich ist - soziale Maßnahmen.

Ziel der Rehabilitation gemäß ASVG ist es, die zu rehabilitierenden Personen 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. Darüberhinaus erbringt die PVA stationäre Gesundheitsvorsorgemaßnahmen ("Kuren") gemäß den gesetzlichen Bestimmungen nach Maßgabe ihrer finanziellen Möglichkeiten.

Die Durchführung stationärer Rehabilitationsmaßnahmen erfolgt in den 16 Eigenen Einrichtungen der PVA sowie in Vertragseinrichtungen, die Durchführung von Gesundheitsvorsorgemaßnahmen wird überwiegend in den rund 88 Vertragseinrichtungen erbracht. Insgesamt wendet die PVA jährlich knapp EUR 700 Mio für Rehabilitation und Gesundheitsvorsorge auf.

Der vorliegende Reha-Bericht, der in dieser Form erstmals aufgelegt wurde, befasst sich mit den Entwicklungen der Rehabilitation aus medizinischer, betriebswirtschaftlicher und volkswirtschaftlicher Sicht. Er gibt einen Überblick über die Innovationen, die seitens der Pensionsversicherungsanstalt in den Eigenen Einrichtungen und in Einrichtungen der Vertragspartner gesetzt wurden und werden.

Zunehmende Bedeutung gewinnt auch die berufliche Rehabilitation, vor allem durch die Änderungen in der 75. ASVG-Novelle. Hier wird die Intention des Gesetzgebers, dem Zuwachs an Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspensionen entgegenzuwirken, ganz deutlich zum Ausdruck gebracht. Auch auf diese Entwicklung wird im vorliegenden Bericht eingegangen.

Eine weitere große Herausforderung an die Rehabilitation stellt die Bevölkerungsentwicklung dar. Bis zum Jahr 2020 wird die Anzahl der Personen, die im Erwerbsleben stehen und jünger sind als 45 Jahre, um rund eine Viertel Million abnehmen. Dem entgegen steht ein Zuwachs an 370.000 Erwerbstätigen, die älter als 45 Jahre sind. Es gilt also, das Hauptaugenmerk auf die Gesundheit der heute 30 bis 35 jährigen Erwerbstätigen zu lenken.

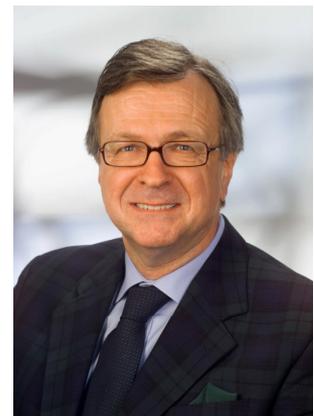
In diesem Spannungsfeld, noch dazu unter Bedachtnahme auf die begrenzten finanziellen Mittel, gilt es, innovative und vor allem nachhaltige Wege zu beschreiten. Dieser Aufgabe haben wir uns mit Leidenschaft verschrieben.



**Manfred Felix**  
Obmann



**Gabriele Eichhorn, MBA**  
Generaldirektor-Stv.<sup>in</sup>



**Prof. Dr. Rudolf Müller**  
Chefarzt

*Sämtliche in diesem Dokument personenbezogen geführten Bezeichnungen sind geschlechtsneutral zu verstehen und beziehen sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.*

# Psychosozialer Stress und Coping - Stressbewältigung als Ziel der Rehabilitation

Autoren: E. Benkö, C. Kovacs, R. Kurz

## 1. Erhebung subjektiver Belastungserfahrungen von Patienten im Zentrum für ambulante Rehabilitation

### 1.1. Hintergrund und Fragestellung:

Akute und chronische Stressbelastungen haben für die Entstehung verschiedener Erkrankungen eine zentrale Bedeutung. Psychosozialer Stress wie soziale Isolierung, hohe Anforderungen bei niedriger Kontrollmöglichkeit am Arbeitsplatz sowie berufliche Gratifikationskrisen sind als Risikofaktoren somatischer Erkrankungen bekannt. Darüber hinaus zählt Stress zu den häufigsten Ursachen von psychischen Erkrankungen und resultiert in gehäuften krankheitsbedingten Arbeitsausfällen. Damit haben stressassoziierte Erkrankungen neben der individuellen Betroffenheit auch für die staatliche Gesamtwirtschaft Bedeutung. Es ist daher naheliegend, dass stressbedingte Alltagserfahrungen für den Rehabilitationsprozess Relevanz haben.

### 1.2. Methode:

Wir erhoben in Form einer explorativen Untersuchung Art und Ausmaß der akuten und chronischen psychosozialen Stressbelastung bei Patienten, die in einem ambulanten Rehabilitationsprogramm standen. Im Rahmen einer Querschnittsuntersuchung wurden mittels Selbstbeurteilungsfragebogen die subjektiven Belastungsprofile unserer Patienten erhoben. Das Ausmaß der akuten Stressbelastung wurde mittels „Analogem Stressbarometer“ erfasst, während die chronische Stressbelastung mit einem normierten Verfahren erhoben wurde (=Trierer Inventar zur Erfassung von chronischem Stress, =TICS). Die statistische Auswertung erfolgt mittels multivariater Varianzanalyse.

### 1.3. Ergebnisse:

Bei 353 Patienten, die aufgrund von Erkrankungen des Herzkreislaufsystems oder des Stütz- und Bewegungsapparates in Betreuung standen, konnten die Daten ausgewertet werden. Das durchschnittliche Alter betrug 59,4 Jahre, 58 % der Patienten waren männlich, 31 % waren berufstätig. Es zeigten sich statistisch

bedeutsame Unterschiede abhängig vom Geschlecht und von der Berufstätigkeit. Generell litten 25% an akutem, behandlungsbedürftigem Distress, unbeeinflusst durch die Rehabilitationsindikationen. Berufstätigkeit verstärkte das Ausmaß der akuten und chronischen Stressbelastung signifikant.

Frauen wiesen generell eine höhere Stressbelastung auf. Berufstätige litten signifikant häufiger an Arbeitsüberlastung, sozialer Überlastung, Erfolgsdruck und sozialer Spannung. Männer zeigten mehr soziale Überlastung und Erfolgsdruck, während Frauen eine höhere Tendenz zu chronischer Besorgnis aufwiesen. Zwischen den Ergebnissen des Analoges Stressbarometers und der globalen Screeningskala (SSCS) des TICS Inventars bestand eine signifikante Korrelation. In Abb. 1 sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede des Faktors Berufstätigkeit dargestellt. Das Ausmaß an globaler Stressbelastung (SSCS) sowie Überlastung durch Arbeit bei berufstätigen Frauen übertraf jenes der Männer. Berufstätige Frauen gaben mehr Mangel an sozialer Anerkennung sowie hohe soziale Isolierung an.

Chronische Besorgnis spielte bei berufstätigen aber auch pensionierten Frauen eine wichtige Rolle. Auffällig ist bei den pensionierten Männern eine überdurchschnittliche Belastung durch soziale Spannungen, bei nicht berufstätigen Frauen ist es die chronische Besorgnis.

Während für berufstätige Männer die höchste Stressbelastung durch Erfolgsdruck zustande kam, fühlten sich berufstätige Frauen am meisten belastet durch soziale Überforderung.

#### 1.4. Interpretation und Schlussfolgerung:

Unsere Ergebnisse weisen auf grundlegende Unterschiede in der Stressbelastung in Abhängigkeit vom Geschlecht und Berufstätigkeit hin. Eine höhere Stressbelastung war bei weiblichen Patienten zu finden, bei denen eine Tendenz zu sorgenvollen Gedanken als innerpsychisches Verarbeitungsmuster und interne Stressquelle eine Rolle spielte. Bei Männern lag generell ein Erfolgsdruck als bedeutsamste Stressquelle vor. Die Berufstätigkeit verstärkt die Kluft zwischen den Belastungsprofilen zwischen den Geschlechtern, sodaß Frauen vermehrt stressbedingte Alltagserfahrungen durchlitten. Ursachen dafür sind einerseits in einer Doppel- und Dreifachbelastung von berufstätigen Frauen andererseits in dadurch vermehrt auftretenden sozialen Rollenkonflikten zu sehen. Unsere Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung der Doppelbelastung durch Hausarbeit und Erwerbstätigkeit als eine

relevante Gesundheitsgefährdung. Daraus resultiert, dass auf die Stressbelastung berufstätiger Frauen in der Rehabilitation besonderes Augenmerk gelegt werden muss.

## **2. Evaluierung eines Programms zur psychologischen Stressbewältigung im Rahmen der ambulanten Rehabilitation**

### 2.1. Hintergrund und Fragestellung:

Aufgrund der geschilderten Zusammenhänge zwischen Krankheiten und Stress gehören Interventionen zur Modifikation psychosozialer Risikofaktoren („Stressbewältigung“) zu den Hauptaufgaben der psychologischen Rehabilitation. Dabei geht man davon aus, dass Stressverarbeitung aus einem Repertoire an emotionalen und kognitiven Strategien besteht, welche intraindividuell eine gewisse zeitliche und situative Stabilität erzielen.

### 2.2. Methode:

Wir untersuchen, ob eine psychologische Gruppentherapie zur Stressbewältigung effektiv sein kann, um mit psychosozialen Belastungssituationen besser umgehen zu lernen. Im Rahmen einer kontrollierten, randomisierten Untersuchung wurde überprüft, ob sich seelische Strategien zur Stressbewältigung im Verlauf solcher Gruppenprogramme verändern lassen.

Grundsätzlich unterscheidet man zwischen stressreduzierenden Mechanismen (z.B. Reaktionskontrolle, Bagatellisieren) und stresserzeugenden Mechanismen (z.B. Resignation, Selbstbeschuldigung). Psychologische Stressbewältigung zielt darauf ab, langfristig stressreduzierende Strategien wie positive Selbstinstruktion, Situationskontrolle oder die Suche nach sozialer Unterstützung zu fördern und kurzfristig stressreduzierende Strategien wie Schuldabwehr, Ersatzbefriedigung oder Flucht durch diese zu ersetzen.

Unser Programm zur Stressbewältigung wird in Kleingruppen von 6 – 10 Personen durchgeführt. Dabei werden durch Gespräche und Übungen äußere und innere Stressfaktoren erkannt, die Wahrnehmung körperlicher und psychischer Stresssymptome gefördert, stressfördernde Kognitionen identifiziert und langfristig stressreduzierende Einstellungen und Verhaltensweisen erarbeitet.

Die Auswertung erfolgte zu Beginn, am Ende und drei Monate nach Ende mittels zweier psychologischer Tests zur Erfassung von emotionalen und kognitiven Verarbeitungsmechanismen (Stressverarbeitungsfragebogen nach Janke). Die anhand der Faktorenladungswerte der Testautoren zu 3 Hauptfaktoren zusammengefassten Werte wurden mittels multivariater Varianzanalyse mit Messwiederholung verglichen und auf etwaige statistisch bedeutsame Veränderungen überprüft.

### 2.3. Ergebnisse:

Das Patientenkollektiv umfasste 45 Patienten, 38% waren weiblich, 51% litten an einer Herzerkrankung, 49% an Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates. Unsere Untersuchung zeigte, dass unsere Patienten lernten, positive Strategien, die ihnen langfristig helfen, Stress zu vermeiden oder besser damit umzugehen, auszuweiten. Sie konnten häufiger Strategien wie Selbstbestätigung, Situationskontrolle, Reaktionskontrolle und mehr positive Selbstinstruktion einsetzen. Statistisch signifikant waren die Verbesserungen im Bagatellisieren von Stressbelastungen und im Lernen und Einsatz effektiver Entspannungsverfahren (Abb. 2). Signifikante Veränderungen fanden sich bei jenen Bewältigungsstrategien, welche faktorenanalytisch als „Emotionale Betroffenheit“ und „Kognitive Bewältigung“ bezeichnet werden. Mechanismen der „Aktiven Kontrollversuche von Stresssituationen“ veränderten sich nicht signifikant. Patienten mit Herzerkrankungen zeigten eine stärkere Senkung der „emotionalen Betroffenheit“ als jene Patienten, die am Bewegungsapparat erkrankt waren. Gleichzeitig lernten die Teilnehmer, auf negative, stressfördernde Mechanismen wie Selbstbeschuldigung, Gedankliche Weiterbeschäftigung („Grübeln“) und soziale Abkapselung und Rückzug zu verzichten. In der Nachuntersuchung nach drei Monaten ließen sich die positiven Veränderungen bestätigen.

### 2.4. Interpretation und Schlussfolgerung:

Unsere Ergebnisse weisen auf effektive Möglichkeiten zur Veränderung der psychischen Stressbewältigungsmechanismen im Rahmen eines ambulanten Rehabilitationsprogramms hin. Insbesondere bei Vorliegen neurotisch depressiver Modi der Verarbeitung scheint eine psychologische, themenzentrierte Gruppenbehandlung mittelfristig Erfolg zu haben.

# Stressbelastung in Abhängigkeit von Geschlecht und Berufstätigkeit

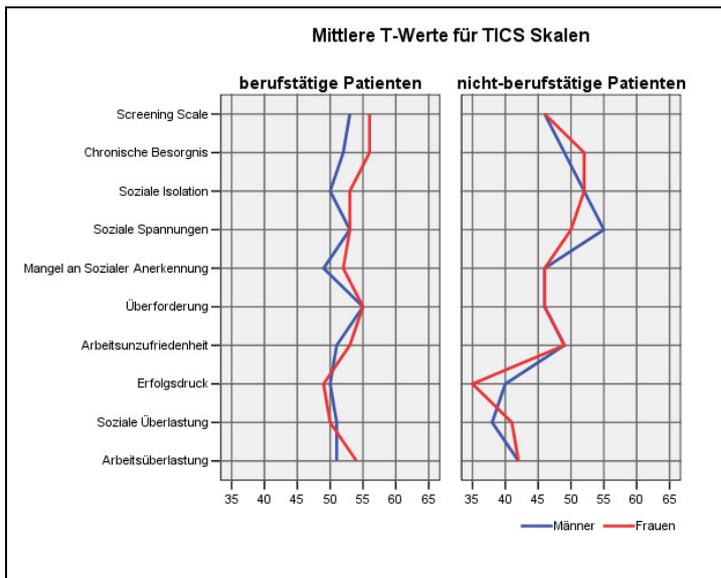


Abb. 1

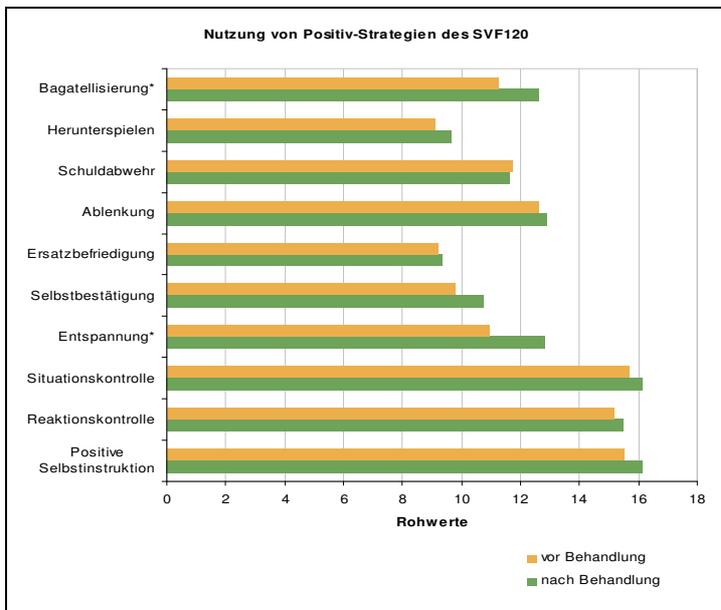


Abb. 2

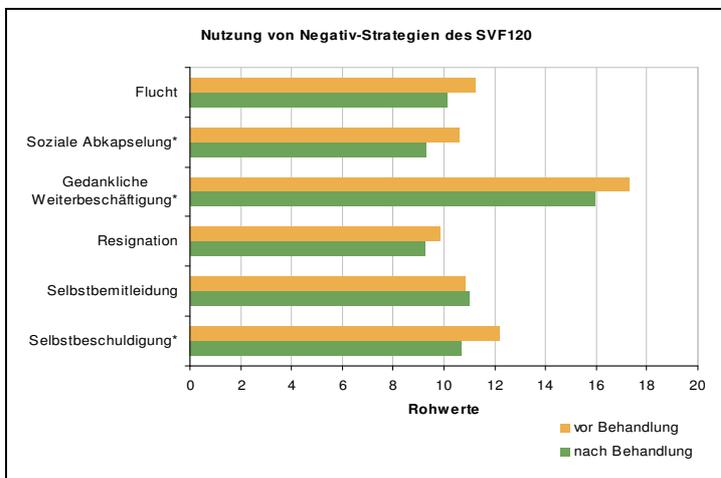


Abb. 3

# Die Adipositas Station der SKA-RZ Alland der PVA

Autoren: M.Francesconi, K.H.Greimel

In den letzten Jahren ist es in den industrialisierten Ländern aber auch in den sog. Schwellenländern zu einer nahezu epidemischen Zunahme von Personen mit Übergewicht (BMI 26-30) und Adipositas (BMI >30) gekommen. Auch die morbide Adipositas (BMI >40) ist deutlich im Zunehmen. Es entspricht unseren Beobachtungen, dass die mit diesem Problemkreis uns zur Rehabilitation anvertrauten Personen immer mehr Gewicht aufweisen, immer früher in ihrem Lebenslauf an Gewicht zunehmen und daher sich immer häufiger als junge Adipöse präsentieren. Junge Erwachsene unter dem 20ten Lebensjahr mit über 200 kg Gewicht sind in unserem Patientengut keine Seltenheit mehr. Eine Erhebung an knapp 1000 konsekutiven Patienten der SKA Alland ergab 2008, dass 47% über 100 kg wogen, 19% hatten mehr als 120 kg, was häufig einem BMI von 30-40 entspricht (Abb. 1).

**Körpergewicht bei Aufnahme**

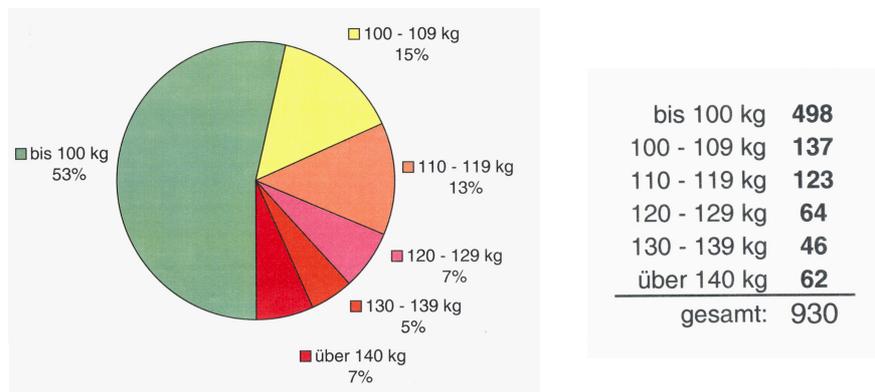


Abb. 1

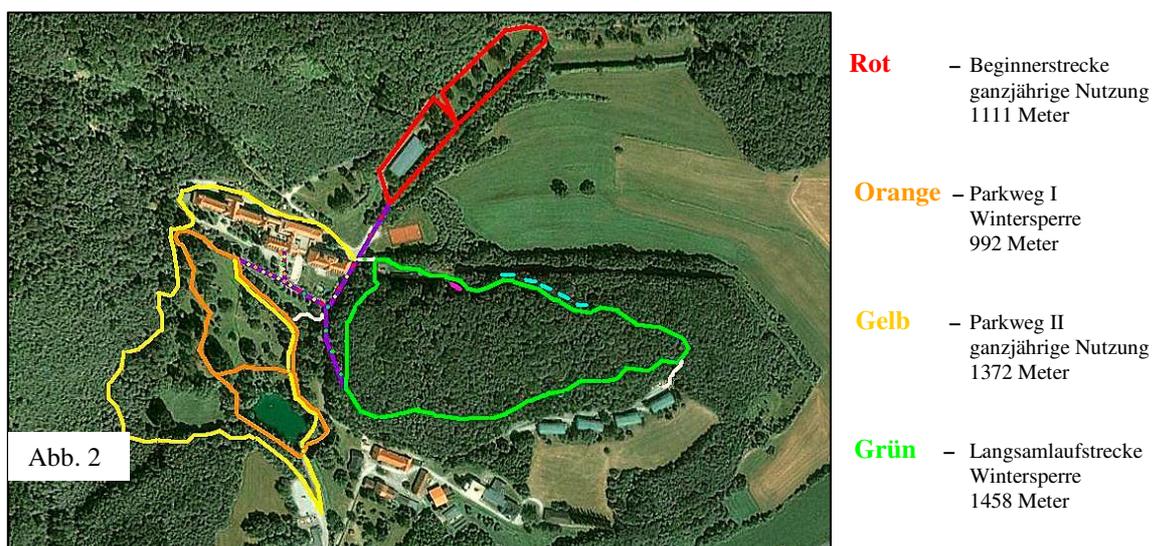
In Anbetracht vieler Komorbiditäten, die sich bei Adipositas vorfinden (prä-mature Überlastungsbeschwerden des Stütz und Bewegungsapparates, Venenleiden der unteren Extremität, arterielle Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen, Insulinresistenz bis zum manifesten Typ 2 Diabetes, Gallenleiden, Endometriumcarcinom, Dickdarmcarcinom, Schlaf Apnoe Syndrom u.v.a.) ist die Rehabilitation solcher hoch gefährdeter Personen von großer medizinischer und sozioökonomischer Bedeutung.

Um den besonderen medizinischen und pflegerischen Erfordernissen solcher Patienten während eines Rehabilitationsaufenthaltes gerecht zu werden, wurde 2009 der Beschluss gefasst, 13 Betten in 9 Patientenzimmern dieser Indikation zu widmen. Die Adipositasstation nahm mit Jänner 2010 ihren Betrieb in Phase 1 auf. Die Bettenbelegung muss durch die Patientenverwaltung vorausblickend geplant werden, um die adipösen Patienten auf die entsprechenden Zimmer legen zu können. Die

Indikation zur Aufnahme von Patienten auf die Adipositasstation ist zur Zeit wie folgt definiert: Gewicht 140 – 200(+) kg, Mobilität um zumindest gelegentlich selbstständig hygienische Maßnahmen zu setzen, kardiale Insuffizienz bis maximal NYHA Stad.II. Neben der Nähe der Bettenstation zu Einrichtungen des Pflegedienstes wegen verminderter Mobilität und erhöhten Pflegebedarf, wurde die Ausstattung der Patientenzimmer (Lattenroste, Matratzen, Sitzgelegenheiten) und Sanitäranlagen (Toilettenmuscheln, Sitzhocker in den Duschkabinen etc.) den Gewichts- und Leistungsverhältnissen angepasst.

Die pflegerischen Herausforderungen in einem solchen Patientenkollektiv können wie folgt umrissen werden: wegen minderer Mobilität sind häufig Wegbegleitungen notwendig, auch die Bereitstellung spezieller Rollstühle (Belastbarkeit und Breite) bzw. Patiententransport mittels Rollstuhl sowie der Einsatz von Rollatoren und Rollmobilen ist häufig notwendig. Die Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens ist häufiger als sonst notwendig. Die intertriginösen Hautveränderungen bedürfen einer täglichen Versorgung, in hartnäckigen Fällen ist der Einsatz der Wundmanagerin notwendig.

Das Angebot zur Erreichung der Ziel Motivation zur Gewichtsreduktion ist vielfältig und kann wie folgt gegliedert werden: 1. medizinische Betreuung inklusive Schulung, gesunde Ernährung, psychologische Begleitung und angemessene Bewegung. Das Bewegungsprogramm ist vielschichtig gestaltet, nimmt auf die Besonderheiten eingeschränkter Mobilität von Adipösen Rücksicht und läuft unter dem Motto „AKTIV statt PASSIV“. Dazu wurden vorbestehende Wege im unmittelbaren Gelände saniert, insgesamt ist ein Wegenetz von knapp 5000 m entstanden, von dem ca. die Hälfte auch im Winter benützbar ist (Abb. 2).



Unter Verwendung zusätzlicher sportiver Möglichkeiten (Heimtrainer, Hallenbad, Gymnastiksaal) werden die Patienten motiviert, nachstehende Aktivitäten zu setzen: 30 min. Nordic Walking (nach Einschulung), 3 km Wandern, 30 min. Schwimmen, 15 min. Gymnastik unter Anleitung, 30 min. Heimtrainer fahren. Es wird ein eigener Bewegungspass geführt, jede erfolgte Einheit wird im Bewegungspass mit einem „Smiley“ bestempelt, mindestens 3 Einheiten pro Woche werden angestrebt. In einer weiteren Ausbauphase ist vorgesehen, in der Parkanlage der Anstalt Outdoor-Fitnessgeräte aufzustellen, einen Barfußweg, eine Natur-Kneippanlage sowie in einem Fichtenhain eine „Ruheoase“ zur Entspannung und Reflexion einzurichten.

Der Ernährungsteil sieht eine Reduktionskost von 1000 bis 1200 Kal (fettreduziert und fettmodifiziert) pro Tag vor. Zusätzlich finden 3 Schulungseinheiten in Form von Gruppenschulungen (sowie bei Bedarf Einzelberatungen) zum Thema gesunde Ernährung statt. Diese werden begleitet von Produkthinweisen, richtiges Einkaufsverhalten und Einkaufstipps. Einmal pro Woche findet ein Kochkurs im Sinne eines Schaukochens statt, bei dem vor allem die Speisenzubereitung unter Verwendung von möglichst wenig Fett und Salz ganz im Vordergrund steht.

Einen ganz wesentlichen Faktor stellt die psychologische Begleitung dar. In 90 min. Einheiten werden in Gruppen motivationsrelevante Themen angesprochen:

1. Motivationserklärung und Motivationssteigerung für eine langfristige Gewichtsreduktion,
2. Psychoedukation zum Thema psychische Funktion des Essens bzw. des Körperumfanges,
3. Motivation zum Selbstmanagement und Vermittlung von Strategien in Bezug auf einen gesunden Ernährungs- und Bewegungsstil,
4. Reflexion der bisherigen Schwierigkeiten und vermuteten künftigen Schwierigkeiten bei der Weiterführung des erlernten gesunden Ernährungs- und Bewegungsstiles.

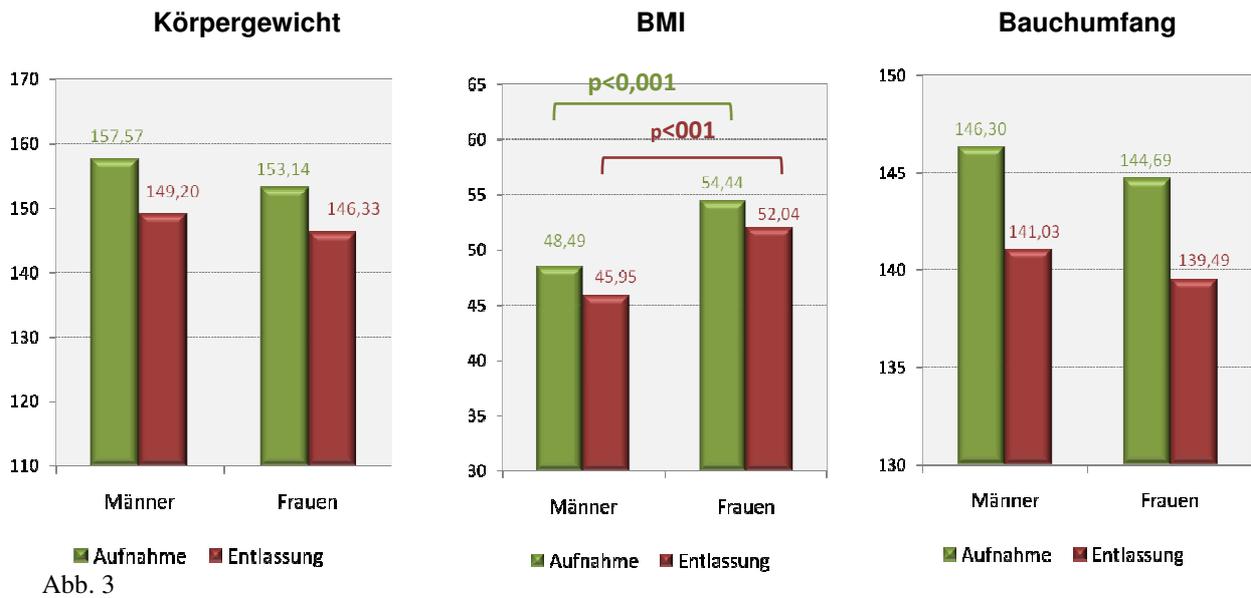
Um eine Evaluierung der Leistung der Adipositasstation zu ermöglichen, wurden eine Reihe von Variablen aufgestellt und unter Verwendung entsprechender Messinstrumente vorerst Zielwerte erstellt und ihre tatsächliche Erreichung nach 6 Monaten des Betriebes gemessen (Patientenbezogene Werte: Aufnahme vs. Entlassung). Die diesbezüglichen Ergebnisse sind in Tab. 1 wiedergegeben.

<u>Kennzahl</u>	<u>Zielwert</u>	<u>Messinstrument</u>	<u>Ergebnis</u>
Auslastung der Station	mind. 95%	Daten aus Patientenadministration	85,9 %
Gewichtsveränderung während des Aufenthaltes	Abnahme mindestens 5% des Körpergewichts	Gewichtskontrolle bei Aufnahme u. Entlassung	siehe Grafik
BMI bei Aufnahme und Entlassung	Reduktion um mindestens 2,5 Pkt.	Berechnung bei Aufnahme bzw. Entlassung (kg KG / Körpergröße <sup>2</sup> )	
Bauchumfang	Reduktion um > 5 cm (während des Aufenthaltes)	Messung in Nabelhöhe mittels Maßband	
Teilnahme am Kochkurs für adipöse Patienten	Teilnahme von mindestens 50% der Patienten	Aufzeichnung durch die Diätologin bzw. Daten aus BAP-Terminvergabe	85 %
Bewegung in der Freizeit: Nutzung des Projekts "AKTIV STATT PASSIV"	mind. 3 Bewegungseinheiten pro Woche (während des Aufenthaltes).	Stempel (Smilie) im Bewegungspass	100 %

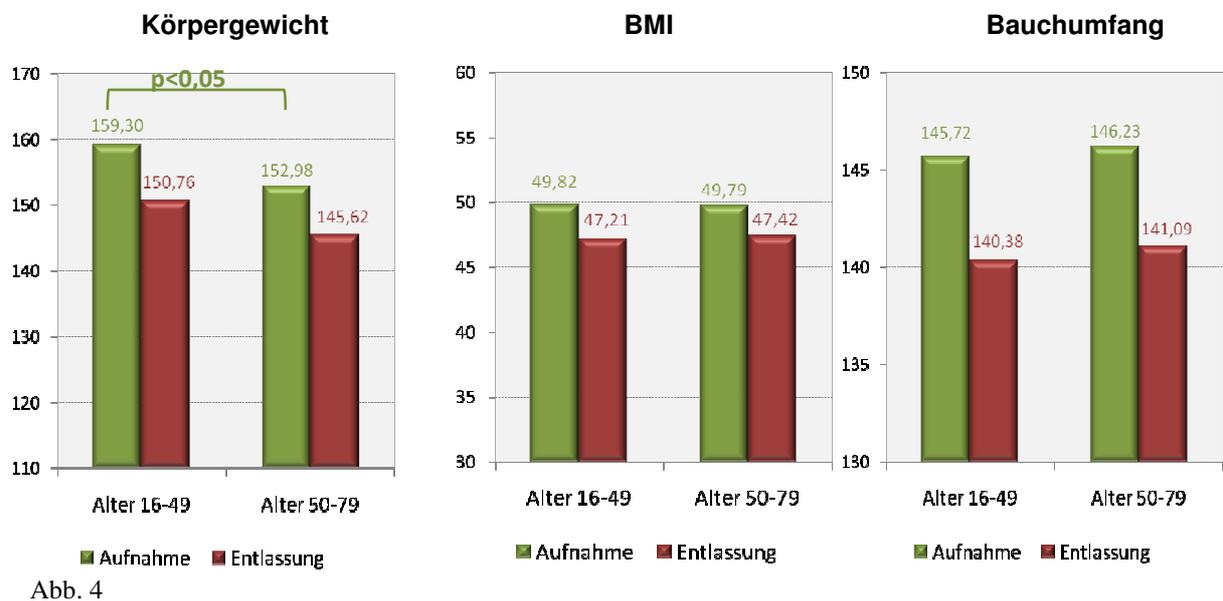
Tab. 1

Nach der Entlassung werden unter Mitwirkung der Patienten in 3-monatigen Abständen die Parameter: Gewicht, Bauchumfang, Blutfette, Blutdruck und Ruhepuls abgefragt. Die zur Zeit beobachtete Rückholquote beträgt ca. 25%. Eine statistische Auswertung steht noch aus.

Auch anthropometrische, hämodynamische und labormäßige Surrogatparameter für kardiovaskuläres Risiko wurden an den ersten 203 konsekutiven Patienten der Adipositasstation (Männer: 77,8%, Frauen: 22,2%) gemessen und vom Ludwig Boltzmann Institut für Rehabilitation interner Erkrankungen (Doz. Dr. W. Kullich, Mag.<sup>a</sup> N. Fagerer) statistisch ausgewertet. Sämtliche Parameter (Ausnahme: HDL-Chol) verbesserten sich bei Entlassung im Vergleich zur Aufnahme auf den  $p < 0,01$  Niveau. Weiters zeigte sich, dass Frauen kaum weniger wogen als Männer, wegen der geringeren Größe jedoch einen signifikant ( $p < 0,01$ ) höheren BMI aufwiesen. Der Bauchumfang war bei beiden Geschlechtern gleich. Die Reduktion der genannten Parameter war bei beiden Geschlechtern annähernd gleich (Abb. 3).



Bezogen auf das Alter waren jüngere Adipöse (23a-49a) signifikant ( $p < 0,05$ ) schwerer als ältere (50a-79a). Unterschiede in der Reduktion der drei Variablen waren nicht vorhanden (Abb. 4).



Systolischer und diastolischer Blutdruck sowie die Herzfrequenz konnten sowohl durch Trainingsmaßnahmen als auch mit medikamentöser Unterstützung gesenkt werden, wobei auffiel, dass diastolischer Blutdruck und Ruheherzfrequenz bei Aufnahme bei jüngeren adipösen signifikant ( $p < 0,02$ ) höher als bei älteren war (Abb. 5).

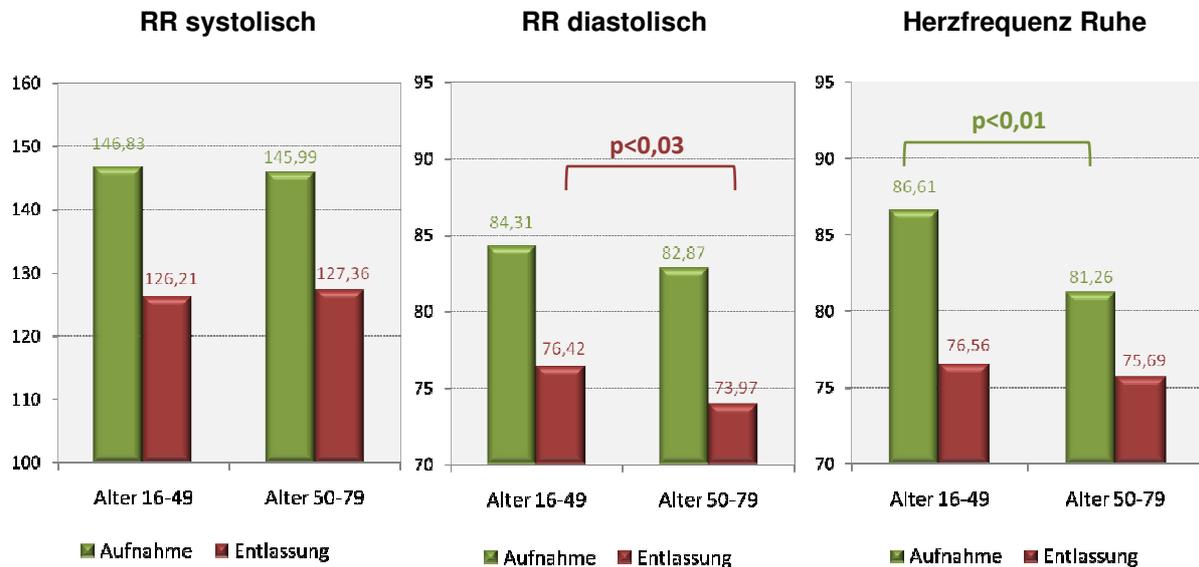


Abb. 5

Während das Gesamtcholesterin bei Aufnahme bei beiden Geschlechtern gleich war, zeigten sich bei Männer die Triglyceride signifikant ( $p < 0,05$ ) höher (Abb. 6).

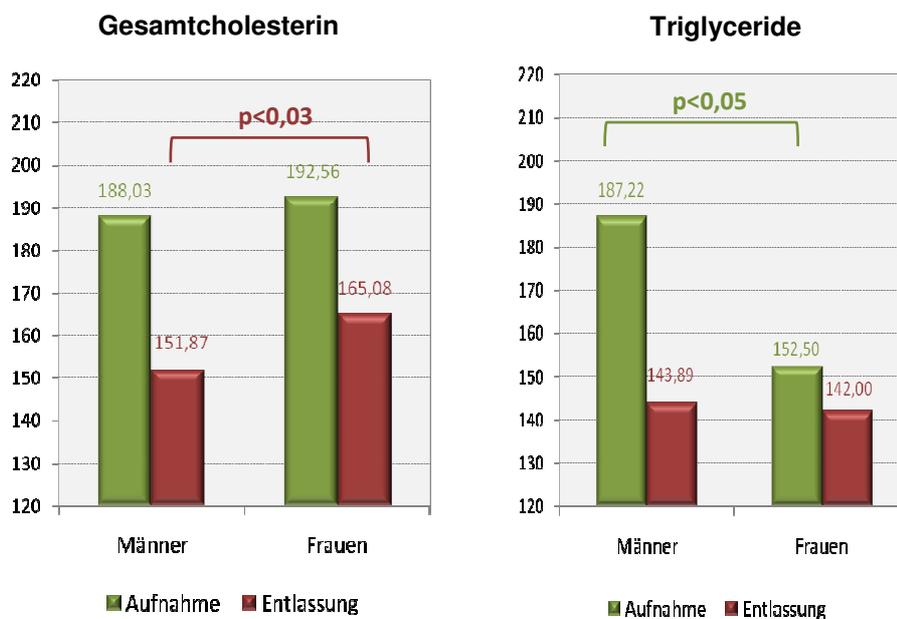


Abb. 6

Bezogen auf die beiden Altersgruppen konnten diesbezüglich keine Unterschiede gefunden werden (Abb. 7).

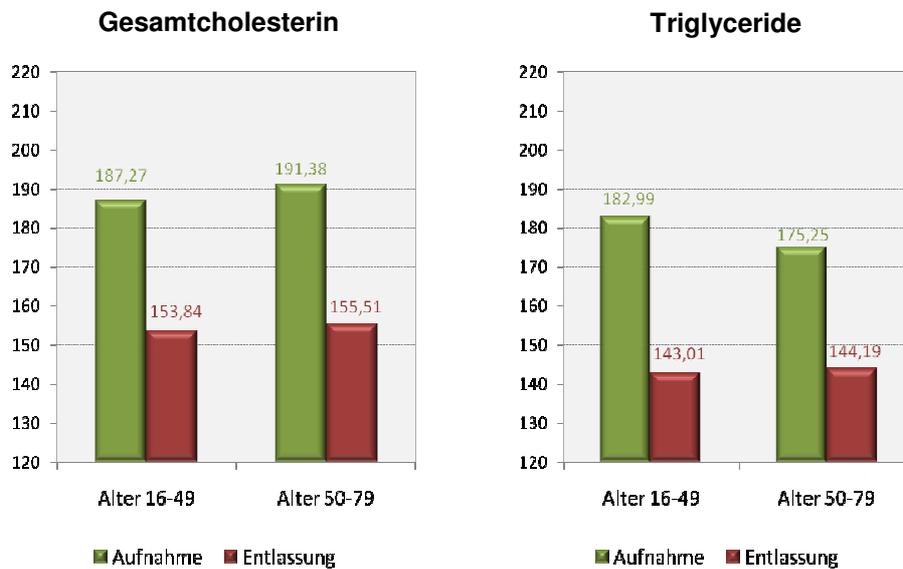


Abb. 7

Das LDL-Cholesterin konnte durch kombinierte Maßnahmen bei Männern und Frauen gut gesenkt werden. Erwartungsgemäß war das HDL-Cholesterin bei Aufnahme und bei Entlassung bei Männern signifikant ( $p < 0,001$ ) niedriger als bei Frauen und konnte in der Kürze der Beobachtungszeit nicht angehoben werden (Abb. 8).

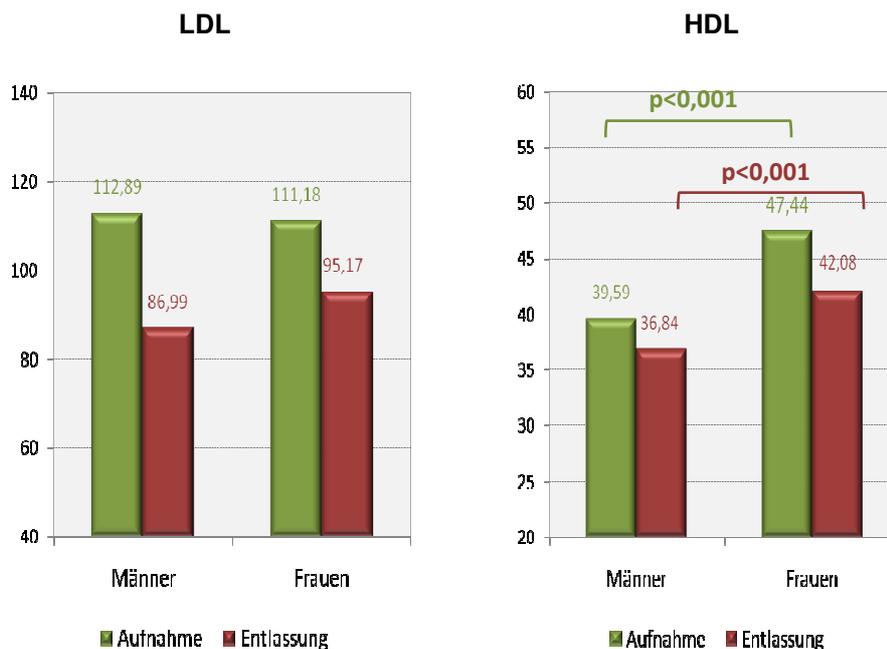


Abb. 8

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass unsere ersten Erfahrungen mit dem Betrieb der Adipositasstation recht gut sind, da mit der Reduktion des Gewichtes und der mit Adipositas verbundenen Risikofaktoren ein Anfang gemacht werden konnte. Um auch nach der Entlassung den begonnenen Lebensstil zu festigen wird derzeit Patienten aus Wien und Umgebung die Möglichkeit einer ambulanten Fortführung der Rehabilitation gegeben.

# **Onkologische Rehabilitation – Pilotprojekt im Humanomed Zentrum Althofen**

Autoren: D. Geissler, J. Klocker, U. Klocker-Kaiser

Jedes Jahr erkranken rund 36.000 Österreicher an Krebs. Sowohl die Zunahme der Malignome im Rahmen der höheren Lebenserwartung als auch der erzielte Rückgang der Krebssterblichkeit führen zu einem kontinuierlichen Anstieg an Patienten, die eine Krebserkrankung durchgemacht haben. Diese Patienten weisen zahlreiche Störungen wie krankheitsbedingte organische Defekte, psychische und therapiebedingte Störungen sowie sozio-ökonomische Beeinträchtigungen auf. Hinzu kommt, dass maligne Erkrankungen ein Rezidivrisiko aufweisen.

Durch verbesserte Früherkennung und wirksamere Behandlungen steigt die 5-Jahres-Überlebensrate aller Krebserkrankten in Österreich erfreulicherweise an. Lag die 5-Jahres-Überlebensrate 1983 noch bei 40%, so lag sie 2003 bereits bei 62%, parallel dazu nimmt auch die Zahl der Patienten die rehabilitative therapeutische Maßnahmen benötigen kontinuierlich zu.

Da die Verweildauer nach Krebsbehandlungen in öffentlichen Spitälern aufgrund des Kostendrucks immer kürzer wird, und sich die primär behandelnden Spitäler auf die Durchführung der Therapie konzentrieren müssen, steigt der Bedarf an Rehabilitationseinrichtungen im Bereich der Onkologie.

## **Indikationen für eine Rehabilitation**

Die primäre Krebsbehandlung umfasst häufig mehrere Behandlungsschritte wie z.B. Operationen, Strahlentherapien und Chemotherapien. Die Onkologische Rehabilitation kommt für Patienten in Frage, die ihre primäre Krebsbehandlung abgeschlossen haben und deren physischer und psychischer Gesundheitszustand wieder verbessert werden soll. Diese Patienten leiden an tumor- oder therapiebedingten Schäden, die durch eine Rehabilitationsbehandlung verbessert werden können. Im Rahmen des Pilotprojekts wurden in einem ersten Schritt folgende kurativ behandelten Erkrankungen ausgewählt: kolorektales Karzinom, Mammakarzinom, gynäkologischer Tumor, Hodentumor, Lymphome und Lungenkarzinom. Behandelt werden auch Patienten nach Stammzelltransplantation. Die Betroffenen leiden an Folgen der Tumorerkrankung wie Bewegungseinschränkung oder Narbenschmerzen, Nebenwirkungen der Chemotherapie wie Nervenmuskelschwäche oder Nervenschädigungen, generell an Schmerzen und Erschöpfung und an zahlreichen weiteren tumorassoziierten Problemen. Dazu kommen häufig Angststörungen und Depressionen.

## **Umfassendes Onkologisches Rehabilitationsprogramm**

Am Beginn der Rehabilitation steht eine umfassende rehabilitationsmedizinische Aufnahmeuntersuchung nach der das individuelle Therapieprogramm festgelegt wird. Die einzelnen Therapien fokussieren auf die Bereiche Organische Defekte, Psychische Komponente und Bewegungstherapie.

Bei den organischen Defekten steht die Behandlung von tumorassoziierten Komplikationen und Folgeerscheinungen wie z.B. Muskelabbau aber auch therapieassoziierte Komplikationen sowie die Optimierung der Schmerztherapie im Vordergrund.

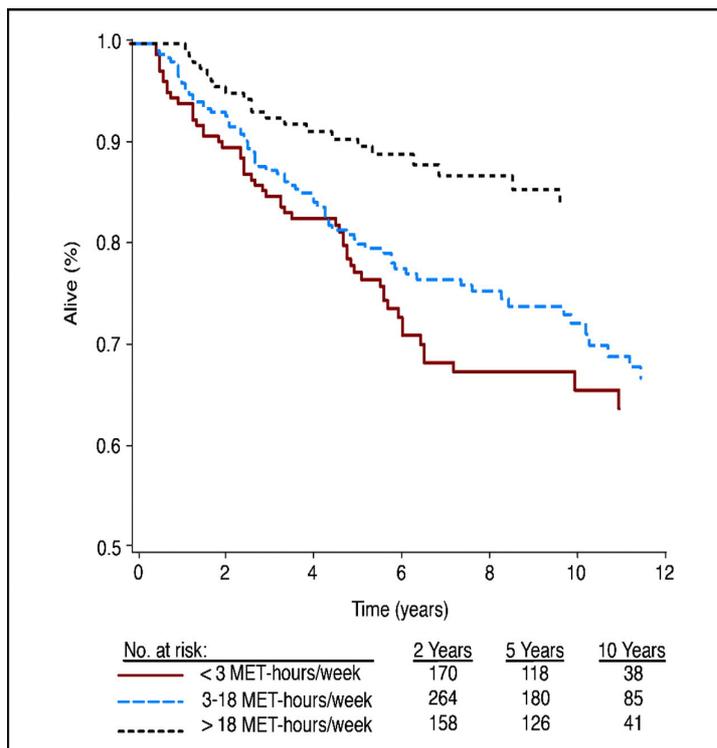
Bei der Verbesserung des Lebensstils liegt ein Schwerpunkt auf der aeroben Bewegungstherapie, tumorassoziierten Diäten und einer möglichen Reduktion von Adipositas. Gerade im Bereich der Bewegung zeigen zahlreiche Studien positive Effekte auf ein Tumorrezidiv. So konnte beispielsweise in einer Studie bei Brustkrebspatientinnen (The Nurses Health Study; Holmes M et. al.JAMA.2005) eine Reduktion von 50% Brustkrebsrezidiv +/- Tod; > 2 Jahre nach Diagnose gezeigt werden.

Auch beim Dickdarmkarzinom lässt sich bereits im Sinne einer Primärprävention eine Risikoreduktion durch Sport feststellen: 24% geringeres Risiko in Metaanalyse von 52 Studien; Risiko 0,76; 95% CI: 072-081. (Wolin KY Br.J.Ca.2009)

Darüber hinaus zeigen zahlreiche Studien auch einen positiven Effekt im Sinne einer Sekundärprävention.

## Dickdarm Karzinom – körperliche Aktivität nach Diagnosestellung

1. Meyerhardt JA et al.: JCO 2006 573 Patienten mit colorectalem Karzinom  
MET <3 / MET >18 **signifikanter Überlebensvorteil für die Bewegungsgruppe** Hazard Ratio 0,39 (95 % CI : 018 – 082)
2. Meyerhardt JA et al.: JCO 2006  
Prospektive Studie CRC Stad. III (Op.+ Chemo) 832 Pat. signifikanter Effekt auf Gesamtüberleben nach 3 Jahren  
DFS: **MET <18 : 75,1 % MET >18 : 84,5 %**



Im Bereich Ernährung und Diät zeigen wissenschaftliche Arbeiten ebenfalls den positiven Einfluss auf die Reduktion des Tumorrezidivs. So konnte Chelebrowski RT, J. Clin. Oncology 2005 für Brustkrebs nachweisen, dass ein relapsfreies Überleben durch Fettreduktion in der Nahrung ca. 20 % des täglichen Kalorienbedarfs (WINS-Study = Woman's Intervention Nutrition Study HR 0,76 (95% CI, 0,60-0,98; p=0,034) verbessert werden kann.

Die dritte Säule im Rehabilitationsprogramm stellt die psychische Komponente dar. Tumorerkrankungen stellen eine vitale Lebensbedrohung für die Betroffenen dar. Das Spektrum der psychischen Veränderungen in Zusammenhang mit der Diagnose Krebs sind neben Depressionen, Angststörungen auch Psychische Begleiterkrankungen.

Als besonders traumatisierendes Merkmal chronischer oder akuter lebensbedrohlicher Erkrankungen gilt, dass der bedrohliche Einfluss nicht aus der Außenwelt stammt, sondern aus dem eigenen Körper bzw. Körperinneren. Ziel der onkologischen Rehabilitation ist es, diesen psychisch verletzenden Zustand zu erkennen und durch gezielte Maßnahmen entgegenzuwirken. Das therapeutische Vorgehen konzentriert sich auf die Informationsvermittlung über das körperliche und psychische Trauma, Symptome und Verläufe sowie auf die medikamentöse Therapie. Es gilt aber auch das „Schlimme“ und die Gefühle des Betroffenen sachlich und einfühlsam zu benennen. In einem zweiten Schritt soll die Eigenkontrolle des Betroffenen gestärkt werden und durch Imaginationsübungen die innere Sicherheit und hilfreiche Gegenbilder zum Trauma aufgebaut werden.

### Überlebensbenefit durch Psychotherapie

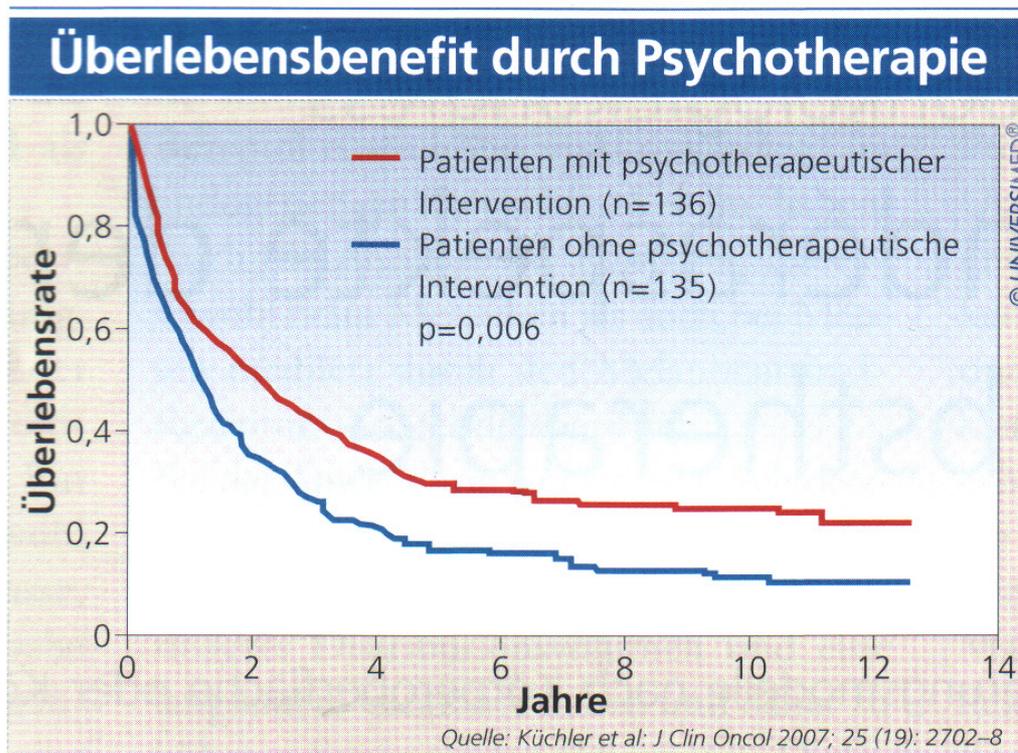


Abb.: Patienten mit psychoonkologischer Intervention zeigten im 10-Jahres-Follow-up ein signifikant längeres Überleben als die Patienten in der Kontrollgruppe

### Interdisziplinarität & Evaluation

Wichtig für den Erfolg der onkologischen Rehabilitation ist auch die Interdisziplinarität des Teams, das aus onkologisch versierten Fachärzten unterschiedlicher Fachrichtungen, Psychologen, Therapeuten, Diätologen, Ergotherapeuten, Sportwissenschaftlern und Pflegemitarbeitern getragen wird.

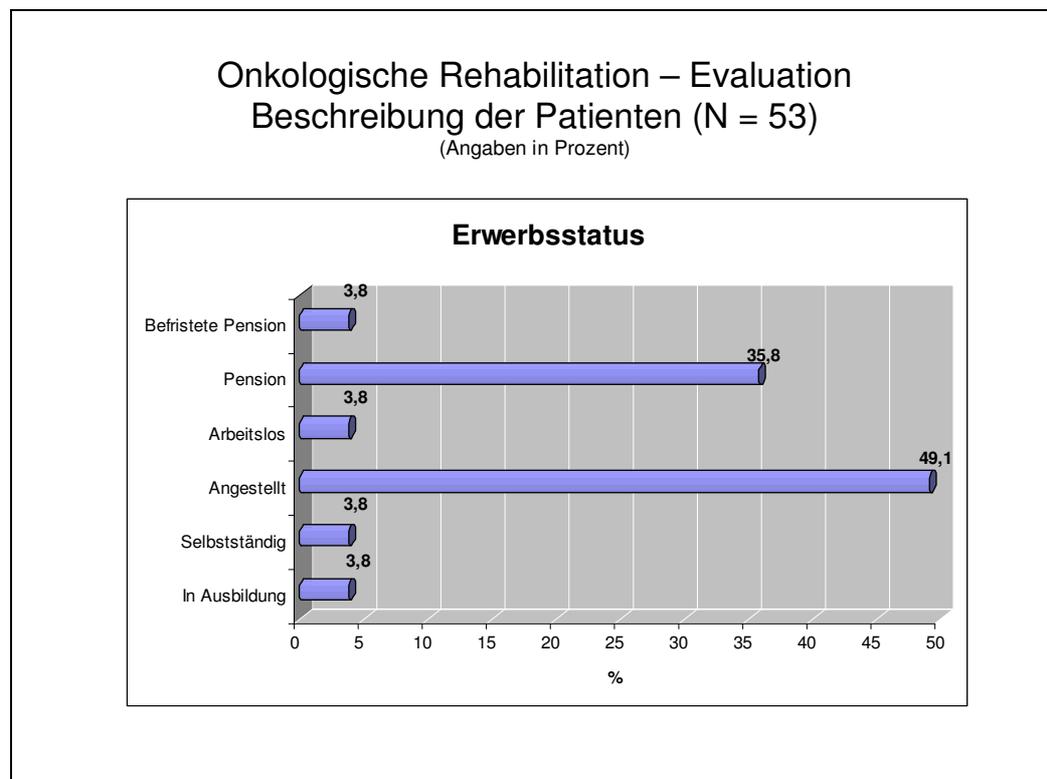
Die Onkologische Rehabilitation in Althofen ist als Pilotprojekt auf zunächst drei Jahre fixiert. Sowohl dem Humanomed Zentrum Althofen als auch der PVA ist es ein Anliegen, dieses Projekt durch wissenschaftliche Untersuchungen zu begleiten.

Diese decken 2 Bereiche ab:

- 1.) Akute Evaluierung der Rehabilitation während der Rehabilitationsbehandlung
- 2.) Beurteilung des Langzeiteffekts

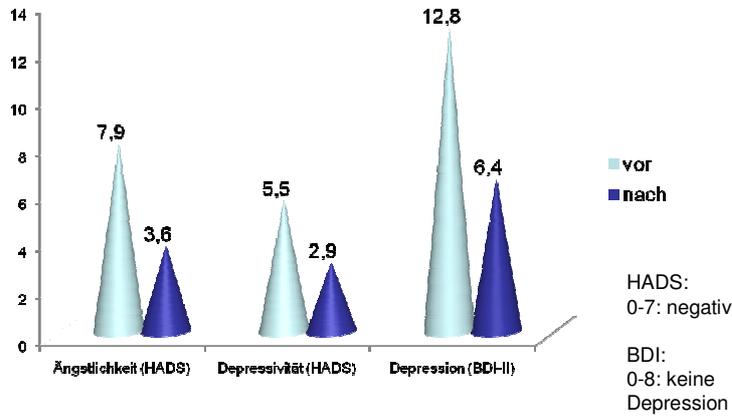
Als Partner für die Evaluation des Langzeiteffekts konnte Hr. Prof. Dr. Alexander Gaiger von der Onkologischen Universitätsklinik für Innere Medizin der medizinischen Universität Wien gewonnen werden.

In der Folge werden die die verwendeten Diagnoseinstrumente und Messergebnisse an den ersten 53 Patienten präsentiert. Es zeigt sich eine deutliche Verbesserung der evaluierten psychischen und somatischen Indikatoren. Da derzeit ca. 20 Patienten alle 3 Wochen in das onkologische Rehabilitationsprogramm aufgenommen werden, erfolgt eine genauere statistische Aufarbeitung nach Erreichen einer adäquaten Fallzahl.



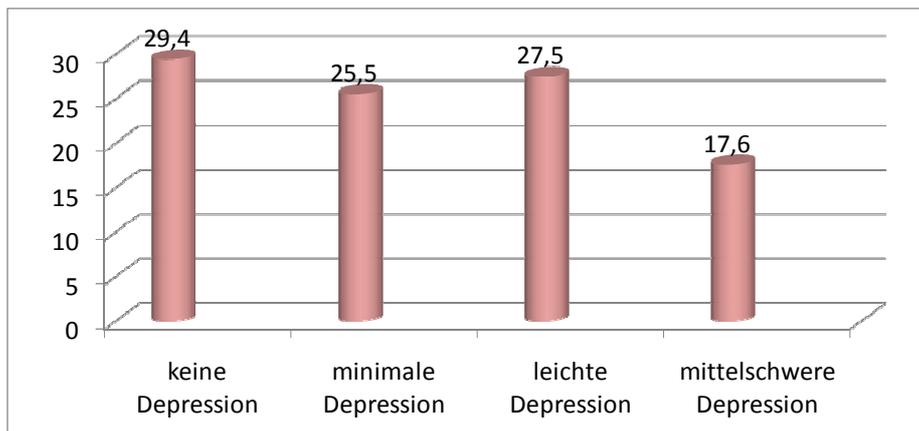
## Onkologische Rehabilitation – Evaluation

### Ängstlichkeit und Depressivität vor und nach der Rehabilitation (N=53) (Angaben in Mittelwerten)



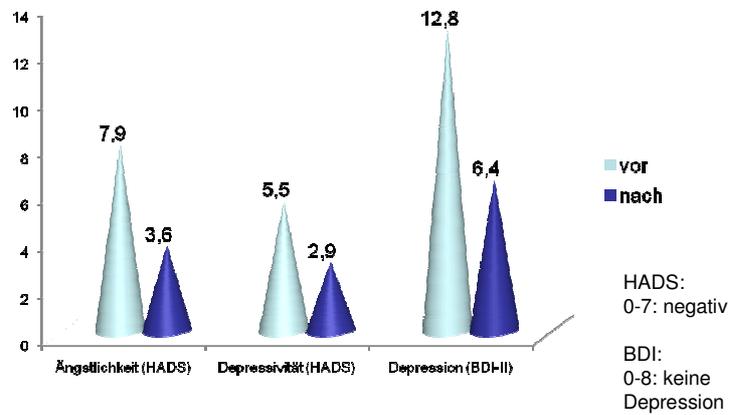
## Onkologische Rehabilitation – Evaluation

### Psychopathologie zu Beginn –BDI-II (Angaben in Prozent)



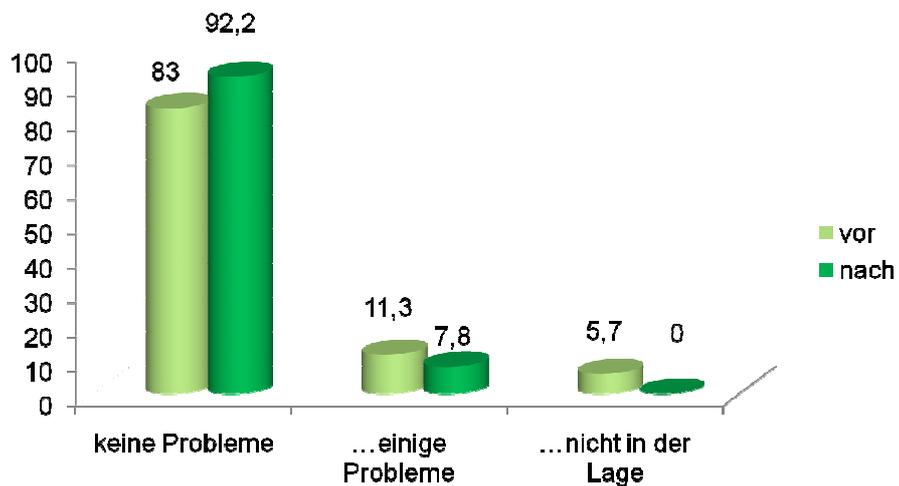
## Onkologische Rehabilitation – Evaluation

### Ängstlichkeit und Depressivität vor und nach der Rehabilitation (N=53) (Angaben in Mittelwerten)



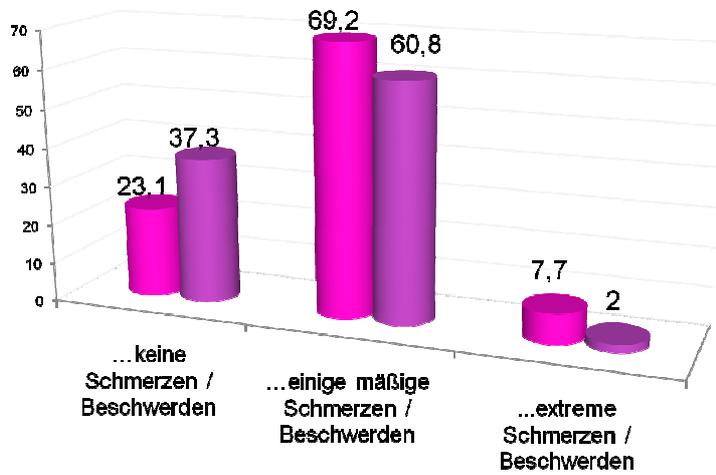
## Onkologische Rehabilitation – Evaluation

### Lebensqualität – EuroQol : Für sich sorgen



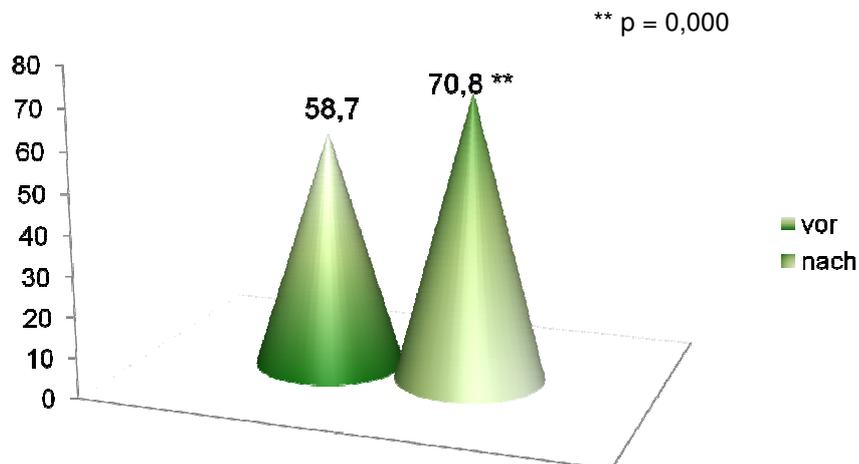
## Onkologische Rehabilitation – Evaluation

### Lebensqualität – EuroQol : Schmerzen / Körperliche Beschwerden



## Onkologische Rehabilitation – Evaluation

### Sense of Coherence: SOC – L9



# Entwicklung der ambulanten medizinischen Rehabilitation in Österreich

Autoren: R. Müller, A. Klimesch

## Einleitung

Die ambulante wohnortnahe medizinische Rehabilitation ist weltweit die vorherrschende Versorgungsform im Gegensatz zu den mitteleuropäischen Ländern Österreich, Deutschland und Schweiz, wo die stationäre medizinische Rehabilitation diese Rolle einnimmt.

Auf Grund der demografischen Entwicklung der nächsten Jahrzehnte und dem Bestreben möglichst vielen Menschen nach einem Akutereignis oder einem operativen Eingriff mit Einschränkungen der Funktion, Aktivität und Teilhabe die Möglichkeit rehabilitationsmedizinische Programme zur Leistungsverbesserung, Lebensstilmodifikation usw. anzubieten wurde in den letzten 10 Jahren die Notwendigkeit für den zukünftigen Ausbau der ambulanten Rehabilitation in Österreich erkannt.

Bei der Errichtung ambulanter Rehabilitationseinrichtungen muss unter anderem auf das Vermeiden von Doppelstrukturen und von schlecht ausgelasteten Kapazitäten geachtet werden. Sinnvoll ist daher der Auf- und Ausbau ambulanter Rehabilitationseinrichtungen in Ballungsräumen und größeren Städten, da nur hier das für die wirtschaftliche Führung erforderliche Mindestmaß an ambulanten Patienten/innen rekrutierbar ist. In Österreich verfügen neben den neun Landeshauptstädten einige andere Regionen über eine entsprechend hohe Siedlungsdichte bzw. werden im Jahr 2020 darüber verfügen (Beispiele: Kärntner Zentralraum, Südbahnachse Niederösterreich, Oberösterreichischer Zentralraum, Mur-/Mürzfurche in der Steiermark, Kufstein-Wörgl sowie Rheintal). Die Entwicklung ambulanter Rehabilitationsangebote ist daher vorerst auf diese Regionen zu beschränken.

## WHO Phaseneinteilung der Rehabilitation

Im medizinischen Rehabilitationsprozess werden gemäß WHO 4 Phasen unterschieden.

<b>Phasen Allgemein (nach WHO)</b>	<b>Begriffe</b>	<b>Strukturen</b>	<b>Dauer</b>	<b>Rechtstitel</b>
<b>Phase I</b>	Akutbehandlung Frühmobilisation Frührehabilitation	Akut-KH AG/R, RNS	bei unkompl. Verlauf 1-2 Wo.	Anstaltspflege/ Krankenbehandlung
<b>Phase II</b>	AHV Stat. Reha	Stat. Rehaeinrichtungen	3-4 Wo.	Rehabilitation
	Ambul. Reha	Ambul. Rehaeinrichtungen	4-6 Wo.	Rehabilitation
<b>Phase III</b>	Ambul.poststat. Reha	Ambul. Rehaeinrichtungen	6-12 Mo.	Rehabilitation
<b>Phase IV</b>	Langzeitsekundär- prävention Langfristige ambul. Nachsorge „Langzeitrehabilitation“	Private Einr., Vereine, Sportgr., Heimtraining etc.	Langfristig – lebenslang	Kein Rechtstitel, Durchführung in Eigenverant. Krankenbehandlung bzw. Eigenverant.
		Ggf. Einzelmaß- nahmen durch Therapeuten	Langfristig - lebenslang	

Phase II Rehabilitation erfolgt entweder im Anschluss an eine Behandlung im Akutkrankenhaus oder nach einer akuten Krankenbehandlung im niedergelassenen Bereich. Sie erfolgte in Österreich bisher grundsätzlich stationär. Nun stellt die ambulante Rehabilitation in dieser Phase unter bestimmten Voraussetzungen, auf die unten näher eingegangen wird, eine sinnvolle Alternative dar. Indikationsabhängig beträgt die Dauer eines stationären Rehabilitationsheilverfahrens 3 bzw. 4 Wochen und es sind täglich rehabilitationsmedizinische Maßnahmen mit einem Ausmaß von zumindest zwei Stunden vorgesehen. Bei ambulanten Phase II Rehabilitationsheilverfahren ist eine Dauer von 6 Wochen mit hohem indikationsabhängigen Therapieumfang an 3-5 Tagen pro Woche vorgesehen.

Die Rehabilitation in Phase III des Rehabilitationsprozesses erfolgt als Langzeitrehabilitation stets in Form ambulanter wohnortnaher Rehabilitation. Sie dient der Stabilisierung der in Phase II erreichten Effekte sowie der langfristig positiven Veränderung des Lebensstils zur Verhinderung einer Progression der bestehenden Erkrankung bzw. zur Vermeidung neuer Erkrankungen. Eine Dauer von 6-12 Monaten mit deutlich niedrigerem Therapieumfang, in der Regel an 2 Tagen der Woche, ist vorgesehen.

Grundsätzlich ist vor Absolvierung von Phase III die Absolvierung von Phase II vorgesehen.

## Entwicklung

- 1982 Eröffnung des Zentrums für ambulante Rehabilitation der Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten in Wien als erstes ambulantes Rehabilitationszentrum in Österreich.
- 1987 Eröffnung der Sonderkrankenanstalt für ambulante Rehabilitation der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft ebenfalls in Wien.
- 2000 Pensionsversicherungsanstalten der Arbeiter und der Angestellten starten Pilotprojekte im Bereich der ambulanten kardiologischen Rehabilitation mit ausgewählten Vertragspartnern betreffend die Phase III-Rehabilitation.
- 2003 Start eines Pilotprojekts zur ambulanten pneumologischen Rehabilitation in Kooperation mit einem Vertragspartner in Form der Studie: „Der Effekt von einem Jahr ambulanter pneumologischer Rehabilitation auf Patienten mit COPD“.
- 2004 Start des qualitätsgesicherten Pilotprojektes ambulante Wirbelsäulenrehabilitation Phase III mit mehreren Vertragspartnern. Später Übergang in Routineversorgung mit 8 Instituten mit unbefristeten Verträgen.
- 2007 Abschluss von Hauptverbandsrahmenverträgen für die ambulante kardiologische Rehabilitation der Phase II und der Phase III mit zunächst 7 und in weiterer Folge 8 Instituten. Derzeit befristet Verträge bis 30.04.2015.
- 2010 Die Pensionsversicherungsanstalt startet den bundesweiten Ausbau der ambulanten Rehabilitation mit Vertragspartnern in Form eines Pilotprojekts. Sukzessive Vertragsabschlüsse mit Vertragspartnern zur Durchführung von Phase II und/oder Phase III Rehabilitation in folgenden Indikationen:
- Orthopädie exklusive Wirbelsäule (Phase II+III)
  - Wirbelsäule (Phase III)
  - Pulmologie (Phase II+III)
  - Kardiologie (Phase II+III)
  - Psychiatrie (Phase II)
  - Adipositas (Phase III)
  - Neurologie (Phase III)
- Vorerst ist ein 3-jähriger Probetrieb ab Vertragsabschluss vorgesehen.
- 2010 Im November Betriebsbeginn im Zentrum für ambulante Rehabilitation der Pensionsversicherungsanstalt in Graz. Zunächst Durchführung von Phase II und Phase III Rehabilitation in folgenden Indikationen:
- Orthopädie (Phase II+III)
  - Periphere arterielle Verschlusskrankheit (Phase II+III)
  - Stoffwechsel (Phase II+III)

## Voraussetzungen für ambulante Rehabilitation

Allgemeine Rehabilitationsfähigkeit bildet die Grundvoraussetzung für jedes medizinische Rehabilitationsverfahren. Der/die Rehabilitand/in muss auf Grund seiner/ihrer körperlichen und psychischen Voraussetzungen in der Lage sein, an der medizinischen Rehabilitation aktiv teilzunehmen und mitzuarbeiten, um das Rehabilitationsziel zu erreichen.

Bezüglich Mobilität und psychischer Belastbarkeit sind die Anforderungen an den/die Rehabilitanden/in bei ambulanter Rehabilitation höher. Der/die Rehabilitand/in muss in der Lage sein ein öffentliches Verkehrsmittel zu benützen. Die wissenschaftliche Begleitforschung belegt, dass die zumutbare Fahrzeit nicht zu weit ausgelegt werden soll, da sich eine belastende Anreise ungünstig auf das Rehabilitationsergebnis auswirkt. Von der Pensionsversicherungsanstalt wurde daher festgelegt, dass sich der Wohnort bzw. Arbeitsplatz des/der Rehabilitanden/in innerhalb von 50 Kilometern vom Rehaszentrum befinden (Fahrzeit maximal 45 Minuten) muss.

Stark ausgeprägte Multimorbidität stellt eine Kontraindikation für eine ambulante Maßnahme dar. Es darf keine Notwendigkeit für pflegerische Betreuung oder ständige ärztliche Überwachung gegeben sein, die häusliche Betreuung muss sichergestellt sein. Es darf auch keine Notwendigkeit zur zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld gegeben sein. Bei ambulanter Phase II Rehabilitation muss besonderes Augenmerk darauf gelegt werden, dass sich der/die Rehabilitand/in nicht zu früh wieder beruflichem und sozialem Stress aussetzt.

Auch bei ambulanter Rehabilitation gilt das Antragsprinzip. Derzeit ist ambulante Rehabilitation bei der die Pensionsversicherungsanstalt der Kostenträger ist nur für Erwerbstätige und Bezieher/innen einer befristeten Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension vorgesehen.

## Vorteile der ambulanten Rehabilitation

Ein wesentlicher Vorteil der ambulanten Rehabilitation in gewohnter Umgebung ist die Möglichkeit ein gesundheitsförderliches Umfeld für die Erreichung der Rehabilitationsziele zu nützen.

Angehörige können leichter in Schulungsprogramme und in Lebensstilanpassungen miteinbezogen werden. Vorbehandelnde Ärzte/innen (zB Hausarzt/ärztin, Betriebsarzt/ärztin) können in die Rehabilitationskette eingebunden werden. Bereits laufende Hilfsangebote zB durch Selbsthilfegruppen können ohne Unterbrechung fortgesetzt werden. Die Initiierung von gezielten Nachsorgemaßnahmen, inklusive beruflicher

Rehabilitationsmaßnahmen, gestaltet sich aufgrund der räumlichen Nähe zum Wohnort oft einfacher. Belastungserprobungen im häuslichen Bereich und am Arbeitsplatz während der Rehabilitation werden möglich.

Versicherten mit nicht delegierbaren häuslichen Pflichten (zB Kinderbetreuung) eröffnet die ambulante Rehabilitation unter Umständen erst den Zugang zur Rehabilitation.

### Ergebnisse

Die Studie „Der Effekt von einem Jahr ambulanter pneumologischer Rehabilitation auf Patienten/innen mit COPD“ konnte zeigen, dass ein Jahr ambulante pneumologische Rehabilitation bei Patienten/innen mit COPD zu einer deutlichen Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität führt. Weiters konnte die Anzahl zusätzlicher Atemwegsinfektionen sowie die Anzahl der Hospitalisierungstage bei den Studienpatienten reduziert werden.

Die Datenauswertung des qualitätsgesicherten Pilotprojektes „Ambulante Rehabilitation von Patienten mit Wirbelsäulenbeschwerden“ bestätigte eine statistisch signifikante Verbesserung der Kraft der Rückenmuskulatur und eine ebenso signifikante Abnahme der Rückenschmerzen bei Studienteilnehmern/innen.

In einer retrospektiven Studie zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation Phase III stellte sich die Mortalität der Patienten, welche Phase III Rehabilitation absolvierten signifikant besser dar und diese Patienten waren auch bezüglich der Inanspruchnahme kardiovaskulär wirksamer Medikamente besser versorgt.

### Zusammenfassung

Die ambulante Rehabilitation stellt einen wichtigen Aspekt der Flexibilisierung der medizinischen Rehabilitation dar. Durch ein wohnortnahes ambulantes Rehabilitationsangebot kann dem unterschiedlichen Rehabilitationsbedarf verschiedener Patientengruppen besser entsprochen werden. Zusätzlich können auch Patientengruppen erreicht werden, die aus verschiedenen Gründen eine stationäre Rehabilitation nicht in Anspruch nehmen.

# Psychiatrische Rehabilitation

Autoren: W.Schöny, G.Koren, M.Peters, D.Gruber

Die Prävalenzraten psychiatrischer Erkrankungen steigen und damit deren volkswirtschaftliche Bedeutung (Kollmann & Fock-Putschi 2006). Psychiatrisch medizinische Rehabilitation wurde in Österreich im Jahr 2002 eingeführt. Die ersten Zentren wurden in Klagenfurt und im Sonnenpark Bad Hall eingerichtet. Es war notwendig, diese Form der Betreuung psychisch Kranker auch anzubieten, da die Zahl der aus psychiatrischen Gründen in Invaliditätspension gehenden Personen stark ansteigend war. Auch die Krankenstandstage wegen psychiatrischer Krankheiten sind stark ansteigend gewesen. Gleichzeitig wurden die Aufenthalte stationärer psychiatrischer Behandlungen kürzer. Dementsprechend ergab sich der Bedarf einer Rehabilitationsbehandlung bei Menschen mit schweren psychiatrischen Störungen und entsprechenden Indikationen. In den ersten Jahren konnten die in den als Pilotanstalten Tätigen die Indikationskriterien präzisieren und auch das therapeutische Vorgehen entsprechend der Notwendigkeiten anpassen. Der Bedarf medizinisch psychiatrischer Rehabilitation hat sich in den letzten Jahren noch deutlich gesteigert, sodass Zahlen erarbeitet wurden und für alle Regionen Österreichs Einrichtungen in Betrieb gingen bzw. aufgebaut werden.

## **Ziele der Rehabilitation:**

Um Menschen, die unter psychischen Erkrankungen leiden, erfolgreich zu rehabilitieren, müssen körperliche, seelische und soziale Faktoren berücksichtigt werden. Dementsprechend werden die Behandlungsprogramme den individuellen Bedürfnissen der PatientInnen angepasst und mittels interdisziplinärem Therapiezugang behandelt. Hierbei werden psychotherapeutische, psychopharmakologische, ergotherapeutische und physiotherapeutische Methoden angewandt. Dazu kommen lebenspraktische Informationen und Psychoedukation.

Vorrangiges Ziel ist die Erlangung der beruflichen und sozialen Reintegration. Damit verbunden ist auch eine Verbesserung der Lebensqualität der PatientInnen.

## **Folgende Faktoren werden speziell angesprochen:**

- Abklärung der Auswirkungen der psychischen Erkrankung auf Leistungsfähigkeit und Erwerbsleben
- Sicherung des Behandlungserfolges im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt
- Verhinderung von Folgeerscheinungen und Spätauswirkungen psychischer Erkrankungen

- Förderung von Selbstständigkeit und Eigenverantwortung und Befähigung der PatientInnen, ihre Rolle in Familie, Beruf und Gesellschaft wieder einzunehmen
- Verbesserung von Konfliktfähigkeit und Frustrationstoleranz
- Entgegenwirkung von Überlastung am Arbeitsplatz
- Abbau von Ängsten und Eröffnen neuer Lebensperspektiven
- Reduktion von Krankenstand, Krankenhausaufenthalt und Arztbesuchen
- Wiederherstellung von Gesundheit und Integration in die Gesellschaft unter möglichst hohem Grad der Selbstbestimmung

#### Psychiatrische medizinische Rehabilitation hat folgende Indikationen:

- Personen nach akut psychiatrischen Erkrankungen zur Förderung der Genesung im Rahmen einer intensiven rehabilitativen Nachbetreuung
- Personen, die von vorzeitiger Pensionierung aufgrund psychiatrischer Krankheiten bedroht sind
- Anschlussheilverfahren bei PatientInnen, die nach einem Krankenhausaufenthalt noch nicht ausreichend stabilisiert sind
- So genannte Früherfassungsfälle, d.h. PatientInnen, die vom Krankenversicherer wegen langer und gehäufter Krankenstände ausfallen werden

#### Diagnostisch sind im Prinzip alle psychiatrischen Krankheiten indiziert, mit Ausnahme von

- akut psychiatrischen Krankheiten
- akute Suicidalität
- akute Suchterkrankungen
- höherer Grad an Pflegebedürftigkeit
- PatientInnen mit schweren Orientierungsstörungen

#### Voraussetzung für die rehabilitative Behandlung ist

- Rehabilitationsfähigkeit
- Rehabilitationsmotivation
- Indikation

#### Es werden folgende Therapiemethoden angewendet:

- Fachärztliche Begutachtung und medikamentöse bzw. ärztliche Therapie
- gruppentherapeutische Methoden
- Einzeltherapie
- Ergotherapie
- kreative Therapieangebote

- aktive Physiotherapie
- Gesundheitsförderung
- Entspannungsmethoden

Die psychiatrischen Rehabilitationskliniken unterziehen sich einer begleitenden Evaluation. Es sollen im Folgenden Ergebnisse des Standortes Sonnenpark Bad Hall der pro mente reha beispielhaft angeführt werden. Es wurden bereits mehrere Evaluationsergebnisse publiziert (Haberfellner et al 2004, Haberfellner et al 2006, Haberfellner et al 2008), wobei durchwegs eine positive Wirkung der Rehabilitationsprogramme festgestellt werden konnte.

Die Studie wurde von einem interdisziplinären Forschungsteam am Institut für Soziologie der Universität Linz durchgeführt. Die Ergebnisse beziehen sich auf das Jahr 2008 mit 4 Erhebungszeitpunkten (Aufnahme – Entlassung – 3 Monate nach der Entlassung [Katamnese 1] – 1 Jahr nach der Entlassung [Katamnese 2]), einer Grundgesamtheit von 801 Befragten und folgenden Outcomevariablen:

- Die Belastung durch psychische und körperliche Symptome;
- Die gesundheitsbezogene Lebensqualität;
- Die berufliche (Re)Integration;
- Die Dauer der Krankschreibungen und der Krankenhausaufenthalte;
- Die Selbsteinschätzung des Rehabilitationserfolges durch die Patienten;
- Die Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung;

### **Psychische/körperliche Belastung und Lebensqualität:**

Die psychische/körperliche Belastung wurde mit Hilfe des Brief Symptom Inventory und die Lebensqualität mit Hilfe des WHO - Quality of Life Fragebogens erhoben. Abb. 1 zeigt die veränderte Einschätzung der Symptombelastung, gemessen mit Hilfe des BSI, und der Lebensqualität, gemessen mit der WHOQUOL-BREF, zu den einzelnen Erhebungszeitpunkten. Während des Aufenthalts, d. h. im Zeitraum zwischen Aufnahme und Entlassung, verbesserte sich sowohl die Symptombelastung als auch die Lebensqualität signifikant. Nach der Entlassung kam es zwar wieder zu einer signifikanten Verschlechterung der subjektiven Einschätzung und der Symptombelastung und der Lebensqualität, die jedoch in Bezug auf den Zeitpunkt der Aufnahme immer noch eine Verbesserung darstellt. Im Zeitraum zwischen den beiden Katamnesen konnte im Falle der Symptombelastung, jedoch nicht bei der Lebensqualität eine signifikante Veränderung beobachtet werden.

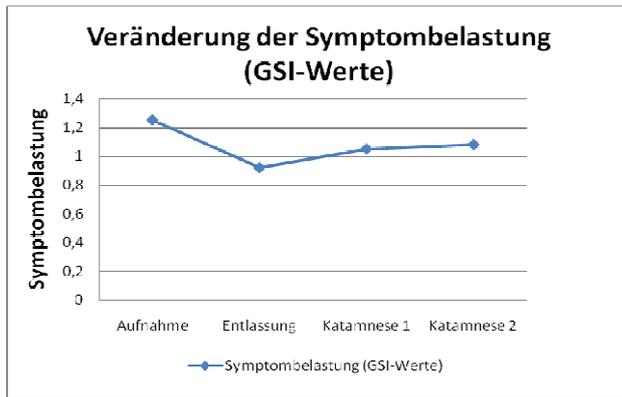


Abb. 1: Veränderung der Symptombelastung zu den vier Messzeitpunkten (GSI-Werte)

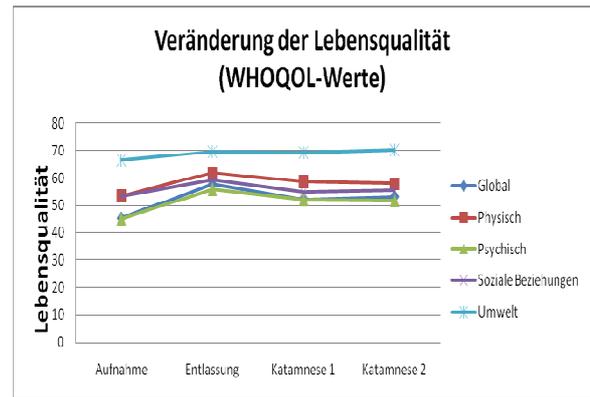


Abb. 2: Veränderung der Lebensqualität zu den vier Messzeitpunkten (WHOQOL-Werte)

### Berufliche Integration:

Abb. 3 zeigt, dass der Anteil der Berufstätigen nach dem Aufenthalt in Bad Hall von 35,0 % bei der Aufnahme auf 42,4 % bei der ersten Katamnese (bzw. 38,4 % bei der zweiten Katamnese) gestiegen ist. Gleichzeitig ging der Anteil an Arbeitslosen zurück (von 19,5 % bei der Aufnahme auf 11,9 % bei der 1-Jahres-Katamnese). Einen kontinuierlichen Anstieg gab es bei den Pensionisten.

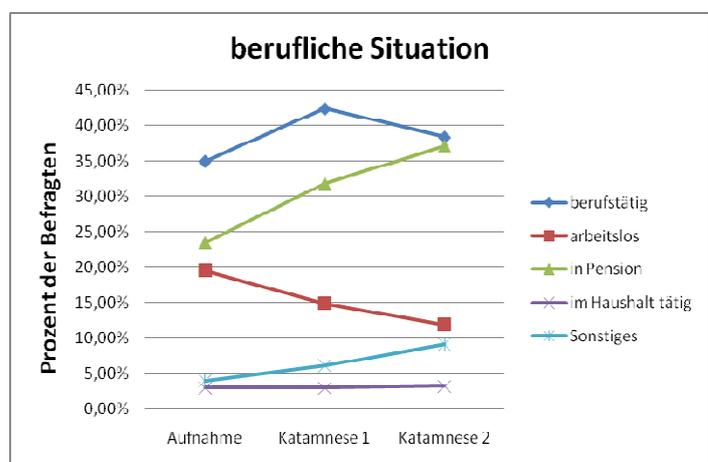


Abb. 3: Veränderung der beruflichen Situation

Ein differenzierteres Bild liefert die Tab. 1: Sie zeigt, dass von all jenen, die bei der Aufnahme berufstätig waren 78,2 % nach einem Jahr immer noch im Berufsleben standen. 7,8 % von ihnen wurden arbeitslos, 8,4 % gingen in Pension. Das bedeutet, dass jene Patienten, die zum Zeitpunkt der Aufnahme berufstätig waren, auch die besten Chancen hatten, nach der Rehabilitation wieder ins Berufsleben einzusteigen. Von jenen, die zu Beginn des Aufenthalts in Bad Hall arbeitslos waren, fanden 35,8 % wieder zurück ins Berufsleben und lediglich 26,4 % waren auch nach einem Jahr noch arbeitslos. Nur 46,7 % von den Patienten, die bereits bei Aufnahme einen Pensionsantrag gestellt hatten, waren nach einem Jahr tatsächlich im Ruhestand. 13,3 % dieser Personengruppe konnten in den Arbeitsmarkt integriert werden.

	berufstätig nach 1 Jahr	arbeitslos nach 1 Jahr	Pension nach 1 Jahr	Anderes nach 1 Jahr
berufstätig bei Aufnahme n = 179	n = 140 (78,2 %)	n = 14 (7,8 %)	n = 15 (8,4 %)	n = 10 (5,6 %)
arbeitslos bei Aufnahme n = 53	n = 19 (35,8 %)	n = 14 (26,4 %)	n = 10 (18,9 %)	n = 10 (18,9 %)
Pension bei Aufnahme n = 103	n = 2 (1,9 %)	n = 2 (1,9 %)	n = 97 (94,2 %)	n = 2 (1,9 %)
Pensionsantrag bei Aufnahme n = 60	n = 8 (13,3 %)	n = 18 (30,0 %)	n = 28 (46,7 %)	n = 6 (10,0 %)
anders bei Aufnahme n = 4	n = 1 (25,0 %)	n = 0 (0,0 %)	n = 0 (0,0 %)	n = 3 (75,0 %)
gesamt n = 399	n = 170 (42,6 %)	n = 48 (12,0 %)	n = 150 (37,6 %)	n = 31 (7,7 %)

Cramer's V = .514; p = 0,000

Tab. 1: Berufliche Stellung bei Aufnahme und berufliche Stellung bei Jahreskatamnese 2008

## Krankenstände und Krankenhausaufenthalte

Die Anzahl und Dauer der Krankenstände wurde nur für berufstätige Personen und Pensionisten erhoben, da nur diese Anspruch darauf haben. Die durchschnittliche Dauer der Krankenstände ging von 15,4 Wochen im Jahr vor der Rehabilitation auf 5,6 Wochen im Jahr nach der Rehabilitation zurück. Ähnliches gilt für die Krankenhausaufenthalte, die in der Zeit vor dem Aufenthalt in Bad Hall durchschnittlich zwei Wochen und im Jahr danach ca. eine halbe Woche dauerten. Abb. 4 verdeutlicht diese Effekte.

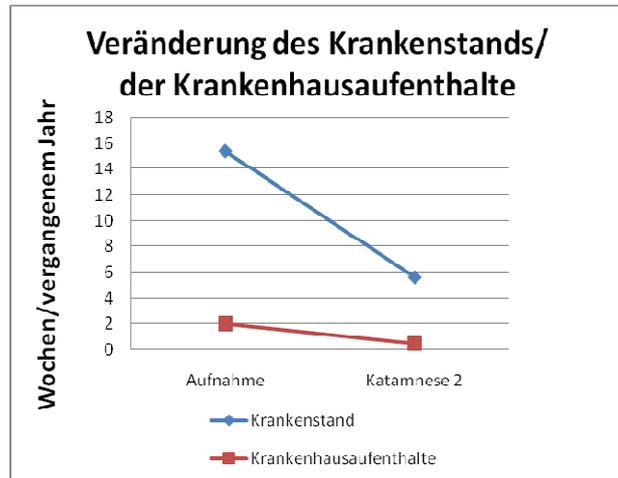


Abb. 4: Veränderung der beruflichen Situation

## Erfolg des Rehabilitationsaufenthalts

Die subjektive Bewertung der Rehabilitation erfolgte durch zwei Items. Einerseits durch die Frage nach der Bewertung des Rehabilitationserfolgs und andererseits durch die Selbsteinschätzung des Therapieerfolgs. Abb. 5 verdeutlicht, dass der Anteil derer, die den Rehabilitationserfolg als erfolgreich einschätzen im Zeitraum nach der Entlassung zunimmt.

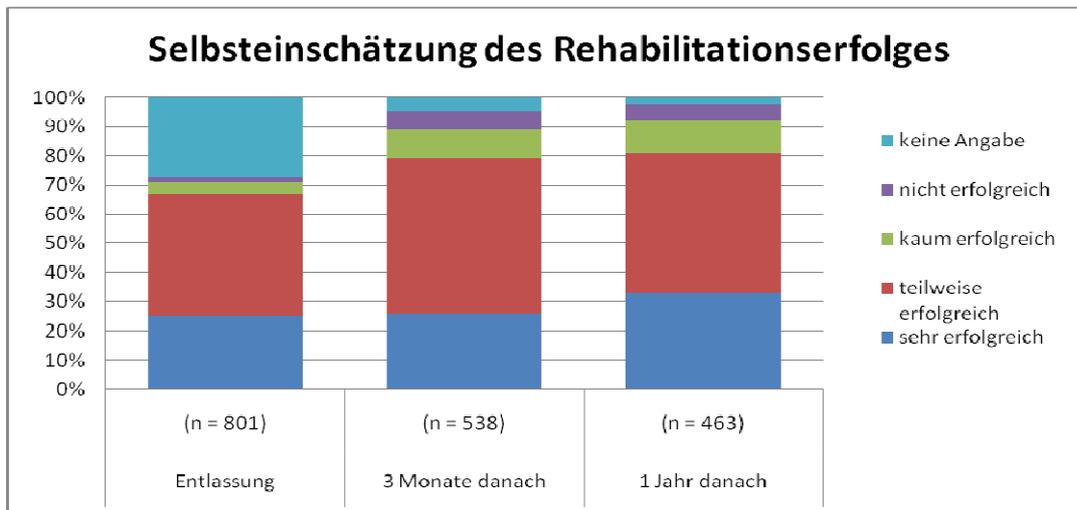


Abb. 5: Selbsteinschätzung des Therapieerfolgs (bei Entlassung, Katamnese 1 und 2)

Während bei der Entlassung 66,9 % der Befragten die Behandlungserfolge positiv bewertet haben (Kategorien ‚sehr erfolgreich‘ und ‚teilweise erfolgreich‘ gemeinsam), stieg dieser Anteil ein Jahr später auf 80,9 %. Ähnliches gilt für die Einschätzung der Therapiezielerreichung. Außerdem ist darauf hinzuweisen, dass die Patienten mit der Behandlungsqualität sehr zufrieden sind. So antworteten 49,6 %, dass die Qualität der Behandlung ‚ausgezeichnet‘ sei, und 49,6 % der Befragten, dass sie als ‚eher gut‘ zu bezeichnen ist (n = 603).

## Zusammenfassung:

Psychiatrisch medizinische Rehabilitation hat einen fixen Platz im Behandlungsangebot für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen erlangt. Es zeigt sich, dass diese Maßnahme bei entsprechender Indikation für den Verlauf und die Auswirkungen der jeweils Erkrankten einen positiven Effekt aufweisen. Die dargestellten Ergebnisse sind sehr optimistisch zu deuten, wobei aufgrund von

langen Wartezeiten und den bislang noch nicht ausreichend zur Verfügung stehenden Plätzen noch keine ideale Situation erreicht ist, d.h. viele Menschen aufgrund von Verzögerungen erst zu spät oder dann gar nicht zu dieser Maßnahme kommen können. Es finden allerdings von Seiten der Versicherer und Träger intensive Bemühungen statt, diesen Zustand zu verändern und das Angebot entsprechend dem Bedarf anzupassen. Es wird die Zukunft weisen, wie weit sich die Evaluationsergebnisse dann noch entsprechend verbessern werden.

### **Literaturliste**

- Haberfellner, Egon Michael, Judith Jungmayr , Rosemarie Grausgruber-Berner, & Alfred Grausgruber (2008). Stationäre medizinische Rehabilitation für Patienten mit psychiatrischen oder psychosomatischen Erkrankungen in Österreich – eine katamnestische Studie. In: *Rehabilitation*, 47, S. 10-16.
- Haberfellner, Egon Michael, Werner Schöny, Thomas Platz & Ullrich Meise (2006). Evaluationsergebnisse Medizinischer Rehabilitation für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen – ein neues Modell im komplexen psychiatrischen Leistungsangebot: In: *Neuropsychiatrie*, 20 (3), S. 215-218.
- Haberfellner, Egon Michael, Alfred Grausgruber, Rosemarie Grausgruber-Berner & Werner Schöny (2004). Medizinische Rehabilitation für psychisch Erkrankte im „Sonnenpark“ in Bad Hall. Ergebnisse einer katamnestischen Untersuchung nach einem halben Jahr. In: *Neuropsychiatrie*, 18 (1), S. 18-24.
- Kollmann, Ingrid & Felicitas Fock-Putschi (2006). Medizinische Rehabilitation psychisch Erkrankter in Österreich.  
In: *Soziale Sicherheit Online*. [www-Dokument]. Verfügbar unter:  
[http://www.vgkk.at/portal27/portal/esvportal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=63491&p\\_tabid=2&p\\_pubid=124721](http://www.vgkk.at/portal27/portal/esvportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=63491&p_tabid=2&p_pubid=124721)  
(Datum des Zugriffs: 6. März 2011).



# Einführung eines Rehabilitations-Informations-Systems (REIS)

Autor: H.Feldmann

## 1. EINLEITUNG

Die Pensionsversicherungsanstalt (PVA) betreibt 17 Einrichtungen für Rehabilitation sowie 1 Kurhaus. In diesen Eigenen Einrichtungen (EE) werden derzeit unterschiedliche Informationssysteme verwendet. Dabei werden die Aufzeichnungen entweder auf Papier geführt oder in ein EDV-unterstütztes System eingetragen.

Ziel des Projektes ist ein einheitliches und zentral zur Verfügung gestelltes EDV-System für den medizinischen Krankenakt in den EE der PVA einzuführen.

## 2. EINFÜHRUNG EINES REHABILITATIONS-INFORMATIONSSYSTEMS

Die PVA hat die Entscheidung getroffen, für alle EE ein einheitliches **RE**habilitations-**I**nformations-**S**ystem (REIS) einzuführen. Das Projekt REIS ist am 1. April 2010 gestartet und befindet sich in der Ausschreibungsphase.

### 2.1. Projektauftrag

Von der Projektauftraggeberin Generaldirektor-Stv.<sup>in</sup> Gabriele Eichhorn, MBA wurde der Auftrag zur Einführung einer einheitlichen und zentral zur Verfügung gestellten EDV-Lösung für den medizinischen Krankenakt in den EE der PVA erteilt. Die Plattform wird auf zentraler Hardware laufen und bereits bestehende Software-Lösungen einbinden. Durch die Implementierung des neuen Informationssystems soll eine Homogenisierung der medizinischen Informationssysteme der EE erreicht werden.

### 2.2. Ziele

Die Zielsetzungen von REIS wurden auf Basis des Projektauftrages definiert und beinhalten folgende Punkte:

- Geringer eigener Programmier- und Adaptionaufwand
- Verfügungsstellung von fertigen Abläufen im Bereich der Indikation
- Bereitstellung von Managementinformationen
- Integration von bereits funktionierenden Softwarelösungen, um organisatorische Abläufe zu vereinfachen
- Umfassende Unterstützung der alltäglichen Prozesse

- Einfach Bedienbarkeit, um die Focussierung auf die Kunden der EE optimal zu unterstützen
- Vereinfachter Austausch zwischen den EE
- Umsetzung innerhalb des vorgegebenen Zeit- und Budgetrahmens

### 2.3. Rahmenbedingungen

Für das Projekt REIS wurden nachfolgende Rahmenbedingungen vorgegeben:

- Bestehende Datenbank-Technologie (Oracle) als Muss-Anforderung
- Definition exakter Vorgaben in der Ausschreibung
- Standardisierung der Prozesse ermöglicht einheitliche Abläufe
- Hoher Integrationsgrad – nicht nur innerhalb der EE sondern in der gesamten PVA
- Ausrichtung der Lösung an einem Gesamtoptimum für die PVA
- Berücksichtigung von Unified Communication Potenziale (durch VoIP-Umstellung nach Projektabschluss)

### 2.4. Leitlinien

Das Projekt REIS richtet sich nach folgenden Leitlinien:

- Definition der Prozesse sowie deren Anforderungen in enger Abstimmung mit den EE
- Berücksichtigung möglicher künftiger Schnittstellen inkl. europäischer Normen (ELGA)
- Integration mit bestehenden Lösungen sicherstellen
- Berücksichtigung der Zielarchitektur der PVA
- Enge Abstimmung der technischen Anforderungen mit der PVA-IT

## 3. **PROJEKTORGANISATION**

Strategische Entscheidungen werden von der Projektauftraggeberin und vom Projektleitungsausschuss getroffen.

Das Projektteam besteht aus MitarbeiterInnen der Hauptstelle als auch MitarbeiterInnen aus den EE. Hierbei werden wesentliche Beiträge von den MitarbeiterInnen geliefert. Weiters wirken zusätzlich medizinische Experten aus den EE in der Auswahl des Produktes mit.

Ebenfalls wird das Projektteam durch einen externen Partner (BearingPoint GmbH) unterstützt.

#### **4. WAHL DES AUSSCHREIBUNGSVERFAHRENS**

Die Ausschreibung für das Rehabilitations-Informationssystem wird in der Form eines zweistufigen Verhandlungsverfahrens, als Verfahren im Oberschwellenbereich mit europaweiter Bekanntmachung, durchgeführt. Das zweistufige Verfahren hat sich als Vorgehensweise in komplexen Ausschreibungen bewährt und ist daher gängige Praxis.

Diese Form der Ausschreibung bietet den Vorteil einer Vorselektion im Rahmen der ersten Stufe, so dass in der zweiten Stufe nur eine begrenzte Anzahl von Angeboten detailliert geprüft und bewertet werden muss. Weiters ermöglicht die, in der zweiten Stufe vorgesehene, Verhandlung die Aufklärung von allfälligen Missverständnissen sowie eine entsprechende Optimierung des jeweiligen Angebots. Es ist zweckmäßig und üblich, die Bestbieter nach Abgabe eines Erstangebots und nach erfolgten Verhandlungen zur Abgabe eines - in Preis und Leistung nochmals optimierten - Letztangebots (Last and Best Offer - LBO) aufzufordern. Für jede Stufe wurden adäquate Bewertungskriterien festgelegt. Diese und die Bewertungsmethoden wurden in der 1. Stufe den Bewerbern beziehungsweise in der 2. Stufe den Bietern offengelegt.

#### **5. ABLAUF- UND TERMINPLANUNG**

In der Initialisierungsphase wurde auf Basis von definierten Arbeitspaketen die Dauer der Vorgänge, Aktivitäten und Meilensteine definiert. Das Projekt REIS ist am 1. April 2010 gestartet und befindet sich in der Ausschreibungsphase.

##### **5.1. Projektverlauf und Ausblick**

In der **1. Stufe** erstellten die Bewerber ihre Teilnahmeanträge. Nach der Eignungsprüfung aller Bewerber erfolgte die Auswahl der Bestbewerber.

Aufgrund eines Einspruches eines Bewerbers nach der 1. Ausschreibungsstufe, ergab sich eine Verschiebung der Meilensteine im Ausmaß von 3 Monaten. Dem Einspruch wurde nicht stattgegeben und das Bundesvergabeamt entschied zu Gunsten der PVA.

In der **2. Stufe** der Ausschreibungsphase wurden die Bestbewerber zur Angebotslegung eingeladen. Es wurden detaillierte Lösungsspezifikationen und konkrete Vorgehensmodelle gefordert. Die eingelangten Erstangebote wurden geprüft. Weiters wurden Systemdemonstrationen, Referenzbesuche und Verhandlungen durchgeführt. Danach wurden die Bewerber zur Abgabe eines Letztangebots (LBO) aufgerufen. Aufgrund der eingelangten Letztangebote wurde entschieden, eine vertiefte Prüfung durchzuführen.

Nach Ermittlung des Bestbieters erfolgt die Zuschlagsentscheidung durch Vorstandsbeschluss. Die Bieter werden über die Entscheidung verständigt und nach Einhaltung der Stillhaltefrist erfolgt die Zuschlagserteilung.

Der Beginn der Umsetzung des EDV-Systems ist im Jahr 2012 geplant.



# “Easy Living“ - das Qualitätsmanagementverfahren der PVA

Autor: H.Feldmann

## **EINLEITUNG**

Aufgrund demographischer Entwicklungen und Änderungen im Wertewandel der Gesellschaft rückt die Qualität der im Gesundheitswesen erbrachten Leistungen immer mehr in den Mittelpunkt.

Auf Bundesebene wird bereits an einer gesamtösterreichischen Qualitätsstrategie zur kontinuierlichen Verbesserung des Gesundheitswesens gearbeitet. Die Werte dieser Strategie umfassen Patientenorientierung, Patientensicherheit, Effektivität und Effizienz der erbrachten Leistungen, sowie die Gleichbehandlung aller Bürger bei Inanspruchnahme von Leistungen.

Um die Komplexität von Qualität in einem Unternehmen beherrschen zu können, erfordert es, ein ganzheitliches Qualitätsmanagement einzuführen, das Führungselemente, Arbeitselemente und qualitätswirksame Tätigkeiten miteinander verknüpft.

### **1. AUSGANGSLAGE**

In der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) wurde im April 2010 die Entscheidung getroffen, ein rehabilitationsspezifisches Qualitätsmanagementsystem in den Eigenen Einrichtungen (EE) einzuführen, um den Anforderungen des Gesundheitsmarktes auch zukünftig gerecht zu bleiben.

Aus dem vorhandenen Marktangebot an rehabilitationsspezifischen Qualitätsmanagementsystemen wurde ein System ausgewählt, welches am besten den Bedürfnissen der Sonderkrankenanstalten (SKA) der PVA entspricht: das QMS-Reha®. QMS-Reha® ist ein Qualitätsmanagementsystem, das von der Deutschen Rentenversicherung-Bund speziell für den Bereich der medizinischen Rehabilitation entwickelt wurde. Dieses QM-System wurde am 12.01.2010 von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation als rehabilitationsspezifisches Qualitätsmanagementsystem anerkannt und ist in den Kliniken der Deutschen Rentenversicherung-Bund bereits erfolgreich implementiert.

## **2. ZIELSETZUNG**

Um einen optimalen organisationsinternen Ablauf bei der Einführung des Qualitätsmanagementverfahrens QMS-Reha® in den EE zu gewährleisten, hat sich die PVA das Ziel gesetzt, ein eigenes Verfahren zu entwickeln. Dieses Verfahren, mit dem patentrechtlich geschützten Namen „Easy Living“, soll eine einfache, unkomplizierte Umsetzung, sowie ein leichtes Leben eines Qualitätsmanagements ermöglichen.

Der Name des Verfahrens „Easy Living“ symbolisiert dessen Grundidee:

Schnelligkeit, Einfachheit und Erfolg

Es steht für flexibles, vorausschauendes Handeln aller Beteiligten, fokussiert den Menschen und fördert die Kommunikation, sowie eine positive Einstellung zu Veränderungen.

Die Ziele des Verfahrens lassen sich wie folgt zusammen fassen:

- zielgruppengerechtes Handeln
- Triebfeder für Verbesserungen ist der eigene Serviceanspruch der Mitarbeiter
- hohe Akzeptanz des Qualitätsmanagements bei allen Beteiligten
- nachhaltige Sicherung der Servicequalität durch eine gute Organisation

### **2.1. Die Komponenten des Verfahrens**

Im Gegensatz zu den meisten Standards und Normen adressiert „Easy Living“ mit seinen Vorgaben direkt die umsetzende Person und regelt die Freiräume, die diese in der täglichen Arbeit haben. Das Kernstück von „Easy Living“ beinhaltet die Eigenverantwortung und den Willen aller Beteiligten die Arbeitsabläufe kontinuierlich zu verbessern und zu optimieren.

Umgesetzt wird das Verfahren durch folgende Kern-Komponenten:

- Patientenorientierung
- Service
- Organisation
- Doppelter kontinuierlicher Verbesserungsprozess
- Eingliederung einer zertifizierbaren Norm

#### **2.1.1. PATIENTENORIENTIERUNG**

Die Zielgruppe ist der Patient, dieser steht bei „Easy Living“ im Mittelpunkt. Im Qualitätsmanagementverfahren der PVA werden fünf Bereiche unterschieden, von

denen jeder Bereich für sich einen wichtigen Teilaspekt bei der Betreuung der Patienten übernimmt. Die Bereiche gliedern sich wie folgt:

- Ärztlicher Bereich
- Infrastruktur
- Pflege
- Therapie
- Verwaltung

Nachdem keiner dieser Bereiche isoliert zum bestmöglichen Wohle des Patienten beitragen kann, soll das Wir-Gefühl und die Kommunikation mit Hilfe von „Easy Living“ gestärkt werden.

### 2.1.2. SERVICE

Ein Service bezeichnet eine Leistung und deren Erbringungsqualität. Die Services werden im ersten Schritt aus dem medizinischen Leistungskatalog abgeleitet und können im zweiten Schritt durch individuelle Angebote der SKA ergänzt werden.

Die Erfüllung der vorgegebenen Services aus dem medizinischen Leistungskatalog wird durch ein zentrales Berichtswesen überwacht. Die restliche Einhaltung der Services wird durch die jeweilige Führung gesteuert und überwacht.

Für eine leichte Handhabung bei der Serviceerhebung werden durch die Hauptstelle „Service Steckbriefe“ den SKA zur Verfügung gestellt.

### 2.1.3. ORGANISATION

Damit die Servicequalität erreicht werden kann, ist eine Organisation notwendig. Diese Organisation besteht bei „Easy Living“ aus den Kategorien: Aufbauorganisation, Prozessen, und Ergebnissen.

Die Aufbauorganisation beinhaltet alle Definitionen und Beschreibungen die direkt mit dem Aufbau der PVA und der SKA, sowie mit der Personalstruktur und den Kompetenzen der Mitarbeiter zusammenhängen. Alle bisher gültigen Dienstanweisungen, Stellenbeschreibungen und ähnliche Richtlinien behalten ihre Gültigkeit, auch der Dienstweg ist wie bisher einzuhalten.

Die Prozesse beschreiben definierte oder gelebte Arbeitsabläufe. Um Synergien zu nutzen werden Prozesse von der Zentrale zur Verfügung gestellt. Diese können von der SKA innerhalb des vorgegebenen Rahmens erweitert und verbessert werden.

Zur Erfüllung der Anforderung nach „Easy Living“ müssen Prozesse nur dann detailliert beschrieben und formal dokumentiert werden, wenn ein versprochenes Qualitätsniveau eines Services nicht erreicht wird. Des Weiteren werden Prozesse im Detail dokumentiert, wenn dadurch Wissen vermittelt werden soll oder wenn es sich bei den Prozessen um SKA-spezifische (=skizzierte) Arbeitsabläufe handelt.

#### 2.1.4. DOPPELTER KONTINUIERLICHER VERBESSERUNGSPROZESS (KVP)

Unter einem KVP versteht man die kontinuierliche und in kleinen Schritten stattfindende Verbesserung von Prozessen durch die Mitarbeiter.

Bei „Easy Living“ optimiert jeder Bereich seine Arbeitsabläufe permanent auf zwei Ebenen, nämlich auf der Ebene der Services und der Ebene der Organisation. Ausgangspunkt für die Verbesserung stellt zumeist ein nicht erreichtes Service dar.



Die Spirale symbolisiert die Dynamik, mit der das Modell gelebt wird. Ausgehend vom Service-Anspruch der Patienten wird die Organisation optimiert. Während des Durchlaufes des doppelten KVPs wird eine Änderungszahl vergeben, anhand derer erkannt werden kann, wann die letzte Anpassung des Services oder eines Elementes der Organisation stattgefunden hat. Auf diese Weise wird das Qualitätsmanagement der PVA zum lernenden System.

#### 2.1.5. EINGLIEDERUNG EINER NORM

„Easy Living“ stellt das Rahmenwerk für das Optimierungsstreben der SKA dar. QMS-Reha stellt eine anerkannte, zertifizierbare Norm dar, die mit „Easy Living“ einfach implementiert werden kann.

### **3. PROJEKTORGANISATION**

Die Einführung des Qualitätsmanagements in der PVA wird im Rahmen eines Projektes durchgeführt. Das operative Projektteam besteht aus drei internen Mitarbeitern und wird von einem externen Beraterteam unterstützt. Ziel ist es, ein einheitliches Qualitätsmanagement in allen EE bis Mitte 2013 implementiert zu haben.

Startschuss für das Projekt war die Unterzeichnung des Kooperationsvertrages mit der Deutschen Rentenversicherung-Bund im Juni 2010 betreffend QMS-Reha®. In einer anschließenden Analysephase wurde QMS-Reha® auf dessen Umsetzbarkeit in unseren EE geprüft. Daraus resultierte die Idee ein eigenes Verfahren zur Implementierung von QMS-Reha®, welches speziell auf die Bedürfnisse unserer SKA abgestimmt ist, zu entwickeln.

Die Entstehung dieses bedarfsgerechten Verfahrens zur Implementierung eines rehabilitationsspezifischen QM-Systems wurde seitens der Auftraggeberin Frau Generaldirektor-Stv.<sup>in</sup> Gabriele Eichhorn, MBA unterstützt und befindet sich in der theoretischen Endphase.

Zur Durchführung der Vorarbeiten im Rahmen von QMS-Reha®, sowie zur Prüfung der Anwendbarkeit des Verfahrens „Easy Living“ in der Praxis, stehen dem Projektteam die SKA-RZ Laab im Walde und SKA-RZ Bad Aussee zur Seite. Diese bringen ihre Erfahrungen und ihr Wissen aus der Praxis ein und helfen so, das Verfahren von Beginn an zu erproben und zu optimieren, bevor es Anfang des zweiten Quartals 2012 sukzessive in allen SKAs eingeführt wird.



# Steuerungs- und Budgetierungssystem der Eigenen Einrichtungen (BUSTE)

Autor: V.Patzka

## Zum Projekt

Die Pensionsversicherungsanstalt (PVA) betreibt 18 Eigene Einrichtungen (EE), davon 15 stationäre Sonderkrankenanstalten (SKAs) und 1 Kurhaus sowie 2 Zentren für ambulante Rehabilitation.

In der Vergangenheit erfolgte die Steuerung der SKAs überwiegend auf Basis eines kameral orientierten Budgetierungssystems. Bereits im Jahr 2010 wurden erste Schritte in Richtung Einführung eines Globalbudgets gesetzt.

Im Auftrag von Frau Generaldirektor-Stv.<sup>in</sup> Gabriele Eichhorn, MBA wurde im Bereich der Verwaltung der SKAs ein Projekt implementiert, mit der Aufgabe, das bestehende Budgetierungs- und Steuerungssystem weiter zu entwickeln. Dabei wurde das Projektteam der PVA von einem externen Berater, der ICG Integrated Consulting Group GmbH, unterstützt. Das Projekt mit dem Namen „BUSTE“ wurde im Zeitraum Mitte 2010 bis März 2011 abgewickelt.

## Projektziele

- Stärkung der Eigenverantwortung der kollegialen Führung in den SKAs
- Erhöhung der Transparenz über Handeln und Ergebnisse in den SKAs
- Verbesserung des gemeinsamen Budgeterstellungprozesses
- Einführung einer Ergebnis- und Wirkungssteuerung
- Konzeption eines einfachen und nachvollziehbaren Anreiz- und Sanktionssystems, das folgende Aspekte unterstützen sollte:
  - effiziente Budgetnutzung
  - effektive Leistungserstellung
  - Förderung von Wirkungsorientierung und Innovation
  - Berücksichtigung der Schnittstellen zur geplanten Einführung des QM-Systems
- Qualifizierung der Betroffenen in den relevanten Themenbereichen
- Entwicklung eines Umsetzungs-Grobkonzeptes

## **Neues Steuerungsmodell**

Das neue Steuerungssystem beinhaltet folgende Ausprägungen: Erstellung von Leistungskontrakten und Berichtswesen, die Einführung eines Globalbudgets und ein Anreizsystem.

### **Leistungskontrakte und Berichtswesen**

Hierbei ist die Vereinbarung von quantitativen und qualitativen Zielen gemeint, ebenso wie die Erstellung und Bekanntgabe von Quartalsberichten.

### **Anreizsystem**

Im Rahmen des Projektes wurde ein Anreizsystem entwickelt, das folgende Ziele unterstützt:

- effiziente Budgetnutzung
- effektive Leistungserstellung
- Förderung von Wirkungsorientierung und Innovation

Konkret setzt sich das Anreizsystem aus den folgenden Komponenten zusammen:

- Ergebnisprämie
- Qualitätsprämie
- Prämie für Innovation
- Prämie für besonderes Engagement

Im Folgenden werden die Prämien näher erläutert.

## **Ergebnisprämie/Globalbudget**

### **Globalbudget-NEU für Eigene Einrichtungen**

Durch die Weiterentwicklung der Globalbudgetierung wurden wesentliche Schwächen des bestehenden input-orientierten, jährigkeitsbezogenen Budgetierungssystems überwunden. Die wesentlichen Elemente des Globalbudgets-Neu stellen sich wie folgt dar:

- Zuweisung einer “globalen” Netto-Gesamtsumme (Globalbudget) für ausgewählte, durch die Kollegialen Führungen (KOFÜ) maßgeblich beeinflussbare Einnahmen- und Ausgabenpositionen:
  - Sonstige Erträge
  - Sachaufwand
  - Medizinischer Aufwand
  - Verpflegung
- Primärer Fokus der Zielvereinbarung ist der Budgetsaldo
- Keine Mittelbindung nach Inputkategorien
- Das Globalbudget bedingt eine Leistungsvereinbarung
- Mehrjährigkeit (Budgetplanung für 2 Jahre)
- Darüber hinaus wurde noch die Möglichkeit der Bildung einer Rücklage für nicht ausgeschöpfte Investitionen eröffnet.

Die Ergebnisprämie wird ausgeschüttet, wenn das vereinbarte Budgetziel (Globalbudget) übererreicht wird. Für die Ermittlung und Ausschüttung wurden folgende Rahmenbedingungen festgelegt:

Eine Prämie von maximal 25 % des positiven Unterschiedsbetrages wird gewährt, wenn

- das Jahresgesamtergebnis über alle EE in Summe erreicht wird
- das vereinbarte Ergebnis unterschritten wurde
- das Unterschreiten aufgrund der Managementleistung erreicht wurde
- das Gesamtziel für die EE für die 2 Planjahre nicht gefährdet ist
- 0,5 % des Globalbudgets nicht überschritten werden (Obergrenze)

Nicht verwendete Prämien des Vorjahres fließen in das aktuelle Ergebnis ein. Der Betrachtungszeitraum für die Ergebnisprämie ist das Geschäftsjahr.

## **Qualitätsprämie**

Für die Ermittlung der Qualitätsprämie wurden Kriterien für die unterschiedlichen Kompetenzbereiche der SKAs festgelegt.

Es wird dabei differenziert in:

- Medizin
- Pflege
- Verwaltung
- Eigene Einrichtung gesamt

Die Ermittlung der Prämie erfolgt nach einem sogenannten „Scoring-Modell“: Je nach Grad der Erfüllung der Kriterien werden bis zu 10 Punkte vergeben und diese mit Kriteriengewichten multipliziert. In Summe ergibt sich ein Erfüllungsgrad je Bereich (Medizin, Pflege, Verwaltung) und über die gesamte Einrichtung. Der Erfüllungsgrad entspricht dem Anteil an der maximal zu erreichenden Qualitätsprämie.

Folgende Kriterien sind derzeit Teil der Qualitätsprämie:

### **Entlassungsbericht**

Die PatientInnen sollen den Entlassungsbericht direkt bei Abreise erhalten beziehungsweise soll der Bericht innerhalb von drei Werktagen nach Entlassung versendet werden. Für die Bewertung wird ein Durchschnittswert über einen längeren Zeitraum herangezogen.

### **Rehabilitationsziele**

Mit allen PatientInnen sollen verbindliche Vereinbarungen über ihre Rehabilitationsziele getroffen werden. Am Ende des Aufenthalts erfolgt die Evaluierung der vereinbarten Ziele.

### **Tagestherapiezeit**

Es sollen die laut Leistungsprofil festgelegten Tagestherapiezeiten erreicht werden.

### **Gruppengröße**

Im Bereich der Heilgymnastik sollen die vorgegebenen Gruppengrößen eingehalten werden.

## **Pflegeanamnese**

Die Durchführung des Pflegeanamnesegesprächs soll innerhalb von 48 Stunden nach der Aufnahme erfolgen. Hier ist bereits ein sogenannter „Pflegeanamnesebogen“ im Einsatz.

## **Pflegevisite**

Pro Monat sollen zwei Pflegevisiten durchgeführt werden.

## **Verpflegskosten**

Die vorgegebene Wertspanne pro Verpflegstag soll eingehalten werden. Diese Kennzahl ist bereits seit Jahren Bestandteil des Steuerungssystems.

## **Wartungsroutinen**

Die vorgegebenen Wartungen sind zeitgerecht durchzuführen beziehungsweise ist deren Durchführung zu veranlassen.

## **PatientInnenzufriedenheit**

Mit Hilfe eines Fragebogens wird die Zufriedenheit der PatientInnen über ihren Aufenthalt ermittelt. Ziel ist es, den Durchschnittswert über alle SKAs des Vorjahres zu unterschreiten. Die Werte werden für die Bereiche Medizin, Pflege und Verwaltungs- bzw. Hotelkomponente ermittelt.

## **MitarbeiterInnenbefragung**

Die Zufriedenheit der MitarbeiterInnen an ihrem Arbeitsplatz wird einmal jährlich mit Hilfe eines Fragebogens ermittelt. Hierbei zählt als Prämiengrundlagen im ersten Schritt die Rücklaufquote.

## **Fehlzeiten der MitarbeiterInnen**

Es soll der Durchschnitt des Vorjahres unterschritten werden.

## **Prämie für Innovation und Engagement**

### **Ziele und Eckpunkte**

Ziel des Projektes war es, neben qualitativen und quantitativen Kriterien auch die Aspekte Innovation und Engagement in den SKAs zu fördern. Dazu können von den

SKAs Vorschläge eingereicht werden, über dessen Prämierung ein definiertes Bewertungsgremium entscheidet.

### **Prämie für Innovation**

Innovation ist die Einführung:

- eines neuen oder deutlich verbesserten Produkts oder Prozesses
- einer neuen Marketingmethode oder
- einer neuen Organisationsmethode von
  - Geschäftspraktiken
  - Arbeitsorganisation oder
  - Beziehungen nach außen

Diese Prämie wird z.B. vergeben für:

- Verbesserung von Abläufen
- Qualitätssteigerung
- Erhöhung der Wirtschaftlichkeit
- Verbesserung von Betriebsklima und Arbeitsplatzgestaltung
- Maßnahmen zu Corporate Social Responsibility

### **Prämie für außergewöhnliches Engagement**

Diese Prämie wird z.B. vergeben für:

- Vorbildhafte Bewältigung besonderer Herausforderungen (z.B. große Umbauten)
- Gestaltung der Weiterentwicklung der EE
  - z.B. Sammlung von Erfahrungen mit neuen Instrumenten oder Verfahren als Piloteinrichtung
  - Studien
  - Projekte
- Besondere Führungsqualitäten
  - Change Prozesse
  - Krisenmanagement

### **Prämienverwendung**

Über die Verwendung der Prämien für Innovation und Engagement entscheiden die kollegialen Führungen in den SKAs. Die Prämien können beispielhaft für folgende Zwecke herangezogen werden:

- Maßnahmen zur Verbesserung des Betriebsklimas und der betrieblichen Gesundheitsförderung
- Kleinere Anschaffungen (im Rahmen der Beschaffungsrichtlinien)
- Weiterbildungsveranstaltungen u. dgl.



Aus dem Projekt „Invalidität im Wandel“ des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz“ (BMSK) aus dem Jahre 2008 wurde im Zeitraum 01.04.2009 bis 30.06.2010 ein Pilotprojekt zwischen Arbeitsmarktservice (AMS) und Pensionsversicherungsanstalt (PVA) durchgeführt, an dem die Landesstellen Wien und Niederösterreich der PVA sowie das AMS-Niederösterreich mit allen Geschäftsstellen und 4 regionale Geschäftsstellen aus dem Bereich des AMS-Wien teilnahmen. Ziel dieses Projektes war es, für das AMS und die PVA verbindliche Gutachten gemäß § 8 Arbeitslosenversicherungsgesetz (AIVG) zu erstellen. In der Vergangenheit wurde die Arbeitsfähigkeit, die eine der wesentlichen Anspruchsvoraussetzungen für den Bezug von Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe ist, im Auftrag des AMS von diversen Vertrags- bzw. Amtsärzten erstellt, an deren Ergebnis die PVA bei nachfolgendem Antrag auf Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension nicht gebunden war. Mit der neu gewählten Vorgangsweise sollten die von der PVA für das AMS erstellten Gutachten dazu führen, dass Doppelbegutachtungen vermieden werden und das AMS ein verbindliches Leistungskalkül samt Empfehlung von Rehabilitationsmaßnahmen erhält, während die PVA sich aufwendige administrative Pensionsfeststellungsverfahren erspart, wenn die medizinische Begutachtung Arbeitsfähigkeit attestiert.

Die Gutachten sind in ihrer Gesamtheit 6 Monate lang ab dem Untersuchungstag gültig, sodass im Falle einer nachfolgenden Antragstellung auf eine BU/IV-Pension diese Gutachten als Grundlage der Entscheidung hinsichtlich Zuerkennung oder Ablehnung einer Pensionsleistung dienen. Auf Grund des Erfolges des Pilotprojektes erfolgte mit 01.07.2010 die österreichweite Ausrollung der Kooperation zwischen AMS und PVA. Im ersten Jahr der Kooperation „Gesundheitsstraße“ wurden insgesamt 3.985 Anträge bei der PVA gestellt und davon 3.508 erledigt. In 653 Fällen wurde Arbeitsunfähigkeit (18,6%) und in 2.445 Fällen (69,7%) Arbeitsfähigkeit bei der ärztlichen Begutachtung festgestellt. In 410 Fällen wurde weder eine positive noch negative Entscheidung über die Arbeitsfähigkeit abgegeben (sonstige Erledigung).

In Hinblick auf die gegebene Verweisbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bei der überwiegenden Zahl der Fälle, wurde seitens der PVA bisher keine berufliche Rehabilitationsmaßnahme empfohlen, da seitens der Chefärztlichen Dienste der PVA

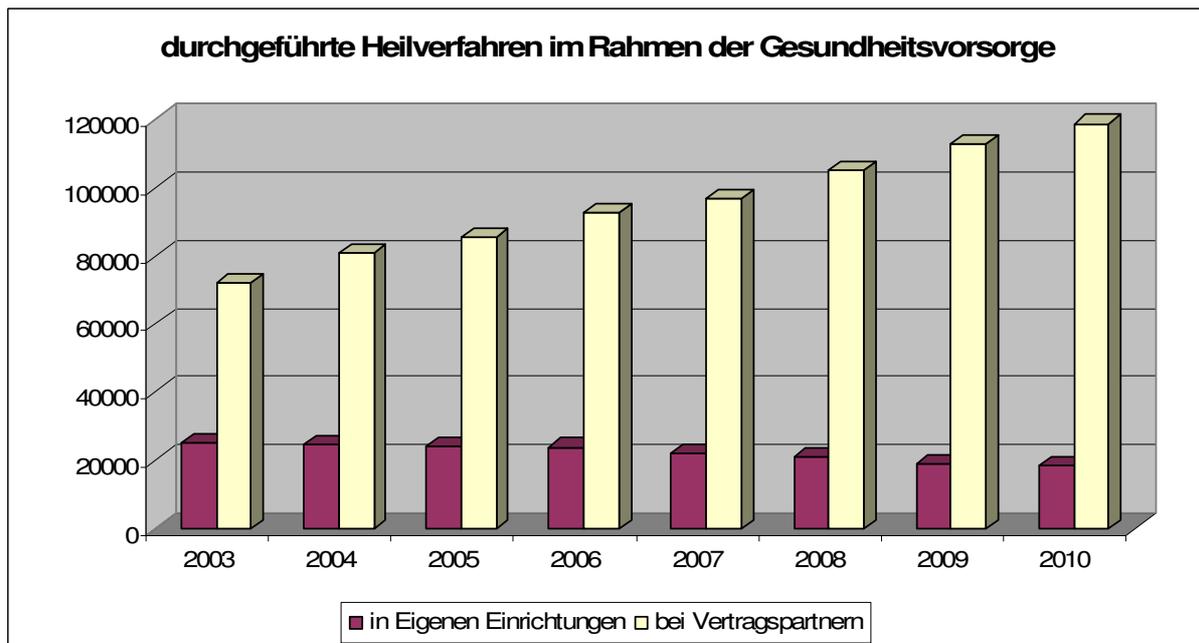
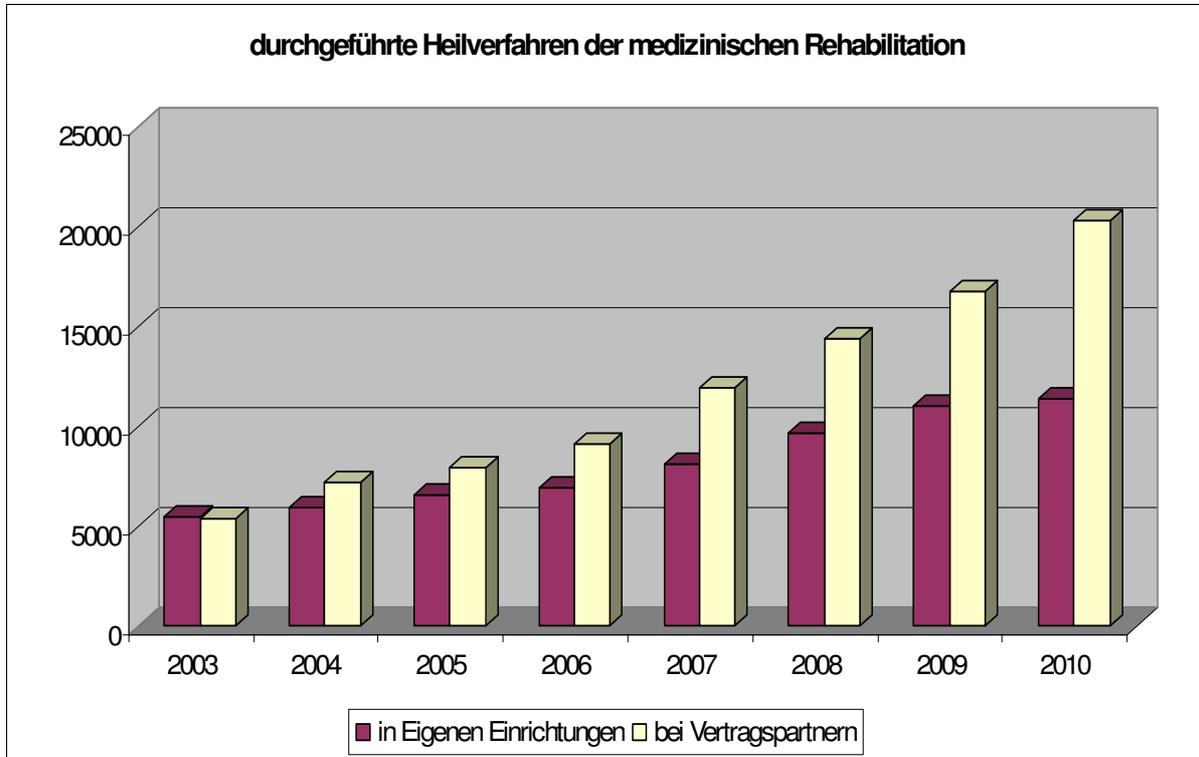
berufliche Rehabilitationsmaßnahmen nur bei Bestehen eines Berufsschutzes vorgeschlagen werden, während bei unqualifizierten ArbeiterInnen Schulungs- und Eingliederungsmaßnahmen seitens des AMS anhand des vorliegenden Leistungskalküls unter Berücksichtigung der regionalen Arbeitsmarktsituation eingeleitet werden.

Im Sinne einer optimierten Kooperation zwischen AMS und PVA bei der „Gesundheitsstraße“ ist künftig ein vermehrtes Augenmerk auf die Rehabilitationsnotwendigkeit und Rehabilitationsfähigkeit im Rahmen der Feststellung der Arbeitsfähigkeit zu legen.

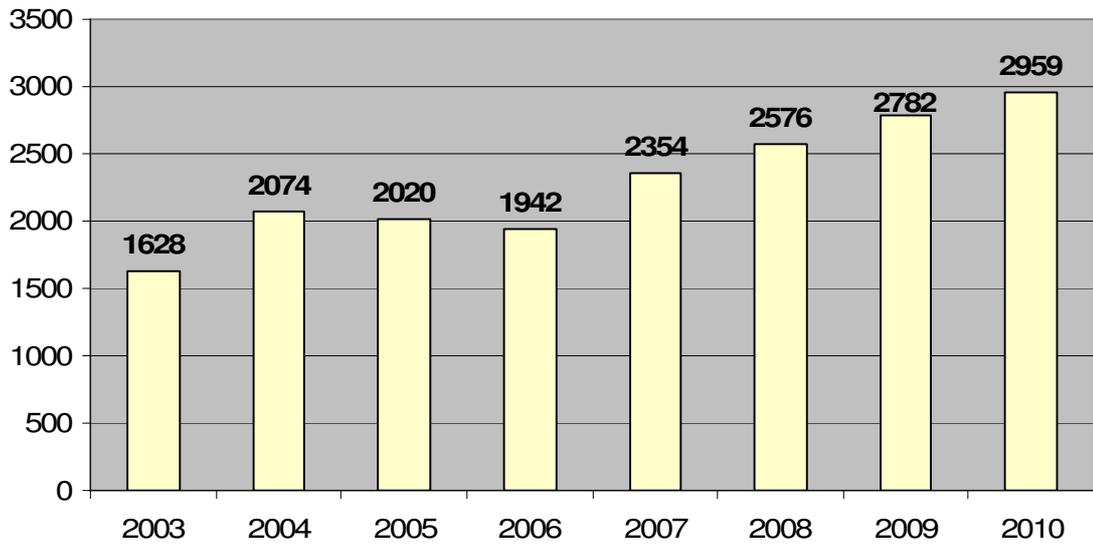


# Statistische Werte der PVA zu „Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation“

Quelle: Jahresberichte 2003 – 2010 der PVA

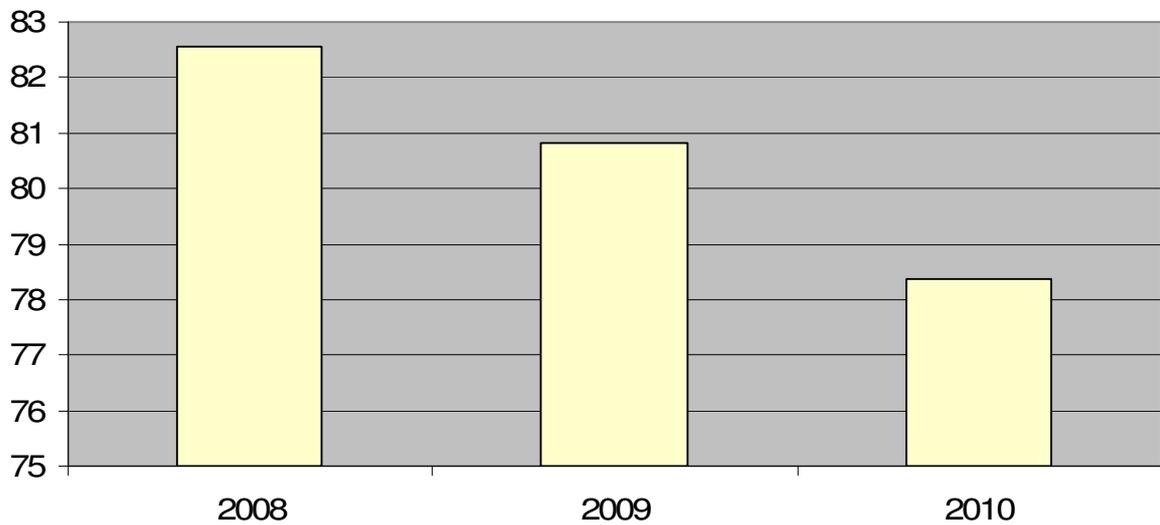


### bewilligte Verfahren der beruflichen Rehabilitation

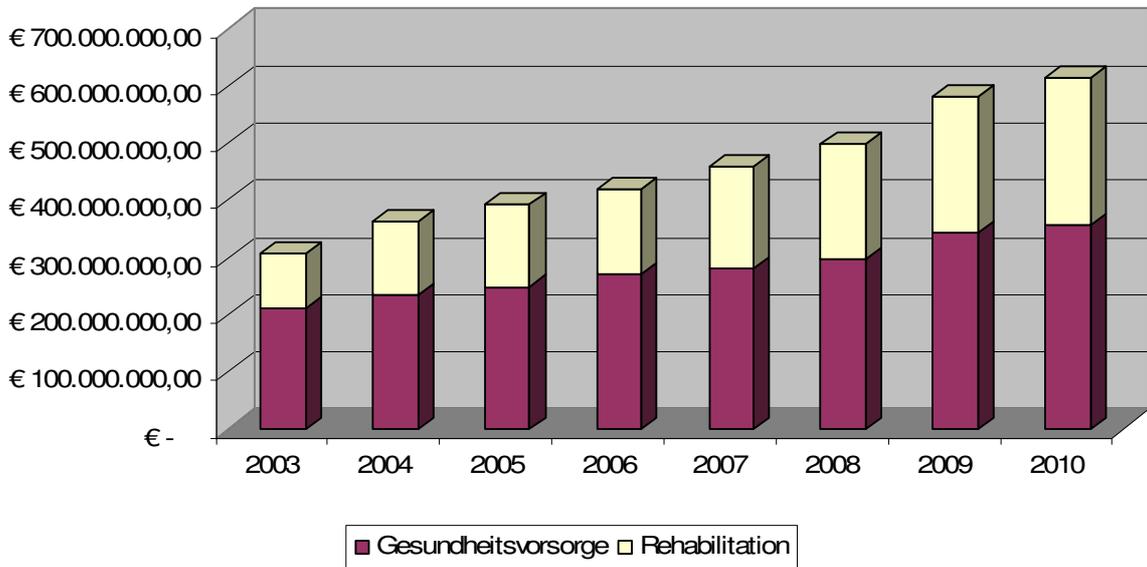


### davon erfolgreich absolviert (in %)

*(Zahlen ab 2008 verfügbar)*

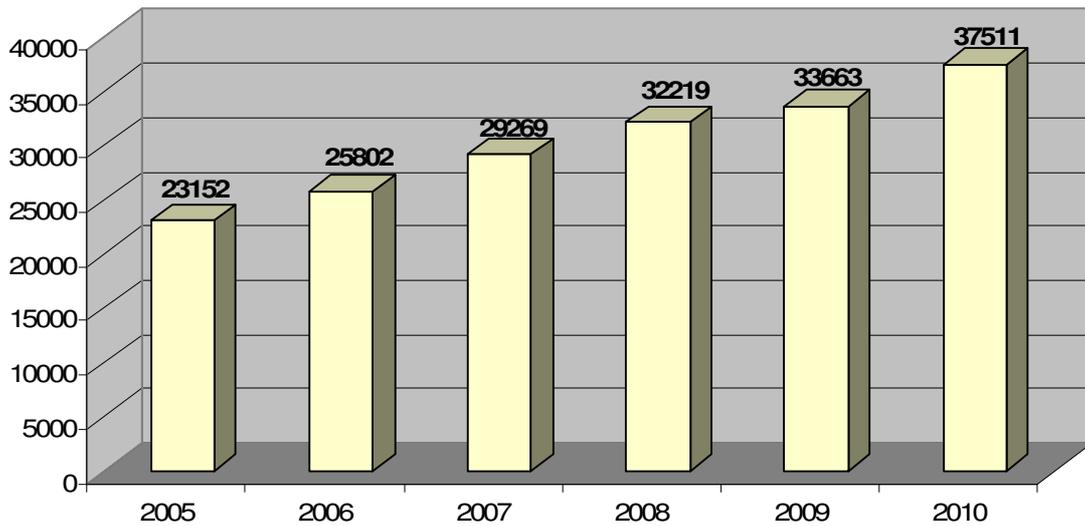


### Ausgaben für Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation

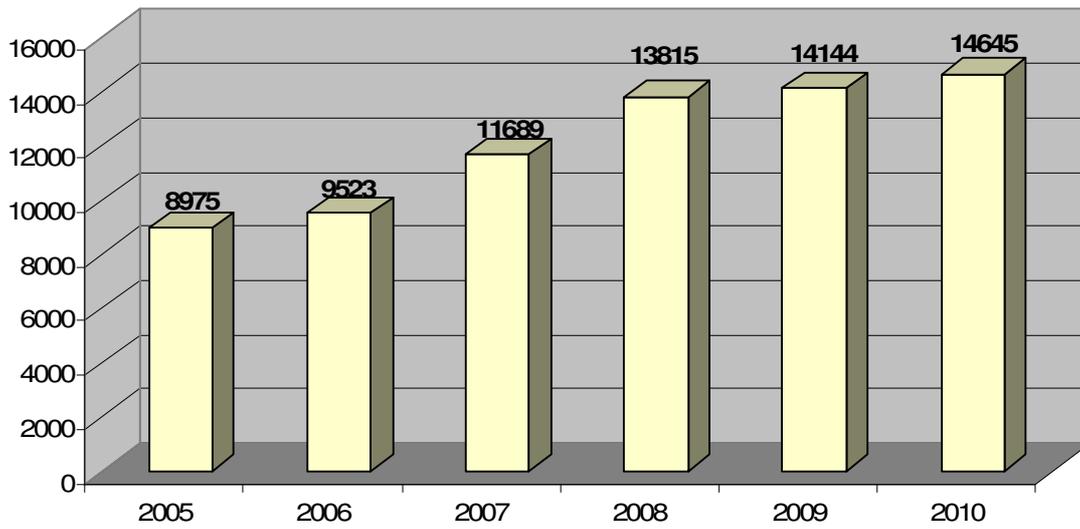


### Rehabilitation Entwicklung der Indikation

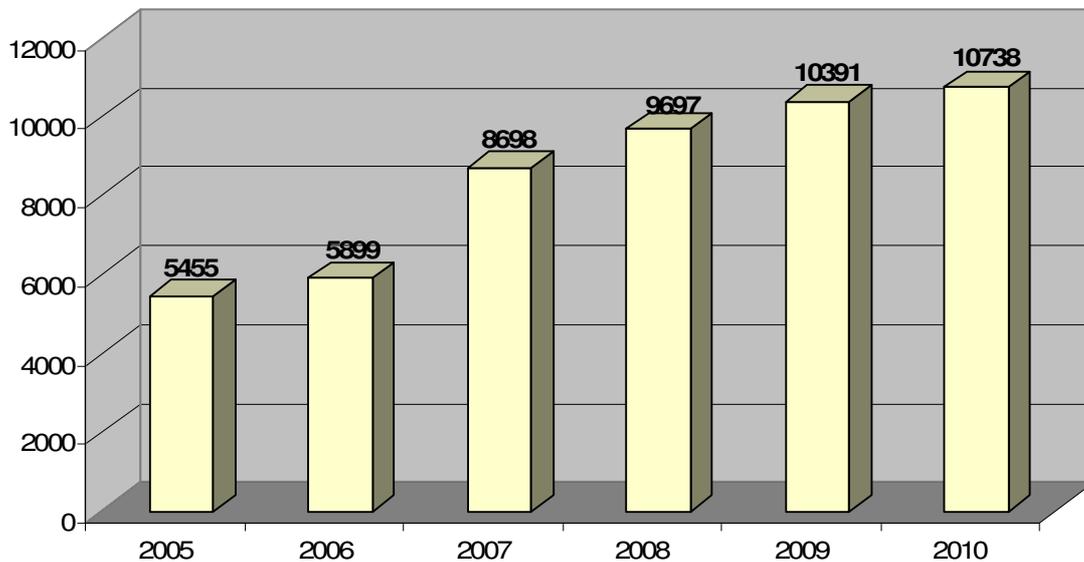
#### "Stütz-/Bewegungsapparat und Orthopädie"

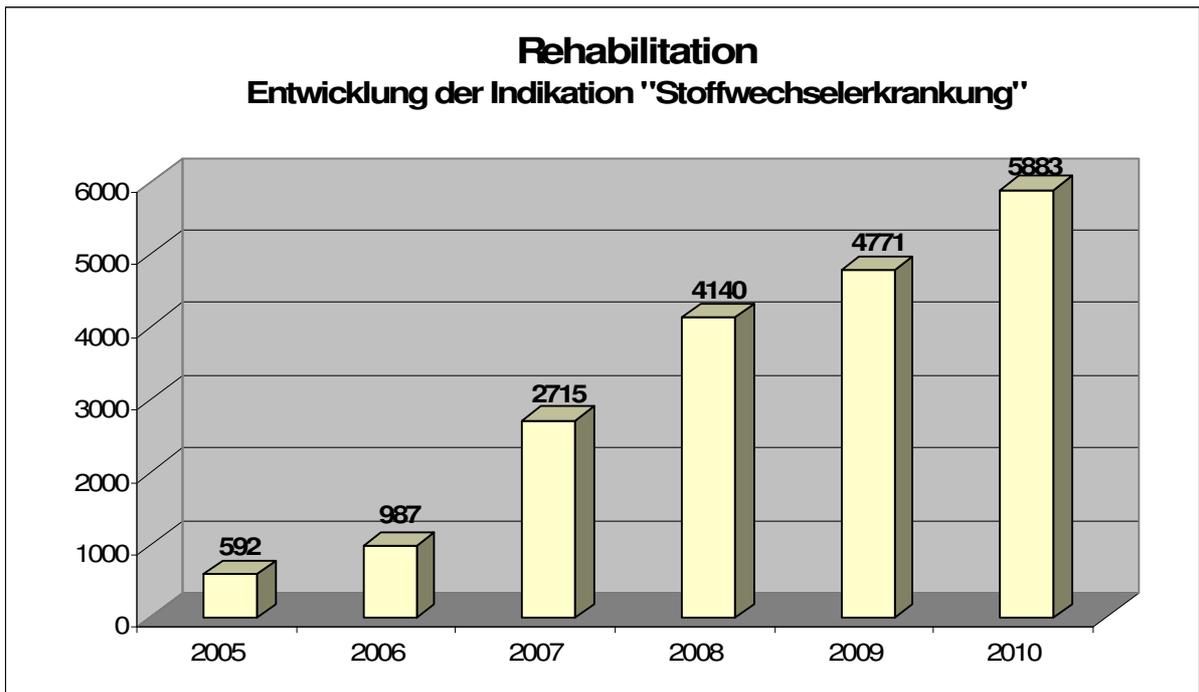
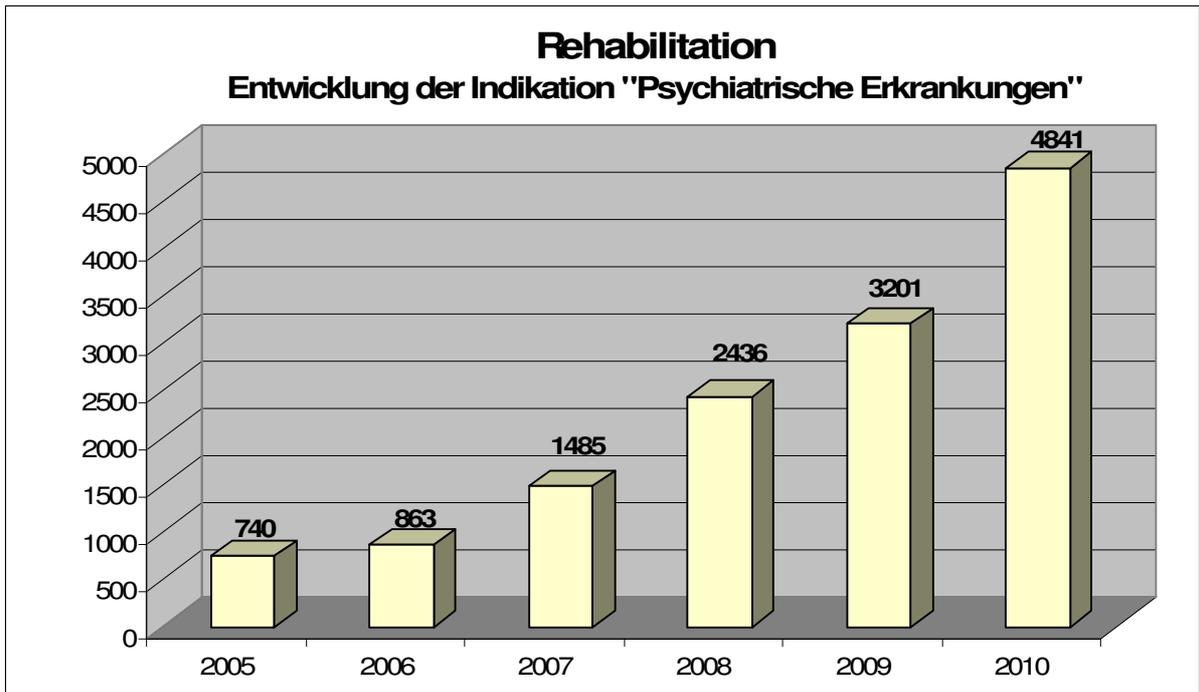


### Rehabilitation Entwicklung der Indikation "Herz-/Kreislauf-Erkrankung"



### Rehabilitation Entwicklung der Indikation "Neurologie"





## Autorenverzeichnis

**Dr.<sup>in</sup> Edith Benkö**

Klinische und Gesundheits-Psychologin  
Psychotherapeutin

**Helmut Feldmann**

PVA-Projektleiter REIS und QMV

**Prim. Univ. Prof. Dr. Mario Francesconi**

Facharzt für Innere Medizin, Endokrinologie/ Stoffwechsel & Angiologie  
Ärztlicher Leiter SKA-RZ Alland der PVA

**Prim. Univ. Prof. Dr. Dietmar Geissler**

Facharzt für Innere Medizin, Hämatonkologie und Nephrologie  
Ärztlicher Leiter Onkologische Rehabilitation Humanomed Zentrum Althofen  
Vorstand Medizin 1 – Schwerpunktzentrum Onkologie Klinikum Klagenfurt

**Karl Hermann Greimel**

Leiter des Pflegedienstes SKA-RZ Alland der PVA

**Mag. Dominik Gruber, Bakk.**

Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Abteilung Forschung pro mente austria

**Dr.<sup>in</sup> Alexandra Klimesch**

Fachärztin für Innere Medizin  
Chefärztliche Assistentin der PVA

**DDr. Johann Klocker**

Facharzt für Innere Medizin  
Psychotherapeut

**Dr.<sup>in</sup> Ursula Klocker-Kaiser**

Fachärztin für Psychiatrie  
Psychotherapeutin

**MMag. Gernot Koren, MAS**

Leitung Abteilung Forschung pro mente austria  
Leitung Abteilung Qualitätsmanagement pro mente OÖ

**Carrie Kovacs**

Psychologiestudentin in Wien

**Prim. Univ. Doz. Dr. Robert Kurz**

Facharzt für Innere Medizin

Ärztlicher Leiter „Zentrum für ambulante Rehabilitation Wien“ der PVA

**Prof. Dr. Rudolf Müller**

Facharzt für Innere Medizin

Chefarzt der PVA

**Victor Patzka**

Stv. Leiter Abt. Eigene Einrichtungen der PVA

**Prim.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Margot Peters, PLL.M.**

Ärztliche Leiterin Sonnenpark Bad Hall, Zentrum für psychosoziale Gesundheit

**Dr. Klaus Rudolf Pirich**

Facharzt für Innere Medizin

Chefarzt-Stv. der PVA

**wHR Prof. Univ.-Doz. Prim. Dr. Werner Schöny**

Ärztlicher Direktor Sonnenpark Bad Hall, Zentrum für psychosoziale Gesundheit

Geschäftsführer pro mente Reha

Präsident pro mente austria



## **Impressum**

Herausgeber und Verleger:  
Pensionsversicherungsanstalt  
Friedrich-Hillegeist-Straße 1  
1021 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:  
Hauptstelle Chefärztlicher Bereich  
Hauptstelle Geschäftsbereich Medizinische Verwaltung