

Zehn Forderungen
der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation
zur Rehabilitationsmedizinischen Versorgung in Deutschland

Die Zahl von **Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen** sowie von **Menschen im höheren Lebensalter** steigt in Deutschland, wie in den meisten anderen Ländern, kontinuierlich an. Hinzu kommt die Zunahme von Personen, die schwere Erkrankungen, Unfälle und Operationen überleben, aber oft unter lebenslangen Funktionseinschränkungen leiden und in ihrer Teilhabe eingeschränkt sind. Hieraus ergibt sich eine Zunahme des Bedarfs an rehabilitationsmedizinischer Versorgung, und zwar in allen Sektoren der Krankenversorgung und in der Versorgungskette von der Akutmedizin bis hin zur wohnortnahen Langzeitversorgung. Die **Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR)** sieht in Deutschland die Notwendigkeit, diesen Bereich zu stärken und unterstützt ausdrücklich die Initiative der Weltgesundheitsorganisation „Rehabilitation 2030 – a call for action“¹ und die Empfehlung „Rehabilitation in Health Systems“². Diese werden auch durch die Verabschiedung des neuen Bundesteilhabegesetzes unterstrichen und ist somit aktueller denn je. Konkret sieht die DGPMR die dringende Notwendigkeit, die folgenden Punkte umzusetzen:

1. Es ist sicherzustellen, dass **physikalische und rehabilitative Maßnahmen in allen Sektoren und Phasen der medizinischen Versorgung** in adäquater Weise zur Verfügung stehen und allen Menschen mit einem entsprechenden Versorgungsbedarf zugänglich sind. Dies beinhaltet insbesondere, dass neben der ambulanten und stationären Rehabilitation in Deutschland **die Frührehabilitation im Krankenhaus flächendeckend eingeführt** und **Versorgungsangebote für eine qualifizierte wohnortnahe Langzeitrehabilitation** geschaffen bzw. ausgebaut werden.
2. Es ist sicherzustellen, dass **Krankenhäuser eine ausreichende Ausstattung mit Personal für die physikalisch-medizinische Behandlung (einschließlich Frühmobilisation) und die frührehabilitative Versorgung** erhalten und dass dies im DRG-System adäquat abgebildet wird.
3. Die **rehabilitative Versorgung unmittelbar nach Krankenhausaufenthalten** muss gestärkt werden, insbesondere durch neu zu schaffende **postakute Rehabilitationseinrichtungen in Krankenhaushöhe** und vermehrte **qualifizierte und differenzierte rehabilitative Angebote im niedergelassenen Bereich** (z.B. ambulante Angebote durch niedergelassene Fachärzte/innen für Physikalische und Rehabilitative Medizin).
4. Für die **rehabilitative Langzeitversorgung** sind adäquate Strukturen zu schaffen, wie z.B. Facharztpraxen für Physikalische und Rehabilitative Medizin, ambulante Rehabilitationszentren sowie spezialisierte Zentren für Menschen mit langfristig bestehenden Behinderungen. Hier müssen insbesondere auch Brüche in der Versorgungskette, die das gegliederte Gesundheitssystem und die unterschiedlichen Träger der Rehabilitation mit sich bringen, überwunden werden.
5. Die Angebote der Rehabilitation sollten sich gegen den Trend einer zunehmenden Standardisierung **stärker an den individuell vorhandenen Teilhabestörungen orientieren** und bzgl. Intensität, Zeitrahmen und Therapieausgestaltung flexibler gestaltet werden.

¹ <http://www.who.int/disabilities/care/rehab-2030/en/>

² <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254506/9789241549974-eng.pdf;jsessionid=54A4448BF32F1ED43A012FA3549BD6D6?sequence=1>

6. Die klassische Rehabilitation muss durch **präventive Elemente** ergänzt werden, wie z.B. Prävention von Behinderung auch bei bestehender schwerer Erkrankung, Prähabilitation und anderes.
7. Es ist sicherzustellen, dass **alle Studierenden der Humanmedizin** in ihrer Ausbildung ein Verständnis von Behinderung und Rehabilitation erwerben und in die Lage versetzt werden, einen individuellen Rehabilitationsbedarf zu erkennen und die entsprechenden Rehabilitationsmaßnahmen einzuleiten, sowie die Methoden der Physikalischen Medizin zu kennen und anwenden zu können.
8. Die Rehabilitationsmedizin muss in der **Musterweiterbildungsordnung** adäquat abgebildet werden, wobei insbesondere deren Einsatz im akutmedizinischen Bereich, in der Frührehabilitation, der postakuten Phase und der Langzeitversorgung berücksichtigt werden, sowie die sozialmedizinische Kompetenz gestärkt werden muss.
9. Die **Forschung in der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin** einschließlich der **Methoden der Physikalischen Medizin und Rehabilitativen Interventionen** muss gestärkt werden und ihre adäquate Übertragung in die Praxis sowie deren Anwendung (*einschließlich ausreichender Dosierung*) muss sichergestellt werden.
10. Jede medizinische Fakultät muss einen **Lehrstuhl für Physikalische und Rehabilitative Medizin** oder zumindest eine universitäre Professur vorhalten.

Weitere Auskünfte und Erläuterungen erhalten Sie unter info@dgpmr.de.

Hannover, 25. Juni 2018

Prof. Dr. med. Christoph Gutenbrunner, FRCP

Präsident der

Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin

und Rehabilitation