

Innovative Ansätze in der medizinisch-beruflichen Reha

1. Einleitung	30
2. Kennzahlen zu krankheitsbezogenen Leistungen der Pensionsversicherungsanstalt	31
3. Erwerbstätigkeit in Österreich	34
4. Integrierte Versorgung	36
5. Modelle zur medizinischen Rehabilitation	38
6. Berufliche Rehabilitation	41
7. Kinderrehabilitation	42
8. Zusammenfassung	43

*Gabriele
Eichhorn,*

*MBA, Generaldirektor-Stellvertreterin
der Pensionsversicherungsanstalt
(PVA)*

Auszug aus WISO 4/2012

isw

Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften

Volksgartenstraße 40

A-4020 Linz, Austria

Tel.: +43 (0)732 66 92 73, Fax: +43 (0)732 66 92 73 - 2889

E-Mail: wiso@akooe.at

Internet: www.isw-linz.at

1. Einleitung

Dieser Artikel hat zum Inhalt einerseits die Fakten zur Rehabilitation darzulegen und zum anderen Richtungen aufzuzeigen, in die sich sowohl die medizinische als auch die berufliche Rehabilitation entwickeln könnte.

Ebenso wird aufgezeigt, wie sich die krankheitsbezogenen Leistungen innerhalb des Vollziehungsbereiches der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) entwickelt haben.

Zu diesen Leistungen zählen:

- Maßnahmen der Rehabilitation – beruflich, medizinisch und sozial
- Pensionen aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit
- Pflegegeld

Wie aus den gesetzlichen Bestimmungen hervorgeht, hat die Rehabilitation die Aufgabe zu erfüllen, Personen in einem solchen Grad wiederherzustellen, dass sie im beruflichen und wirtschaftlichen Leben wie auch in der Gemeinschaft wieder in die Lage versetzt werden, einen ihnen angemessenen Platz einnehmen zu können.

Grundsätzlich ist die Pensionsversicherungsanstalt (PVA) für die Gewährung von Maßnahmen der Rehabilitation für Versicherte und für BezieherInnen von befristeten Pensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit zuständig. Für sonstige PensionsbezieherInnen kann sie diese Maßnahmen als freiwillige Leistung erbringen, was sie auch in sehr hohem Ausmaß tut. De facto erfolgt die PensionistInnenrehabilitation durch die PVA.

Die Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen für nicht pensionsversicherte Personen, also Kinder, Angehörige und Pensionsbezieher, obliegt grundsätzlich den Krankenversicherungsträgern. Ausgenommen von allen Überlegungen in diesem Artikel sind die Maßnahmen der Rehabilitation, welche von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) gewährt werden.

2. Kennzahlen zu krankheitsbezogenen Leistungen der Pensionsversicherungsanstalt

Die nachfolgenden Statistiken gewähren einen Einblick in die Entwicklung der mit diesem Artikel in Verbindung stehenden Leistungen:

Pensionen:

Entwicklung BU-/IV- Pensionen ab 2003 - Stand Dezember									
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*)
BU_IV	300.827	317.580	328.585	338.462	348.143	356.885	365.649	372.429	182.418
Entwicklung Neuzugänge BU-/IV- Pensionen ab 2003									
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
BU_IV	17.443	28.323	25.913	25.069	25.387	25.146	25.418	24.093	23.611
Entwicklung der Indikationen ab 2003									
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Bewegungsapparat	5.637	9.604	8.004	7.143	7.167	6.898	7.011	6.309	6.284
Psychiatrische	4.315	7.258	6.950	7.562	8.228	8.349	8.569	8.561	8.465
Herz- und Kreislauf	2.130	3.590	3.427	3.175	3.061	2.865	2.826	2.626	2.496
Krebs	1.586	2.109	2.164	2.102	2.170	2.192	2.258	2.143	2.117
Nerven	733	1.212	1.066	1.052	991	1.031	1.026	989	943
Sonstige	3.042	4.550	4.302	4.035	3.770	3.811	3.728	3.465	3.306
Gesamt	17.443	28.323	25.913	25.069	25.387	25.146	25.418	24.093	23.611
*) geänderte Zahlweise: BU-/IV-Pensionen ab Regelpensionsalter Zuordnung zu AP gem. § 253									

Wie aus diesen beiden Statistiken ersichtlich, konnte der bis ins Jahr 2009 steigenden Entwicklung der Neuzugänge bei Pensionen aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit Einhalt geboten werden. Seit dem Jahr 2010 ist sogar eine rückläufige Entwicklung erkennbar, sie setzt sich auch in den bisherigen Zahlen des Jahres 2012 fort.

Personenanzahl mit geminderter Arbeitsfähigkeit sinkt

Dies ist einerseits auf erschwerte Bedingungen für die Voraussetzungen zur Leistungsgewährung zurückzuführen, andererseits natürlich auch auf die verstärkten Maßnahmen bei Rehabilitation.

Rehabilitation:

Entwicklung der durchgeführten Aufenthalte – REHAB nach Indikationen

Indikationen:	Erkrankungen/Indikationen:	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Bew.- Stützapparat	Orthopädie	17.825	21.842	23.844	24.924	27.490	31.181	32.833	35.307	37.971
	Orthopädie - Wirbelsäule					498	380	436	850	1.379
	Orthopädie + Stollen (M.B.)				143	100	139	203	270	304
	STB Wiederherstellungsstation				1.172	1.255	955	846	828	817
Stoffwechselerkrankungen	Adipositas								0	18
	Gastrointestinale				154	297	334	387	521	527
	Stoffwechsel	4.969	4.853	5.134	770	2.140	3.746	4.505	5.580	5.546
Neurologische Erkrankungen	Neurologie	6.498	7.117	8.185	5.680	8.176	9.302	9.954	10.211	11.090
	Neuromuskuläre Erkrankungen	10	17	6	10	9	3	11	12	7
Herz-/Kreislauf	Herz-/Kreislauf	11.016	11.443	12.269	9.170	10.180	13.171	13.679	14.058	14.129
Lungenerkrankungen	Lungenerkrankungen				806	1.236	1.970	2.793	3.679	3.943
Sonstige Indikationen	Lymphologie	1.669	175	392	316	322	349	352	444	517
	Onkologische Rehab 1							0	122	322
	Psychiatrische Rehab				729	1.342	1.923	2.588	3.347	5.561
	Stat. post Amputation					49	76	192	209	200
	Sonstige					56	112	123	139	211
Gesamtergebnis		41.987	45.447	49.830	43.874	53.150	63.641	68.902	75.577	82.542

Auffällig an der Entwicklung der Indikationen ist der massive Anstieg bei Lungenerkrankungen und vor allem bei psychiatrischen Erkrankungen.

*psychiatrischer
Rehabereich
viertgrößte
Gruppe*

Bis zum Jahr 2006 wurden Maßnahmen der psychiatrischen Rehabilitation noch nicht einmal als eigene Indikation geführt, heute stellen sie mit über 5.500 stationären Aufenthalten pro Jahr bereits die viertgrößte Gruppe an Erkrankungen.

Entwicklung ausgewählter Kennzahlen sowie der Aufwendungen – REHAB

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Medizinische Maßnahmen:									
Bewilligungen	34.467	39.918	42.803	47.997	60.394	70.316	72.724	82.502	93.094
Ablehnungen	247	318	510	837	1.131	1.194	1.610	2.438	3.492
Berufliche Maßnahmen:	4.153	4.843	4.824	4.655	4.776	4.868	5.038	5.415	4.929
Soziale Maßnahmen:	523	519	544	548	590	562	527	525	454
Beratung und Betreuung:	1.217	3.005	3.934	3.972	2.906	8.325	7.833	7.772	8.801
Aufwendungen für Rehabilitation									
Medizinische Rehabilitation	65.999.323	85.761.300	97.378.235	104.910.195	129.137.279	145.073.038	175.180.629	192.504.531	221.383.670
Berufliche Rehabilitation	17.805.562	29.092.794	30.801.445	30.944.392	34.744.265	40.157.890	45.433.209	50.645.074	52.044.234
Soziale Rehabilitation	583.208	672.283	599.559	720.235	763.414	802.588	851.376	880.587	913.162
Übergangsgeld	9.218.262	13.057.370	14.224.507	13.343.849	14.681.079	17.099.241	15.832.443	13.585.990	13.425.658
Reise- und Transportkosten	435.400	446.438	806.532	627.364	717.723	713.240	840.328	947.516	984.511
Gesamtergebnis	94.041.755	129.030.186	143.810.277	150.546.036	180.043.761	203.845.996	238.137.984	258.563.699	288.751.235

In den Ausgaben für medizinische Rehabilitation sind sowohl jene für stationäre als auch für ambulante Rehabilitation erfasst. Die ambulante Rehabilitation befindet sich im Aufbau, wurde im Jahr 2011 allerdings bereits von 6.200 Personen in Anspruch genommen.

Zusätzlich zu diesen Aufwendungen werden seitens der PVA jährlich noch knapp 140 Millionen Euro in die stationäre medizinische Rehabilitation der PensionistInnen investiert.

In der Zeit der beruflichen Rehabilitation erhalten die Versicherten zur Sicherung der finanziellen Existenz als Geldleistung ein sogenanntes Übergangsgeld und werden zur Vollversicherung angemeldet. Die Beratung und Betreuung vor und während der beruflichen Rehabilitation wird in der PVA von qualifizierten MitarbeiterInnen, den RehabilitationsberaterInnen, durchgeführt und wurde, wie deutlich erkennbar ist, in den letzten Jahren massiv verstärkt.

Sicherung der finanziellen Existenz durch Übergangsgeld

Die qualifizierte Erarbeitung einer geeigneten Maßnahme mit der bzw. dem Versicherten erfolgt allerdings durch die RehabilitationsberaterInnen der PVA. Im Jahr 2010 wurde gemeinsam mit dem Beruflichen Bildungs- und Rehabilitationszentrum (BBRZ) ein Ausbildungsprogramm für diese MitarbeiterInnen entwickelt, das mittelfristig in einen Universitätslehrgang übergeführt werden wird.

Wenn über die PVA Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation gewährt werden, so erfolgt die Leistungserbringung fast ausschließlich durch Partner wie z.B. das BBRZ. Die PVA selbst hat für diese Aufgabe keine Ressourcen.

Pflegegeld:

Entwicklung Pflegegeld ab 2003 – Stand Dezember

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011 *)
Stufe 1	42.811	46.399	50.334	52.992	54.745	55.912	57.551	58.597	60.431
Stufe 2	69.475	71.374	74.801	77.229	79.937	82.645	84.360	86.398	82.372
Stufe 3	33.089	33.903	35.456	36.867	38.256	40.348	42.211	43.532	44.226
Stufe 4	28.188	30.009	32.510	33.873	35.050	36.641	36.430	36.897	36.540
Stufe 5	14.155	15.113	16.387	17.083	18.178	18.965	21.790	23.105	24.172
Stufe 6	4.022	4.663	5.439	5.929	6.625	7.177	8.742	9.468	10.020
Stufe 7	2.912	3.260	3.541	3.868	4.094	4.349	4.700	4.722	4.721
Gesamt	194.652	204.721	218.468	227.841	236.885	246.037	255.784	262.519	262.482

Folgt man den Rehabilitationszielen getreu nach den Buchstaben des Gesetzes, so ist Rehabilitation für PensionistInnen kein wirkliches Ziel, weil ja die Erhaltung deren Arbeitsfähigkeit obsolet ist.

Diese Definition des § 300 Abs. 3 ASVG hätte spätestens im Jahr 2003 bei Inkrafttreten des Bundespflegegeldgesetzes (BPGG) angepasst werden müssen.

*Pflegegeldbezug
hinauszögern*

Es ist von großem wirtschaftlichen und sozialpolitischem Interesse, durch Rehabilitationsmaßnahmen für ältere Menschen den Eintritt des Pflegegeldbezuges hinauszuzögern oder hintanzuhalten.

3. Erwerbstätigkeit in Österreich

Auch wenn die Statistiken zeigen, dass die Anzahl der Pensionierungen krankheitshalber in den letzten Jahren leicht abgenommen hat, ist das kein Grund, die Bestrebungen zur Erhaltung und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit nicht auch weiterhin auszubauen.

*Reha als
Instrument zur
Erhöhung der
Erwerbsquote*

Rehabilitation dient, wie bereits eingangs aus den gesetzlichen Bestimmungen zitiert, der Erhaltung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Damit soll auch sichergestellt werden, dass die Erwerbsquote der österreichischen Bevölkerung den gestellten Anforderungen entspricht.

Erwerbsquote 2009 in %



Quelle: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/3-04082010-BP/EN/3-04082010-BP-EN.PDF

Wie diese Grafik zeigt, entspricht die Erwerbsquote der österreichischen Bevölkerung zwischen dem 14. und dem 64. Lebensjahr durchaus dem europäischen Schnitt und liegt mit 71,6% sogar sieben Prozentpunkte über dem Durchschnitt der EU 27.

Mit der Erwerbsquote der über 55-jährigen liegt Österreich jedoch im letzten Drittel dieser europäischen Statistik.

Weitere Auswertungen der EUROSTAT aus dem Jahr 2010 zeigen, dass die zu erwartenden gesunden Lebensjahre der ÖsterreicherInnen ab ihrer Geburt (gute gesundheitliche Verfassung wird über die Abwesenheit von Funktionsbeschränkungen/Beschwerden definiert) deutlich unter dem Schnitt der EU liegen:

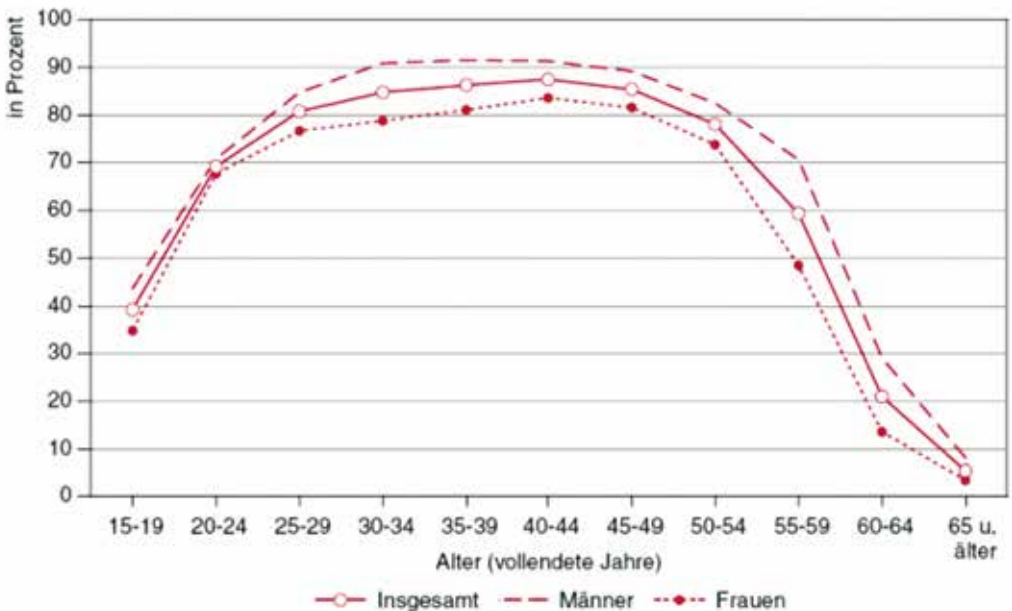
Für Männer: 59,5 Lebensjahre (EU: 61,7 Lebensjahre)

Für Frauen: 60,7 Lebensjahre (EU: 62,6 Lebensjahre)

bei zu erwartenden gesunden Lebensjahren Österreich unter EU-Schnitt

Betrachtet man die altersspezifische Erwerbsquote der ÖsterreicherInnen zwischen dem 15. und dem 65. Lebensjahr, so ergibt sich folgendes Bild:

Altersspezifische Erwerbstätigenquoten, Jahresdurchschnitt 2009



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung (Durchschnitt aller Wochen eines Jahres), erstellt am 12.04.2010

*Primär- und
Sekundärprä-
vention*

Alle diese Statistiken sind Indikatoren dafür, dass verstärkt auf Maßnahmen der Primär- und Sekundärprävention gesetzt werden muss. Verstärkt bedeutet in diesem Zusammenhang nicht ausschließlich mit mehr finanziellen Mitteln, sondern auch mit effektiveren Maßnahmen.

4. Integrierte Versorgung

Unter dem Stichwort „integrierte Versorgung“ wird verstärkt seit der Jahrtausendwende eine sektoren- und/oder berufsfeldübergreifende Versorgung aufgebaut. Triebfeder für die integrierte Versorgung sind der demografische Wandel und damit einhergehende veränderte Krankheitsbilder wie chronische Erkrankungen und Multimorbidität.

*gut etabliertes
Überleitungs-
management
wichtig*

Wichtiger Bestandteil des Funktionierens der integrierten Versorgung ist ein wirklich gut etabliertes Überleitungsmanagement.

Leider wird in diesen Modellen die Rehabilitation als ein möglicher Behandlungsprozess nicht integriert und oft sind es kurzfristige Finanzziele, welche im Vordergrund der Maßnahmen stehen. So wird beispielsweise versucht, Leistungen im kostengünstigeren Sektor zu erbringen, was noch keine Aussagen über die Qualität und die Nachhaltigkeit der erbrachten Leistung zulässt.

Integrierte Versorgung bedeutet aber auch, dass zuerst die von mehreren Sektoren erbrachten Leistungen – im konkreten Fall jene der medizinischen Rehabilitation – im Hinblick auf eine Konzentration überprüft werden. Bei solchen Überprüfungen haben verschiedene Kriterien Berücksichtigung zu finden:

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Im Bereich der Rehabilitation hat die PVA sowohl die Erstellung der Leistungsprofile für alle Sozialversicherungsträger (mit Ausnahme der AUVA) übernommen als auch die Qualitätssicherung der privaten Vertragspartner seit dem Jahr 2006.

*Parameter
für erfolgreiche
Reha*

Auf den drei Ebenen dieser Leistungsprofile und deren Qualitätssicherung finden sich alle Parameter wieder, die für eine erfolgreiche Rehabilitation erforderlich sind:

- Kompetenz und fachliche Qualifikation des medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Personals
- Die Qualität der Abläufe, also der Prozesse: Hierbei geht es

darum, in welcher Form Diagnostik und Therapie erbracht werden.

- Besondere Bedeutung kommt der Ergebnisqualität zu, da sie letztlich die Indikatoren für die Verbesserung bzw. Wiederherstellung des Gesundheitszustandes enthält. Diese Indikatoren werden als messbare Parameter dargestellt und dienen damit auch der nachhaltigen Sicherung des Ergebnisses.

De facto ist durch die Zielvorgaben und deren Qualitätssicherung durch die PVA bereits eine Vereinheitlichung der Sektoren erfolgt. Lediglich mittels der Zielgruppen, nicht durch die Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, welche diese Personen erhalten, wird noch eine Unterscheidung in der Leistungserbringung definiert.

Zielgruppe

Wichtig ist nur jener Unterschied, der auch tatsächlich einen Unterschied ausmacht.

Wenn Personen, die dem Grunde nach Anspruch auf ein und dieselbe Leistung haben, diese nur wegen verschiedener Leistungszuständigkeiten von verschiedenen Stellen oder in unterschiedlichem Ausmaß erhalten, so ist dies kein Kriterium für das Splitting einer Zielgruppe.

Bei der medizinischen Rehabilitation trifft das jedenfalls auf PensionistInnen und Angehörige zu. Sie unterscheiden sich in ihren medizinischen Bedürfnissen und in ihren Anforderungen nicht von Versicherten.

De facto erbringt die PVA schon derzeit nahezu zur Gänze die Maßnahmen der stationären medizinischen Rehabilitation für Pensionsbezieher.

Der Kinderrehabilitation, welche ganz anderen Anforderungen unterliegt, wird in weiterer Folge ein eigenes Kapitel gewidmet.

Bei der beruflichen Rehabilitation sind schon derzeit große Unterschiede bei den Zielgruppen vorhanden, sodass eine Aufteilung der Kompetenzen nach Zielgruppen, aber auch nach regionalen Bedürfnissen sinnvoll ist.

Reha: aufgeteilt nach Zielgruppen sinnvoll

Regionale Bedürfnisse

Bei Leistungen, welche einen starken regionalen Bezug haben (z.B. Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit, Arbeitslosengeld, berufliche Rehabilitation), ist eine Nähe des Versicherten zu seinem Leistungserbringer wichtig.

Bei einer integrierten Versorgung darf auf dieses Element auch aus Kostengründen nicht verzichtet werden.

5. Modelle zur medizinischen Rehabilitation

*Bild der Reha
hat sich stark
verändert*

Verschiedene demografische und medizinische Entwicklungen haben das Bild der Rehabilitation in den letzten Jahren sehr stark verändert.

Dies führt zu ganz unterschiedlichen Ausprägungen. Einerseits stellen Multimorbidität und das hohe Alter der RehabilitandInnen eine enorme Herausforderung für das Pflegepersonal und die TherapeutInnen dar, andererseits führt die bessere medizinische Akutversorgung zu kürzeren Verweildauern oder zu ambulanten Modellen.

Telerehabilitation

*Projekt:
Herz-Kreislauf-
rehabilitation*

Die PVA hat Ende 2011 ein telemedizinisches Projekt im Bereich der Herz-Kreislaufrehabilitation gestartet. Dabei werden PatientInnen mit koronaren Herzerkrankungen, mit Herzinfarkt ohne Komplikationen und bestimmten Einschlusskriterien einem verkürzten 2-wöchigen Anschlussheilverfahren unterzogen, mit einer nachfolgenden 10-wöchigen Tele-Rehabilitationsphase zu Hause.

Diese besteht aus einem mindestens 5-mal wöchentlich durchgeführten über 30 Minuten dauernden Herzfrequenz-gesteuerten Fahrradergometertraining. Derzeit sind bereits 54 PatientInnen in die Studie aufgenommen worden, davon 33 PatientInnen in der Tele-Reha-Gruppe und 23 in der Kontrollgruppe. Zielsetzung dieser Studie ist eine nachhaltige Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit und der kardiovaskulären Risikofaktoren sowie eine schnellere Eingliederung in Beruf und Alltag, bei gleichzeitiger Reduktion der Gesamtrehabilitationskosten durch die Verkürzung der stationären Unterbringung.

Darüber hinaus besteht für die PatientInnen die Möglichkeit, nach Abschluss des Programms das Trainingsgerät günstig zu erwerben und über den Partner der PVA auch weiterhin, allerdings als Privatperson und auf eigene Kosten, die telekardiologische Betreuung fortzusetzen.

Schnittstelle: - Niedergelassener Arzt
- Gebietskrankenkassen

Ambulante psychiatrische Rehabilitation

Der Rehabilitationszweig Psychiatrie hat in den letzten Jahren massiv an Bedeutung gewonnen, nicht zuletzt durch den starken Anstieg von psychiatrischen Krankheiten, die als Ursache für Neuzugänge zu einer Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension führten. Mit knapp 36 % aller Neuzugänge liegen diese vor den Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates sowie den Herz-Kreislaufkrankheiten und onkologischen Krankheiten.

Rehabilitationszweig Psychiatrie massiv an Bedeutung gewonnen

Im Jahre 2002 begannen die ersten stationären psychiatrischen Rehabilitationsprojekte in Bad Hall und Klagenfurt, daran anschließend erfolgte schrittweise eine flächendeckende österreichweite Versorgung. Im Jahr 2010 startete die PVA gemeinsam mit dem BBRZ Linz das erste ambulante psychiatrische Rehabilitationsprojekt mit dem Zentrum für seelische Gesundheit in Wien-Leopoldau. Es handelt sich um eine ambulante Ganztags-Einrichtung, in der die PatientInnen über 6 Wochen durch ein multiprofessionelles Team mit dem Ziel der bestmöglichen (Re-)Integration in das berufliche und soziale Umfeld behandelt werden. Die Wohnortnähe mit Aufrechterhaltung des sozialen Netzes und die Möglichkeit zu alltagsnahen Trainings- und Belastungserprobungen bieten wesentliche Vorteile. Die ersten Ergebnisse zeigen eine zufriedenstellende Veränderung der klinischen Symptomatik bei Steigerung der Lebensqualität sowie eine Reduktion von Krankenständen und Krankenhausaufenthalten innerhalb von 6 Monaten nach der Rehabilitation gegenüber dem gleichen Zeitraum vor Rehabilitationsbeginn.

Schnittstellen zu:

- Gebietskrankenkassen (ggf. weiterführende Krankenbehandlung)
- Ergebnisevaluation PVA (ggf. weiterführende Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation)

Ganzheitliche ambulante Rehabilitation

*Anstieg
von Mehrfach-
diagnosen*

Die statistische Erfassung der Haupt- und Nebendiagnosen für Rehabilitation zeigt einen deutlichen Anstieg von Mehrfachdiagnosen aus somatischen und psychischen Erkrankungen.

In einem Modellversuch für ambulante Rehabilitation werden an einem Standort all jene Indikationen, welche die häufigsten Mehrfachdiagnosen aufweisen (Kardiologie, Pulmologie, Stoffwechselerkrankungen, Onkologie, Psychiatrie, Orthopädie) kombiniert.

Die Synergie aus diesen sechs Fachbereichen bietet PatientInnen vielfältige und aufeinander abgestimmte Rehabilitationsmöglichkeiten, welche durch die fachspezifisch breitgestreuten Angebote besonders adäquat an die individuellen Bedürfnisse einzelner PatientInnen angepasst werden können.

Zudem wird dadurch die Möglichkeit geboten, indikationsübergreifende Therapien von speziell geschultem Fachpersonal diagnosenunabhängig in Anspruch zu nehmen.

*indikations-
übergreifende
Maßnahmen*

Zu den besagten indikationsübergreifenden Maßnahmen zählen vor allem die Bereiche gesunde Ernährung und Diätologie, Physio- und Bewegungstherapie, psychologische Beratung, Psychotherapie, Entspannungsverfahren und Sozialberatung sowie Nahtstellenmanagement.

Schnittstellen zu:

- Gebietskrankenkassen (ggf. weiterführende Krankenbehandlung)
- Ergebnisevaluation PVA (ggf. weiterführende Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation)
- AMS (wenn arbeitslos)

Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL)

*Prüfung der
praktischen
Belastbarkeit bei
handwerklichen
Berufen*

Im Zuge der stationären Rehabilitation werden PatientInnen mit handwerklichen Berufen auf ihre praktische Belastbarkeit im Berufsleben getestet.

Inhalt dieser Tests, die während des stationären Aufenthalts einen Zeitaufwand von insgesamt 8 Stunden für die PatientInnen bedeuten, ist es, durch alltags- und arbeitsrelevante Testaufgaben

die praktische Belastbarkeit (Leistungsfähigkeit) von PatientInnen im Berufsleben zu ermitteln.

Vorerst wird diese Evaluation nur in einer Sonderkrankenanstalt der PVA – in Gröbming – vorgenommen werden.

Die exakte Beurteilung der körperlichen Leistungsfähigkeit erlaubt es, die Arbeitsfähigkeit im derzeit ausgeübten Beruf zu ermitteln, aber auch Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation zu empfehlen.

Letztlich soll durch diese Maßnahme die Wiedereingliederungsrate ins Berufsleben bei ArbeiterInnen gesteigert werden.

Das Verfahren ermöglicht es aber auch, bei Arbeitslosigkeit einen körperlich geeigneten Beruf auszuwählen oder erforderliche Umschulungen zu planen und durchzuführen.

Schnittstellen zu:

- RehabilitationsberaterInnen der Landesstellen der PVA
- fit2work
- AMS
- BBRZ

6. Berufliche Rehabilitation

Der Schwerpunkt der dzt. in Begutachtung stehenden 78. Novelle zum ASVG liegt eindeutig bei der Verhinderung von Invalidisierung durch den verstärkten Einsatz von Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation.

Die Angebote der beruflichen Rehabilitation umfassen die Erstellung des individuellen Rehabilitationsplans, das Rehabilitationstraining und letztlich die Rehabilitationsausbildung.

Das Wissen über die Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation ist in der Bevölkerung sehr gering. Die Zielgruppe zu erreichen stellt daher das größte Problem dar.

Wissen über berufliche Reha in Bevölkerung gering

Derzeit wenden sich im Jahr nur rund 5.000 Personen aus eigenem Antrieb an die PVA, um solche Leistungen zu beantragen. Dem Informationsdefizit wird teilweise derzeit schon durch die kostenlose Beratung von fit2work¹ entgegengewirkt.

fit2work

Mit dieser Beratungsstelle, die mittelfristig in ganz Österreich ausgebaut werden soll, wurde für kranke Menschen und Betriebe ein Beratungsangebot verfügbar gemacht, das an keine bestimmten Voraussetzungen geknüpft ist.

Diese Institution wird in Zukunft verstärkt die Drehscheibe zu und von den Anbietern von Gesundheitsleistungen sein, ohne selbst ein zusätzliches Leistungsangebot in den Markt einzubringen.

Individuelle Rehabilitationsplanung

Aus gesundheitlichen Gründen eine neue berufliche Qualifizierung zu benötigen ist eine Lebenssituation, die man nicht ausgewählt hat.

Motivation durch individuelle Planung

Schon alleine aus diesem Grund ist die individuelle Planung mit den Klienten jener Teil, in dem die Motivation für die Maßnahme entsteht und die Ziele vereinbart werden.

Jene Organisation, welche die Erstellung dieser individuellen Rehabilitationsplanung mit den KlientInnen vornimmt, sollte auch jene sein, die den Erfolg der Maßnahme evaluiert und eventuelle weitere Maßnahmen plant. Eine durchgängige Beratung und Betreuung der RehabilitandInnen ist für den Erfolg von großer Bedeutung.

Schnittstellen

Diese bestehen zu allen Institutionen, welche mit kranken Menschen zu tun haben und erkennen können, dass eine (weitere) Ausübung des Berufes nachhaltig schädliche Auswirkungen auf den Gesundheitszustand hat. Dazu zählen Spitäler genauso wie berufsbildende Schulen und das Arbeitsmarktservice.

Für diese Personengruppen sollte verbindlich eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) vorgesehen sein.

7. Kinderrehabilitation

bei Kinderrehabilitation ist Österreich „Entwicklungsland“

Die Fachzeitschrift „Kinderheilkunde“ bezeichnet Österreich im Vergleich zu Deutschland in Bezug auf Kinderrehabilitation als Entwicklungsland². Einem Bedarf von rund 350 Betten stehen derzeit 50–70 Betten gegenüber.

Ein Grund für die unzureichende Versorgung liegt in der verteilten Kompetenz. Im Gegensatz zur Rehabilitation für Versicherte ist jene für Kinder (mit Ausnahme der Rehabilitation nach Schülerunfällen) auf alle Bundesländer aufgeteilt.

In Deutschland, wo Kinderrehabilitation sehr erfolgreich betrieben wird, ist diese rechtlich unmittelbar an die Rehabilitation der Erwachsenen angeschlossen. Dies macht auch deshalb Sinn, weil teilweise familienorientierte Rehabilitation angezeigt ist (z.B. Adipositas, hämatoonkologische Erkrankungen).

8. Zusammenfassung

Für alle Maßnahmen der Rehabilitation besteht das Antragsprinzip. Das bedeutet, dass nur jene Personen Maßnahmen der Rehabilitation erhalten, welche diese von sich aus beantragen. Da aber eine Informationsasymmetrie zwischen den Bürgern und den Leistungsanbietern besteht, ist davon auszugehen, dass ein Gutteil der Versicherten über das Leistungsangebot nicht entsprechend informiert ist.

*Informations-
asymmetrie zw.
Bürgern und
Leistungsanbie-
tern ...*

Studien, welche die Lebens- und Erwerbsbiografie von Berufsunfähigkeits- und InvaliditätspensionistInnen aufrollen und auf Gemeinsamkeiten hin überprüfen, würden Möglichkeiten der rechtzeitigen Intervention durch die Leistungserbringer der Rehabilitation aufzeigen und insofern ein aktives Zugehen auf die Versicherten zu einem wesentlich früheren Zeitpunkt als heute ermöglichen. Hierfür wäre auch eine Bündelung der Rehabilitationskompetenzen erforderlich.

*... erfordert akti-
ves Zugehen auf
die Versicherten*

Medizinische Rehabilitation gehört im Sinne einer funktionierenden integrierten Versorgung bei einem Versicherungsträger konzentriert. Die Administration der Angehörigen- und Kinderrehabilitation würde in der PVA keine zusätzlichen administrativen Kosten erzeugen.

Das primäre Ziel bei der Kinderrehabilitation ist nicht die Zuordnung zu einem bestimmten Versicherungsträger, sondern der Aufbau einer funktionierenden Versorgung, die nur unter einem bundesweiten Sozialversicherungsträger möglich scheint. Anderenfalls müsste dieser Zweig der Rehabilitation derzeit schon

funktionieren und es dürfte nicht derart eklatante Unterschiede in der Versorgung zwischen den Bundesländern geben.

Individualisierung der Programme notwendig

Die steigenden Zahlen psychiatrischer Erkrankungen und der assoziierten Doppelerkrankungen (somatische + psychische Erkrankung) macht eine teilweise Individualisierung bisheriger Programme der medizinischen Rehabilitation, sowohl stationär als auch ambulant, notwendig. Dem jeweiligen Leistungserbringer wird mehr Handlungsspielraum einzuräumen sein, er wird aber auch mehr Verantwortung übernehmen müssen.

Wenn die medizinischen Möglichkeiten ausgereizt sind, muss die berufliche Rehabilitation das Ziel der RehabilitandInnen sein. Die Ausübung eines Berufs und damit die Integration in die Gesellschaft sind anzustreben. Der Bezug einer Pension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit kann nur bei dauernder Invalidisierung in Frage kommen.

Krankheitsbezogene befristete Pensionen sollen daher ab 2014 auch nicht mehr erbracht werden. An ihre Stelle treten Umschulungs- und Rehabilitationsgeld, verbunden mit Maßnahmen der Rehabilitation.

Das wäre ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, allerdings bewirkt diese Namensänderung der Leistung weder eine Änderung in der Einstellung der Betroffenen, noch sind damit Maßnahmen zur Verbesserung von deren Gesundheitszustand gesetzt worden.

Gesamtverantwortung für die Reintegration fehlt

In die Leistungserbringung selbst sollen hinkünftig verschiedene Versicherungsträger und Institutionen involviert sein, allerdings gibt es keine Gesamtverantwortung für die Reintegration der betroffenen Personen. Wechselnde Ansprechpartner und zu erwartende negative Kompetenzkonflikte tragen nicht zur Motivation der Versicherten bei.

Wer für die Überprüfung des Erfolges der getroffenen Maßnahmen verantwortlich zeichnet und wer mit den Betroffenen die entsprechenden Zielvereinbarungen zu den einzelnen Maßnahmen trifft, scheint nicht definiert.

Rehabilitation ist ein durchgängiges Konzept, das in Anbetracht der demografischen Entwicklung die einzige Lösung sein wird, wie man (ältere) ArbeitnehmerInnen gesund im Arbeitsprozess halten kann. In spätestens 10 Jahren wird sich der Arbeitsmarkt nicht mehr leisten können, auf dieses enorme Potential zu verzichten.

Rehabilitation für PensionsbezieherInnen ist eine Antwort auf die Eindämmung der explodierenden Kosten für Pflege im Alter. Für alle BürgerInnen, unabhängig von Alter, Ausbildung und Beruf, ist die Teilhabe an der Gesellschaft ein Recht und somit auch eine sozialpolitische Verpflichtung für die verantwortlichen Institutionen.

Reha als Antwort der explodierenden Kosten für Pflege im Alter

Anmerkungen

1. www.fit2work.at
2. http://www.initiative-kinderreha.at/upload/media/Publikation_Sperl_RehabMOKI2011_125/Publikation_Sperl_RehabMOKI2011.pdf

INSTITUT FÜR SOZIAL- UND WIRTSCHAFTSWISSENSCHAFTEN

WISO

WIRTSCHAFTS-UND SOZIALPOLITISCHE ZEITSCHRIFT

Die Zeitschrift WISO wird vom Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften (ISW) herausgegeben. Sie dient der Veröffentlichung neuer sozial- und wirtschaftswissenschaftlicher Erkenntnisse sowie der Behandlung wichtiger gesellschaftspolitischer Fragen aus Arbeitnehmersicht.

Lohnpolitik, soziale Sicherheit, Arbeitsmarkt und Arbeitslosigkeit, Arbeit und Bildung, Frauenpolitik, Mitbestimmung, EU-Integration - das sind einige der Themen, mit denen sich WISO bereits intensiv auseinander gesetzt hat.

WISO richtet sich an BetriebsrätInnen, GewerkschafterInnen, WissenschaftlerInnen, StudentInnen, Aktive in Verbänden, Kammern, Parteien und Institutionen sowie an alle, die Interesse an Arbeitnehmerfragen haben.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Preise:* Jahresabonnement EUR 22,00 (Ausland EUR 28,00)
Studenten mit Inskriptionsnachweis EUR 13,00
Einzelausgabe EUR 7,00 (Ausland EUR 12,00)

(* Stand 2005 - Die aktuellen Preise finden Sie auf unserer Homepage unter www.isw-linz.at)

Wir laden Sie ein, kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen ein WISO-Probeexemplar zu bestellen. Natürlich können Sie auch gerne das WISO-Jahresabonnement anfordern.

Informationen zum ISW und zu unseren Publikationen - inklusive Bestellmöglichkeit - finden Sie unter www.isw-linz.at.



Oberösterreich

BESTELLSCHEIN*

Bitte senden Sie mir kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen

- 1 Probeexemplar der Zeitschrift WISO
 1 ISW Publikationsverzeichnis

Ich bestelle _____ Exemplare des WISO-Jahresabonnements (Normalpreis)

Ich bestelle _____ Exemplare des WISO-Jahresabonnements für StudentInnen mit Inskriptionsnachweis

* Schneller und einfacher bestellen Sie über das Internet: www.isw-linz.at

Name _____

Institution/Firma _____

Straße _____

Plz/Ort _____

E-Mail _____

BESTELLADRESSE:

ISW
Volksgartenstraße 40, A-4020 Linz
Tel. ++43/732/66 92 73
Fax ++43/732/66 92 73-28 89
E-Mail: wiso@isw-linz.at
Internet: www.isw-linz.at