

# Rehabilitationsplan 2020

---

Im Auftrag des Dachverbands der Sozialversicherungsträger



# Rehabilitationsplan 2020

## Autoren/Autorinnen:

Daniela Reiter  
Gerhard Fülöp  
Elisabeth Pochobradsky  
Florian Röthlin  
Andreas Stoppacher

## Fachliche Begleitung:

Hartwig Bailer, SVS; Isabella Maria Bauer-Rupp, ÖGK; Sophie Böhm, PVA; Christoph Beitel, ÖGK; Pia Demmer, VZ Nord / Land Oberösterreich; Roland Frank, AUVA; Martin Fuchs, SVS; Theresa Geley, VZ West / Land Tirol; Christian Halper, BMSGPK; Harald Hefel, VZ West / Land Vorarlberg; Eva Hilger, SVS; Reinhold Hofbauer, ÖGK; Angelika Höfler-Petrus, PVA; Florian Kette, ÖGK; Sabine Kawalirek, DVSV; Astrid Knopp, VZ Süd / Land Steiermark; Martina Lebersorger, AUVA; Susanne Leitner, BVAEB; Rainer Lindner, BVAEB; Alexander Maksimovic, DVSV; Gisela Mayr-Strimitzer, VZ West / Land Tirol; Florian Miksch, PVA; Gabriele Mösl, VZ Nord / Land Salzburg; Claudia Neumayer-Stickler, ÖGK; Ilse Pokorny, PVA; Elisabeth Preitler, AUVA; Franz Preßlmayer, AUVA; Johannes Püspök, VZ Ost / Land Niederösterreich; Sabine Reiter, ÖGK; Otto Riedl, DVSV; Heinrich Rinner, VZ West / Land Tirol; Julia Rohrbach, AUVA; Christian Rothmayer, ÖGK; Margit Schacherl, VZ Nord / Land Oberösterreich; Wolfgang Schaden, AUVA; Wolfgang Schuberth, SVS; Claudia Sedlmeier, BMSGPK; Gudrun Seiwald, ÖGK; Martin Skoumal, PVA; Gerhard Stadtschreiber, VZ Süd / Land Kärnten; Leopold Steinbauer, SVS; Sabine Steininger-Stöckl, ÖGK; Georg Timp, PVA; Cornelia Weberhofer, VZ Süd / Land Steiermark; Johanna Weishäupl, AUVA; Stefan Welte, VZ West / Land Vorarlberg

## Projektassistentz:

Verena Paschek

Wien, im Dezember 2020

Im Auftrag des Dachverbands der Sozialversicherungsträger

Zitiervorschlag: Reiter, Daniela; Fülöp, Gerhard; Pochobradsky, Elisabeth; Röhlin, Florian;  
Stoppacher, Andreas (2020): Rehabilitationsplan 2020. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P1 /2/4444

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs  
GmbH, Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: [www.goeg.at](http://www.goeg.at)

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

# Präambel zum Rehabilitationsplan 2020

Auszüge des Rehabilitationsplans 2020 sollen in den ÖSG bzw. in die Verordnung zum ÖSG aufgenommen werden und so entsprechende Verbindlichkeit entfalten. In die RSG sollen die stationären Bedarfszahlen zu den jeweiligen Versorgungszonen bzw. die ambulanten Bedarfszahlen der Phase II zu den jeweiligen Eignungsstandorten einfließen, wobei in der Umsetzung der Bedarfszahlen der jeweilige Maximalwert des für Österreich gesamt ermittelten Bedarfs nicht überschritten werden soll. Die Deckung des Bedarfs (Ausgleich von Unter- und auch Überversorgung) liegt in der Verantwortung der zuständigen Sozialversicherungsträger. Die Bedarfsfeststellungen der Länder orientieren sich auf Basis krankenanstaltenrechtlicher Regelungen an den Vorgaben der aktuellen Planungsgrundlagen im Rehabilitationsbereich (insbesondere Rehabilitationsplan, Rehabilitations-Evidenz, ÖSG bzw. ÖSG VO sowie RSG).

Der im Auftrag des Dachverbands der Sozialversicherungsträger (DVSV) von der Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (GÖ FP) erstellte Rehabilitationsplan 2020 baut auf den bisherigen Rehabilitationsplänen auf. Kern des Rehabilitationsplans 2020 ist die Abschätzung des bundesweiten, regional gegliederten Versorgungsbedarfes für Erwachsene und Kinder und Jugendliche in den jeweiligen Rehabilitations-Indikationsgruppen für den Planungshorizont 2025. Der Rehabilitationsplan 2020 bezieht sich im Bereich der Erwachsenen auf die Erfordernisse stationärer Rehabilitation ebenso wie auf die Voraussetzungen für eine die stationäre Rehabilitation ersetzende ambulante Rehabilitation (Phase II) und ist nach Versorgungszonen und Bundesländern (für den stationären Bereich) bzw. nach Bundesländern und Eignungsstandorten (für den ambulanten Phase-II-Bereich) und nach Rehabilitations-Indikationsgruppen gegliedert. Die Bedarfschätzungen zur ambulanten Erwachsenen-Rehabilitation beziehen sich ausschließlich auf die Phase II. Im Bereich der stationären Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation erfolgt eine Gliederung nach Versorgungszonen.

Die Umsetzung des vorliegenden Rehabilitationsplans soll mit möglichst effizientem Mitteleinsatz realisiert werden, wobei die optimale Ausrichtung auf die Bedürfnisse von Patientinnen/Patienten sichergestellt werden muss. Um die einheitliche Umsetzung des Rehabilitationsplans 2020 zu gewährleisten, bedarf es einer zwischen allen beteiligten Institutionen abgestimmten Vorgehensweise. Inhaltliche Festlegungen und Abgrenzungen gegenüber anderen Leistungsbereichen sind von allen betroffenen Institutionen zu berücksichtigen.

Die Rehabilitationsinterventionen sollen zukünftig nach Möglichkeit gemäß ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) der WHO definiert werden. Diese Definition soll ausschließlich auf Teilhabe-Ebene (Einschränkung bei Aktivitäten des täglichen Lebens bzw. bei berufsbezogener Leistungsfähigkeit) und im Bereich von Kontextfaktoren (Wohnsituation, soziales Umfeld, sozialmedizinische Versorgungsstrukturen, Hilfsmittelversorgung etc.) erfolgen, unabhängig von der zugrunde liegenden Erkrankung auf ICD-Basis (International Classification of Diseases) und von der fachspezifischen kurativen Intervention.

Nicht alle dargestellten Bedarfszahlen fallen in den Leistungszuständigkeitsbereich der Sozialversicherung. Tangiert sind zum Teil auch Zuständigkeiten des Bundes bzw. der Länder, dies vor allem im Behindertenbereich bzw. Angehörige betreffend.

# Umsetzung des Rehabilitationsplans 2020

*Sofern die krankenanstaltenrechtlichen Verfahren in bestehender Form normiert bleiben, gelten folgende Verfahrensgrundsätze:*

1. Die Änderung der Krankenanstaltengesetze sollte dahingehend angestrebt werden, dass **alle Länder den Dachverband der Sozialversicherungsträger in die Bedarfsprüfungsverfahren einbinden**. Ebenso sollen auch alle Sozialversicherungsträger eingebunden bleiben bzw. werden, sodass die Autonomie der Sozialversicherungsträger betreffend die Parteistellung in sanitätsbehördlichen Bedarfsprüfungsverfahren (Errichtungs- und Betriebsbewilligungsverfahren) gewahrt bleibt.
2. Stellungnahmen des Dachverbands der Sozialversicherungsträger werden sich in Bedarfsprüfungsverfahren immer am Rehabilitationsplan 2020 orientieren. Auch die Stellungnahmen der Sozialversicherungsträger werden sich an den Ergebnissen des Rehabilitationsplans 2020 orientieren; nur bei nachweislich von den Planungsziffern abweichenden Bedarfsgegebenheiten (z. B. unzumutbare Wartezeiten) kann eine darauf abgestimmte Stellungnahme erfolgen.
3. Auf Anregung des Bundes wurde durch die sogenannte „**Rehabilitations-Evidenz**“ eine transparente Darstellung des Bedarfs sowie aller laufenden Projekte mit Angabe des jeweiligen Verfahrensstandes an der GÖG eingerichtet. Dazu bringen neben den Ländern auch alle Sozialversicherungsträger und der Dachverband der Sozialversicherungsträger Informationen ein und können diese abfragen; in Bedarfsprüfungsverfahren ist hierauf Bedacht zu nehmen.

*Inhaltliche Vorgehensweise:*

1. Im stationären Bereich wird für den Bedarf von einer Betrachtung nach Versorgungszonen (vgl. Tabelle 4a im Tabellenanhang betreffend Erwachsenen-Rehabilitation sowie Tabelle 5.4 im Kapitel 5 betreffend Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation) ausgegangen, ergänzend wird in der Erwachsenen-Rehabilitation auch der stationäre Bedarf nach Bundesländern dargestellt (vgl. Tabelle 4b im Tabellenanhang). Im stationären Bereich wird, so zusätzlicher Bedarf in den Versorgungszonen besteht, die Bedarfsdeckung am Österreichwert ausgerichtet, der nicht zu überschreiten ist. Im ambulanten Phase-II-Bereich der Erwachsenen-Rehabilitation wird von einer Betrachtung nach Eignungsstandorten (vgl. Tabelle 4c im Tabellenanhang sowie Karte 11b im Kartenanhang) ausgegangen, auch hier wird ergänzend der Bedarf nach Bundesländern dargestellt (vgl. Tabelle 4d im Tabellenanhang).
2. Bei ungedecktem Bedarf sind – bei Erfüllung der rechtlichen und medizinischen Voraussetzungen – positive Stellungnahmen im Rahmen von Bewilligungsverfahren auch zugunsten mehrerer zur Bedarfsprüfung eingebrachter Vorhaben abzugeben (siehe Punkt 4).
3. Auch die Länder sollten die Möglichkeit haben, positive Bedarfsprüfungsbescheide zugunsten mehrerer Vorhaben zu erlassen (siehe Punkt 5). Eine entsprechend eindeutige Darstellung in der Rehabilitations-Evidenz ist aus Gründen der Übersichtlichkeit jedenfalls erforderlich.

4. Unter Berücksichtigung der Erfordernisse für ein Vergabeverfahren gemäß BVergG sind die hierfür maßgeblichen Vorgaben sowie die sanitätsbehördlichen Verfahren insofern aufeinander abzustimmen, als es jedenfalls gilt, das Auseinanderfallen von Bestbieterern einerseits und Bescheid-Inhabern andererseits zu vermeiden.
5. Die Länder haben in den Krankenanstaltengesetzen festzulegen, dass die **erteilten Errichtungsbewilligungen** immer **mit einer begrenzten Laufzeit** zu versehen sind, wobei diese Bewilligungen bei fehlender **Antragstellung auf eine Betriebsbewilligung innerhalb von zwei Jahren sowie bei Nichtinbetriebnahme innerhalb von drei Jahren ab Erteilung der Errichtungsbewilligung** erlöschen; gleichermaßen haben die Bescheide auch allfällige Auflagen und Bedingungen im Zusammenhang mit vergaberechtlichen Verfahren zu berücksichtigen.
6. Der Rehabilitationsplan 2020 beinhaltet auch Vorgaben zur **ambulanten Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II**. Für diese gelten **dieselben Grundsätze wie für die stationäre Erwachsenen-Rehabilitation**. In den jeweiligen Bescheiden der Länder und in den krankenanstaltenrechtlichen Verfahren müssen die ambulanten Angebote zwischen Phase II und Phase III differenziert dargestellt werden. Die ambulante Phase-III-Rehabilitation ist nicht Teil der Bedarfsschätzung gemäß Rehabilitationsplan 2020.

# Kurzfassung

Die Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH wurde vom Dachverband der Sozialversicherungsträger mit der Aktualisierung und Teilüberarbeitung des Rehabilitationsplans mit neuem Planungshorizont bis 2025 beauftragt. Die Schwerpunkte der Arbeiten waren:

- » Bestandsaufnahme und -analyse vorhandener Kapazitäten der **stationären Erwachsenen-Rehabilitation**
- » Bestandsaufnahme und -analyse vorhandener Kapazitäten der **ambulanten Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II**
- » Abschätzung des bundesweiten und regionalen **Versorgungsbedarfs** der Erwachsenen-Rehabilitation in den jeweiligen Rehabilitations-Indikationsgruppen für den Planungshorizont 2025 unter Berücksichtigung des Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehens sowie des Krankheitsgeschehens
- » Darstellung des aktuellen **Ist-Standes** sowie des **Soll-Standes** für den Planungshorizont 2025 an stationären und ambulanten (Phase-II-)Kapazitäten der Erwachsenen-Rehabilitation, differenziert nach Rehabilitations-Indikationsgruppen bundesweit (stationär und ambulant Phase II), nach Versorgungszonen und Bundesländern (stationär) sowie nach Eignungsstandorten und Bundesländern (ambulant Phase II)

## *Ergebnisse im Rehabilitationsplan 2020*

Die Ergebnisse der Bedarfsschätzung für die **Erwachsenen-Rehabilitation** werden im Überblick sowie in Form einer Saldierung der stationären und ambulanten (Phase-II-)Rehabilitationskapazitäten nach Versorgungszonen und Bundesländern (stationär) bzw. Eignungsstandorten und Bundesländern (ambulant Phase II) sowie Rehabilitations-Indikationsgruppen dargestellt.

Für die Rehabilitationseinrichtungen im stationären Erwachsenen-Bereich ergibt sich bis zum Jahr 2025 ein geschätzter Bedarf von 11.311 Betten, der sich schwerpunktmäßig auf die Rehabilitations-Indikationsgruppen BSR, NEU, PSY und HKE verteilt.

Für den ambulanten Erwachsenen-Bereich führt die Abschätzung auf Basis der im Simulationstool getroffenen Annahmen bis zum Jahr 2025 zu einem Bedarf von bundesweit insgesamt 26.626 jährlichen ambulanten Rehabilitationsverfahren in der ambulanten Phase-II-Rehabilitation, die sich schwerpunktmäßig auf die Rehabilitations-Indikationsgruppen BSR, PSY, ONK und HKE verteilen. Die ambulante Erwachsenen-Rehabilitation in der RIG UCNC befindet sich derzeit in einer Pilotierungsphase, daher liegen noch keine validen Grundlagen für die Bedarfsplanung vor. Um den Aufbau und die Akzeptanz in dieser RIG erfassen zu können und Planungsgrundlagen zu ermitteln, sollen 420 ambulante Phase-II-Rehabilitationsverfahren pro Jahr im Rahmen von Pilotprojekten ermöglicht werden. In der Pilotierungsphase besteht über diese 420 ambulanten Phase-II-Rehabilitationsverfahren pro Jahr hinaus kein Bedarf.

Die Ausführungen zur **Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation** basieren auf einer Studie zur Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation aus dem Jahr 2010. Die dort erstellte Bedarfsschätzung 2020

stellt nach wie vor die aktuell gültige Planungsgrundlage im Bereich der stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in Österreich dar, weshalb dieser Bedarf auch für den Planungshorizont 2025 angenommen wird. Für das Jahr 2025 wird von einem Gesamtbedarf von 343 Betten (exkl. 50 Betten für Angehörige in der familienorientierten Rehabilitation in der RIG ONK) ausgegangen. Im Jahr 2017 führte der HVSVT (nunmehr DVSV) basierend auf dieser Bedarfsschätzung ein Ausschreibungsverfahren zur Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation in Österreich durch. Nach Inbetriebnahme aller geplanten stationären Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche in Österreich bzw. bei Notwendigkeit bereits zu einem früheren Zeitpunkt werden eine Evaluierung der errichteten Kapazitäten, eine Aktualisierung der Bedarfsschätzung mit neuem Planungshorizont sowie eine Überarbeitung der Strukturqualitätskriterien in der stationären Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation empfohlen.

# Inhalt

Präambel zum Rehabilitationsplan 2020 .....	III
Umsetzung des Rehabilitationsplans 2020 .....	IV
Kurzfassung .....	VI
Abbildungen und Tabellen .....	X
Abkürzungen .....	XII
1 Einleitung .....	1
1.1 Projektauftrag und Projektziele .....	1
1.2 Klassifikation in der Rehabilitation .....	3
1.3 Allgemeine Zielsetzungen, Maßnahmen und Anliegen der Rehabilitation .....	5
1.4 Phasenmodell der Rehabilitation .....	8
2 Leistungsrechtliche Abgrenzungen .....	12
2.1 Medizinische Rehabilitation .....	12
2.1.1 Gesetzliche Grundlagen .....	13
2.1.2 Stationäre Rehabilitation .....	14
2.1.3 Ambulante Rehabilitation .....	15
2.2 Heilverfahren in Kureinrichtungen .....	16
2.3 Akutversorgung .....	16
2.3.1 Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) .....	17
2.3.2 Remobilisation/Nachsorge (RNS) .....	18
2.3.3 Neurologische Akut-Nachbehandlung (NEU-ANB) .....	19
3 Strukturqualitätskriterien in der Rehabilitation .....	20
3.1 Definitionen und Erläuterungen .....	20
3.1.1 Personelle Ausstattung .....	20
3.1.2 Räumliche Ausstattung .....	21
3.1.3 Leistungsangebot .....	21
3.2 Strukturqualitätskriterien in der Erwachsenen-Rehabilitation .....	23
3.2.1 Kontraindikationen der Erwachsenen-Rehabilitation .....	23
3.2.2 Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie .....	24
3.2.3 Herz-Kreislauf-Erkrankungen .....	26
3.2.4 Neuro- und Traumarehabilitation .....	28
3.2.5 Onkologische Rehabilitation und Spezialbereich Lymphologie .....	29
3.2.6 Psychiatrische Rehabilitation .....	32
3.2.7 Atmungsorgane .....	33
3.2.8 Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat .....	34
3.2.9 Strukturqualitätskriterien in der Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II – tabellarische Darstellung .....	36
3.3 Strukturqualitätskriterien in der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation .....	42
3.3.1 Besondere Anforderungen an die Kinder- und Jugendlichen- Rehabilitation .....	42
3.3.2 Kontraindikationen für die Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation .....	44
3.3.3 Stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation .....	45
3.3.3.1 Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie .....	45
3.3.3.2 Herz-Kreislauf-Erkrankungen .....	49
3.3.3.3 Kinder- und Jugendchirurgie .....	53
3.3.3.4 Neuro- und Neurotraumarehabilitation .....	57

	3.3.3.5	Atmungsorgane.....	62
	3.3.3.6	Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat.....	66
	3.3.3.7	Onkologische Rehabilitation .....	70
	3.3.3.8	Mental Health.....	81
4		Rehabilitation von Erwachsenen .....	99
	4.1	Methodische Vorgangsweise .....	99
	4.2	Datengrundlagen .....	101
	4.3	Bestandsanalyse.....	102
	4.3.1	Grundlagen.....	102
	4.3.2	Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen .....	103
	4.3.3	Stationäre Rehabilitationseinrichtungen.....	105
	4.3.4	Ambulante Rehabilitationseinrichtungen.....	107
	4.4	Planungszahlen und Soll-Ist-Vergleiche.....	112
	4.4.1	Kriterien der Bedarfsplanung .....	112
	4.4.2	Prozess und Methoden der Bedarfsplanung .....	113
	4.4.3	Angebotsplanung und Empfehlungen bis 2025 .....	115
5		Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen.....	116
	5.1	Leistungsrechtliche Abgrenzungen.....	116
	5.1.1	Maßnahmen der Behindertenhilfe nach Bundesrecht .....	116
	5.1.2	Maßnahmen der Behindertenhilfe nach Landesrecht.....	117
	5.2	Bedarfsschätzung .....	118
	5.2.1	Kriterien der Bedarfsschätzung und Simulationsmodell.....	118
	5.2.2	Ergebnis der Bedarfsschätzung.....	120
		Literatur .....	122
		Anhang .....	123

# Abbildungen und Tabellen

## Abbildungen

Abbildung 1.1: Das bio-psycho-soziale Modell der ICF.....	4
Abbildung 1.2: Zusammenhängende Gesundheitsprobleme – Kontextfaktoren .....	5
Abbildung 4.1: Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen (alle Heilverfahren), 2003–2015 .....	104
Abbildung 4.2: Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen (medizinische Rehabilitation), 2003–2018.....	105
Abbildung 4.3: Planungsprozess zur Abschätzung des regionalen Bedarfs an stationären Betten bzw. an stationären und ambulanten medizinischen Rehabilitationsverfahren der Phase II bis 2025.....	113

## Tabellen

Tabelle 1.1: Phasenabgrenzung im Rehabilitationsprozess im Überblick.....	11
Tabelle 3.1: Strukturqualitätskriterien in der stationären und ambulanten Erwachsenen- Rehabilitation der Phase II je Rehabilitations-Indikationsgruppe .....	37
Tabelle 3.2: Strukturqualitätskriterien stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie (BSR) .....	46
Tabelle 3.3: Strukturqualitätskriterien stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE).....	50
Tabelle 3.4: Strukturqualitätskriterien stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation Kinder- und Jugendchirurgie (KJC) .....	54
Tabelle 3.5: Strukturqualitätskriterien stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation Neuro- und Neurotraumarehabilitation (NEU/NC).....	58
Tabelle 3.6: Strukturqualitätskriterien stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation Atmungsorgane (PUL) .....	63
Tabelle 3.7: Strukturqualitätskriterien stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat (STV) .....	67
Tabelle 3.8: Strukturqualitätskriterien stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation Onkologische Rehabilitation.....	77
Tabelle 3.9: Strukturqualitätskriterien stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation Mental Health (MHR-ESP/KJP I).....	85
Tabelle 3.10: Strukturqualitätskriterien stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation Mental Health (MHR-ESP/KJP II) .....	88

Tabelle 3.11: Strukturqualitätskriterien stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation Mental Health (MHR-ESP/KJP III) .....	91
Tabelle 3.12: Strukturqualitätskriterien stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation Mental Health (MHR-ESP/KJP IV) .....	93
Tabelle 5.1: Parameter für das Simulationsmodell zur Bedarfsberechnung – traditionelle Indikationsgruppen und psychosoziale Rehabilitation.....	119
Tabelle 5.2: Parameter für die Bedarfsberechnung der onkologischen Rehabilitation / familienorientierten Nachsorge nach Krebserkrankung .....	119
Tabelle 5.3: Bettenbedarf für Kinder und Jugendliche (bis zum vollendeten 18. Lebensjahr) im Jahr 2025* nach Rehabilitations-Indikationsgruppen .....	121
Tabelle 5.4: Bettenbedarf für Kinder und Jugendliche (bis zum vollendeten 18. Lebensjahr) im Jahr 2025* nach RIG-Clustern und empfohlene Verteilung auf die Versorgungszonen.....	121

# Abkürzungen

Abs	Absatz
AG/R	Akutgeriatrie/Remobilisation
AM	Allgemeinmedizin
ambRV	ambulante Rehabilitationsverfahren
A-Nr.	Ambulatoriums-Nummer
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
B-KUVG	Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz
BL	Bundesland
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BMI	Body-Mass-Index/Körpermasseindex
BSR	Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie
BSVG	Bauern-Sozialversicherungsgesetz
BVAEB	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
BVerG	Bundesvergabegesetz
bzw.	beziehungsweise
CED	chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease / chronisch obstruktive Lungenerkrankung
CT	Computertomographie
DER	Dermatologie
DGKP	Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal
d. h.	das heißt
DKKP	Diplomiertes Kinderkrankenpflegepersonal
DLD	Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten
DMP	Disease-Management-Programm
DVSV	Dachverband der Sozialversicherungsträger
etc.	et cetera
EEG	Elektroenzephalographie
EFL	Evaluierung der funktionellen Leistungsfähigkeit
EKG	Elektrokardiogramm
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing / Desensibilisierung und Aufarbeitung durch Augenbewegungen
EMG	Elektro-Myographie
ENG	Elektro-Neurographie
ESBL	Extended-spectrum beta-Lactamase
ESP	Entwicklungs- und Sozialpädiatrie sowie pädiatrische Psychosomatik
EW	Einwohner/-innen
FÄ	Fachärztin/Facharzt
FOR	familienorientierte Rehabilitation
GAF	Global Assessment of Function
ggf.	gegebenenfalls

GÖ FP	Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GSVG	Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
GVA	Gesundheitsvorsorge aktiv
HKE	Herz-Kreislauf-Erkrankungen
HOCM	hypertrophe Kardiomyopathie
HVSVT	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
ICD	International Classification of Diseases / Internationale Klassifikation d. Krankheiten
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health / Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Benachteiligung
ICF-CY	International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth / Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Benachteiligung für Kinder und Jugendliche
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
i. d. F.	in der Fassung
i. d. g. F.	in der geltenden Fassung
ILK	Inventar zur Erfassung der Lebensqualität
IM	Innere Medizin
inkl.	inklusive
KA	Krankenanstalt
KAC	Krankenanstalten-Code
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KJC (KCH)	Kinder- und Jugendchirurgie
KH	Krankenhaus
KIJU	Kinder und Jugendliche /Kinder- und Jugendheilkunde / Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie / kinder- und jugendpsychiatrische Rehabilitation
km	Kilometer
KPE	komplexe physikalische Entstauungstherapie
KTL	Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstalten-Finanzierung
LYMPH	Spezialbereich Lymphologie
MAS	Multiaxiales Klassifikationsschema
MHR	Mental-Health-Rehabilitation
MR / MRI	Magnetresonanztomographie
MRGN	multiresistente gramnegative Erreger
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
MTF	medizinisch-technischer Fachdienst
NC	Neurochirurgie
NEU	Neurologische Erkrankungen / Neurologie
NEU-ANB	Neurologische Akut-Nachbehandlung
ngR	nach geltender gesetzlicher Regelung
NLG	Nervenleitgeschwindigkeit
nN	nach Notwendigkeit

NYHA	New York Heart Association
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGIS	Österreichisches Gesundheitsinformationssystem
ÖGNR	Österreichische Gesellschaft für Neurorehabilitation
ONK	Onkologie / Onkologische Rehabilitation
OR	Orthopädie
ORTR	Orthopädie/Traumatologie
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖROK	Österreichische Raumordnungskonferenz
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PA	Pflegeassistentinnen/Pflegeassistenten/Pflegeassistenz
Pat.	Patientin/Patient / Patientinnen/Patienten
PCI	Percutaneous Coronary Intervention / Perkutane Koronararterien-Intervention
PFA	Pflegfachassistentinnen/Pflegfachassistenten/Pflegfachassistenz
PMR	Physikalische Medizin und Rehabilitation
PPP	Public-private-Partnership
PSY	Psychiatrie / Psychiatrische Rehabilitation
PUL	Pulmologie bzw. Lungenheilkunde / Atmungsorgane
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
RIG	Rehabilitations-Indikationsgruppe
RNS	Remobilisation/Nachsorge
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
RZ	Rehabilitationszentrum/-zentren
SKA	Sonderkrankenanstalt
SON	sonstige Krankheiten
SQK	Strukturqualitätskriterien
ST.AT	Statistik Austria
STV	Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat
SV	Sozialversicherung
SVS	Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen
SVT	Sozialversicherungsträger
TEE	Transösophageale Echokardiographie
TNM	Tumor-Nodes-Metastasen / Klassifikation von malignen Tumoren
TTE	Transthorakale Echokardiographie
u. a.	unter anderem
UC	Unfallchirurgie
UCNC	Unfallchirurgie/Neurochirurgie
vgl.	vergleiche
VO	Verordnung
VP	Vertragspartnereinrichtung
VZ	Versorgungszone(n)
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel
ZNS	Zentrales Nervensystem

# 1 Einleitung

## 1.1 Projektauftrag und Projektziele

Der Rehabilitationsbereich ist – neben der Akut- und der Langzeitversorgung – ein wichtiges Element im Rahmen einer integrativen Gesundheitsversorgung. ÖBIG bzw. GÖG und GÖ FP haben sich im Auftrag des DSVS (vormals HVSVT) bereits mehrfach mit der österreichweiten Planung der Rehabilitationsangebote befasst. Es waren dies in den Jahren 1996/1997 die Studien *Rehabilitationskonzept 1996* sowie 1999 die Studie *Rehabilitation von Kindern in Österreich*. Im Jahr 2003 wurde das ÖBIG mit dem Erstellen eines *Rehabilitationsplans* beauftragt. Dieser *Rehabilitationsplan 2004* wurde im Auftrag des HVSVT (nunmehr DSVS) im Jahr 2008 aktualisiert, teilweise überarbeitet und schließlich als *Rehabilitationsplan 2009* fertiggestellt.

Der im Dezember 2008 fertiggestellte *Rehabilitationsplan 2009* wurde im Zeitraum 2009 bis 2011 als Planungsgrundlage für Rehabilitationsangebote in den jeweiligen Rehabilitations-Indikationsgruppen herangezogen, bevor er durch den *Rehabilitationsplan 2012* abgelöst wurde. Daran anschließend wurde in den Jahren 2015 und 2016 an der Aktualisierung des Rehabilitationsplans gearbeitet und Ende 2016 wurde der *Rehabilitationsplan 2016* publiziert, dessen Kernelemente in den ÖSG 2017 und in die ÖSG VO 2019 übernommen wurden.

Im Jahr 2019 beauftragte der HVSVT (nunmehr DSVS) die GÖ FP mit der Methodenentwicklung für einen zukünftigen Rehabilitationsplan 2020. Bestehende methodische und datentechnische Defizite in der bisherigen stationären und ambulanten Rehabilitationsplanung wurden analysiert und Lösungsvorschläge erarbeitet. Weiters wurden die Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der bestehenden Datengrundlagen und Methoden diskutiert und die für den *Rehabilitationsplan 2020* zu verwendenden Datengrundlagen und Methoden festgelegt. Basierend auf den Ergebnissen dieses Methodenprojekts wurde die GÖ FP im Jahr 2020 vom DSVS mit der Aktualisierung und Teilüberarbeitung des Rehabilitationsplans mit Planungshorizont 2025 beauftragt.

Ziel der Aktualisierung ist es, aktuelle Planungsgrundlagen zum Rehabilitationsbereich für die nächsten Jahre bereitzustellen und den Sozialversicherungsträgern ein Instrumentarium zur Weiterentwicklung der stationären und ambulanten Versorgungsstrukturen zur Verfügung zu stellen.

Ausgangslage für die Planung ist eine gut funktionierende und auf qualitativ hohem Niveau stattfindende Rehabilitationsversorgung in Österreich. Die vorhandenen Qualitätsstandards sollen in weiterer Zukunft nicht abgebaut, sondern jedenfalls gehalten und verbessert werden. Die Planungsgrundsätze, die in der Aktualisierung des Rehabilitationsplans zu berücksichtigen sind, orientieren sich insbesondere an den Prinzipien der Bedarfsgerechtigkeit, der Wirtschaftlichkeit und der Sparsamkeit.

Projektgegenstand sind die Darstellung und Planung der stationären und ambulante Kapazitäten der Phase II der medizinischen Rehabilitation für **Erwachsene** in den SV-eigenen Einrichtungen, in den Vertragspartner-Einrichtungen sowie jenen Einrichtungen, die als PPP-Modell geführt werden,

wobei auch die gegenwärtig von den SV-Trägern vereinzelt beschickten Einrichtungen im angrenzenden Ausland berücksichtigt werden sollen.

Kureinrichtungen sowie ambulante Therapieangebote von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bzw. Therapeutinnen und Therapeuten außerhalb der medizinischen Rehabilitation im Sinne des Sozialversicherungsrechts sind nicht Gegenstand des Rehabilitationsplans 2020 (vgl. auch Ausführungen in Abschnitt 2.1).

Die Planung umfasst im Erwachsenenbereich folgende Rehabilitations-Indikationsgruppen:

- » Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie (BSR)
- » Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE)
- » Zentrales und peripheres Nervensystem (NEU)
- » Onkologische Rehabilitation (ONK)
- » Psychiatrische Rehabilitation (PSY)
- » Atmungsorgane (PUL)
- » Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat (STV)
- » Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen (UCNC)
- » Spezialbereich Lymphologie (LYMPH)

Zur ambulanten Rehabilitation der Phase III für Erwachsene werden Planungsempfehlungen angeführt. Aufgrund der derzeit noch fehlenden Erfahrungswerte und allgemeingültigen medizinischen Entscheidungsgrundlagen ist eine Bedarfsschätzung zur Phase-III-Rehabilitation noch nicht möglich.

Zum Aufbau der stationären Rehabilitationseinrichtungen für **Kinder und Jugendliche** in Österreich führte der DVSV (damals HVSVT) im Jahr 2017 ein Ausschreibungsverfahren durch. Das Ausschreibungsverfahren und somit der Aufbau der stationären Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche in Österreich orientierte sich an der Bedarfsschätzung für das Jahr 2020 zur Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation aus dem Jahr 2010 (Nemeth, Fülöp 2010) und an folgenden Clustern von Rehabilitations-Indikationsgruppen:

- » Mobilisierender Schwerpunkt (BSR, KJC, NEU, NC, SON)
- » Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE) / Atmungsorgane (PUL)
- » Onkologische Rehabilitation (inkl. familienorientierter Nachsorge, ONK) / Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat (STV)
- » Mental Health (ESP, KJP)

Diese dort erstellte Bedarfsschätzung 2020 stellt nach wie vor die aktuell gültige Planungsgrundlage im Bereich der stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in Österreich dar, weshalb dieser Bedarf auch für den Planungshorizont 2025 angenommen wird (siehe Kapitel 5). Nach Inbetriebnahme aller geplanten stationären Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche in Österreich bzw. bei Notwendigkeit bereits zu einem früheren Zeitpunkt werden eine Evaluierung der errichteten Kapazitäten, eine Aktualisierung der Bedarfsschätzung mit neuem Planungshorizont sowie eine Überarbeitung der Strukturqualitätskriterien in der stationären Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation empfohlen.

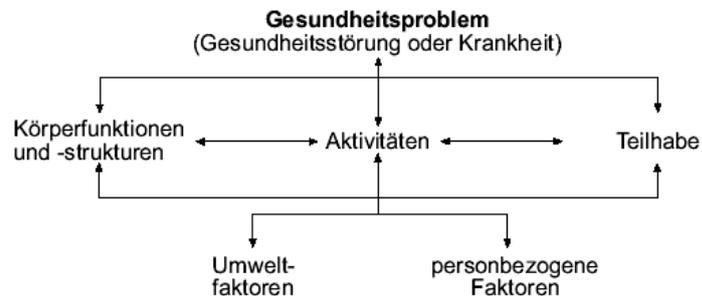
## 1.2 Klassifikation in der Rehabilitation

Die 54. Vollversammlung der WHO verabschiedete im Mai 2001 die *International Classification of Functioning, Disability and Health / internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. Ihr Ziel ist es, eine international verbindliche Sprache in der Rehabilitation zu entwerfen (in Analogie zur ICD-10), um damit Datenvergleiche und epidemiologische Studien zu ermöglichen. Die *International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth / internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (ICF-CY)* ist eine auf Basis der ICF abgeleitete Klassifikation, welche die Besonderheiten von in Entwicklung befindlichen Funktionen und die besonderen Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen berücksichtigt. Im Interesse eines die gesamte Lebensdauer umfassenden ICF sollen beide Klassifikationen in Zukunft wieder zusammengeführt werden.

Eine Weiterentwicklung der *ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps)* bzw. *ICIDH-2* ist die *ICF*, die es ermöglicht, den Gesundheitszustand einer Patientin / eines Patienten in allen seinen Dimensionen, insbesondere auch unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren, also des Lebenshintergrunds der Patientin / des Patienten, darzustellen. Im Gegensatz zur *ICIDH* ist damit nicht nur eine Defizitorientierung möglich, sondern auch eine Ressourcenorientierung. Das Einbinden von Kontextfaktoren, wie beispielsweise familiäre Unterstützung, ermöglicht es, Defizite nicht nur durch das Rehabilitationsteam, sondern auch durch die Umwelt der Rehabilitandin / des Rehabilitanden – im Sinne von Koproduzentinnen/Koproduzenten der Gesundheit – auszugleichen. Auch können hemmende Kontextfaktoren (sogenannte Barrieren) frühzeitig überwunden und so Ziele rascher erreicht werden. Durch die standardisierte Betrachtung aller Dimensionen wird es möglich, geeignete Maßnahmen der Rehabilitation auf unterschiedlichen Ebenen vorzunehmen, die bei der Behandlung der Krankheitsfolgen beginnen und bei der Reintegration in den beruflichen und sozialen Alltag enden. Damit wird die Rehabilitation individualisiert und den jeweiligen Bedürfnissen angepasst. Starre Rehabilitationskonzepte, die häufig noch rein diagnoseabhängig sind, werden durch evidenzbasierte Individualkonzepte ersetzbar. Grundsätzlich wird durch dieses Modell der ambulanten, wohnortnahen Rehabilitation mehr Bedeutung zukommen.

Aktuell ist es nur mit erheblichem Aufwand möglich, die *ICF* konsequent anzuwenden (pro Patient/-in ist hier mit zwei Stunden Dokumentationszeit zu rechnen). Allerdings werden entsprechende Instrumente weiterentwickelt. Es scheint klar zu sein, dass sich die *ICF*, ähnlich der *ICD-10*, als Standard durchsetzen wird.

Abbildung 1.1:  
Das bio-psycho-soziale Modell der ICF



Quelle und Darstellung: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der World Health Organization 2001

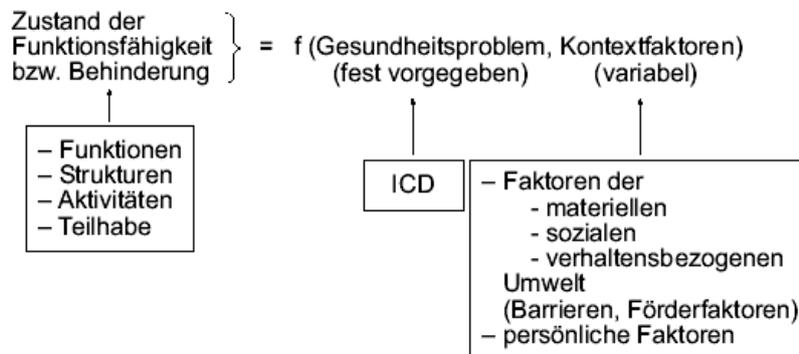
Die Doppelpfeile zeigen modellhaft eine allgemeine und abstrakte Wechselwirkung an. Nach diesem komplexen Interdependenzmodell variiert der Zustand der funktionalen Gesundheit mit dem Gesundheitsproblem und den Kontextfaktoren – und eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit kann neue Gesundheitsprobleme nach sich ziehen. So kann z. B. eine längere Bettlägerigkeit einer Person (Aktivitätseinschränkung) eine Muskelatrophie (Schädigung) bewirken. Eine langzeitarbeitslose Person (Beeinträchtigung der Teilhabe) kann eine reaktive Depression entwickeln oder alkoholabhängig werden etc.

Für die Rehabilitation bedeutet das bio-psycho-soziale Modell der ICF, dass therapeutische Maßnahmen in allen vier Dimensionen (Körperfunktionen und -strukturen, Aktivität, Teilhabe und Kontextfaktoren) ergriffen werden können, um etwaige Beeinträchtigungen zu kompensieren oder zu beheben. Eine dauernde Behinderung wird erst dann definiert, wenn selbst unter Veränderung aller Dimensionen die Beeinträchtigung nicht behoben werden kann.

Der Zusammenhang von funktionaler Gesundheit bzw. Behinderung als Funktion des Gesundheitsproblems und Kontextfaktoren im Sinne von Förderfaktoren und Barrieren wird in Abbildung 1.2 veranschaulicht. Damit wird deutlich, dass die rein indikationsbezogene Rehabilitation zu ergänzen ist.

Abbildung 1.2:

Zusammenhängende Gesundheitsprobleme – Kontextfaktoren



Quelle und Darstellung: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der World Health Organization 2001

### 1.3 Allgemeine Zielsetzungen, Maßnahmen und Anliegen der Rehabilitation

Im Sinne der ICF-Klassifikation sollen durch den Einsatz interdisziplinärer Rehabilitationsteams Schädigungen/Funktionsstörungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen der Teilhabe beseitigt, verbessert oder hintangehalten werden.

#### *Rehabilitationsziele bei Schädigungen/Funktionsstörungen*

Ziele sind die Beseitigung, Verbesserung oder das Hintanhalten von Schädigungen/Funktionsstörungen der primär befallenen Organe bzw. Organsysteme und die Vermeidung sekundärer Schäden an weiteren Organen (somatische Ebene), z. B.:

- » Verminderung entzündlich-rheumatischer Erkrankungen, insbesondere von Arthritis und deren Progredienz einschließlich der Verminderung von strukturellen und funktionellen Schädigungen an anderen beteiligten Organen (z. B. am bronchialpulmonalen System),
- » Verbesserung der Muskel- und Gelenksfunktionen (Muskellockerung, Verbesserung der Koordination, Zunahme der Muskelkraft, Verbesserung der Muskelausdauer),
- » Verminderung und Abschwächung der Angina-pectoris-Anfälle,
- » Verbesserung der kardiopulmonalen Belastbarkeit.

### *Rehabilitationsziele bei Fähigkeitsstörungen*

Vermeidung, Beseitigung, Verbesserung oder Hintanhalten von Fähigkeitsstörungen in den Bereichen:

- » Selbstständigkeit bzw. Selbstversorgung (z. B. bei hygienischen Verrichtungen, beim An- und Auskleiden, bei Nahrungszubereitung und -aufnahme),
- » Mobilität (z. B. beim Gehen auf unebenem Boden bzw. bei anderen Hindernissen, beim Treppensteigen, bei der Verkehrsmittelbenutzung),
- » Beweglichkeit, Geschicklichkeit (z. B. in der Feinmotorik beim Umgang mit Handgriffen, Verschlüssen),
- » Krankheitsbewältigung (z. B. Verminderung von Ängstlichkeit und Depressivität, Bewältigung von chronischen Schmerzzuständen und Stress, Erlernen von Kompensationsstrategien),
- » Ausdauer.

### *Rehabilitationsziele bei Beeinträchtigungen (der Teilhabe)*

Ziel ist, drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigungen zu vermeiden oder zu mildern, und zwar insbesondere in den Bereichen:

- » physische Unabhängigkeit (in Bezug auf Selbstversorgung),
- » psychische Gesundheit,
- » Mobilität (Fortbewegung in der Umgebung),
- » Beschäftigung (Ausbildung, Erwerbstätigkeit, Haushaltsführung, Freizeit),
- » soziale Integration/Reintegration,
- » soziale Kompetenz,
- » Orientierung,
- » wirtschaftliche Eigenständigkeit (in Bezug auf die Sicherung des Lebensunterhaltes).

Um die Rehabilitationsziele zu erreichen, sind die Bezugspersonen nach Möglichkeit einzubeziehen. Zeigt sich während der Rehabilitation, dass bestimmte Schädigungen oder Funktionsstörungen durch Behandlung nicht zu verbessern sind, sollte eine Verbesserung der Fähigkeiten durch Kompensation, Erwerben neuer Kenntnisse, Fertigkeiten und Verhaltensweisen angestrebt werden.

### *Rehabilitationsziele, bezogen auf Kontextfaktoren und Risikofaktoren*

Diese Zielsetzungen gelten insbesondere für die ambulante Rehabilitation. Ziel von Rehabilitationsmaßnahmen ist es auch, auf Gesundheit und Krankheit einwirkende Kontextfaktoren (Förderfaktoren und Barrieren) zu erfassen und diese – soweit erforderlich und möglich – zu modifizieren, indem die Umweltbedingungen an verbleibende Fähigkeitsstörungen/Beeinträchtigungen der Rehabilitandin / des Rehabilitanden angepasst werden. In Betracht kommen Maßnahmen der Arbeitsplatzanpassung, der Wohnungsanpassung sowie die persönliche Ausstattung mit Mobilitätshilfen und technischen Hilfen. Jede Rehabilitationsmaßnahme hat weiters das Ziel, spezifische Gesundheits- und Krankheitsrisiken sowie allgemeine Risikofaktoren zu vermeiden.

Art und Ausmaß der Beeinträchtigungen können durch Umweltfaktoren verstärkt oder vermindert werden, weshalb diese bei der Bestimmung der Rehabilitationsziele zu berücksichtigen sind. Hierzu können u. a. Arbeitsplatzbegehungen, Wohnraumbesichtigungen und Gespräche mit den Angehörigen erforderlich sein. Spezifische Zielsetzungen sind beispielsweise:

- » Arbeitsplatzanpassung,
- » berufliche Wiedereingliederung,
- » Planung und Einleitung berufsfördernder Maßnahmen, Umschulungen,
- » Anleitung zu gesundheitsbewusster Ernährung und Motivation zur Lebensstiländerung, einschließlich eines Abbaus von Risikofaktoren,
- » Anleitung zur Verminderung bzw. Beseitigung von Bewegungsmangel,
- » Anleitung zu Stressabbau/Stressbeseitigung,
- » Hilfe bei der Findung von Bewältigungsstrategien,
- » Gestaltung der häuslichen Umgebung,
- » Einleitung von Anpassung an Sport- und Freizeitaktivitäten.

Es ist auch Aufgabe der Rehabilitation, Risikofaktoren zu vermeiden, zu beseitigen bzw. deren Wirkungen zu vermindern. Rehabilitationsziele in diesem Sinne sind beispielsweise:

- » Verbesserung des Informationsstandes über die Krankheit,
- » Umgang mit Notfallsituationen,
- » Entwicklung von Strategien zum Abbau von Risikoverhalten (z. B. Rauchen, Alkoholmissbrauch, Fehlernährung, Bewegungsmangel, inadäquates Freizeitverhalten, körperliche und psychische Überforderung),
- » Unterweisen in Techniken zur Selbstkontrolle (z. B. Blutdruck, Blutzucker, Blutgerinnung),
- » Erlernen von Entspannungstechniken,
- » Schulung der Körperwahrnehmung.

Weitere allgemeine Zielsetzungen und Maßnahmen der Rehabilitation sind:

- » Reduktion von Symptomen, Behinderung und Benachteiligung,
- » Empfehlung weiterführender, insbesondere auch langfristig vorhandener Maßnahmen (z. B. DMP),
- » Kompetenzsteigerung (Empowerment) der Patientin / des Patienten im Umgang mit der Erkrankung durch Schulung und Entwicklung von Coping-Strategien,
- » Steigerung der körperlichen Aktivität und Beherrschung der Erfordernisse des täglichen Lebens,
- » möglichst weitgehende Reintegration in das soziale und berufliche Umfeld,
- » Vermeidung bzw. Verminderung der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit,
- » Erhaltung der Arbeitsfähigkeit,
- » Verbesserung der Lebensqualität,
- » präventive Maßnahmen.

Die individuellen Rehabilitationsziele orientieren sich an den Beeinträchtigungen, der Lebenssituation und dem sozialen Kontext der Betroffenen und werden durch das interdisziplinäre Rehabilitationsteam (unter Führung einer Ärztin / eines Arztes) gemeinsam mit jeder Rehabilitandin /

jedem Rehabilitanden (ggf. unter Miteinbeziehung der Angehörigen) festgelegt. Dabei zu berücksichtigen sind insbesondere die Zustimmung der Betroffenen, die Erreichbarkeit der Ziele und die zeitliche Dimension. Die individuellen Ziele können im Laufe der Rehabilitation modifiziert, aufgegeben und durch andere ersetzt werden. Zur Erreichung der Rehabilitationsziele wird ein individueller Rehabilitations- und Therapieplan erstellt.

## 1.4 Phasenmodell der Rehabilitation

Rehabilitation umfasst die koordinierte Summe an Maßnahmen, die benötigt werden, um die bestmöglichen physischen, psychischen und sozialen Bedingungen zu schaffen, damit Patientinnen und Patienten mit chronischen oder auf ein akutes Ereignis folgenden Erkrankungen aus eigener Kraft ihren gewohnten Platz in der Gesellschaft bewahren oder wiedereinnahmen können und durch verbesserte Lebensgewohnheiten das Fortschreiten der Erkrankung begrenzen oder umkehren können.

Im Laufe des Rehabilitationsprozesses können grundsätzlich vier Phasen unterschieden werden, wobei die Abgrenzungen zwischen einzelnen Phasen und Phasenübergängen nach der ICF zu beurteilen sind. Die Phasen zeigen in der Regel einen chronologischen Ablauf.

### *Phase I*

Darunter wird die **Frühmobilisation** im Akutkrankenhaus verstanden. Diese umfasst physikalisch-therapeutische Einzelmaßnahmen, funktionsorientierte physikalische Therapie, physikalisch-medicinische Komplexbehandlung sowie den Einsatz weiterer Therapiebereiche (Ergotherapie, Psychotherapie, Logopädie) in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen und bei unterschiedlichem Zeitaufwand.

Für diese Phase wird zum Teil auch der Begriff **Akutrehabilitation** verwendet. Es handelt sich in dieser Phase um akute Krankenbehandlung und somit um einen Leistungsbereich der Sozialversicherung, der unter dem Titel Anstaltspflege erbracht wird, nicht aber um Rehabilitation im sozialversicherungsrechtlichen Sinn.

### *Phase II*

Phase II folgt entweder nach Phase I im Anschluss an das Akutkrankenhaus (= *Anschlussheilverfahren* oder *Rehabilitation nach Unfall*) oder nach einer akuten Krankenbehandlung im extramuralen Bereich (= *Rehabilitationsheilverfahren*). Sie findet grundsätzlich in Einrichtungen statt, die sanitätsbehördlich als Sonderkrankenanstalten genehmigt sind, die vorwiegend der Rehabilitation dienen. Der Übergang in die **stationäre oder ambulante Rehabilitation der Phase II** erfolgt bei Anschlussheilverfahren entweder unmittelbar bzw. innerhalb von zwölf Wochen im Anschluss an einen Spitalsaufenthalt oder nach einer rehabilitationsrelevanten Krankenbehandlung, jedenfalls aber erst dann, wenn ausreichende Stabilität der Patientin / des Patienten für die Anwendung

rehabilitativer Therapie in der erforderlichen Intensität und Dauer besteht. Rehabilitationsmedizinische Maßnahmen im Ausmaß von mindestens zwei bis drei Stunden täglich sollen durchgeführt werden können.

### *Phase III*

Die Rehabilitation in Phase III des Rehabilitationsprozesses erfolgt in Form **ambulanter Rehabilitation** und 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. Sie kann nur im Anschluss an die Phase II durchgeführt werden.

### *Phase IV*

Diese Phase bezeichnet die langfristige ambulante Nachsorge, die ohne ärztliche Aufsicht erfolgen kann. Ziel ist eine weitere Verbesserung und Festigung der erzielten Effekte. Für diese Phase wird auch der Begriff **Langzeitrehabilitation** verwendet. Es handelt sich in dieser Phase nicht um Rehabilitation im sozialversicherungsrechtlichen Sinn. Die Sozialversicherung übernimmt hier Leistungen allenfalls unter dem Titel Krankenbehandlung. In dieser Phase ist grundsätzlich die Eigenverantwortlichkeit der Patientinnen und Patienten gefordert.

## **Phasenmodell der Neurorehabilitation**

Neurologische Erkrankungen werden als Prozesse gesehen, in deren Verlauf ein unterschiedliches Ausmaß an neurorehabilitativen Aktivitäten notwendig ist. Im Bereich der Neurorehabilitation hat sich eine eigene Phaseneinteilung etabliert (Phaseneinteilung der ÖGNER), die eine adäquate Abstimmung der Rehabilitationsmaßnahmen auf den sich ändernden Bedarf der Betroffenen, eine abgestufte Planung sowie die Definition von Qualitätskriterien für entsprechende Betreuungseinrichtungen ermöglichen soll. Der Übergang von einer Phase in die andere ist fließend, es wird daher nicht grundsätzlich jede Phase des Krankheitsprozesses durchlaufen und auch Rückfälle in frühere Phasen sind möglich. In jeder Phase kann akutneurologischer und neurorehabilitativer Behandlungsbedarf bestehen oder es kann eine Stagnation des Krankheitsprozesses bzw. Chronifizierung eintreten.

### *Phase A*

Die Behandlung in dieser Phase entspricht der Akutbehandlung von neurologischen Erkrankungen bzw. von akuten Verschlechterungen chronischer neurologischer Erkrankungen, häufig bestehen schwerwiegende Begleiterkrankungen. Es ist meist die gesamte Infrastruktur einer Akutkrankenanstalt zur Betreuung erforderlich (intensivmedizinische Betreuung).

### *Phase B*

Für die Behandlung in dieser Phase existieren in den Akutkrankenanstalten Strukturen der neurologischen Akut-Nachbehandlung (NEU-ANB) im Sinne des LKF-Modells. Die Behandlung in diesen Einheiten wird auch als **Akutneurorehabilitation** bezeichnet.

Die/Der Betroffene ist intermittierend bewusstseinsgestört, die Kooperationsfähigkeit ist nicht oder nur in einem geringen Ausmaß gegeben. Bezüglich der Aktivitäten des täglichen Lebens ist sie/er vollkommen oder weitgehend unselbstständig. Sie/Er ist nicht dauernd beatmungspflichtig, Komplikationen sowie notfallsartige Verschlechterungen sind häufig und können jederzeit intensivmedizinische Interventionen inkl. zeitweiser Beatmung notwendig machen.

### *Phase C*

Phase C ist eine Rehabilitationsphase, in der die Patientinnen/Patienten bereits in der Therapie mitarbeiten können. Die/Der Betroffene ist bewusstseinsklar, zumindest teilorientiert und kann über den Tag verteilt drei Stunden an therapeutischen Maßnahmen teilnehmen. Zumindest einige Aktivitäten des täglichen Lebens kann sie/er bewältigen. Es besteht in der Regel keine Aspirationsgefahr, sie/er ist zu einem erheblichen Teil von pflegerischer Hilfe abhängig. Begleiterkrankungen bzw. -verletzungen dürfen die notwendigen therapeutischen Maßnahmen nicht verbieten oder wesentlich behindern. Es darf weder Selbst- noch Fremdgefährdung bestehen.

### *Phase D*

Die/Der Betroffene ist bei den Aktivitäten des täglichen Lebens vollkommen oder weitgehend selbstständig, gegebenenfalls mit Hilfsmitteln. Sie/Er ist sowohl geistig als auch körperlich in der Lage, über mehrere Stunden am Tag aktiv an einem Therapieprogramm mitzuarbeiten. Sie/Er ist durchwegs kooperativ und kann mehrere Stunden am Tag ohne professionelle Aufsicht verbringen.

### *Phase E*

Die/Der Betroffene ist in der Lage, Alltag und Freizeit auch über mehrere Tage allein zu planen, zu organisieren und zu verbringen. Sie/Er bedarf jedoch schwerpunktmäßig noch spezieller neurorehabitativer Maßnahmen mit folgenden Zielsetzungen: Ausbau, Stabilisierung bzw. Erhaltung erreichter Therapieerfolge; berufliche Wiedereingliederung und Erwerb umfassender sozialer Kompetenzen.

## Phasenabgrenzungen und Begriffe im Überblick

Klärung der im Rehabilitationsprozess gebräuchlichen Begriffe und Phasenabgrenzungen soll die nachfolgende Tabelle bieten. Dieser Überblick enthält das allgemeine Phasenmodell der Rehabilitation sowie zusätzlich das Phasenmodell der Neurorehabilitation und das Modell, das im Rahmen der Neuropädiatrie herangezogen wird.

Tabelle 1.1:  
Phasenabgrenzung im Rehabilitationsprozess im Überblick

Phasen		Begriffe	Strukturen	Rechtstitel
Allgemein (nach WHO)	Neurologie, Neuropädiatrie			
Phase I	Phasen A, B, C*	Akutbehandlung Frühmobilisation Frührehabilitation Akutrehabilitation Akutneurorehabilitation	Akutkrankenhaus AG/R, RNS Einheiten zur neurolog. Akut-Nachbehandlung (NEU-ANB)	Anstaltspflege / Krankenbehand- lung
Phase II	Phasen C, D	Anschlussheilbehandlung Stationäre Rehabilitation Ambulante Rehabilitation Allgemeine Rehabilitation	Stationäre Rehabilitati- onseinrichtung	Rehabilitation
			Ambulante Rehabilitati- onseinrichtung	
Phase III	Phase E	Ambulante Rehabilitation (stabilisierend)	Ambulante Rehabilitati- onseinrichtung	Rehabilitation
Phase IV		Langzeitsekundärprävention Langfristige ambulante Nachsorge Langzeitrehabilitation	Private Einrichtungen, Vereine, Sportgruppen, Heimtraining etc.	kein Rechtstitel, Durchführung in Eigenverantwor- tung
			ggf. Einzelmaßnahmen durch Therapeu- ten/Therapeutinnen	Krankenbehand- lung bzw. Eigen- verantwortung

\* frühe Phase C mit Notwendigkeit an erheblicher pflegerischer Hilfe

Quelle und Darstellung: GÖ FP

## 2 Leistungsrechtliche Abgrenzungen

In diesem Kapitel werden die Grundlagen medizinischer Rehabilitation sowie jene der daran angrenzenden Versorgungsbereiche dargestellt.

### 2.1 Medizinische Rehabilitation

Im Gegensatz zur kurativmedizinischen Akutversorgung, deren Schwerpunkt klar auf der Heilung bzw. Beseitigung organbezogener Krankheiten liegt (a priori kausal orientiertes bio-medizinisches Krankheitsmodell mit den Gliederungsmerkmalen Ätiopathogenese und Lokalisation), verfolgt die medizinische Rehabilitation einen holistischen Ansatz, der den Menschen als aktiven Teil der Gesellschaft definiert (bio-psycho-soziales Modell).

Unter medizinischer Rehabilitation werden – in Anlehnung an die im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) genannten Definitionen – Maßnahmen verstanden, die das Ziel verfolgen, die Leistungsfähigkeit, die Aktivität und die Teilhabe von Menschen nach Erkrankungen oder Operationen soweit wiederherzustellen, dass sie im beruflichen und wirtschaftlichen Leben und in der Gemeinschaft einen angemessenen Platz möglichst dauerhaft ohne Betreuung und Hilfe einnehmen können. Behinderungsbedingte Pensionierungen und Pflegebedürftigkeit sollen verhindert oder zumindest aufgeschoben werden.

Die Rehabilitation steht in ursächlichem und zeitlichem Zusammenhang mit der akutmedizinischen Versorgung. Die Rehabilitation umfasst medizinische, berufliche und soziale Maßnahmen. Die Abgrenzung der Rehabilitation zu den angrenzenden Bereichen der Kurativmedizin (insbesondere zu Einzelmaßnahmen mit rehabilitativem Charakter wie beispielsweise zur physikalischen Medizin) und zu gesunderhaltungenden Maßnahmen (Kur) ist nicht eindeutig, da der somatische, organgebundene Teil im holistischen Ansatz erhalten bleibt und ebenfalls behandelt werden muss. Daher ist Rehabilitation immer an eine endverantwortliche Ärztin / einen endverantwortlichen Arzt gebunden und kann nicht von Physio- oder Ergotherapeutinnen / Physio- oder Ergotherapeuten selbstständig durchgeführt werden.

Zur Klärung von Notwendigkeit und Zielsetzung der medizinischen Rehabilitation gelten für die stationäre und ambulante medizinische Rehabilitation jedenfalls folgende Voraussetzungen:

- » **Rehabilitationsbedürftigkeit** besteht, wenn bei Vorliegen von voraussichtlich nicht nur vorübergehenden Fähigkeitsstörungen bzw. bei drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen über die kurative Versorgung hinaus ein multimodales Maßnahmenpaket erforderlich ist, um Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen zu vermeiden, zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlechterung hintanzuhalten.
- » **Rehabilitationsfähigkeit** bezieht sich auf die somatische und psychische Verfassung der Rehabilitandin / des Rehabilitanden für die Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme (Motivation und Belastbarkeit).

- » Die **Rehabilitationsprognose** ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage auf Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotenzials, der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller Ressourcen einschließlich psychosozialer Faktoren (Rehabilitationspotenzial). Sie gibt Auskunft über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels in einem bestimmten Zeitraum.

Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation werden von den Sozialversicherungsträgern sowohl in deren eigenen Rehabilitationseinrichtungen als auch durch Inanspruchnahme vorhandener Kapazitäten in Vertragspartner-Einrichtungen erbracht.

## 2.1.1 Gesetzliche Grundlagen

Regelungen über den Umfang der medizinischen Rehabilitation, die Zuständigkeit für die Gewährung der Maßnahmen und Festlegungen zu den Anspruchsberechtigten finden sich insbesondere im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG), auch die Sondergesetze enthalten für den jeweils umfassten Personenkreis entsprechende gleichlautende oder ähnliche Regelungen (§§ 99a, 157-168 GSVG; §§ 96a, 148, 148p, 150-160 BSVG; § 65a B-KUVG).

Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation werden im Rahmen der Pensionsversicherung, der Unfallversicherung und der Krankenversicherung erbracht, wobei die jeweiligen Zielsetzungen sehr ähnlich sind.

### **Unfallversicherung (§ 189 ASVG)**

Im Rahmen der Unfallversicherung kann es zu Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation kommen, wenn der Grund für die Behinderung ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit ist. Derartige Maßnahmen werden im Rahmen der Unfallheilbehandlung gewährt, welche mit allen geeigneten Mitteln zu erfolgen hat. Sie sollen die durch den Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit hervorgerufene Gesundheitsstörung oder Körperbeschädigung sowie die durch den Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit verursachte Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. der Fähigkeit zur Besorgung der lebenswichtigen persönlichen Angelegenheiten beseitigen oder zumindest bessern und eine Verschlimmerung der Folgen der Verletzung oder Erkrankung verhüten. Die stationäre Unfallheilbehandlung umfasst die Pflege in Kranken-, Kur- und sonstigen Anstalten.

#### *Berufskrankheiten*

Gemäß § 177 Abs 1 ASVG gelten die in der Anlage 1 des ASVG bezeichneten Krankheiten unter den dort angeführten Voraussetzungen als Berufskrankheiten. Die Zuständigkeit liegt beim jeweiligen Unfallversicherungsträger (AUVA, BVAEB, SVS). Seitens der AUVA werden Berufskrankheiten derzeit ausschließlich in der Rehabilitationsklinik Tobelbad rehabilitiert (vgl. Tabelle 1a im Tabellenanhang).

### **Pensionsversicherung (§§ 300-307c ASVG)**

Die Pensionsversicherungsträger führen Maßnahmen der Rehabilitation durch, wenn die Arbeitskraft infolge einer körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigung gesunken ist. Ziel ist es, die Leistungsfähigkeit einer zu rehabilitierenden Person soweit wiederherzustellen, dass diese wieder dauerhaft am beruflichen und wirtschaftlichen Leben und am Leben in der Gemeinschaft teilnehmen kann.

Die Pensionsversicherungsträger können unter Berücksichtigung der Auslastung der eigenen Einrichtungen auch Angehörigen einer Versicherten bzw. eines Versicherten oder einer Pensionistin bzw. eines Pensionisten oder Bezieherinnen und Bezieher von Waisenspensionen, die an einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung leiden, Maßnahmen der Rehabilitation gewähren. Die Pensionsversicherungsträger können auch die Gewährung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen, für die ein Krankenversicherungsträger zuständig wäre, jederzeit an sich ziehen. Dies bedeutet in der Praxis, dass die medizinische Rehabilitation von Pensionistinnen und Pensionisten zu einem gewissen Anteil von den Pensionsversicherungsträgern durchgeführt wird.

### **Krankenversicherung (§ 154a ASVG)**

Die Krankenversicherungsträger führen Maßnahmen der Rehabilitation in ergänzender Zuständigkeit zur Unfall- und zur Pensionsversicherung durch. Die Gewährung von Maßnahmen zur Rehabilitation erfolgt im Anschluss an die Krankenbehandlung.

Ziel der Rehabilitationsmaßnahmen ist es, den Gesundheitszustand der Versicherten und ihrer Angehörigen so weit wiederherzustellen, dass sie in der Lage sind, in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd und ohne Betreuung und Hilfe einzunehmen (= Verhinderung von Pflegebedürftigkeit).

## **2.1.2 Stationäre Rehabilitation**

Die stationäre medizinische Rehabilitation ist im ASVG geregelt. Sie umfasst die Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen (vgl. v. a. §§ 154a, 302 ASVG).

Bei der stationären medizinischen Rehabilitation wird die Rehabilitandin / der Rehabilitand in einer dafür spezialisierten Einrichtung aufgenommen und verbleibt während der gesamten Behandlungsdauer dort. Die Aufnahme erfolgt bei Anschlussheilverfahren entweder unmittelbar bzw. innerhalb von zwölf Wochen im Anschluss an einen Spitalsaufenthalt oder nach einer rehabilitationsrelevanten Krankenbehandlung, jedenfalls aber erst dann, wenn die Patientin / der Patient für die Anwendung rehabilitativer Therapie in der erforderlichen Intensität und Dauer ausreichend stabil ist. Rehabilitationsmedizinische Maßnahmen im Ausmaß von mindestens zwei bis drei Stunden täglich sollen durchgeführt werden können. Die Infrastruktur von Rehabilitationszentren zeichnet sich durch qualifizierte Diagnostik sowie durch dichte Personalausstattung an therapeutischen Berufen aus.

## 2.1.3 Ambulante Rehabilitation

Die ambulante medizinische Rehabilitation ist im ASVG als Aufgabe der Pensionsversicherung geregelt. Seit dem 1. 1. 2019 fallen auch Maßnahmen der Telerehabilitation in diesen Aufgabenbereich (vgl. § 302 Abs 1 Z 1a ASVG). Gleichlautende Bestimmungen finden sich auch in § 160 Abs 1 Z 1a GSVG, in § 152 Abs 1 Z 1a BSVG sowie in § 65a Abs 2 Z 1a B-KUVG.

Unter ambulanter medizinischer Rehabilitation sind all jene Rehabilitationsangebote zu verstehen, die nicht stationär erbracht werden, d. h. also solche, die nicht mit Übernachtung der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden verbunden sind. Neben den medizinischen Voraussetzungen muss die Rehabilitandin / der Rehabilitand für eine ambulante Rehabilitation über die zur Inanspruchnahme der Rehabilitation erforderliche Mobilität verfügen. Darüber hinaus muss die häusliche Versorgung sichergestellt sein.

Als wichtiges Argument für ambulante Rehabilitation ist die flexiblere Durchführbarkeit der Rehabilitation zu nennen. Es können nicht nur die Kontextfaktoren deutlich leichter berücksichtigt werden, der Zeitraum der Durchführung kann der individuellen Situation der Patientin / des Patienten besser angepasst werden.

Ein ambulantes, wohnortnahes Rehabilitationsangebot, das die Alltagsbedingungen der Rehabilitandin / des Rehabilitanden berücksichtigt mit ausreichender Therapiedichte und gesicherter Qualität, vervollständigt daher in sinnvoller Weise eine flexible rehabilitative Versorgungsstruktur.

Neben den allgemeinen Zielen der medizinischen Rehabilitation sind für die ambulante Form folgende besondere Ziele zu erwähnen:

- » stärkere Aktivierung des Selbsthilfepotenzials durch Einbeziehung der Lebenswelt (Familie, Alltagsbelastungen, Arbeitswelt) in die rehabilitativen Bemühungen,
- » Förderung der (Re-)Integration in das Wohnumfeld,
- » Verkürzung von Arbeitsunfähigkeit, insbesondere durch gleichzeitige stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess, und erleichterte Kontaktaufnahme zum Betrieb zwecks frühzeitiger Einleitung innerbetrieblicher Maßnahmen zur Förderung der beruflichen Wiedereingliederung (z. B. ergonomische Arbeitsplatzgestaltung),
- » verbesserte Kooperation mit Nachsorgeeinheiten der Phase IV (z. B. Rehabilitationssport, Funktionstraining, Kontaktanbahnung zu Selbsthilfegruppen, Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten),
- » Nutzung der Ressourcen vorhandener mobiler Pflege- und Sozialdienste.

## 2.2 Heilverfahren in Kureinrichtungen

Bei der „klassischen“ Kur (Gesundheitsvorsorge) handelt es sich im Gegensatz zu den „wiederherstellenden“ Rehabilitationsmaßnahmen um medizinische Maßnahmen zur vorbeugenden Erhaltung und Festigung der Gesundheit bzw. zur Linderung von chronischen Leidenszuständen. Der lange Zeit bestehende Fokus auf den Einsatz natürlicher, ortsgebundener Kurmittel (z. B. Moor, schwefelhaltiges Heilwasser, Thermen, Heilklima) im Rahmen von Kurmaßnahmen ist in den letzten Jahren gegenüber aktiven Therapien in den Hintergrund gerückt. Zur Erlangung des Behandlungszieles ist lediglich eine Basisdiagnostik erforderlich. Die Personalausstattung ist gegenüber Einrichtungen der Rehabilitation in der Regel deutlich reduziert.

Im ASVG werden Umfang und Leistungszuständigkeit für dieses Versorgungsangebot geregelt. Demnach werden von der Krankenversicherung Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit (§ 155 ASVG) und von der Pensionsversicherung Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge (§ 307d ASVG) gewährt. Diese Leistungen sind keine Pflichtleistungen, sondern sie „können“ vielmehr „unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit“ des jeweiligen Versicherungsträgers (Krankenversicherung oder Pensionsversicherung) und unter Bedachtnahme „auf die Auslastung der zur Verfügung stehenden Einrichtungen“ (Pensionsversicherung) gewährt werden.

Um den steigenden arbeitspolitischen und gesellschaftlichen Anforderungen möglichst gerecht zu werden, hat die Pensionsversicherungsanstalt unter der Beteiligung weiterer Sozialversicherungsträger den bisher maßgeblichen Leistungskatalog der Gesundheitsvorsorge österreichweit mit der Schaffung eines neuen medizinischen Leistungsprofils „*Gesundheitsvorsorge aktiv (GVA)*“ grundlegend neu ausgerichtet. Seit Anfang 2018 stehen neben der Erhaltung der Arbeitsfähigkeit insbesondere auch die Behebung oder Verbesserung indikationsbezogener Funktionseinschränkungen und die Verminderung von Risikofaktoren im Fokus. Ziel ist, die Versicherten und Pensionistinnen / Pensionisten zu einem (langfristig) geänderten, gesunden Lebensstil zu motivieren und dadurch zu einer erhöhten Lebensqualität beizutragen.

Kureinrichtungen sowie Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge in Kureinrichtungen sind nicht Gegenstand des Rehabilitationsplans 2020.

## 2.3 Akutversorgung

Im Rahmen der Akutversorgung werden Krankheiten bzw. Schädigungen behandelt, die infolge von Krankheiten oder Unfällen bereits eingetreten sind. Der Schwerpunkt der Maßnahmen liegt auf Heilung bzw. Beseitigung der Krankheiten und der Schädigungen. Seitens der Patientinnen und Patienten besteht Behandlungsbedürftigkeit in erhöhtem Ausmaß, eine möglichst rasche Primärbehandlung ist notwendig.

Der Begriff „Akutversorgung“ ist weder im Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) noch im ASVG *explizit* definiert. Anstaltsbedürftig sind laut KAKuG „Personen, deren auf Grund

ärztlicher Untersuchung festgestellter geistiger oder körperlicher Zustand die Aufnahme in Krankenanstaltspflege erfordert, Personen, die ein Sozialversicherungsträger oder ein Gericht im Zusammenhang mit einem Verfahren über Leistungssachen zum Zweck einer Befundung oder einer Begutachtung in die Krankenanstalt einweist, gesunde Personen zur Vornahme einer klinischen Prüfung eines Arzneimittels oder eines Medizinproduktes sowie Personen, die der Aufnahme in die Krankenanstalt zur Vornahme von Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin bedürfen“ (§ 22 Abs 3 KAKuG). Eine Entlassung kann gemäß KAKuG dann erfolgen, wenn durch eine anstaltsärztliche Untersuchung festgestellt wird, dass die Pfleglinge der Anstaltspflege nicht mehr bedürfen oder wenn eine Überstellung in eine andere Krankenanstalt zur weiteren Akutbehandlung notwendig wird. Die Anstaltsärztinnen bzw. Anstaltsärzte haben vor jeder Entlassung durch Untersuchung festzustellen, ob der Pflegling geheilt, gebessert oder ungeheilt entlassen wird (§ 24 Abs 1 KAKuG).

### **Stationäre Akutversorgung**

Die stationäre Akutversorgung erfolgt in Akutkrankenanstalten. Akutkrankenanstalten sind durch eine allgemeine apparative Infrastruktur für Diagnostik, Operationen und Therapie gekennzeichnet sowie durch dichte personelle Ausstattung im ärztlichen und pflegerischen Bereich. Der ÖSG enthält Qualitätskriterien für den akutstationären Bereich.

### **Ambulante Akutversorgung**

Die ambulante Akutversorgung erfolgt vorwiegend durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Ambulatorien und Krankenhausambulanzen. Die Leistungen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte werden im ASVG unter dem Titel Krankenbehandlung subsumiert (§§ 135 und 133 ASVG) und stellen eine Leistung der Krankenversicherung dar.

Gemäß § 135 ASVG ist der ärztlichen Hilfe u. a. auch eine aufgrund einer ärztlichen Verschreibung erforderliche physiotherapeutische, logopädisch-phoniatrisch-audiologische oder ergotherapeutische Behandlung durch Personen gleichzusetzen, die zur freiberuflichen Berufsausübung befugt sind.

Von diesen Leistungsanbietern im ambulanten Bereich werden auch Leistungen mit rehabilitativem Charakter erbracht.

## **2.3.1 Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)**

Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) umfasst sowohl die fächerübergreifende Primärversorgung direkt (= Primäraufnahmen) aufgenommener geriatrischer Patientinnen und Patienten als auch die Weiterführung der Behandlung akutkranker geriatrischer Patientinnen und Patienten aus anderen Krankenhausabteilungen (= Sekundäraufnahmen). Die Versorgung übernimmt ein geriatrisch qualifiziertes, interdisziplinäres Team.

Das Behandlungs- und Betreuungsangebot ist multidimensional und berücksichtigt gleichermaßen medizinische, funktionelle, psychische, kognitive und soziale Aspekte der Erkrankung von Patientinnen und Patienten. Ziele sind die Behandlung der akuten Erkrankung, die Wiederherstellung und Erhaltung der Fähigkeit zur weitgehend selbstständigen Lebensführung, die Vermeidung weiterer Funktionsverluste, die Erhöhung der Lebensqualität und die Reintegration der Patientin bzw. des Patienten in das gewohnte Umfeld sowie – bei intendierter Rehabilitation im Anschluss an die AG/R-Versorgung – die Herstellung der Rehabilitationsfähigkeit. Zielgruppe der AG/R sind akut- kranke geriatrische Patientinnen bzw. Patienten (alterstypische Multimorbidität und/oder Frailty-Syndrom), bei denen folgende Kennzeichen vorliegen:

- » somatische oder psychische Multimorbidität, die eine stationäre Akutbehandlung erforderlich macht,
- » Einschränkung oder Bedrohung der Selbstständigkeit durch den Verlust funktioneller oder kognitiver Fähigkeiten bzw. psychische Probleme im Rahmen einer Erkrankung,
- » Bedarf an funktionsfördernden, funktionserhaltenden oder reintegrierenden Maßnahmen.

Die AG/R ist als spezielle Versorgungseinrichtung im stationären Akutbereich angesiedelt und wird im Rahmen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) abgerechnet. Die Belagsdauer in einer AG/R-Einheit ist nicht beschränkt. Die AG/R kann als Abteilung oder Department im Rahmen einer Abteilung für Innere Medizin oder Neurologie eingerichtet werden (vgl. ÖSG).

### 2.3.2 Remobilisation/Nachsorge (RNS)

Das Angebot der Remobilisation/Nachsorge (RNS) ist eine abgestufte Form der Akutversorgung zur fächerübergreifenden Weiterführung der Behandlung akutkranker Patientinnen und Patienten aus anderen Abteilungen (Fachbereichen), unabhängig von deren Alter (bei älteren Patientinnen/Patienten jene, die nicht multimorbid sind und kein Frailty-Syndrom aufweisen). RNS ist vorzugsweise in Krankenanstalten mit breiter Fächerstruktur eingerichtet und beinhaltet Diagnostik und Therapie in eingeschränktem Umfang sowie Leistungen zur Wiederherstellung der Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung.

Diese Einrichtung ist als Bindeglied zwischen primärer Akutversorgung und Rehabilitation bzw. ambulanter Weiterbehandlung zu verstehen und soll zur Entlastung der Krankenanstalten im Bereich der primären Akutversorgung dienen. Das Ziel besteht in der Frühremobilisation von Patientinnen und Patienten, die entsprechend ihrem Krankheitsbild über die durchschnittliche Belagsdauer in der primären Akutversorgung hinausgehend eine ärztliche, pflegerische bzw. therapeutische Versorgung benötigen; bei intendierter Rehabilitation im Anschluss an die RNS-Versorgung besteht das Behandlungsziel in der Herstellung der Rehabilitationsfähigkeit. Die Belagsdauer in einer RNS-Einheit ist max. 28 Tage (in begründbaren Ausnahmefällen auch länger zulässig).

Zielgruppe der RNS sind Patientinnen und Patienten mit erhöhter Belagsdauer im Akutkrankenhaus und Bedarf an Wiederherstellung der Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung, insbesondere mit Indikationen wie z. B.

- » Zustand nach orthopädischen, unfallchirurgischen bzw. neurochirurgischen Eingriffen mit Funktionseinbußen im Bereich des Bewegungs- und Stützapparats,
- » chronisch therapieresistente Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats bzw. Schmerzzustände,
- » internistische Erkrankungen mit längerer Rekonvaleszenzdauer (z. B. Pneumonie).

Die RNS ist laut ÖSG als Abteilung oder Department im Rahmen einer Abteilung für Innere Medizin, Orthopädie, Unfallchirurgie bzw. Orthopädie und Traumatologie einzurichten.

### 2.3.3 Neurologische Akut-Nachbehandlung (NEU-ANB)

Für die Nachbehandlung von neurologischen Patientinnen und Patienten existieren in den Akutkrankenanstalten Strukturen der „neurologischen Akut-Nachbehandlung“ (NEU-ANB) im Sinne des LKF-Modells. Die Behandlung in diesen Einheiten wird auch als „Akutneurorehabilitation“ bzw. „Frührehabilitation“ bezeichnet.

Die neurologische Akut-Nachbehandlung ist im ÖSG geregelt und wird im Rahmen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) abgerechnet. Einheiten der NEU-ANB sind im Rahmen von Abteilungen für Neurologie oder evtl. auch disloziert bei entsprechender Sicherstellung des nahtlosen Übergangs zwischen akutstationärem Bereich und NEU-ANB vorzuhalten. Dabei sind auch Kooperationen mit Strukturen der medizinischen Rehabilitation möglich.

## 3 Strukturqualitätskriterien in der Rehabilitation

### 3.1 Definitionen und Erläuterungen

Im Interesse einer bundesweit einheitlichen Qualitätssicherung im Bereich Rehabilitation werden **Voraussetzungen und Indikationen** sowie **Leitung und Verantwortung** im Rahmen von Rehabilitationseinrichtungen für jede Rehabilitations-Indikationsgruppe der Erwachsenen- und der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation behandelt. Je Rehabilitations-Indikationsgruppe werden die jeweiligen **Strukturqualitätskriterien** für stationäre und ambulante Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II ebenso wie für die stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation dargestellt. Die Strukturqualitätskriterien in der stationären und ambulanten Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II sind als **Mindestanforderungen** definiert. Die Strukturqualitätskriterien in der stationären Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation sind als **Richtwerte** definiert mit Ausnahme der personellen Ausstattung, bei der eine obere und untere Grenze angegeben wird (die Mindestanforderungen sind bei Erfüllung der unteren Grenze erreicht). Die Strukturqualitätskriterien schließen

- » die personelle Ausstattung,
- » die räumliche Ausstattung und
- » das Leistungsangebot (vorzuhaltende diagnostische und therapeutische Leistungen)

ein.

#### 3.1.1 Personelle Ausstattung

Je Rehabilitations-Indikationsgruppe sind die notwendigen Berufsgruppen inklusive spezieller Qualifikationen ausgewiesen. Personal, welches in der Erwachsenen-Rehabilitation als vor Ort verfügbar definiert wurde, muss in der Einrichtung vorgehalten werden. Personal, welches in der Erwachsenen-Rehabilitation mit nach Notwendigkeit definiert wurde, kann anlass- bzw. patientenbezogen von extern zugezogen werden.

Die leitende Ärztin / Der leitende Arzt oder die benannte ständige Vertreterin / der benannte ständige Vertreter muss in der jeweiligen Einrichtung vollzeit- bzw. mindestens im Ausmaß der Öffnungszeiten (ambulante Rehabilitation) beschäftigt sein.

In ambulanten Rehabilitationseinrichtungen hat während der Öffnungszeiten eine Fachärztin / ein Facharzt der jeweiligen Indikation oder eine Ärztin / ein Arzt für Allgemeinmedizin ständig anwesend zu sein.

Urlaubs- und Krankheitsvertretungen sowie notwendige Nachtdienste (stationär) sind zu berücksichtigen. Personal für Verwaltungsaufgaben ist nicht enthalten.

Die ärztliche Leitung und deren Stellvertretung sollen über Leitungserfahrung und über Erfahrung auf dem Gebiet der Rehabilitation verfügen. Die Definition der ärztlichen Leitungen findet sich in den einzelnen Kapiteln der jeweiligen Rehabilitations-Indikationsgruppen.

In Einrichtungen, die mehrere Indikationen abdecken, muss für jede Indikation eine Fachärztin / ein Facharzt des entsprechenden medizinischen Faches im Team vertreten sein.

Die personelle Ausstattung muss das Erbringen der im Rehabilitationsplan vorgesehenen Leistungen sicherstellen. Mit Ausnahme der RIG UCNC wird auf die in den Leistungsprofilen der SV festgelegte Menge an Therapiezeit im Behandlungszeitraum verwiesen. In der RIG UCNC ist die personelle Ausstattung der traumatologischen Rehabilitationseinrichtungen der AUVA als Mindestanforderung anzusehen.

### 3.1.2 Räumliche Ausstattung

Die räumliche Ausstattung muss die Umsetzung der im Rehabilitationsplan vorgesehenen Leistungen ermöglichen und der Patientenzahl Rechnung tragen. Für Einrichtungen ist es möglich, Multifunktionsräume zu schaffen, solange die Intimsphäre der Patientin / des Patienten gewahrt bleibt. Es wurden allgemeine, großteils indikationsübergreifend vorzuhaltende Räumlichkeiten und Ausstattungsmerkmale für die stationäre und ambulante Phase-II-Rehabilitation definiert.

### 3.1.3 Leistungsangebot

Das Leistungsangebot unterscheidet zwischen diagnostischen und therapeutischen Leistungen. Von detaillierten Angaben zur apparativen Ausstattung wurde abgesehen, da diese implizit mit den vorzuhaltenden diagnostischen und therapeutischen Leistungen vorgegeben ist.

In der stationären Rehabilitation wird grundsätzlich von mindestens zwei bis drei Stunden Nettotherapiezeit pro Patient/-in pro vollem Therapietag ausgegangen. Die Menge an Therapiezeit im Behandlungszeitraum sowie die Dauer des Behandlungszeitraums sind in den Leistungsprofilen der SV sowohl für die stationäre als auch für die ambulante Phase-II-Rehabilitation festgelegt.

Betreffend die ambulante Phase-II-Rehabilitation in der RIG UCNC werden folgende Parameter festgelegt: Der Behandlungszeitraum wird im Ausmaß der Notwendigkeit festgelegt (Ø 5 Wochen bzw. 20 Therapietage, bei Bedarf auch länger). Durchschnittlich sind 70 Therapieeinheiten (eine Therapieeinheit entspricht hier 50 Minuten Nettotherapiezeit) pro Behandlungszeitraum vorgesehen (3 bis 4 Therapieeinheiten pro Tag an 3 bis 5 Therapietagen pro Woche).

Für Leistungen, die als vor Ort verfügbar definiert sind, muss die entsprechende Struktur (Räumlichkeiten, Geräte, Personal) in der Einrichtung vorgehalten werden. Leistungen, die als in Kooperation möglich definiert sind, können auch in Kooperation mit externen Anbietern auf Rechnung der Rehabilitationseinrichtung durchgeführt werden (mit externem Personal vor Ort oder in den

Räumlichkeiten des externen Anbieters). Die Kooperationspartner müssen transparent gemacht werden.

In der **Erwachsenen-Rehabilitation** werden die für Gruppentherapien zulässigen Gruppengrößen in den Leistungsprofilen der SV festgelegt. In der RIG UCNC wird auf die in den traumatologischen Rehabilitationseinrichtungen der AUVA definierten Gruppengrößen verwiesen.

In der **Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation** sind in Gruppentherapien verschiedene Gruppengrößen zulässig, die wie folgt definiert werden:

- » Gruppe klein (bis max. 5 Personen)
- » Gruppe groß (bis max. 12 Personen)
- » Für Vorträge können größere Gruppen gebildet werden.

Die Gruppengrößen sind grundsätzlich je nach fachlichem Erfordernis und Zustand der Rehabilitandinnen/Rehabilitanden zu bilden.

#### *Exkurs: Medizinisch-berufsorientiertes Konzept – RehaJET® der PVA*

Die Durchführung der medizinischen Rehabilitation hat gezeigt, dass zwischen der medizinischen Rehabilitation und dem Wiedererlangen der Erwerbsfähigkeit eine medizinisch-berufsorientierte Rehabilitation in Österreich bis dato noch nicht umgesetzt wurde. Darauf aufbauend entwickelte die PVA das medizinisch-berufsorientierte Konzept RehaJET® (Rehabilitation für Job, Erwerbsfähigkeit und Teilhabe), dessen Hauptaugenmerk auf der Arbeits- und Berufsorientierung der Rehabilitationsmaßnahmen ab der Aufnahme im Rehabilitationszentrum liegt. Ziel ist, Menschen dazu zu befähigen, ihre Erwerbstätigkeit wieder aufzunehmen, wenn möglich in ihrem ursprünglich erlernten bzw. ausgeübten Beruf.

Die Patientinnen und Patienten erhalten zusätzlich zu indikationsspezifischen Leistungen arbeitsbezogene Schulungen, die durch berufsbezogene Diagnostik, Arbeitssimulationstraining, ein psychologisches Angebot sowie die Entlassungs- und Teilhabeberatung ergänzt werden. Eigene Räumlichkeiten zur Arbeitssimulation stehen zur Verfügung. Eine ausführliche Arbeitsplatzanalyse bezüglich beruflicher Anforderungen und eine Fähigkeitsanalyse der Patientin / des Patienten selbst werden für ein möglichst realitätsnahes Training durchgeführt.

Derzeit wird das medizinisch-berufsorientierte Konzept RehaJET® in drei Rehabilitationseinrichtungen der PVA durchgeführt (Rehabilitationszentrum Bad Hofgastein, Rehabilitationszentrum Gröbming und PVA Zentrum für ambulante Rehabilitation Graz).

## 3.2 Strukturqualitätskriterien in der Erwachsenen-Rehabilitation

### 3.2.1 Kontraindikationen der Erwachsenen-Rehabilitation

#### *Absolute Kontraindikationen*

- » Rehabilitandinnen/Rehabilitanden, die aufgrund körperlicher oder psychischer/geistiger Beeinträchtigung nicht ausreichend belastbar und/oder nicht mobilisierbar sind, daher die Maßnahmen der Rehabilitation nicht aktiv nützen können oder die krankenhausbedürftig sind
- » akute Selbst- oder Fremdgefährdung
- » akute oder dekompensierte Krankheitszustände, die die Rehabilitationsfähigkeit ausschließen (z. B. schwere Einschränkung von Organsystemen)
- » akute/floride Infektionskrankheiten und akute Entzündungsprozesse
- » hochgradige mentale Defizite mit Desorientiertheit und Verwirrtheit (nicht bei NEU und UCNC)
- » instabile Angina pectoris
- » Herzinsuffizienz im New York Heart Association (NYHA) Stadium IV
- » floride Peri-/Myo-/Endokarditis
- » rezente Pulmonalarterienembolie / Phlebothrombose (medizinisches Akutereignis innerhalb von 3 Monaten)
- » instabile Arrhythmien
- » akute Suizidalität, akute psychotische Störungen mit ausgeprägten Denk- und Wahrnehmungsstörungen, akute Störungen der Diagnosen F0 und F1 nach ICD-10 (nicht bei NEU und UCNC)
- » terminale Tumorerkrankungen bei Patientinnen / Patienten in Palliativsituationen bei Behandlung außerhalb der Rehabilitationseinrichtung (bei ONK)
- » in relevantem Ausmaß herabgesetztes Kommunikationsvermögen (z. B. fehlendes Sprachverständnis), sodass ärztliche oder therapeutische Anweisungen nicht zweifelsfrei verstanden, Auskünfte zur persönlichen Befindlichkeit nicht eindeutig gegeben werden können und Schulungen / psychologische Gespräche nicht oder nur sehr erschwert durchführbar sind (nicht bei NEU und UCNC)

#### *Relative Kontraindikationen*

Eine individuelle Einschätzung der Rehabilitationsprognose und eine individuelle Prüfung der Risikokonstellation durch den Sozialversicherungsträger sind erforderlich, gegebenenfalls in Abstimmung mit der Einrichtung, falls nachfolgende Zustände, Situationen und Erkrankungen vorliegen:

- » nicht ausreichende diagnostische Abklärung
- » Dialysepatient/-in (enge Zusammenarbeit zwischen Rehabilitand/-in, Kostenträger, Rehabilitationseinrichtung und Dialysestation)

- » nicht substituierte Drogenabhängigkeit und nicht ausreichend therapierte Alkoholkrankheit
- » Gravidität
- » Malignome, wenn dadurch die Rehabilitationsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt wird
- » laufende Therapien, die die Rehabilitationsfähigkeit bzw. das Rehabilitationsverfahren wesentlich beeinträchtigen
- » Träger/-in von multiresistenten Erregern (z. B. MRSA-(Methicillin-resistenter-Staphylococcus-aureus-)Träger/-in, ESBL-(Extended-spectrum-beta-Lactamase-)Träger/-in, MRGN-(Multiresistente gramnegative Erreger)Träger/-in), auch wenn diese eine Streuquelle darstellen, mit verpflichtender Abstimmung seitens des zuweisenden Akut-KH bzw. der den Antrag begründenden Ärztin / des den Antrag begründenden Arztes mit der Rehabilitationseinrichtung bezüglich der notwendigen Hygienemaßnahmen (ggf. in Absprache mit einer Fachärztin / einem Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie und/oder einer hygienebeauftragten Ärztin / einem hygienebeauftragten Arzt und/oder einem Hygieneteam)
- » in relevantem Ausmaß herabgesetztes Kommunikationsvermögen (z. B. fehlendes Sprachverständnis), sodass ärztliche oder therapeutische Anweisungen nicht zweifelsfrei verstanden, Auskünfte zur persönlichen Befindlichkeit nicht eindeutig gegeben werden können und Schulungen / psychologische Gespräche nicht oder nur sehr erschwert durchführbar sind (bei NEU und UCNC)
- » hochgradige mentale Defizite mit Desorientiertheit und Verwirrtheit (bei NEU und UCNC)
- » akute Suizidalität, akute psychotische Störungen mit ausgeprägten Denk- und Wahrnehmungsstörungen, akute Störungen der Diagnosen F0 und F1 nach ICD-10 (bei NEU und UCNC)
- » tumorkausale Therapien wie parenterale Zytostatikatherapie oder Strahlentherapie mit Ausnahme von Erhaltungstherapien (z. B. Antikörper-, small molecules- und Hormontherapie), deren Durchführung außerhalb der Rehabilitationseinrichtung zu erfolgen hat
- » Marasmus
- » Demenz in für die Rehabilitation relevantem Ausmaß
- » hochgradige Mobilitätseinschränkung (indikationsabhängige Bewertung, verpflichtende Abstimmung seitens des zuweisenden Akut-KH bzw. der den Antrag begründenden Ärztin / des den Antrag begründenden Arztes mit der Rehabilitationseinrichtung)
- » höhergradige Obstruktion des linksventrikulären Ausflusstraktes (Aortenstenose, hypertrophe Kardiomyopathie HOCM)

### 3.2.2 Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie

#### *Voraussetzungen und Indikationen*

Eine Indikation zur Rehabilitation im Bereich des Bewegungs- und Stützapparats sowie der Rheumatologie liegt grundsätzlich bei Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen vor:

1. Entzündungs- und stoffwechselbedingte muskuloskelettale Krankheiten, insbesondere:
  - » rheumatische Gelenk- und Wirbelsäulenkrankheiten (z. B. chronische Polyarthritis, Spondylarthritiden)

- » Kollagenosen
  - » systemische Vaskulitiden
  - » Kristallablagerungskrankheiten
  - » infektbedingte rheumatische Krankheiten
  - » Knochenstoffwechselkrankheiten
  - » Zustand nach Operation wegen entzündungs- oder stoffwechselbedingter muskuloskelettaler Krankheiten
2. Degenerative muskuloskelettale Krankheiten, insbesondere:
- » Arthrosen der peripheren Gelenke
  - » weichteilrheumatische Krankheiten
  - » bandscheibenbedingte Erkrankungen und andere degenerative Erkrankungen der peripheren Gelenke und der Wirbelsäule (z. B. Periarthropathien, Diskopathien, Spondylarthrosen)
  - » Zustand nach Operation wegen degenerativer muskuloskelettaler Krankheiten
3. Angeborene oder erworbene Krankheiten durch Fehlbildung, Fehlstatik oder Dysfunktion der Bewegungsorgane
- » Muskelerkrankungen
  - » Zustand nach Operation in Bezug auf die Grunderkrankung
4. Folgen von Verletzungen der Bewegungsorgane
- » Frakturen im Bereich von Extremitäten, Wirbelsäule und Becken
  - » Gelenkluxationen
  - » Sehnen- und Bandrupturen
  - » Muskelverletzungen
  - » posttraumatische Nervenläsionen
  - » Gliedmaßenverlust
  - » andere Verletzungsfolgen
  - » Zustand nach Operation verletzter Bewegungsorgane
  - » thermische Verletzungen

Die medizinische Diagnose von Grundkrankheit und Schädigungen einschließlich evtl. vorliegender Begleiterkrankungen sollte soweit abgeschlossen sein, dass der individuelle Rehabilitationsbedarf ermittelt und die Rehabilitationsziele festgelegt werden können. Dabei sollten je nach Schädigung folgende Untersuchungen durchgeführt worden sein und entsprechende Unterlagen vorliegen:

- » bildgebende Untersuchungsverfahren: konventionelle Röntgenuntersuchung, ggf. CT-/MR-Befunde, ggf. szintigraphische Vorbefunde, arthronographische Befunde
- » Bestimmung von Laborparametern, speziell Ergebnisse rheumaserologischer Untersuchungen
- » Knochenstoffwechsel-Untersuchungsergebnisse
- » Ergebnisse von Knochendichtemessungen
- » Ergebnisse von Punktaten

- » Ruhe- und ggf. Belastungs-EKG
- » internistische Vorbefunde von Bedeutung
- » ggf. vorhandene neurologische Untersuchungsberichte einschl. EMG-/NLG-Untersuchungen
- » alle zusätzlichen Befunde, die für die Einschätzung der Schädigungen durch Nebenerkrankungen von Bedeutung sind

#### *Leitung und Verantwortung / Qualifikation*

Die verantwortliche ärztliche Leitung der Funktionseinheit muss einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für OR, PMR oder IM – vorzugsweise mit Additivfach Rheumatologie – obliegen.

Qualifikation Ärztinnen/Ärzte: Fachärztinnen/Fachärzte für OR, PMR oder IM (wünschenswert mit Additivfach Rheumatologie); Ärztinnen/Ärzte für AM

#### *Zusatzangaben zum definierten Leistungsangebot*

- » indikationsspezifische Ultraschalldiagnostik: betreffend Bewegungsapparat
- » rehabilitationsrelevante elektroneurophysiologische Untersuchungen: EMG, ENG
- » Schulung (aktivierend-therapeutische pflegerische Leistungen): z. B. Medikamente Hypertonie, Diabetes mellitus
- » Schienenbehandlung: z. B. Lagerungs-/dynamische Schienen
- » indikationsspezifische Patientenschulung Einzel und Gruppe: z. B. Gelenksschutz, Verhalten nach Gelenkersatz

### 3.2.3 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

#### *Voraussetzungen und Indikationen*

Eine Indikation zur Rehabilitation im Bereich des Herz-Kreislauf-Systems liegt grundsätzlich bei Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen vor:

- » Zustand nach akutem Koronarsyndrom
- » Zustand nach koronarer Bypassoperation
- » Zustand nach anderen Operationen am Herzen und an den großen Gefäßen
- » Zustand nach Herz- oder Lungentransplantation
- » chronische Belastungsherzinsuffizienz
- » Zustand nach einer perkutanen Koronararterien-Intervention (PCI)
- » stabile koronare Herzkrankheit
- » periphere arterielle Verschlusskrankheit
- » motivierbare Hochrisikopatienten/-patientinnen
- » Zustand nach elektrophysiologischer Intervention
- » Zustand nach Implantation eines Herzschrittmachers oder Defibrillators
- » hämodynamisch stabile Arrhythmie, Zustand nach anhaltender Kammertachykardie oder nach Herzstillstand

- » Zustand nach operativer Korrektur von Vitien
- » Zustand nach perkutaner Klappenintervention
- » Zustand nach entzündlichen Herzerkrankungen
- » Zustand nach Lungenembolie
- » pulmonale Hypertonie
- » Frauen mit hohem kardiovaskulärem Risikoprofil (EPH-Gestose, polyzystisches Ovarsyndrom, Prä-/Eklampsie, vorzeitige Menopause vor dem 38. Lebensjahr)
- » schwer einstellbare arterielle Hypertonie (mit Organkomplikation)

Die medizinische Diagnose der Grundkrankheit, der Schädigungen einschließlich evtl. vorliegender Begleiterkrankungen sollte soweit abgeschlossen sein, dass der individuelle Rehabilitationsbedarf ermittelt und die Rehabilitationsziele festgelegt werden können. Dabei sollten je nach Schädigung folgende Untersuchungen durchgeführt worden sein und entsprechende Unterlagen vorliegen:

- » Ruhe- und Belastungs-EKG
- » Spiro-Ergometrie
- » Echokardiographie/Farbdoppler-Echokardiographie
- » Langzeit-EKG und Langzeitblutdruckmessung
- » Lungenfunktionsuntersuchung
- » Sonographie des Abdomen und der großen Gefäße
- » Koronarangiographie, Myokardszintigraphie
- » konventionelle Röntgenuntersuchung
- » Routinelaborparameter
- » Körpergewicht bzw. BMI
- » sonstige Befunde je nach Situation

#### *Leitung und Verantwortung / Qualifikation*

Die verantwortliche ärztliche Leitung der Funktionseinheit muss einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für IM – vorzugsweise mit Additivfach Kardiologie – obliegen.

Qualifikation Ärztinnen/Ärzte: Fachärztinnen/Fachärzte für IM (wünschenswert mit Additivfach Kardiologie); Ärztinnen/Ärzte für AM

#### *Zusatzangaben zum definierten Leistungsangebot*

- » allgemeine Ultraschalldiagnostik: Abdomen, Niere, Schilddrüse
- » indikationsspezifische Ultraschalldiagnostik: TTE, TEE, Gefäße
- » Schulung (aktivierend-therapeutische pflegerische Leistungen): z. B. Medikamente, Hypertonie, Herzinsuffizienz, CoaguChek®
- » indikationsspezifische Patientenschulung Einzel und Gruppe: z. B. akutes Koronarsyndrom, Herzinsuffizienz, kardiovaskuläre Risikofaktoren, Diabetes mellitus

## 3.2.4 Neuro- und Traumarehabilitation

### *Voraussetzungen und Indikationen*

Eine Indikation zur Neuro- und Traumarehabilitation liegt bei Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen, Störungen und nach Traumen (inkl. Polytraumen) des peripheren und zentralen Nervensystems vor. Dazu zählen auch neuromuskuläre Erkrankungen und Myopathien.

Die medizinische Diagnose der Grundkrankheit, der Schädigungen einschließlich evtl. vorliegender Begleiterkrankungen sollte soweit abgeschlossen sein und ausreichende Unterlagen sollten soweit vorliegen, dass der individuelle Rehabilitationsbedarf ermittelt und die Rehabilitationsziele festgelegt werden können.

Bestehen weitere Erkrankungen, die die Rehabilitation beeinflussen können, wie z. B. kardiopulmonale Erkrankungen, sollten diese vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme abgeklärt und behandelt sein. Dabei sind die sich daraus ergebenden Störungen im Hinblick auf die allgemeine Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit genau zu bezeichnen.

### *Leitung und Verantwortung*

Die verantwortliche ärztliche Leitung der Funktionseinheit muss einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für NEU, PMR, IM, NC oder UC/ORTR (bei traumatologischem Schwerpunkt) obliegen. Kenntnisse und mindestens zwei Jahre Erfahrung in einer stationären Neurorehabilitation sind nachzuweisen.

### *Neurorehabilitation (NEU) – Qualifikation*

Qualifikation Ärztinnen/Ärzte: Fachärztinnen/Fachärzte für NEU, PMR oder IM (wünschenswert mit Kenntnissen und Erfahrungen in stationärer Neurorehabilitation); Ärztinnen/Ärzte für AM

Qualifikation DGKP: Kenntnisse in pflegetherapeutischen Konzepten wie z. B. Basale Stimulation, Bobath, Kinästhetik, Kontinenz- und Stomaberatung lt. § 64 GuKG

Qualifikation Klinische und/oder Gesundheitspsychologen/-psychologinnen: Kenntnisse und Erfahrungen in der Neurorehabilitation/Neuropsychologie; wünschenswert mit anerkannter Ausbildung in Neuropsychologie

### *Neurorehabilitation (NEU) – Zusatzangaben zum definierten Leistungsangebot*

- » allgemeine Ultraschalldiagnostik: Herz
- » indikationsspezifische Ultraschalldiagnostik: Gefäße
- » rehabilitationsrelevante elektroneurophysiologische Untersuchungen: EEG, EMG, ENG
- » Schulung (aktivierend-therapeutische pflegerische Leistungen): z. B. Medikamente, Hypertonie, Diabetes mellitus, Schlaganfallprophylaxe

- » Logopädie Einzel und Gruppe: z. B. Sprach- und Sprechtherapie, Orofaciale Therapie, Therapie von Lese- und Schreibstörungen, Behandlung von Schluckstörungen, Behandlung von Atem-/Stimmstörungen
- » indikationsspezifische Patientenschulung Einzel und Gruppe: z. B. Schlaganfallprophylaxe, diagnoseabhängige Schulungen

#### *Traumarehabilitation (UCNC) – Qualifikation*

Qualifikation Ärztinnen/Ärzte: 50 Prozent Fachärztinnen/Fachärzte für NEU, PMR, IM, NC oder UC/ORTR (bei traumatologischem Schwerpunkt) – vorzugsweise mit Kenntnissen und Erfahrungen in stationärer Neurorehabilitation – sind anzustreben.

Qualifikation DGKP: Kenntnisse in pflegetherapeutischen Konzepten wie z. B. Basale Stimulation, Bobath, Kinästhetik, Kontinenz- und Stomaberatung lt. § 64 GuKG

Qualifikation Klinische und/oder Gesundheitspsychologen/-psychologinnen: mind. 50 Prozent müssen über Kenntnisse und Erfahrungen in der Neurorehabilitation/Neuropsychologie verfügen; eine anerkannte Ausbildung in Neuropsychologie ist anzustreben.

#### *Traumarehabilitation (UCNC) – Zusatzangaben zum definierten Leistungsangebot*

- » allgemeine Ultraschalldiagnostik: Herz, Lunge, Abdomen
- » indikationsspezifische Ultraschalldiagnostik: Gefäße
- » rehabilitationsrelevante elektroneurophysiologische Untersuchungen: EEG, EMG, ENG, evozierte Potenziale
- » Schulung (aktivierend-therapeutische pflegerische Leistungen): z. B. Medikamente
- » indikationsspezifische Bewegungstherapie Einzel und Gruppe: inkl. funktioneller konzeptorientierter Einzel- bzw. Gruppenphysiotherapie und apparativ unterstützter Behandlungen
- » Logopädie Einzel und Gruppe: z. B. Sprach- und Sprechtherapie, Orofaciale Therapie, Therapie von Lese- und Schreibstörungen, Behandlung von Schluckstörungen, Behandlung von Atem-/Stimmstörungen

### 3.2.5 Onkologische Rehabilitation und Spezialbereich Lymphologie

#### *Voraussetzungen und Indikationen*

Eine Indikation zur Rehabilitation im Bereich bösartige Neubildungen und lymphatisches System liegt grundsätzlich bei Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen vor:

- » bösartige Erkrankungen nach/zwischen tumorkausaler Therapie
- » chronisches Lymphödem ab Schweregrad II

Operative Therapie und Strahlentherapie sollen abgeschlossen sein. Adjuvante und/oder palliative Therapien, z. B. Immuntherapien, die über längere Zeiträume verabreicht werden, stellen keine absolute Kontraindikation dar.

Für eine zuverlässige Einschätzung der Tumoraktivität bzw. -ausbreitung werden folgende Angaben benötigt:

- » Tumorstadium/Klassifikation (z. B. TNM-System, WHO-Klassifikation)
- » Histologie, Zytologie, Molekulargenetik (möglichst mit Anschrift des pathologischen Institutes), v. a. mit tumorspezifischen Prognosefaktoren (z. B. Hormonrezeptor- und Her2/neu-Status bei Mamma-Karzinom)
- » Art, Umfang und Zielsetzung der Behandlung: kurativer/palliativer Ansatz; Operationsmethode; Bestrahlungsart und -dauer sowie Strahlendosis; Angaben über eine durchgeführte Chemotherapie (Therapieschema, -dauer, -häufigkeit), evtl. Hormontherapie
- » Therapienebenwirkungen und -komplikationen, Ansprechen auf Therapie und Therapieergebnis

Die medizinische Diagnose der Grundkrankheit, der Schädigungen einschließlich evtl. vorliegender Begleiterkrankungen sollte soweit abgeschlossen sein, dass der individuelle Rehabilitationsbedarf ermittelt und die Rehabilitationsziele festgelegt werden können. Dabei sollten je nach Schädigung folgende Untersuchungen durchgeführt worden sein und entsprechende Unterlagen vorliegen:

- » konventionelle Röntgenuntersuchung
- » Ruhe- und Belastungs-EKG
- » Echokardiographie
- » Sonographie des Abdomen und der großen Gefäße
- » Routinelaborparameter
- » Körpergewicht bzw. BMI
- » Umfangmessung bei Lymphödem
- » psychologische, vorzugsweise psychoonkologische Diagnostik
- » sonstige Befunde je nach Situation (z. B. EMG, NLG, Knochenszintigraphie, Lungenfunktionsuntersuchung)

Es wird darauf hingewiesen, dass Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen des lymphatischen Systems ungefähr zur Hälfte aus dem onkologischen und zur anderen Hälfte aus dem nicht-onkologischen Bereich stammen.

#### *Onkologische Rehabilitation (ONK) – Leitung und Verantwortung / Qualifikation*

Die verantwortliche ärztliche Leitung der Funktionseinheit muss einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für PMR oder IM – vorzugsweise mit Additivfach Hämatologie und internistische Onkologie – obliegen.

Qualifikation Ärztinnen/Ärzte: Fachärztinnen/Fachärzte für PMR oder IM, wünschenswert mit Zusatzausbildung Psychoonkologie und/oder Additivfach Hämatologie und internistische Onkologie, Ärztinnen/Ärzte für AM

Qualifikation DGKP: Kenntnisse in Kontinenz- und Stomaberatung

Qualifikation Klinische und/oder Gesundheitspsychologen/-psychologinnen: Kenntnisse in Psychoonkologie

*Onkologische Rehabilitation (ONK) – Zusatzangaben zum definierten Leistungsangebot*

- » allgemeine Ultraschalldiagnostik: Herz, Gefäße
- » indikationsspezifische Ultraschalldiagnostik: Abdomen, Schilddrüse, Lymphknoten, Lunge
- » rehabilitationsrelevante elektroneurophysiologische Untersuchungen: EMG, ENG
- » Schulung (aktivierend-therapeutische pflegerische Leistungen): z. B. Medikamente, Diabetes mellitus
- » Logopädie Einzel und Gruppe: z. B. Sprach- und Sprechtherapie, Behandlung von Schluckstörungen, Behandlung von Atem-/Stimmstörungen
- » indikationsspezifische Patientenschulung Einzel und Gruppe: z. B. Krafttraining, Prothesen-/Hilfsmittelschulung

*Spezialbereich Lymphologie (LYMPH) – Leitung und Verantwortung / Qualifikation*

Die verantwortliche ärztliche Leitung der Funktionseinheit muss einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für IM oder DER – vorzugsweise mit Additivfach Angiologie oder lymphologischer Zusatzausbildung – oder einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für PMR obliegen.

Qualifikation Ärztinnen/Ärzte: Fachärztinnen/Fachärzte für PMR oder IM, andere FÄ wünschenswert mit lymphologischer Zusatzausbildung, Ärztinnen/Ärzte für AM mit lymphologischer Zusatzausbildung

Qualifikation DGKP: lymphologische Zusatzausbildung oder Zusatzausbildung Wundmanagement wünschenswert

Physiotherapeuten/-therapeutinnen, med. Masseur/Masseurinnen und/oder Heilmasseur/-masseurinnen: eine nach der Berufsausbildung einschlägig erworbene Fachausbildung in manueller Lymphdrainage/KPE von mind. 180 Unterrichtseinheiten

*Spezialbereich Lymphologie (LYMPH) – Zusatzangaben zum definierten Leistungsangebot*

- » allgemeine Ultraschalldiagnostik: Herz, Gefäße, Abdomen, Schilddrüse
- » indikationsspezifische Ultraschalldiagnostik: Lymphknoten, Lunge
- » Schulung (aktivierend-therapeutische pflegerische Leistungen): z. B. Medikamente, Hypertonie
- » Logopädie Einzel und Gruppe: z. B. Sprach- und Sprechtherapie, Behandlung von Schluckstörungen, Behandlung von Atem-/Stimmstörungen
- » indikationsspezifische Patientenschulung Einzel und Gruppe: z. B. Lymphödem – Entstehung und Therapie, Verhaltensregeln im Alltag bei Lymphödem, onkologische Basisinformation

## 3.2.6 Psychiatrische Rehabilitation

### *Voraussetzungen und Indikationen*

#### Zielgruppen psychiatrischer Rehabilitation sind:

- » Patientinnen/Patienten, die nach einem Krankenhausaufenthalt noch nicht ausreichend stabilisiert sind („Anschlussheilverfahren“)
- » Personen, die aufgrund einer psychischen Problematik bereits länger bzw. gehäuft im Krankenstand sind („Früherfassungsfälle“)
- » Personen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung von Berufsunfähigkeit bzw. Invalidität bedroht sind
- » Antragsteller/-innen einer Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätspension

#### Indikationen (nach ICD-10):

- » Schizophrenie, schizotype und andere wahnhaftige Störungen (F2)
- » Affektive Störungen (F3)
- » Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)
- » Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5)
- » Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)

Die medizinische Diagnose der Grundkrankheit, der Schädigungen einschließlich evtl. vorliegender Begleiterkrankungen sollte soweit abgeschlossen sein und ausreichende Unterlagen sollten soweit vorliegen, dass der individuelle Rehabilitationsbedarf ermittelt und die Rehabilitationsziele festgelegt werden können. Bestehen weitere Erkrankungen, die die Rehabilitation beeinflussen können, wie z. B. kardiopulmonale Erkrankungen, sollten diese vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme abgeklärt und ausreichend (medikamentös) behandelt sein. Dabei sind die sich daraus ergebenden Störungen im Hinblick auf die allgemeine Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit genau zu bezeichnen. Ziel der Therapie ist insbesondere der Auf- und Ausbau sozialer, emotionaler, spezieller und elementarer Fähigkeiten.

### *Leitung und Verantwortung / Qualifikation*

Die verantwortliche ärztliche Leitung der Funktionseinheit muss einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für PSY, für PSY und psychotherapeutische Medizin oder für PSY/NEU obliegen.

Qualifikation Ärztinnen/Ärzte: Fachärztinnen/Fachärzte für PSY, für PSY und psychotherapeutische Medizin oder für PSY/NEU; Ärztinnen/Ärzte für AM mit Kenntnissen in Psychiatrie, wünschenswert mit Psychosomatik-Diplom

Qualifikation DGKP: Kenntnisse in Psychiatrie, wünschenswert mit Psychosomatik-Diplom

#### *Zusatzangaben zum definierten Leistungsangebot*

- » Schulung (aktivierend-therapeutische pflegerische Leistungen): z. B. Hypertonie, Schlafhygiene
- » indikationsspezifische Bewegungstherapie Einzel und Gruppe: z. B. Ausdauer- und Krafttraining
- » indikationsspezifische Patientenschulung Gruppe: z. B. Psychoedukation, präventive Maßnahmen, allgemein gesundheitsförderliches Verhalten

### 3.2.7 Atmungsorgane

#### *Voraussetzungen und Indikationen*

Eine Indikation zur Rehabilitation im Bereich Atmungsorgane liegt grundsätzlich bei Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen vor:

- » chronisch obstruktive Bronchitis und Lungenemphysem (COPD II-IV)
- » Asthma bronchiale
- » Zustand nach Lungenoperationen (inkl. Zustand nach Lungenkarzinomoperation)
- » Zustand nach Lungentransplantation
- » zystische Fibrose
- » andere Lungenerkrankungen, die mit einer reduzierten körperlichen Leistungsfähigkeit einhergehen

Die medizinische Diagnose der Grundkrankheit, der Schädigungen einschließlich evtl. vorliegender Begleiterkrankungen sollte soweit abgeschlossen sein, dass der individuelle Rehabilitationsbedarf ermittelt und die Rehabilitationsziele festgelegt werden können. Dabei sollten je nach Schädigung folgende Untersuchungen durchgeführt worden sein und entsprechende Unterlagen vorliegen:

- » konventionelle Röntgenuntersuchung
- » Ruhe- und Belastungs-EKG
- » Echokardiographie / Farbdoppler-Echokardiographie
- » Lungenfunktionsuntersuchung einschließlich Broncholyse (wenn möglich Bodyplethysmographie)
- » Spiroergometrie
- » Routinelaborparameter
- » Körpergewicht bzw. BMI
- » sonstige Befunde je nach Situation (z. B. Schlaflabor)

#### *Leitung und Verantwortung / Qualifikation*

Die verantwortliche ärztliche Leitung der Funktionseinheit muss einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für PUL oder IM obliegen.

Qualifikation Ärztinnen/Ärzte: Fachärztinnen/Fachärzte für PUL oder IM; Ärztinnen/Ärzte für AM

Qualifikation Physiotherapeuten/-therapeutinnen: Kenntnisse in Atemphysiotherapie

Qualifikation medizinisch-technischer Fachdienst: Lungenfunktionsanalyse

#### *Zusatzangaben zum definierten Leistungsangebot*

- » allgemeine Ultraschalldiagnostik: Abdomen
- » indikationsspezifische Ultraschalldiagnostik: Herz, Lunge
- » Schulung (aktivierend-therapeutische pflegerische Leistungen): z. B. Medikamente, Sauerstoff, Hypertonie, Diabetes mellitus
- » indikationsspezifische Patientenschulung Einzel und Gruppe: z. B. Asthma, COPD, Sauerstoffschulung

### 3.2.8 Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat

#### *Voraussetzungen und Indikationen*

Eine Indikation zur Rehabilitation im Bereich Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat liegt grundsätzlich bei Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen vor:

- » Diabetes mellitus
- » Adipositas (BMI > 30)
- » metabolisches Syndrom
- » andere Stoffwechselerkrankungen
- » chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED)
- » chronische Lebererkrankungen
- » chronische Bauchspeicheldrüsenerkrankungen
- » Divertikelkrankheit mit Komplikationen
- » peptische Krankheiten mit Komplikationen
- » funktionelle Störungen des Magen-Darm-Traktes
- » gastroenterologische onkologische Erkrankungen
- » Zustand nach Organtransplantationen (im gastroenterologischen Bereich)
- » Zustand nach sonstigen Bauchoperationen
- » Malassimilation/Untergewicht

Die medizinische Diagnostik der Grundkrankheit, der Schädigungen einschließlich evtl. vorliegender Begleiterkrankungen sollte soweit abgeschlossen sein, dass der individuelle Rehabilitationsbedarf ermittelt und die Rehabilitationsziele festgelegt werden können. Dabei sollten je nach Schädigung folgende Untersuchungen durchgeführt worden sein und entsprechende Unterlagen vorliegen:

- » konventionelle Röntgenuntersuchung
- » Ruhe- und Belastungs-EKG
- » Echokardiographie / Farbdoppler-Echokardiographie
- » Sonographie des Abdomen

- » Endoskopie
- » Routinelaborparameter
- » Körpergewicht bzw. BMI
- » sonstige Befunde je nach Situation

#### *Leitung und Verantwortung / Qualifikation*

Die verantwortliche ärztliche Leitung der Funktionseinheit muss einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für IM – vorzugsweise mit Additivfach Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen oder Gastroenterologie und Hepatologie – obliegen.

Qualifikation Ärztinnen/Ärzte: Fachärztinnen/Fachärzte für IM, wünschenswert mit Additivfach Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen oder Gastroenterologie und Hepatologie; Ärztinnen/Ärzte für AM, wünschenswert mit Kenntnissen in Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen

Qualifikation DGKP: Kenntnisse in Stomaberatung und Diabetesberatung

#### *Zusatzangaben zum definierten Leistungsangebot*

- » allgemeine Ultraschalldiagnostik: Herz
- » indikationsspezifische Ultraschalldiagnostik: Abdomen, Gefäße
- » Schulung (aktivierend-therapeutische pflegerische Leistungen): z. B. Medikamente, Hypertonie, Wundversorgung
- » indikationsspezifische Patientenschulung Einzel und Gruppe: z. B. Hypertonie, Diabetes mellitus, Insulinpumpenschulung

### 3.2.9 Strukturqualitätskriterien in der Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II – tabellarische Darstellung

Nachfolgend werden die Strukturqualitätskriterien der Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II je Rehabilitations-Indikationsgruppe tabellarisch dargestellt.

Tabelle 3.1:  
Strukturqualitätskriterien in der stationären und ambulanten Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II je Rehabilitations-Indikationsgruppe

		BSR	HKE	NEU	UCNC	ONK	LYMPH	PSY	PUL	STV
<b>Personelle Ausstattung</b>	<b>Berufsgruppen</b>	<i>Verfügbarkeit</i>								
	Ärzte/Ärztinnen	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	DGKP inkl. PFA und PA (max. 20 % PFA/PA, NEU max. 40 % PFA/PA) <sup>1</sup>	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Ergotherapeuten/Ergotherapeutinnen	x		x	x	x	x	x	nN	
	Logopäden/Logopädinnen			x	x	nN	nN			
	Diätologen/Diätologinnen	x	x	x	x <sup>2</sup>	x	x	x	x	x
	biomedizinische Analytiker/-innen <sup>3</sup>	nN	x	nN	nN	nN	nN		x	x
	Radiologietechnologen/-technologinnen <sup>3</sup>	nN	nN	nN	nN	nN	nN		x	nN
	Orthoptisten/Orthoptistinnen			nN	nN					
	klinische und/oder Gesundheitspsycholog.	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen		nN	nN	nN	nN	nN	x	nN	nN
	Sozialarbeiter/-innen	nN	nN	nN	x	x	x	x	nN	nN
	med. Masseur/-in und/oder Heilmasseur/-in	x	x	nN	x	x	x	x	x	x
	medizinisch-technischer Fachdienst	x	nN	nN	nN	nN	nN		nN	x
	Sanitätshilfsdienst <sup>1</sup>	nN	nN	nN	nN	nN	nN	nN	nN	nN
	Orthopädietechniker/-innen / Bandagisten/-innen	nN		nN	nN	nN	nN			nN
	Trainingstherapeuten/-therapeutinnen (ngR)	nN	nN	nN	nN	nN		nN	nN	nN
	Musiktherapeuten/-therapeutinnen			nN	nN	nN		nN		
	Kreativtherapeuten/-therapeutinnen (ngR)		nN	nN	nN	nN	nN	nN		nN
Pädagogen/Pädagoginnen (ngR)			nN	nN						
klinische Linguisten/Linguistinnen (ngR)			nN	nN						
orthopäd. Schuster/-in mit Pedobarografie									nN	
<b>Räumliche Ausstattung</b>	<b>Räumliche Ausstattung</b>	<i>Verfügbarkeit</i>								
	rollstuhlgängige und behindertengerechte Gestaltung der Gesamtanlage und der Räumlichkeiten inkl. Aufzug bei mehrstöckigen Gebäuden (Barrierefreiheit gemäß Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz idgF, stationär 80 % der Zimmer per Aufzug erschlossen)	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Notrufanlage in allen für Pat. zugänglichen Räumlichkeiten (i. S. d. jeweiligen Krankenanstaltengesetzes z. B. Notrufschalter)	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Unterbringung von Patienten/Patientinnen in 1- bis 2-Bett-Zimmern mit jeweils eigener Nasszelle, höhenverstellbaren Betten nicht für die gesamte Einrichtung erforderlich <sup>1</sup>	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	zentrale Sauerstoffversorgung (für einen Teil der Zimmer) <sup>1</sup>								x	
	Einzel- und Gruppentherapie Räume für aktive und passive Therapie	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Untersuchungs- und Behandlungsräume	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Räume für Notfallbehandlung inkl. Notfallausrüstung	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Räumlichkeit für Notfalllabor <sup>1</sup>	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Schulungs- und Vortragsräume	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Besprechungsräume	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Ruhe- und Aufenthaltsräume für Pat.	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Umkleieräume für Patienten/Patientinnen	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Nasszellen und Sanitäranlagen für Pat.	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Empfang mit Aufenthaltsbereich u. Rezeption	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Bewegungsbecken <sup>1</sup>	x	x	x	x	x				x	

	BSR	HKE	NEU	UCNC	ONK	LYMPH	PSY	PUL	STV
<b>Diagnostische Leistungen</b>	<i>Verfügbarkeit</i>								
allgemeinmedizinische und rehabilitations-spezifische ärztliche Diagnostik (inkl. ICD)	x	x	x	x	x	x	x	x	x
rehabilitationsbezogene fachärztl. Diagnostik	o	o	o	x	o	x	o	o	o
sonstige (konsiliar)fachärztliche Diagnostik	o	o	o	o	o	o	o	o	o
pflegerische Diagnostik <sup>1</sup>	x	x	x	x	x	x	x	x	x
allgemeine psychologische Diagnostik	x	x	x	x	x	x	x		
neuropsychologische Diagnostik			x	x					
logopädische Diagnostik			x	x	o	o			
Zielvereinbarung hinsichtlich Aktivität und Partizipation	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Langzeitblutdruckmessung		x	x	o				x	x
EKG	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Langzeit-EKG		x		o				x	o
Ergometrie	o	x		o	x				x
Spiroergometrie oder Ergometrie mit Blutgasmessung								x	
Spirometrie		x		x	x				
Bodyplethysmografie								x	
notfallmedizinische Diagnostik und Therapie (inkl. Notfalllabor <sup>1</sup> )	x	x	x	x	x	x	x	x	x
akutmedizinische Überwachungsmöglichkeit	x	x	x	x	x	x		x	x
Krisenzimmer							x		
Labordiagnostik	o	o	o	o	o	o	o	o	o
konventionelle Röntgendiagnostik	o	o	o	o		o		o	o
allgemeine Ultraschalldiagnostik <i>(Details in den RIG-Kapiteln)</i>		x	o	o	x	o		o	o
indikationspezifische Ultraschalldiagnostik <i>(Details in den RIG-Kapiteln)</i>	x	x	o	o		o		o	o
Telemetrie (kardio-pulmonal)		o							
Sensibilitätstestung mit Monofilament									x
Vibrationstestung mit C128 Stimmgabel									x
Herzfrequenz Variabilität									o
Blutgasanalyse		x						x	
Pulsoxymetrie		x			x			x	
Kraftmessung	x		x	x	x			x	x
Kraftmessung (Atemmuskelkraft)								x	
Ganganalyse	x		x	o					
rehabilitationsrelevante elektroneurophysiologische Untersuchungen <i>(Details in den RIG-Kapiteln)</i>	o		o	x	o				
CT, MR				o					
endoskopische Schluckdiagnostik			o	o					
sozialmedizinische Beurteilung				x					
orthoptische Untersuchung (inkl. Perimetrie, Tischtest, Lesetest)				o					
Gesichtsfeldbestimmung			x	o					
Umfangmessung der Extremitäten (Volumetrie)					x	x			
H <sub>2</sub> -Atemtest									o
Bioimpedanzanalyse						o			
Evaluierung der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL)				x					
Austestung von Prothesenpassteilen				x					

	BSR	HKE	NEU	UCNC	ONK	LYMPH	PSY	PUL	STV
<b>Therapeutische Leistungen</b>	<i>Verfügbarkeit</i>								
<i>Ärztliche Leistungen</i>									
Therapieplanung u. -überwachung inkl. Dokumentation des ges. Rehabilitationsprozesses	x	x	x	x	x	x	x	x	x
spezifische ärztliche therapeutische Leistungen	x	x	x	x	x	x	x	x	x
medikamentöse Therapie	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<i>Aktivierend-therapeutische pflegerische Leistungen<sup>1</sup></i>									
Planung des Pflegeprozesses <sup>1</sup>	x	x	x	x	x	x	x	x	x
pflegerische Anleitung und Förderung, ganzheitliche und aktivierende Pflege <sup>1</sup>	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Case und Care Management (Entlassungsmanagement/Überleitungspflege) <sup>1</sup>	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Schulung ( <i>Details in den RIG-Kapiteln</i> ) <sup>1</sup>	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Wundmanagement <sup>1</sup>	x	x	x	x	x	x		x	x
Diabetesberatung und -schulung <sup>1</sup>						x			x
Beratung und Anleitung pflegender Angehöriger <sup>1</sup>				x					
Stomaversorgung und -anleitung <sup>1</sup>					x				o
<i>Physiotherapie / Ergotherapie</i>									
indikationsspezifische Bewegungstherapie – Einzel ( <i>Details in den RIG-Kapiteln</i> )	x	x	x	x	x	x	x	x	x
indikationsspezifische Bewegungstherapie – Gruppe ( <i>Details in den RIG-Kapiteln</i> )	x	x	x	x	x	x	x	x	x
indikationsspezifisches Ausdauertraining	x	x	x	x	x	x		x	x
Atemmuskeltraining								x	
Krafttraining – Einzel	x	x	x	x	x	x		x	
Krafttraining – Gruppe	x	x	x	x	x	x		x	x
apparativ unterstützte Behandlungen	x		x	x					
Sensomotoriktraining	x		x	x	x	x			x
Lokomotionstraining (z. B. Lokomat, Exoskelett)			x	x					
Gangschule	x		x	x					
Prothesentraining für die obere und untere Extremität				x					
Rollstuhltraining				x					
Feinabstimmung aller Mobilitätshilfen	x		x	x					
Unterwasserbewegungstherapie – Einzel <sup>1</sup>	x	x	x	x	x				
Unterwasserbewegungstherapie – Gruppe <sup>1</sup>	x	x	x	x	x				x
Narbenbehandlung	o	o	o	x	o	o		o	
Ergotherapie – Einzel	x		x	x	x	x			
Ergotherapie – Gruppe	x		x	x	x	x	x	x	
Gelenkschutzunterweisung	x			x					
Ergonomieunterweisung	x			x					
Sensomotorik-Behandlung			x	x					
Schienenbehandlung	x		x	x	x				
Sensibilitätstraining				x					
ATL-Training	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Heilbehelf- und Hilfsmittelberatung	x	x	x	x	x	x		x	x
Hilfsmittelherstellung (z. B. Rollstuhlhandschuhe etc.) in der Ergotherapie	o		o	x					
alltagsorientiertes Training (z. B. Haushaltstraining)			x	x			x		

Leistungsangebot

	BSR	HKE	NEU	UCNC	ONK	LYMPH	PSY	PUL	STV	
<b>Leistungsangebot</b>	<b>Therapeutische Leistungen</b>	<i>Verfügbarkeit</i>								
	Wahrnehmungstraining			x	x			x		
	arbeitsplatzbezogenes Training und Beratung (Erarbeitung von berufsspezifischen Funktionen)	x	x	x	x	x	x	x	x	o
	Rollstuhladaptation				x					
	Wohnraumadaptierung – Beratung				x					
	Kreativtherapie			x	x	o	o	x		x
	soziales Kompetenztraining – Einzel				x			x		
	soziales Kompetenztraining – Gruppe				x			x		
	<b>Atemphysiotherapie</b>									
	Atemphysiotherapie – Einzel						x		x	
	Atemphysiotherapie – Gruppe		x			x	x		x	
	Inhalation mit Gerät								x	
	Sauerstofflangzeittherapie								x	
	Therapie mit Atemhilfen								x	
	nächtliche volumenkontrollierte/assistierte Beatmung								x	
	<b>Logopädie</b>									
	Logopädie – Einzel <i>(Details in den RIG-Kapiteln)</i>			x	x	o	o			
	Logopädie – Gruppe <i>(Details in den RIG-Kapiteln)</i>			x	x	o	o			
	<b>Psychotherapie</b>									
	Psychotherapie – Einzel							x		
	Psychotherapie – Gruppe							x		
	<b>Klinische und Gesundheitspsychologie</b>									
	klinisch-psychologisches Gespräch	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	gesundheitspsychologische Beratung	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	kognitives Training			x	x					
	Entspannungsverfahren – Einzel				x		x			
	Entspannungsverfahren – Gruppe	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Biofeedback					x	o	x	x	x
	Schmerzbewältigung					x	x			
	lösungsorientierte themenspezifische Gruppenarbeit						x			
	Interventionstechniken in der psychologischen Behandlung						x			
	<b>Ernährung</b>									
	Ernährungsberatung – Einzel	x	x	x	x <sup>1</sup>	x	x	x	x	x
	Ernährungsberatung – Gruppe	x	x	x	x <sup>1</sup>	x	x	x	x	x
	Lehrküche									x
	<b>Elektrotherapie</b>									
	apparative intermittierende Kompression						x			
	Elektrotherapie	x		x	x	x	x		x	
	Niederfrequenzstromtherapie		x							x
	Mittelfrequenzstromtherapie		x							x
<b>Thermotherapie</b>	x	x	x	x	x	x		x	x	
<b>Ultraschalltherapie</b>	x	x	x	x					x	
<b>Lasertherapie</b>				x					o	
<b>Hydrotherapie<sup>1</sup></b>	o			x					o	

	BSR	HKE	NEU	UCNC	ONK	LYMPH	PSY	PUL	STV
<b>Therapeutische Leistungen</b>	<i>Verfügbarkeit</i>								
<i>Heilmassage</i>									
klassische Massage (manuelle und apparative Massage)	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Lymphdrainage	x	x	x	x	x	x		x	x
komplexe physikalische Entstauungstherapie (KPE)					x	x			
Reflexzonenmassage					x	x	x		x
<i>Orthoptische Therapie</i>			o	o					
<i>Schulungen</i>									
allgemeine und indikationsspezifische Patientenschulung - Einzel <i>(Details in den RIG-Kapiteln)</i>	x	x	x	x	x	x		x	x
allgemeine und indikationsspezifische Patientenschulung - Gruppe <i>(Details in den RIG-Kapiteln)</i>	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Initiierung von Nachsorgemaßnahmen	x	x	x	x	x	x	x	x	x
allgemeine Gesundheitsförderung	x	o	x		x	x	x	x	x
Tabakentwöhnung und Raucherberatung	x	x	x		x	x	x	x	x
Rückenschule	x								
Angehörigenberatung /-schulung	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Bandagierung und Kompressionsversorgung					x	x			
diabetische Fußpflege									o
Blutdruckschulung		x			x	x			
<i>Orthopädie- und Rehabilitationstechnik</i>									
Heilbehelfszurichtung	o		x	o					o
redressierendes Gipsen				o					
prothetische Versorgung, Kontrolle und Adaptierung	o		o	o					
orthopädische Schuhversorgung, Kontrolle und Adaptierung	o		o	o					
Rollstuhlversorgung, Kontrolle und Adaptierung	o		o	o					
<i>Sonstige Therapieformen</i>									
kreative Therapien					x	o	x		
Atemtherapie							x		
Lichttherapie							x		
Stoßwellentherapie				x					
<i>Sozialberatung</i>	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Im Bedarfsfall können Besuche vor Ort (Wohnung, Arbeitsplatz) zwecks Abklärung von erforderlichen Wohnbereichs- und Arbeitsplatzadaptierungen durchgeführt werden. Die Angehörigen sind, soweit möglich, in die Rehabilitation einzubeziehen. Gegebenenfalls ist eine regelmäßige Einbeziehung einer Bezugsperson erforderlich.									

<sup>1</sup> nur für stationäre Rehabilitation erforderlich

<sup>2</sup> für ambulante Phase-II-Rehabilitation nach Notwendigkeit

<sup>3</sup> nur wenn Labor bzw. Röntgen in der Einrichtung verfügbar

ngR = nach geltender gesetzlicher Regelung

Verfügbarkeit: x = vor Ort verfügbar, o = in Kooperation möglich, nN = nach Notwendigkeit

Quelle und Darstellung: GÖ FP

## 3.3 Strukturqualitätskriterien in der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation

### 3.3.1 Besondere Anforderungen an die Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation

Die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht von der Rehabilitation im Erwachsenenbereich. In der Folge werden einige Aspekte, die für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen eine wesentliche Rolle spielen, näher ausgeführt. Einige davon sind auch für Überlegungen und Empfehlungen zur Angebotsstruktur relevant.

#### *Bauliche Anforderungen*

Einrichtung: Sie soll als Gesamtes rollstuhlgerecht ausgestattet sein, Augenmerk ist auf allergenarme Umgebung zu legen. Die Einrichtung sollte möglichst in familienähnliche Strukturen gegliedert sein (stationseigener Gruppenraum, stationseigene Essgelegenheit).

Patientenzimmer: Mehrbettzimmer aus dem Grundsatz der Aufnahme von Begleitpersonen. Einzelzimmer bzw. eine Einzelunterbringung sind für Ausnahmefälle vorzusehen (z. B. bei medizinischer Indikation – Hygiene, Beatmung). Die Zimmer sind in Größe und Ausstattung kind- bzw. jugendgerecht zu gestalten.

Außenbereich: Die Einrichtung muss über einen barrierefreien Zugang erreicht werden können, für Lärmschutz sollte gesorgt sein. Ein einrichtungseigener Außenbereich für Spiel- und Freizeitaktivitäten ist vorzusehen.

#### *Rehabilitationsdauer*

Die Dauer von medizinischer Rehabilitation richtet sich grundsätzlich nach den angestrebten Rehabilitationszielen. Bei Kindern und Jugendlichen sind – gegenüber Erwachsenen – neben medizinischen insbesondere alters- und entwicklungspezifische Aspekte im Festlegen der Rehabilitationsdauer zu berücksichtigen.

#### *Mitaufnahme von Begleitpersonen*

Eltern bzw. Bezugspersonen sollten in die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen einbezogen werden (etwa wenn vor allem durch deren Mitwirkung die Rehabilitationsziele erreicht werden können oder wenn eine Schulung der Bezugspersonen erforderlich ist).

Gerade bei jüngeren Kindern (im Vorschulalter) – d. h. in der Altersgruppe der bis Fünfjährigen – ist die Mitaufnahme einer Begleitperson für die Dauer des Rehabilitationsaufenthaltes meist notwendig. Unterbringungsmöglichkeiten für Begleitpersonen von Kindern in dieser Altersgruppe

sind daher vorzusehen. Auch für eine Begleitperson von älteren Kindern (Altersgruppe der 6- bis 14-Jährigen) sollte die Mitaufnahme möglich sein. Darüber hinaus soll in Einzelfällen die Aufnahme von Geschwistern möglich sein (z. B. stillende Mutter).

Die Mitaufnahme von Angehörigen neurologischer Patienten/Patientinnen ist insbesondere zu Beginn der Rehabilitation sowohl bei Kindern als auch bei Jugendlichen für den Behandlungserfolg essenziell.

Diese Mitaufnahme-Möglichkeit ist nicht als Familien-Rehabilitation zu verstehen.

#### *Kind- und jugendgerechte Gestaltung der Reha-Maßnahmen*

Die therapeutischen Abläufe müssen so gestaltet werden, dass sie den entwicklungspezifischen Besonderheiten und der Belastbarkeit im Kindes- und Jugendalter – die sich in der Regel deutlich von Erwachsenen unterscheiden – Rechnung tragen. Darüber hinaus sollen die Therapie- und Schulungszeitpläne an möglichst altershomogen, entwicklungsbezogen und indikationsspezifisch zusammengesetzten Patientengruppen ausgerichtet werden.

Aufgrund der Besonderheiten der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation ist für alle Berufsgruppen Erfahrung im Kinder- und Jugendlichen-Bereich wünschenswert.

#### *Freizeitangebot*

Der für Kinder erforderliche Freiraum (natürlicher Spieltrieb) muss gewährleistet sein, für Jugendliche sollte ein breites, adäquates Freizeitangebot bestehen. Spiel und alltagsnahe (sportliche) Aktivitäten ermöglichen das Austesten der körperlichen Grenzen und Möglichkeiten.

Die konkret erforderliche Ausstattung mit Spielzimmern, Aufenthaltsräumen und Sportmöglichkeiten muss sich an den Besonderheiten der jeweiligen Altersstufe orientieren. Des Weiteren sind Rückzugsmöglichkeiten und die Möglichkeit, sich einen eigenen privaten Bereich zu schaffen, vorzusehen.

#### *Pädagogische Betreuung, Berufsberatung*

Zur Weiterführung der altersentsprechenden pädagogischen Betreuung sind während der Rehabilitation entsprechende Angebote vorzusehen (Kindergarten, Heilstättenklasse). Der Schulunterricht soll in das ganzheitliche interdisziplinäre Rehabilitationskonzept eingebunden werden.

Für Jugendliche ist auch eine Berufsberatung als Angebot vorzusehen. Im Rahmen dieser können den Jugendlichen berufliche Perspektiven gemäß ihren Fähigkeiten und Neigungen sowie ihrer medizinischen Eignung aufgezeigt werden.

### *Angemessene Erreichbarkeit, Wohnortnähe*

Die angemessene Erreichbarkeit der Rehabilitationseinrichtung spielt bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen eine besondere Rolle. Während der stationären Rehabilitation, in der die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden über mehrere Wochen hinweg aus ihrer gewohnten sozialen Umgebung gelöst sind, sind Besuche durch die Angehörigen wichtig, damit der Fortbestand des Kontaktes zur Familie gewährleistet werden kann. Dies betrifft vorwiegend die bis 14-Jährigen und hier insbesondere die Kleinkinder bis fünf Jahre.

Für den stationären Bereich bedeutet angemessene Erreichbarkeit, (mehrstündige) Besuche der Rehabilitanden/Rahabilitandinnen durch die Angehörigen inklusive An- und Abreise innerhalb eines Tages zu ermöglichen.

## 3.3.2 Kontraindikationen für die Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation

### *Absolute Kontraindikationen*

- » akute Selbst- oder Fremdgefährdung
- » dekompensierte Krankheitszustände mit schweren Funktionseinschränkungen diverser Organsysteme (z. B. Herz-, Nieren- und Leberinsuffizienz, akutes Querschnittsyndrom, unbehandelte hormonelle Entgleisungen, akute psychische Störungen), für die in der Rehabilitationseinrichtung keine ausreichende pädiatrische Expertise vorgehalten werden kann
- » schwerwiegende Infektionskrankheiten und akute Entzündungsprozesse
- » Beatmungspflicht

### *Relative Kontraindikationen*

Bei Vorliegen nachfolgender Zustände, Situationen und Erkrankungen ist die individuelle Einschätzung der Rehabilitationsprognose bzw. die individuelle Prüfung der Risikokonstellation durch den Sozialversicherungsträger erforderlich, gegebenenfalls in Abstimmung mit der Einrichtung:

- » nicht ausreichende diagnostische Abklärung
- » Dialysepatienten/-patientinnen (enge Zusammenarbeit zwischen Rehabilitandin/Rehabilitand, Kostenträger, Rehabilitationseinrichtung und Dialysestation)
- » ausgeprägte Immunschwäche
- » Drogenabhängigkeit und Alkoholkrankheit
- » Gravidität

### 3.3.3 Stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation

#### 3.3.3.1 Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie

##### *Voraussetzungen und Indikationen*

Eine Indikation zur Rehabilitation im Bereich des Bewegungs- und Stützapparats sowie der Rheumatologie liegt bei Kindern und Jugendlichen grundsätzlich mit folgenden Erkrankungen vor:

- » entzündliche und degenerative Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates
- » Zustand nach operativen Eingriffen am Stütz- und Bewegungsapparat inklusive Zustand nach Gliedmaßenamputation
- » Verletzungsfolgen am Stütz- und Bewegungsapparat, Haut- und Weichteilverletzungen sowie Verletzungen von Körperhöhlen

Die medizinische Diagnose der Grundkrankheit, der Schädigungen einschließlich evtl. vorliegender Begleiterkrankungen sollte soweit abgeschlossen sein, dass der individuelle Rehabilitationsbedarf ermittelt und die Rehabilitationsziele festgelegt werden können. Dabei sollten je nach Schädigung folgende Untersuchungen durchgeführt worden sein und entsprechende Unterlagen vorliegen:

- » bildgebende Untersuchungsverfahren: konventionelle Röntgenuntersuchung, ggf. CT-/MR-Befunde, ggf. szintigraphische Vorbefunde, arthrosonographische Befunde
- » Bestimmung von Laborparametern, speziell Ergebnisse rheumaserologischer Untersuchungen
- » Knochenstoffwechsel-Untersuchungsergebnisse
- » Ergebnisse von Punktaten
- » pädiatrische und kinderorthopädische Vorbefunde von Bedeutung
- » ggf. vorhandene neuropädiatrische Untersuchungsberichte einschl. EMG-/NLG-Untersuchungen
- » somatometrische Parameter bzw. BMI
- » alle zusätzlichen Befunde, die für die Einschätzung der Schädigungen durch Nebenerkrankungen von Bedeutung sind

##### *Leitung und Verantwortung*

Die verantwortliche ärztliche Leitung der Funktionseinheit muss einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde möglichst mit Vorerfahrung in der Rehabilitation obliegen.

Tabelle 3.2:  
 Strukturqualitätskriterien stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation  
 Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie (BSR)

	<b>Berufsgruppen</b>	<b>Untere Grenze</b>	<b>Obere Grenze</b>
		<i>1 VZÄ / x Betten</i>	
<b>Personelle Ausstattung</b>	Ärzte/Ärztinnen	12	12
	Dipl. Kinderkrankenpflegepersonal inkl. Pflegefachassistenz und Pflegeassistenz (max. 20 % PFA/PA)	5	4
	Physiotherapeuten/-therapeutinnen (max. 10 % MTF), Ergotherapeuten/-therapeutinnen und Logopäden/Logopädinnen <sup>1</sup>	4	3
	Diätologen/Diätologinnen	60	60
	biomedizinische Analytiker/-innen <sup>2</sup>	nN	nN
	Radiologietechnologen/-technologinnen <sup>2</sup>	nN	nN
	klinische und Gesundheitspsychologen/-psychologinnen		30
	klinische und Gesundheitspsychologen/-psychologinnen und/oder Psychotherapeuten/-therapeutinnen <sup>3</sup>	20	
	Sozialarbeiter/-innen	100	100
	medizinische Masseur/Masseurinnen		30
	medizinische Masseur/Masseurinnen oder Heilmasseur/Heilmasseurinnen	40	
	medizinisch-technischer Fachdienst	nN	nN
	Lehrer/-innen <sup>4</sup> , Kindergärtner/-innen <sup>4</sup>		
Sportwissenschaftler/-innen <sup>5</sup>			
<sup>1</sup> Alle Berufsgruppen müssen vertreten sein.			
<sup>2</sup> nur wenn Labor und Röntgen im Haus verfügbar			
<sup>3</sup> Klinische Psychologen/Psychologinnen sind jedenfalls vorzuhalten.			
<sup>4</sup> lt. geltenden gesetzlichen Regelungen (Schulgesetz, Kindergartengesetz)			
<sup>5</sup> diagnostische und therapeutische Leistungserbringung nach Maßgabe der geltenden gesetzlichen Regelungen (personelle Ausstattung nach Notwendigkeit)			
<b>Spezielle Qualifikation</b>			
Ärzte/Ärztinnen: 50 % FÄ für KI oder für OR oder PMR mit Erfahrung in der Kinderorthopädie			
Physiotherapeut.: zumindest zwei Therapeut. mit Ausbildung in Schroth-Therapie für Skoliosebehandlung			
Klin. und Gesundheitspsychol.: vorzugsweise mit Ausbildung in Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie			
Sozialarbeiter/-innen: vorzugsweise mit Zusatzausbildung in Case und Care Management			
Lehrer/-innen und Kindergärtner/-innen: sonderpädagogische Ausbildung lt. Schul- und Kindergartengesetz			
<b>Räumliche Ausstattung</b>	Die räumliche Ausstattung muss die Umsetzung der im Rehabilitationsplan vorgesehenen Leistungen ermöglichen und der Patientenzahl Rechnung tragen. Für Einrichtungen ist es möglich, Multifunktionsräume zu schaffen, so lange die Intimsphäre der Patientin / des Patienten gewahrt bleibt. Insbesondere sind folgende Räumlichkeiten sowie Ausstattungsmerkmale vorzuhalten:		
	rollstuhlgängige und behindertengerechte Gestaltung der Gesamtanlage und der Räumlichkeiten inkl. Aufzug bei mehrstöckigen Gebäuden		
	Notrufanlage in allen für Patienten/Patientinnen zugänglichen Räumlichkeiten		
	altersgerechte und familienfreundliche Ausstattung der Patientenzimmer		
	Unterbringung von Kindern in Einheiten gemeinsam mit Begleitpersonen – ausgestattet mit höhenverstellbaren Betten sowie Nasszellen und Sanitäranlagen		
	Unterbringung von Jugendlichen in 1- bis 2-Bett-Zimmern mit höhenverstellbaren Betten inkl. Nasszellen und Sanitäranlagen		
	Einzel- und Gruppentherapieräume für aktive und passive Therapie		
	Räumlichkeiten für bewegungs- und medizinische Trainingstherapie inkl. Geräte und Utensilien		
	Räumlichkeiten für Ausdauer-/Krafttraining mit entsprechender Geräteausrüstung		
	Untersuchungs- und Behandlungsräume		
	Räume für Notfallbehandlung inkl. Notfallausrüstung		
Räumlichkeit für Notfall-Labor			

<b>Räumliche Ausstattung</b>	Räumlichkeiten für Pflegemaßnahmen	
	Ausstattung für Lokomotionstherapie	
	Schulungs- und Vortragsräume	
	Bewegungsbecken inkl. Hublift	
	Turnsaal	
	Kindergartenräumlichkeiten	
	Schulzimmer	
	Räumlichkeiten für ATL-Training inkl. Lehrküche	
	schallisolierter Raum für Musiziermöglichkeiten (nach Möglichkeit im Jugendbereich)	
	Werk-/Bastelraum	
	Besprechungsräume	
	Ruhe- und Aufenthaltsräume für Patienten/Patientinnen	
	Umskleideräume für Patienten/Patientinnen	
	Nasszellen und Sanitäranlagen für Patienten/Patientinnen	
	Empfang mit Aufenthaltsbereich und Rezeption	
	Außenbereich: Spiel-/Klettergeräte, Laufbahn, Ballspielplätze	
	Folgende Räumlichkeiten können in Kooperation mit externen Anbietern vorgehalten werden:	
	Räumlichkeiten für Röntgen/Ultraschalldiagnostik	
	Räumlichkeiten für Funktionsdiagnostik	
Orthopädiewerkstätte		
<b>Leistungsangebot</b>	<b>Diagnostische Leistungen</b>	<b>Verfügbarkeit</b>
	allgemeinmed. und rehabilitationsspezifische ärztliche Diagnostik (inkl. ICD)	x
	rehabilitationsbezogene fachärztliche Diagnostik	o
	sonstige (konsiliar)fachärztl. Diagnostik	o
	pflegerische Diagnostik	x
	allgemeine psychologische Diagnostik	x
	Zielvereinbarung nach ICF	x
	EKG	x
	Ergometrie	o
	notfallmedizinische Diagnostik und Therapie (inkl. Notfall-Labor u. Überwachungsmöglichkeit)	x
	Labordiagnostik	o
	konventionelle Röntgendiagnostik	o
	allgemeine Ultraschalldiagnostik	o
	indikationsspezifische Ultraschalldiagnostik	x
	Ganganalyse	o
	rehabilitationsrelevante elektroneurophysiologische Untersuchungen (EEG, EMG, ENG, evozierte Potenziale)	o
	CT, MR	o
	sozialpädiatrische Beurteilung	x
	<b>Therapeutische Leistungen</b>	<b>Verfügbarkeit</b>
	<b>Ärztliche Leistungen</b>	
	Therapieplanung und -überwachung inkl. Dokumentation des gesamten Rehabilitationsprozesses	x
	spezifische ärztliche therapeutische Leistungen	x
	medikamentöse Therapie	x
<b>Aktivierend-therapeutische pflegerische Leistungen</b>		
Planung des Pflegeprozesses	x	
pflegerische Anleitung und Förderung, ganzheitliche und aktivierende Pflege	x	
Case und Care Management	x	
Medikamentenschulung	x	

Leistungsangebot	Wundmanagement	x
	Beratung und Anleitung pflegender Angehöriger	x
	ATL-Training	x
	<i>Physiotherapie / Ergotherapie</i>	
	Bewegungstherapie – Einzel (inkl. funktionelle konzeptorientierte Einzelphysiotherapie und apparativ unterstützte Behandlungen) <sup>6</sup>	x
	Bewegungstherapie – Gruppe (inkl. funktionelle konzeptorientierte Gruppenphysiotherapie und apparativ unterstützte Behandlungen) <sup>6</sup>	x
	Unterwasserbewegungstherapie – Einzel	x
	Unterwasserbewegungstherapie – Gruppe	x
	Ergotherapie – Einzel	x
	Ergotherapie – Gruppe	x
	Gelenkschutzunterweisung	x
	Ergonomieunterweisung	x
	Funktionstraining – Einzel	x
	Funktionstraining – Gruppe	x
	Sensomotoriktraining	x
	Schienenbehandlung	x
	ATL-Training	x
	Heilbehelf- und Hilfsmittelberatung	x
	alltagsorientiertes Training (z. B. Haushaltstraining)	x
	Arbeitsplatz- und Schulberatung	x
	Wohnraumadaptierung	x
	<i>Pädagogik</i>	
	Kindergartenpädagogik	x
	altersgerechtes Schulangebot	x
	<i>Psychotherapie</i>	
	Psychotherapie – Einzel	o
	Psychotherapie – Gruppe	o
	<i>Klinische und Gesundheitspsychologie</i>	
	klinisch-psychologisches Gespräch	x
	gesundheitspsychologische Beratung	x
	<i>Ernährung</i>	
	Ernährungsberatung – Einzel	x
	Ernährungsberatung – Gruppe	x
	<i>Elektrotherapie</i>	
		x
	<i>Thermotherapie</i>	
		x
	<i>Ultraschalltherapie</i>	
		x
	<i>Hydrotherapie</i>	
		x
	<i>Lasertherapie</i>	
	x	
<i>Heilmassage</i>		
manuelle Heilmassage Teilkörper	x	
manuelle Lymphdrainage	x	
<i>Schulungen</i>		
allg. und indikat.-spez. Patientenschulung – Einzel	x	
allg. und indikat.-spez. Patientenschulung – Gruppe	x	
Initiierung von Nachsorgemaßnahmen	x	
Raucherberatung u. -prävention/ Raucherentwöhnung	x	
Angehörigenberatung/-schulung	x	
<i>Orthopädie- und Rehabilitationstechnik</i>		
Heilbehelfs- und Hilfsmittelzurichtung	x	
prothetische Versorgung und Kontrolle	x	
orthopädische Schuhversorgung	o	

<sup>6</sup> Durchführung im interdisziplinären Setting

Verfügbarkeit: x = vor Ort verfügbar, o = in Kooperation möglich

Quelle und Darstellung: GÖ FP

### 3.3.3.2 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

#### *Voraussetzungen und Indikationen*

Eine Indikation zur Rehabilitation im Bereich des Herz-Kreislauf-Systems liegt grundsätzlich bei Kindern und Jugendlichen mit folgenden Erkrankungen vor:

- » Zustand nach Operationen am Herzen und an den großen Gefäßen
- » chronische Belastungsherzinsuffizienz
- » Zustand nach Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators
- » hämodynamisch stabile Arrhythmie, Zustand nach anhaltender Kammertachykardie oder nach Herzstillstand

Die medizinische Diagnose der Grundkrankheit, der Schädigungen einschließlich evtl. vorliegender Begleiterkrankungen sollte soweit abgeschlossen sein, dass der individuelle Rehabilitationsbedarf ermittelt und die Rehabilitationsziele festgelegt werden können. Dabei sollten je nach Schädigung folgende Untersuchungen durchgeführt worden sein und entsprechende Unterlagen vorliegen:

- » Ruhe- und Belastungs-EKG
- » Spiro-Ergometrie
- » Echokardiographie/Farbdoppler-Echokardiographie
- » Langzeit-EKG und Langzeitblutdruckmessung
- » Lungenfunktionsuntersuchung
- » Sonographie des Abdomen und der großen Gefäße
- » Angiographie
- » konventionelle Röntgenuntersuchung
- » Cardiac-MRT
- » Routinelaborparameter
- » Körpergewicht bzw. BMI
- » sonstige Befunde je nach Situation

#### *Leitung und Verantwortung*

Die verantwortliche ärztliche Leitung der Funktionseinheit muss einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde – vorzugsweise mit Additivfach Kinderkardiologie – und möglichst mit Vorerfahrung in der Rehabilitation obliegen.

Tabelle 3.3:

Strukturqualitätskriterien stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation  
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE)

	<b>Berufsgruppen</b>	<b>Untere Grenze</b>	<b>Obere Grenze</b>
		<i>1 VZÄ / x Betten</i>	
<b>Personelle Ausstattung</b>	Ärzte/Ärztinnen	12	12
	Dipl. Kinderkrankenpflegepersonal inkl. Pflegefachassistenz und Pflegeassistenz (max. 20 % PFA/PA)	6	4
	Physiotherapeuten/-therapeutinnen (max. 10 % MTF), Ergotherapeuten/-therapeutinnen und Logopäden/Logopädinnen <sup>1</sup>	5	3
	Diätologen/Diätologinnen	60	60
	biomedizinische Analytiker/-innen <sup>2</sup>	nN	nN
	Radiologietechnologen/-technologinnen <sup>2</sup>	nN	nN
	klinische und Gesundheitspsychologen/-psychologinnen		30
	klinische und Gesundheitspsychologen/-psychologinnen und/oder Psychotherapeuten/-therapeutinnen <sup>3</sup>	20	
	Sozialarbeiter/-innen	100	100
	medizinische Masseure/Masseurinnen		30
	medizinische Masseure/Masseurinnen oder Heilmasseur/-masseurinnen	40	
	medizinisch-technischer Fachdienst	nN	nN
	Lehrer/-innen <sup>4</sup> , Kindergärtner/-innen <sup>4</sup>		
	Sportwissenschaftler/-innen <sup>5</sup>		
<sup>1</sup> Alle Berufsgruppen müssen vertreten sein.			
<sup>2</sup> nur wenn Labor und Röntgen im Haus verfügbar			
<sup>3</sup> Klinische Psychologen/Psychologinnen sind jedenfalls vorzuhalten.			
<sup>4</sup> lt. geltenden gesetzlichen Regelungen (Schulgesetz, Kindergartengesetz)			
<sup>5</sup> diagnostische und therapeutische Leistungserbringung nach Maßgabe der geltenden gesetzlichen Regelungen (personelle Ausstattung nach Notwendigkeit)			
<b>Spezielle Qualifikation</b>			
Ärzte/Ärztinnen: 50 % FÄ für KI (vorzugsweise mit Additivfach Pädiatrische Kardiologie)			
klin. und Gesundheitspsycholog.: vorzugsweise mit Ausbildung in Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie			
Sozialarbeiter/-innen: vorzugsweise mit Zusatzausbildung in Case und Care Management			
Lehrer/-innen und Kindergärtner/-innen: sonderpädagogische Ausbildung lt. Schul- und Kindergartengesetz			
<b>Räumliche Ausstattung</b>	Die räumliche Ausstattung muss die Umsetzung der im Rehabilitationsplan vorgesehenen Leistungen ermöglichen und der Patientenzahl Rechnung tragen. Für Einrichtungen ist es möglich, Multifunktionsräume zu schaffen, solange die Intimsphäre der Patientin / des Patienten gewahrt bleibt. Insbesondere sind folgende Räumlichkeiten sowie Ausstattungsmerkmale vorzuhalten:		
	rollstuhlgängige und behindertengerechte Gestaltung der Gesamtanlage und der Räumlichkeiten inkl. Aufzug bei mehrstöckigen Gebäuden		
	Notrufanlage in allen für Patienten/Patientinnen zugänglichen Räumlichkeiten		
	altersgerechte und familienfreundliche Ausstattung der Patientenzimmer		
	Unterbringung von Kindern in Einheiten gemeinsam mit Begleitpersonen – ausgestattet mit höhenverstellbaren Betten sowie Nasszellen und Sanitäranlagen		
	Unterbringung von Jugendlichen in 1- bis 2-Bett-Zimmern mit höhenverstellbaren Betten inkl. Nasszellen und Sanitäranlagen		
	Einzel- und Gruppentherapieräume für aktive und passive Therapie		
	Räumlichkeiten für Bewegungs- und medizinische Trainingstherapie inkl. Geräte und Utensilien		
	Räumlichkeiten für Ausdauer-/Krafttraining mit entsprechender Geräteausrüstung		
	Untersuchungs- und Behandlungsräume		
Räume für Notfallbehandlung inkl. Notfallausrüstung			

<b>Räumliche Ausstattung</b>	Räumlichkeit für Notfall-Labor	
	Räumlichkeiten für Pflegemaßnahmen	
	Schulungs- und Vortragsräume	
	Bewegungsbecken inkl. Hublift	
	Turnsaal	
	Kindergartenräumlichkeiten	
	Schulzimmer	
	schallisolierter Raum für Musiziermöglichkeiten (nach Möglichkeit im Jugendbereich)	
	Werk-/Bastelraum	
	Besprechungsräume	
	Ruhe- und Aufenthaltsräume für Patienten/Patientinnen	
	Umkleieräume für Patienten/Patientinnen	
	Nasszellen und Sanitäranlagen für Patienten/Patientinnen	
	Empfang mit Aufenthaltsbereich und Rezeption	
	Außenbereich: Spiel-/Klettergeräte, Laufbahn, Ballspielplätze	
	Folgende Räumlichkeiten können in Kooperation mit externen Anbietern vorgehalten werden:	
Räumlichkeiten für Röntgen/Ultraschalldiagnostik		
Räumlichkeiten für Funktionsdiagnostik		
Orthopädiewerkstätte		
<b>Leistungsangebot</b>	<b>Diagnostische Leistungen</b>	<b>Verfügbarkeit</b>
	allgemeinmed. und rehabilitationsspezifische ärztliche Diagnostik (inkl. ICD)	x
	rehabilitationsbezogene fachärztliche Diagnostik	o
	sonstige (konsiliar)fachärztl. Diagnostik	o
	pflegerische Diagnostik	x
	allgemeine psychologische Diagnostik	x
	Zielvereinbarung nach ICF	x
	Langzeitblutdruckmessung	x
	EKG	x
	Langzeit-EKG	x
	Ergometrie	x
	notfallmedizinische Diagnostik und Therapie (inkl. Notfall-Labor u. Überwachungsmöglichkeit)	x
	Labordiagnostik	o
	konventionelle Röntgendiagnostik	o
	allgemeine Ultraschalldiagnostik	o
	indikationsspezifische Ultraschalldiagnostik	x
	rehabilitationsrelevante elektroneurophysiologische Untersuchungen (EEG, EMG, ENG, evozierte Potenziale)	o
	CT, MR	o
	sozialpädiatrische Beurteilung	x
	<b>Therapeutische Leistungen</b>	<b>Verfügbarkeit</b>
<b>Ärztliche Leistungen</b>		
Therapieplanung und -überwachung inkl. Dokumentation des gesamten Rehabilitationsprozesses	x	
spezifische ärztliche therapeutische Leistungen	x	
medikamentöse Therapie	x	
<b>Aktivierend-therapeutische pflegerische Leistungen</b>		
Planung des Pflegeprozesses	x	
pflegerische Anleitung und Förderung, ganzheitliche und aktivierende Pflege	x	

Leistungsangebot	Case und Care Management	x	
	Medikamentenschulung	x	
	Wundmanagement	x	
	Beratung und Anleitung pflegender Angehöriger	x	
	ATL-Training	x	
	<i>Physiotherapie / Ergotherapie</i>		
	Bewegungstherapie – Einzel (inkl. funktionelle konzeptorientierte Einzelphysiotherapie und apparativ unterstützte Behandlungen) <sup>6</sup>	x	
	Bewegungstherapie – Gruppe (inkl. funktionelle konzeptorientierte Gruppenphysiotherapie und apparativ unterstützte Behandlungen) <sup>6</sup>	x	
	Unterwasserbewegungstherapie – Gruppe	x	
	Funktionstraining – Einzel	x	
	Funktionstraining – Gruppe	x	
	ATL-Training	x	
	Heilbehelf- und Hilfsmittelberatung	x	
	alltagsorientiertes Training (z. B. Haushaltstraining)	x	
	Arbeitsplatz- und Schulberatung	x	
	<i>Atemphysiotherapie</i>		
	Atemphysiotherapie – Einzel	x	
	Atemphysiotherapie – Gruppe	x	
	Inhalation mit Gerät	x	
	<i>Pädagogik</i>		
	Kindergartenpädagogik	x	
	altersgerechtes Schulangebot	x	
	<i>Psychotherapie</i>		
	Psychotherapie – Einzel	o	
	Psychotherapie – Gruppe	o	
	<i>Klinische und Gesundheitspsychologie</i>		
	klinisch-psychologisches Gespräch	x	
	gesundheitspsychologische Beratung	x	
	<i>Ernährung</i>		
	Ernährungsberatung – Einzel	x	
	Ernährungsberatung – Gruppe	x	
	<i>Thermotherapie</i>		
	<i>Heilmassage</i>		
	manuelle Heilmassage Teilkörper	x	
manuelle Lymphdrainage	x		
<i>Schulungen</i>			
allg. und indikat.-spez. Patientenschulung – Einzel	x		
allg. und indikat.-spez. Patientenschulung – Gruppe	x		
Initiierung von Nachsorgemaßnahmen	x		
Raucherberatung u. -prävention/ Raucherentwöhnung	x		
Angehörigenberatung/-schulung	x		
<i>Orthopädie- und Rehabilitationstechnik</i>			
Heilbehelfs- und Hilfsmittelzurichtung	o		

<sup>6</sup> Durchführung im interdisziplinären Setting

Verfügbarkeit: x = vor Ort verfügbar, o = in Kooperation möglich

Quelle und Darstellung: GÖ FP

### 3.3.3.3 Kinder- und Jugendchirurgie

#### *Voraussetzungen und Indikationen*

Eine Indikation zur Rehabilitation in der Kinder- und Jugendchirurgie liegt bei Kindern und Jugendlichen mit folgenden Erkrankungen vor:

- » Zustand nach operativen Korrekturingriffen/Behandlungen bei Missbildungen vorzugsweise im thorakalen, abdominellen, urogenitalen Bereich sowie der Extremitäten
- » Zustand nach operativen Eingriffen/Behandlungen bei Tumoren
- » Zustand nach operativen Eingriffen/Behandlungen der Traumatologie inklusive der Verbrennungen

Die medizinische Diagnose der Grundkrankheit, der Schädigungen einschließlich evtl. vorliegender Begleiterkrankungen sollte soweit abgeschlossen sein und ausreichende Unterlagen sollten soweit vorliegen, dass der individuelle Rehabilitationsbedarf ermittelt und die Rehabilitationsziele festgelegt werden können. Dabei sollten je nach Schädigung folgende Untersuchungen durchgeführt worden sein und entsprechende Unterlagen vorliegen:

- » OP-Bericht(e)
- » histologische und bakteriologische Befunde
- » Konsiliarbefunde
- » Laborbefunde
- » relevante radiologische Bildgebung als Befund und Bild

#### *Leitung und Verantwortung*

Die verantwortliche ärztliche Leitung der Funktionseinheit muss einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde oder für Kinder- und Jugendchirurgie jeweils möglichst mit Vorerfahrung in der Rehabilitation obliegen.

Tabelle 3.4:

 Strukturqualitätskriterien stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation  
 Kinder- und Jugendchirurgie (KJC)

	<b>Berufsgruppen</b>	<b>Untere Grenze</b>	<b>Obere Grenze</b>
		<i>1 VZÄ / x Betten</i>	
<b>Personelle Ausstattung</b>	Ärzte/Ärztinnen	12	12
	Dipl. Kinderkrankenpflegepersonal inkl. Pflegefachassistenz und Pflegeassistenz (max. 20 % PFA/PA)	5	4
	Physiotherapeuten/-therapeutinnen (max. 10 % MTF), Ergotherapeuten/-therapeutinnen und Logopäden/Logopädinnen <sup>1</sup>	4	3
	Diätologen/Diätologinnen	60	60
	biomedizinische Analytiker/-innen <sup>2</sup>	nN	nN
	Radiologietechnologen/-technologinnen <sup>2</sup>	nN	nN
	klinische und Gesundheitspsychologen/-psychologinnen		30
	klinische und Gesundheitspsychologen/-psychologinnen und/oder Psychotherapeuten/-therapeutinnen <sup>3</sup>	20	
	Sozialarbeiter/-innen	100	100
	medizinische Masseure/Masseurinnen		30
	medizinische Masseure/Masseurinnen oder Heilmasseur/-masseurinnen	40	
	medizinisch-technischer Fachdienst	nN	nN
	Lehrer/-innen <sup>4</sup> , Kindergärtner/-innen <sup>4</sup>		
	Sportwissenschaftler/-innen <sup>5</sup>		
<sup>1</sup> Alle Berufsgruppen müssen vertreten sein.			
<sup>2</sup> nur wenn Labor und Röntgen im Haus verfügbar			
<sup>3</sup> Klinische Psychologen/Psychologinnen sind jedenfalls vorzuhalten.			
<sup>4</sup> lt. geltenden gesetzlichen Regelungen (Schulgesetz, Kindergartengesetz)			
<sup>5</sup> diagnostische und therapeutische Leistungserbringung nach Maßgabe der geltenden gesetzlichen Regelungen (personelle Ausstattung nach Notwendigkeit)			
<b>Spezielle Qualifikation</b>			
Ärzte/Ärztinnen: 50 % FÄ für KI oder KJC, Satelliten-Betreuung durch Kinderanästhesisten/-anästhesistinnen			
klin. und Gesundheitspsycholog.: vorzugsweise mit Ausbildung in Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie			
Sozialarbeiter/-innen: vorzugsweise mit Zusatzausbildung in Case und Care Management			
Lehrer/-innen und Kindergärtner/-innen: sonderpädagogische Ausbildung lt. Schul- und Kindergartengesetz			
<b>Räumliche Ausstattung</b>	Die räumliche Ausstattung muss die Umsetzung der im Rehabilitationsplan vorgesehenen Leistungen ermöglichen und der Patientenzahl Rechnung tragen. Für Einrichtungen ist es möglich, Multifunktionsräume zu schaffen, solange die Intimsphäre der Patientin / des Patienten gewahrt bleibt. Insbesondere sind folgende Räumlichkeiten sowie Ausstattungsmerkmale vorzuhalten:		
	rollstuhlgängige und behindertengerechte Gestaltung der Gesamtanlage und der Räumlichkeiten inkl. Aufzug bei mehrstöckigen Gebäuden		
	Notrufanlage in allen für Patienten/Patientinnen zugänglichen Räumlichkeiten		
	altersgerechte und familienfreundliche Ausstattung der Patientenzimmer		
	Unterbringung von Kindern in Einheiten gemeinsam mit Begleitpersonen – ausgestattet mit höhenverstellbaren Betten sowie Nasszellen und Sanitäranlagen		
	Unterbringung von Jugendlichen in 1- bis 2-Bett-Zimmern mit höhenverstellbaren Betten inkl. Nasszellen und Sanitäranlagen		
	Einzel- und Gruppentherapieräume für aktive und passive Therapie		
	Räumlichkeiten für Bewegungs- und medizinische Trainingstherapie inkl. Geräte und Utensilien		
	Räumlichkeiten für Ausdauer-/Krafttraining mit entsprechender Geräteausrüstung		
	Untersuchungs- und Behandlungsräume		
	Räume für Notfallbehandlung inkl. Notfallausrüstung		
Räumlichkeit für Notfall-Labor			

Räumliche Ausstattung	Räumlichkeiten für Pflegemaßnahmen	
	Schulungs- und Vortragsräume	
	Bewegungsbecken inkl. Hublift	
	Turnsaal	
	Kindergartenräumlichkeiten	
	Schulzimmer	
	Räumlichkeiten für ATL-Training inkl. Lehrküche	
	schallisolierter Raum für Musiziermöglichkeiten (nach Möglichkeit im Jugendbereich)	
	Werk-/Bastelraum	
	Besprechungsräume	
	Ruhe- und Aufenthaltsräume für Patienten/Patientinnen	
	Umkleieräume für Patienten/Patientinnen	
	Nasszellen und Sanitäranlagen für Patienten/Patientinnen	
	Empfang mit Aufenthaltsbereich und Rezeption	
	OP-Einrichtung („Procedure Room“) inkl. Anästhesieausstattung	
	Außenbereich: Spiel-/Klettergeräte, Laufbahn, Ballspielplätze	
	Folgende Räumlichkeiten können in Kooperation mit externen Anbietern vorgehalten werden:	
	Räumlichkeiten für Röntgen/Ultraschalldiagnostik	
	Räumlichkeiten für Funktionsdiagnostik	
Orthopädiewerkstätte		
Leistungsangebot	<b>Diagnostische Leistungen</b>	<b>Verfügbarkeit</b>
	allgemeinmed. und rehabilitationsspezifische ärztliche Diagnostik (inkl. ICD)	x
	rehabilitationsbezogene fachärztliche Diagnostik	o
	sonstige (konsiliar)fachärztl. Diagnostik	o
	pflegerische Diagnostik	x
	Schluckdiagnostik	x
	allgemeine psychologische Diagnostik	x
	logopädische Diagnostik	x
	Zielvereinbarung nach ICF	x
	EKG	x
	Ergometrie	o
	notfallmedizinische Diagnostik und Therapie (inkl. Notfall-Labor u. Überwachungsmöglichkeit)	x
	Beatmungsmöglichkeit inkl. Langzeitbeatmung	x
	Labordiagnostik	o
	konventionelle Röntgendiagnostik	o
	allgemeine Ultraschalldiagnostik	o
	indikationsspezifische Ultraschalldiagnostik	x
	Ganganalyse	o
	rehabilitationsrelevante elektroneurophysiologische Untersuchungen (EEG, EMG, ENG, evozierte Potenziale)	o
	CT, MR	o
	sozialpädiatrische Beurteilung	x
	endoskopische, gastrokopische und bronchoskopische Diagnostik	x
	<b>Therapeutische Leistungen</b>	<b>Verfügbarkeit</b>
	<b>Ärztliche Leistungen</b>	
	Therapieplanung und -überwachung inkl. Dokumentation des gesamten Rehabilitationsprozesses	x
	spezifische ärztliche therapeutische Leistungen	x
	medikamentöse Therapie	x
	Trachealkanülenservice, Ernährungssondenwechsel	x
	<b>Aktivierend-therapeutische pflegerische Leistungen</b>	
	Planung des Pflegeprozesses	x

Leistungsangebot	pflegerische Anleitung und Förderung, ganzheitliche und aktivierende Pflege	x	
	Case und Care Management	x	
	Medikamentenschulung	x	
	Wundmanagement	x	
	Stomaversorgung und -anleitung	x	
	Beratung und Anleitung pflegender Angehöriger	x	
	ATL-Training	x	
	<i>Physiotherapie/Ergotherapie</i>		
	Bewegungstherapie – Einzel (inkl. funktionelle konzeptorientierte Einzelphysiotherapie und apparativ unterstützte Behandlungen) <sup>6</sup>	x	
	Bewegungstherapie – Gruppe (inkl. funktionelle konzeptorientierte Gruppenphysiotherapie und apparativ unterstützte Behandlungen) <sup>6</sup>	x	
	Unterwasserbewegungstherapie – Gruppe	x	
	Funktionstraining – Einzel	x	
	Funktionstraining – Gruppe	x	
	ATL-Training	x	
	Heilbehelf- und Hilfsmittelberatung	x	
	alltagsorientiertes Training (z. B. Haushaltstraining)	x	
	Arbeitsplatz- und Schulberatung	x	
	<i>Logopädie</i>		
	Logopädie – Einzel	x	
	Logopädie -Gruppe	x	
	<i>Pädagogik</i>		
	Kindergartenpädagogik	x	
	altersgerechtes Schulangebot	x	
	<i>Psychotherapie</i>		
	Psychotherapie – Einzel	o	
	Psychotherapie – Gruppe	o	
	<i>Klinische und Gesundheitspsychologie</i>		
	klinisch-psychologisches Gespräch	x	
	gesundheitspsychologische Beratung	x	
	<i>Ernährung</i>		
	Ernährungsberatung – Einzel	x	
	Ernährungsberatung – Gruppe	x	
	<i>Thermotherapie</i>		
	<i>Lasertherapie</i>	x	
	<i>Heilmassage</i>		
	manuelle Heilmassage Teilkörper	x	
manuelle Lymphdrainage	x		
<i>Schulungen</i>			
allg. und indikat.-spez. Patientenschulung – Einzel	x		
allg. und indikat.-spez. Patientenschulung – Gruppe	x		
Initiierung von Nachsorgemaßnahmen	x		
Raucherberatung u. -prävention/ Raucherentwöhnung	x		
Angehörigenberatung/-schulung	x		

<sup>6</sup> Durchführung im interdisziplinären Setting

Verfügbarkeit: x = vor Ort verfügbar, o = in Kooperation möglich

Quelle und Darstellung: GÖ FP

### 3.3.3.4 Neuro- und Neurotraumarehabilitation

#### *Voraussetzungen und Indikationen*

Eine Indikation zur Neuro- und Traumarehabilitation liegt vor bei Kindern und Jugendlichen mit:

- » Schädigungen des zentralen Nervensystems
- » neuromuskulären Erkrankungen
- » Schädigungen peripherer Nerven

Kinder und Jugendliche müssen kardiorespiratorisch stabil sein und dürfen keine permanente Atemhilfe benötigen (Ausnahme: etablierte Heimbeatmung).

Die medizinische Diagnose der Grundkrankheit, der Schädigungen einschließlich evtl. vorliegender Begleiterkrankungen sollte soweit abgeschlossen sein und ausreichende Unterlagen sollten soweit vorliegen, dass der individuelle Rehabilitationsbedarf ermittelt und die Rehabilitationsziele festgelegt werden können.

Bestehen weitere Erkrankungen, die die Rehabilitation beeinflussen können, sollten diese – so möglich – vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme abgeklärt und behandelt sein. Sollte eine chronische Erkrankung eines anderen Organsystems bestehen, ist diese während der Rehabilitation weiter zu behandeln. Dabei sind die sich daraus ergebenden Störungen im Hinblick auf die allgemeine Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit genau zu bezeichnen.

#### *Leitung und Verantwortung*

Die verantwortliche ärztliche Leitung der Funktionseinheit muss einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde bzw. für Neurologie – jeweils mit Additivfach Neuropädiatrie – möglichst mit Vorerfahrung in der Rehabilitation obliegen.

Tabelle 3.5:

 Strukturqualitätskriterien stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation  
 Neuro- und Neurotraumarehabilitation (NEU/NC)

	<b>Berufsgruppen</b>	<b>Untere Grenze</b>	<b>Obere Grenze</b>
		<i>1 VZÄ / x Betten</i>	
<b>Personelle Ausstattung</b>	Ärzte/Ärztinnen	12	12
	DKKP inkl. Pflegefachassistenz u. Pflegeassistenz (max. 20 % PFA/PA)	5	4
	Physiotherapeuten/-therapeutinnen (max. 10 % MTF), Ergotherapeuten/-therapeutinnen und Logopäden/Logopädinnen <sup>1</sup>	4	3
	Diätologen/Diätologinnen	60	60
	biomedizinische Analytiker/-innen <sup>2</sup>	nN	nN
	Radiologietechnologen/-technologinnen <sup>2</sup>	nN	nN
	Orthoptisten/Orthoptistinnen	100	100
	klinische und Gesundheitspsychologen/-psychologinnen		30
	klinische und Gesundheitspsychologen/-psychologinnen und/oder Psychotherapeuten/-therapeutinnen <sup>3</sup>	20	
	Sozialarbeiter/-innen	100	100
	medizinische Masseur/Masseurinnen		30
	medizinische Masseur/Masseurinnen oder Heilmasseur/-masseurinnen	40	
	medizinisch-technischer Fachdienst	nN	nN
	Musiktherapeuten/-therapeutinnen	nN	100
	Lehrer/-innen <sup>4</sup> , Kindergärtner/-innen <sup>4</sup>		
	Sportwissenschaftler/-innen <sup>5</sup>		
klinische Linguisten/Linguistinnen <sup>5</sup>			
<sup>1</sup> Alle Berufsgruppen müssen vertreten sein.			
<sup>2</sup> nur wenn Labor und Röntgen im Haus verfügbar			
<sup>3</sup> Klinische Psychologen/Psychologinnen sind jedenfalls vorzuhalten.			
<sup>4</sup> lt. geltenden gesetzlichen Regelungen (Schulgesetz, Kindergartengesetz)			
<sup>5</sup> diagnostische und therapeutische Leistungserbringung nach Maßgabe der geltenden gesetzlichen Regelungen (personelle Ausstattung nach Notwendigkeit)			
<b>Spezielle Qualifikation</b>			
Ärzte/Ärztinnen: 50 % FÄ für KI oder NEU (vorzugsweise jeweils mit Additivfach Neuropädiatrie)			
klin. und Gesundheitspsycholog.: vorzugsweise mit Ausbildung in Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie			
Sozialarbeiter/-innen: vorzugsweise mit Zusatzausbildung in Case und Care Management			
Lehrer/-innen und Kindergärtner/-innen: sonderpädagogische Ausbildung lt. Schul- und Kindergartengesetz			
<b>Räumliche Ausstattung</b>	Die räumliche Ausstattung muss die Umsetzung der im Rehabilitationsplan vorgesehenen Leistungen ermöglichen und der Patientenzahl Rechnung tragen. Für Einrichtungen ist es möglich, Multifunktionsräume zu schaffen, so lange die Intimsphäre der Patientin / des Patienten gewahrt bleibt. Insbesondere sind folgende Räumlichkeiten sowie Ausstattungsmerkmale vorzuhalten:		
	rollstuhlgängige und behindertengerechte Gestaltung der Gesamtanlage und der Räumlichkeiten inkl. Aufzug bei mehrstöckigen Gebäuden		
	Notrufanlage in allen für Patienten/Patientinnen zugänglichen Räumlichkeiten		
	altersgerechte und familienfreundliche Ausstattung der Patientenzimmer		
	Unterbringung von Kindern in Einheiten gemeinsam mit Begleitpersonen – ausgestattet mit höhenverstellbaren Betten sowie Nasszellen und Sanitäranlagen		
	Unterbringung von Jugendlichen in 1- bis 2-Bett-Zimmern mit höhenverstellbaren Betten inkl. Nasszellen und Sanitäranlagen		
	Einzel- und Gruppentherapie Räume für aktive und passive Therapie		
	Räumlichkeiten für Bewegungs- und medizinische Trainingstherapie inkl. Geräte und Utensilien		
Räumlichkeiten für Ausdauer-/Krafttraining mit entsprechender Geräteausstattung			

Räumliche Ausstattung	Untersuchungs- und Behandlungsräume	
	Räume für Notfallbehandlung inkl. Notfallausrüstung	
	Räumlichkeit für Notfall-Labor	
	Räumlichkeiten für Pflegemaßnahmen	
	Ausstattung für Lokomotionstherapie	
	Schulungs- und Vortragsräume	
	Bewegungsbecken inkl. Hublift	
	Turnsaal	
	Kindergartenräumlichkeiten	
	Schulzimmer	
	Räumlichkeiten für ATL-Training inkl. Lehrküche	
	schallisolierter Raum für Musiziermöglichkeiten (nach Möglichkeit im Jugendbereich)	
	Werk-/Bastelraum	
	Besprechungsräume	
	Ruhe- und Aufenthaltsräume für Patienten/Patientinnen	
	Umkleieräume für Patienten/Patientinnen	
	Nasszellen und Sanitäranlagen für Patienten/Patientinnen	
	Empfang mit Aufenthaltsbereich und Rezeption	
	Außenbereich: Spiel-/Klettergeräte, Laufbahn, Ballspielplätze	
	Folgende Räumlichkeiten können in Kooperation mit externen Anbietern vorgehalten werden:	
Räumlichkeiten für Röntgen/Ultraschalldiagnostik		
Räumlichkeiten für Funktionsdiagnostik		
Orthopädiewerkstätte		
Leistungsangebot	<b>Diagnostische Leistungen</b>	<b>Verfügbarkeit</b>
	allgemeinmed. und rehabilitationsspezifische ärztliche Diagnostik (inkl. ICD)	x
	rehabilitationsbezogene fachärztliche Diagnostik	o
	sonstige (konsiliar)fachärztl. Diagnostik	o
	pflegerische Diagnostik	x
	Schluckdiagnostik	x
	allgemeine psychologische Diagnostik	x
	neuropsychologische Diagnostik	x
	logopädische Diagnostik	x
	Zielvereinbarung nach ICF	x
	EKG	x
	Ergometrie	o
	notfallmedizinische Diagnostik und Therapie (inkl. Notfall-Labor u. Überwachungsmöglichkeit)	x
	Labordiagnostik	o
	konventionelle Röntgendiagnostik	o
	allgemeine Ultraschalldiagnostik	o
	indikationsspezifische Ultraschalldiagnostik	x
	Ganganalyse	o
	rehabilitationsrelevante elektroneurophysiologische Untersuchungen (EEG, EMG, ENG, evozierte Potenziale)	o
	CT, MR	o
	sozialpädiatrische Beurteilung	x
	Gesichtsfeldbestimmung	x
	<b>Therapeutische Leistungen</b>	<b>Verfügbarkeit</b>
	<b>Ärztliche Leistungen</b>	
	Therapieplanung und -überwachung inkl. Dokumentation des gesamten Rehabilitationsprozesses	x

Leistungsangebot	spezifische ärztliche therapeutische Leistungen	x
	medikamentöse Therapie	x
	<i>Aktivierend-therapeutische pflegerische Leistungen</i>	
	Planung des Pflegeprozesses	x
	pflegerische Anleitung und Förderung, ganzheitliche und aktivierende Pflege	x
	Case und Care Management	x
	Medikamentenschulung	x
	Wundmanagement	x
	Stomaversorgung und -anleitung	x
	Beratung und Anleitung pflegender Angehöriger	x
	ATL-Training	x
	<i>Physiotherapie/Ergotherapie</i>	
	Bewegungstherapie – Einzel (inkl. funktionelle konzeptorientierte Einzelphysiotherapie und apparativ unterstützte Behandlungen) <sup>6</sup>	x
	Bewegungstherapie – Gruppe (inkl. funktionelle konzeptorientierte Gruppenphysiotherapie und apparativ unterstützte Behandlungen) <sup>6</sup>	x
	Unterwasserbewegungstherapie – Einzel	x
	Unterwasserbewegungstherapie – Gruppe	x
	Ergotherapie – Einzel	x
	Ergotherapie – Gruppe	x
	Gelenkschutzunterweisung	x
	Ergonomieunterweisung	x
	Funktionstraining – Einzel	x
	Funktionstraining – Gruppe	x
	Sensomotoriktraining	x
	Training der kognitiven Fertigkeiten	x
	Schienenbehandlung	x
	ATL-Training	x
	Heilbehelf- und Hilfsmittelberatung	x
	alltagsorientiertes Training (z. B. Haushaltstraining)	x
	Arbeitsplatz- und Schulberatung	x
	Wohnraumadaptierung	x
	<i>Atemphysiotherapie</i>	
	Atemphysiotherapie – Einzel	x
	Atemphysiotherapie – Gruppe	x
	<i>Logopädie</i>	
	Logopädie – Einzel	x
	Logopädie -Gruppe	x
	Sprach- und Sprechtherapie	x
	orofaciale Therapie	x
	Therapie von Lese- und Schreibstörungen	x
	Behandlung von Schluckstörungen	x
	Behandlung von Atem-/Stimmstörungen	x
	<i>Pädagogik</i>	
Kindergartenpädagogik	x	
altersgerechtes Schulangebot	x	
<i>Psychotherapie</i>		
Psychotherapie – Einzel	o	
Psychotherapie – Gruppe	o	
<i>Klinische und Gesundheitspsychologie</i>		
klinisch-psychologisches Gespräch	x	
gesundheitspsychologische Beratung	x	

Leistungsangebot	kognitives Training	x
	<i>Ernährung</i>	
	Ernährungsberatung – Einzel	x
	Ernährungsberatung – Gruppe	x
	<i>Elektrotherapie</i>	
	<i>Thermotherapie</i>	x
	<i>Ultraschalltherapie</i>	x
	<i>Hydrotherapie</i>	x
	<i>Lasertherapie</i>	x
	<i>Heilmassage</i>	
	manuelle Heilmassage Teilkörper	x
	manuelle Lymphdrainage	x
	<i>Schulungen</i>	
	allg. und indikat.-spez. Patientenschulung – Einzel	x
	allg. und indikat.-spez. Patientenschulung – Gruppe	x
	Initiierung von Nachsorgemaßnahmen	x
	Raucherberatung u. -prävention/ Raucherentwöhnung	x
	Angehörigenberatung/-schulung	x
	<i>Orthopädie- und Rehabilitationstechnik</i>	
	Heilbehelfs- und Hilfsmittelzurichtung	x
	redressierendes Gipsen	o
	prothetische Versorgung und Kontrolle	x
	orthopädische Schuhversorgung	o

<sup>6</sup> Durchführung im interdisziplinären Setting

Verfügbarkeit: x = vor Ort verfügbar, o = in Kooperation möglich

Quelle und Darstellung: GÖ FP

### 3.3.3.5 Atmungsorgane

#### *Voraussetzungen und Indikationen*

Eine Indikation zur Rehabilitation im Bereich Atmungsorgane liegt grundsätzlich bei Kindern und Jugendlichen mit folgenden Erkrankungen und schweren Verlaufsformen vor:

- » Asthma bronchiale
- » chronische und rezidivierende Bronchitiden
- » Mukoviszidose
- » andere chronische pulmonale Erkrankungen, die mit reduzierter körperlicher Leistungsfähigkeit einhergehen

Die medizinische Diagnose der Grundkrankheit, der Schädigungen einschließlich evtl. vorliegender Begleiterkrankungen sollte soweit abgeschlossen sein, dass der individuelle Rehabilitationsbedarf ermittelt und die Rehabilitationsziele festgelegt werden können. Dabei sollten je nach Schädigung folgende Untersuchungen durchgeführt worden sein und entsprechende Unterlagen vorliegen:

- » konventionelle Röntgenuntersuchung
- » Ruhe- und Belastungs-EKG
- » Echokardiographie / Farbdoppler-Echokardiographie
- » Lungenfunktionsuntersuchung einschließlich Broncholyse (wenn möglich Bodyplethysmographie)
- » Spiroergometrie
- » Allergiediagnostik
- » Routinelaborparameter, Blutgasanalyse
- » Körpergewicht bzw. BMI
- » sonstige Befunde je nach Situation (z. B. Schlaflabor)

#### *Leitung und Verantwortung*

Die verantwortliche ärztliche Leitung der Funktionseinheit muss einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde – vorzugsweise mit Additivfach pädiatrische Pulmonologie – und möglichst mit Vorerfahrung in der Rehabilitation obliegen.

Tabelle 3.6:  
Strukturqualitätskriterien stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation  
Atmungsorgane (PUL)

	<b>Berufsgruppen</b>	<b>Untere Grenze</b>	<b>Obere Grenze</b>
		<i>l VZÄ / x Betten</i>	
<b>Personelle Ausstattung</b>	Ärzte/Ärztinnen	12	12
	Dipl. Kinderkrankenpflegepersonal inkl. Pflegefachassistenz und Pflegeassistenz (max. 20 % PFA/PA)	6	4
	Physiotherapeuten/-therapeutinnen (max. 10 % MTF), Ergotherapeuten/-therapeutinnen und Logopäden/Logopädinnen <sup>1</sup>	5	3
	Diätologen/Diätologinnen	60	60
	biomedizinische Analytiker/-innen <sup>2</sup>	nN	nN
	Radiologietechnologen/-technologinnen <sup>2</sup>	nN	nN
	klinische und Gesundheitspsychologen/-psychologinnen		30
	klinische und Gesundheitspsychologen/-psychologinnen und/oder Psychotherapeuten/-therapeutinnen <sup>3</sup>	20	
	Sozialarbeiter/-innen	100	100
	medizinische Masseur/Masseurinnen		30
	medizinische Masseur/Masseurinnen oder Heilmasseur/-masseurinnen	40	
	Medizinisch-technischer Fachdienst	nN	nN
	Lehrer/-innen <sup>4</sup> , Kindergärtner/-innen <sup>4</sup>		
	Sportwissenschaftler/-innen <sup>5</sup>		
<sup>1</sup> Alle Berufsgruppen müssen vertreten sein.			
<sup>2</sup> nur wenn Labor und Röntgen im Haus verfügbar			
<sup>3</sup> Klinische Psychologen/Psychologinnen sind jedenfalls vorzuhalten.			
<sup>4</sup> lt. geltenden gesetzlichen Regelungen (Schulgesetz, Kindergartengesetz)			
<sup>5</sup> diagnostische und therapeutische Leistungserbringung nach Maßgabe der geltenden gesetzlichen Regelungen (personelle Ausstattung nach Notwendigkeit)			
<b>Spezielle Qualifikation</b>			
Ärzte/Ärztinnen: 50 % FÄ für KI (vorzugsweise mit Additivfach Pädiatrische Pulmonologie)			
Physiotherapeuten/-therapeutinnen: 50 % mit atemphysiotherapeutischer Ausbildung			
med.-technischer Fachdienst, biomed. Analytiker/-innen: zumindest zwei Personen mit Ausbildung in Lungenfunktionsdiagnostik			
klin. und Gesundheitspsychol.: vorzugsw. mit Ausbildung in Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie			
Sozialarbeiter/-innen: vorzugsweise mit Zusatzausbildung in Case und Care Management			
Lehrer/-innen und Kindergärtner/-innen: Sonderpädagogische Ausbildung lt. Schul- und Kindergartengesetz			
<b>Räumliche Ausstattung</b>	Die räumliche Ausstattung muss die Umsetzung der im Rehabilitationsplan vorgesehenen Leistungen ermöglichen und der Patientenzahl Rechnung tragen. Für Einrichtungen ist es möglich, Multifunktionsräume zu schaffen, solange die Intimsphäre der Patientin / des Patienten gewahrt bleibt. Insbesondere sind folgende Räumlichkeiten sowie Ausstattungsmerkmale vorzuhalten:		
	rollstuhlgängige und behindertengerechte Gestaltung der Gesamtanlage und der Räumlichkeiten inkl. Aufzug bei mehrstöckigen Gebäuden		
	Notrufanlage in allen für Patienten/Patientinnen zugänglichen Räumlichkeiten		
	altersgerechte und familienfreundliche Ausstattung der Patientenzimmer		
	Unterbringung von Kindern in Einheiten gemeinsam mit Begleitpersonen – ausgestattet mit höhenverstellbaren Betten sowie Nasszellen und Sanitäranlagen		
	Unterbringung von Jugendlichen in 1- bis 2-Bett-Zimmern mit höhenverstellbaren Betten inkl. Nasszellen und Sanitäranlagen		
	Einzel- und Gruppentherapieräume für aktive und passive Therapie		
	Räumlichkeiten für Bewegungs- und medizinische Trainingstherapie inkl. Geräte und Utensilien		
	Räumlichkeiten für Ausdauer-/Krafttraining mit entsprechender Geräteausstattung		
	Untersuchungs- und Behandlungsräume		
Räume für Notfallbehandlung inkl. Notfallausrüstung			

Räumliche Ausstattung	Räumlichkeit für Notfall-Labor		
	Räumlichkeiten für Pflegemaßnahmen		
	Schulungs- und Vortagsräume		
	Bewegungsbecken inkl. Hublift		
	Turnsaal		
	Kindergartenräume		
	Schulzimmer		
	schallisolierter Raum für Musiziermöglichkeiten (nach Möglichkeit im Jugendbereich)		
	Werk-/Bastelraum		
	Besprechungsräume		
	Ruhe- und Aufenthaltsräume für Patienten/Patientinnen		
	Umkleieräume für Patienten/Patientinnen		
	Nasszellen und Sanitäranlagen für Patienten/Patientinnen		
	Empfang mit Aufenthaltsbereich und Rezeption		
	Außenbereich: Spiel-/Klettergeräte, Laufbahn, Ballspielplätze		
	Folgende Räumlichkeiten können in Kooperation mit externen Anbietern vorgehalten werden:		
	Räumlichkeiten für Röntgen/Ultraschalldiagnostik		
	Räumlichkeiten für Funktionsdiagnostik		
	Orthopädiewerkstätte		
	Leistungsangebot	<b>Diagnostische Leistungen</b>	<b>Verfügbarkeit</b>
allgemeinmed. und rehabilitationsspezifische ärztliche Diagnostik (inkl. ICD)		x	
rehabilitationsbezogene fachärztliche Diagnostik		o	
sonstige (konsiliar)fachärztl. Diagnostik		o	
pflegerische Diagnostik		x	
allgemeine psychologische Diagnostik		x	
logopädische Diagnostik		x	
Zielvereinbarung nach ICF		x	
EKG		x	
Ergometrie		o	
notfallmedizinische Diagnostik und Therapie (inkl. Notfall-Labor u. Überwachungsmöglichkeit)		x	
Labordiagnostik		o	
konventionelle Röntgendiagnostik		o	
allgemeine Ultraschalldiagnostik		o	
Rehabilitationsrelevante elektroneurophysiologische Untersuchungen (EEG, EMG, ENG, evozierte Potenziale)		o	
CT, MR		o	
sozialpädiatrische Beurteilung		x	
<b>Therapeutische Leistungen</b>		<b>Verfügbarkeit</b>	
<b>Ärztliche Leistungen</b>			
Therapieplanung und -überwachung inkl. Dokumentation des gesamten Rehabilitationsprozesses		x	
spezifische ärztliche therapeutische Leistungen		x	
medikamentöse Therapie		x	
<b>Aktivierend-therapeutische pflegerische Leistungen</b>			
Planung des Pflegeprozesses		x	
pflegerische Anleitung und Förderung, ganzheitliche und aktivierende Pflege		x	
Case und Care Management		x	
Medikamentenschulung		x	
Wundmanagement	x		

Leistungsangebot	Stomaversorgung und -anleitung	x
	Beratung und Anleitung pflegender Angehöriger	x
	ATL-Training	x
	<i>Physiotherapie / Ergotherapie</i>	
	Bewegungstherapie – Einzel (inkl. funktionelle konzeptorientierte Einzelphysiotherapie und apparativ unterstützte Behandlungen) <sup>6</sup>	x
	Bewegungstherapie – Gruppe (inkl. funktionelle konzeptorientierte Gruppenphysiotherapie und apparativ unterstützte Behandlungen) <sup>6</sup>	x
	Unterwasserbewegungstherapie – Gruppe	x
	Funktionstraining – Einzel	x
	Funktionstraining – Gruppe	x
	ATL-Training	x
	Heilbehelf- und Hilfsmittelberatung	x
	alltagsorientiertes Training (z. B. Haushaltstraining)	x
	Arbeitsplatz- und Schulberatung	x
	<i>Atemphysiotherapie</i>	
	Atemphysiotherapie – Einzel	x
	Atemphysiotherapie – Gruppe	x
	Inhalation mit Gerät	x
	Atemmuskeltraining	x
	Sauerstofflangzeittherapie	x
	Therapie mit Atemhilfen	x
	nächtliche volumenkontrollierte/assistierte Beatmung	x
	<i>Logopädie</i>	
	Logopädie – Einzel	x
	Logopädie -Gruppe	x
	Sprach- und Sprechtherapie	x
	Behandlung von Atem-/Stimmstörungen	x
	<i>Pädagogik</i>	
	Kindergartenpädagogik	x
	Altersgerechtes Schulangebot	x
	<i>Psychotherapie</i>	
	Psychotherapie – Einzel	o
	Psychotherapie – Gruppe	o
	<i>Klinische und Gesundheitspsychologie</i>	
	klinisch-psychologisches Gespräch	x
	gesundheitspsychologische Beratung	x
	<i>Ernährung</i>	
	Ernährungsberatung – Einzel	x
	Ernährungsberatung – Gruppe	x
	<i>Thermotherapie</i>	
	<i>Heilmassage</i>	
manuelle Heilmassage Teilkörper	x	
manuelle Lymphdrainage	x	
<i>Schulungen</i>		
allg. und indikat.-spez. Patientenschulung – Einzel	x	
allg. und indikat.-spez. Patientenschulung – Gruppe	x	
Initiierung von Nachsorgemaßnahmen	x	
Raucherberatung u. -prävention/ Raucherentwöhnung	x	
Angehörigenberatung/-schulung	x	
<i>Orthopädie- und Rehabilitationstechnik</i>		
Heilbehelfs- und Hilfsmittelzurichtung	o	

<sup>6</sup> Durchführung im interdisziplinären Setting

Verfügbarkeit: x = vor Ort verfügbar, o = in Kooperation möglich

Quelle und Darstellung: GÖ FP

### 3.3.3.6 Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat

#### *Voraussetzungen und Indikationen*

Eine Indikation zur Rehabilitation im Bereich Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat liegt grundsätzlich bei Kindern und Jugendlichen mit folgenden Erkrankungen vor:

- » Diabetes mellitus
- » andere Störungen der Blutglukose-Regulation und der inneren Sekretion des Pankreas
- » stoffwechselbedingte Mangelernährung
- » stoffwechselbedingte sonstige alimentäre Mangelzustände
- » Adipositas (BMI-Perzentile > 99)
- » andere Stoffwechselerkrankungen mit chronischen Krankheitsfolgen

Eine Indikation für die Aufnahme in einer Rehabilitationseinrichtung kann auch die absehbare Einschränkung der funktionalen Gesundheit mit drohenden Folgeschäden darstellen, wenn die ambulante Betreuung unzureichend ist, bei einer schwierigen Stoffwechsellage, bei Hypoglykämiewahrnehmungsstörungen oder auch im Rahmen einer Umstellung auf die Insulinpumpe.

Die medizinische Diagnose der Grundkrankheit, der Schädigungen einschließlich evtl. vorliegender Begleiterkrankungen sollte soweit abgeschlossen sein, dass der individuelle Rehabilitationsbedarf ermittelt und die Rehabilitationsziele festgelegt werden können. Dabei sollten je nach Schädigung folgende Untersuchungen durchgeführt worden sein und entsprechende Unterlagen vorliegen:

- » konventionelle Röntgenuntersuchung
- » Ruhe- und Belastungs-EKG
- » Echokardiographie / Farbdoppler-Echokardiographie
- » Sonographie des Abdomen
- » allgemeine und spezifische Laborparameter
- » somatometrische Parameter bzw. BMI
- » sonstige Befunde je nach Situation

#### *Leitung und Verantwortung*

Die verantwortliche ärztliche Leitung der Funktionseinheit muss einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde mit Erfahrung bei Stoffwechselerkrankungen des Kindes- und Jugendalters und möglichst mit Vorerfahrung in der Rehabilitation obliegen.

Tabelle 3.7:

Strukturqualitätskriterien stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation  
Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat (STV)

	<b>Berufsgruppen</b>	<b>Untere Grenze</b>	<b>Obere Grenze</b>
		<i>1 VZÄ / x Betten</i>	
<b>Personelle Ausstattung</b>	Ärzte/Ärztinnen	12	12
	Dipl. Kinderkrankenpflegepersonal inkl. Pflegefachassistenz und Pflegeassistenz (max. 20 % PFA/PA)	6	4
	Physiotherapeuten/-therapeutinnen (max. 10 % MTF), Ergotherapeuten/-therapeutinnen und Logopäden/Logopädinnen <sup>1</sup>	6	3
	Diätologen/Diätologinnen	30	30
	biomedizinische Analytiker/-innen <sup>2</sup>	nN	nN
	Radiologietechnologen/-technologinnen <sup>2</sup>	nN	nN
	klinische und Gesundheitspsychologen/-psychologinnen		30
	Klinische und Gesundheitspsychologen/-psychologinnen und/oder Psychotherapeuten/-therapeutinnen <sup>3</sup>	15	
	Sozialarbeiter/-innen	100	100
	medizinische Masseur/Masseurinnen		30
	medizinische Masseur/Masseurinnen oder Heilmasseur/-masseurinnen	30	
	medizinisch-technischer Fachdienst	nN	nN
	Musiktherapeuten/-therapeutinnen	nN	100
	Lehrer/-innen <sup>4</sup> , Kindergärtner/-innen <sup>4</sup>		
	Sportwissenschaftler/-innen <sup>5</sup>		
	<sup>1</sup> Alle Berufsgruppen müssen vertreten sein.		
<sup>2</sup> nur wenn Labor und Röntgen im Haus verfügbar			
<sup>3</sup> Klinische Psychologen/Psychologinnen sind jedenfalls vorzuhalten.			
<sup>4</sup> lt. geltenden gesetzlichen Regelungen (Schulgesetz, Kindergartengesetz)			
<sup>5</sup> diagnostische und therapeutische Leistungserbringung nach Maßgabe der geltenden gesetzlichen Regelungen (personelle Ausstattung nach Notwendigkeit)			
<b>Spezielle Qualifikation</b>			
Ärzte/Ärztinnen: 50 % FÄ für KI (vorzugsweise mit Erfahrung i. d. Behandlung von Stoffwechselerkrankungen)			
klin. und Gesundheitspsychol.: vorzugsw. mit Ausbildung in Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie			
Sozialarbeiter/-innen: vorzugsweise mit Zusatzausbildung in Case und Care Management			
Lehrer/-innen und Kindergärtner/-innen: sonderpädagogische Ausbildung lt. Schul- und Kindergartengesetz			
<b>Räumliche Ausstattung</b>	Die räumliche Ausstattung muss die Umsetzung der im Rehabilitationsplan vorgesehenen Leistungen ermöglichen und der Patientenzahl Rechnung tragen. Für Einrichtungen ist es möglich, Multifunktionsräume zu schaffen, solange die Intimsphäre der Patientin / des Patienten gewahrt bleibt. Insbesondere sind folgende Räumlichkeiten sowie Ausstattungsmerkmale vorzuhalten:		
	rollstuhlgängige und behindertengerechte Gestaltung der Gesamtanlage und der Räumlichkeiten inkl. Aufzug bei mehrstöckigen Gebäuden		
	Notrufanlage in allen für Patienten/Patientinnen zugänglichen Räumlichkeiten		
	altersgerechte und familienfreundliche Ausstattung der Patientenzimmer		
	Unterbringung von Kindern in Einheiten gemeinsam mit Begleitpersonen – ausgestattet mit höhenverstellbaren Betten sowie Nasszellen und Sanitäranlagen		
	Unterbringung von Jugendlichen in 1- bis 2-Bett-Zimmern mit höhenverstellbaren Betten inkl. Nasszellen und Sanitäranlagen		
	Einzel- und Gruppentherapieräume für aktive und passive Therapie		
	Räumlichkeiten für Bewegungs- und medizinische Trainingstherapie inkl. Geräte und Utensilien		
	Räumlichkeiten für Ausdauer-/Krafttraining mit entsprechender Geräteausrüstung		
	Untersuchungs- und Behandlungsräume		
	Räume für Notfallbehandlung inkl. Notfallausrüstung		
	Räumlichkeit für Notfall-Labor		

Räumliche Ausstattung	Räumlichkeiten für Pflegemaßnahmen	
	Schulungs- und Vortragsräume	
	Bewegungsbecken inkl. Hublift	
	Turnsaal	
	Kindergartenräumlichkeiten	
	Schulzimmer	
	Räumlichkeiten für ATL-Training inkl. Lehrküche	
	schallisolierter Raum für Musiziermöglichkeiten (nach Möglichkeit im Jugendbereich)	
	Werk-/Bastelraum	
	Besprechungsräume	
	Ruhe- und Aufenthaltsräume für Patienten/Patientinnen	
	Umskleideräume für Patienten/Patientinnen	
	Nasszellen und Sanitäranlagen für Patienten/Patientinnen	
	Empfang mit Aufenthaltsbereich und Rezeption	
	Außenbereich: Spiel-/Klettergeräte, Laufbahn, Ballspielplätze	
	Folgende Räumlichkeiten können in Kooperation mit externen Anbietern vorgehalten werden:	
	Räumlichkeiten für Röntgen/Ultraschalldiagnostik	
	Räumlichkeiten für Funktionsdiagnostik	
	Orthopädiewerkstätte	
Leistungsangebot	<b>Diagnostische Leistungen</b>	<b>Verfügbarkeit</b>
	allgemeinmed. und rehabilitationsspezifische ärztliche Diagnostik (inkl. ICD)	x
	rehabilitationsbezogene fachärztliche Diagnostik	o
	sonstige (konsiliar)fachärztl. Diagnostik	o
	pflegerische Diagnostik	x
	Schluckdiagnostik	o
	allgemeine psychologische Diagnostik	x
	Zielvereinbarung nach ICF	x
	EKG	x
	Ergometrie	o
	notfallmedizinische Diagnostik und Therapie (inkl. Notfall-Labor u. Überwachungsmöglichkeit)	x
	Labordiagnostik	o
	konventionelle Röntgendiagnostik	o
	allgemeine Ultraschalldiagnostik	o
	Rehabilitationsrelevante elektroneurophysiologische Untersuchungen (EEG, EMG, ENG, evozierte Potenziale)	o
	CT, MR	o
	sozialpädiatrische Beurteilung	x
	<b>Therapeutische Leistungen</b>	<b>Verfügbarkeit</b>
	<b>Ärztliche Leistungen</b>	
	Therapieplanung und -überwachung inkl. Dokumentation des gesamten Rehabilitationsprozesses	x
	spezifische ärztliche therapeutische Leistungen	x
	Medikamentöse Therapie	x
	<b>Aktivierend-therapeutische pflegerische Leistungen</b>	
	Planung des Pflegeprozesses	x
	pflegerische Anleitung und Förderung, ganzheitliche und aktivierende Pflege	x
	Case und Care Management	x
	Medikamentenschulung	x
Wundmanagement	x	

Leistungsangebot	Diabetesberatung und -schulung	x	
	Stomaversorgung und -anleitung	x	
	Beratung und Anleitung pflegender Angehöriger	x	
	ATL-Training	x	
	<i>Physiotherapie / Ergotherapie</i>		
	Bewegungstherapie – Einzel (inkl. funktionelle konzeptorientierte Einzelphysiotherapie und apparativ unterstützte Behandlungen) <sup>6</sup>	x	
	Bewegungstherapie – Gruppe (inkl. funktionelle konzeptorientierte Gruppenphysiotherapie und apparativ unterstützte Behandlungen) <sup>6</sup>	x	
	Unterwasserbewegungstherapie – Gruppe	x	
	Funktionstraining – Einzel	x	
	Funktionstraining – Gruppe	x	
	Training der kognitiven Fertigkeiten	x	
	ATL-Training	x	
	Heilbehelf- und Hilfsmittelberatung	x	
	Alltagsorientiertes Training (z. B. Haushaltstraining)	x	
	Arbeitsplatz- und Schulberatung	x	
	<i>Pädagogik</i>		
	Kindergartenpädagogik	x	
	altersgerechtes Schulangebot	x	
	<i>Psychotherapie</i>		
	Psychotherapie – Einzel	o	
	Psychotherapie – Gruppe	o	
	<i>Klinische und Gesundheitspsychologie</i>		
	klinisch-psychologisches Gespräch	x	
	gesundheitspsychologische Beratung	x	
	<i>Ernährung</i>		
	Ernährungsberatung – Einzel	x	
	Ernährungsberatung – Gruppe	x	
	Lehrküche	x	
	<i>Thermotherapie</i>		
		x	
	<i>Heilmassage</i>		
	manuelle Heilmassage Teilkörper	x	
<i>Schulungen</i>			
allg. und indikat.-spez. Patientenschulung – Einzel	x		
allg. und indikat.-spez. Patientenschulung – Gruppe	x		
Initiierung von Nachsorgemaßnahmen	x		
Raucherberatung u. -prävention/ Raucherentwöhnung	x		
Angehörigenberatung/-schulung	x		
<i>Orthopädie- und Rehabilitationstechnik</i>			
Heilbehelfs- und Hilfsmittelzurichtung	o		
orthopädische Schuhversorgung	o		

<sup>6</sup> Durchführung im interdisziplinären Setting

Verfügbarkeit: x = vor Ort verfügbar, o = in Kooperation möglich

Quelle und Darstellung: GÖ FP

### 3.3.3.7 Onkologische Rehabilitation

#### *Voraussetzungen und Indikationen*

Eine Indikation zur Rehabilitation im Bereich Hämatologie/Onkologie/Stammzelltransplantation liegt grundsätzlich bei Kindern und Jugendlichen mit folgenden Erkrankungen vor:

- » Neubildungen (ICD10-Code: C00-D48), insbesondere: Bösartige Neubildungen (C00-C97), insbesondere C81-C96: Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes
- » In-situ-Neubildungen (D00-D09)
- » Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems z. B. Aplastische Anämie, Sichelzellanämie, Immundefekte, Hyper-IgE-Syndrom, Hämophagozytosen
- » Allogene und autologe Stammzelltransplantation bei malignen und nichtmalignen Erkrankungen (FZ60-100)

Aufnahmekriterien für Patienten/Patientinnen mit hämato-onkologischen Erkrankungen:

- » stabile kardiorespiratorische Situation
- » Transfusionsunabhängigkeit
- » orale Medikamenteneinnahme sichergestellt
- » keine ansteckenden Erkrankungen (z. B. Herpes Zoster)
- » stabile Knochenmarkfunktion nach Stammzelltransplantation

Die medizinische Diagnose der Grundkrankheit, der Schädigungen einschließlich evtl. vorliegender Begleiterkrankungen und die erkrankungsspezifische invasive Therapie (chirurgisch, Strahlen-/Chemotherapie, Stammzelltransplantation, andere Zelltherapie) sollte soweit abgeschlossen sein, dass der individuelle Rehabilitationsbedarf ermittelt und die Rehabilitationsziele festgelegt werden können. Dabei sollten je nach Schädigung folgende Untersuchungen durchgeführt worden sein und entsprechende Unterlagen vorliegen:

- » bildgebende Untersuchungsverfahren: konventionelle Röntgenuntersuchung, ggf. CT-/MR-Befunde, ggf. szintigraphische/antikörpergebundene Vorbefunde
- » Bestimmung von Laborparametern, speziell Ergebnisse hämato-onkologischer Untersuchungen
- » Chimärismusanalysen nach Stammzelltransplantation
- » Ergebnisse von Knochenmark-, Tumor- und sonstigen Punktionen (z. B. Liquor)
- » pädiatrische und orthopädische Vorbefunde von Bedeutung
- » ggf. somatometrische Parameter bzw. BMI
- » alle zusätzlichen Befunde, die für die Einschätzung der Schädigungen durch Nebenerkrankungen von Bedeutung sind

### *Leitung und Verantwortung*

Die ärztliche Leitung einer stationären Rehabilitationseinrichtung für Kinder und Jugendliche muss einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde mit Vorerfahrung in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen obliegen. Eine Vertretungsregelung mit vergleichbarer Qualifikation muss bestehen.

Die ärztliche Tätigkeit erfordert eine patientenorientierte, ganzheitliche Betreuung der Kinder und Jugendlichen. Dazu gehört neben den Untersuchungen, Anregungen und Verordnungen die Überwachung der entsprechend dem individuellen Therapieplan eingeleiteten Leistungen. Die leitende Ärztin / Der leitende Arzt arbeitet eng mit den ärztlichen und nicht-ärztlichen Fachkräften der einzelnen Therapiebereiche zusammen. Sie/Er oder die benannte ständige Vertretung muss während der Therapiezeiten in der Einrichtung präsent und verfügbar sein.

### *Verantwortung und Aufgaben des ärztlichen Personals für hämato-onkologische Patientinnen/Patienten*

Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde, Zusatzfach pädiatrische Hämato-Onkologie: Kenntnis der zu rehabilitierenden Grunderkrankungen, insbesondere akute und chronische Leukämien, solide Tumoren, Hämophagozytosen, Anämien, Thrombopeniesyndrome, Immundefizienzen, Stoffwechselerkrankungen und Speicherkrankheiten. Praktische Erfahrung mit Infektionsdiagnostik und -therapie bei immunsupprimierten Patientinnen/Patienten, Kenntnisse in der Behandlung von akuter und chronischer Graft-versus-Host-Erkrankung; Diagnose von Organdysfunktionen; Blutersatztherapie, praktische Kenntnisse im Umgang mit zentralvenösen Kathetern, PEG-Sonden, intravenöser Schmerztherapie (z. B. Schmerzpumpen)

### Aufgaben des ärztlichen Reha-Teams:

- » eingehende Aufnahmeuntersuchung, Erhebung biografischer, sozialer, krankheitsbezogener Daten, insbesondere auch die Erfassung, Objektivierung und Gewichtung von Risikofaktoren/Gesundheitsstörungen/Krankheiten, Anordnung der Eingangsdiagnostik und weiterer therapierrelevanter medizinischer Diagnostik unter Berücksichtigung von Vorbefunden
- » interdisziplinäre Festlegung der Ziele der Rehabilitationsleistung
- » Aufstellen und Erläutern des individuellen Rehabilitationsplans
- » individuell abgestimmte Verlaufsuntersuchungen und Beratungen – in der Regel einmal wöchentlich – mit Fortschreiben des Rehabilitationsplanes
- » medizinische Grund- und Akutversorgung
- » Bereitschaftsdienst
- » ggf. Konsile mit weiteren Fachärztinnen/Fachärzten
- » Leitung der Teambesprechungen (mindestens 1 x pro Woche)
- » Einzel- und Gruppengespräche
- » medizinische Informationsgespräche und ggf. krankheitsspezifische Schulungen für Kinder, Jugendliche und Begleitpersonen nach anerkannten Standards unter Einbeziehung aller Disziplinen, tägliche Beratungs- und Sprechstunden in der Einrichtung
- » Abschlussuntersuchung

- » Gespräch mit dem Kind/Jugendlichen über die Therapieergebnisse mit gesundheitsbezogenen Empfehlungen für die Zeit nach der Rehabilitationsleistung
- » mündliche, schriftliche, fernmündliche Kommunikation mit den Eltern oder anderen Bezugspersonen über die Ergebnisse und weitere Empfehlungen zur Stabilisierung des Erfolges
- » Erstellen eines Entlassungsberichtes mit sozialpädiatrischer Beurteilung und Hinweisen für weiterführende Maßnahmen
- » Sicherstellung der Dokumentation
- » Kooperation mit vor- und weiterbehandelnden Ärztinnen/Ärzten, Therapeutinnen/Therapeuten, Konsiliarärztinnen/-ärzten, Konsiliardiensten, sozialen Diensten und Selbsthilfegruppen
- » Gewährleisten des Qualitätsmanagements und der Anforderungen an die Qualitätssicherung
- » Versorgung von Patientinnen/Patienten mit Port-a-Cath und Hickmann-Katheter
- » Versorgung von Patientinnen/Patienten mit PEG-Sonden, jejunalen Sonden

### *Familienorientierte Rehabilitation*

#### Ausgangssituation

Eine lebensbedrohliche Erkrankung (z. B. Krebserkrankung, schwere Störungen der Blutbildung, angeborenes oder erworbenes Organversagen, Stoffwechselerkrankungen, Stammzell-/Organtransplantation) im Kindes- und Jugendalter belastet nicht nur das Kind bzw. die/den Jugendliche(n), sondern das gesamte familiäre Umfeld. Nach der Beendigung der Akuttherapie und der Entlassung nach Hause kommt es häufig zu zusätzlichen physischen und psychischen Beeinträchtigungen der Familienmitglieder, da für das kranke Kind weiterhin hoher Therapiebedarf besteht. Die familienorientierte stationäre Rehabilitation kann durch die gleichzeitige Therapie des primär erkrankten Kindes und dessen Familienmitgliedern wichtige Synergieeffekte erzielen.

#### Grundsätze familienorientierter Rehabilitationsleistungen (FOR)

- » Definition des Begriffes *Familie*: In der Familienrehabilitation wird der Begriff *Familie* wie im modernen soziologischen Sprachgebrauch verwendet. Die Familie wird als „soziale Gruppe definiert, die in der heutigen Gesellschaft in der Regel aus den Eltern und aus ihren (unselbstständigen) Kindern besteht (Kernfamilie)“. Eine der wesentlichen psychosozialen Funktionen der Familie ist die „primäre Sozialisation der Kinder“. Zur weiteren Abgrenzung des Begriffes ist in der Familiensoziologie „der gemeinsame Haushalt konstitutiv“. Dieser kann auch aus kindzentrierten Bezugspersonen, die eine Lebensgemeinschaft bilden, bestehen.
- » Das primäre Rehabilitationsziel ist, für das kranke Kind den medizinischen Behandlungserfolg langfristig und nachhaltig zu sichern und Folgeschäden der Therapie rechtzeitig zu erkennen bzw. zu verhindern.
- » Das Rehabilitationsziel für mitbetreute Familienangehörige ist die durch die lebensbedrohliche Erkrankung des Kindes entstandenen oder akut gewordenen Symptome bei Familienangehörigen zu erkennen, eine Behandlung einzuleiten und eine Chronifizierung zu verhindern. Es ist zu berücksichtigen, dass die gesundheitlichen Erfordernisse der Eltern und Ge-

schwister in der Zeit der Akuttherapie des kranken Kindes zumeist nicht hinreichend berücksichtigt werden können und deshalb indikationsspezifischer stationärer Rehabilitationsbedarf bestehen kann.

- » Eine gemeinsame stationäre Rehabilitation von erkranktem Kind, Eltern sowie Geschwistern in spezialisierten Einrichtungen wird diesen Anforderungen am besten gerecht.
- » Konzept der Familienorientierten Rehabilitation:

Das Konzept der Familienrehabilitation wird praktisch in der interdisziplinären Teamarbeit umgesetzt. Durch das synergetische Zusammenwirken des interdisziplinären Teams und der therapeutischen Interventionen mit Einbeziehen von Kind und Familie wird ein bestmögliches Rehabilitationsergebnis erreicht. Mit dem erstellten Rehabilitationsplan werden die Kooperationen für die und mit der Familie erarbeitet.
- » Stellenwert der Familie bzw. der einzelnen Familienangehörigen im Hinblick auf den Erfolg der Rehabilitation:
  - » Förderung der Rehabilitationsbereitschaft  
Die Mitaufnahme der gesamten Familie zur stationären Rehabilitation stellt eine wesentliche Motivation für die Rehabilitation der Patienten/Patientinnen dar. Die Mutter-Kind-Konstellation (lediglich Mitaufnahme der Mutter) ist eher ungünstig, da gerade diese Konstellation bei vielen therapiebedingten Trennungen der Familie während der Akutbehandlung erlebt wird und somit insbesondere kaum Bereitschaft für eine Rehabilitationsmaßnahme in eben dieser Konstellation besteht.
  - » Förderung der Akzeptanz therapeutischer Maßnahmen  
Der Nutzen der entwicklungsfördernden und vertrauensvollen Eltern-Kind-Beziehung für therapeutische Interventionen am Patientenkind vor allem im Rahmen von Langzeittherapien ist unbestritten. Viele Behandlungen (z. B. Physiotherapie beim schwer zugänglichen Kind oder medizinisch-diagnostische bzw. -therapeutische Eingriffe) werden auch in der Rehabilitation durch direktes Einbeziehen oder durch das Wissen um die prinzipielle Anwesenheit von Familienangehörigen entscheidend erleichtert.
  - » Schulung und Training als Co-Therapeuten/-Therapeutinnen  
Im Hinblick auf das notwendige Weiterführen von pflegerischen, physiotherapeutischen, ergotherapeutischen oder verhaltenstherapeutischen Behandlungen sowie diätspezifischer Maßnahmen nicht nur während der Rehabilitation oder ambulant am Wohnort, sondern im täglichen Umgang zu Hause, sind Schulung und Training der Eltern als Co-Therapeut/-in sehr wichtig und insgesamt heilungsfördernd.
  - » Bewältigen und Umsetzen der durch die Erkrankung des Kindes notwendigen Veränderungen in der Lebensgestaltung der Familie:
    - » Umgang mit Beeinträchtigungen und Behinderungen
    - » notwendige Umstellung von Lebensgewohnheiten (z. B. Mobilität, Sport, Freizeit usw.)
    - » Ernährungsumstellung
    - » Einstellung zu gesundheitspräventiver Lebensgestaltung
    - » Förderung der Kommunikationsfähigkeit zur Adaptation an die neue Situation

### Allgemeine Einschluss- und Ausschlusskriterien für FOR

- » Als wesentliche Einschlusskriterien für eine familienorientierte Rehabilitation gelten die Lebensbedrohung des erkrankten Kindes sowie die durchgeführte stationäre Krankenhausbehandlung. Die Rehabilitationsbedürftigkeit der Eltern und gegebenenfalls der Geschwisterkinder resultiert aus der auf das kranke Kind bezogenen familiären Belastungssituation.
- » Als Ausschlusskriterien gelten Familien, in denen aktuelle medizinische oder psychosoziale Probleme insbesondere der Eltern bestehen, die durch eine familienorientierte Rehabilitation nicht behandelt werden können.

Bei Jugendlichen greift aufgrund der entwicklungspezifischen Situation das Konzept der familienorientierten Rehabilitation in der Regel nicht optimal. Aufgrund der speziellen Probleme ist hier eine kleingruppenorientierte Rehabilitation wesentlich effektiver. Für die Durchführung dieser Maßnahmen sind altersspezifische Behandlungskonzepte vorgesehen. Die bestehenden Belastungen der Familie müssen hierbei individuell therapiert werden.

### *Psychosoziale Beeinträchtigungen*

#### Allgemeine Problematik

Allgemeines Rehabilitationsziel bei psychosozialen Beeinträchtigungen, die aus der onkologischen Erkrankung abzuleiten sind, ist die *Auseinandersetzung mit der neuen Lebenssituation* sowie mit der Lebensbedrohung und den äußerst eingreifenden Therapien und deren möglichen Folgen und schließlich die Bewältigung der neuen Lebenssituation. Diese neue Lebenssituation erfordert oft eine Neubewertung vieler Lebensbereiche und damit Entscheidungen und Konsequenzen, die in der Umsetzung und Auswirkung längere Zeiträume umfassen. Daher ist es ein weiteres, unabdingbares Ziel, *Empfehlungen für weitere Behandlungen* mit der Familie zu erarbeiten und konkrete Kontakte mit einzelnen Therapeuten/Therapeutinnen aufzunehmen (Psychotherapie, Heilpädagogik, Ausbildungsförderung, Schule etc.).

#### Spezielle Problematik

- » Ängste, Depressionen, Rückzug  
Reha-Ziel: Abbau bzw. Verminderung der Symptomatik durch entsprechende psychotherapeutische Interventionen
- » Störungen des Sozialverhaltens (Aggressionen, auffälliges Verhalten in der altersentsprechenden sozialen Gruppe (Peergroup), auffälliges Verhalten in der Familie z. B. den Geschwistern gegenüber)  
Reha-Ziel: Abbau von und adäquater Umgang mit Symptomen durch entsprechende psychosoziale Interventionen wie z. B. Verhaltenstraining und Beratung; Reintegration in die Peer-group
- » Abweichung vom BMI (Unter-/Übergewicht), Essstörungen, Mangelernährung, Adipositas, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Störungen des Essverhaltens

Reha-Ziel: Erstellen eines ernährungstherapeutischen Konzeptes durch ernährungsmedizinische Beratung sowie ernährungspädagogische Maßnahmen durch Einzeltherapie und entsprechende theoretische und praktische Schulung (Lehrküche)

- » Leistungsabfall (Teilleistungsstörungen als Krankheits- oder Behandlungsfolgen, allgemeine Leistungsschwäche, Konzentrationsschwäche, schulisches Leistungsdefizit)

Reha-Ziel: Leistungsförderung durch spezifisches Verhaltenstraining und Beratung; Vermitteln und Herstellen von Kontakten zu schulischen oder entsprechenden Institutionen am Wohnort

- » erhöhte Infektanfälligkeit (Nebenindikation)

Reha-Ziel: Stimulation und Stärken der Resistenz bzw. körperlicher Abwehrmechanismen durch physiotherapeutische und medizinische Therapiemaßnahmen

#### *Medizinische Indikationen bei Eltern und Geschwistern*

Medizinische und psychosoziale Indikationen bei Eltern und Geschwistern sind im Zusammenhang mit den Rehabilitationszielen von deren an hämato-onkologischen Erkrankungen leidenden Kindern zu sehen, wobei auch **gesundheitliche Beeinträchtigungen und Belastungen der betroffenen Familienmitglieder** möglichst zu berücksichtigen sind. Behandlungsindikationen im Rahmen einer familienorientierten Maßnahme bestehen immer dann, wenn das therapeutische Einbeziehen von Familienmitgliedern für das Erreichen der Rehabilitationsziele des kranken Kindes erforderlich ist.

Medizinische Indikationen bei Eltern und Geschwisterkindern bestehen bei belastungsabhängigen Auffälligkeiten im Zusammenhang mit der hämato-onkologischen Erkrankung des Kindes wie **somatischen, psychischen und psychosomatischen** Störungen bzw. Erkrankungen, die in den Reha-Einrichtungen behandelt werden können.

- » E65-68: Adipositas und sonstige Überernährung
- » F43: Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
- » F43.1.: Posttraumatische Belastungsstörung
- » F43.2.: Anpassungsstörungen
- » F43.8.: Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung
- » F80: Bösartige Neubildungen in der Familienanamnese
- » F81: Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
- » I10-I15: Hypertonie
- » I80-I89: Erkrankungen der Venen, der Lymphgefäße und Lymphknoten
- » J30-39: Erkrankungen der oberen Atemwege
- » J40-47: Chronische Atemwegserkrankungen
- » K30: Dyspepsie
- » K58-63: Nichtinfektiöse Darmerkrankungen
- » M62: Sonstige Muskelerkrankung
- » R53: Unwohlsein und Ermüdung

#### Rehabilitationsziele:

- » Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und Besserung von Symptomen durch entsprechende Behandlungen gegebenenfalls unter Einbeziehung von Konsiliarärzten/-ärztinnen
- » Verbesserung psychischer Störungen durch Krisenintervention
- » Spannungsreduktion und Angstbewältigung
- » Abbau von Verhaltensstörungen bei Geschwisterkindern (z. B. Einnässen, Einkoten, Aggressionen etc.)
- » Abbau von stressbedingten Verhaltensstörungen mit
  - » problematischem Essverhalten (Essstörungen, Mangelernährung, Adipositas)
  - » problematischem Bewegungsverhalten
  - » problematischem Alkohol- und Nikotingenuss
  - » Nervosität und Konzentrationsschwäche (z. B. durch Mangel an Entspannung und Freizeit)
  - » Wiederherstellung bzw. Verbesserung der Arbeitsfähigkeit
  - » Wiederherstellung bzw. Verbesserung des Gesundheitsbewusstseins u. a. durch entsprechende Gesundheitserziehung

#### *Psychosoziale Indikation bei Eltern und Geschwistern*

Diagnose und Therapie der lebensbedrohlichen Erkrankung eines Kindes führt bei allen Familienmitgliedern zu *psychosozialen Problemen und Belastungen, aber auch zu somatischen Störungen*. Die Therapiekonzepte in der Rehabilitation müssen hier das gesamte familiäre Beziehungsgefüge im Auge haben. Dies kann das Arbeiten mit der Gesamtfamilie wie auch mit Zweier-Konstellationen und Einzelpersonen erfordern.

#### Rehabilitationsziele:

1. Herstellen einer die Entwicklung und Heilung des kranken Kindes förderlichen Atmosphäre
2. Motivation für eine weiterführende ambulante Behandlung
3. Hilfe für einen adäquaten Umgang mit den mit der Erkrankung verbundenen Gefühlen
4. Stabilisierung des Familiensystems
5. Stärken der erzieherischen Kompetenz
6. Klären der intrafamiliären Beziehungen
7. Behandeln der Verhaltensauffälligkeiten bei Geschwisterkindern
8. Stärken der Integration in ein soziales Netz nach krankheitsbedingter Isolation
9. Hilfe für Konfliktlösungen

Tabelle 3.8:  
Strukturqualitätskriterien stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation  
Onkologische Rehabilitation

	<b>Berufsgruppen</b>	<b>Untere Grenze</b>	<b>Obere Grenze</b>
		<i>1 VZÄ / x Betten</i>	
<b>Personelle Ausstattung</b>	Ärzte/Ärztinnen	12	12
	Dipl. Kinderkrankenpflegepersonal inkl. Pflegefachassistenz und Pflegeassistenz (max. 20 % PFA/PA)	6	4
	Physiotherapeuten/-therapeutinnen (max. 10 % MTF), Ergotherapeuten/-therapeutinnen und Logopäden/-innen <sup>1</sup>	6	3
	Diätologen/-innen	30	30
	biomedizinische Analytiker/-innen <sup>2</sup>	nN	nN
	Radiologietechnologen/-technologinnen <sup>2</sup>	nN	nN
	klinische und Gesundheitspsychologen/-psychologinnen		30
	klinische und Gesundheitspsychologen/-psychologinnen und/oder Psychotherapeuten/-therapeutinnen <sup>3</sup>	15	
	Sozialarbeiter/-innen	100	30
	medizinische Masseur/Masseurinnen		30
	medizinische Masseur/Masseurinnen oder Heilmasseur/-masseurinnen	30	
	medizinisch-technischer Fachdienst	nN	nN
	Sekretariatsmitarbeiter/-innen (Dokumentation, Archivierung, Bettenplanung)	nN	30
	Lehrer/-innen <sup>4</sup> , Kindergärtner/-innen <sup>4</sup>		
Sportwissenschaftler/-innen <sup>5</sup>			
<sup>1</sup> Alle Berufsgruppen müssen vertreten sein.			
<sup>2</sup> nur wenn Labor und Röntgen im Haus verfügbar			
<sup>3</sup> Klinische Psychologen/Psychologinnen sind jedenfalls vorzuhalten.			
<sup>4</sup> lt. geltenden gesetzlichen Regelungen (Schulgesetz, Kindergartengesetz)			
<sup>5</sup> diagnostische und therapeutische Leistungserbringung nach Maßgabe der geltenden gesetzlichen Regelungen (personelle Ausstattung nach Notwendigkeit)			
<b>Spezielle Qualifikation</b>			
Ärzte/Ärztinnen: 50 % FÄ für KI (vorzugsweise mit Additivfach pädiatrische Hämato-Onkologie)			
DKKP mit Erfahrung im Umgang mit immunsupprimierten Kindern und Jugendlichen: Versorgung von zentralvenösen Kathetern, Hautpflege bei Graft-versus-Host-Erkrankungen, nach Infektionen und Operationen (z. B. Endoprothesen)			
Hygienefachkraft, hygienebeauftragte Ärzte/Ärztinnen: Infektionsmanagement			
Physiotherapeuten/-therapeutinnen: mit Erfahrung in Pädiatrie, 1 VZÄ mit pädiatrischer Orthopädie-Ausbildung			
med.-technischer Fachdienst, biomed. Analytiker/-innen: zumindest zwei Personen mit Ausbildung in Hämatologie/Onkologiediagnostik			
klin. und Gesundheitspsycholog.: vorzugsweise mit Ausbildung in Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie			
Sozialarbeiter/-innen: vorzugsweise mit Zusatzausbildung in Case und Care Management			
Lehrer/-innen und Kindergärtner/-innen: sonderpädagogische Ausbildung lt. Schul- und Kindergartengesetz			
<b>Räumliche Ausstattung</b>	Die räumliche Ausstattung muss die Umsetzung der im Rehabilitationsplan vorgesehenen Leistungen ermöglichen und der Patientenzahl Rechnung tragen. Für Einrichtungen ist es möglich, Multifunktionsräume zu schaffen, solange die Intimsphäre der Patientin / des Patienten gewahrt bleibt. Insbesondere sind folgende Räumlichkeiten sowie Ausstattungsmerkmale vorzuhalten:		
	rollstuhlgängige und behindertengerechte Gestaltung der Gesamtanlage und der Räumlichkeiten inkl. Aufzug bei mehrstöckigen Gebäuden		
	Notrufanlage in allen für Patienten/Patientinnen zugänglichen Räumlichkeiten		
	altersgerechte und familienfreundliche Ausstattung der Patientenzimmer		
	Unterbringung von Kindern in Familien-Einheiten oder gemeinsam mit Begleitpersonen – ausgestattet mit höhenverstellbaren Betten sowie Nasszellen und Sanitäreinrichtungen sowie Einrichtung zur Zubereitung von Säuglings-/Kleinkindernahrung		

<b>Räumliche Ausstattung</b>	Unterbringung von Jugendlichen in 1- bis 2-Bett-Zimmern mit höhenverstellbaren Betten inkl. Nasszellen und Sanitäranlagen	
	Einzel- und Gruppentherapieräume für aktive und passive Therapie	
	Räumlichkeiten für Bewegungs- und medizinische Trainingstherapie inkl. Geräte und Utensilien	
	Räumlichkeiten für Ausdauer-/Krafttraining mit entsprechender Geräteausrüstung	
	Untersuchungs- und Behandlungsräume	
	Räumlichkeiten für Funktionsdiagnostik	
	Räume für Notfallbehandlung inkl. Notfallausrüstung	
	Räumlichkeit für Notfall-Labor	
	Räumlichkeiten für Pflegemaßnahmen	
	Sporthalle für Jugendliche und Erwachsene	
	Schulungs- und Vortragsräume	
	Schwimmbecken, abgetrennter Kleinkinderbereich	
	Turnsaal für Kleinkinder/Kleingruppen	
	Kindergartenräumlichkeiten	
	Lehrküche	
	Räumlichkeiten für Ergotherapie: Werk-/Bastelraum, textiles Werken, Holz	
Außenbereich: Spiel-/Klettergeräte, Laufbahn, Ballspielplätze, Gartenbereich		
<b>Leistungsangebot</b>	<b>Diagnostische Leistungen</b>	<b>Verfügbarkeit</b>
	allgemeinmed. und rehabilitationsspezifische ärztliche Diagnostik (inkl. ICD)	x
	rehabilitationsbezogene fachärztliche Diagnostik	x
	sonstige (konsiliar)fachärztl. Diagnostik	x
	pflegerische Diagnostik	x
	allgemeine psychologische Diagnostik	x
	logopädische Diagnostik	x
	Zielvereinbarung nach ICF	x
	EKG	x
	Ergometrie	x
	notfallmedizinische Diagnostik und Therapie (inkl. Notfall-Labor u. Überwachungsmöglichkeit)	x
	Labordiagnostik inkl. Hämatologie	x
	konventionelle Röntgendiagnostik	x
	allgemeine Ultraschalldiagnostik	x
	indikationsspezifische Ultraschalldiagnostik	x
	Ganganalyse	x
	rehabilitationsrelevante elektroneurophysiologische Untersuchungen (EEG, EMG, ENG, evozierte Potenziale)	o
	CT, MR	o
	sozialpädiatrische Beurteilung	x
	<b>Therapeutische Leistungen</b>	<b>Verfügbarkeit</b>
	<b>Ärztliche Leistungen</b>	
	Therapieplanung und -überwach. inkl. Dokum. des ges. Rehabilitationsprozesses	x
	spezifische ärztliche therapeutische Leistungen inkl. Bluttransfusionen	x
	medikamentöse Therapie: Anordnung, Verschreibung, Applikation inkl. Gabe von Immunglobulinen, Antibiotika	x
	<b>Aktivierend-therapeutische pflegerische Leistungen</b>	
	Planung des Pflegeprozesses	x
pflegerische Anleitung und Förderung, ganzheitliche u. aktivierende Pflege	x	
Case und Care Management	x	
Medikamentenschulung	x	
Wundmanagement	x	
Stomaversorgung und -anleitung	x	

Leistungsangebot	Beratung und Anleitung pflegender Angehöriger	x
	Versorgung von zentralvenösen Kathetern	x
	Verabreichung von Subcutanmedikamenten	x
	<i>Physiotherapie / Ergotherapie</i>	
	Bewegungstherapie – Einzel (inkl. funktionelle konzeptorientierte Einzelphysiotherapie und apparativ unterstützte Behandlungen) <sup>6</sup>	x
	Bewegungstherapie – Gruppe (inkl. funktionelle konzeptorientierte Gruppenphysiotherapie und apparativ unterstützte Behandlungen) <sup>6</sup>	x
	Unterwasserbewegungstherapie – Gruppe	x
	Funktionstraining – Einzel	x
	Funktionstraining – Gruppe	x
	Prothesentraining	x
	Heilbehelf- und Hilfsmittelberatung	x
	alltagsorientiertes Training (z. B. Haushaltstraining)	x
	Arbeitsplatz- und Schulberatung	x
	<i>Atemphysiotherapie</i>	
	Atemphysiotherapie – Einzel	x
	Atemphysiotherapie – Gruppe	x
	Inhalation mit Gerät	x
	Atemmuskeltraining	x
	Therapie mit Atemhilfen	x
	<i>Heil-/Krankengymnastik/Ausdauertraining</i>	
	Gefäßtraining	x
	Ausdauertraining außen/innen / Krafttraining	x
	Koordinations-/Gleichgewichtstraining/Wahrnehmungstraining	x
	<i>Logopädie</i>	
	Sprach- und Sprechtherapie	x
	Behandlung von Atem-/Stimmstörungen	x
	<i>Pädagogik</i>	
	Kindergartenpädagogik	x
	altersgerechtes Schulangebot	x
	ausdruckstherapeutische Verfahren (z. B. Kunst-, Mal-, Musik-, Tanztherapie)	x
	Kinder- und jugendspezifische Bewegungstherapie	x
	Yoga, Tai-Chi, Qigong	x
	<i>Psychotherapie</i>	
	Psychotherapie – Einzel	o
	Psychotherapie – Gruppe	o
	<i>Klinische und Gesundheitspsychologie</i>	
	klinisch-psychologisches Gespräch	x
	gesundheitspsychologische Beratung	x
	<i>Ernährung</i>	
	Ernährungsberatung – Einzel	x
	Ernährungsberatung – Gruppe	x
	<i>Thermotherapie</i>	
<i>Heilmassage</i>		
manuelle Heilmassage Teilkörper	x	
manuelle Lymphdrainage	x	
<i>Schulungen</i>		
allg. und indikat.-spez. Patientenschulung – Einzel	x	
allg. und indikat.-spez. Patientenschulung – Gruppe	x	
Initiierung von Nachsorgemaßnahmen	x	
Raucherberatung u. -prävention/ Raucherentwöhnung	x	

Leistungs- angebot	Angehörigenberatung/-schulung	x
	<i>Orthopädie- und Rehabilitationstechnik</i>	
	Heilbehelfs- und Hilfsmittelzurichtung	o
	<sup>6</sup> Durchführung im interdisziplinären Setting	

Verfügbarkeit: x = vor Ort verfügbar, o = in Kooperation möglich

Quelle und Darstellung: GÖ FP

### 3.3.3.8 Mental Health

Rehabilitation im Mental-Health-Bereich (MHR) wird entsprechend dem Primärversorgungsbereich durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie, teilweise auch durch die Pädiatrie in Form der Entwicklungs- und Sozialpädiatrie abgedeckt. Allerdings liegt die Gesamtverantwortung für Mental Health im Kinder- und Jugendbereich, daher auch für die Rehabilitation, durchgängig bei den Fachärztinnen/Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Kinder- und jugendpsychiatrische Rehabilitation wird in der Regel im Sinne einer sozialpsychiatrischen/psychosozialen Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter verstanden und ist ein wichtiger Bestandteil der kurativen Behandlung. Sie umfasst Maßnahmen zur Erhaltung des Lebensfeldes oder zur Wiedereingliederung in den privaten und schulischen/beruflichen Lebensbereich. Sinnvollerweise findet sie bereits in einer frühen Phase der Störungen statt. Sozialpsychiatrie bietet neben spezifischen kinder- und jugendpsychiatrischen therapeutischen Interventionen auch Interventionen zur Reduktion von Handicaps und Hilfestellungen zur Krankheitsverarbeitung und zur Bewältigung von Behinderungen an. Sie zielt auf die Förderung der sozialen Kompetenz durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten. Das Ziel ist die Teilnahme am sozialen Leben, Teilhabe am Arbeitsleben und Verwirklichung des Rechts auf ein selbstbestimmtes Leben. Die Definition des Rehabilitationszieles wird an die dynamischen Faktoren des Entwicklungsalters angepasst.

Die Sozialpsychiatrie / psychosoziale Rehabilitation umfasst daher eine Vielzahl an abgestuften, strukturellen Angeboten mithilfe multiprofessioneller Teams. Sie sind spezifisch auf die Bedürfnisse der Kinder, der Jugendlichen und der sozialen Umgebung abgestimmt. Es sind unter anderem aufsuchende Angebote wie Konsiliar-, Liaisondienste zu Einrichtungen der Jugendwohlfahrt, mobile Dienste zu Familien- oder Case Management. Dislozierte ambulante und tagesklinisch/teilstationäre, möglichst wohnortnahe Einrichtungen sichern die Kontinuität, abgestimmt auf Störung und Bedürfnisse der psychosozialen Lebenswelt. Diese Angebote sind einzeln oder in Gruppen, haben kinder- und jugendpsychiatrische, sozial- und psychotherapeutische, beratende und psychoedukative Inhalte. Sie werden möglichst lebensweltnahe unter Einbeziehung der Angehörigen, wenn notwendig der Schule/Ausbildung und Jugendwohlfahrt, angeboten.

Prinzipiell ist daher festzuhalten, dass Rehabilitation im Kinder- und Jugendbereich der Mental-Health-Versorgung möglichst wohnortnah, ambulant oder teilstationär angesiedelt werden soll, um eine möglichst gute Rückbindung an die primären Umgebungsbedingungen und das Hauptziel – die Reintegration in Familie, Schule und/oder Arbeitsumfeld – bestmöglich zu gewährleisten. Eine zentralisierte, stand-alone-stationäre Rehabilitation ist nur dann zu rechtfertigen, wenn die Zusammenarbeit mit den Herkunftssystemen sowie eine entsprechende ambulante Rehabilitation vor Ort gewährleistet sind.

Unter Bezugnahme auf den Vorschlag der AG 4 / Kindergesundheitsdialog „Rehabilitation“ sind vier Varianten von Rehabilitationseinrichtungen möglich. Die vier Varianten für KJP-Rehabilitation gemäß der AG 4 / Kindergesundheitsdialog sind:

MHR-Typ I (ESP und KJP I): Krankheitsbilder im gemeinsamen Kontext mit der pädiatrischen Rehabilitation. In diesem Setting handelt es sich zumeist um sehr kleine und kleine Kinder, daher ist die Mitaufnahme und Betreuung der Bezugspersonen unabdinglich. Verortung im Rahmen der Stand-Alone-Lösungen der pädiatrischen Rehabilitation.

MHR-Typ KJP II: dezentrale, d. h. lokal an die Akutabteilungen für KJP (Mindeststandard eine pro Bundesland) angeschlossene Rehabilitationseinheiten, die das volle Spektrum der kinder- und jugendpsychiatrischen Rehabilitation abdecken im Sinne einer klassischen Phase-II-Rehabilitation

MHR-Typ KJP III: dezentrale, in Kooperation mit der Jugendwohlfahrt betriebene Rehabilitationszentren für Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens und ähnlichen Störungsbildern. Diese Rehabilitationseinheiten sollen möglichst wohnortnahe angesiedelt sein und können sowohl ambulante als auch teilstationäre Rehabilitationsangebote enthalten.

MHR-Typ KJP IV: die klassische Rehabilitation: „Stand-alone“-Einrichtungen für die Versorgung des gesamten KJP-Spektrums, klassische Phase-IIb-Rehabilitation

Um dem Prinzip der Wohnortnähe treu zu bleiben, wird bei der „Zuteilung“ von Kindern und Jugendlichen zu den Rehabilitationseinheiten empfohlen, folgende Reihenfolge zu berücksichtigen: möglichst Zuteilung zu Typ II, dann Typ III, dann Typ IV/I.

#### *Voraussetzungen und Indikationen*

Eine Indikation zur Rehabilitation im Bereich Mental Health liegt grundsätzlich bei Kindern und Jugendlichen mit folgenden Erkrankungen vor:

Allgemeine Indikationen für Mental-Health-Rehabilitation: eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnose ist als Grundbedingung vorzusetzen. Diese rekrutieren sich im Wesentlichen aus folgenden Diagnosegruppen des ICD-10/WHO:

- » F1: nicht-substanzgebundene Süchte
- » F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- » F3: Affektive Störungen
- » F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- » F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- » F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- » F8: Entwicklungsstörungen (insbes. kombinierte E.; Autismus)
- » F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Dabei sind insbesondere die psychosozialen Folgen/Belastungen durch die Erkrankung zu berücksichtigen.

### Spezifische Indikationen nach Rehabilitations-Z-Typ

MHR-Typ I – KJP-Diagnosen:

- » F0: F07
- » F4: F44, F45
- » F5: F51, F54, F59. Die Rehabilitation von Essstörungserkrankten sollte in spezialisierten Zentren erfolgen (siehe MHR-Typ-IV)
- » F7: F70,71,72,73,78,79
- » F8: nur bei Vorliegen außergewöhnlicher Belastungen / weiterer psychiatrischer Symptome, F84
- » F9: F90, F93, F95
- » Diagnosen nach dem Bereich der (0-3R) Frühen Kindheit
- » Pädiatrische Diagnosen
- » Syndrome wie Morbus Down (Q91) oder Turner-Syndrom (Q92) und andere genetisch bedingte Erkrankungen mit psychiatrischen Symptomen
- » Adipositas E66
- » Chronisch pädiatrische Erkrankungen mit massiven Compliance-Problemen, Belastungsreaktionen u. Ä. (z. B. Diabetes, Asthma, chron. entzündliche Darmerkrankungen, kardiologische Erkrankungen etc.)

MHR-Typ II – gesamtes Spektrum der KJP-/MHR-Diagnosen als Rehabilitation nach der Akutbehandlung

MHR-Typ III (in Kombination mit Jugendwohlfahrt)

- » F6
- » F9: F91, F92, F94

MHR-Typ IV – gesamtes Spektrum der KJP-/MHR-Diagnosen, wünschenswert mit spezialisierten Schwerpunkten für Essstörungen, Suchterkrankungen, posttraumatische Erkrankungen etc.

### Zusatzindikationen

Eine Indikation für die Aufnahme in einer Rehabilitationseinrichtung kann auch die absehbare, durch eine psychische Erkrankung bedingte funktionale Einschränkung der Partizipation mit drohenden Folgeschäden darstellen und/oder wenn die ambulante Betreuung unzureichend ist oder einer Intensivierung bedarf.

### KJP-Diagnostik

Die medizinische Diagnose der Grundkrankheit, der Schädigungen einschließlich evtl. vorliegender Begleiterkrankungen sollte so weit abgeschlossen sein, dass der individuelle Rehabilitationsbedarf ermittelt, die Motivation dokumentiert und die Rehabilitationsziele festgelegt werden können. Dabei sollten folgende Untersuchungen durchgeführt worden sein und entsprechende Unterlagen vorliegen:

- » diagnostische Klassifikation nach dem Multiaxialen Klassifikationsschema (MAS) nach Remschmidt et al.
- » (neuro-)psychologische Diagnostik
- » ausführlicher Bericht über vorangegangene Therapien (stationäre oder tagesklinische Aufenthalte etc.)
- » Entwicklungsdiagnostik
- » Feststellung der Symptomstärke (Global Assessment of Function GAF, Achse 6 des MAS), der Lebensqualität z. B. mittels des ILK als Einstiegs- und Outcome-diagnostik
- » medizinisch-körperliche Abklärung inkl. EEG und ZNS-MRI

### *Leitung und Verantwortung*

Die verantwortliche ärztliche Leitung der Funktionseinheit muss einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP), möglichst mit Vorerfahrung in der Rehabilitation, obliegen. Auch im Bereich der gemeinsamen Einrichtung (MHR-Typ I) ist das Vorhandensein einer Fachärztin / eines Facharztes für KJP unabdingbar.

### Personalqualitätskriterien:

- » Das Personal verfügt über eine spezifische Ausbildung in KJP oder eine mindestens zweijährige Tätigkeit an einer einschlägigen Einrichtung.
- » Das Personal ist multiprofessionell organisiert und in der interdisziplinären Zusammenarbeit geübt.
- » Frei werdende Stellen werden schnellstmöglich mit qualifizierten Menschen besetzt.
- » Die Einrichtung ermöglicht berufsbegleitende Fort- und Weiterbildung und sieht in ausreichendem Maße reflexive Strukturen vor: Supervision (monatlich), Intervision (1x alle 3 Monate) und eine jährliche Klausur zur Organisationsentwicklung und Qualitätssicherung.
- » Qualitätssicherungsprozesse sind etabliert.

### *Leistungen*

Die Leistungen können unterschieden werden in kinder- und jugendpsychiatrisch-rehabilitative und integrative Leistungen, wobei die ersteren als Therapien im engeren Sinne (Einzel oder Gruppe oder Familie) zu verstehen sind und zweitens die Leistungen des direkt betreuenden Teams darstellen. Die Behandlung der Kinder und Jugendlichen findet nämlich immer auch im sozialen Kontext der Peergroup und der Bezugspersonen statt, eine andere Bezeichnung dafür wäre Sozio- oder Milieuthérapie. Diese Behandlungen umfassen zum einen das Training der *Täglichen Aktivitäten* (Activities of Daily Living) allein und in der Gruppe und zum anderen alle pädagogischen und erlebnispädagogischen Maßnahmen, nicht jedoch die pflegerischen und Gesundheitsmaßnahmen. Die Gesamtleistungen sollen bei Typ I, II und IV 25 Einheiten pro Woche und Patient/-in (à 50 Minuten) betragen, davon 15 reha-therapeutische und 10 integrative.

Tabelle 3.9:  
 Strukturqualitätskriterien stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation  
 Mental Health (MHR-ESP/KJP I)

	<b>Berufsgruppen</b>	<b>Richtwert</b>
		<i>1 VZÄ / x Betten</i>
<b>Personelle Ausstattung</b>	Ärzte/Ärztinnen (Mix FÄ f. KJP und KI)	12
	Dipl. Kinderkrankenpflegepersonal inkl. Pflegefachassistenz und Pflegeassistenz (max. 20 % PFA/PA), Pädagogen/Pädagoginnen	3
	Physiotherapeuten/-therapeutinnen (max. 10 % MTF) und Logopäden/Logopädinnen <sup>1</sup>	30
	Ergotherapeuten/-therapeutinnen	15
	Diätologen/Diätologinnen	25
	klinische und Gesundheitspsychologen/-psychologinnen	12
	Psychotherapeuten/-therapeutinnen	12
	Akad. Pädagogen/Pädagoginnen (z. B. Heil- und Sonderpädagogen)	12
	Sozialarbeiter/-innen	15
	medizinische Masseur/Masseurinnen	45
	Kunst <sup>2</sup> , Kreativ <sup>2</sup> und Körpertherapeuten/-innen <sup>2</sup> , Musiktherapeuten/-innen	12
	Lehrer/-innen <sup>3</sup> , Kindergärtner/-innen <sup>3</sup>	
	<sup>1</sup> Alle Berufsgruppen müssen vertreten sein.	
<sup>2</sup> diagnostische und therapeutische Leistungserbringung nach Maßgabe der geltenden gesetzlichen Regelungen		
<sup>3</sup> lt. geltenden gesetzlichen Regelungen (Schulgesetz, Kindergartengesetz)		
<b>Spezielle Qualifikation</b>	<b>Spezielle Qualifikation</b>	
	Ärzte/Ärztinnen: FÄ für KI und FÄ für KJP, jeweils mit abgeschlossener Psychotherapieausbildung	
	DKKP: 1-jährige Erfahrung an KJP-Abteilung; Zusatzausbildung Pflege/Erziehung in KJP	
	klin. und Gesundheitspsychologen/-psychologinnen / Psychotherapeuten/-therapeutinnen: vorzugsweise mit Ausbildung in Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie/-psychotherapie	
	Sozialarbeiter/-innen: vorzugsweise mit Zusatzausbildung in Case und Care Management	
	Lehrer/-innen und Kindergärtner/-innen: sonderpädagogische Ausbildung lt. Schul- und Kindergartengesetz	
	Die räumliche Ausstattung muss die Umsetzung der im Rehabilitationsplan vorgesehenen Leistungen ermöglichen und der Patientenzahl Rechnung tragen. Für Einrichtungen ist es möglich, Multifunktionsräume zu schaffen, so lange die Intimsphäre der Patientin / des Patienten gewahrt bleibt. Insbesondere sind folgende Räumlichkeiten sowie Ausstattungsmerkmale vorzuhalten:	
<b>Räumliche Ausstattung</b>	rollstuhlgängige und behindertengerechte Gestaltung der Gesamtanlage und der Räumlichkeiten inkl. Aufzug bei mehrstöckigen Gebäuden	
	Notrufanlage in allen für Patienten/Patientinnen zugänglichen Räumlichkeiten	
	altersgerechte und familienfreundliche Ausstattung der Patientenzimmer	
	Unterbringung von Kindern (unter 10 Jahren) in Einheiten gemeinsam mit Begleitpersonen – ausgestattet mit höhenverstellbaren Betten sowie Nasszellen und Sanitäranlagen	
	Unterbringung von Jugendlichen in 1- bis 2-Bett-Zimmern inkl. Nasszellen und Sanitäranlagen	
	Unterbringungsmöglichkeiten für Angehörige (pro 6 Betten 1-2 Einzelzimmer plus Nasszelle)	
	Einzel- und Gruppentherapie Räume für aktive und passive Therapie	
	Räumlichkeiten für Bewegungs- und medizinische Trainingstherapie inkl. Geräte und Utensilien	
	Räumlichkeiten für Ausdauer-/Krafttraining mit entsprechender Geräteausrüstung	
	Untersuchungs- und Behandlungsräume (1 Raum pro VZÄ Therapeuten)	
	Räume für Notfallbehandlung inkl. Notfallausrüstung	
	Räumlichkeit für Notfall-Labor	
	Räumlichkeiten für Pflegemaßnahmen	
	Schulungs- und Vortragsräume	
	Turnsaal	
Kindergartenräume		
Schulzimmer		
Räumlichkeiten für ATL-Training inkl. Lehrküche		

<b>Räumliche Ausstattung</b>	schallisolierter Raum für Musiziermöglichkeiten (nach Möglichkeit im Jugendbereich)	
	Werk-/Bastelraum	
	Besprechungsräume	
	Ruhe- und Aufenthaltsräume für Patienten/Patientinnen	
	Umkleideräume für Patienten/Patientinnen	
	Nasszellen und Sanitäranlagen für Patienten/Patientinnen	
	Empfang mit Aufenthaltsbereich und Rezeption	
	Außenbereich: Spiel-/Klettergeräte, Laufbahn, Ballspielplätze	
	Folgende Räumlichkeiten können in Kooperation mit externen Anbietern vorgehalten werden:	
	Räumlichkeiten für Röntgen/Ultraschalldiagnostik	
Räumlichkeiten für Funktionsdiagnostik		
<b>Leistungsangebot</b>	<b>Diagnostische Leistungen</b>	<b>Verfügbarkeit</b>
	allgemeinmed. und rehabilitationsspezifische KJP-ärztliche Diagnostik (inkl. ICF)	x
	rehabilitationsbezogene fachärztliche Diagnostik	x
	sonstige (konsiliar)fachärztliche Diagnostik	o
	pflegerische Diagnostik	x
	Schluckdiagnostik	o
	allgemeine psychologische Diagnostik	x
	Video-gestützte Interaktionsdiagnostik	x
	Zielvereinbarung nach ICF	x
	EKG	x
	Ergometrie	x
	notfallmedizinische Diagnostik und Therapie (inkl. Notfall-Labor u. Überwachungsmöglichkeit)	x
	Labordiagnostik	x
	konventionelle Röntgendiagnostik	o
	allgemeine Ultraschalldiagnostik	x
	rehabilitationsrelevante elektroneurophysiologische Untersuchungen (EEG, EMG, ENG, evozierte Potenziale)	o
	CT, MR	o
	<b>Therapeutische Leistungen</b>	<b>Verfügbarkeit</b>
	<b>Ärztliche Leistungen</b>	
	Therapieplanung und -überwachung inkl. Dokumentation des gesamten Rehabilitationsprozesses	x
	spezifische ärztliche therapeutische Leistungen	x
	medikamentöse Therapie	x
	<b>Aktivierend-therapeutische pflegerische Leistungen</b>	
	Planung des Pflegeprozesses	x
	pflegerische Anleitung und Förderung, ganzheitliche und aktivierende Pflege	x
	Case und Care Management	x
	Medikamentenschulung	x
	Wundmanagement	x
	Diabetesberatung und -schulung	x
	Beratung und Anleitung pflegender Angehöriger	x
ATL-Training	x	
<b>Physiotherapie / Ergotherapie</b>		
Bewegungstherapie – Einzel (inkl. funktionelle konzeptorientierte Einzelphysiotherapie und apparativ unterstützte Behandlungen) <sup>4</sup>	x	
Bewegungstherapie – Gruppe (inkl. funktionelle konzeptorientierte Gruppenphysiotherapie und apparativ unterstützte Behandlungen) <sup>4</sup>	x	

Leistungsangebot	Unterwasserbewegungstherapie – Gruppe	x	
	Funktionstraining – Einzel	x	
	Funktionstraining – Gruppe	x	
	Training der kognitiven Fertigkeiten	x	
	ATL-Training	x	
	Heilbehelf- und Hilfsmittelberatung	x	
	alltagsorientiertes Training (z. B. Haushaltstraining)	x	
	Arbeitsplatz- und Schulberatung	x	
	<i>Pädagogik</i>		
	Freizeit- und Erlebnispädagogik	x	
	Kindergartenpädagogik	x	
	altersgerechtes Schulangebot	x	
	<i>Psychotherapie</i>		
	Psychotherapie – Einzel	x	
	Psychotherapie – Gruppe	x	
	Psychotherapie – Familie	x	
	<i>Klinische und Gesundheitspsychologie</i>		
	klinisch-psychologisches Gespräch	x	
	gesundheitspsychologische Beratung	x	
	<i>Ernährung</i>		
	Ernährungsberatung – Einzel	x	
	Ernährungsberatung – Gruppe	x	
	Lehrküche	x	
	<i>Thermotherapie</i>	o	
	<i>Heilmassage</i>		
	manuelle Heilmassage Teil-/Ganzkörper	x	
	<i>Schulungen</i>		
	allg. und indikat.-spez. Patientenschulung – Einzel	x	
	allg. und indikat.-spez. Patientenschulung – Gruppe	x	
	Initiierung von Nachsorgemaßnahmen	x	
	Raucherberatung u. -prävention/Raucherentwöhnung/Drogenberatung	x	
	Angehörigenberatung/-schulung	x	
<i>Orthopädie- und Rehabilitationstechnik</i>			
Heilbehelfs- und Hilfsmittelzurichtung	x		
orthopädische Schuhversorgung	o		

<sup>4</sup> Durchführung im interdisziplinären Setting

Verfügbarkeit: x = vor Ort verfügbar, o = in Kooperation möglich

Quelle und Darstellung: GÖ FP

Tabelle 3.10:

 Strukturqualitätskriterien stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation  
 Mental Health (MHR-ESP/KJP II)

	<b>Berufsgruppen</b>	<b>Richtwert</b>
		<i>1 VZÄ / x Betten</i>
<b>Personelle Ausstattung</b>	Ärzte/Ärztinnen	10
	Dipl. Krankenpflegepersonal (Mix Kinder/Psychiatrie) inkl. Pflegefachassistenz und Pflegeassistenz (max. 20 % PFA/PA), Pädagogen/Pädagoginnen	2
	Physiotherapeuten/-therapeutinnen (max. 10 % MTF) und Logopäden/Logopädinnen <sup>1</sup>	40
	Ergotherapeuten/-therapeutinnen	15
	Diätologen/Diätologinnen	30
	klinische und Gesundheitspsychologen/-psychologinnen	12
	Psychotherapeuten/-therapeutinnen (in Ärzten/Ärztinnen und Psycholog. integriert)	
	Akad. Pädagogen/Pädagoginnen (z. B. Heil- und Sonderpädagogen/-pädagoginnen)	12
	Sozialarbeiter/-innen	15
	medizinische Masseure/Masseurinnen	45
	Kunst- <sup>2</sup> , Kreativ- <sup>2</sup> und Körper- <sup>2</sup> , Musiktherapeuten/-therapeutinnen	10
	Lehrer/-innen <sup>3</sup> , Kindergärtner/-innen <sup>3</sup>	
	<sup>1</sup> Alle Berufsgruppen müssen vertreten sein.	
<sup>2</sup> diagnostische und therapeutische Leistungserbringung nach Maßgabe der geltenden gesetzlichen Regelungen		
<sup>3</sup> lt. geltenden gesetzlichen Regelungen (Schulgesetz, Kindergartengesetz)		
<b>Spezielle Qualifikation</b>		
Ärzte/Ärztinnen: FÄ f. Kinder- und Jugendpsychiatrie, jeweils mit abgeschlossener Psychotherapieausbildung		
klin. und Gesundheitspsychol./ Psychotherapeut.: vorzugsw. mit Ausbildung in Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie, -psychotherapie		
Sozialarbeiter/-innen: vorzugsweise mit Zusatzausbildung in Case und Care Management		
Lehrer/-innen und Kindergärtner/-innen: sonderpädagogische Ausbildung lt. Schul- und Kindergartengesetz		
<b>Räumliche Ausstattung</b>	Die räumliche Ausstattung muss die Umsetzung der im Rehabilitationsplan vorgesehenen Leistungen ermöglichen und der Patientenzahl Rechnung tragen. Für Einrichtungen ist es möglich, Multifunktionsräume zu schaffen, solange die Intimsphäre der Patientin / des Patienten gewahrt bleibt. Insbesondere sind folgende Räumlichkeiten sowie Ausstattungsmerkmale vorzuhalten:	
	rollstuhlgängige und behindertengerechte Gestaltung der Gesamtanlage und der Räumlichkeiten inkl. Aufzug bei mehrstöckigen Gebäuden	
	Notrufanlage in allen für Patienten/Patientinnen zugänglichen Räumlichkeiten	
	altersgerechte und familienfreundliche Ausstattung der Patientenzimmer	
	Unterbringung von Kindern in Einheiten gemeinsam mit Begleitpersonen – ausgestattet mit höhenverstellbaren Betten sowie Nasszellen und Sanitäreinrichtungen	
	Unterbringung von Jugendlichen in 1- bis 2-Bett-Zimmern mit höhenverstellbaren Betten inkl. Nasszellen und Sanitäreinrichtungen	
	Einzel- und Gruppentherapie Räume für aktive und passive Therapie	
	Räumlichkeiten für Bewegungs- und medizinische Trainingstherapie inkl. Geräte und Utensilien	
	Räumlichkeiten für Ausdauer-/Krafttraining mit entsprechender Geräteausstattung	
	Untersuchungs- und Behandlungsräume (1 Raum pro VZÄ Therapeut.)	
	Räume für Notfallbehandlung inkl. Notfalleinrichtung	
	Räumlichkeit für Notfall-Labor	
	Räumlichkeiten für Pflegemaßnahmen	
	Schulungs- und Vortragsräume	
	Turnsaal	
	Schulzimmer	
	Räumlichkeiten für ATL-Training inkl. Lehrküche	
	Folgende Räumlichkeiten können in Kooperation mit externen Anbietern vorgehalten werden:	
	Bewegungsbecken inkl. Hublift	
Kindergartenräume		

Leistungsangebot	<b>Diagnostische Leistungen</b>	<b>Verfügbarkeit</b>	
	allgemeinmed. und rehabilitationsspezifische KJP-ärztliche Diagnostik (inkl. ICD)	x	
	rehabilitationsbezogene fachärztliche Diagnostik	x	
	sonstige (konsiliar)fachärztliche Diagnostik	o	
	pflegerische Diagnostik	x	
	Schluckdiagnostik	o	
	allgemeine psychologische Diagnostik	x	
	Video-gestützte Interaktionsdiagnostik	x	
	Zielvereinbarung nach ICF	x	
	EKG	x	
	Ergometrie	x	
	notfallmedizinische Diagnostik und Therapie (inkl. Notfall-Labor u. Überwachungsmöglichkeit)	o <sup>4</sup>	
	Labordiagnostik	o <sup>4</sup>	
	konventionelle Röntgendiagnostik	o <sup>4</sup>	
	allgemeine Ultraschalldiagnostik	x	
	rehabilitationsrelevante elektroneurophysiologische Untersuchungen (EEG, EMG, ENG, evozierte Potenziale)	o <sup>4</sup>	
	CT, MR	o <sup>4</sup>	
	<b>Therapeutische Leistungen</b>	<b>Verfügbarkeit</b>	
	<b>Ärztliche Leistungen</b>		
	Therapieplanung und -überwachung inkl. Dokumentation des gesamten Rehabilitationsprozesses	x	
spezifische ärztliche therapeutische Leistungen	x		
medikamentöse Therapie	x		
<b>Aktivierend-therapeutische pflegerische Leistungen</b>			
Planung des Pflegeprozesses	x		
pflegerische Anleitung und Förderung, ganzheitliche und aktivierende Pflege	x		
Case und Care Management	x		
Medikamentenschulung	x		
Wundmanagement	x		
Diabetesberatung und -schulung	x		
Beratung und Anleitung pflegender Angehöriger	x		
ATL-Training	x		
<b>Physiotherapie / Ergotherapie</b>			
Bewegungstherapie – Einzel (inkl. funktionelle konzeptorientierte Einzelphysiotherapie und apparativ unterstützte Behandlungen) <sup>5</sup>	x		
Bewegungstherapie – Gruppe (inkl. funktionelle konzeptorientierte Gruppenphysiotherapie und apparativ unterstützte Behandlungen) <sup>5</sup>	x		
Unterwasserbewegungstherapie – Gruppe	x		
Funktionstraining – Einzel	x		
Funktionstraining – Gruppe	x		
Training der kognitiven Fertigkeiten	x		
ATL-Training	x		
Heilbehelf- und Hilfsmittelberatung	x		
alltagsorientiertes Training (z. B. Haushaltstraining)	x		
Arbeitstraining, Arbeitsplatz- und Schulberatung	x		
<b>Pädagogik</b>			
Freizeit- und Erlebnispädagogik	x		
Kindergartenpädagogik	x		
altersgerechtes Schulangebot	x		

Leistungsangebot	<i>Psychotherapie</i>	
	Psychotherapie – Einzel	x
	Psychotherapie – Gruppe	x
	Psychotherapie – Familie	x
	<i>Klinische und Gesundheitspsychologie</i>	
	klinisch-psychologisches Gespräch	x
	gesundheitspsychologische Beratung	x
	<i>Ernährung</i>	
	Ernährungsberatung – Einzel	x
	Ernährungsberatung – Gruppe	x
	Lehrküche	x
	<i>Thermotherapie</i>	o
	<i>Heilmassage</i>	
	manuelle Heilmassage Teil-/Ganzkörper	x
	<i>Schulungen</i>	
	allg. und indikat.-spez. Patientenschulung – Einzel	x
	allg. und indikat.-spez. Patientenschulung – Gruppe	x
	Initiierung von Nachsorgemaßnahmen	x
	Raucherberatung u. -prävention/ Raucherentwöhnung/Drogenberatung	x
	Angehörigenberatung/-schulung	x
	<i>Orthopädie- und Rehabilitationstechnik</i>	
	Heilbehelfs- und Hilfsmittelzurichtung	o
	orthopädische Schuhversorgung	o
<sup>4</sup> müsste in den vorgeschalteten Abteilungen für KJP vorhanden sein		
<sup>5</sup> Durchführung im interdisziplinären Setting		

Verfügbarkeit: x = vor Ort verfügbar, o = in Kooperation möglich

Quelle und Darstellung: GÖ FP

Tabelle 3.11:  
 Strukturqualitätskriterien stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation  
 Mental Health (MHR-ESP/KJP III)

	<b>Berufsgruppen</b>	<b>Richtwert</b>	
		<i>1 VZÄ / x Betten</i>	
<b>Personelle Ausstattung</b>	Ärzte/Ärztinnen	24	
	Dipl. Krankenpflegepersonal / Pädagogen/Pädagoginnen	2	
	Ergotherapeuten/-therapeutinnen inkl. Arbeitstherapie	6	
	klinische und Gesundheitspsychologen/-psychologinnen	12	
	Psychotherapeuten/-therapeutinnen (in Ärzten/Ärztinnen und Psycholog. integriert)		
	Sozialarbeiter/-innen	12	
	medizinische Masseur/Masseurinnen	0	
	Kunst <sup>-1</sup> , Kreativ <sup>-1</sup> und Körper <sup>-1</sup> , Musiktherapeuten/-therapeutinnen	10	
	<sup>1</sup> diagnostische und therapeutische Leistungserbringung nach Maßgabe der geltenden gesetzlichen Regelungen		
	<b>Spezielle Qualifikation</b>		
Ärzte/Ärztinnen: FÄ für KJP mit abgeschlossener Psychotherapieausbildung			
klin. und Gesundheitspsycholog.: vorzugsweise mit Ausbildung in Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie			
Sozialarbeiter/-innen: vorzugsweise mit Zusatzausbildung in Case und Care Management			
<b>Räumliche Ausstattung</b>	Die räumliche Ausstattung muss die Umsetzung der im Rehabilitationsplan vorgesehenen Leistungen ermöglichen und der Patientenzahl Rechnung tragen. Für Einrichtungen ist es möglich, Multifunktionsräume zu schaffen, so lange die Intimsphäre der Patientin / des Patienten gewahrt bleibt. Insbesondere sind folgende Räumlichkeiten sowie Ausstattungsmerkmale vorzuhalten:		
	rollstuhlgängige und behindertengerechte Gestaltung der Gesamtanlage und der Räumlichkeiten inkl. Aufzug bei mehrstöckigen Gebäuden		
	Notrufanlage in allen für Patienten/Patientinnen zugänglichen Räumlichkeiten		
	altersgerechte und familienfreundliche Ausstattung der Patientenzimmer		
	Unterbringung von Kindern in Einheiten ausgestattet mit höhenverstellbaren Betten sowie Nasszellen und Sanitäranlagen		
	Unterbringung von Jugendlichen in 1- bis 2-Bett-Zimmern mit höhenverstellbaren Betten inkl. Nasszellen und Sanitäranlagen		
	Einzel- und Gruppentherapieräume für aktive und passive Therapie		
	Räumlichkeiten für Bewegungstherapie		
	Räumlichkeiten für Ausdauer-/Krafttraining mit entsprechender Geräteausrüstung		
	Untersuchungs- und Behandlungsräume (1 Raum pro VZÄ Therapeut.)		
	Räume für Notfallbehandlung inkl. Notfallausrüstung		
	Räumlichkeiten für Pflegemaßnahmen		
	Schulungs- und Vortragsräume		
Räumlichkeiten für ATL-Training inkl. Lehrküche			
<b>Leistungsangebot</b>	<b>Therapeutische Leistungen</b>	<b>Verfügbarkeit</b>	
	<i>Physiotherapie / Ergotherapie</i>		
	Bewegungstherapie – Gruppe (inkl. funktionelle konzeptorientierte Gruppenphysiotherapie und apparativ unterstützte Behandlungen) <sup>2</sup>	o	
	Unterwasserbewegungstherapie – Gruppe	o	
	Funktionstraining – Einzel	o	
	Funktionstraining – Gruppe	o	
	Training der kognitiven Fertigkeiten	x	
	ATL-Training	x	
	Heilbehelf- und Hilfsmittelberatung	o	
	alltagsorientiertes Training (z. B. Haushaltstraining)	x	
Arbeitsplatz- und Schulberatung	x		

Leistungsangebot	<i>Pädagogik</i>	
	Freizeit- und Erlebnispädagogik	x
	Kindergartenpädagogik	o
	altersgerechtes Schulangebot	o
	<i>Psychotherapie</i>	
	Psychotherapie – Einzel	x
	Psychotherapie – Gruppe	x
	Psychotherapie – Familie (inkl. Multisystemtherapie)	x
	<i>Klinische und Gesundheitspsychologie</i>	
	klinisch-psychologisches Gespräch	x
	gesundheitspsychologische Beratung	x
	<i>Ernährung</i>	
	Ernährungsberatung – Einzel	o
	Ernährungsberatung – Gruppe	o
	Lehrküche	o
	<i>Thermotherapie</i>	o
	<i>Heilmassage</i>	
	manuelle Heilmassage Teil-/Ganzkörper	x
	<i>Schulungen</i>	
	allg. und indikat.-spez. Patientenschulung – Einzel	x
	allg. und indikat.-spez. Patientenschulung – Gruppe	x
	Initiierung von Nachsorgemaßnahmen	x
	Raucherberatung u. -prävention / Raucherentwöhnung/Drogenberatung	x
	Angehörigenberatung/-schulung	x
	<i>Orthopädie- und Rehabilitationstechnik</i>	
	Heilbehelfs- und Hilfsmittelzurichtung	o
	Orthopädische Schuhversorgung	o
<sup>2</sup> Durchführung im interdisziplinären Setting		

Verfügbarkeit: x = vor Ort verfügbar, o = in Kooperation möglich

Quelle und Darstellung: GÖ FP

Tabelle 3.12:  
 Strukturqualitätskriterien stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation  
 Mental Health (MHR-ESP/KJP IV)

	<b>Berufsgruppen</b>	<b>Untere Grenze</b>	<b>Obere Grenze</b>
		<i>1 VZÄ / x Betten</i>	
<b>Personelle Ausstattung</b>	Ärzte/Ärztinnen	10	10
	DKKP inkl. Pflegefachassistenz und Pflegeassistenz (max. 20 % PFA/PA), Pädagogen/Pädagoginnen	6	2,5
	Physiotherapeuten/-therapeutinnen (max. 10 % MTF) und Logopäden/Logopädinnen <sup>1</sup>	10	40
	Ergotherapeuten/-therapeutinnen		10
	Diätologen/Diätologinnen	60	25
	klinische und Gesundheitspsychologen/-psychologinnen	15	10
	Psychotherapeuten/-therapeutinnen	10	10
	Akademische Pädagogen/Pädagoginnen (z. B. Heil- und Sonderpädagogen/-pädagoginnen)	nN	12
	Sozialarbeiter/-innen	40	10
	medizinische Masseur/Masseurinnen		45
	medizinische Masseur/Masseurinnen oder Heilmasseur/-masseurinnen	45	
	Kunst- <sup>2</sup> , Kreativ- <sup>2</sup> und Körpertherapeuten/-therapeutinnen <sup>2</sup> , Musiktherapeuten/-therapeutinnen	nN	10
	Lehrer/-innen <sup>3</sup>		
<sup>1</sup> Alle Berufsgruppen müssen vertreten sein.			
<sup>2</sup> diagnostische und therapeutische Leistungserbringung nach Maßgabe der geltenden gesetzlichen Regelungen			
<sup>3</sup> lt. geltenden gesetzlichen Regelungen (Schulgesetz, Kindergartengesetz)			
<b>Spezielle Qualifikation</b>			
Ärzte/Ärztinnen: FÄ für KJP mit abgeschlossener Psychotherapieausbildung			
DKKP: 1 Jahr Erfahrung in KJP-Einrichtung, absolvierte Ausbildung Pflege und Erziehung in KJP			
klin. und Gesundheitspsycholog.: vorzugsweise mit Ausbildung in Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie			
Sozialarbeiter/-innen: vorzugsweise mit Zusatzausbildung in Case und Care Management			
Lehrer/-innen und Kindergärtner/-innen: sonderpädagogische Ausbildung lt. Schul- und Kindergartengesetz			
<b>Räumliche Ausstattung</b>	Die räumliche Ausstattung muss die Umsetzung der im Rehabilitationsplan vorgesehenen Leistungen ermöglichen und der Patientenzahl Rechnung tragen. Für Einrichtungen ist es möglich, Multifunktionsräume zu schaffen, solange die Intimsphäre der Patientin / des Patienten gewahrt bleibt. Insbesondere sind folgende Räumlichkeiten sowie Ausstattungsmerkmale vorzuhalten:		
	rollstuhlgängige und behindertengerechte Gestaltung der Gesamtanlage und der Räumlichkeiten inkl. Aufzug bei mehrstöckigen Gebäuden		
	Notrufanlage in allen für Patienten/Patientinnen zugänglichen Räumlichkeiten		
	altersgerechte und familienfreundliche Ausstattung der Patientenzimmer		
	Unterbringung von Kindern in Einheiten gemeinsam mit Begleitpersonen – ausgestattet mit höhenverstellbaren Betten sowie Nasszellen und Sanitäranlagen		
	Unterbringung von Jugendlichen in 1- bis 2-Bett-Zimmern inkl. Nasszellen und Sanitäranlagen		
	Einzel- und Gruppentherapie Räume für aktive und passive Therapie		
	Räumlichkeiten für Bewegungs- und medizinische Trainingstherapie inkl. Geräte und Utensilien		
	Räumlichkeiten für Ausdauer-/Krafttraining mit entsprechender Geräteausrüstung		
	Untersuchungs- und Behandlungsräume (1 Raum pro VZÄ Therapeut.)		
	Räume für Notfallbehandlung inkl. Notfallausrüstung		
	Räumlichkeit für Notfall-Labor		
	Räumlichkeiten für Pflegemaßnahmen		
	Schulungs- und Vortragsräume		
	Turnsaal		
Schulzimmer			
Räumlichkeiten für ATL-Training inkl. Lehrküche			

Leistungsangebot	<b>Diagnostische Leistungen</b>	<b>Verfügbarkeit</b>
	allgemeinmed. und rehabilitationsspezifische KJP-ärztliche Diagnostik (inkl. ICD)	x
	rehabilitationsbezogene fachärztliche Diagnostik	x
	sonstige (konsiliar)fachärztliche Diagnostik	x
	pflegerische Diagnostik	x
	Schluckdiagnostik	o
	allgemeine psychologische Diagnostik	x
	Video-gestützte Interaktionsdiagnostik	o
	Zielvereinbarung nach ICF	x
	EKG	x
	Ergometrie	x
	notfallmedizinische Diagnostik und Therapie (inkl. Notfall-Labor u. Überwachungsmöglichkeit)	x
	Labordiagnostik	o <sup>4</sup>
	konventionelle Röntgendiagnostik	o
	allgemeine Ultraschalldiagnostik	o
	rehabilitationsrelevante elektroneurophysiologische Untersuchungen (EEG, EMG, ENG, evozierte Potenziale)	o
	CT, MR	o <sup>4</sup>
	<b>Therapeutische Leistungen</b>	<b>Verfügbarkeit</b>
	<b>Ärztliche Leistungen</b>	
	Therapieplanung und -überwachung inkl. Dokumentation des gesamten Rehabilitationsprozesses	x
spezifische ärztliche therapeutische Leistungen	x	
medikamentöse Therapie	x	
<b>Aktivierend-therapeutische pflegerische Leistungen</b>		
Planung des Pflegeprozesses	x	
pflegerische Anleitung und Förderung, ganzheitliche und aktivierende Pflege	x	
Case und Care Management	x	
Medikamentenschulung	x	
Wundmanagement	x	
Diabetesberatung und -schulung	x	
Beratung und Anleitung pflegender Angehöriger	x	
ATL-Training	x	
<b>Physiotherapie/Ergotherapie</b>		
Bewegungstherapie – Einzel (inkl. funktionelle konzeptorientierte Einzelphysiotherapie und apparativ unterstützte Behandlungen) <sup>5</sup>	x	
Bewegungstherapie – Gruppe (inkl. funktionelle konzeptorientierte Gruppenphysiotherapie und apparativ unterstützte Behandlungen) <sup>5</sup>	x	
Unterwasserbewegungstherapie – Gruppe	x	
Funktionstraining – Einzel	x	
Funktionstraining – Gruppe	x	
Training der kognitiven Fertigkeiten	x	
ATL-Training	x	
Heilbehelf- und Hilfsmittelberatung	x	
alltagsorientiertes Training (z. B. Haushaltstraining)	x	
Arbeitstraining, Arbeitsplatz- und Schulberatung	x	

Leistungsangebot	<i>Pädagogik</i>	
	Freizeit- und Erlebnispädagogik	x
	Kindergartenpädagogik	x
	altersgerechtes Schulangebot	x
	<i>Psychotherapie</i>	
	Psychotherapie – Einzel	x
	Psychotherapie – Gruppe	x
	Psychotherapie – Familie	x
	<i>Klinische und Gesundheitspsychologie</i>	
	klinisch-psychologisches Gespräch	x
	gesundheitspsychologische Beratung	x
	<i>Ernährung</i>	
	Ernährungsberatung – Einzel	x
	Ernährungsberatung – Gruppe	x
	Lehrküche	x
	<i>Thermotherapie</i>	o
	<i>Heilmassage</i>	
	manuelle Heilmassage Teil-/Ganzkörper	x
	<i>Schulungen</i>	
	allg. und indikat.-spez. Patientenschulung – Einzel	x
	allg. und indikat.-spez. Patientenschulung – Gruppe	x
	Initiierung von Nachsorgemaßnahmen	x
	Raucherberatung u. -prävention/Raucherentwöhnung/Drogenberatung	x
	Angehörigenberatung/-schulung	x
	<i>Orthopädie- und Rehabilitationstechnik</i>	
	Heilbehelfs- und Hilfsmittelzurichtung	o
	orthopädische Schuhversorgung	o
<sup>4</sup> müsste in den vorgeschalteten Abteilungen für KJP vorhanden sein		
<sup>5</sup> Durchführung im interdisziplinären Setting		

Verfügbarkeit: x = vor Ort verfügbar, o = in Kooperation möglich

Quelle und Darstellung: GÖ FP

## *Prozessqualität*

### Prozesse

Die Betreuung der Patientinnen/Patienten bzw. Rehabilitanden/Rehabilitandinnen ist in verschiedene definierte Phasen geteilt: Clearingphase, Aufnahmephase, Therapiephase, Entlassungsphase und Nachsorgephase. Für jede dieser Phasen und die darin enthaltenen Subprozesse (z. B. Aufnahme- und Entlassungsmanagement, Information/Einwilligung/Vertraulichkeit, Verlaufsdocumentation) sind fixe Standards zu entwickeln. Als Grundprinzipien der KJP-Rehabilitation gelten Lösungs- und Ressourcenorientierung sowie partnerschaftliche Zielvereinbarungen zwischen Behandlungsteam und Rehabilitanden/Rehabilitandinnen und deren jeweiligem Bezugssystem (so aufgrund des Alters noch involviert). Das Ziel der Betreuung muss ein Maximum an Partizipation sein, daher sind partizipative Haltung und Maßnahmen als Grundprinzip jeder Rehabilitationsmaßnahme unerlässlich.

In allen Patientenprozessen sind auch die Grundsätze der Kinderrechte, des Kinder- und Jugendschutzes sowie der jeweiligen alters-, entwicklungs- und krankheitsbezogenen Aufsichtspflicht zu berücksichtigen.

Insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat die Kinder- und Jugendrehabilitation die Verpflichtung, die Therapie auf die Besonderheiten der sich entwickelnden Menschen abzustimmen und sich daher besonders auf die jeweils spezifischen Lebenssituationen der Rehabilitanden/Rehabilitandinnen einzustellen und – soweit möglich – auch die sozialen Herkunftssysteme (Familie, Schule, Arbeit) in die Betreuung einzubeziehen.

### Diagnostik

- » Zeitpunkte:
  - » bei Aufnahme und Entlassung ausführliches Assessment
  - » Zwischenassessment nach halber Rehabilitationszeit
- » Inhalt:
  - » Aufnahme: Neben den fachlichen Standards der jeweiligen Berufsgruppen sind Outcome-Parameter zu berücksichtigen und die spezifischen rehabilitations-diagnostischen Prozesse (Rehabilitationsdiagnose, -bedürftigkeit, -motivation, -ziele, -prognose) standardisiert zu erheben.
  - » Zwischenassessment: Das Zwischenassessment dient der Verlaufserhebung und der Überprüfung der rehabilitations-spezifischen Parameter (Erreichen der Rehabilitationsziele, -motivation und -prognose) mit dem Ziel, bei Nichterreichen oder bei rascherem Erreichen daraus Konsequenzen zu ziehen (frühzeitige Beendigung, Verlängerung etc.).
  - » Entlassung: Erhebung der rehabilitations-spezifischen Parameter und der Outcome-Parameter, Überprüfung der Planungen für die Nachsorge (Post-Rehabilitationskonzept)

## Therapie

Präambel: Kinder- und jugendpsychiatrisches Arbeiten bedeutet immer auch Arbeit mit den Bezugssystemen der Kinder und Jugendlichen. Das Rehabilitationskonzept muss daher auch definierte Standards des Einbeziehens der Eltern bzw. Obsogeträger/-innen beinhalten, sowohl für den therapeutischen, den integrativen, den pflegerisch-pädagogischen Bereich als auch auf der Leistungsebene (definierte und verrechenbare Leistung). Idealerweise ist die Mitaufnahme von Eltern für umschriebene Zeiten möglich.

Kinder- und jugendpsychiatrisch-rehabilitative Behandlung:

- » Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung: Auf wissenschaftlich-medizinischer Grundlage hat die KJP-Ärztin / der KJP-Arzt die Funktion der Case-Managerin / des Case-Managers. Sie/Er ist – gemeinsam mit dem Patienten / der Patientin – für die interdisziplinäre Erstellung des Therapieplanes und die Indikationsstellung, für die interdisziplinären Assessments und deren Interpretation sowie für den Gesamtprozess der jeweiligen Patientin / des jeweiligen Patienten verantwortlich. Die Pharmakotherapie erfolgt nach den allgemein gültigen Regeln, die das Vorhandensein von entsprechend standardisierten Aufklärungs- und Zustimmungsprozessen und auch Standards für den Umgang mit dem Off-label-Use voraussetzen. Weiters koordiniert die KJP-Ärztin / der KJP-Arzt auch die psychoedukativen Maßnahmen und die Teamprozesse.
- » Psychotherapie: Die gesamte Einrichtung muss von einer psychotherapeutischen, wenn möglich systemischen Grundhaltung geprägt sein, um die Symptomatik vor dem biographischen und interaktionellen Hintergrund zu verstehen und adäquat darauf reagieren zu können. Idealerweise steht ein Mix verschiedener therapeutischer Schulen zur Verfügung: Verhaltenstherapie, DBT, Systemische Therapie, Traumatherapie inkl. EMDR, tiefenpsychologische oder analytische Psychotherapie; Gruppentherapie, z. B. Psychodrama. Es ist jeweils der Ansatz anzuwenden, der die höchste Wahrscheinlichkeit (Evidenzbasierung) einer erfolgreichen Behandlung aufweist. Zumeist ist aber die Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut/-in und Patient/-in der wesentlichste Erfolgsfaktor, weswegen auf diese Passung ein wesentliches Augenmerk zu legen ist.
- » Andere Therapien
  - » Ergotherapie: ist ein zentraler Bestandteil der KJP-Rehabilitation sowohl im neuropädiatrischen (Feinmotorik, Koordination, Wahrnehmung) als auch im kreativen Bereich (Malen, Töpfern, Gestaltungstherapie) und bei der Hilfe zur Selbsthilfe (Activities of daily living, Arbeitstraining, Arbeitstherapie)
  - » Physiotherapie: im engeren Sinne klassische physiotherapeutische und heilgymnastische Angebote, erweitert um Sport und bewegungstherapeutische Konzepte (Lauftherapie, Tanzen, konzentrierte Bewegungstherapie etc.)
  - » Soziale Arbeit: Kooperations- und Vernetzungsaufgabe mit den Herkunftssystemen und beteiligten Helfersystemen; Arbeitsanbahnung inkl. Behördengänge; Hilfe zur Selbsthilfe bei Amtswegen, Behörden, Ansuchen, finanzieller Gebarung etc., Kinderschutzarbeit; Unterstützung bei Wohnungssuche, Planung des selbstständigen Lebens etc.

- » Integrative Therapie
  - » Erbringer/-innen: Pflege und Pädagoginnen/Pädagogen im Tagdienst
  - » Inhalte: Hilfe zur Selbsthilfe im aktuellen Tagesgeschehen (Planung, Durchführung, Unterstützung); Gruppenangebote für interaktive Prozesse (Tagesgestaltung, Terminkoordination, Freizeitgestaltung, Feedback-Kultur und Konfliktmanagement Skillstraining etc.) der Kleingruppe; evtl. in Kooperation mit Psychologinnen/Psychologen bzw. Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten bzw. Ärztinnen/Ärzten: Entspannungsgruppe, soziales Kompetenztraining etc. Lernangebote und Unterstützung bei Erwerb von schulischen oder arbeitsrelevanten Lehrinhalten; Erlebnis- und spielpädagogische Maßnahmen: verschiedenste Spiel- und Beschäftigungsangebote; Ausflüge zu Betrieben der nächsten Umgebung, Vermittlung von Naturerlebnissen, Kompetenztraining (Selbstständigkeit, Orientierung etc.) im öffentlichen Raum; Erfahrungen mit Grenzsituationen
- » Pflege und Pädagoginnen/Pädagogen
 

Sie sind für die Grundstruktur der Rehabilitation verantwortlich, für das Klima, die Beziehungsgestaltung, die Umsetzung des Therapieplanes auf der persönlichen Ebene der Patientinnen/Patienten. Sie sind für die Unterstützung verantwortlich i. S. der Hilfe zur Selbsthilfe. Weiters sind sie für die Stabilität der Gruppe und ihrer Alltagsstruktur (Tagesabläufe, Rituale, Kulturtechniken etc.) ebenso wie für Krisenintervention und Deeskalation bei eskalierenden Einzel- und Gruppenprozessen zuständig.

## 4 Rehabilitation von Erwachsenen

### 4.1 Methodische Vorgangsweise

Die methodische Vorgangsweise bei Datenerhebung und durchzuführenden Leistungen wurde in enger Abstimmung mit dem Auftraggeber und dem Projektbeirat gewählt und wie folgt festgelegt:

- » **Bestandsaufnahme und -analyse** der vorhandenen **stationären Rehabilitationseinrichtungen** und Darstellung des Ist-Stands an vertraglichen und sanitätsbehördlich bewilligten Betten in den jeweiligen Rehabilitations-Indikationsgruppen; Analyse der Inanspruchnahme von stationären Rehabilitationseinrichtungen im Zeitverlauf auf Basis des Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehens und der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten
- » **Bestandsaufnahme und -analyse** der vorhandenen **ambulanten Rehabilitationseinrichtungen der Phase II** und Darstellung der im Jahr 2019 durchgeführten und mit SV-Trägern abgerechneten bzw. im Jahr 2020 von SV-Trägern zugesagten ambulanten Rehabilitationsverfahren pro Jahr sowie der sanitätsbehördlich bewilligten bzw. beantragten ambulanten Rehabilitationsverfahren nach Rehabilitations-Indikationsgruppen
- » Abschätzung des **bundesweiten und regionalen Versorgungsbedarfs** der Erwachsenen-Rehabilitation in den jeweiligen Rehabilitations-Indikationsgruppen für den Planungshorizont 2025 unter Berücksichtigung des Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehens sowie des Krankheitsgeschehens

Gegenübergestellt wird der Ist-Stand 2020 und der Soll-Stand 2025 an stationären und ambulanten (Phase-II-)Kapazitäten, differenziert nach Rehabilitations-Indikationsgruppen bundesweit (stationär und ambulant Phase II), nach Versorgungszonen und Bundesländern (stationär) sowie nach Eignungsstandorten und Bundesländern (ambulant Phase II).

Im Zuge der **Bestandsaufnahme und -analyse** wurden folgende Erhebungen bzw. Auswertungen durchgeführt:

#### *Erhebungsblatt zum Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen*

Aus der Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsstatistik des DVSV bzw. der einzelnen Sozialversicherungsträger wurden die Daten für den Zeitraum 2015 bis 2018 vom Auftraggeber übermittelt. Die Daten für die Jahre 2003 bis 2014 lagen bereits im Zuge der Arbeiten zu früheren Rehabilitationsplänen vor und konnten übernommen werden. Die Daten werden jährlich nach einheitlichen Erhebungsgrundsätzen vom DVSV bei den SVT erhoben, differenziert nach den Kategorien „Medizinische Rehabilitation“ und „Sonstige Heilverfahren“ (z. B. Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsfestigung und Unfallheilbehandlung):

- » Anzahl der Anträge insgesamt
- » Anzahl der bewilligten Anträge (Bewilligungen)

- » Anzahl der im Berichtsjahr durchgeführten (beendeten) Verfahren

Ab dem Berichtsjahr 2016 wird in den Erhebungsblättern in der medizinischen Rehabilitation in den Rubriken „Bewilligungen“ und „durchgeführte Verfahren“ zwischen Erwachsenen- und Kinder-Rehabilitation, in der ambulanten medizinischen Rehabilitation zwischen Phase II und Phase III und generell nach Rehabilitations-Indikationsgruppen unterschieden.

#### *Erhebungsblatt der Sozialversicherungsträger*

Dieses Erhebungsblatt, das von den einzelnen SVT ausgefüllt wurde, gliedert sich in zwei Abschnitte: ambulante Phase-II-Rehabilitation (Abschnitt I); ambulante Phase-III-Rehabilitation (Abschnitt II).

In Abschnitt I wurde von den SVT der maximale Anteil aller Phase-II-Rehabilitationsverfahren geschätzt, die durch eine ambulante Phase-II-Rehabilitation abgedeckt werden könnten. Die Schätzung erfolgte aus medizinischer Sicht und unter Annahme eines bedarfsadäquat voll ausgebauten ambulanten Rehabilitationsangebots, gegliedert nach Rehabilitations-Indikationsgruppen.

In Abschnitt II wurden die SVT aufgefordert, jenen Anteil an Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu schätzen, die aus medizinischer Sicht nach einer Phase-II-Rehabilitation (stationär oder ambulant) noch Bedarf an einer ambulanten Phase-III-Rehabilitation haben, gegliedert nach Rehabilitations-Indikationsgruppen.

#### *Erhebungsblatt der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen der Phase II*

Dieses Erhebungsblatt wurde an alle ambulanten Rehabilitationseinrichtungen der Phase II versendet, die ambulante Rehabilitationsverfahren der Phase II im Datenjahr 2018 mit mindestens einem SVT abgerechnet haben. Erhoben wurde die Anzahl der maximal möglichen ambulanten Rehabilitationsverfahren der Phase II pro Jahr für die in der jeweiligen Einrichtung bewilligten Rehabilitations-Indikationsgruppen.

Die Erhebung erfolgte unter den Annahmen, dass die räumliche Infrastruktur der jeweiligen Einrichtung gemäß gültiger Betriebsbewilligung unverändert bleibt, Personal und Öffnungszeiten aber variabel sind.

#### *Auswertung der Diagnosen- und Leistungsdokumentation*

In der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (DLD) werden seit Anfang der 1990er-Jahre

- » Patientenstammdaten (Altersgruppen, Geschlecht, Wohnpostleitzahl),
- » medizinische Daten (insbesondere Haupt- und Nebendiagnosen) sowie
- » die die Kosten des Aufenthalts übernehmenden Sozialversicherungsträger

für alle jene Patientinnen und Patienten, die sich einem stationären Aufenthalt in einer bettenführenden Krankenanstalt im Sinne des KAKuG unterziehen, EDV-mäßig erfasst. Diese Daten sind gemäß Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen dem Gesundheitsressort (BMSGPK) zu übermitteln und werden von diesem der GÖ FP für Planungsarbeiten zur Verfügung gestellt. Daten der DLD eignen sich zur genauen Abbildung der tatsächlichen Inanspruchnahme sowohl der SV-eigenen Rehabilitationseinrichtungen als auch der Vertragspartner-Einrichtungen (SKA, die vorwiegend oder ausschließlich der Rehabilitation dienen).

Die DLD ist als ergänzende Datengrundlage unverzichtbar, weil eine über alle SVT vereinheitlichte EDV-Dokumentation noch nicht existiert, sodass keine Klarheit darüber besteht, welche SVT welche Rehabilitandinnen bzw. Rehabilitanden aus welchem Wohnort welchen Alters und Geschlechts mit welchen Indikationsstellungen in welche Rehabilitationseinrichtungen einweisen. Durch Einbeziehen der DLD in die Bestandsanalyse können zumindest Aussagen über die Anzahl der de facto in jeder einzelnen stationären Rehabilitationseinrichtung versorgten Rehabilitandinnen bzw. Rehabilitanden nach Wohnort, Alter, Geschlecht und Indikationsstellung getroffen werden.

#### *Bedarfsplanung via Prognosemodell und Simulationstool*

Die **Bedarfsplanung** inkl. der Erstellung eines **Prognosemodells** und eines **Simulationstools** ermöglicht die Berücksichtigung verschiedenster Aspekte (zur genaueren Beschreibung vgl. Kapitel 4.4). Im Rahmen modellierter Bedarfsschätzungen wurde so einerseits die Entwicklung des Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehens (mit einer Zeitreihe von 2003 bis 2018) herangezogen, aber auch die Entwicklung wichtiger Einflussgrößen wie Demografie und akutstationäres Versorgungsgeschehen. Via ein eigens für den Planungsprozess erstelltes Simulationstool fanden aber auch wichtige qualitative Einschätzungen von Expertinnen und Experten der SVT Eingang in die Bedarfsplanung.

## 4.2 Datengrundlagen

Für die angeführten Arbeiten standen folgende Datengrundlagen zur Verfügung:

- » Demografische Struktur und Entwicklung 1991-2019 sowie Bevölkerungsprognose 2002-2081, GeoAtlas Distance (Quellen: ST.AT, ÖRÖK, GeoMagis GmbH, GÖ-FP-eigene Berechnungen)
- » Bettenberichte für bettenführende Krankenanstalten 1992–2018 (Quelle: BMSGPK)
- » Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2002–2018 (Programmpakete *KDok* bzw. *XDok*, Quelle: BMSGPK)
- » Rehabilitationsplan 2004 (Quelle: GÖG/ÖBIG, vormals ÖBIG, im Auftrag des HVSVT)
- » Rehabilitationsplan 2009 (Quelle: GÖ FP, vormals ÖBIG FP, im Auftrag des HVSVT)
- » Rehabilitationsplan 2012 (Quelle: GÖ FP, im Auftrag des HVSVT)
- » Rehabilitationsplan 2016 (Quelle: GÖ FP, im Auftrag des HVSVT)

- » Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsdaten der einzelnen SV-Träger für die Jahre 2003 bis 2018 (Quellen: Rehabilitationsplan 2016, HVSVT, Erhebungen bei den SV-Trägern)
- » Verzeichnis der selbstständigen Ambulatorien in Österreich (Quelle: <http://www.sozialministerium.at>)
- » Daten zu geschätzten ambulanten Rehabilitationspotenzialen der Phase II und III (Quelle: Erhebung bei den SV-Trägern)
- » Daten zu maximal möglichen ambulanten Rehabilitationsverfahren der Phase II (Quelle: Erhebung bei den ambulanten Rehabilitationseinrichtungen der Phase II)
- » Ergänzende Informationen zum Ist-Stand der stationären und ambulanten Kapazitäten der SV-eigenen Einrichtungen und der Vertragspartner-Einrichtungen laut Österreichischem Rehabilitationskompass (Quelle: <http://www.rehakompass.at>) bzw. laut Rehabilitations-Evidenz

## 4.3 Bestandsanalyse

### 4.3.1 Grundlagen

Projektgegenstand des Rehabilitationsplans 2020 sind die stationären und ambulanten Kapazitäten der Phase II der medizinischen Rehabilitation für Erwachsene in den SV-eigenen Einrichtungen, in den Vertragspartner-Einrichtungen sowie in jenen Einrichtungen, die als PPP-Modell geführt werden. Dabei handelt es sich grundsätzlich um Einrichtungen, die sanitätsbehördlich als Sonderkrankenanstalten genehmigt sind und vorwiegend der Rehabilitation dienen, sowie um selbstständige Ambulatorien für ambulante Rehabilitation. Gegenwärtig von den SV-Trägern beschickte Einrichtungen im angrenzenden Ausland werden ebenfalls berücksichtigt. Kureinrichtungen sowie ambulante Therapieangebote von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bzw. Therapeutinnen und Therapeuten außerhalb der medizinischen Rehabilitation im Sinne des Sozialversicherungsrechts sind nicht Gegenstand des Rehabilitationsplans 2020.

In die stationäre Bestandsanalyse einbezogen werden in diesem Sinne Sonderkrankenanstalten (SKA), die vorwiegend der Rehabilitation dienen. Da es sich dabei um Krankenanstalten im Sinne von § 2 Abs 1 Z 2 KAKuG handelt und diese dem Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen unterliegen, werden grundsätzlich für alle diese KA jährlich ein Bettenbericht sowie Datenmeldungen zur DLD an das BMSGPK übermittelt. Bis auf wenige Ausnahmen (z. B. jene SKA, die erst vor wenigen Monaten eröffnet wurden bzw. Rehabilitationseinrichtungen, die als selbstständige Ambulatorien mit angeschlossenen Hotelbetrieb geführt und von den SVT beschickt werden) liegen beim BMSGPK diese beiden Datengrundlagen somit auch für alle SKA, die vorwiegend der Rehabilitation dienen, vor. Diese werden alljährlich an die GÖ FP übermittelt und hier in das Österreichische Gesundheitssystem (ÖGIS) integriert.

Ambulante Rehabilitation wird in der Regel in selbstständigen Ambulatorien im Sinne von § 2 Abs 1 Z 5 KAKuG erbracht. Selbstständige Ambulatorien unterliegen – wie SKA – dem Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, in dem die Erarbeitung und Erprobung eines Dokumentationssystems für alle leistungs anbietenden Gesundheitseinrichtungen im ambulanten Bereich in Form von Modellversuchen festgelegt ist. Dieses ambulante Dokumentationssystem befindet sich derzeit noch im Aufbau, weshalb noch keine flächendeckenden Daten zu diesen Einrichtungen verfügbar sind. Seitens des BMSGPK wird ein unverbindliches Verzeichnis der selbstständigen Ambulatorien in Österreich geführt. Die darin enthaltenen Angaben (u. a. zur Ambulatoriums-Nummer und zur ambulanten Rehabilitation) sind auf der Website des BMSGPK veröffentlicht und stehen als Informationsgrundlage für die ambulante Rehabilitation zur Verfügung.

Kureinrichtungen sind krankenanstaltenrechtlich in der Regel entweder als selbstständige Ambulatorien oder als Kuranstalten im Sinne von § 42a KAKuG, nicht aber als bettenführende SKA bewilligt, sodass über diese Einrichtungen auch keine Daten im ÖGIS verfügbar sind.

Auf Basis dieser rechtlichen und datenbezogenen Kriterien sowie der Einträge im Österreichischen Rehabilitationskompass und in der Rehabilitations-Evidenz wurde eine Auflistung der in die Projektarbeiten einzubeziehenden Einrichtungen erstellt und mit dem Auftraggeber sowie dem Projektbeirat abgestimmt.

Die Auflistungen wurden für die stationäre und ambulante Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II und für die stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation erstellt (vgl. Tabellen 1a, 1b und 1c im Tabellenanhang). Eine kartografische Darstellung aller relevanten Rehabilitationseinrichtungen ist dem Anhang zu entnehmen (vgl. Karten 1a, 1b und 1c im Kartenanhang).

### 4.3.2 Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen

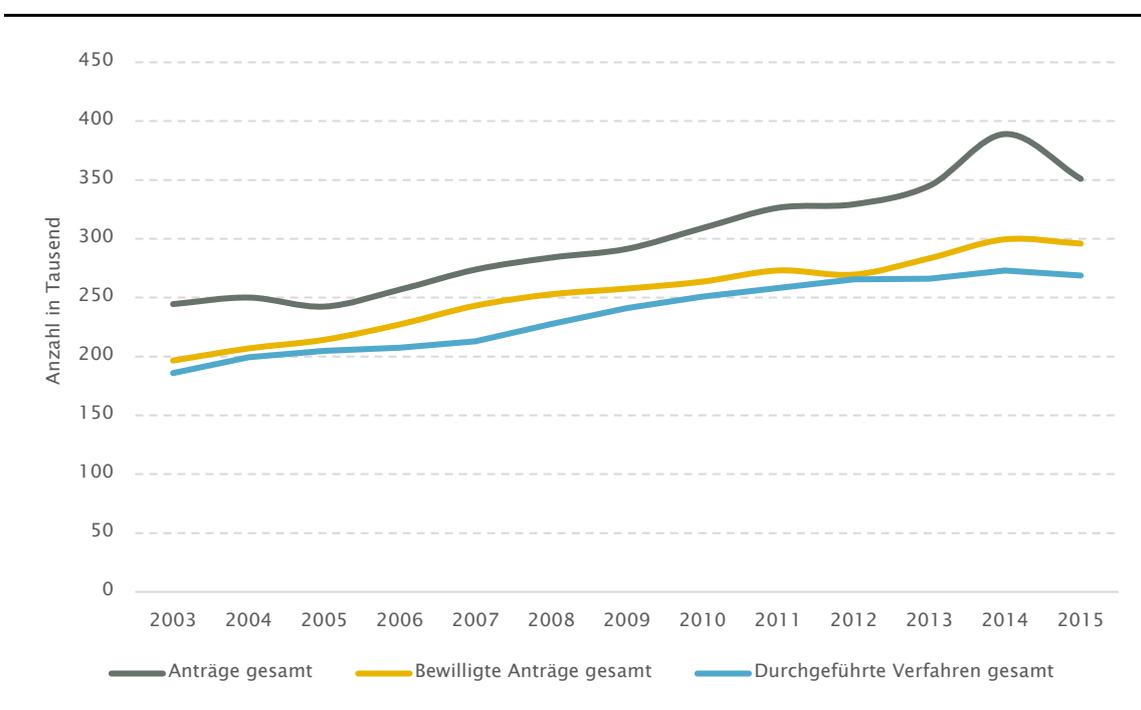
Angaben zum Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen werden nach einheitlichen Erhebungskriterien vom DVSV bei den einzelnen SVT erhoben. Die vom DVSV übermittelten Angaben zum Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen wurden tabellarisch erfasst und dargestellt. Tabelle 2a im Tabellenanhang enthält Angaben zu den gestellten bzw. bewilligten Anträgen sowie zu den durchgeführten stationären Verfahren sowohl in stationären SV-eigenen Einrichtungen als auch in stationären Vertragspartner-Einrichtungen (inkl. stationärer ausländischer Einrichtungen). Die Darstellung erfolgt nach Art des Heilverfahrens, getrennt nach der medizinischen Rehabilitation und nach allen Heilverfahren gesamt (Rehabilitation, Kur und andere Kostenschüsse) für die Jahre 2003 bis 2015.

Ab dem Datenjahr 2016 wurden die Erhebungskriterien erweitert und das Erhebungsformular angepasst. Ab diesem Datenjahr kann für jede Rehabilitations-Indikationsgruppe zwischen stationärer und ambulanter Rehabilitation, zwischen ambulanter Phase-II- und Phase-III-Rehabilitation sowie zwischen Erwachsenen- und Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation differenziert werden. Tabelle 2b im Tabellenanhang enthält die Anzahl der bewilligten Anträge (stationär und ambulant

Phase II) sowie die durchgeführten Verfahren der Phase II je Rehabilitations-Indikationsgruppe für die Jahre 2016 bis 2018.

Die Gesamtzahl der jährlichen Anträge auf **alle Heilverfahren** ist zwischen 2003 und 2015 von rund 244.500 auf rund 351.000 gestiegen, wobei nach einem Höchststand im Jahr 2014 die Zahl der Anträge im Jahr 2015 wieder deutlich zurückgegangen ist. Der Anteil der bewilligten Anträge an allen gestellten Anträgen stieg von rund 80 Prozent im Jahr 2003 bis auf 89 Prozent im Jahr 2008, ging in den folgenden Jahren bis auf 77 Prozent im Jahr 2014 zurück und stieg im Jahr 2015 wieder auf rund 84 Prozent an. Die Anzahl der durchgeführten Verfahren stieg von rund 186.000 im Jahr 2003 auf rund 273.000 im Jahr 2014, ging aber im Jahr 2015 auf rund 269.000 zurück (vgl. Abbildung 4.1 sowie Tabelle 2a im Tabellenanhang).

Abbildung 4.1:  
Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen (alle Heilverfahren), 2003–2015



Quelle: DVSV – Erhebungen zum Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen bei den SVT 2003-2015;  
Berechnung und Darstellung: GÖ FP

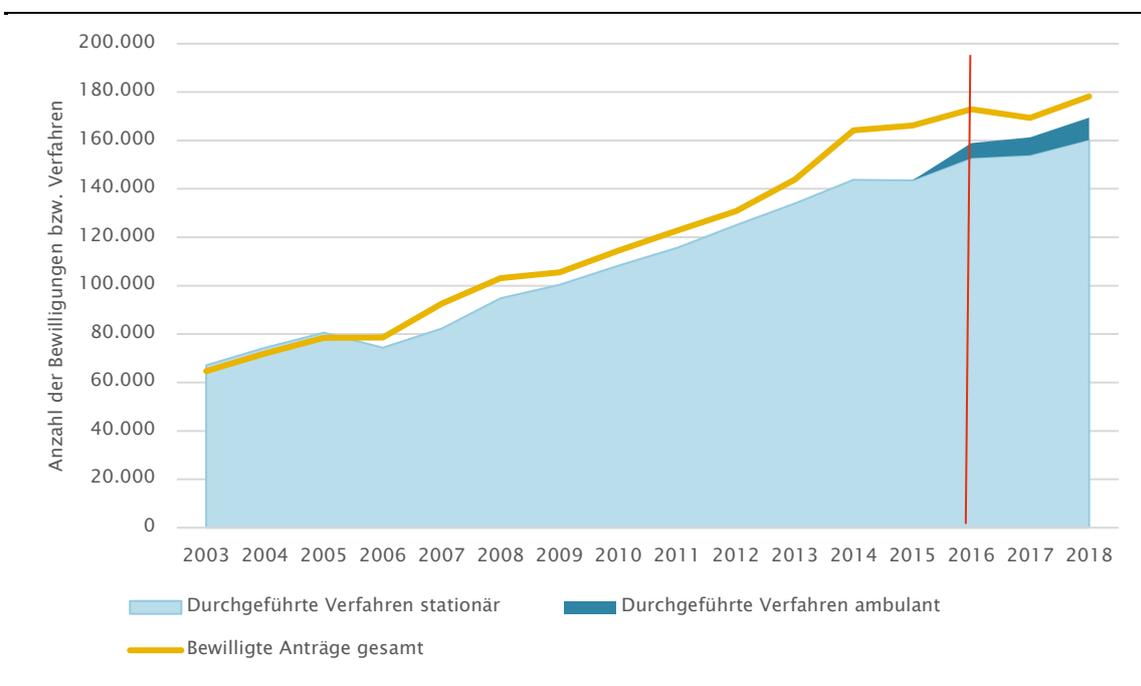
Der Anteil der Bewilligungen für **medizinische Rehabilitation** an den Anträgen auf alle Heilverfahren insgesamt lag im Jahr 2003 bei rund 26 Prozent und stieg bis zum Jahr 2015 auf rund 47 Prozent an. In den Jahren 2008 bis 2013 wurden zwischen 92 und 96 Prozent der bewilligten Verfahren in der medizinischen Rehabilitation auch tatsächlich durchgeführt. Im Jahr 2014 sank dieser Wert auf rund 88 und 2015 auf rund 86 Prozent. Der Anteil der in SV-eigenen Einrichtungen durchgeführten Verfahren an allen durchgeführten Verfahren der medizinischen Rehabilitation sank von rund 56 Prozent im Jahr 2003 auf 36 Prozent im Jahr 2015. Der Anteil der durchgeführten Verfahren in ausländischen Einrichtungen lag im Jahr 2008 bei einem Höchststand von 4,7 Prozent,

ging dann bis 2013 auf 1,7 Prozent zurück und lag im Jahr 2015 bei 2,4 Prozent (vgl. Tabellen 2a und 2b im Tabellenanhang).

Ab dem Datenjahr 2016 ist eine Differenzierung zwischen ambulanter Rehabilitation der Phasen II und III, zwischen der Erwachsenen-Rehabilitation und Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation sowie nach Rehabilitations-Indikationsgruppen möglich.

In Abbildung 4.2 ist die Entwicklung der bewilligten und der durchgeführten Verfahren der medizinischen Rehabilitation in den Jahren 2003 bis 2018 dargestellt, wobei die durchgeführten ambulanten Rehabilitationsverfahren erst ab dem Jahr 2016 in den Datengrundlagen enthalten sind (vgl. Tabellen 2a und 2b im Tabellenanhang).

Abbildung 4.2:  
Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen (medizinische Rehabilitation), 2003–2018



Quelle: DVSV – Erhebungen zum Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen bei den SVT 2003-2018;  
Berechnung und Darstellung: GÖ FP

### 4.3.3 Stationäre Rehabilitationseinrichtungen

Im stationären Bereich werden die vertraglichen und sanitätsbehördlich bewilligten Betten je Einrichtung und je Rehabilitations-Indikationsgruppe dargestellt. Einrichtungen, die zum Zeitpunkt der Erstellung des Rehabilitationsplans 2020 noch nicht in Betrieb waren, aber bereits über eine SV-Vertragszusage verfügten, werden ebenfalls berücksichtigt (vgl. rote Schrift in den Tabellen 1a und 1c im Tabellenanhang). Ergänzend wird angegeben, ob es sich bei der jeweiligen Einrichtung um eine SV-eigene Einrichtung oder um eine Vertragspartner-Einrichtung handelt.

**Versorgungswirksam** sind gemäß der krankenanstaltenrechtlichen Vorgaben jene Kapazitäten, die durch öffentliche, private gemeinnützige oder sonstige bettenführende Krankenanstalten mit entsprechenden Verträgen mit SV-Trägern bzw. durch die SV-Träger in ihren eigenen Einrichtungen abgedeckt werden (max. bis zur Höhe der sanitätsbehördlich bewilligten Kapazitäten). Diese Kapazitäten werden im Rehabilitationsplan 2020 als **vertragliche Betten** bezeichnet.

Mit Stand Ende Dezember 2020 gab es in Österreich insgesamt 81 stationäre Rehabilitationseinrichtungen für Erwachsene mit insgesamt **11.751** sanitätsbehördlich bewilligten Betten, von denen **11.424** Betten vertragliche Betten waren (inkl. 147 sich noch nicht in Betrieb befindende Betten mit SV-Vertragszusage in der RIG PSY, vgl. Tabelle 1a im Tabellenanhang). In der stationären Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation befanden sich im Jahr 2020 393 Betten (inkl. 50 Betten familienorientierte Rehabilitation in der RIG ONK) in einem aufrechten Vertragsverhältnis mit mindestens einem SV-Träger, wobei sich die Einrichtung in der VZ West noch im Aufbau befand (vgl. Tabelle 1c im Tabellenanhang).

Die Inanspruchnahme der stationären Rehabilitationseinrichtungen durch Einwohnerinnen und Einwohner bzw. deren regionale Versorgungswirkung kann über die kartografische Analyse der tatsächlichen Einzugsbereiche differenziert nach RIG im Jahr 2018 charakterisiert werden (vgl. Karten 2 bis 10 im Kartenanhang).

#### *Beschickte stationäre Rehabilitationseinrichtungen im Ausland*

In Ausnahmefällen werden Rehabilitationseinrichtungen im Ausland (vorrangig in Deutschland) beschickt. Im Jahr 2018 wurden 3.389 stationäre Verfahren für österreichische Rehabilitandinnen/Rehabilitanden in deutschen Rehabilitationseinrichtungen abgedeckt, wovon 3.324 Verfahren (rund 98 Prozent) in sieben deutschen Rehabilitationseinrichtungen bzw. in vier RIG (BSR, HKE, NEU, PSY) stattgefunden haben. Die am häufigsten beschickten ausländischen Rehabilitationseinrichtungen im Jahr 2018 werden nachfolgend aufgelistet:

- » Klinik Jesuitenschlößl in Passau (822 Verfahren BSR, 247 Verfahren NEU, 383 Verfahren PSY)
- » Klinik im Hofgarten in Bad Waldsee (1.053 Verfahren BSR)
- » Klinik Schwabenland in Isny-Neutrauchburg (450 Verfahren HKE)
- » Klinik Alpenland in Bad Reichenhall (151 Verfahren PSY)
- » Klinik Niederbayern in Bad Füssing (112 Verfahren BSR)
- » Medical Park Loipl in Bischofswiesen (87 Verfahren NEU)
- » Fachklinik Wangen in Wangen im Allgäu (19 Verfahren BSR)

Die ausländischen Rehabilitationseinrichtungen wurden im Jahr 2018 von mehreren SV-Trägern (PVA, BVAEB, SVS, ÖGK) beschickt. In der Auflistung wird die Summe an Verfahren aller SV-Träger dargestellt.

Die Verträge der PVA in der RIG PSY mit deutschen Rehabilitationseinrichtungen waren bis Ende Juni 2019 aufrecht, wurden aber danach nicht mehr verlängert. Diese Rehabilitationsverfahren

sollen in Zukunft in Österreich erbracht werden. Aufgrund der bisherigen Zuweisungspraxis wurden die im Jahr 2018 im Rahmen dieser PVA-Verträge in der RIG PSY in Deutschland erbrachten 526 Rehabilitationsverfahren bzw. 62 Betten im Soll 2025 der Zielregion VZ Nord (OÖ, Salzburg) zugerechnet (vgl. Tabellen 4a und 4b im Tabellenanhang).

#### 4.3.4 Ambulante Rehabilitationseinrichtungen

Im ambulanten Bereich werden die durchgeführten und mit SV-Trägern abgerechneten ambulanten Rehabilitationsverfahren im Jahr 2019 und die bewilligten bzw. beantragten ambulanten Rehabilitationsverfahren pro Jahr (sofern vorhanden) je Einrichtung und je Rehabilitations-Indikationsgruppe dargestellt. Für einige ambulante Einrichtungen sind in den Bewilligungsbescheiden der Landesbehörden keine (klaren) quantitativen Festlegungen enthalten. In diesen Fällen ist in der Tabelle 1b im Tabellenanhang ein „x“ eingetragen. Eine klare Definition der bewilligten Mengen in allen Bewilligungsbescheiden sollte angestrebt werden.

Einrichtungen, die zum Zeitpunkt der Erstellung des Rehabilitationsplans 2020 noch nicht in Betrieb waren, aber bereits über eine SV-Vertragszusage verfügten, werden ebenfalls berücksichtigt (vgl. rote Schrift in Tabelle 1b im Tabellenanhang). Ergänzend wird angegeben, ob es sich bei der jeweiligen Einrichtung um eine SV-eigene Einrichtung oder um eine Vertragspartner-Einrichtung handelt.

In den Rehabilitationseinrichtungen der ambulanten Erwachsenen-Rehabilitation wurden im Jahr 2019 10.156 ambulante Rehabilitationsverfahren der Phase II durchgeführt und mit SV-Trägern abgerechnet. Ergänzend gibt es mit Stand Dezember 2020 für 3.852 jährliche ambulante Rehabilitationsverfahren der Phase II Vertragszusagen vonseiten der SV.

Insgesamt wurden 41 in Betrieb befindliche ambulante Rehabilitationseinrichtungen mit Versorgungsangeboten in der ambulanten Phase-II-Rehabilitation identifiziert (wovon 34 Einrichtungen im Jahr 2019 ambulante Rehabilitationsverfahren der Phase II durchgeführt und mit SV-Trägern abgerechnet haben), bei denen es sich um SV-eigene Einrichtungen oder um Vertragspartner-Einrichtungen handelt. Einige weitere Einrichtungen verfügen über keinen Vertrag zur ambulanten Phase-II-Rehabilitation mit einem SV-Träger (vgl. graue Markierungen in Tabelle 1b im Tabellenanhang).

Mit dem seitens der Sozialversicherung (federführend durch die PVA) 2018 eingeleiteten Vergabeverfahren zum Abschluss von Verträgen im Bereich der ambulanten Rehabilitation ist es gelungen, den in einigen Indikationen ausgewiesenen Ergänzungsbedarf in Teilen Österreichs weitgehend zu decken. Die mit Abschluss des Verfahrens 2019 erteilten Vertragszusagen sorgen dafür, dass die ambulante rehabilitative Versorgung der Bevölkerung mit Ausrollung der entsprechenden Verträge zum relevanten Planungshorizont 2020 weitgehend sichergestellt werden konnte.

Die **Messgröße „ambulanter Therapieplatz“** zur Darstellung von Kapazitäten der ambulanten Rehabilitation (Ist- und Soll-Stand) hat in der Vergangenheit häufig zu Unklarheiten bei den unterschiedlichen Akteuren der Rehabilitationsplanung (z. B. SV-Träger, Landesbehörden) geführt und wird daher in der Rehabilitationsplanung nicht mehr verwendet. Ziel ist es, den bestehenden Versorgungsstand in der ambulanten Rehabilitation nachvollziehbar, einheitlich und verständlich darzustellen. Dies erfolgt im gegenständlichen Rehabilitationsplan 2020 durch Verwendung der **jährlich durchgeführten** (bei in Betrieb befindlichen Einrichtungen) **bzw. durchführbaren** (gemäß SV-Vertragszusage) **ambulanten Rehabilitationsverfahren** als Messgröße in der ambulanten Rehabilitation.

Zur möglichst klaren Abbildung des Ist-Standes wäre es darüber hinaus erforderlich, auch die Kapazitätsangaben in den bereits existierenden Bescheiden – unter Einbeziehung der Rechtsträger der Einrichtungen und der Länder – möglichst zu bereinigen und in der Dimension „jährlich durchführbare ambulante Rehabilitationsverfahren je Rehabilitations-Indikationsgruppe“ auszuweisen. Neben einer einheitlichen Darstellung des tatsächlichen Ist- bzw. Soll-Standes innerhalb des ambulanten Bereiches wird dadurch auch die Vergleichbarkeit der Mengengerüste zwischen stationärer und ambulanter Rehabilitation verbessert.

#### *Planungsprinzipien für den Auf- und Ausbau ambulanter Rehabilitationsangebote der Phase II*

Die ambulante Rehabilitation stellt einen wichtigen Aspekt zur Flexibilisierung der medizinischen Rehabilitation dar, mit der dem unterschiedlichen Rehabilitationsbedarf verschiedener Patientengruppen entsprochen werden kann. Grundsätzlich ist die stationäre Rehabilitation derzeit noch weit stärker im Bewusstsein der Menschen verankert als die ambulante Rehabilitation, die sich in den letzten Jahren in Österreich zunehmend etabliert hat, wobei eine verstärkte Akzeptanz und Inanspruchnahme ambulanter Rehabilitationseinrichtungen nur schwer vorhersehbar sind. Weiters müssen bei der Entscheidung über die Form der Rehabilitation alle Umstände des jeweiligen Einzelfalles und die Interessen der Betroffenen berücksichtigt werden.

Verfahren gelten als ambulant erbringbar, wenn von einer im Vergleich zur stationären Leistungserbringung zumindest gleichbleibenden medizinischen Qualität bei ambulanter Leistungserbringung ausgegangen werden kann und die Rehabilitandin / der Rehabilitand mobil und selbstständig ist und den nächstgelegenen Eignungsstandort von ihrer/seiner Wohngemeinde aus innerhalb von 45 Minuten (im Straßen-Individualverkehr) erreichen kann (siehe auch Planungsprinzipien weiter unten).

Gegen eine ambulante Rehabilitation spricht, wenn die stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung aufgrund eines oder mehrerer der nachfolgenden Kriterien erforderlich ist:

- » Art oder Ausmaß der Schädigungen bzw. Fähigkeitsstörungen, die durch ambulante Rehabilitation nicht ausreichend behandelt werden können
- » stark ausgeprägte Multimorbidität, die unterschiedliche Indikationen betrifft und durch ambulante Rehabilitation nicht ausreichend behandelt werden kann
- » mangelnde Mobilität bei gegebener Transportnotwendigkeit
- » mangelnde psychische Belastbarkeit
- » Notwendigkeit von pflegerischer Betreuung und ständiger ärztlicher Überwachung

- » Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld
- » mangelnde Erreichbarkeit / mangelnde Wohnortnähe

Für aktiv Versicherte, die sich während der Absolvierung der ambulanten Phase-II-Rehabilitation im Krankenstand befinden, wird eine Rehabilitationsdauer analog zum stationären Rehabilitationsbereich angestrebt. Für aktiv Versicherte, welche die ambulante Phase-II-Rehabilitation berufsbegleitend absolvieren, soll eine Verlängerung der Rehabilitationsdauer im Rahmen des medizinisch Notwendigen möglich sein.

Besonderes Augenmerk ist in der ambulanten Rehabilitation dem Vermeiden von Doppelstrukturen und von schlecht ausgelasteten Kapazitäten zu widmen. Vor diesem Hintergrund bietet sich der Auf- und Ausbau ambulanter Rehabilitationseinrichtungen insbesondere in Ballungsräumen und in größeren Städten an, da hier das für die wirtschaftliche Führung erforderliche Mindestmaß an ambulanten Patientinnen und Patienten eher realisierbar ist. Dabei ist allerdings zu beachten, dass nur bestimmte Regionen des Bundesgebiets über eine entsprechend hohe Siedlungsdichte und damit über entsprechende Potenziale für ambulante Rehabilitationsangebote verfügen. Der Standort-/Strukturplanung für **die ambulante Rehabilitation der Phase II** werden daher die nachfolgend angeführten **Planungsprinzipien** zugrunde gelegt:

- » Festlegung von **Eignungsstandorten** für Einrichtungen der ambulanten Rehabilitation der Phase II unter Berücksichtigung der Bevölkerungsdichte und der zentralörtlichen Struktur des Bundesgebiets. Der **Aufbau neuer und der Ausbau bestehender** ambulanter Rehabilitationsstrukturen soll ausschließlich an den angeführten Eignungsstandorten (vgl. Tabelle 4c im Tabellenanhang) bzw. in deren unmittelbarer Umgebung (Radius von 10 km im Straßenverkehrsnetz zwischen den jeweiligen Gemeindezentren im betreffenden Eignungsstandort-Bundesland bzw. Radius von 15 km bei Eignungsstandort-Gemeinden mit mehr als 250.000 EW) erfolgen (vgl. Karte 11b im Kartenanhang). Mit dieser Anordnung von Strukturen ist sichergestellt, dass rund 89 Prozent der österreichischen Wohnbevölkerung eine Einrichtung der Phase II innerhalb von 45 Fahrtzeit-Minuten im Straßenverkehr erreichen können (die Anzahl der Einwohner/-innen innerhalb der 45-Minuten-Isochrone wird auch als Grundlage für die Soll-Verteilung der ambulanten Rehabilitationsverfahren in der Phase II über die Eignungsstandorte herangezogen).
- » in Abhängigkeit von diesen Eignungsstandorten Festlegung von **Einzugsbereichen** dieser Eignungsstandorte in Bezug auf die mit ambulanter Rehabilitation der Phase II zu versorgende Wohnbevölkerung (*natürliche Einzugsbereiche*, festgelegt auf Basis der Erreichbarkeit im Straßen-Individualverkehr; Einzugsbereich innerhalb der 45-Minuten-Isochrone, vgl. Karte 11a im Kartenanhang)
- » Festlegung einer **Mindestgröße** von Einrichtungen der ambulanten Rehabilitation der Phase II in der Größenordnung von grundsätzlich insgesamt rund **200 jährlich durchführbaren Rehabilitationsverfahren**, wobei sich das Angebot in den Landeshauptstädten auf zumindest 4 Rehabilitations-Indikationsgruppen, in den sonstigen Städten auf zumindest 3 Rehabilitations-Indikationsgruppen erstrecken muss. Diese Festlegung folgt dem an der Wirtschaftlichkeit orientierten Prinzip *Kapazitätsausbau in bereits bestehenden Einrichtungen vor Schaffung neuer Einrichtungen*. Im Rahmen der Weiterentwicklung der ambulanten Rehabilitation

der Phase II hat sich der seitens der Sozialversicherung gewählte Zugang bewährt, im Interesse von Wirtschaftlichkeit und medizinischer Qualität **pro RIG** grundsätzlich eine **Mindestanzahl** an ambulanten Rehabilitationsverfahren in der Höhe von rund **40 jährlichen ambulanten Rehabilitationsverfahren** festzulegen.

- » unter Berücksichtigung dieser Mindestgrößen und der im Rehabilitationsplan 2016 dokumentierten Berechnungsgrundlagen Festlegung der **Mindestanzahl an Einwohnern/Einwohnerinnen** im *natürlichen Einzugsbereich* mit rund 185.000 bis 220.000 EW, die ebenfalls nur in begründeten Ausnahmefällen unterschritten werden darf.
- » in Umsetzung dieser Prinzipien Festlegung von **Eignungs-Standorten** für die ambulante Rehabilitation der Phase II mit den neun **Landeshauptstädten** zuzüglich **weiterer Standorte** mit höherer Siedlungsdichte (d. h. mit *natürlichen Einzugsbereichen* von mehr als rund 200.000 EW); weiters Festlegung von Eignungs-Standorten zur Absicherung der bundesweiten Flächendeckung bzw. zur Abdeckung von evtl. Versorgungslücken in peripheren Regionen (mit *natürlichen Einzugsbereichen* von weniger als 200.000 EW – ermittelt ohne Einschränkung auf bestimmte Erreichbarkeitsgrenzen und betreffend die Standorte Eisenstadt, Horn, Steyr, Leibnitz und Feldkirch, vgl. Karte 11a im Kartenanhang)

Bereits bestehende Anbieter-Strukturen an Eignungsstandorten bzw. in deren unmittelbarer Umgebung (Radius von 10 km im Straßenverkehrsnetz zwischen den jeweiligen Gemeindezentren im betreffenden Eignungsstandort-Bundesland bzw. Radius von 15 km bei Eignungsstandort-Gemeinden mit mehr als 250.000 EW) sind von diesen Regelungen insofern betroffen, als sie – dem o. e. Prinzip *Kapazitätsausbau in bestehenden Einrichtungen vor Schaffung neuer Einrichtungen* folgend – ggf. für entsprechende Erweiterungen zur Erreichung der o. a. Mindestgrößen in Frage kommen (vgl. Karte 11b im Kartenanhang). Solche Erweiterungen sind in Richtung Abdeckung möglichst aller RIG innerhalb ein und derselben Einrichtung der ambulanten Rehabilitation der Phase II bei der Planung und Durchführung eines Vergabeverfahrens im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten zu berücksichtigen.

#### *Planungsempfehlungen für den Auf- und Ausbau ambulanter Rehabilitationsangebote der Phase III*

Zur ambulanten Rehabilitation der **Phase III**, die zur Stabilisierung der in Phase II erreichten Effekte sowie zur langfristigen Verhinderung einer Progression der bestehenden Erkrankung bzw. zur Vermeidung neuer Erkrankungen dient, können derzeit keine quantitativen Aussagen getroffen werden. Zum gegebenen Zeitpunkt gibt es keine gültigen medizinischen Entscheidungsgrundlagen für eine Zuweisung in die Phase-III-Rehabilitation. Weiters liegen keine ausreichenden Erfahrungswerte zum Bedarf in der Phase-III-Rehabilitation vor.

Dennoch sollen im Rahmen von Bewilligungsverfahren grundsätzlich folgende **Planungsempfehlungen** für die **ambulante Rehabilitation der Phase III** beachtet werden:

- » Der **Aufbau neuer und der Ausbau bestehender** ambulanter Rehabilitationsstrukturen der Phase III soll ausschließlich an den angeführten Eignungsstandorten der Phase II (vgl. Tabelle 4c im Tabellenanhang) bzw. in deren unmittelbarer Umgebung (Radius von 10 km im

Straßenverkehrsnetz zwischen den jeweiligen Gemeindezentren im betreffenden Eignungsstandort-Bundesland bzw. Radius von 15 km bei Eignungsstandort-Gemeinden mit mehr als 250.000 EW) erfolgen (vgl. Karte 11b im Kartenanhang).

- » Ambulante Phase-III-Rehabilitation soll künftig nur von jenen Einrichtungen angeboten werden, die auch ambulante **Phase-II-Rehabilitation in derselben RIG** anbieten.
- » Zum Zeitpunkt der Erstellung des Rehabilitationsplans 2020 **bereits bestehende** ambulante Rehabilitationsangebote der Phase III mit einem aufrechten SV-Vertragsverhältnis zur Phase-III-Rehabilitation außerhalb der Eignungsstandorte der Phase II (vgl. Tabelle 4c im Tabellenanhang) oder in deren unmittelbarer Umgebung (Radius von 10 km bzw. von 15 km wie o. s. beschrieben, vgl. Karte 11b im Kartenanhang) bzw. reine Phase-III-Einrichtungen mit einem aufrechten SV-Vertragsverhältnis zur Phase-III-Rehabilitation werden als historisch gewachsene Strukturen auch in Zukunft akzeptiert.
- » Die ambulante Rehabilitation der Phase III ist **berufsbegleitend** vorzusehen.

### *SMO und aks in Vorarlberg*

Die in den Einrichtungen von SMO und aks in Vorarlberg (vgl. Tabelle 1b im Tabellenanhang) erbrachten Leistungen im Bereich neurologischer/neurogeriatrischer Rehabilitation werden derzeit nicht über SV-Träger, sondern über den Vorarlberger Sozialfonds abgerechnet. Das Patientenkontingent umfasst einerseits zu einem erheblichen Anteil Personen, die nicht mehr im Erwerbsleben stehen und dem Segment Neurogeriatrie zuzurechnen sind, andererseits auch jung erkrankte Personen, die durch gezielte, wiederholte therapeutische Unterstützung lange am Arbeitsleben teilhaben können.

Der derzeit zugrunde gelegte, auf dem Vorarlberger Chancengesetz (insbesondere § 1 bis § 3) basierende Therapieansatz verfolgt nicht die Prämisse eines standardisierten Therapieprogramms (mit einheitlicher Therapieintensität und Therapiedauer), sondern eine bedarfsgerechte Therapie mit individueller Abstimmung von Therapieintensität und Therapiedauer auf das Therapieziel.

Das Vorarlberger Chancengesetz stellt die Teilhabe an allen Lebensbereichen in den Mittelpunkt und richtet sämtliche Dienstleistungen auf den Ausgleich behinderungsbedingter Barrieren. Es sind Maßnahmen zur (frühen) Förderung der Wahrnehmung, Ermöglichung von Schulbesuch und Ausbildung, zur beruflichen und sozialen Teilhabe, zum eigenständigen Wohnen, zur Entlastung der Familien sowie Förderungen von Hilfsmitteln im Fokus des Gesetzes. Dementsprechend liegen die Aufgabenschwerpunkte im Bereich der (heil)pädagogischen Begleitung/Förderung und der sozialen Arbeit für Menschen mit Behinderung, wobei eine Orientierung an den Prinzipien der Selbstbestimmung, des Empowerments und der Normalität erfolgt.

## 4.4 Planungszahlen und Soll-Ist-Vergleiche

### 4.4.1 Kriterien der Bedarfsplanung

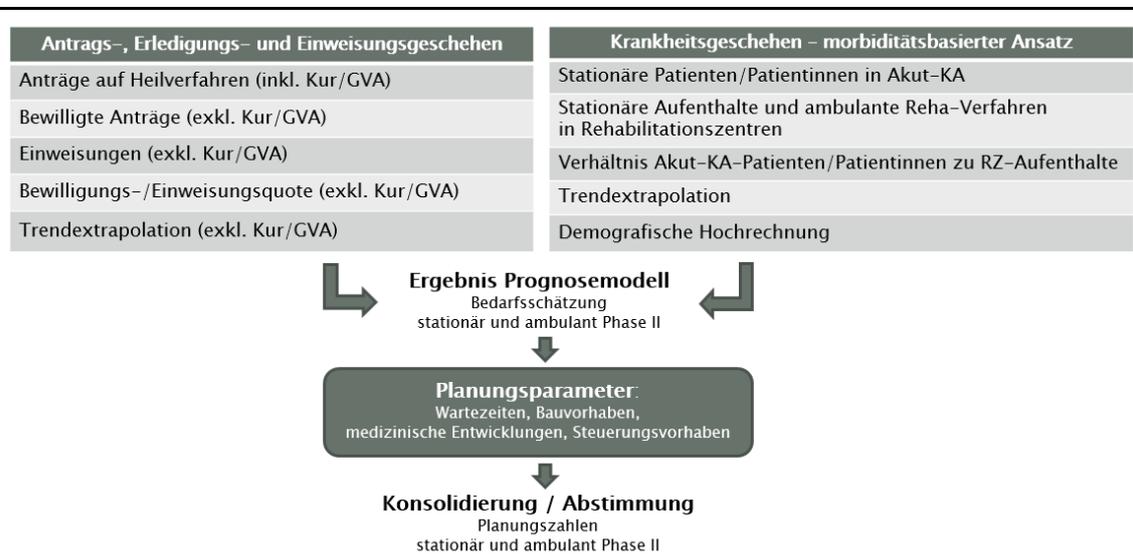
Gemäß Projektauftrag werden im Rehabilitationsplan 2020 für die Erwachsenen-Rehabilitation der Ist-Stand für das Jahr 2020 und der Soll-Stand für das Jahr 2025 dargestellt. Berücksichtigt werden die stationären und ambulanten (Phase-II-)Kapazitäten der medizinischen Rehabilitation. Die Darstellung erfolgt bundesweit (stationär und ambulant Phase II), nach Versorgungszonen und Bundesländern (stationär) sowie nach Eignungsstandorten und Bundesländern (ambulant Phase II) bzw. differenziert nach den nachfolgenden Rehabilitations-Indikationsgruppen:

- » Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie (BSR)
- » Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE)
- » Zentrales und peripheres Nervensystem (NEU)
- » Onkologische Rehabilitation (ONK)
- » Psychiatrische Rehabilitation (PSY)
- » Atmungsorgane (PUL)
- » Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat (STV)
- » Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen (UCNC)
- » Spezialbereich Lymphologie (LYMPH)

Zur Abschätzung des künftigen Bedarfs (Soll-Stand) an stationären und ambulanten (Phase II-)Rehabilitationskapazitäten wurde ein Planungsprozess unter Berücksichtigung wichtiger bedarfsdeterminierender Parameter umgesetzt. Der Prozess umfasste sowohl die Erstellung von Prognosemodellen zur Bedarfsschätzung als auch die Erarbeitung (und spätere Konsolidierung) von Planungsszenarien mithilfe von Simulationen bzw. auf Basis eines Simulationsmodells.

Abbildung 4.3:

Planungsprozess zur Abschätzung des regionalen Bedarfs an stationären Betten bzw. an stationären und ambulanten medizinischen Rehabilitationsverfahren der Phase II bis 2025



Quelle: GÖ FP

## 4.4.2 Prozess und Methoden der Bedarfsplanung

Die bundesweite und die regionale Planung zu den jeweiligen Rehabilitations-Indikationsgruppen für den Planungshorizont 2025 inkl. Erstellung einer **Bedarfsschätzung** sowie eines **Prognose-/ Simulationsmodells** erfolgten in mehreren Schritten:

- » Das **Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen** je RIG war Basis für eine erste Bedarfsschätzung. Berücksichtigt wurden sowohl stationäre als auch ambulante Rehabilitationsverfahren im Zeitraum von 2003 bis 2018 in jenen SKA, die vorwiegend der Rehabilitation dienen sowie in selbstständigen Ambulatorien zur ambulanten Rehabilitation der Phase II. Zur Erstellung der Prognose wurden die Zeitreihen zu den einzelnen RIG anhand eines gedämpften Holt-Modells bis zum Planungshorizont 2025 extrapoliert.
- » In einem nächsten Schritt wurde basierend auf dem Krankheitsgeschehen in den Akutkrankeanstalten eine **morbiditätsbasierte Bedarfsschätzung** erstellt. Dazu wurde das (anhand der Diagnosen identifizierbare) für die jeweilige RIG einschlägig relevante Versorgungsgeschehen in den Akut-KA erfasst und ebenfalls mithilfe eines gedämpften Holt-Modells bis zum Planungshorizont 2025 extrapoliert. Unter Berücksichtigung dieses Akutversorgungsgeschehens, der demografischen Entwicklung (prognostizierte Bevölkerungsentwicklung bis 2025) und über einen unabhängigen Trend-/Zeit-Regressor wurden RIG-spezifische multivariate, lineare Regressionsmodelle zur Abschätzung der erwartbaren Bedarfe zum Planungshorizont kalibriert.

- » Die Ergebnisse der beiden oben beschriebenen Schritte wurden zu einem gemeinsamen **Prognosemodell** vereinigt und in einem für den Planungsprozess erstellten **Simulationsmodell**, das die erwartete Inanspruchnahme je RIG zum Planungshorizont auf stationäre Verfahren/Planbetten bzw. auf ambulante Verfahrenszahlen umlegt, hinterlegt. Das daraus resultierende Simulationstool wurde allen SVT zur Verfügung gestellt. Mittels variierbarer Parameter (durchschnittliche Belagsdauer je stationäres Verfahren je RIG, Entwicklung der Inanspruchnahme bzw. der Verfahren je RIG, Anteile an ambulanten Rehabilitationsverfahren je RIG) konnten mit Expertenwissen angereicherte Szenarien erstellt werden. Mithilfe des Simulationstools erfolgten auch die gemeinsame Diskussion von planungsrelevanten Einflussfaktoren und Steuerungsvorhaben bzw. die Abschätzung deren Auswirkung auf die Planungszahlen sowie schließlich die Konsolidierung zu konsensfähigen Planungszahlen.
- » Die **Darstellung der Ergebnisse** des Planungsprozesses wurde mit dem **Projektbeirat** abgestimmt, der sich aus Vertreterinnen und Vertretern von Sozialversicherung, Bund und Ländern zusammensetzte.

#### *Berechnungsvorschriften der Planungsgrößen „Betten“ und „Rehabilitationsverfahren“*

Die Planungsgrößen „Betten“ und „Rehabilitationsverfahren“ können mit folgenden Berechnungsvorschriften ineinander überführt werden:

$$BB = ((BSRV/2)+(BSRV*dBD))/365/0,95$$

$$BSRV = (BB*365*0,95)/(0,5+dBD)$$

BB...Bedarfsnotwendige Betten

BSRV...Bedarfsnotwendige stationäre Rehabilitationsverfahren (synonym zu „Aufenthalte“)

dBD...durchschnittliche Belagsdauer (in Belagstagen/Mitternachtsständen)

365...entsprechend den Tagen pro Jahr

0,95...entsprechend einer Soll-/Norm-Auslastung von 95 %

Die Parameter „bedarfsnotwendige stationäre Rehabilitationsverfahren“ und „durchschnittliche Belagsdauer“ (gerundet auf eine Stelle) werden in Bezug auf die einzelnen RIG zum Planungshorizont 2025 wie folgt unterlegt:

- » Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie (BSR): 65.133 RV bzw. 21,1 Belagstage
- » Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE): 21.884 RV bzw. 24,1 Belagstage
- » Zentrales und peripheres Nervensystem (NEU): 23.665 RV bzw. 28,4 Belagstage
- » Onkologische Rehabilitation (ONK): 10.166 RV bzw. 21,0 Belagstage
- » Psychiatrische Rehabilitation (PSY): 13.356 RV bzw. 41,5 Belagstage
- » Atmungsorgane (PUL): 7.172 RV bzw. 21,0 Belagstage
- » Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat (STV): 7.414 RV bzw. 21,3 Belagstage
- » Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen (UCNC): 3.671 RV bzw. 44,0 Belagstage
- » Spezialbereich Lymphologie (LYMPH): 1.670 RV bzw. 21,0 Belagstage

### 4.4.3 Angebotsplanung und Empfehlungen bis 2025

Für die Rehabilitationseinrichtungen im stationären Bereich ergibt sich bis zum Jahr 2025 ein geschätzter Bedarf von 11.311 Betten, der sich schwerpunktmäßig auf die Rehabilitations-Indikationsgruppen BSR, NEU, PSY und HKE verteilt. Im Rahmen der künftigen Angebotsplanung wäre die Notwendigkeit der regionalen Umverteilung weg von der VZ Nord und v. a. von der VZ Süd hin zu den VZ Ost und West besonders zu beachten.

Für den ambulanten Bereich führt die Abschätzung auf Basis der im Simulationstool berücksichtigten Annahmen bis zum Jahr 2025 zu einem Bedarf von bundesweit insgesamt 26.626 jährlichen ambulanten Rehabilitationsverfahren in der ambulanten Phase-II-Rehabilitation, die sich schwerpunktmäßig auf die Rehabilitations-Indikationsgruppen BSR, PSY, ONK und HKE verteilen.

Die ambulante Rehabilitation in der RIG UCNC befindet sich derzeit in einer Pilotierungsphase, daher liegen noch keine validen Grundlagen für die Bedarfsplanung vor. Um den Aufbau und die Akzeptanz in dieser RIG erfassen zu können und Planungsgrundlagen zu ermitteln, sollen 420 ambulante Phase-II-Rehabilitationsverfahren pro Jahr im Rahmen von Pilotprojekten ermöglicht werden. In der Pilotierungsphase besteht über diese 420 ambulanten Phase-II-Rehabilitationsverfahren pro Jahr hinaus kein Bedarf (vgl. Tabellen 4c und 4d im Tabellenanhang).

Der Aufbau neuer und der Ausbau bestehender ambulanter Rehabilitationsstrukturen soll ausschließlich an den angeführten *Eignungsstandorten für ambulante Rehabilitation* (vgl. Tabelle 4c im Tabellenanhang) bzw. in deren unmittelbarer Umgebung (Radius von 10 km im Straßenverkehrsnetz zwischen den jeweiligen Gemeindezentren im betreffenden Eignungsstandort-Bundesland bzw. Radius von 15 km bei Eignungsstandort-Gemeinden mit mehr als 250.000 EW) erfolgen (vgl. Karte 11b im Kartenanhang). Zum Zeitpunkt der Erstellung des Rehabilitationsplans 2020 bereits bestehende ambulante Rehabilitationsangebote mit einem aufrechten SV-Vertragsverhältnis außerhalb dieser Eignungsstandorte werden jedoch als historisch gewachsene Strukturen auch in Zukunft akzeptiert.

## 5 Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Analysen zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr führte die GÖG im Jahr 2010 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (Nemeth, Fülöp 2010) durch. Die Aussagen der Studie wurden bereits in die Rehabilitationspläne 2012 und 2016 integriert.

Im Jahr 2017 führte der HVSVT (nunmehr DVSV) ein Ausschreibungsverfahren zur Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation in Österreich durch. Zuschläge wurden für Standorte in allen vier Versorgungszonen erteilt. Nahezu alle Rehabilitationseinrichtungen (mit Ausnahme in der VZ West) wurden zwischenzeitlich realisiert und in Betrieb genommen. Der **aktuelle Stand der Einrichtungen für Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation** wird in Tabelle 1c im Tabellenanhang sowie in der Karte 1c im Kartenanhang dargestellt.

Das Ausschreibungsverfahren und somit der Aufbau der stationären Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche in Österreich orientierte sich an der Bedarfsschätzung für das Jahr 2020 zur Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation aus dem Jahr 2010 (Nemeth, Fülöp 2010). Die dort erstellte Bedarfsschätzung 2020 stellt nach wie vor die aktuell gültige Planungsgrundlage im Bereich der stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in Österreich dar, weshalb dieser Bedarf auch für den Planungshorizont 2025 angenommen wird. Nach Inbetriebnahme aller geplanten stationären Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche in Österreich bzw. bei Notwendigkeit bereits zu einem früheren Zeitpunkt werden eine Evaluierung der errichteten Kapazitäten, eine Aktualisierung der Bedarfsschätzung mit neuem Planungshorizont sowie eine Überarbeitung der Strukturqualitätskriterien in der stationären Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation empfohlen.

Der Abschnitt 5.2 ist inhaltlich der Studie zur Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation aus dem Jahr 2010 (Nemeth, Fülöp 2010) entnommen. Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die in dieser Studie verwendeten Bezeichnungen der KIJU-Rehabilitations-Indikationsgruppen zwischenzeitlich aktualisiert wurden. Eine aktualisierte Fassung wurde bereits im ÖSG publiziert. Im Rehabilitationsplan 2020 werden deshalb die aktualisierten Bezeichnungen verwendet.

### 5.1 Leistungsrechtliche Abgrenzungen

Im Kontext der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen sind die allgemeinen Abgrenzungen (vgl. Kapitel 2) noch um Folgendes zu ergänzen.

#### 5.1.1 Maßnahmen der Behindertenhilfe nach Bundesrecht

Behindertenhilfe zielt vor allem auf Chancengleichheit für Menschen mit Behinderungen und geeignete Bedingungen für deren Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ab. Den beeinträchtigten

und von konkreter Behinderung bedrohten Menschen soll mit den im Bundesbehindertengesetz (BGBl 1990/283, zuletzt geändert durch das BGBl I 2018/100) vorgesehenen Maßnahmen die bestmögliche Teilnahme am gesellschaftlichen Leben gesichert werden.

Die jeweils anspruchsberechtigten Personenkreise werden in den einzelnen Bundesgesetzen an folgenden Stellen definiert:

- » Gesetzliche Unfallversicherung: § 4 bis § 8 ASVG
- » Gesetzliche Pensionsversicherung: § 4 bis § 8 ASVG
- » Gesetzliche Krankenversicherung: § 4 bis § 8 ASVG
- » Arbeitsmarktförderung: § 2 Arbeitsmarktförderungsgesetz (AMFG)
- » Kriegsoferversorgung: § 1 Kriegsoferversorgungsgesetz 1957 (KOVG)
- » Heeresversorgung: § 1 Heeresversorgungsgesetz (HVG)
- » Entschädigung von Verbrechenopfern: § 1 Verbrechenopfergesetz (VOG)
- » Opferfürsorge: § 1 Opferfürsorgegesetz
- » Behinderteneinstellung: § 2 Behinderteneinstellungsgesetz (BEinstG)
- » Unterstützungsfonds für Menschen mit Behinderung: § 22 Abs 2 Bundesbehindertengesetz (BBG)
- » Entschädigung von Impfschäden: § 1, § 1a, § 1b Impfschadengesetz
- » Tuberkulosehilfe: § 2 Tuberkulosegesetz

Weiters fällt in die Bundeskompetenz (Vollzug durch die Finanzämter) das Gewähren erhöhter Kinderbeihilfe für erheblich behinderte Kinder (Grad der Behinderung mind. 50 Prozent).

## 5.1.2 Maßnahmen der Behindertenhilfe nach Landesrecht

Im Rahmen der landesgesetzlich festgelegten Sozial- und Behindertenhilfe leisten die Bundesländer für behinderte Menschen sogenannte Eingliederungshilfe in Gesellschaft und Beruf sowie besondere soziale Dienste. Die Finanzierung von Behinderteneinrichtungen resultiert aus den Sozialhilfegesetzen der Länder und den daraus entwickelten Behindertengesetzen.

Während die Sozialversicherung für die Behandlung und Rehabilitation nach Krankheitsgeschehen und Unfällen zuständig ist, besteht aufgrund der Behinderten- bzw. Sozialhilfegesetze eine Zuständigkeit der Bundesländer für die Behandlung, Rehabilitation und Beistellung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln bei geburtsbedingt körper- und mehrfach behinderten Kindern und Jugendlichen, sofern die Leistungen die geburtsbedingte Körper- und Mehrfachbehinderung betreffen. (Diese Zuständigkeit ist gleich wie bei Sozialhilfe oder Pflege durch die Bundesverfassung festgelegt, rechtliche Subsidiarität kann es daher nicht geben.) Diese Abgrenzung ergibt sich daraus, dass eine geburtsbedingte Behinderung weder als Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinne noch als Unfall zu qualifizieren ist.

## 5.2 Bedarfsschätzung

Die GÖG-Studie (Nemeth, Fülöp 2010) betrachtete Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, differenziert nach Alters- und Rehabilitations-Indikationsgruppen.

Einteilung in Altersgruppen:

- » 1. bis vollendetes 14. Lebensjahr (= Kind)
- » 15. bis vollendetes 18. Lebensjahr (= Jugendliche/r)

Rehabilitations-Indikationsgruppen (RIG) für Kinder/Jugendliche:

- » Indikationsgruppen im somatischen Bereich:
  - » Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie (BSR)
  - » Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE)
  - » Kinder- und Jugendchirurgie (KJC)
  - » Zentrales und peripheres Nervensystem (NEU)
  - » Zustände nach neurochirurgischen Eingriffen (NC)
  - » Atmungsorgane (PUL)
  - » Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat (STV)
- » Psychosoziale Rehabilitation (mental health rehabilitation):
  - » Kinder- und Jugendpsychiatrische Rehabilitation (KJP)
  - » Entwicklungs- und Sozialpädiatrie sowie pädiatrische Psychosomatik (ESP)
- » Onkologische Rehabilitation / Familienorientierte Nachsorge (ONK)

### 5.2.1 Kriterien der Bedarfsschätzung und Simulationsmodell

Der bundesweite sowie regionale Versorgungsbedarf wurde auf Basis eines morbiditätsbasierten Simulationsmodells abgeschätzt. Dieser angewendete Ansatz basiert im Wesentlichen auf stationären Aufenthalten und weist folgenden Berechnungsmodus auf:

- » Ermitteln der Rehabilitationsaufenthalte in Rehabilitationszentren
- » Festlegen der ICD-10-Hauptdiagnosen, die potenziell Rehabilitationsbedarf nach sich ziehen (= rehabilitationsrelevante Diagnosen)
- » Ermitteln der Aufenthalte von Kindern und Jugendlichen mit einer rehabilitationsrelevanten ICD-10-Hauptdiagnose, verbunden mit einer über die übliche Akutphase hinausgehenden Aufenthaltsdauer in den Akut-KH
- » Gewichten mit der angenommenen „Rehabilitationsquote“ (Anteil an für die Rehabilitation relevanten stationären Aufenthalten in Akut-KH)
- » Festlegen der durchschnittlich erforderlichen Rehabilitationsdauer sowie der durchschnittlich erforderlichen Anzahl an Wiederholungsaufenthalten
- » Ermitteln der bedarfsnotwendigen Bettenkapazitäten

Die Parameter für alle Indikationsgruppen sind in Tabelle 5.1 dargestellt.

Tabelle 5.1:

Parameter für das Simulationsmodell zur Bedarfsberechnung – traditionelle Indikationsgruppen und psychosoziale Rehabilitation

RIG	Akutphase im KH in Tagen	Anteil Rehabedarf in Prozent	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer Reha stationär in Tagen	Durchschnittliche Wiederholung stationäre Reha
BSR	14	100	21	1,5
KJC	14	25	21	1,25
HKE	14	80	21	1,2
NEU	14	100	28	2,0
NC	14	100	28	2,0
PUL	14	50	21	10,0
STV	14	50	21	3,0
KJP	28*	50	35	1,5
ESP	28*	50	35	1,5

\* in Summe innerhalb eines Jahres

Quelle: GÖG/ÖBIG – Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in Österreich 2010

Wesentlichste Voraussetzung für eine fundierte und nachvollziehbare Bedarfsschätzung ist eine möglichst vollständige und möglichst mehrere Jahre umfassende Datengrundlage. Lediglich im stationären Bereich ist über die Diagnosen- und Leistungsdokumentation eine derartige Datengrundlage gegeben. Die Parameter wurden im Einvernehmen mit medizinischen Experten und Expertinnen festgelegt, die dabei insbesondere ihre Erfahrungen aus dem Berufsalltag einfließen ließen.

Der Bettenbedarf für Kinder und Jugendliche nach Krebserkrankung (onkologische Rehabilitation / familienorientierte Nachsorge) wurde auf Basis der beobachteten Inzidenz abgeschätzt. Tabelle 5.2 veranschaulicht die Parameter für die Bedarfsberechnung.

Tabelle 5.2:

Parameter für die Bedarfsberechnung der onkologischen Rehabilitation / familienorientierten Nachsorge nach Krebserkrankung

Krebserkrankung bzw. Patientengruppe	Rehabilitationsbedarf	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer Reha stationär in Tagen	Zu berücksichtigende durchschnittliche Anzahl Familienangehörige
Knochtumore, Tumore des Gehirns u. Nervensystems	100 % der Neuerkrankungen	28	2,5
Solide Tumore, Leukämien u. Lymphome	60 % der Neuerkrankungen		
Patienten/Patientinnen nach Stammzelltransplantation	100 % der Fälle		

Quelle: GÖG/ÖBIG – Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in Österreich 2010

In der onkologischen Rehabilitation / familienorientierten Nachsorge wird neben dem erkrankten Kind die gesamte Familie in die Rehabilitationsmaßnahme einbezogen. Dies bedeutet, dass das Kind bzw. der/die Jugendliche zusammen mit Eltern bzw. Bezugsperson und allen Geschwisterkindern in einer eigens dafür eingerichteten und qualifizierten Rehabilitationseinrichtung aufgenommen wird und sich die therapeutischen Maßnahmen auf das erkrankte Kind bzw. die/den erkrankte(n) Jugendliche(n) und die Begleitpersonen erstrecken.

Für diesen Rehabilitationsbereich sind daher neben den Patientenbetten auch die Angehörigenbetten quantitativ dargestellt.

## 5.2.2 Ergebnis der Bedarfsschätzung

Das Ergebnis der Bettenbedarfsschätzung nach Rehabilitations-Indikationsgruppen für Österreich zeigt Tabelle 5.3.

Weiters können folgende **Cluster** von Indikationen unter medizinischen und ökonomischen Gesichtspunkten als sinnvoll definiert werden:

- » mobilisierender Schwerpunkt (BSR, KJC, NEU, NC, SON)
- » Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE) / Atmungsorgane (PUL)
- » onkologische Rehabilitation (inkl. familienorientierter Nachsorge, ONK) / Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat (STV)
- » Mental Health (ESP, KJP)

Tabelle 5.4 zeigt das Ergebnis der Bettenbedarfsschätzung nach RIG-Clustern und die empfohlene Verteilung auf die Versorgungszonen.

Tabelle 5.3:

Bettenbedarf für Kinder und Jugendliche (bis zum vollendeten 18. Lebensjahr) im Jahr 2025\*  
nach Rehabilitations-Indikationsgruppen

RIG	Bettenbedarf Kinder und Jugendliche 2025*
BSR	22
HKE	15
KJC	28
NC	5
NEU	95
PUL	30
STV	12
SON	6
KJP	42
ESP	68
ONK	20**
<b>Insgesamt</b>	<b>343**</b>

\* Der ausgewiesene Bettenbedarf basiert auf der Bedarfsschätzung 2010 zur Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation mit Planungshorizont 2020. Diese Bedarfsschätzung 2020 stellt nach wie vor die aktuell gültige Planungsgrundlage im Bereich der stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in Österreich dar, weshalb dieser Bedarf auch für den Planungshorizont 2025 angenommen wird.

\*\* Betten für Patientinnen/Patienten; der Bedarf an Angehörigenbetten in der familienorientierten Rehabilitation in der RIG ONK liegt bei 50 Betten

Quelle: GÖG/ÖBIG – Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in Österreich 2010

Tabelle 5.4:

Bettenbedarf für Kinder und Jugendliche (bis zum vollendeten 18. Lebensjahr) im Jahr 2025\*  
nach RIG-Clustern und empfohlene Verteilung auf die Versorgungszonen

Soll 2025* je VZ	Mobilisierender Schwerpunkt (BSR, KJC, NEU, NC, SON)	HKE, PUL	ONK, STV	ESP, KJP	Insgesamt
VZ 1 (Ost)	68	-	-	46	<b>114</b>
VZ 2 (Süd)	31	27	-	24	<b>82</b>
VZ 3 (Nord)	36	17	32**	24	<b>109**</b>
VZ 4 (West)	22	-	-	15	<b>37</b>
<b>Österreich</b>	<b>157</b>	<b>44</b>	<b>32**</b>	<b>109</b>	<b>343**</b>

\* Der ausgewiesene Bettenbedarf basiert auf der Bedarfsschätzung 2010 zur Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation mit Planungshorizont 2020. Diese Bedarfsschätzung 2020 stellt nach wie vor die aktuell gültige Planungsgrundlage im Bereich der stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in Österreich dar, weshalb dieser Bedarf auch für den Planungshorizont 2025 angenommen wird.

\*\* exkl. 50 Angehörigenbetten in der RIG ONK

Quellen: GÖG/ÖBIG – Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in Österreich 2010; Expertengruppe im HVSVT 2012; Darstellung: GÖ FP

# Literatur

- Danzer, Daniela; Fülöp, Gerhard; Nemeth, Claudia; Pichlbauer, Ernest (2004a): Neurorehabilitation in Österreich. Endbericht 2004. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien
- Danzer, Daniela; Fülöp, Gerhard; Nemeth, Claudia; Pichlbauer, Ernest (2004b): Rehabilitationsplan 2004. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien
- DIMDI (2020): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der World Health Organization 2020 [Online]. <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/>
- Gyimesi, Michael; Fülöp, Gerhard; Ivansits, Sarah; Pochobradsky, Elisabeth; Stoppacher, Andreas (2016): Rehabilitationsplan 2016. Gesundheit Österreich im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien
- Nemeth, Claudia; Fülöp, Gerhard (2010): Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in Österreich. Arbeiten zur Bedarfsabschätzung. Gesundheit Österreich im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Wien
- ÖSG 2017: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 30. Juni 2017 inklusive der bis 27. September 2019 beschlossenen Anpassungen (2019). Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien
- Österreichische Gesellschaft für Neurorehabilitation (2020): Phaseneinteilung neurologischer Krankheitsprozesse [Online]. <http://www.neuroreha.at/index.php/de/artikel-informationen/phasenmodell>
- Österreichische Gesellschaft für Neurorehabilitation (2020): Prozessmodell Neurorehabilitation [Online]. <http://www.neuroreha.at/index.php/de/artikel-informationen/prozessmodell>
- Österreichischer Rehabilitationskompass (2020): [Online]. <http://www.rehakompass.at>
- Reiter, Daniela; Fülöp, Gerhard; Gyimesi, Michael; Nemeth, Claudia (2012): Rehabilitationsplan 2012. Gesundheit Österreich im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien
- Sinhuber, Daniela; Fülöp, Gerhard; Kern, Daniela; Nemeth, Claudia (2008): Rehabilitationsplan 2009. Gesundheit Österreich im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien

# Anhang

---

Anhang 1: Tabellen

Anhang 2: Karten



# Anhang 1

---

- Tabelle 1a: Einrichtungen für stationäre Erwachsenen-Rehabilitation – Vertragliche und sanitätsbehördlich bewilligte Betten, Stand Dezember 2020
- Tabelle 1b: Einrichtungen für ambulante Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II – Im Jahr 2019 durchgeführte und mit SV-Trägern abgerechnete bzw. im Jahr 2020 jährliche von SV-Trägern zugesagte sowie sanitätsbehördlich bewilligte bzw. beantragte ambulante Rehabilitationsverfahren, Stand Dezember 2020
- Tabelle 1c: Einrichtungen für stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation – Vertragliche und sanitätsbehördlich bewilligte bzw. beantragte Betten, Stand Dezember 2020
- Tabelle 2a: Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen nach Art des stationären Heilverfahrens und Sozialversicherungsträger (SVT) in RZ 2003–2015
- Tabelle 2b: Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen in Differenzierung nach stationärer und ambulanter Rehabilitation Phase II und Rehabilitations-Indikationsgruppen (RIG) 2016–2018
- Tabelle 3: Strukturqualitätskriterien in der stationären Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation – zusammenfassende Darstellung (exkl. MHR-ESP/KJP, ONK)
- Tabelle 4a: Stationäre Erwachsenen-Rehabilitation – Vertragliche stationäre Betten in RZ 2020 (statVB), stationäre Soll-Betten in RZ 2025 (statSOLL-B) und stationäre Soll-Rehabilitationsverfahren in RZ 2025 (statSOLL-RV) sowie Soll-Ist-Vergleich Betten nach Rehabilitations-Indikationsgruppen (RIG) und nach Versorgungszonen
- Tabelle 4b: Stationäre Erwachsenen-Rehabilitation – Vertragliche stationäre Betten in RZ 2020 (statVB), stationäre Soll-Betten in RZ 2025 (statSOLL-B) und stationäre Soll-Rehabilitationsverfahren in RZ 2025 (statSOLL-RV) sowie Soll-Ist-Vergleich Betten nach Rehabilitations-Indikationsgruppen (RIG) und nach Bundesländern
- Tabelle 4c: Ambulante Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II – Ambulante Rehabilitationsverfahren 2020 (ambRV), ambulante Soll-Rehabilitationsverfahren 2025 (ambSOLL-RV) sowie Soll-Ist-Vergleich nach Rehabilitations-Indikationsgruppen (RIG) und nach Eignungsstandorten
- Tabelle 4d: Ambulante Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II – Ambulante Rehabilitationsverfahren 2020 (ambRV), ambulante Soll-Rehabilitationsverfahren 2025 (ambSOLL-RV) sowie Soll-Ist-Vergleich nach Rehabilitations-Indikationsgruppen (RIG) und nach Bundesländern

Tabelle 1a:

Einrichtungen für stationäre Erwachsenen-Rehabilitation\* – Vertragliche und sanitätsbehördlich bewilligte Betten, Stand Dezember 2020

VZ	BL	Standortgemeinde	KAC	Bezeichnung der Einrichtung	Rechts-träger	Vertragliche Betten													Bewilligte Betten												
						BSR	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY	PUL	SON	STV	UCNC	gesamt	BSR	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY	PUL	SON	STV	UCNC	gesamt				
Süd	B	Bad Tatzmannsdorf	101	Rehabilitationszentrum Bad Tatzmannsdorf	PVA	0	171	0	0	0	0	0	0	0	0	171	0	171	0	0	0	0	0	0	171						
Ost	B	Sankt Andrä am Zicksee	109	SKA Zicksee Orthopädisches Klinikum	VP	140	0	0	0	0	0	0	0	0	140	140	0	0	0	0	0	0	0	140							
Süd	B	Bad Tatzmannsdorf	112	Therapiezentrum Rosalienhof	BVAEB	0	0	0	0	105	0	0	0	0	105	0	0	0	0	105	0	0	0	105							
Ost	B	Bad Sauerbrunn	113	Onkologische Rehabilitationsklinik "Der Sonnenberghof"	VP	0	0	0	0	121	0	0	0	0	121	0	0	0	0	121	0	0	0	121							
Ost	B	Kittsee	114	OptimaMed Neurologisches Rehabilitationszentrum Kittsee	VP	0	0	0	100	0	0	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	0	100							
Ost	B	Rust	-	Sonnenpark Neusiedlersee – Zentrum für psychosoziale Gesundheit	VP	0	0	0	0	100	0	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	0	100							
Süd	K	Wolfsberg	220	Lymphklinik Wolfsberg	VP	0	0	60	0	0	0	0	0	0	60	0	0	60	0	0	0	0	0	60							
Süd	K	Althofen	224	Humanomed Zentrum Althofen	VP	188	103	0	0	70	0	54	0	19	0	434	188	103	0	0	70	0	54	20	435						
Süd	K	Klagenfurt am Wörthersee	229	Reha-Klinik für Seelische Gesundheit	VP	0	0	0	0	0	81	0	0	0	0	81	0	0	0	0	81	0	0	0	81						
Süd	K	Klagenfurt am Wörthersee	229	Reha-Klinik für Seelische Gesundheit¹	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	0	0	0	14							
Süd	K	Villach	230	Sonderkrankenanstalt für med. Rehabilitation – Thermenhof Warmbad-Villach	VP	220	0	0	0	0	0	0	0	0	220	220	0	0	0	0	0	0	0	0	220						
Süd	K	Hermagor-Presssegger See	232	Gaital Klinik Hermagor	VP	0	0	0	110	0	0	0	0	0	110	0	0	0	110	0	0	0	0	0	110						
Süd	K	Micheldorf	233	OptimaMed Gesundheitsresort Agathenhof	VP	0	0	0	0	0	0	0	0	54	0	54	0	0	0	0	0	0	0	54	54						
Ost	NO	Baden	305	Klinikum am Kurpark Baden	SVS/Privat	120	0	0	0	0	0	0	0	0	120	120	0	0	0	0	0	0	0	0	120						
Ost	NO	Bad Schönau	307	Gesundheitsresort Königsberg	VP	0	0	0	0	70	0	0	0	0	70	0	0	0	0	94	0	0	0	0	94						
Ost	NO	Winzendorf-Muthmannsdorf	313	Rehabilitationszentrum Felbring	PVA	0	120	0	0	0	0	0	0	0	120	0	120	0	0	0	0	0	0	0	120						
Ost	NO	Grimmenstein	318	Rehabilitationszentrum Hohegg	PVA	0	146	0	0	0	0	120	0	0	266	0	146	0	0	0	0	120	0	0	266						
Ost	NO	Laab im Walde	328	Rehabilitationszentrum Laab im Walde	PVA	110	0	0	25	0	0	0	0	0	135	110	0	0	25	0	0	0	0	0	135						
Ost	NO	Reichenau an der Rax	339	OptimaMed Rehabilitationszentrum Raxblick	VP	102	0	0	0	0	50	0	0	0	152	102	0	0	0	0	50	0	0	0	152						
Ost	NO	Baden	359	Mein Peterhof Baden	OGK	111	0	0	0	0	40	0	0	0	151	111	0	0	0	0	40	0	0	0	151						
Ost	NO	Baden	363	Klinikum Malcherhof Baden	SVS/Privat	173	0	0	0	0	0	0	0	0	173	173	0	0	0	0	0	0	0	0	173						
Ost	NO	Groß Gerungs	365	Herz-Kreislauf-Zentrum Groß Gerungs	VP	0	223	0	0	0	0	0	0	0	223	0	223	0	0	0	0	0	0	0	223						
Ost	NO	Klosterneuburg	369	Rehabilitationszentrum Weißer Hof	ALVA	0	0	0	0	0	0	0	0	200	200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	200						
Ost	NO	Moorbad Harbach	370	Sonderkrankenanstalt Moorheilbad Harbach	VP	210	0	0	0	0	0	0	0	0	210	300	0	0	0	0	0	0	0	0	300						
Ost	NO	Alland	371	Rehabilitationszentrum Alland	PVA	0	0	0	0	0	0	0	150	0	150	0	0	0	0	0	0	0	150	0	150						
Ost	NO	Bad Pirawarth	375	Klinik Pirawarth Sonderkrankenanstalt für Neurologie und Orthopädie	VP	80	0	0	185	0	0	0	0	0	265	85	0	0	236	0	0	0	0	0	321						
Ost	NO	Waidhofen an der Ybbs	376	Therapiezentrum Buchenberg	BVAEB	0	0	0	66	0	0	0	0	78	0	144	0	0	0	66	0	0	0	78	144						
Ost	NO	Ottenschlag	385	Lebens.Resort Ottenschlag	VP	0	0	0	0	70	0	0	41	0	111	0	0	0	0	70	0	41	0	0	111						
Ost	NO	Baden	386	Rehabilitationszentrum Engelsbad	BVAEB	124	0	0	0	0	0	0	0	0	124	124	0	0	0	0	0	0	0	0	124						
Ost	NO	Perchtoldsdorf	387	OptimaMed Rehabilitationszentrum Perchtoldsdorf	VP	170	0	0	0	0	0	0	0	0	170	170	0	0	0	0	0	0	0	0	170						
Ost	NO	Krems an der Donau	388	Privatklinik Hollenburg	VP	0	0	0	0	150	0	0	0	0	150	0	0	0	0	150	0	0	0	0	150						
Ost	NO	Gars am Kamp	389	Rehabilitationsklinik Gars am Kamp	VP	0	0	0	0	100	0	0	0	0	100	0	0	0	0	100	0	0	0	0	100						
Ost	NO	Gars am Kamp	389	Rehabilitationsklinik Gars am Kamp	VP	0	0	0	0	25	0	0	0	0	25	0	0	0	0	25	0	0	0	0	25						
Ost	NO	Bad Erlach	390	Lebens.Med Zentrum Bad Erlach	VP	0	0	0	0	100	0	0	0	0	100	0	0	0	0	100	0	0	0	0	100						
Ost	NO	Klosterneuburg	392	Gesundheitsresort Donaupark Klosterneuburg	VP	0	0	0	0	101	0	0	0	0	101	0	0	0	0	101	0	0	0	0	101						
Nord	OO	Enns	413	Rehaklinik Enns	VP	0	0	0	60	0	0	60	0	0	120	0	0	0	60	0	60	0	0	0	120						
Nord	OO	Weyer	436	Rehabilitationszentrum Weyer	PVA	55	0	0	0	0	77	0	0	0	132	55	0	0	0	0	77	0	0	0	132						
Nord	OO	Bad Hall	437	Klinikum Bad Hall für Herz-Kreislauf- und neurologische Rehabilitation	SVS/Privat	0	80	0	40	0	0	0	0	0	120	0	80	0	40	0	0	0	0	0	120						
Nord	OO	Bad Schallerbach	438	Rehabilitationszentrum Bad Schallerbach	PVA	102	0	0	40	80	0	0	0	0	222	102	0	0	40	80	0	0	0	0	222						
Nord	OO	Bad Ischl	442	Rehabilitationszentrum Bad Ischl	PVA	134	0	0	0	0	0	0	0	0	134	134	0	0	0	0	0	0	0	0	134						
Nord	OO	St. Georgen im Attergau	443	Rehabilitationszentrum St. Georgen	VP	95	0	0	0	0	0	0	0	0	95	95	0	0	0	0	0	0	0	0	95						
Nord	OO	Bad Ischl	446	HerzReha Bad Ischl Herz-Kreislauf-Zentrum	SVS/Privat	0	152	0	0	0	0	0	19	0	171	0	152	0	0	0	0	19	0	0	171						
Nord	OO	Bad Schallerbach	447	Rehabilitationszentrum Austria	BVAEB	0	118	0	0	0	0	20	0	39	0	177	0	118	0	0	20	39	0	0	177						
Nord	OO	Aspach	448	Gesundheitszentrum Revital Aspach	VP	137	0	0	0	0	0	0	0	0	137	137	0	0	0	0	0	0	0	0	137						
Nord	OO	Wilhering	450	Klinik Wilhering¹	VP	31	0	0	123	0	0	0	0	0	154	31	0	0	123	0	0	0	0	0	154						
Nord	OO	Bad Wimsbach-Neydharting	451	Rehabilitationszentrum Bad Wimsbach	VP	0	0	0	0	0	0	0	63	0	63	0	0	0	0	0	0	63	0	0	63						
Nord	OO	Altmünster	452	Neurologisches Therapiezentrum Gmundnerberg	VP	0	0	0	150	0	0	0	0	0	150	0	0	0	150	0	0	0	0	0	150						
Nord	OO	Bad Schallerbach	453	Klinikum Schallerbacherhof für orthopädische Rehabilitation	SVS/Privat	43	0	0	0	0	0	0	0	0	43	43	0	0	0	0	0	0	0	0	43						
Nord	OO	Bad Hall	481	Therapiezentrum Justuspark	BVAEB	0	0	0	0	100	0	0	0	0	100	0	0	0	0	100	0	0	0	0	100						
Nord	OO	Bad Leonfelden	498	Rehabilitationszentrum Vortuna Bad Leonfelden	VP	0	0	0	0	74	0	0	0	0	74	0	0	0	0	74	0	0	0	0	74						
Nord	OO	Bad Hall	-	Sonnenpark Bad Hall – Zentrum für psychosoziale Gesundheit	VP	0	0	0	0	120	0	0	0	0	120	0	0	0	120	0	0	0	0	0	120						
Nord	S	Bad Hofgastein	505	Rehabilitationszentrum Bad Hofgastein¹	PVA	142	0	0	0	0	0	0	0	0	142	142	0	0	0	0	0	0	0	0	142						
Nord	S	Bad Gastein	538	Klinikum Bad Gastein	SVS/Privat	164	0	0	0	0	0	0	0	0	164	164	0	0	0	0	0	0	0	0	164						
Nord	S	Saalfelden am Steinernen Meer	541	Rehabilitationszentrum Saalfelden	PVA	64	64	0	0	0	0	0	0	0	128	64	64	0	0	0	0	0	0	0	128						
Nord	S	Großgmain	545	Rehabilitationszentrum Großgmain	PVA	0	114	0	42	0	0	0	0	0	156	0	114	0	42	0	0	0	0	0	156						
Nord	S	Salzburg	552	NeuroCare Rehaklinik Salzburg	VP	0	0	0	29	0	0	0	0	0	29	0	0	0	29	0	0	0	0	0	29						
Nord	S	Hallein	553	OptimaMed Rehabilitationszentrum Hallein	VP	0	0	0	0	0	0	0	52	0	52	0	0	0	0	0	0	0	52	0	52						
Nord	S	Oberndorf bei Salzburg	554	Rehabilitationszentrum Oberndorf	VP	60	0	0	0	0	0	0	0	0	60	60	0	0	0	0	0	0	0	0	60						
Nord	S	Oberndorf bei Salzburg	554	Rehabilitationszentrum Oberndorf	VP	0	0	0	0	60	0	0	0	0	60	0	0	0	0	60	0	0	0	0	60						
Nord	S	Bad Vigaun	555	Medizinisches Zentrum Bad Vigaun	VP	141	0	0	0	0	0	0	0	0	141	141	0	0	0	0	0	0	0	0	141						
Nord	S	Sankt Veit im Pongau	563	Psychiatrische Reha St. Veit im Pongau	VP	0	0	0	0	51	0	0	0	0	51	0	0	0	0	51	0	0	0	0	51						
Nord	S	Sankt Veit im Pongau	564	Onkologisches Rehabilitationszentrum St. Veit im Pongau	VP	0	0	0	0	120	0	0	0	0	120	0	0	0	120	0	0	0	0	0	120						
Süd	ST	Aflenz	601	Rehabilitationszentrum Aflenz	PVA	0	0	0	0	0	0	0	101	0	101	0	0	0	0	0	0	101	0	0	101						
Süd	ST	Bad Aussee	603	Rehabilitationszentrum Bad Aussee	PVA	102	0	0	0	0	0	38	0	140	102	0	0	0	0	0	0	38	0	0	140						
Süd	ST	Bad Gleichenberg	605	Klinikum Bad Gleichenberg für Lungen- und Stoffwechselerkrankungen	SVS/Privat	0	0	0	10	0	95	0	45	0	150	0	0	0	10	0	95	0	45	0	150						
Süd	ST	Großgmain	630	Rehabilitationszentrum Großgmain¹	PVA	104	0	0	46	0	0	0	0	0	150	104	0	0	46	0	0	0									

Legende:

VP = Vertragspartnereinrichtung (Rehabilitationseinrichtungen mit privatem Rechtsträger und SV-Vertrag zur stationären medizinischen Rehabilitation von Erwachsenen)

\* Dargestellt werden stationäre Einrichtungen die zum Zeitpunkt der Erstellung des Rehabilitationsplans 2020 in Betrieb waren oder über eine Betriebsbewilligung verfügten bzw. stationäre Einrichtungen die noch nicht in Betrieb waren, aber bereits über eine SV-Vertragszusage verfügten (Stand Dezember 2020).

<sup>1</sup> Bewilligte Betten ohne SV-Vertrag.

<sup>2</sup> Zusätzlich 10 Betten für Begleitpersonen bewilligt.

<sup>3</sup> Durchführung des medizinisch-berufsorientierten Konzepts RehaJET® der PVA in diesen Einrichtungen.

<sup>4</sup> Seitens der AÜVA werden Berufskrankheiten derzeit ausschließlich in der Rehabilitationsklinik Tobelbad rehabilitiert und der RIG SON zugeordnet.

**rote Schrift** = Einrichtung mit SV-Vertragszusage

 = Einrichtung in Betrieb

 = Einrichtung mit Errichtungsbewilligung

 = Einrichtung mit Betriebsbewilligung

 = Abweichungen zwischen vertraglichen und bewilligten Betten vorhanden

Quellen: Verträge der SV-Träger und Bescheide der Landesregierungen (Stand Dezember 2020); Rehabilitationsevidenz (Stand Dezember 2020); GÖ FP – eigene Berechnungen



Legende:

n.n.v. = noch nicht vorhanden

VP = Vertragspartnereinrichtung (Rehabilitationseinrichtungen mit privatem Rechtsträger und SV-Vertrag zur ambulanten medizinischen Rehabilitation der Phase II von Erwachsenen)

\* Dargestellt werden ambulante Phase-II-Einrichtungen die zum Zeitpunkt der Erstellung des Rehabilitationsplans 2020 in Betrieb waren oder über eine Betriebsbewilligung verfügten bzw. ambulante Phase-II-Einrichtungen die noch nicht in Betrieb waren, aber bereits über eine SV-Vertragszusage verfügten (Stand Dezember 2020).

<sup>1a</sup> Durchgeführte und mit SV-Trägern abgerechnete ambulante Rehabilitationsverfahren der Phase II im Jahr 2019.

<sup>1b</sup> Von SV-Trägern jährlich zugesagte Rehabilitationsverfahren gemäß SV-Vertragszusage (rote Schrift).

<sup>2</sup> Bei fast allen Einrichtungen wurden die sanitätsbehördlich bewilligten bzw. beantragten ambulanten Rehabilitationsverfahren aus den sanitätsbehördlich bewilligten bzw. beantragten ambulanten Therapieplätzen errechnet ( $\text{ambRV} = \text{ambTP} / 6 * 52 * 0,95$ ). Rundungsdifferenzen möglich.

<sup>3</sup> Pilotprojekt der SVS Landesstelle Wien zur ambulanten Rehabilitation der Phase II in der RIG BSR.

<sup>4</sup> Ambulante Rehabilitationsverfahren im Jahr 2019 im Zentrum für seelische Gesundheit Simmering und Leopoldau sind gemeinsam zu betrachten.

<sup>5</sup> Durchführung des medizinisch-berufsorientierten Konzepts RehaJET® der PVA in dieser Einrichtung.

**rote Schrift** = Einrichtung mit SV-Vertragszusage (Differenzen zwischen Kapazitäten mit SV-Vertragszusage und bewilligte bzw. beantragte Kapazitäten können vorhanden sein)

x = Indikation wurde sanitätsbehördlich bewilligt, keine Angabe zur Menge an bewilligten ambulanten Rehabilitationsverfahren pro Jahr im Bescheid

Einrichtung in Betrieb

Einrichtung mit Antrag auf Errichtungsbewilligung oder positivem Bescheid über Vorabfeststellung des Bedarfs oder Antrag auf Vorabfeststellung des Bedarfs

Einrichtung mit Errichtungsbewilligung

Einrichtung mit Betriebsbewilligung

Einrichtung ohne SV-Vertrag zur ambulanten medizinischen Rehabilitation der Phase II

Quellen: Rehabilitationsevidenz (Stand Dezember 2020); Angaben der SV-Träger (Datenbasis 2019 bzw. Stand Dezember 2020) und Bescheide der Landesregierungen (Stand Dezember 2020); GÖ FP – eigene Berechnungen

Tabelle 1c:

Einrichtungen für **stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation\*** - Vertragliche und sanitätsbehördlich bewilligte bzw. beantragte Betten, Stand Dezember 2020

VZ	BL	Standortgemeinde	KAC	Bezeichnung der Einrichtung	Rechts-träger	Vertragliche Betten					Bewilligte bzw. beantragte Betten				
						MOB <sup>1</sup>	HKE PUL	ONK STV	MH <sup>2</sup>	gesamt	MOB <sup>1</sup>	HKE PUL	ONK STV	MH <sup>2</sup>	gesamt
Ost	NÖ	Bad Erlach	391	Kinder- und Jugendreha kokon Bad Erlach	VP	67	0	0	47	114	67	0	0	47	114
Nord	OÖ	Rohrbach-Berg	499	Kinder- und Jugendreha kokon Rohrbach-Berg	VP	36	17	0	24	77	36	17	0	24	77
Nord	S	Salzburg	556	Neurologisches Rehabilitationszentrum - reKIZ	-	0	0	0	0	0	10	0	0	0	10
Nord	S	Sankt Veit im Pongau	564	"Der Leuwaldhof" Kinder- und Jugendrehabilitation St. Veit im Pongau <sup>3</sup>	VP	0	0	82	0	82	0	0	82	0	82
Süd	ST	Bad Radkersburg	671	Reha Radkersburg, Radkersburger Hof - kids chance	-	0	0	0	0	0	0	0	0	24	24
Süd	ST	Gratwein-Straßengel	676	Klinik Judendorf-Straßengel <sup>4</sup>	VP	31	0	0	0	31	24	0	0	0	24
Süd	ST	Neumarkt in der Steiermark	680	OptimaMed Rehabilitationszentrum Wildbad	VP	0	28	0	24	52	0	28	0	24	52
West	T	Iselsberg-Stronach	729	Rehabilitationszentrum Ederhof <sup>5</sup>	-	0	0	0	0	0	35	0	0	0	35
West	T	Wiesing	n.n.v.	Rehabilitationszentrum Wiesing	VP	22	0	0	15	37	22	0	0	15	37
<b>Betten insgesamt</b>						<b>156</b>	<b>45</b>	<b>82</b>	<b>110</b>	<b>393</b>	<b>194</b>	<b>45</b>	<b>82</b>	<b>134</b>	<b>455</b>

Legende:

n.n.v. = noch nicht vorhanden

VP = Vertragspartnereinrichtung (Rehabilitationseinrichtungen mit privatem Rechtsträger und SV-Vertrag zur stationären medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche)

\* Dargestellt werden stationäre Einrichtungen die zum Zeitpunkt der Erstellung des Rehabilitationsplans 2020 in Betrieb waren bzw. stationäre Einrichtungen die noch nicht in Betrieb waren, aber bereits über eine SV-Vertragszusage verfügten (Stand Dezember 2020).<sup>1</sup> Mobilisierender Schwerpunkt (BSR, KJC, NEU, NC, SON)<sup>2</sup> Mental Health (ESP, KJP)<sup>3</sup> 70 Betten ONK (inkl. 50 Betten familienorientierte Rehabilitation), 12 Betten STV<sup>4</sup> Vertragliche Betten gemäß Zuschlagserteilung im Vergabeverfahren des HVSVT (nunmehr DVSV).<sup>5</sup> Rehabilitation organtransplantierte Kinder und Jugendliche vorwiegend aus Deutschland.

xxx = Einrichtung mit SV-Vertragszusage

= Einrichtung in Betrieb

= Einrichtung mit positivem Bescheid über Vorabfeststellung des Bedarfs

= Abweichungen zwischen vertraglichen und bewilligten bzw. beantragten Betten vorhanden bzw. Einrichtung ohne SV-Vertrag zur stationären medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

Quellen: Verträge der SV-Träger und Bescheide der Landesregierungen (Stand Dezember 2020); Rehabilitationsevidenz (Stand Dezember 2020); GÖ FP - eigene Berechnungen

Tabelle 2a:  
Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen nach Art des stationären Heilverfahrens und Sozialversicherungsträger (SVT) in RZ 2003–2015

SVT	Daten	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
AUA	Medizinische Rehabilitation – Heilverfahren														Alle Anträge <sup>1</sup>												
	Anträge	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.375	3.565	3.758	4.636	4.544	4.414	4.552	4.050	3.838	4.024	4.220	4.345	4.259
	Bewilligungen	2.520	1.752	1.887	2.932	2.808	2.647	2.821	2.367	2.046	2.286	2.458	2.735	2.594	4.375	3.456	3.668	4.636	4.544	4.414	4.552	4.050	3.838	4.024	4.220	4.345	4.259
	durchgeführte Verfahren	2.520	2.576	2.692	2.529	2.708	2.733	2.742	2.784	2.863	3.168	3.259	3.322	3.212	4.375	4.318	4.473	4.233	4.444	4.500	4.473	4.467	4.655	4.906	5.021	4.932	4.877
	SV-eigene Einrichtungen	2.520	2.576	2.692	2.529	2.708	2.733	2.742	2.784	2.863	3.168	3.259	3.322	3.212	2.520	2.576	2.692	2.529	2.708	2.733	2.742	2.784	2.863	3.168	3.259	3.322	3.212
	VP-Einrichtungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	910	814	887	800	824	882	860	852	884	908	943	834	875
	Ausland	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	945	928	894	904	912	885	871	831	908	830	819	776	790
BVA	Medizinische Rehabilitation – Heilverfahren														Alle Anträge <sup>1</sup>												
	Anträge	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24.436	24.006	28.546	24.573	25.683	29.727	29.618	29.329	28.118	29.946	30.940	31.962	31.487
	Bewilligungen	5.206	5.188	7.731	6.760	8.268	9.200	9.786	9.424	8.896	10.314	11.556	11.655	12.157	19.245	19.252	24.488	20.684	22.123	26.373	26.401	25.556	25.266	26.888	29.146	29.642	28.985
	durchgeführte Verfahren	5.057	4.920	5.332	6.230	6.915	8.017	8.777	8.889	7.962	10.024	10.634	10.846	11.011	17.912	16.970	17.251	18.265	18.976	22.413	25.138	23.817	23.642	26.743	26.531	27.793	27.108
	SV-eigene Einrichtungen	2.058	2.070	2.161	3.072	3.237	3.730	4.823	4.926	4.507	5.197	5.782	5.983	6.382	9.374	9.010	8.574	9.086	8.679	9.006	9.914	8.797	8.174	8.696	8.364	8.614	7.781
	VP-Einrichtungen	2.879	2.736	3.076	3.013	3.491	4.124	3.782	3.926	3.434	4.791	4.833	4.815	4.598	8.388	7.783	8.516	8.967	10.041	13.026	14.849	14.896	15.370	17.949	18.092	19.069	19.242
	Ausland	120	114	95	145	187	163	172	37	21	36	19	48	31	150	177	161	212	256	381	375	124	98	98	75	110	85
PVA	Medizinische Rehabilitation – Heilverfahren														Alle Anträge <sup>1</sup>												
	Anträge	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	144.593	139.907	144.100	158.683	174.489	180.853	188.515	202.583	220.251	222.755	234.492	277.308	240.544
	Bewilligungen	40.392	45.983	48.390	47.192	59.114	68.496	70.585	78.727	86.667	90.066	99.141	118.303	118.609	118.081	129.326	132.426	146.148	160.958	166.769	172.234	176.580	185.277	181.228	189.278	206.071	201.656
	durchgeführte Verfahren	44.034	48.818	53.858	45.884	52.902	63.997	68.245	74.407	81.991	86.742	92.649	100.812	102.540	116.743	128.534	136.020	137.095	142.372	153.584	163.029	172.040	178.272	181.953	181.703	184.611	183.807
	SV-eigene Einrichtungen	24.020	24.994	27.540	19.707	22.406	27.320	29.200	30.934	32.931	33.637	34.691	34.916	34.054	41.673	42.608	44.604	37.950	38.196	38.733	38.700	38.291	39.311	39.130	38.936	38.661	37.486
	VP-Einrichtungen	19.029	22.679	25.193	24.589	28.348	33.886	36.419	41.158	47.100	51.569	56.428	63.868	65.929	74.047	84.747	90.268	97.345	101.912	112.039	121.610	131.305	136.861	141.146	141.141	143.805	143.652
	Ausland	985	1.145	1.125	1.588	2.148	2.791	2.626	2.315	1.960	1.536	1.530	2.028	2.557	1.023	1.179	1.148	1.800	2.264	2.812	2.719	2.444	2.100	1.677	1.626	2.145	2.669
SVB	Medizinische Rehabilitation – Heilverfahren														Alle Anträge <sup>1</sup>												
	Anträge	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19.815	19.442	19.571	19.700	19.700	19.700	19.700	20.199	18.970	18.794	18.611	18.055	17.273
	Bewilligungen	8.674	8.367	8.613	9.268	9.268	9.268	9.182	9.003	8.841	8.956	8.845	8.705	14.111	14.129	13.814	14.188	14.188	14.188	14.188	14.182	14.126	13.730	13.808	13.825	13.483	
	durchgeführte Verfahren	8.492	8.123	8.424	8.575	8.575	8.575	8.992	8.916	8.717	8.711	8.185	7.965	14.110	13.906	13.669	13.547	13.547	13.547	13.547	14.045	13.713	13.575	13.348	12.511	12.395	
	SV-eigene Einrichtungen	6.370	6.255	6.467	6.787	6.787	6.787	324	196	301	220	245	293	9.436	9.351	9.167	9.185	9.185	9.185	9.185	341	201	310	229	252	300	
	VP-Einrichtungen	2.122	1.867	1.953	1.759	1.759	1.759	8.423	8.579	8.272	8.403	7.776	7.568	4.674	4.554	4.399	4.233	4.233	4.233	4.233	13.363	13.316	13.051	12.959	12.025	11.921	
	Ausland	0	1	4	29	29	29	245	141	144	88	164	104	0	1	103	129	129	129	129	341	196	214	160	234	174	
SVGW	Medizinische Rehabilitation – Heilverfahren														Alle Anträge <sup>1</sup>												
	Anträge	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13.447	13.997	14.519	15.252	15.987	15.202	15.202	17.066	18.521	18.562	19.834	20.549	20.371
	Bewilligungen	764	3.287	3.920	4.166	4.351	4.606	4.218	5.089	5.836	8.810	10.127	10.528	10.562	11.279	11.787	12.408	13.160	13.952	13.445	12.447	14.459	15.695	15.933	17.151	17.561	17.248
	durchgeführte Verfahren	671	3.155	3.336	3.782	3.831	4.065	4.305	4.874	5.291	7.422	9.496	9.149	8.841	9.293	9.848	10.213	10.919	11.180	11.556	12.634	13.033	14.440	14.880	16.172	16.417	15.427
	SV-eigene Einrichtungen	449	2.056	1.880	1.988	1.880	2.026	1.762	2.012	2.228	3.545	5.230	4.656	4.398	4.241	4.299	4.213	4.078	4.281	4.455	4.114	4.250	4.699	4.708	5.335	4.752	4.492
	VP-Einrichtungen	213	1.040	1.324	1.608	1.754	1.759	2.299	2.591	2.854	3.750	4.142	4.398	4.315	5.010	5.490	5.866	6.648	6.693	6.810	8.269	8.505	9.521	10.037	10.703	11.559	10.799
	Ausland	9	59	132	186	197	280	244	271	209	127	124	95	128	42	59	134	193	206	291	251	278	220	135	134	106	136
VAEB	Medizinische Rehabilitation – Heilverfahren														Alle Anträge <sup>1</sup>												
	Anträge	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11.781	12.675	12.270	12.930	12.638	12.182	12.535	12.788	13.385	13.061	14.323	13.547	13.623
	Bewilligungen	2.737	2.695	2.997	2.943	3.035	3.250	3.224	3.402	3.852	3.622	3.957	2.715	3.506	10.845	10.767	11.046	11.650	11.502	11.437	11.750	12.038	12.706	11.895	13.195	10.222	11.991
	durchgeführte Verfahren	2.476	2.488	2.605	2.662	2.608	2.855	2.918	2.944	3.334	3.176	3.385	3.345	3.339	8.864	8.785	9.164	8.947	8.773	8.988	9.351	9.843	10.499	10.100	9.822	11.246	10.040
	SV-eigene Einrichtungen	520	381	400	424	459	451	472	513	511	493	557	560	699	6.138	6.439	6.675	6.435	5.196	4.670	4.641	4.646	4.643	4.317	4.681	6.008	5.115
	VP-Einrichtungen	1.800	1.894	1.884	1.898	1.838	2.053	2.126	2.179	2.523	2.470	2.646	2.653	2.523	2.540	2.094	2.131	2.144	3.239	3.945	4.361	4.908	5.517	5.541	4.931	5.079	4.779
	Ausland	156	213	321	340	311	351	320	252	300	213	182	132	117	186	252	358	368	338	373	349	289	339	242	210	159	146
BGKK <sup>2</sup>	Medizinische Rehabilitation – Heilverfahren														Alle Anträge <sup>1</sup>												
	Anträge	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	550	355	351	359	354	348	317	366	375	370	365	362	313
	Bewilligungen	104	103	93	100	118	131	128	144	162	154	145	157	171	430	243	216	230	216	217	188	196	221	236	250	232	233
	durchgeführte Verfahren	63	72	58	76	77	54	102	95	115	110	105	134	117	189	141	124	149	122	81	141	123	143	158	172	196	157
	SV-eigene Einrichtungen	22	21	23	23	21	20	29	23	37	28	19	15	19	27	24	30	28	24	23	35	29	41	32	23	15	22
	VP-Einrichtungen	41	51	35	53	56	34	73	72	78	82	86	119	98	162	117	94	121	98	58	106	94	102	126	149	181	135
	Ausland	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KGKK	Medizinische Rehabilitation – Heilverfahren														Alle Anträge <sup>1</sup>												
	Anträge	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	703	457	484	525	540	559	561	937	918	737	806	890	829
	Bewilligungen	308	386	418	479	500	490	482	602	585	636	758	751	755	334	411	441	491	500	505	503	617	595	636	764	754	759
	durchgeführte Verfahren	238	351	373	451	443	439	461	535	566	542	551	628	578	238	351	373	451	443	439	461	535	566	542	636	686	578
	SV-eigene Einrichtungen	30	39	40	35	25	33	34	45	39	43	31	106	60	30	39	40	35	25	33	34						



Tabelle 2b:

Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen in Differenzierung nach stationärer und ambulanter Rehabilitation Phase II und Rehabilitations-Indikationsgruppen (RIG) 2016–2018

RIG	Medizinische Rehabilitation Erwachsene – Heilverfahren	2016	2017	2018
BSR	Bewilligungen insgesamt Phase II	82.904	76.842	81.914
	Durchgeführte Verfahren insgesamt Phase II	75.583	73.399	79.106
	Bewilligungen stationär (Phase II)	79.636	72.964	77.085
	Bewilligungen ambulant (Phase II)	3.268	3.878	4.829
	Durchgeführte Verfahren stationär (Phase II)	73.081	70.349	75.014
	Durchgeführte Verfahren ambulant (Phase II)	2.502	3.050	4.092
HKE	Bewilligungen insgesamt Phase II	23.347	23.616	24.541
	Durchgeführte Verfahren insgesamt Phase II	22.047	22.919	22.932
	Bewilligungen stationär (Phase II)	21.872	22.071	22.965
	Bewilligungen ambulant (Phase II)	1.475	1.545	1.576
	Durchgeführte Verfahren stationär (Phase II)	20.831	21.564	21.541
	Durchgeführte Verfahren ambulant (Phase II)	1.216	1.355	1.391
NEU	Bewilligungen insgesamt Phase II	21.738	21.505	22.377
	Durchgeführte Verfahren insgesamt Phase II	19.942	20.896	21.463
	Bewilligungen stationär (Phase II)	21.467	21.228	22.136
	Bewilligungen ambulant (Phase II)	271	277	241
	Durchgeführte Verfahren stationär (Phase II)	19.713	20.686	21.234
	Durchgeführte Verfahren ambulant (Phase II)	229	210	229
ONK	Bewilligungen insgesamt Phase II	7.750	8.538	9.248
	Durchgeführte Verfahren insgesamt Phase II	6.817	8.116	8.843
	Bewilligungen stationär (Phase II)	7.646	8.382	9.072
	Bewilligungen ambulant (Phase II)	104	156	176
	Durchgeführte Verfahren stationär (Phase II)	6.729	7.977	8.693
	Durchgeführte Verfahren ambulant (Phase II)	88	139	150
PSY	Bewilligungen insgesamt Phase II	13.654	14.737	15.610
	Durchgeführte Verfahren insgesamt Phase II	12.610	13.181	13.835
	Bewilligungen stationär (Phase II)	11.625	12.009	12.431
	Bewilligungen ambulant (Phase II)	2.029	2.728	3.179
	Durchgeführte Verfahren stationär (Phase II)	10.811	10.866	11.112
	Durchgeführte Verfahren ambulant (Phase II)	1.799	2.315	2.723
PUL	Bewilligungen insgesamt Phase II	8.457	8.828	8.779
	Durchgeführte Verfahren insgesamt Phase II	7.772	7.870	8.112
	Bewilligungen stationär (Phase II)	8.103	8.422	8.278
	Bewilligungen ambulant (Phase II)	354	406	501
	Durchgeführte Verfahren stationär (Phase II)	7.475	7.565	7.736
	Durchgeführte Verfahren ambulant (Phase II)	297	305	376
STV	Bewilligungen insgesamt Phase II	10.193	10.405	10.348
	Durchgeführte Verfahren insgesamt Phase II	8.895	9.692	9.153
	Bewilligungen stationär (Phase II)	10.133	10.332	10.198
	Bewilligungen ambulant (Phase II)	60	73	150
	Durchgeführte Verfahren stationär (Phase II)	8.852	9.622	9.037
	Durchgeführte Verfahren ambulant (Phase II)	43	70	116
UCNC	Bewilligungen insgesamt Phase II	2.010	1.996	1.757
	Durchgeführte Verfahren insgesamt Phase II	2.352	2.399	2.374
	Bewilligungen stationär (Phase II)	2.010	1.996	1.757
	Bewilligungen ambulant (Phase II)	0	0	0
	Durchgeführte Verfahren stationär (Phase II)	2.352	2.399	2.374
	Durchgeführte Verfahren ambulant (Phase II)	0	0	0
LYMPH	Bewilligungen insgesamt Phase II	1.314	1.442	1.336
	Durchgeführte Verfahren insgesamt Phase II	1.314	1.442	1.437
	Bewilligungen stationär (Phase II)	1.232	1.442	1.336
	Bewilligungen ambulant (Phase II)	82	0	0
	Durchgeführte Verfahren stationär (Phase II)	1.232	1.442	1.336
	Durchgeführte Verfahren ambulant (Phase II)	82	0	101
Sonstige	Bewilligungen insgesamt Phase II	1.482	1.491	2.300
	Durchgeführte Verfahren insgesamt Phase II	1.609	1.404	2.196
	Bewilligungen stationär (Phase II)	1.475	1.463	2.270
	Bewilligungen ambulant (Phase II)	7	28	30
	Durchgeführte Verfahren stationär (Phase II)	1.607	1.394	2.187
	Durchgeführte Verfahren ambulant (Phase II)	2	10	9
Alle RIG	Bewilligungen insgesamt Phase II	172.849	169.400	178.210
	Durchgeführte Verfahren insgesamt Phase II	158.941	161.318	169.451
	Bewilligungen stationär (Phase II)	165.199	160.309	167.528
	Bewilligungen ambulant (Phase II)	7.650	9.091	10.682
	Durchgeführte Verfahren stationär (Phase II)	152.683	153.864	160.264
	Durchgeführte Verfahren ambulant (Phase II)	6.258	7.454	9.187

Anmerkung: Bezüglich VAEB und WGKK für das Datenjahr 2017 keine RIG-Zuordnung verfügbar.

Quellen: DSVS – Erhebungen zum Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen bei den SV-Trägern; GÖ FP – eigene Berechnungen

Tabelle 3:

Strukturqualitätskriterien in der **stationären Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation** – zusammenfassende Darstellung (exkl. MHR-ESP/KJP, ONK)

Stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation		BSR		HKE		KJC		NEU/NC		PUL		STV	
		u.Gr.	o.Gr.	u.Gr.	o.Gr.	u.Gr.	o.Gr.	u.Gr.	o.Gr.	u.Gr.	o.Gr.	u.Gr.	o.Gr.
<b>Personelle Ausstattung</b>	<b>Berufsgruppen</b>	<i>1 VZÄ / x Betten</i>											
	Ärzte/Ärztinnen	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
	DKKP inkl. Pflegefachassistenz und Pflegeassistenz (max. 20 % PFA/PA)	5	4	6	4	5	4	5	4	6	4	6	4
	Physiotherapeuten/-therapeutinnen (max. 10 % MTF), Ergotherapeuten/-therapeutinnen und Logopäden/Logopädinnen	4	3	5	3	4	3	4	3	5	3	6	3
	Diätologen/Diätologinnen	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	30	30
	biomedizinische Analytiker/-innen	nN	nN	nN	nN	nN	nN	nN	nN	nN	nN	nN	nN
	Radiologietechnologen/-technologinnen	nN	nN	nN	nN	nN	nN	nN	nN	nN	nN	nN	nN
	Orthoptisten/Orthoptistinnen							100	100				
	klinische und Gesundheitspsychologen/-psychologinnen		30		30		30		30		30		30
	klinische und Gesundheitspsychologen/-psychologinnen und/oder Psychotherapeuten/-therapeutinnen	20		20		20		20		20		15	
	Sozialarbeiter/-innen	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	medizinische Masseur/Masseurinnen		30		30		30		30		30		30
	medizinische Masseur/Masseurinnen oder Heilmasseur/Heilmasseurinnen	40		40		40		40		40		30	
	medizinisch-technischer Fachdienst	nN	nN	nN	nN	nN	nN	nN	nN	nN	nN	nN	nN
	Musiktherapeuten/-therapeutinnen							nN	100			nN	100
	Lehrer/-innen, Kindergärtner/-innen	ngR	ngR	ngR	ngR	ngR	ngR	ngR	ngR	ngR	ngR	ngR	ngR
Sportwissenschaftler/-innen (lt. gesetzl. Regelungen)	nN	nN	nN	nN	nN	nN	nN	nN	nN	nN	nN	nN	
klinische Linguisten/Linguistinnen (lt. gesetzl. Regelungen)							nN	nN					
Stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation		BSR		HKE		KJC		NEU/NC		PUL		STV	
		RW	RW	RW	RW	RW	RW	RW	RW	RW	RW		
<b>Räumliche Ausstattung</b>	rollstuhlgängige und behindertengerechte Gestaltung der Gesamtanlage und der Räumlichkeiten inkl. Aufzug bei mehrstöckigen Gebäuden	x		x		x		x		x		x	
	Notrufanlage in allen für Patienten/Patientinnen zugänglichen Räumlichkeiten	x		x		x		x		x		x	
	Altersgerechte und familienfreundliche Ausstattung der Patientenzimmer	x		x		x		x		x		x	
	Unterbringung von Kindern in Einheiten gemeinsam mit Begleitpersonen – ausgestattet mit höhenverstellbaren Betten sowie Nasszellen und Sanitäranlagen	x		x		x		x		x		x	
	Unterbringung von Jugendlichen in 1- bis 2-Bett-Zimmern mit höhenverstellbaren Betten inkl. Nasszellen und Sanitäranlagen	x		x		x		x		x		x	
	Einzel- und Gruppentherapieräume für aktive und passive Therapie	x		x		x		x		x		x	

Fortsetzung Tabelle 3 – Seite 2 von 6

Stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation		BSR	HKE	KJC	NEU/NC	PUL	STV
		RW	RW	RW	RW	RW	RW
Räumliche Ausstattung	Räumlichkeiten für Bewegungs- und medizinische Trainingstherapie inkl. Geräte und Utensilien	x	x	x	x	x	x
	Räumlichkeiten für Ausdauer-/Krafttraining mit entsprechender Geräteausrüstung	x	x	x	x	x	x
	Untersuchungs- und Behandlungsräume	x	x	x	x	x	x
	Räume für Notfallbehandlung inkl. Notfallausrüstung	x	x	x	x	x	x
	Räumlichkeit für Notfall-Labor	x	x	x	x	x	x
	Räumlichkeiten für Pflegemaßnahmen	x	x	x	x	x	x
	Ausstattung für Lokomotionstherapie	x			x		
	Schulungs- und Vortragsräume	x	x	x	x	x	x
	Bewegungsbecken inkl. Hublift	x	x	x	x	x	x
	Turnsaal	x	x	x	x	x	x
	Kindergartenräumlichkeiten	x	x	x	x	x	x
	Schulzimmer	x	x	x	x	x	x
	Räumlichkeiten für ATL-Training inkl. Lehrküche	x		x	x		x
	Schallisolierter Raum für Musiziermöglichkeiten (nach Möglichkeit im Jugendbereich)	x	x	x	x	x	x
	Werk-/Bastelraum	x	x	x	x	x	x
	Besprechungsräume	x	x	x	x	x	x
	Ruhe- und Aufenthaltsräume für Patienten	x	x	x	x	x	x
	Umkleieräume für Patienten	x	x	x	x	x	x
	Nasszellen und Sanitäranlagen für Patienten	x	x	x	x	x	x
	Empfang mit Aufenthaltsbereich und Rezeption	x	x	x	x	x	x
OP-Einrichtung („Procedure Room“) inkl. Anästhesieausstattung			x				
Außenbereich: Spiel-/Klettergeräte, Laufbahn, Ballspielplätze	x	x	x	x	x	x	
Räumlichkeiten für Röntgen/Ultraschalldiagnostik	o	o	o	o	o	o	
Räumlichkeiten für Funktionsdiagnostik	o	o	o	o	o	o	
Orthopädiewerkstätte	o	o	o	o	o	o	
Leistungsangebot	<b>Diagnostische Leistungen</b>						
	allgemeinmedizinische und rehabilitationsspezifische ärztliche Diagnostik (inkl. ICD)	x	x	x	x	x	x
	rehabilitationsbezogene fachärztliche Diagnostik	o	o	o	o	o	o
	sonstige (konsiliar)fachärztl. Diagnostik	o	o	o	o	o	o
	Pflegerische Diagnostik	x	x	x	x	x	X

Fortsetzung Tabelle 3 – Seite 3 von 6

Stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation		BSR	HKE	KJC	NEU/NC	PUL	STV
		RW	RW	RW	RW	RW	RW
Leistungsangebot	Schluckdiagnostik			x	x		o
	allgemeine psychologische Diagnostik	x	x	x	x	x	x
	neuropsychologische Diagnostik				x		
	logopädische Diagnostik			x	x	x	
	Zielvereinbarung nach ICF	x	x	x	x	x	x
	Langzeitblutdruckmessung		x				
	EKG	x	x	x	x	x	x
	Langzeit-EKG		x				
	Ergometrie	o	x	o	o	o	o
	notfallmedizinische Diagnostik und Therapie (inkl. Notfall-Labor u. Überwachungsmöglichkeit)	x	x	x	x	x	x
	Beatmungsmöglichkeit inkl. Langzeitbeatmung			x			
	Labordiagnostik	o	o	o	o	o	o
	konventionelle Röntgendiagnostik	o	o	o	o	o	o
	allgemeine Ultraschalldiagnostik	o	o	o	o	o	o
	indikationsspezifische Ultraschalldiagnostik	x	x	x	x		
	Ganganalyse	o		o	o		
	rehabilitationsrelevante elektroneurophysiologische Untersuchungen (EEG, EMG, ENG, evozierte Pot.)	o	o	o	o	o	o
	CT, MR	o	o	o	o	o	o
	sozialpädiatrische Beurteilung	x	x	x	x	x	x
	endoskopische, gastrokopische und bronchoskopische Diagnostik			x			
Gesichtsfeldbestimmung				x			
<b>Therapeutische Leistungen</b>							
<i>Ärztliche Leistungen</i>							
	Therapieplanung und -überwachung inkl. Dokumentation des gesamten Rehabilitationsprozesses	x	x	x	x	x	x
	spezifische ärztliche therapeutische Leistungen	x	x	x	x	x	x
	medikamentöse Therapie	x	x	x	x	x	x
	Trachealkanülenservice, Ernährungs sondenwechsel			x			
<i>Aktivierend-therapeutische pflegerische Leistungen</i>							
	Planung des Pflegeprozesses	x	x	x	x	x	x

Fortsetzung Tabelle 3 – Seite 4 von 6

Stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation		BSR	HKE	KJC	NEU/NC	PUL	STV	
		RW	RW	RW	RW	RW	RW	
Leistungsangebot	pflegerische Anleitung und Förderung, ganzheitliche und aktivierende Pflege	x	x	x	x	x	x	
	Case und Care Management	x	x	x	x	x	x	
	Medikamentenschulung	x	x	x	x	x	x	
	Wundmanagement	x	x	x	x	x	x	
	Diabetesberatung und -schulung						x	
	Stomaversorgung und -anleitung			x	x	x	x	
	Beratung und Anleitung pflegender Angehöriger	x	x	x	x	x	x	
	ATL-Training	x	x	x	x	x	x	
	<i>Physiotherapie / Ergotherapie</i>							
	Bewegungstherapie – Einzel (inkl. funktionelle konzeptorientierte Einzelphysiotherapie und apparativ unterstützte Behandlungen)	x	x	x	x	x	x	
	Bewegungstherapie – Gruppe (inkl. funktionelle konzeptorientierte Gruppenphysiotherapie und apparativ unterstützte Behandlungen)	x	x	x	x	x	x	
	Unterwasserbewegungstherapie – Einzel	x			x			
	Unterwasserbewegungstherapie – Gruppe	x	x	x	x	x	x	
	Ergotherapie – Einzel	x			x			
	Ergotherapie – Gruppe	x			x			
	Gelenkschutzunterweisung	x			x			
	Ergonomieunterweisung	x			x			
	Funktionstraining – Einzel	x	x	x	x	x	x	
	Funktionstraining – Gruppe	x	x	x	x	x	x	
	Sensomotoriktraining	x			x			
	Training der kognitiven Fertigkeiten				x		x	
	Schienenbehandlung	x			x			
	ATL-Training	x	x	x	x	x	x	
	Heilbehelf- und Hilfsmittelberatung	x	x	x	x	x	x	
	Alltagsorientiertes Training (z. B. Haushaltstraining)	x	x	x	x	x	x	

Fortsetzung Tabelle 3 – Seite 5 von 6

Stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation		BSR	HKE	KJC	NEU/NC	PUL	STV	
		RW	RW	RW	RW	RW	RW	
Leistungsangebot	Arbeitsplatz- und Schulberatung	x	x	x	x	x	x	
	Wohnraumadaptierung	x			x			
	<i>Atemphysiotherapie</i>							
	Atemphysiotherapie – Einzel		x		x	x		
	Atemphysiotherapie – Gruppe		x		x	x		
	Inhalation mit Gerät		x			x		
	Atemmuskeltraining					x		
	Sauerstofflangzeittherapie					x		
	Therapie mit Atemhilfen					x		
	Nächtliche volumenkontrollierte / assistierte Beatmung					x		
	<i>Logopädie</i>							
	Logopädie – Einzel			x	x	x		
	Logopädie – Gruppe			x	x	x		
	Sprach- und Sprechtherapie				x	x		
	orofaciale Therapie				x			
	Therapie von Lese- und Schreibstörungen				x			
	Behandlung von Schluckstörungen				x			
	Behandlung von Atem- /Stimmstörungen				x	x		
	<i>Pädagogik</i>							
	Kindergartenpädagogik	x	x	x	x	x	x	
	Altersgerechtes Schulangebot	x	x	x	x	x	x	
	<i>Psychotherapie</i>							
	Psychotherapie – Einzel	o	o	o	o	o	o	
	Psychotherapie – Gruppe	o	o	o	o	o	o	
	<i>Klinische und Gesundheitspsychologie</i>							
	klinisch-psychologisches Gespräch	x	x	x	x	x	x	
	gesundheitspsychologische Beratung	x	x	x	x	x	x	
	kognitives Training				x			

Fortsetzung Tabelle 3 – Seite 6 von 6

Stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation		BSR	HKE	KJC	NEU/NC	PUL	STV
		RW	RW	RW	RW	RW	RW
Leistungsangebot	<i>Ernährung</i>						
	Ernährungsberatung – Einzel	x	x	x	x	x	x
	Ernährungsberatung – Gruppe	x	x	x	x	x	x
	Lehrküche						x
	<i>Elektrotherapie</i>	x			x		
	<i>Thermotherapie</i>	x	x	x	x	x	x
	<i>Ultraschalltherapie</i>	x			x		
	<i>Hydrotherapie</i>	x			x		
	<i>Lasertherapie</i>	x		x	x		
	<i>Heilmassage</i>						
	Manuelle Heilmassage Teilkörper	x	x	x	x	x	x
	Manuelle Lymphdrainage	x	x	x	x	x	
	<i>Schulungen</i>						
	allgemeine und indikationsspezifische Patientenschulung – Einzel	x	x	x	x	x	x
	allgemeine und indikationsspezifische Patientenschulung – Gruppe	x	x	x	x	x	x
	Initiierung von Nachsorgemaßnahmen	x	x	x	x	x	x
	Raucherberatung u. -prävention/ Raucherentwöhnung	x	x	x	x	x	x
	Angehörigenberatung/-schulung	x	x	x	x	x	x
	<i>Orthopädie- und Rehabilitationstechnik</i>						
	Heilbehelfs- und Hilfsmittelzurichtung	x	o		x	o	o
	redressierendes Gipsen				o		
	prothetische Versorgung und Kontrolle	x			x		
	orthopädische Schuhversorgung	o			o		o

ngR = nach geltender gesetzlicher Regelung; nN = nach Notwendigkeit  
 Verfügbarkeit: x = vor Ort verfügbar, o = in Kooperation möglich

Quelle und Darstellung: GÖ FP

Tabelle 4a:

**Stationäre Erwachsenen-Rehabilitation** – Vertragliche stationäre Betten in RZ 2020 (statVB), stationäre Soll-Betten in RZ 2025 (statSOLL-B) und stationäre Soll-Rehabilitationsverfahren in RZ 2025 (statSOLL-RV) sowie Soll-Ist-Vergleich Betten nach Rehabilitations-Indikationsgruppen (RIG) und nach Versorgungszonen<sup>1</sup>

Ist 2020 (statVB) <sup>2</sup>	EW≥18a <sup>3</sup>	BSR	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY	PUL	STV	UCNC	gesamt <sup>5</sup>
VZ 1 (Ost)	3.057.360	1.492	489	0	573	221	616	210	269	252	<b>4.122</b>
VZ 2 (Süd)	1.559.187	1.100	429	60	538	196	310	149	257	138	<b>3.177</b>
VZ 3 (Nord)	1.633.737	1.168	528	0	484	200	405	157	173	0	<b>3.115</b>
VZ 4 (West)	920.521	201	121	49	156	30	188	65	0	136	<b>946</b>
<b>Österreich</b>	<b>7.170.805</b>	<b>3.961</b>	<b>1.567</b>	<b>109</b>	<b>1.751</b>	<b>647</b>	<b>1.519</b>	<b>581</b>	<b>699</b>	<b>526</b>	<b>11.360</b>
Soll 2025 (statSOLL-B)	EW≥18a <sup>3</sup>	BSR	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY*	PUL	STV	UCNC <sup>4</sup>	gesamt <sup>5</sup>
VZ 1 (Ost)	3.135.203	1.740	664	44	847	271	666	191	200	202	<b>4.825</b>
VZ 2 (Süd)	1.567.802	870	332	22	424	136	333	96	100	101	<b>2.414</b>
VZ 3 (Nord)	1.664.579	924	353	23	450	144	417	102	106	107	<b>2.626</b>
VZ 4 (West)	939.735	521	199	14	254	81	200	57	60	60	<b>1.446</b>
<b>Österreich</b>	<b>7.307.319</b>	<b>4.055</b>	<b>1.548</b>	<b>103</b>	<b>1.975</b>	<b>632</b>	<b>1.616</b>	<b>446</b>	<b>466</b>	<b>470</b>	<b>11.311</b>
Soll 2025 (statSOLL-RV)	EW≥18a <sup>3</sup>	BSR	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY*	PUL	STV	UCNC <sup>4</sup>	gesamt <sup>5</sup>
VZ 1 (Ost)	3.135.203	27.946	9.390	716	10.153	4.362	5.505	3.077	3.181	1.575	<b>65.905</b>
VZ 2 (Süd)	1.567.802	13.974	4.695	358	5.077	2.181	2.752	1.539	1.591	788	<b>32.955</b>
VZ 3 (Nord)	1.664.579	14.837	4.985	381	5.391	2.316	3.449	1.634	1.688	836	<b>35.517</b>
VZ 4 (West)	939.735	8.376	2.814	215	3.044	1.307	1.650	922	954	472	<b>19.754</b>
<b>Österreich</b>	<b>7.307.319</b>	<b>65.133</b>	<b>21.884</b>	<b>1.670</b>	<b>23.665</b>	<b>10.166</b>	<b>13.356</b>	<b>7.172</b>	<b>7.414</b>	<b>3.671</b>	<b>154.131</b>
Soll 2025 – Ist 2020 (Betten)	EW≥18a <sup>3</sup>	BSR	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY	PUL	STV	UCNC <sup>4</sup>	gesamt <sup>5</sup>
VZ 1 (Ost)	3.135.203	-248	-175	-44	-274	-50	-50	19	69	50	<b>-703</b>
VZ 2 (Süd)	1.567.802	230	97	38	114	60	-23	53	157	37	<b>763</b>
VZ 3 (Nord)	1.664.579	244	175	-23	34	56	-12	55	67	-107	<b>489</b>
VZ 4 (West)	939.735	-320	-78	35	-98	-51	-12	8	-60	76	<b>-500</b>
<b>Österreich</b>	<b>7.307.319</b>	<b>-94</b>	<b>19</b>	<b>6</b>	<b>-224</b>	<b>15</b>	<b>-97</b>	<b>135</b>	<b>233</b>	<b>56</b>	<b>49</b>

**Legende:**

\* inkl. 526 Rehabilitationsverfahren bzw. 62 Betten, die 2018 noch in Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland abgedeckt wurden; aufgrund der bisherigen Zuweisungspraxis der Zielregion VZ Nord (Oberösterreich, Salzburg) zugerechnet.

<sup>1</sup> Derzeit wird kein Abbau von vertraglich gebundenen stationären Betten bzw. Rehabilitationsverfahren angestrebt. Zusätzlicher Bedarf an Phase-II-Rehabilitation soll grundsätzlich – unter Berücksichtigung der medizinischen Möglichkeiten – ambulant und nicht stationär abgedeckt werden. Der Aufbau, die Akzeptanz und die Nutzung der ambulanten Phase-II-Rehabilitation soll in den nächsten Jahren beobachtet und evaluiert werden.

<sup>2</sup> vertragliche, stationäre Betten in Betrieb inkl. jener Standorte/Betten die zum Zeitpunkt der Erstellung des Rehabilitationsplans 2020 noch nicht in Betrieb waren, aber bereits über eine SV-Vertragszusage verfügten (Stand Dezember 2020).

<sup>3</sup> Einwohnerinnen und Einwohner ab dem vollendeten 18. Lebensjahr; Hinweis: EW-Prognosen 2025 sind auf Gemeindeebene nur in 5-Jahres-Altersgruppen verfügbar; aus diesem Grund können EW-Prognosen für das Jahr 2025 und – aus Gründen der Konsistenz – auch EW-Summen für das Jahr 2020 nur ab dem vollendeten 20. Lebensjahr berücksichtigt werden.

<sup>4</sup> Angaben des Bettenbedarfs bzw. des Bedarfs an stationären Rehabilitationsverfahren je VZ sind auch in der RIG UCNC quellbezogen zu betrachten. Bevorzugte Nutzung bereits bestehender Strukturen jedenfalls unter Berücksichtigung der entsprechenden Qualitätskriterien.

<sup>5</sup> exkl. der RIG SON

	<b>Bettendefizit</b> in Bezug auf die betreffende Versorgungszone bzw. RIG
	<b>Bettendüberschuss</b> in Bezug auf die betreffende Versorgungszone bzw. RIG

Quellen: Verträge der SV-Träger, SV-Vertragszusagen und Bescheide der Landesregierungen (Stand Dezember 2020); Rehabilitationsevidenz (Stand Dezember 2020); ST.AT/ÖROK – Volkszählung 2001; Bevölkerungsprognosen 2002–2081; Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

Tabelle 4b:

**Stationäre Erwachsenen-Rehabilitation** – Vertragliche stationäre Betten in RZ 2020 (statVB), stationäre Soll-Betten in RZ 2025 (statSOLL-B) und stationäre Soll-Rehabilitationsverfahren in RZ 2025 (statSOLL-RV) sowie Soll-Ist-Vergleich Betten nach Rehabilitations-Indikationsgruppen (RIG) und nach Bundesländern<sup>1</sup>

Ist 2020 (statVB) <sup>2</sup>	EW≥18a <sup>3</sup>	BSR	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY	PUL	STV	UCNC	gesamt <sup>5</sup>
Burgenland	242.097	140	171	0	100	226	100	0	0	0	<b>737</b>
Kärnten	458.667	408	103	60	110	70	81	54	73	0	<b>959</b>
Niederösterreich	1.356.295	1.200	489	0	276	100	516	210	269	200	<b>3.260</b>
Oberösterreich	1.186.680	597	350	0	413	80	294	157	121	0	<b>2.012</b>
Salzburg	447.057	571	178	0	71	120	111	0	52	0	<b>1.103</b>
Steiermark	1.019.988	692	155	0	428	21	229	95	184	138	<b>1.942</b>
Tirol	609.449	120	85	49	120	30	126	65	0	136	<b>731</b>
Vorarlberg	311.072	81	36	0	36	0	62	0	0	0	<b>215</b>
Wien	1.539.500	152	0	0	197	0	0	0	0	52	<b>401</b>
<b>Österreich</b>	<b>7.170.805</b>	<b>3.961</b>	<b>1.567</b>	<b>109</b>	<b>1.751</b>	<b>647</b>	<b>1.519</b>	<b>581</b>	<b>699</b>	<b>526</b>	<b>11.360</b>

Soll 2025 (statSOLL-B)	EW≥18a <sup>3</sup>	BSR	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY*	PUL	STV	UCNC <sup>4</sup>	gesamt <sup>5</sup>
Burgenland	247.149	137	52	3	67	21	52	15	16	16	<b>379</b>
Kärnten	458.021	254	97	6	124	40	97	28	29	30	<b>705</b>
Niederösterreich	1.387.865	770	294	20	375	120	295	85	88	89	<b>2.136</b>
Oberösterreich	1.210.670	672	257	17	327	105	303	74	77	78	<b>1.910</b>
Salzburg	453.909	252	96	6	123	39	114	28	29	29	<b>716</b>
Steiermark	1.028.874	571	218	15	278	89	219	63	66	66	<b>1.585</b>
Tirol	621.818	345	132	9	168	54	132	38	40	40	<b>958</b>
Vorarlberg	317.917	176	67	5	86	27	68	19	20	20	<b>488</b>
Wien	1.581.096	878	335	22	427	137	336	96	101	102	<b>2.434</b>
<b>Österreich</b>	<b>7.307.319</b>	<b>4.055</b>	<b>1.548</b>	<b>103</b>	<b>1.975</b>	<b>632</b>	<b>1.616</b>	<b>446</b>	<b>466</b>	<b>470</b>	<b>11.311</b>

Soll 2025 (statSOLL-RV)	EW≥18a <sup>3</sup>	BSR	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY*	PUL	STV	UCNC <sup>4</sup>	gesamt <sup>5</sup>
Burgenland	247.149	2.203	740	56	800	344	434	242	251	125	<b>5.195</b>
Kärnten	458.021	4.082	1.372	105	1.483	637	804	450	465	230	<b>9.628</b>
Niederösterreich	1.387.865	12.371	4.157	317	4.495	1.931	2.437	1.362	1.408	697	<b>29.175</b>
Oberösterreich	1.210.670	10.791	3.626	277	3.921	1.684	2.508	1.188	1.228	608	<b>25.831</b>
Salzburg	453.909	4.046	1.359	104	1.470	632	941	446	460	228	<b>9.686</b>
Steiermark	1.028.874	9.171	3.081	235	3.332	1.431	1.806	1.010	1.044	517	<b>21.627</b>
Tirol	621.818	5.542	1.862	142	2.014	865	1.092	610	631	312	<b>13.070</b>
Vorarlberg	317.917	2.834	952	73	1.030	442	558	312	323	160	<b>6.684</b>
Wien	1.581.096	14.093	4.735	361	5.120	2.200	2.776	1.552	1.604	794	<b>33.235</b>
<b>Österreich</b>	<b>7.307.319</b>	<b>65.133</b>	<b>21.884</b>	<b>1.670</b>	<b>23.665</b>	<b>10.166</b>	<b>13.356</b>	<b>7.172</b>	<b>7.414</b>	<b>3.671</b>	<b>154.131</b>

Soll 2025 – Ist 2020 (Betten)	EW≥18a <sup>3</sup>	BSR	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY	PUL	STV	UCNC <sup>4</sup>	gesamt <sup>5</sup>
Burgenland	247.149	3	119	-3	33	205	48	-15	-16	-16	<b>358</b>
Kärnten	458.021	154	6	54	-14	30	-16	26	44	-30	<b>254</b>
Niederösterreich	1.387.865	430	195	-20	-99	-20	221	125	181	111	<b>1.124</b>
Oberösterreich	1.210.670	-75	93	-17	86	-25	-9	83	44	-78	<b>102</b>
Salzburg	453.909	319	82	-6	-52	81	-3	-28	23	-29	<b>387</b>
Steiermark	1.028.874	121	-63	-15	150	-68	10	32	118	72	<b>357</b>
Tirol	621.818	-225	-47	40	-48	-24	-6	27	-40	96	<b>-227</b>
Vorarlberg	317.917	-95	-31	-5	-50	-27	-6	-19	-20	-20	<b>-273</b>
Wien	1.581.096	-726	-335	-22	-230	-137	-336	-96	-101	-50	<b>-2.033</b>
<b>Österreich</b>	<b>7.307.319</b>	<b>-94</b>	<b>19</b>	<b>6</b>	<b>-224</b>	<b>15</b>	<b>-97</b>	<b>135</b>	<b>233</b>	<b>56</b>	<b>49</b>

## Legende:

\* inkl. 526 Rehabilitationsverfahren bzw. 62 Betten, die 2018 noch in Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland abgedeckt wurden; aufgrund der bisherigen Zuweisungspraxis der Zielregion VZ Nord (Oberösterreich, Salzburg) zugerechnet.

<sup>1</sup> Derzeit wird kein Abbau von vertraglich gebundenen stationären Betten bzw. Rehabilitationsverfahren angestrebt. Zusätzlicher Bedarf an Phase-II-Rehabilitation soll grundsätzlich – unter Berücksichtigung der medizinischen Möglichkeiten – ambulant und nicht stationär abgedeckt werden. Der Aufbau, die Akzeptanz und die Nutzung der ambulanten Phase-II-Rehabilitation soll in den nächsten Jahren beobachtet und evaluiert werden.

<sup>2</sup> vertragliche, stationäre Betten in Betrieb inkl. jener Standorte/Betten die zum Zeitpunkt der Erstellung des Rehabilitationsplans 2020 noch nicht in Betrieb waren, aber bereits über eine SV-Vertragszusage verfügten (Stand Dezember 2020).

<sup>3</sup> Einwohnerinnen und Einwohner ab dem vollendeten 18. Lebensjahr; Hinweis: EW-Prognosen 2025 sind auf Gemeindeebene nur in 5-Jahres-Altersgruppen verfügbar; aus diesem Grund können EW-Prognosen für das Jahr 2025 und – aus Gründen der Konsistenz – auch EW-Summen für das Jahr 2020 nur ab dem vollendeten 20. Lebensjahr berücksichtigt werden.

<sup>4</sup> Angaben des Bettenbedarfs bzw. des Bedarfs an stationären Rehabilitationsverfahren je BL sind auch in der RIG UCNC quellbezogen zu betrachten. Bevorzugte Nutzung bereits bestehender Strukturen jedenfalls unter Berücksichtigung der entsprechenden Qualitätskriterien.

<sup>5</sup> exkl. der RIG SON

	<b>Bettendefizit</b> in Bezug auf das betreffende Bundesland bzw. RIG
	<b>Bettenüberschuss</b> in Bezug auf das betreffende Bundesland bzw. RIG

Quellen: Verträge der SV-Träger, SV-Vertragszusagen und Bescheide der Landesregierungen (Stand Dezember 2020); Rehabilitationsevidenz (Stand Dezember 2020); ST.AT/ÖROK – Volkszählung 2001; Bevölkerungsprognosen 2002–2081; Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

Tabelle 4c:

**Ambulante Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II – Ambulante Rehabilitationsverfahren 2020 (ambRV), ambulante Soll-Rehabilitationsverfahren 2025 (ambSOLL-RV) sowie Soll-Ist-Vergleich nach Rehabilitations-Indikationsgruppen (RIG) und nach Eignungsstandorten**

Ist 2020 (ambRV) <sup>1</sup>	KEW≥18a <sup>2</sup>	BSR	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY	PUL	STV	UCNC	gesamt <sup>3</sup>
Eisenstadt	121.792	76	30	0	0	8	46	13	12	0	185
Oberwart	145.408	0	0	0	0	8	0	0	0	0	8
Klagenfurt a. Wörthersee	220.506	139	91	0	0	14	84	24	21	0	373
Villach	149.377	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Amstetten	154.553	103	17	0	0	0	0	1	10	0	131
Baden	126.167	120	0	0	0	0	0	0	0	0	120
Horn	83.627	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
St. Pölten	235.958	429	51	0	0	26	0	23	35	0	564
Nicht-ESO <sup>4</sup>	-	27	93	0	0	0	0	0	0	0	120
Wiener Neustadt	175.099	800	60	0	0	32	169	38	17	0	1.116
Linz	423.065	831	283	0	15	135	436	0	0	0	1.700
Ried im Innkreis	142.378	90	36	0	0	9	55	16	14	0	220
Steyr	122.637	172	62	0	7	0	0	0	0	0	241
Vöcklabruck	144.783	229	0	0	7	0	0	0	0	0	236
Wels	201.967	183	190	0	7	13	79	63	20	0	555
Salzburg	307.172	196	63	0	0	20	383	34	30	0	726
St. Johann im Pongau	82.775	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bruck a. d. Mur	184.758	366	108	0	0	0	189	32	29	0	724
Graz	432.776	726	257	0	0	0	375	47	55	0	1.460
Leibnitz	126.398	78	31	0	0	8	47	14	12	0	190
Innsbruck	297.572	163	144	0	0	19	115	163	29	0	633
Wörgl	175.924	105	44	0	0	11	68	20	17	0	265
Bregenz	155.449	102	40	0	0	10	62	18	16	0	248
Feldkirch	144.942	0	125	0	0	0	0	0	0	0	125
Wien (gesamt)	1.956.278	1.434	538	0	157	127	1.227	373	190	0	4.046
<b>Österreich</b>	<b>6.311.361</b>	<b>6.369</b>	<b>2.263</b>	<b>0</b>	<b>193</b>	<b>440</b>	<b>3.335</b>	<b>879</b>	<b>507</b>	<b>0</b>	<b>13.986</b>

Soll 2025 (ambSOLL-RV)	KEW≥18a <sup>2</sup>	BSR	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY	PUL	STV	UCNC	gesamt <sup>3</sup>
Eisenstadt	125.440	185	64	0	20	78	104	24	43	*	518
Oberwart	145.717	215	75	0	23	90	121	28	50	*	602
Klagenfurt a. Wörthersee	221.667	327	113	0	35	137	184	42	76	*	914
Villach	149.366	220	76	0	24	93	124	28	51	*	616
Amstetten	156.655	231	80	0	25	97	130	30	54	*	647
Baden	130.380	192	67	0	21	81	108	25	45	*	539
Horn	83.851	124	43	0	13	52	70	16	29	*	347
St. Pölten	240.456	355	123	0	38	149	200	45	83	*	993
Wiener Neustadt	179.219	264	92	0	29	111	149	34	62	*	741
Linz	434.662	641	222	0	69	269	362	82	150	*	1.795
Ried im Innkreis	144.229	213	74	0	23	89	120	27	50	*	596
Steyr	124.004	183	63	0	20	77	103	23	43	*	512
Vöcklabruck	146.993	217	75	0	23	91	122	28	51	*	607
Wels	206.616	305	106	0	33	128	172	39	71	*	854
Salzburg	312.951	461	160	0	50	194	260	59	108	*	1.292
St. Johann im Pongau	83.738	123	43	0	13	52	70	16	29	*	346
Bruck a. d. Mur	181.596	268	93	0	29	112	151	34	63	*	750
Graz	446.420	658	228	0	71	276	371	84	154	*	1.842
Leibnitz	127.077	187	65	0	20	79	106	24	44	*	525
Innsbruck	306.020	451	157	0	49	190	255	58	105	*	1.265
Wörgl	179.705	265	92	0	29	111	149	34	62	*	742
Bregenz	159.803	236	82	0	26	99	133	30	55	*	661
Feldkirch	147.236	217	75	0	24	91	122	28	51	*	608
Wien (gesamt)	2.012.682	2.967	1.029	0	322	1.247	1.676	380	693	*	8.314
<b>Österreich</b>	<b>6.446.483</b>	<b>9.505</b>	<b>3.297</b>	<b>0</b>	<b>1.029</b>	<b>3.993</b>	<b>5.362</b>	<b>1.218</b>	<b>2.222</b>	<b>*</b>	<b>26.626</b>

Soll 2025 – Ist 2020	KEW≥18a <sup>2</sup>	BSR	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY	PUL	STV	UCNC	gesamt <sup>3</sup>
Eisenstadt	125.440	-109	-34	0	-20	-70	-58	-11	-31	*	-333
Oberwart	145.717	-215	-75	0	-23	-82	-121	-28	-50	*	-594
Klagenfurt a. Wörthersee	221.667	-188	-22	0	-35	-123	-100	-18	-55	*	-541
Villach	149.366	-220	-76	0	-24	-93	-124	-28	-51	*	-616
Amstetten	156.655	-128	-63	0	-25	-97	-130	-29	-44	*	-516
Baden	130.380	-72	-67	0	-21	-81	-108	-25	-45	*	-419
Horn	83.851	-124	-43	0	-13	-52	-70	-16	-29	*	-347
St. Pölten <sup>4</sup>	240.456	101	21	0	-38	-123	-200	-22	-48	*	-309
Wiener Neustadt	179.219	536	-32	0	-29	-79	20	4	-45	*	375
Linz	434.662	190	61	0	-54	-134	74	-82	-150	*	-95
Ried im Innkreis	144.229	-123	-38	0	-23	-80	-65	-11	-36	*	-376
Steyr	124.004	-11	-1	0	-13	-77	-103	-23	-43	*	-271
Vöcklabruck	146.993	12	-75	0	-16	-91	-122	-28	-51	*	-371
Wels	206.616	-122	84	0	-26	-115	-93	24	-51	*	-299
Salzburg	312.951	-265	-97	0	-50	-174	123	-25	-78	*	-566
St. Johann im Pongau	83.738	-123	-43	0	-13	-52	-70	-16	-29	*	-346
Bruck a. d. Mur	181.596	98	15	0	-29	-112	38	-2	-34	*	-26
Graz	446.420	68	29	0	-71	-276	4	-37	-99	*	-382
Leibnitz	127.077	-109	-34	0	-20	-71	-59	-10	-32	*	-335
Innsbruck	306.020	-288	-13	0	-49	-171	-140	105	-76	*	-632
Wörgl	179.705	-160	-48	0	-29	-100	-81	-14	-45	*	-477
Bregenz	159.803	-134	-42	0	-26	-89	-71	-12	-39	*	-413
Feldkirch	147.236	-217	50	0	-24	-91	-122	-28	-51	*	-483
Wien (gesamt)	2.012.682	-1.533	-491	0	-165	-1.120	-449	-7	-503	*	-4.268
<b>Österreich</b>	<b>6.446.483</b>	<b>-3.136</b>	<b>-1.034</b>	<b>0</b>	<b>-836</b>	<b>-3.553</b>	<b>-2.027</b>	<b>-339</b>	<b>-1.715</b>	<b>*</b>	<b>-12.640</b>

Legende:

\* Die ambulante Rehabilitation in der RIG UCNC befindet sich derzeit in einer Pilotierungsphase, daher liegen noch keine validen Grundlagen für die Bedarfsplanung vor. Um den Aufbau und die Akzeptanz in dieser RIG erfassen zu können und Planungsgrundlagen zu ermitteln, sollen 420 ambulante Phase-II-Rehabilitationsverfahren pro Jahr im Rahmen von Pilotprojekten ermöglicht werden. In der Pilotierungsphase besteht über diese 420 ambulanten Phase-II-Rehabilitationsverfahren pro Jahr hinaus kein Bedarf.

<sup>1</sup> In ambulanten Rehabilitationseinrichtungen abgeschlossene und mit SV-Trägern abgerechnete ambulante Rehabilitationsverfahren der Phase II im Jahr 2019 inkl. jener Standorte/Kapazitäten die zum Zeitpunkt der Erstellung des Rehabilitationsplans 2020 noch nicht in Betrieb waren, aber bereits über eine SV-Vertragszusage verfügten (Stand Dezember 2020). Exkl. jener Standorte/Kapazitäten die zum Zeitpunkt der Erstellung des Rehabilitationsplans 2020 über Betriebsbewilligungen zur ambulanten Phase-II-Rehabilitation verfügten, jedoch über keinen aufrechten Vertrag mit einem SV-Träger zur ambulanten Phase-II-Rehabilitation (und somit im Jahr 2019 keine ambulanten Phase-II-Rehabilitationsverfahren mit SV-Trägern abgerechnet hatten).

<sup>2</sup> Korrigierte Einwohnerinnen und Einwohner ab dem vollendeten 18. Lebensjahr (Wohnbevölkerung  $\geq 18$ a innerhalb der 45-Minuten-Isochrone rund um die Eignungsstandorte, entsprechen rund 89 % der Gesamt-Bevölkerung; Verteilung von ambulanten Rehabilitationsverfahren über die Bundesländer in oben stehender Tabelle proportional zu den Einwohnerinnen und Einwohnern in den Einzugsgebieten der Eignungsstandorte gemäß 45-Minuten-Isochrone; Hinweis: EW-Prognosen 2025 sind auf Gemeindeebene nur in 5-Jahres-Altersgruppen verfügbar; aus diesem Grund können EW-Prognosen für das Jahr 2025 und – aus Gründen der Konsistenz – auch EW-Summen für das Jahr 2020 nur ab dem vollendeten 20. Lebensjahr berücksichtigt werden.

<sup>3</sup> exkl. der RIG SON

<sup>4</sup> Nicht-ESO ausschließlich im Bundesland NÖ im Einzugsgebiet des ESO St. Pölten; Ist 2020: 93 ambRV in der RIG HKE im Jahr 2019 am Institut für Präventiv- und angewandte Sportmedizin (IPAS im Universitätsklinikum Krems), 9 ambRV in der RIG BSR im Jahr 2019 im IPM Krems, 18 ambRV in der RIG BSR im Jahr 2019 im IPM Tulln; im Soll-Ist-Vergleich wurden die RV im Ist 2020 an Nicht-ESO beim ESO St. Pölten berücksichtigt;

	<b>Defizit an ambRV</b> in Bezug auf den betreffenden Eignungsstandort bzw. RIG
	<b>Überschuss an ambRV</b> in Bezug auf den betreffenden Eignungsstandort bzw. RIG

Quellen: Verträge der SV-Träger, SV-Vertragszusagen und Bescheide der Landesregierungen (Stand Dezember 2020); Rehabilitationsevidenz (Stand Dezember 2020); ST.AT/ÖROK – Volkszählung 2001; Bevölkerungsprognosen 2002–2081; GeoMagis GmbH – GeoAtlas Distance (Stand 2020); Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

Tabelle 4d:

**Ambulante Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II** – Ambulante Rehabilitationsverfahren 2020 (ambRV), ambulante Soll-Rehabilitationsverfahren 2025 (ambSOLL-RV) sowie Soll-Ist-Vergleich nach Rehabilitations-Indikationsgruppen (RIG) und nach Bundesländern

Ist 2020 (ambRV) <sup>1</sup>	kEW $\geq$ 18a <sup>2</sup>	BSR	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY	PUL	STV	UCNC	gesamt <sup>3</sup>
Burgenland	267.200	76	30	0	0	16	46	13	12	0	<b>193</b>
Kärnten	369.883	139	91	0	0	14	84	24	21	0	<b>373</b>
Niederösterreich <sup>4</sup>	775.405	1.479	221	0	0	58	169	62	62	0	<b>2.051</b>
Oberösterreich	1.034.829	1.505	571	0	36	157	570	79	34	0	<b>2.952</b>
Salzburg	389.947	196	63	0	0	20	383	34	30	0	<b>726</b>
Steiermark	743.931	1.170	396	0	0	8	611	93	96	0	<b>2.374</b>
Tirol	473.496	268	188	0	0	30	183	183	46	0	<b>898</b>
Vorarlberg	300.391	102	165	0	0	10	62	18	16	0	<b>373</b>
Wien	1.956.279	1.434	538	0	157	127	1.227	373	190	0	<b>4.046</b>
<b>Österreich</b>	<b>6.311.361</b>	<b>6.369</b>	<b>2.263</b>	<b>0</b>	<b>193</b>	<b>440</b>	<b>3.335</b>	<b>879</b>	<b>507</b>	<b>0</b>	<b>13.986</b>

Soll 2025 (ambSOLL-RV)	kEW $\geq$ 18a <sup>2</sup>	BSR	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY	PUL	STV	UCNC	gesamt <sup>3</sup>
Burgenland	271.157	400	139	0	43	168	225	52	93	*	<b>1.120</b>
Kärnten	371.033	547	189	0	59	230	308	70	127	*	<b>1.530</b>
Niederösterreich	790.561	1.166	405	0	126	490	657	150	273	*	<b>3.267</b>
Oberösterreich	1.056.504	1.559	540	0	168	654	879	199	365	*	<b>4.364</b>
Salzburg	396.689	584	203	0	63	246	330	75	137	*	<b>1.638</b>
Steiermark	755.093	1.113	386	0	120	467	628	142	261	*	<b>3.117</b>
Tirol	485.725	716	249	0	78	301	404	92	167	*	<b>2.007</b>
Vorarlberg	307.039	453	157	0	50	190	255	58	106	*	<b>1.269</b>
Wien	2.012.682	2.967	1.029	0	322	1.247	1.676	380	693	*	<b>8.314</b>
<b>Österreich</b>	<b>6.446.483</b>	<b>9.505</b>	<b>3.297</b>	<b>0</b>	<b>1.029</b>	<b>3.993</b>	<b>5.362</b>	<b>1.218</b>	<b>2.222</b>	<b>*</b>	<b>26.626</b>

Soll 2025 – Ist 2020	kEW $\geq$ 18a <sup>2</sup>	BSR	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY	PUL	STV	UCNC	gesamt <sup>3</sup>
Burgenland	271.157	-324	-109	0	-43	-152	-179	-39	-81	*	-927
Kärnten	371.033	-408	-98	0	-59	-216	-224	-46	-106	*	-1.157
Niederösterreich <sup>4</sup>	790.561	313	-184	0	-126	-432	-488	-88	-211	*	-1.216
Oberösterreich	1.056.504	-54	31	0	-132	-497	-309	-120	-331	*	-1.412
Salzburg	396.689	-388	-140	0	-63	-226	53	-41	-107	*	-912
Steiermark	755.093	57	10	0	-120	-459	-17	-49	-165	*	-743
Tirol	485.725	-448	-61	0	-78	-271	-221	91	-121	*	-1.109
Vorarlberg	307.039	-351	8	0	-50	-180	-193	-40	-90	*	-896
Wien	2.012.682	-1.533	-491	0	-165	-1.120	-449	-7	-503	*	-4.268
<b>Österreich</b>	<b>6.446.483</b>	<b>-3.136</b>	<b>-1.034</b>	<b>0</b>	<b>-836</b>	<b>-3.553</b>	<b>-2.027</b>	<b>-339</b>	<b>-1.715</b>	<b>*</b>	<b>-12.640</b>

## Legende:

\* Die ambulante Rehabilitation in der RIG UCNC befindet sich derzeit in einer Pilotierungsphase, daher liegen noch keine validen Grundlagen für die Bedarfsplanung vor. Um den Aufbau und die Akzeptanz in dieser RIG erfassen zu können und Planungsgrundlagen zu ermitteln, sollen 420 ambulante Phase-II-Rehabilitationsverfahren pro Jahr im Rahmen von Pilotprojekten ermöglicht werden. In der Pilotierungsphase besteht über diese 420 ambulanten Phase-II-Rehabilitationsverfahren pro Jahr hinaus kein Bedarf.

<sup>1</sup> In ambulanten Rehabilitationseinrichtungen abgeschlossene und mit SV-Trägern abgerechnete ambulante Rehabilitationsverfahren der Phase II im Jahr 2019 inkl. jener Standorte/Kapazitäten die zum Zeitpunkt der Erstellung des Rehabilitationsplans 2020 noch nicht in Betrieb waren, aber bereits über eine SV-Vertragszusage verfügten (Stand Dezember 2020). Exkl. jener Standorte/Kapazitäten die zum Zeitpunkt der Erstellung des Rehabilitationsplans 2020 über Betriebsbewilligungen zur ambulanten Phase-II-Rehabilitation verfügten, jedoch über keinen aufrechten Vertrag mit einem SV-Träger zur ambulanten Phase-II-Rehabilitation (und somit im Jahr 2019 keine ambulanten Phase-II-Rehabilitationsverfahren mit SV-Trägern abgerechnet hatten).

<sup>2</sup> Korrigierte Einwohnerinnen und Einwohner ab dem vollendeten 18. Lebensjahr (Wohnbevölkerung  $\geq$  18a innerhalb der 45-Minuten-Isochrone rund um die Eignungsstandorte, entsprechen rund 89 % der Gesamt-Bevölkerung; Verteilung von ambulanten Rehabilitationsverfahren über die Bundesländer in oben stehender Tabelle proportional zu den Einwohnerinnen und Einwohnern in den Einzugsgebieten der Eignungsstandorte gemäß 45-Minuten-Isochrone; Hinweis: EW-Prognosen 2025 sind auf Gemeindeebene nur in 5-Jahres-Altersgruppen verfügbar; aus diesem Grund können EW-Prognosen für das Jahr 2025 und – aus Gründen der Konsistenz – auch EW-Summen für das Jahr 2020 nur ab dem vollendeten 20. Lebensjahr berücksichtigt werden.

<sup>3</sup> exkl. der RIG SON

<sup>4</sup> Nicht-ESO ausschließlich im Bundesland NÖ im Einzugsgebiet des ESO St. Pölten; Ist 2020: 93 ambRV in der RIG HKE im Jahr 2019 am Institut für Präventiv- und angewandte Sportmedizin (IPAS im Universitätsklinikum Krems), 9 ambRV in der RIG BSR im Jahr 2019 im IPM Krems, 18 ambRV in der RIG BSR im Jahr 2019 im IPM Tulln; im Soll-Ist-Vergleich wurden die RV im Ist 2020 an Nicht-ESO beim ESO St. Pölten berücksichtigt;

	<b>Defizit an ambRV</b> in Bezug auf das betreffende Bundesland bzw. RIG
	<b>Überschuss an ambRV</b> in Bezug auf das betreffende Bundesland bzw. RIG

Quellen: Verträge der SV-Träger, SV-Vertragszusagen und Bescheide der Landesregierungen (Stand Dezember 2020); Rehabilitationsevidenz (Stand Dezember 2020); ST.AT/ÖROK – Volkszählung 2001; Bevölkerungsprognosen 2002–2081; GeoMagis GmbH – GeoAtlas Distance (Stand 2020); Berechnungen und Darstellung: GÖ FP

## Anhang 2

---

- Karte 1a: Einrichtungen für stationäre Erwachsenen-Rehabilitation 2020
- Karte 1b: Einrichtungen für ambulante Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II 2020
- Karte 1c: Einrichtungen für stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation 2020
- Karte 2: Tatsächliche Einzugsbereiche und stationäre Rehabilitationshäufigkeit in RZ 2018 – RIG „BSR“
- Karte 3: Tatsächliche Einzugsbereiche und stationäre Rehabilitationshäufigkeit in RZ 2018 – RIG „HKE“
- Karte 4: Tatsächliche Einzugsbereiche und stationäre Rehabilitationshäufigkeit in RZ 2018 – RIG „LYMPH“
- Karte 5: Tatsächliche Einzugsbereiche und stationäre Rehabilitationshäufigkeit in RZ 2018 – RIG „NEU“
- Karte 6: Tatsächliche Einzugsbereiche und stationäre Rehabilitationshäufigkeit in RZ 2018 – RIG „ONK“
- Karte 7: Tatsächliche Einzugsbereiche und stationäre Rehabilitationshäufigkeit in RZ 2018 – RIG „PSY“
- Karte 8: Tatsächliche Einzugsbereiche und stationäre Rehabilitationshäufigkeit in RZ 2018 – RIG „PUL“
- Karte 9: Tatsächliche Einzugsbereiche und stationäre Rehabilitationshäufigkeit in RZ 2018 – RIG „STV“
- Karte 10: Tatsächliche Einzugsbereiche und stationäre Rehabilitationshäufigkeit in RZ 2018 – RIG „UCNC“
- Karte 11a: Einzugsbereiche der Eignungsstandorte für ambulante Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II 2025
- Karte 11b: Eignungsstandorte für ambulante Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II 2025 und Gemeinden im 10-km-Radius bzw. im 15-km-Radius bei Eignungsstandort-Gemeinden mit mehr als 250.000 EW

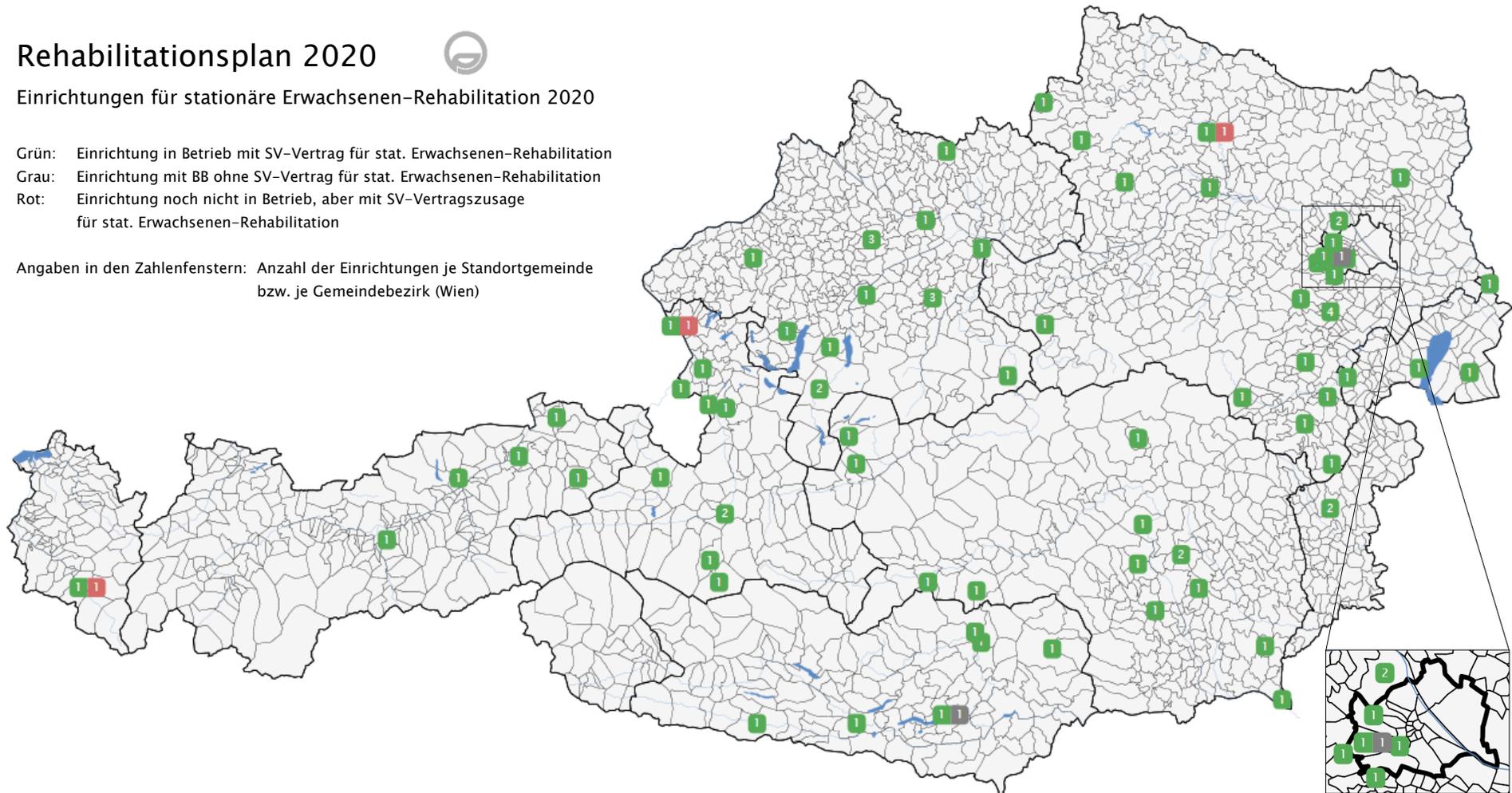
## Rehabilitationsplan 2020



### Einrichtungen für stationäre Erwachsenen-Rehabilitation 2020

- Grün: Einrichtung in Betrieb mit SV-Vertrag für stat. Erwachsenen-Rehabilitation  
Grau: Einrichtung mit BB ohne SV-Vertrag für stat. Erwachsenen-Rehabilitation  
Rot: Einrichtung noch nicht in Betrieb, aber mit SV-Vertragszusage für stat. Erwachsenen-Rehabilitation

Angaben in den Zahlenfenstern: Anzahl der Einrichtungen je Standortgemeinde bzw. je Gemeindebezirk (Wien)



Karte 1b:  
Einrichtungen für ambulante Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II 2020

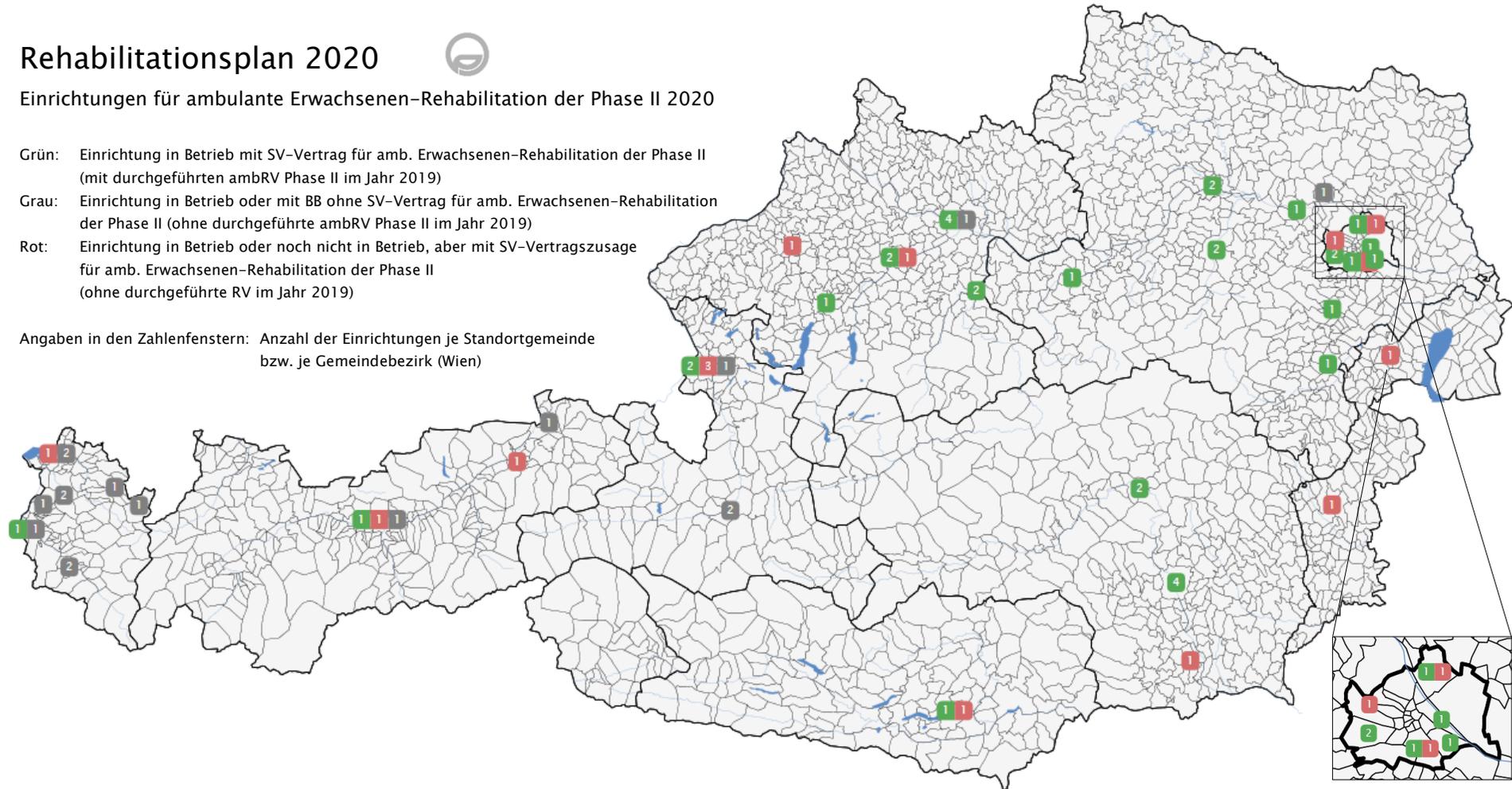
## Rehabilitationsplan 2020



### Einrichtungen für ambulante Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II 2020

- Grün: Einrichtung in Betrieb mit SV-Vertrag für amb. Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II (mit durchgeführten ambRV Phase II im Jahr 2019)
- Grau: Einrichtung in Betrieb oder mit BB ohne SV-Vertrag für amb. Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II (ohne durchgeführte ambRV Phase II im Jahr 2019)
- Rot: Einrichtung in Betrieb oder noch nicht in Betrieb, aber mit SV-Vertragszusage für amb. Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II (ohne durchgeführte RV im Jahr 2019)

Angaben in den Zahlenfenstern: Anzahl der Einrichtungen je Standortgemeinde bzw. je Gemeindebezirk (Wien)



Karte 1c:  
Einrichtungen für stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation 2020

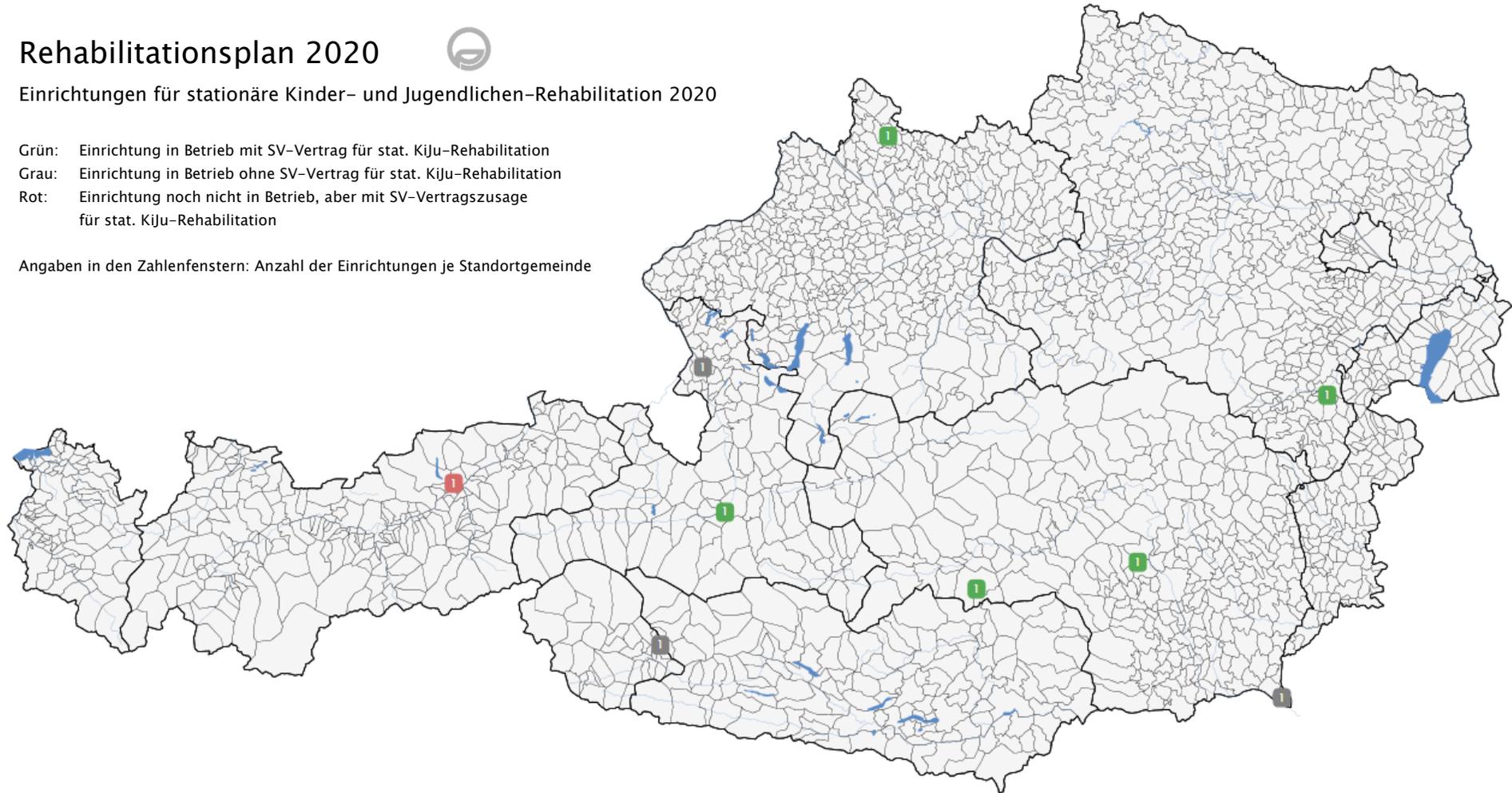
## Rehabilitationsplan 2020



### Einrichtungen für stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation 2020

- Grün: Einrichtung in Betrieb mit SV-Vertrag für stat. Kiju-Rehabilitation
- Grau: Einrichtung in Betrieb ohne SV-Vertrag für stat. Kiju-Rehabilitation
- Rot: Einrichtung noch nicht in Betrieb, aber mit SV-Vertragszusage für stat. Kiju-Rehabilitation

Angaben in den Zahlenfenstern: Anzahl der Einrichtungen je Standortgemeinde



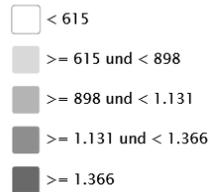
Karte 2:

Tatsächliche Einzugsbereiche und stationäre Rehabilitationshäufigkeit in RZ 2018 – RIG „BSR“

# Rehabilitationsplan 2020

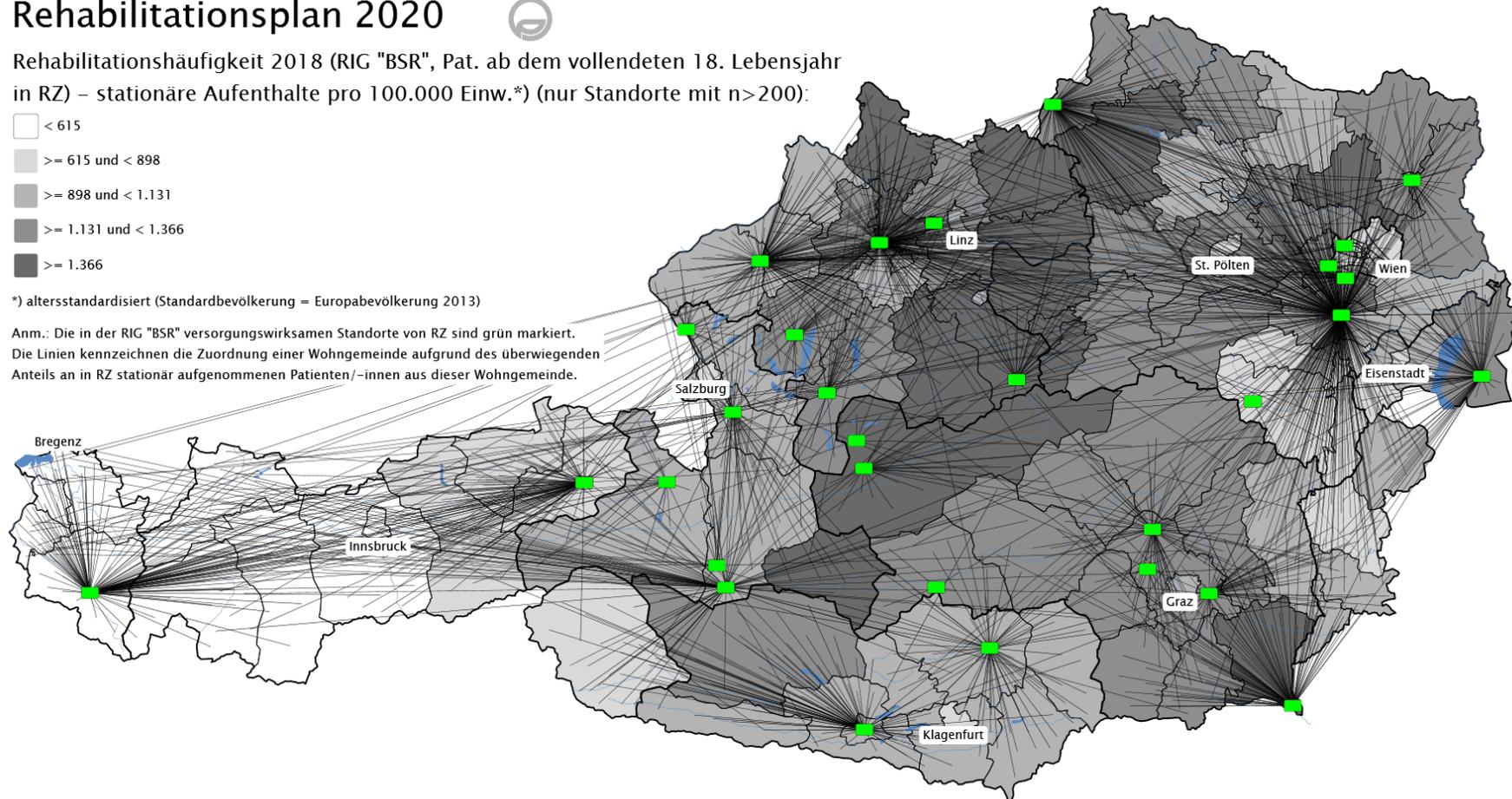


Rehabilitationshäufigkeit 2018 (RIG "BSR", Pat. ab dem vollendeten 18. Lebensjahr in RZ) – stationäre Aufenthalte pro 100.000 Einw.\*) (nur Standorte mit n>200):



\*) altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung 2013)

Anm.: Die in der RIG "BSR" versorgungswirksamen Standorte von RZ sind grün markiert. Die Linien kennzeichnen die Zuordnung einer Wohngemeinde aufgrund des überwiegenden Anteils an in RZ stationär aufgenommenen Patienten/-innen aus dieser Wohngemeinde.



Karte 3:

Tatsächliche Einzugsbereiche und stationäre Rehabilitationshäufigkeit in RZ 2018 – RIG „HKE“

# Rehabilitationsplan 2020

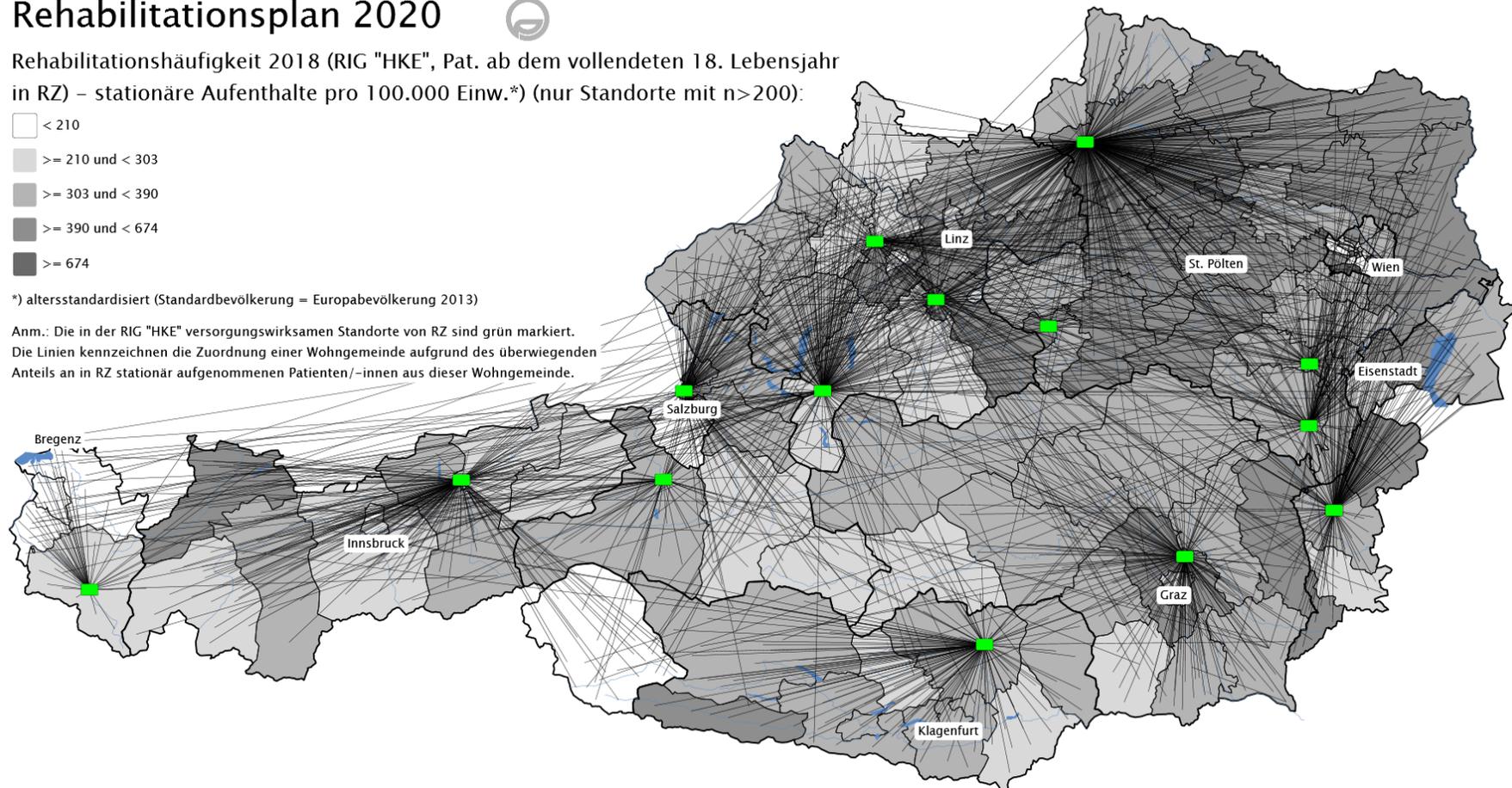


Rehabilitationshäufigkeit 2018 (RIG "HKE", Pat. ab dem vollendeten 18. Lebensjahr in RZ) – stationäre Aufenthalte pro 100.000 Einw.\*) (nur Standorte mit n>200):



\*) altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung 2013)

Anm.: Die in der RIG "HKE" versorgungswirksamen Standorte von RZ sind grün markiert. Die Linien kennzeichnen die Zuordnung einer Wohngemeinde aufgrund des überwiegenden Anteils an in RZ stationär aufgenommenen Patienten/-innen aus dieser Wohngemeinde.



Karte 4:

Tatsächliche Einzugsbereiche und stationäre Rehabilitationshäufigkeit in RZ 2018 – RIG „LYMPH“

## Rehabilitationsplan 2020

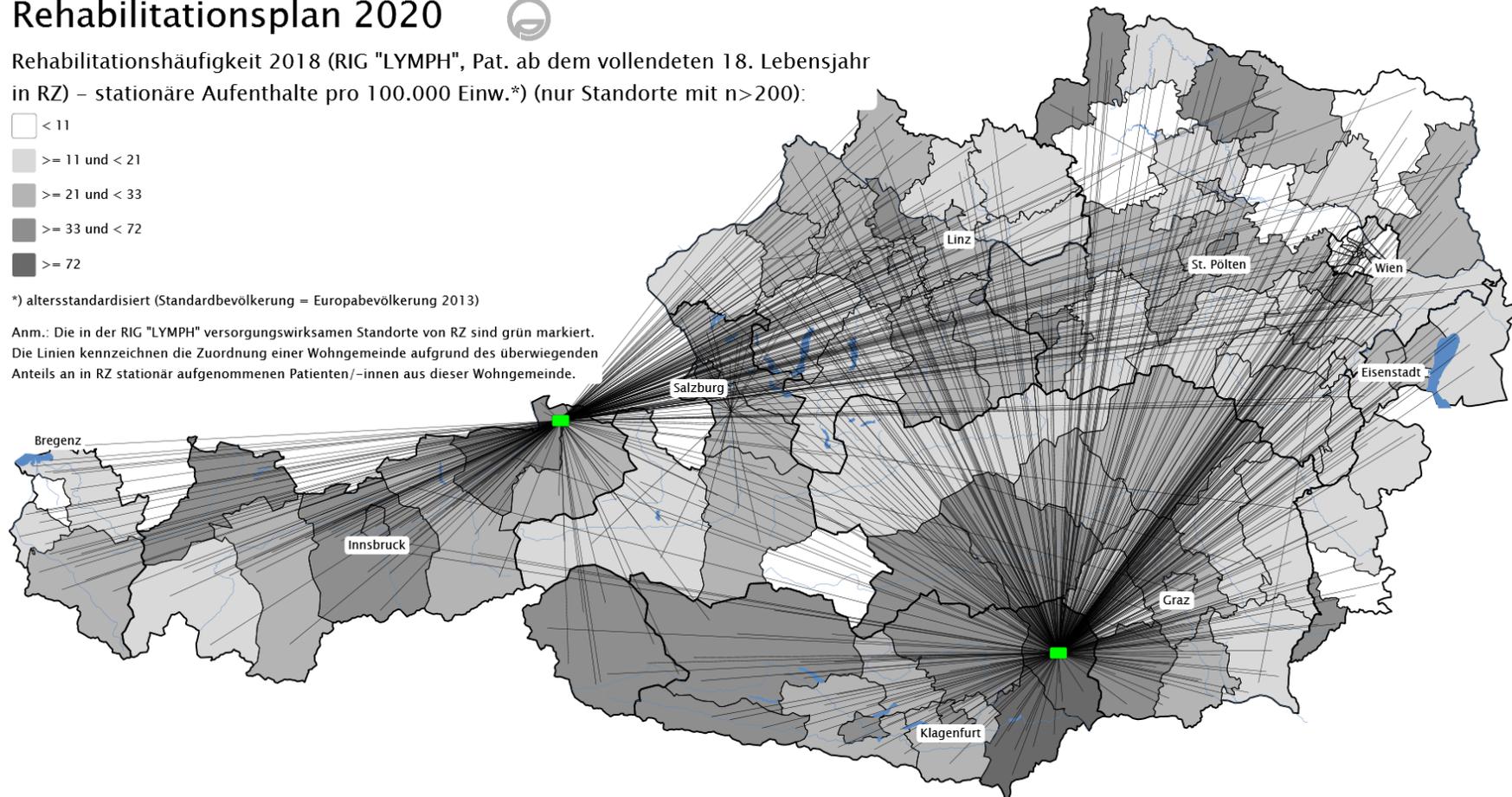


Rehabilitationshäufigkeit 2018 (RIG "LYMPH", Pat. ab dem vollendeten 18. Lebensjahr in RZ) – stationäre Aufenthalte pro 100.000 Einw.\*) (nur Standorte mit n>200):



\*) altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung 2013)

Anm.: Die in der RIG "LYMPH" versorgungswirksamen Standorte von RZ sind grün markiert. Die Linien kennzeichnen die Zuordnung einer Wohngemeinde aufgrund des überwiegenden Anteils an in RZ stationär aufgenommenen Patienten/-innen aus dieser Wohngemeinde.



Karte 5:

Tatsächliche Einzugsbereiche und stationäre Rehabilitationshäufigkeit in RZ 2018 – RIG „NEU“

# Rehabilitationsplan 2020

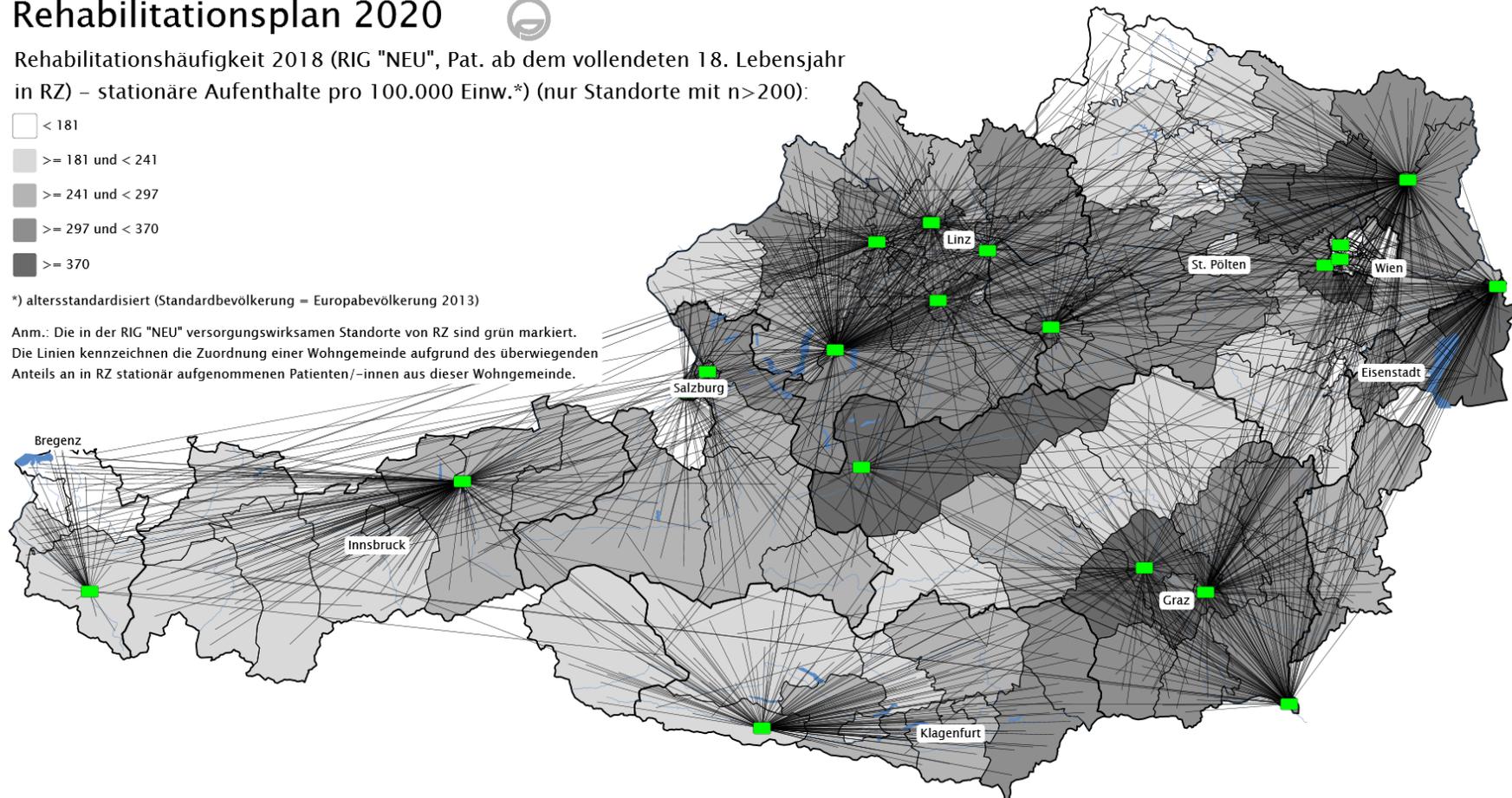


Rehabilitationshäufigkeit 2018 (RIG "NEU", Pat. ab dem vollendeten 18. Lebensjahr in RZ) – stationäre Aufenthalte pro 100.000 Einw.\*) (nur Standorte mit n>200):

- < 181
- >= 181 und < 241
- >= 241 und < 297
- >= 297 und < 370
- >= 370

\*) altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung 2013)

Anm.: Die in der RIG "NEU" versorgungswirksamen Standorte von RZ sind grün markiert. Die Linien kennzeichnen die Zuordnung einer Wohngemeinde aufgrund des überwiegenden Anteils an in RZ stationär aufgenommenen Patienten/-innen aus dieser Wohngemeinde.



Karte 6:

Tatsächliche Einzugsbereiche und stationäre Rehabilitationshäufigkeit in RZ 2018 – RIG „ONK“

# Rehabilitationsplan 2020

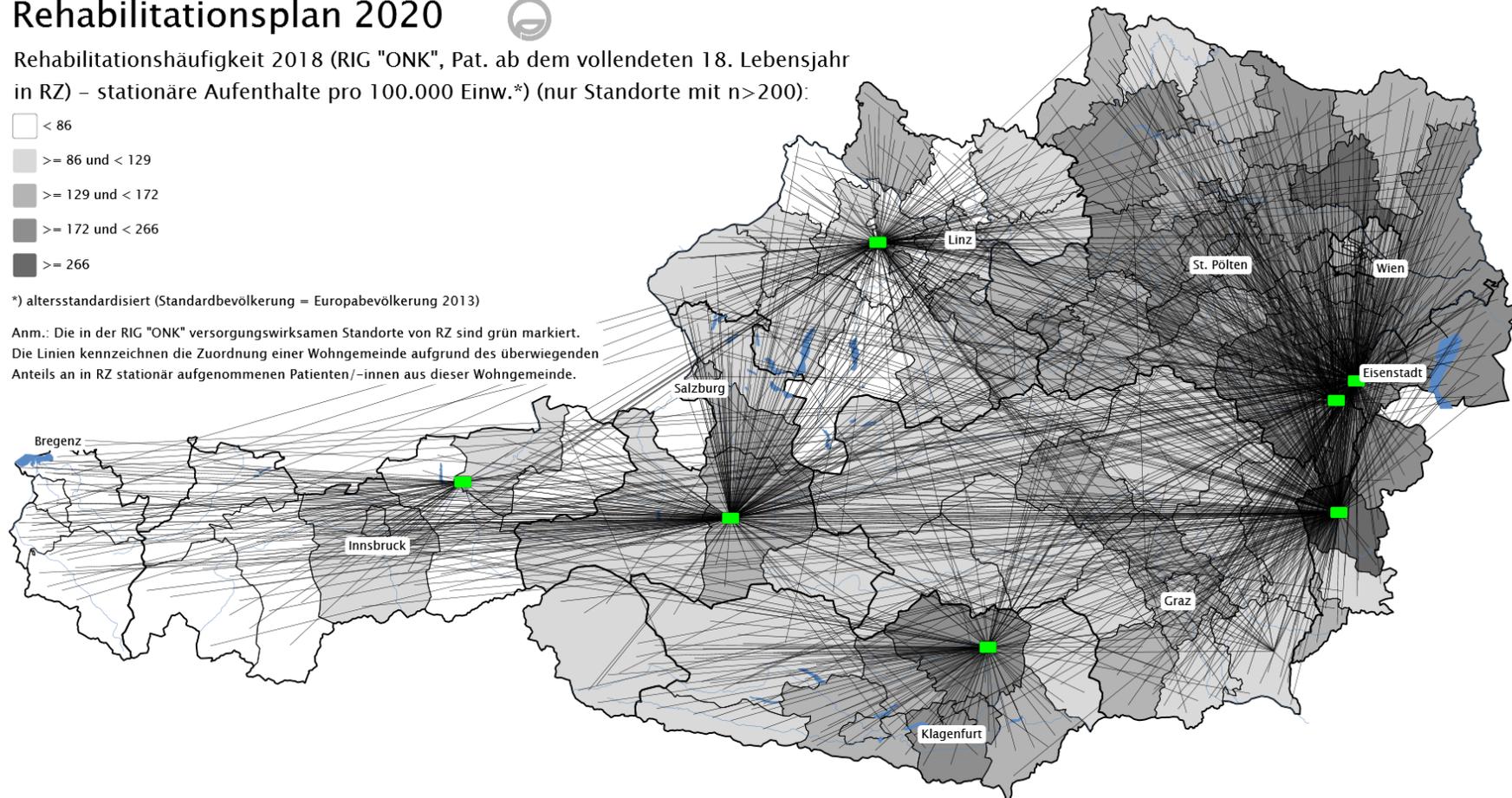


Rehabilitationshäufigkeit 2018 (RIG "ONK", Pat. ab dem vollendeten 18. Lebensjahr in RZ) – stationäre Aufenthalte pro 100.000 Einw.\*) (nur Standorte mit n>200):



\*) altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung 2013)

Anm.: Die in der RIG "ONK" versorgungswirksamen Standorte von RZ sind grün markiert. Die Linien kennzeichnen die Zuordnung einer Wohngemeinde aufgrund des überwiegenden Anteils an in RZ stationär aufgenommenen Patienten/-innen aus dieser Wohngemeinde.



Karte 7:

Tatsächliche Einzugsbereiche und stationäre Rehabilitationshäufigkeit in RZ 2018 – RIG „PSY“

# Rehabilitationsplan 2020

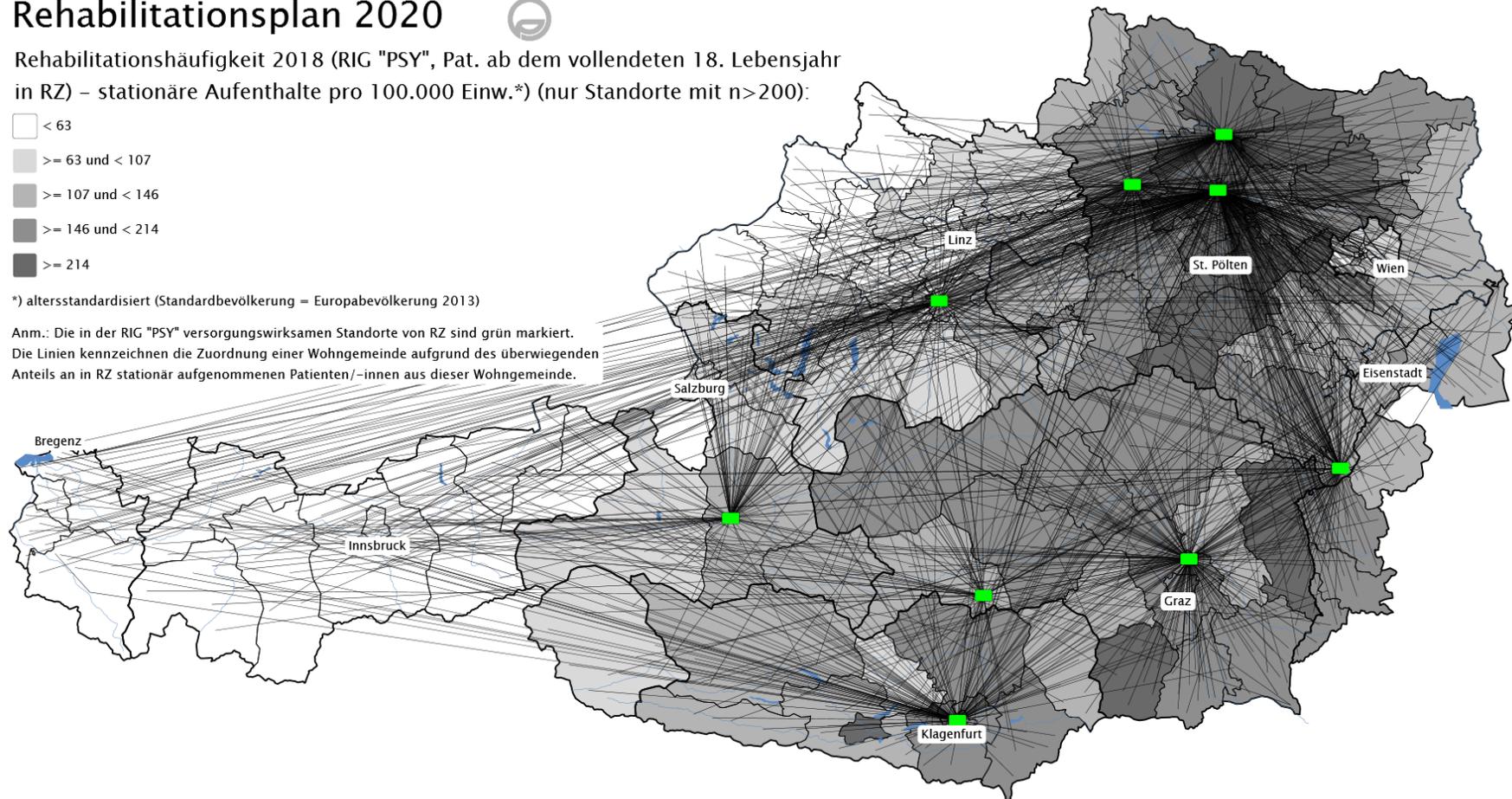


Rehabilitationshäufigkeit 2018 (RIG "PSY", Pat. ab dem vollendeten 18. Lebensjahr in RZ) – stationäre Aufenthalte pro 100.000 Einw.\*) (nur Standorte mit n>200):

- < 63
- >= 63 und < 107
- >= 107 und < 146
- >= 146 und < 214
- >= 214

\*) altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung 2013)

Anm.: Die in der RIG "PSY" versorgungswirksamen Standorte von RZ sind grün markiert. Die Linien kennzeichnen die Zuordnung einer Wohngemeinde aufgrund des überwiegenden Anteils an in RZ stationär aufgenommenen Patienten/-innen aus dieser Wohngemeinde.



Karte 8:

Tatsächliche Einzugsbereiche und stationäre Rehabilitationshäufigkeit in RZ 2018 – RIG „PUL“

## Rehabilitationsplan 2020

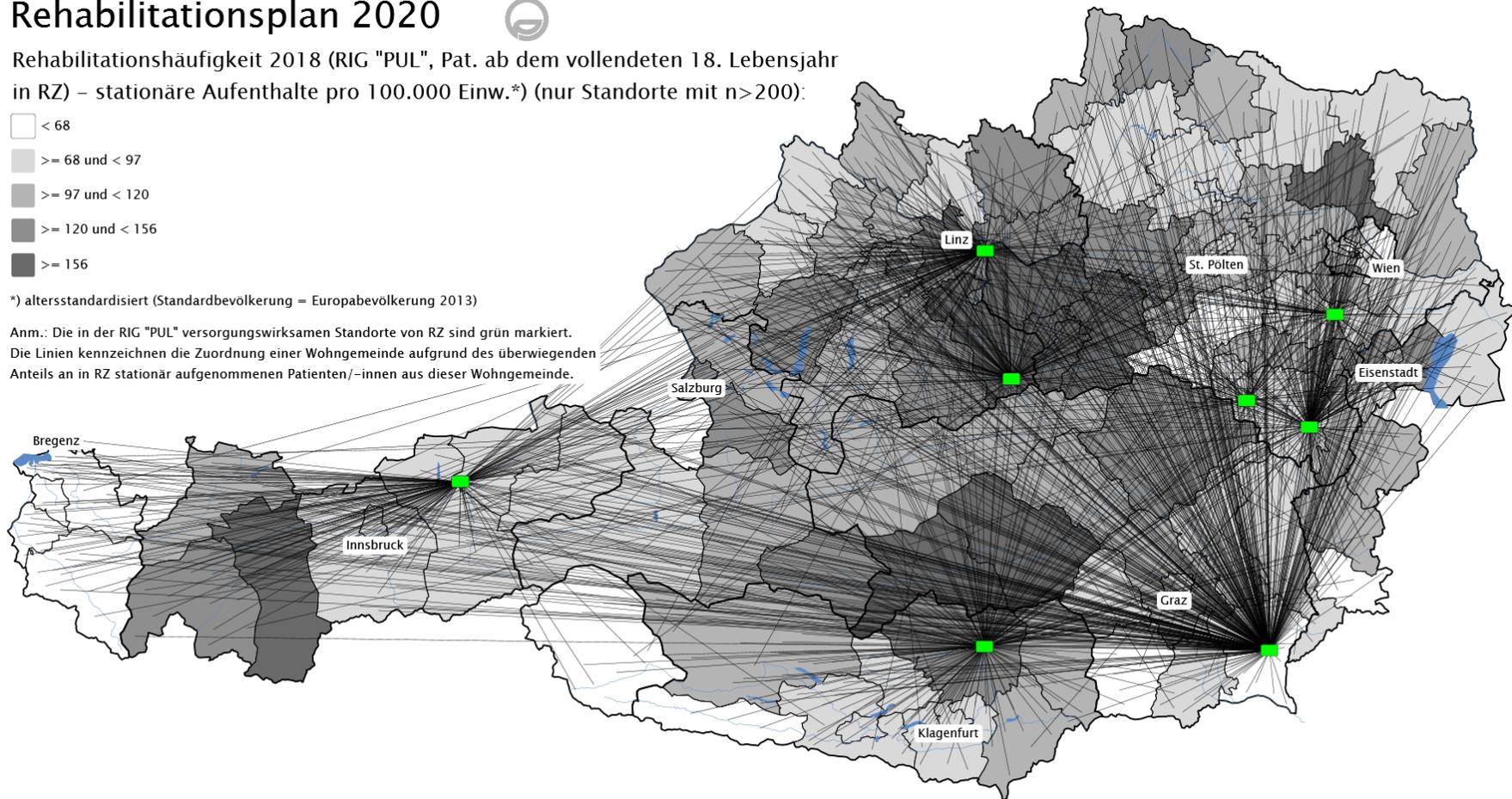


Rehabilitationshäufigkeit 2018 (RIG "PUL", Pat. ab dem vollendeten 18. Lebensjahr in RZ) – stationäre Aufenthalte pro 100.000 Einw.\*) (nur Standorte mit n>200):



\*) altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung 2013)

Anm.: Die in der RIG "PUL" versorgungswirksamen Standorte von RZ sind grün markiert. Die Linien kennzeichnen die Zuordnung einer Wohngemeinde aufgrund des überwiegenden Anteils an in RZ stationär aufgenommenen Patienten/-innen aus dieser Wohngemeinde.



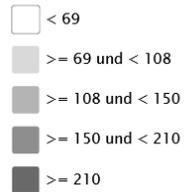
Karte 9:

Tatsächliche Einzugsbereiche und stationäre Rehabilitationshäufigkeit in RZ 2018 – RIG „STV“

## Rehabilitationsplan 2020

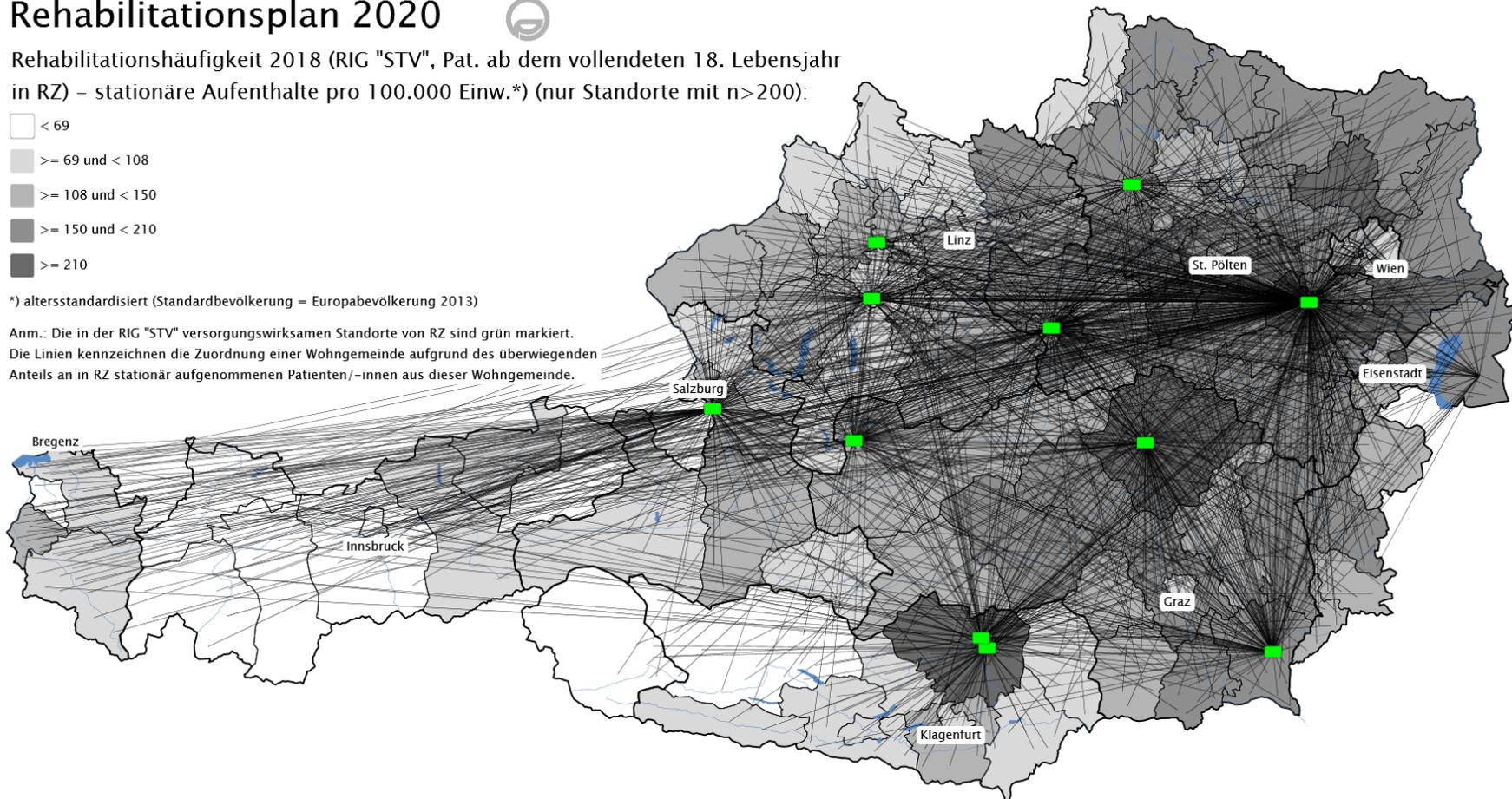


Rehabilitationshäufigkeit 2018 (RIG "STV", Pat. ab dem vollendeten 18. Lebensjahr in RZ) – stationäre Aufenthalte pro 100.000 Einw.\*) (nur Standorte mit n>200):



\*) altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung 2013)

Anm.: Die in der RIG "STV" versorgungswirksamen Standorte von RZ sind grün markiert. Die Linien kennzeichnen die Zuordnung einer Wohngemeinde aufgrund des überwiegenden Anteils an in RZ stationär aufgenommenen Patienten/-innen aus dieser Wohngemeinde.



Karte 10:

Tatsächliche Einzugsbereiche und stationäre Rehabilitationshäufigkeit in RZ 2018 – RIG „UCNC“

## Rehabilitationsplan 2020

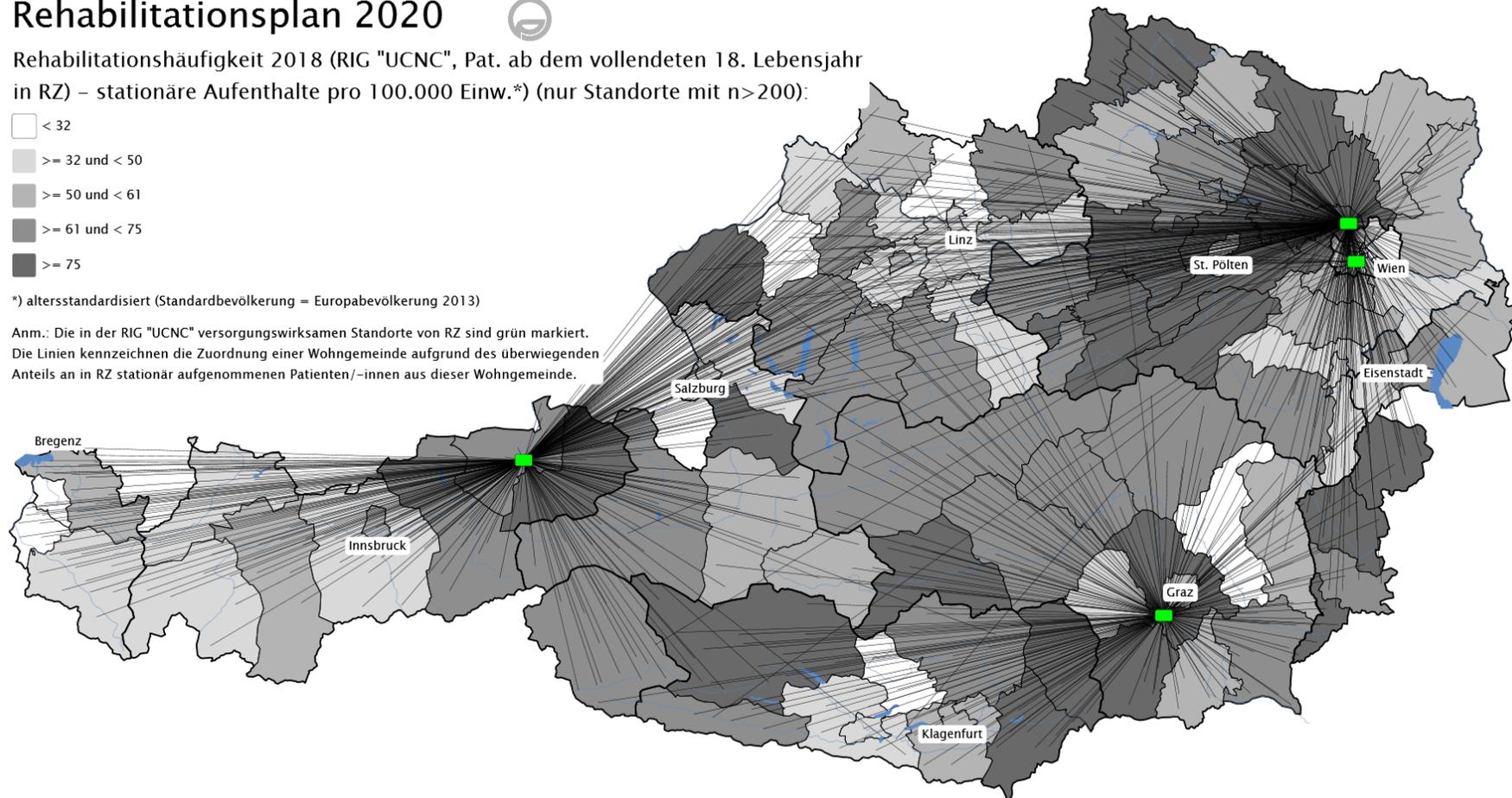


Rehabilitationshäufigkeit 2018 (RIG "UCNC", Pat. ab dem vollendeten 18. Lebensjahr in RZ) – stationäre Aufenthalte pro 100.000 Einw.\*) (nur Standorte mit n>200):



\*) altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung 2013)

Anm.: Die in der RIG "UCNC" versorgungswirksamen Standorte von RZ sind grün markiert. Die Linien kennzeichnen die Zuordnung einer Wohngemeinde aufgrund des überwiegenden Anteils an in RZ stationär aufgenommenen Patienten/-innen aus dieser Wohngemeinde.



Karte 11a:

Einzugsbereiche der Eignungsstandorte für ambulante Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II 2025

## Rehabilitationsplan 2020

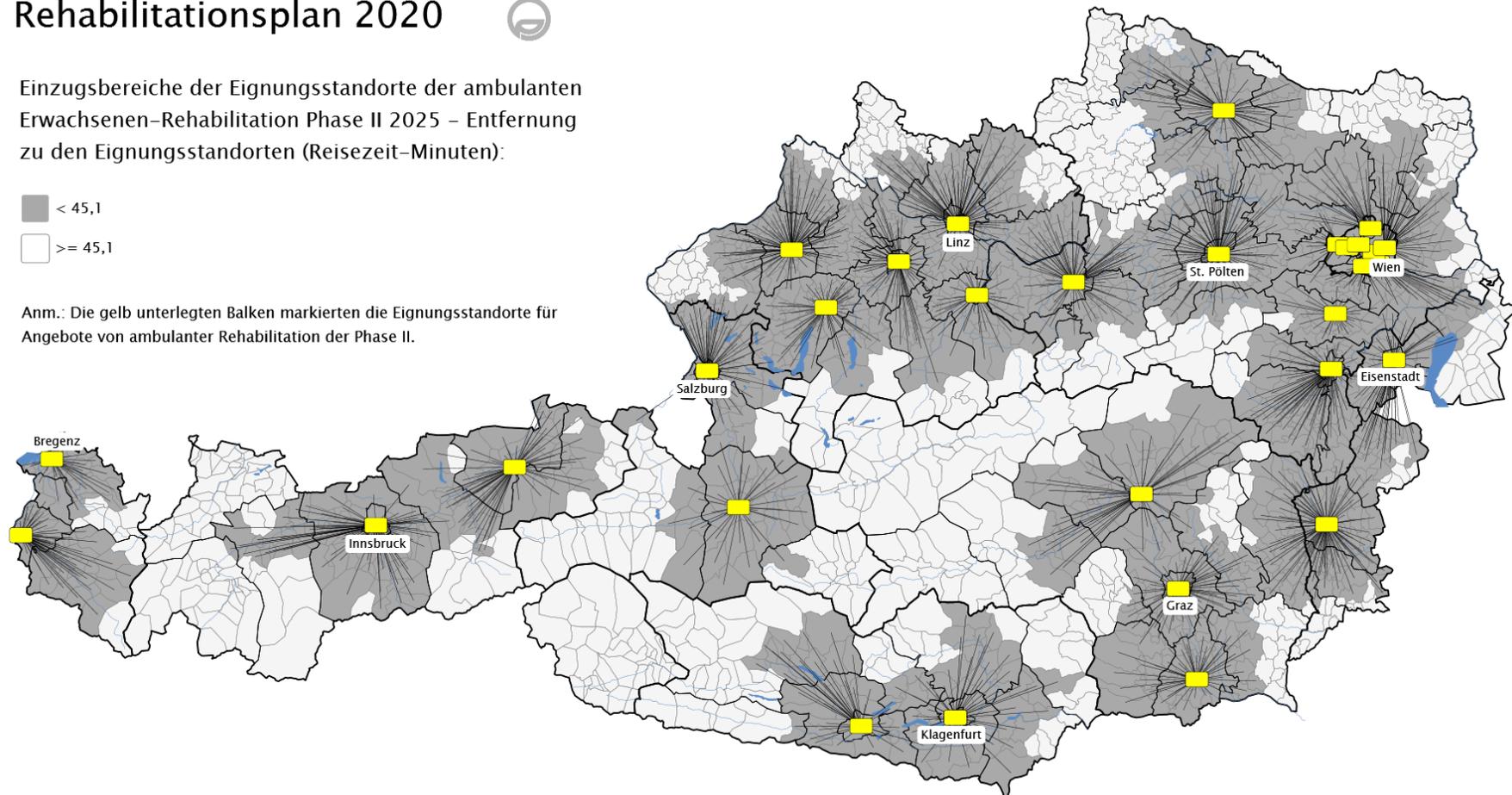


Einzugsbereiche der Eignungsstandorte der ambulanten Erwachsenen-Rehabilitation Phase II 2025 – Entfernung zu den Eignungsstandorten (Reisezeit-Minuten):

■ < 45,1

□ ≥ 45,1

Anm.: Die gelb unterlegten Balken markierten die Eignungsstandorte für Angebote von ambulanter Rehabilitation der Phase II.



Quellen: GeoMagis GmbH – GeoAtlas Distance (Stand 2020); GÖ FP – eigene Berechnungen

Karte 11b:

Eignungsstandorte für ambulante Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II 2025 und

Gemeinden im 10-km-Radius bzw. im 15-km-Radius bei Eignungsstandort-Gemeinden mit mehr als 250.000 EW \*)

## Rehabilitationsplan 2020



Eignungsstandorte (ESO) der ambulanten Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II und Gemeinden im 10-km-Radius rund um diese ESO :

- Eignungsstandorte (ESO)
- Gemeinden innerhalb des 10-km-Radius der ESO\*)
- Gemeinden außerhalb des 10-km-Radius der ESO\*)

\*) bezüglich ESO mit > 250.000 Einw. 15-km-Radius (Graz, Wien)

