

Rehabilitationsplan 2025

In Kooperation mit dem Dachverband der Sozialversicherungsträger



Rehabilitationsplan 2025

Autorinnen und Autoren:

Daniela Reiter

Gerhard Fülöp

Sabina Kantorova

Elisabeth Pochobradsky

Florian Röthlin

Andreas Stoppacher

Fachliche Begleitung:

Martin Block, DVSV; Peter Eck, ÖGK; Alexandra Ferdin, BMASGPK; Carina Föbleitner, VZ Ost / Land Nieder-österreich; Tanja Gabriel, ÖGK; Christian Halper, BMASGPK; Harald Hefel, VZ West / Land Vorarlberg; Angelika Höfler-Petrus, PVA; Markus Hojni, VZ Ost / Land Wien; Mathias Jordan, BVAEB; Sabine Kawalirek, ÖGK; Tibor Klein, SVS; Sandra Kowalewski-Trabesinger, BVAEB; Lena Lepuschütz, DVSV; Rainer Lindner, BVAEB; Gisela Mayr-Strimitzer, VZ West / Land Tirol; Gabriele Mösl, VZ Nord / Land Salzburg; Eva-Maria Mostler, ÖGK; Monika Mustak-Blagus, PVA; Bernhard Oberwinkler, ÖGK; Raffaela Penninger, VZ Nord / Land Oberösterreich; Otto Riedl, DVSV; Julia Rohrbach, AUVA; Eva Schattovits, VZ Ost / Land Burgenland; Wolfgang Schuberth, SVS; Claudia Sedlmeier, BMASGPK; Gerhard Stadtschreiber, VZ Süd / Land Kärnten; Leopold Steinbauer, SVS; Georg Stummvoll, SVS; Irene Tambornino, AUVA; Tim Teichert, ÖGK; Georg Timp, PVA; Irene Weberberger, DVSV; Johanna Weishäupl, AUVA; Eva Wolfbauer, VZ Süd / Land Steiermark; Jasmine Zöllner, DVSV

Projektassistenz:

Yasmin Gharbi

Wien, im Mai 2025

In Kooperation mit dem Dachverband der Sozialversicherungsträger

Zitiervorschlag: Reiter, Daniela; Fülöp, Gerhard, Kantorova, Sabina; Pochobradsky, Elisabeth; Röthlin, Florian; Stoppacher, Andreas (2025): Rehabilitationsplan 2025. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P9/2/4444

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030 bei, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3 „Gesundheit und Wohlergehen“.

Präambel zum Rehabilitationsplan 2025

Auszüge des Rehabilitationsplans 2025 sollen in den Österreichischen Strukturplan Gesundheit bzw. in die Verordnung zum Österreichischen Strukturplan Gesundheit aufgenommen werden und so entsprechende Verbindlichkeit entfalten. In die Regionalen Strukturpläne Gesundheit sollen die stationären Bedarfszahlen für Österreich gesamt bzw. die ambulanten Bedarfszahlen der Phasen II und III zu den jeweiligen Eignungsstandorten einfließen. 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, Österreichischer Strukturplan Gesundheit bzw. Verordnung zum Österreichischen Strukturplan Gesundheit sowie Regionale Strukturpläne Gesundheit).

Der in Kooperation mit dem Dachverband der Sozialversicherungsträger von der Gesundheit Österreich GmbH erstellte Rehabilitationsplan 2025 baut auf den bisherigen Rehabilitationsplänen auf. Kern des Rehabilitationsplans 2025 ist die Abschätzung des Versorgungsbedarfs für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche in den jeweiligen Rehabilitations-Indikationsgruppen (Erwachsene) bzw. Rehabilitations-Indikationsgruppen-Clustern (Kinder und Jugendliche) für den Planungshorizont 2030. Der Rehabilitationsplan 2025 bezieht sich im Bereich der Erwachsenen auf die Erfordernisse stationärer und ambulanter Rehabilitation der Phasen II und III und wird bundesweit (für den stationären Bereich) bzw. nach Eignungsstandorten (für den ambulanten Phase-II- und Phase-III-Bereich) sowie nach Rehabilitations-Indikationsgruppen dargestellt. Im Bereich der stationären Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation erfolgt die Darstellung auf Österreich-Ebene und nach Rehabilitations-Indikationsgruppen-Clustern.

Die Umsetzung des vorliegenden Rehabilitationsplans soll mit möglichst effizientem Mitteleinsatz realisiert werden, wobei die optimale Ausrichtung auf die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten sichergestellt werden muss. Um die einheitliche Umsetzung des Rehabilitationsplans 2025 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 der International Classification of Functioning, Disability and Health der Weltgesundheitsorganisation 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 Basis der International Classification of Diseases und von der fachspezifischen kurativen Intervention.

Umsetzung des Rehabilitationsplans 2025

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 2025 orientieren**. Auch die Stellungnahmen der Sozialversicherungsträger werden sich an den Ergebnissen des Rehabilitationsplans 2025 orientieren; nur bei nachweislich von den Planungsziffern abweichenden Bedarfsgegebenheiten (z. B. unzumutbare Wartezeiten) kann eine auf solche Besonderheiten 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 Gesundheit Österreich GmbH eingerichtet. Dazu bringen neben den Ländern auch alle Sozialversicherungsträger und der Dachverband der Sozialversicherungsträger sowie das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz Informationen ein und können diese auch abfragen; in Bedarfsprüfungsverfahren ist hierauf Bedacht zu nehmen.

Inhaltliche Vorgehensweise:

1. Im stationären Rehabilitationsbereich für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche wird für den Bedarf von einer Betrachtung auf Österreich-Ebene ausgegangen (vgl. Tabelle 7 im Tabellenanhang betreffend Erwachsenen-Rehabilitation sowie Tabelle 10 im Tabellenanhang betreffend Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation). Im ambulanten Phase-II- und Phase-III-Bereich der Erwachsenen-Rehabilitation wird von einer Betrachtung nach Eignungsstandorten ausgegangen (vgl. Tabellen 8 und 9 im Tabellenanhang sowie Karte 16 im Kartenanhang).
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 Bundesvergabegesetz sind die hierfür maßgeblichen Vorgaben sowie die sanitätsbehördlichen Verfahren insofern aufeinander abzustimmen, als es jedenfalls gilt, das Auseinanderfallen von Bestbieterinnen bzw. Bestbieterinnen einerseits und Bescheidinhaberinnen bzw. Bescheidinhabern 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 2025 beinhaltet auch Vorgaben zur **ambulanten Erwachsenen-Rehabilitation der Phasen II und III**. 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.

Kurzfassung

Die Gesundheit Österreich GmbH aktualisierte und überarbeitete in Kooperation mit dem Dachverband der Sozialversicherungsträger den Rehabilitationsplan mit neuem Planungshorizont 2030. Die Schwerpunkte der Arbeiten waren:

- Überarbeitung der **Strukturqualitätskriterien der Erwachsenen-Rehabilitation**
- Überarbeitung der **Strukturqualitätskriterien der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation**
- **Bestandsaufnahme und -analyse** vorhandener Kapazitäten der **stationären Erwachsenen-Rehabilitation**
- **Bestandsaufnahme und -analyse** vorhandener Kapazitäten der **ambulanten Erwachsenen-Rehabilitation der Phasen II und III**
- **Bestandsaufnahme und -analyse** vorhandener Kapazitäten der **stationären Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation**
- Abschätzung des **Versorgungsbedarfs** in der **stationären und ambulanten Erwachsenen-Rehabilitation** in den jeweiligen Rehabilitations-Indikationsgruppen für den Planungshorizont 2030 unter Berücksichtigung des Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehens sowie des Krankheitsgeschehens
- Abschätzung des **Versorgungsbedarfs** in der **stationären Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation** in den jeweiligen Rehabilitations-Indikationsgruppen-Clustern für den Planungshorizont 2030 unter Berücksichtigung des Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehens
- Darstellung des aktuellen **Ist-Stands** sowie des **Soll-Stands** an stationären und ambulanten Kapazitäten der Phasen II und III der **Erwachsenen-Rehabilitation** für den Planungshorizont 2030, differenziert nach Rehabilitations-Indikationsgruppen bundesweit (stationär und ambulant Phasen II und III) und nach Eignungsstandorten (ambulant Phasen II und III)
- Darstellung des aktuellen **Ist-Stands** sowie des **Soll-Stands** an stationären Kapazitäten der **Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation** für den Planungshorizont 2030, differenziert nach Rehabilitations-Indikationsgruppen-Clustern bundesweit

Ergebnisse im Rehabilitationsplan 2025

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

Für die Rehabilitationseinrichtungen im stationären Erwachsenenbereich ergibt sich bis zum Jahr 2030 ein geschätzter Bedarf von 11.654 Betten, der sich schwerpunktmäßig auf die Rehabilitations-Indikationsgruppen „Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie“, „Zentrales und peripheres Nervensystem“, „Psychiatrische Rehabilitation“ und „Herz-Kreislauf-Erkrankungen“ verteilt.

Für den ambulanten Erwachsenenbereich führt die Abschätzung auf Basis der im Simulationstool getroffenen Annahmen bis zum Jahr 2030 zu einem Bedarf von bundesweit insgesamt 28.900 jährlichen ambulanten Rehabilitationsverfahren in der ambulanten Phase-II-

Rehabilitation sowie 12.268 jährlichen ambulanten Rehabilitationsverfahren in der ambulanten Phase-III-Rehabilitation, die sich schwerpunktmäßig auf die Rehabilitations-Indikationsgruppen „Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie“, „Herz-Kreislauf-Erkrankungen“ und „Psychiatrische Rehabilitation“ verteilen. Die ambulante Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II in der Rehabilitations-Indikationsgruppe „Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen“ befindet sich derzeit in einer Pilotierungsphase, daher liegen noch keine validen Grundlagen für die Bedarfsplanung vor. Um den Aufbau und die Akzeptanz in dieser Rehabilitations-Indikationsgruppe 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 Ergebnisse der Bedarfsschätzung für die **Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation** werden im Überblick sowie in Form einer Saldierung der stationären Rehabilitationskapazitäten bundesweit nach Rehabilitations-Indikationsgruppen-Cluster dargestellt.

Für die Rehabilitationseinrichtungen im stationären Kinder- und Jugendlichenbereich ergibt sich bis zum Jahr 2030 ein geschätzter Bedarf von 334 Betten (exkl. Betten für Angehörige in der familienorientierten Rehabilitation in der Rehabilitations-Indikationsgruppe „Onkologische Rehabilitation“), der sich schwerpunktmäßig auf die Rehabilitations-Indikationsgruppen-Cluster „Mental Health“ und „Mobilisierender Schwerpunkt“ verteilt.

Inhalt

Präambel zum Rehabilitationsplan 2025	III
Umsetzung des Rehabilitationsplans 2025	IV
Kurzfassung	VI
Abbildungen und Tabellen	X
Abkürzungen	XI
1 Einleitung	1
1.1 Projektauftrag und Projektziele	1
1.2 Klassifikation in der Rehabilitation	2
1.3 Allgemeine Zielsetzungen, Maßnahmen und Anliegen der Rehabilitation	4
1.4 Phasenmodell der Rehabilitation	7
2 Leistungsrechtliche Abgrenzungen	11
2.1 Medizinische Rehabilitation	11
2.1.1 Gesetzliche Grundlagen	12
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
2.4 Maßnahmen der Behindertenhilfe	19
3 Strukturqualitätskriterien in der Rehabilitation	21
3.1 Definitionen und Erläuterungen	21
3.1.1 Personelle Ausstattung	21
3.1.2 Räumliche Ausstattung	22
3.1.3 Leistungsangebot	22
3.1.4 RIG-übergreifende Thematiken	23
3.2 Strukturqualitätskriterien in der Erwachsenen-Rehabilitation	25
3.2.1 Kontraindikationen der Erwachsenen-Rehabilitation	25
3.2.2 Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie	26
3.2.3 Herz-Kreislauf-Erkrankungen	27
3.2.4 Lymphologische Rehabilitation	28
3.2.5 Zentrales und peripheres Nervensystem	29
3.2.6 Onkologische Rehabilitation	30
3.2.7 Psychiatrische Rehabilitation	31
3.2.8 Atmungsorgane	32
3.2.9 Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat	32
3.2.10 Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen	33
3.2.11 Strukturqualitätskriterien in der stationären und ambulanten Erwachsenen-Rehabilitation der Phasen II und III – tabellarische Darstellung	34
3.3 Strukturqualitätskriterien in der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation	40
3.3.1 Besondere Anforderungen an die Kinder- und Jugendlichen- Rehabilitation	40
3.3.2 Kontraindikationen der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation	41
3.3.3 Mobilisierender Schwerpunkt	41
3.3.4 Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Atmungsorgane	43
3.3.5 Onkologische Rehabilitation sowie Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat	44
3.3.6 Mental Health	46
3.3.7 Strukturqualitätskriterien in der stationären Kinder- und Jugendlichen- Rehabilitation – tabellarische Darstellung	47

4	Rehabilitation von Erwachsenen	52
4.1	Methodische Vorgangsweise	52
4.2	Datengrundlagen	54
4.3	Bestandsanalyse.....	55
4.3.1	Grundlagen	55
4.3.2	Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen	56
4.3.3	Stationäre Rehabilitationseinrichtungen.....	58
4.3.4	Ambulante Rehabilitationseinrichtungen	60
4.4	Planungszahlen und Soll-Ist-Vergleich.....	64
4.4.1	Kriterien der Bedarfsplanung.....	64
4.4.2	Prozess und Methoden der Bedarfsplanung.....	65
4.4.3	Angebotsplanung und Empfehlungen bis 2030	67
5	Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen	68
5.1	Methodische Vorgangsweise	68
5.2	Datengrundlagen	69
5.3	Bestandsanalyse.....	69
5.3.1	Grundlagen	69
5.3.2	Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen	70
5.3.3	Stationäre Rehabilitationseinrichtungen.....	71
5.4	Planungszahlen und Soll-Ist-Vergleich.....	71
5.4.1	Kriterien der Bedarfsplanung.....	71
5.4.2	Prozess und Methoden der Bedarfsplanung.....	72
5.4.3	Angebotsplanung und Empfehlungen bis 2030	73
	Literatur.....	74
	Anhang.....	76

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abbildung 1: Das biopsychosoziale Modell der ICF.....	3
Abbildung 2: Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen (alle Heilverfahren) 2003–2015	57
Abbildung 3: Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen (medizinische Rehabilitation) 2003–2023.....	58
Abbildung 4: Planungsprozess zur Abschätzung des Bedarfs an stationären Betten bzw. an stationären und ambulanten medizinischen Rehabilitationsverfahren der Phasen II und III bis 2030	65

Tabellen

Tabelle 1: Phasenabgrenzung im Rehabilitationsprozess im Überblick.....	10
Tabelle 2: Strukturqualitätskriterien in der stationären und ambulanten Erwachsenen- Rehabilitation der Phasen II und III (UCNC ausschließlich Phase II) je Rehabilitations-Indikationsgruppe.....	35
Tabelle 3: Strukturqualitätskriterien in der stationären Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation je Rehabilitations-Indikationsgruppen-Cluster	48
Tabelle 4: Anzahl der Bewilligungen für stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation je RIG-Cluster 2022 und 2023	70

Abkürzungen

Abs.	Absatz
ADL	Activity of Daily Living / Aktivitäten des täglichen Lebens
AG/R	Akutgeriatrie/Remobilisation
ambRV	ambulante Rehabilitationsverfahren
Anm.	Anmerkung
A-Nr.	Ambulatoriums-Nummer
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
AVRAG	Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetz
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGBI.	Bundesgesetzblatt
B-KUVG	Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz
BL	Bundesland
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BMASGPK	Bundesministerium für Arbeit, 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
bzw.	beziehungsweise
CED	chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
CI	Cochlea-Implantate
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease / chronisch obstruktive Lungenerkrankung
DGKP	diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal
d. h.	das heißt
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKKP	diplomierte Kinderkrankenpflegepersonal
DLD	Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten
DVSV	Dachverband der Sozialversicherungsträger
EEG	Elektroenzephalographie
EFL	Evaluierung der funktionellen Leistungsfähigkeit
EKG	Elektrokardiogramm
ELA	Einschätzung körperlicher Leistungsfähigkeiten bei arbeitsbezogenen Aktivitäten
EPH	Edema-Proteinurie-Hypertension
ESBL	extended-spectrum beta-lactamase
ESO	Eignungsstandort
ESP	Entwicklungs- und Sozialpädiatrie sowie pädiatrische Psychosomatik
etc.	et cetera
EW	Einwohner:innen
FOR	familienorientierte Rehabilitation
ggf.	gegebenenfalls
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung

GÖ FP	Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GSVG	Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
GVA	Gesundheitsvorsorge aktiv
Hg.	Herausgeber:in
HKE	Herz-Kreislauf-Erkrankungen
HNO	Hals, Nasen, Ohren
HVSVT	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
ICD	International Classification of Diseases / Internationale Klassifikation der 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 / Internationale Klassifikation der Beeinträchtigungen und Behinderungen
i. d. F.	in der Fassung
i. d. g. F.	in der geltenden Fassung
IMBA	Integration von Menschen mit Behinderung in die Arbeitswelt
inkl.	inklusive
i. S. d.	im Sinne der/des
KA	Krankenanstalt
KAC	Krankenanstalten-Code
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KiJu	Kinder und Jugendliche / Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation
KJC	Kinder- und Jugendchirurgie
KJP	Kinder- und jugendpsychiatrische Rehabilitation
km	Kilometer
KPE	komplexe physikalische Entstauungstherapie
LAG	Landarbeitsgesetz
LKF	leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LTOT	Long Term Oxygen Therapy / Langzeit-Sauerstofftherapie
LYMPH	Lymphologische Rehabilitation
MH	Mental Health
MOB	Mobilisierender Schwerpunkt
MRGN	multiresistente gramnegative Erreger
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
MTF	medizinisch-technischer Fachdienst
NC	Zustände nach neurochirurgischen Eingriffen
NEU	Zentrales und peripheres Nervensystem
NEU-ANB	neurologische Akut-Nachbehandlung
o. a.	oben angegeben
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGGG	Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie
ÖGIS	Österreichisches Gesundheitsinformationssystem
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse

ÖGNR	Österreichische Gesellschaft für Neurorehabilitation
ONK	Onkologische Rehabilitation
ÖPGK	Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz
ÖRK	Österreichischer Rehabilitationskompass
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PA	Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten / Pflegeassistenz
PAIS	postakute Infektionssyndrome
PANDAS	Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections
PCI	Percutaneous Coronary Intervention / perkutane Koronarintervention
PFA	Pflegefachassistentinnen und Pflegefachassistenten / Pflegefachassistenz
PPP	Public-Private-Partnership
PSY	Psychiatrische Rehabilitation
PUL	Atmungsorgane
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
RIG	Rehabilitations-Indikationsgruppe
RNS	Remobilisation/Nachsorge
RZ	Rehabilitationszentrum/-zentren
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome – Coronavirus – Type 2
SKA	Sonderkrankenanstalt
SON	sonstige Krankheiten
SQK	Strukturqualitätskriterien
STV	Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat
SV	Sozialversicherung
SVS	Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen
SVSG	Selbständigen-Sozialversicherungsgesetz
SVT	Sozialversicherungsträger
tEACH	Subkomitee für Aus-, Fort- und Weiterbildung von EACH, der International Association for Communication in Healthcare
TNM	Tumor-Nodes-Metastasen / Klassifikation von malignen Tumoren
u. a.	unter anderem
UCNC	Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen
vgl.	vergleiche
VO	Verordnung
VP	Vertragspartnereinrichtung
VZ	Versorgungszone
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel

1 Einleitung

1.1 Projektauftrag und Projektziele

Der Rehabilitationsbereich ist – neben der Akut- und der Langzeitversorgung – ein wichtiges Element im Rahmen einer integrativen Gesundheitsversorgung. Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) bzw. die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) und die Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (GÖ FP) befassten sich im Auftrag des Dachverbands der Sozialversicherungsträger (DVSV), vormals Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSVT), bereits mehrfach mit der österreichweiten Planung der Rehabilitationsangebote. 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* (Danzer et al. 2004) wurde im Auftrag des HVSVT (nunmehr DVSV) im Jahr 2008 aktualisiert, teilweise überarbeitet und schließlich als *Rehabilitationsplan 2009* (Sinhuber et al. 2008) 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* (Reiter et al. 2012) abgelöst wurde. Daran anschließend wurde in den Jahren 2015 und 2016 an der Aktualisierung des Rehabilitationsplans gearbeitet. Ende 2016 wurde der *Rehabilitationsplan 2016* (Gyimesi et al. 2016) publiziert, dessen Kernelemente in den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2017 (BMGF 2019) und in die Verordnung zum Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG VO) 2019 (ÖSG VO 2019) übernommen wurden.

Auszüge aus der im Jahr 2010 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) durchgeführten Studie zur *Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in Österreich* (Nemeth/Fülöp 2010) wurden in die Rehabilitationspläne 2012 und 2016 integriert und auch in den Rehabilitationsplan 2020 übernommen.

Im Jahr 2019 beauftragte der HVSVT (nunmehr DVSV) die GÖ FP mit der Methodenentwicklung für einen Rehabilitationsplan 2020. Bestehende methodische und datentechnische Defizite in der bisherigen stationären und ambulanten Rehabilitationsplanung der Erwachsenen-Rehabilitation wurden analysiert, bestehende Datengrundlagen und Methoden diskutiert sowie die für den Rehabilitationsplan 2020 zu verwendenden Datengrundlagen und Methoden festgelegt. Der *Rehabilitationsplan 2020* (Reiter et al. 2020) wurde Ende 2020 publiziert, Kernelemente daraus wurden in den ÖSG 2021 (BMSGPK 2021) und in die ÖSG VO 2020 (ÖSG VO 2020) übernommen.

Darauf aufbauend erstellte die GÖG in Kooperation mit dem DVSV und unter Einbeziehung der Sozialversicherungsträger (SVT), des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) sowie von Vertreterinnen und Vertretern der Bundesländer den nun vorliegenden Rehabilitationsplan 2025 mit Planungshorizont 2030.

Ziel des neuen Rehabilitationsplans ist, aktuelle Planungsgrundlagen zum Rehabilitationsbereich für die nächsten Jahre bereitzustellen und den SVT 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 ambulanten Kapazitäten der Phasen II und III der medizinischen Rehabilitation für **Erwachsene** sowie die Darstellung und Planung der stationären Kapazitäten der medizinischen Rehabilitation für **Kinder und Jugendliche** in den SV-eigenen Einrichtungen, in den Vertragspartner-Einrichtungen sowie in jenen Einrichtungen, die als Public-Private-Partnership-Modell (PPP-Modell) geführt werden, wobei auch die gegenwärtig von den SV-Trägern vereinzelt beschickten Einrichtungen im 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 2025 (vgl. auch Ausführungen in Abschnitt 2.1).

Die Planung umfasst im Erwachsenenbereich folgende Rehabilitations-Indikationsgruppen (RIG):

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

Im Kinder- und Jugendlichenbereich sind folgende Rehabilitations-Indikationsgruppen-Cluster (RIG-Cluster) in der Planung umfasst:

- Mobilisierender Schwerpunkt (MOB): Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie (BSR), Kinder- und Jugendchirurgie (KJC), zentrales und peripheres Nervensystem (NEU), Zustände nach neurochirurgischen Eingriffen (NC), sonstige Krankheiten (SON)
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE) / Atmungsorgane (PUL),
- Onkologische Rehabilitation (inkl. familienorientierter Nachsorge, ONK) / Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat (STV),
- Mental Health (MH): Entwicklungs- und Sozialpädiatrie sowie pädiatrische Psychosomatik (ESP), Kinder- und jugendpsychiatrische Rehabilitation (KJP).

1.2 Klassifikation in der Rehabilitation

Die 54. Vollversammlung der World Health Organization (WHO) verabschiedete im Mai 2001 die *International Classification of Functioning, Disability and Health* / *Internationale Klassifikation der*

Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Ihr Ziel ist, eine international verbindliche Sprache in der Rehabilitation zu entwerfen, in Analogie zur *International Classification of Diseases / Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD)*, um damit Datenvergleiche und epidemiologische Studien zu ermöglichen.

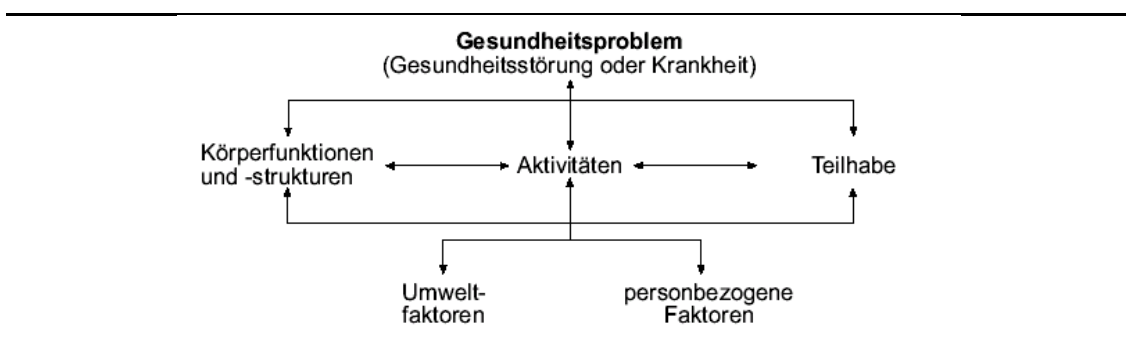
Die *International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth / Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (ICF-CY)* ist eine auf Basis der ICF abgeleitete Klassifikation, welche die Besonderheiten von in Entwicklung befindlichen Funktionen und die besonderen Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen berücksichtigt. Im Interesse einer die gesamte Lebensdauer umfassenden ICF sollen beide Klassifikationen in Zukunft wieder zusammengeführt werden.

Die ICF ist eine Weiterentwicklung der *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)* bzw. *ICIDH-2*, die ermöglicht, den Gesundheitszustand einer Patientin bzw. eines Patienten in allen seinen Dimensionen, insbesondere unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren, also des Lebenshintergrunds der Patientin bzw. 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, Defizite nicht nur durch das Rehabilitationsteam, sondern auch durch die Umwelt der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden – im Sinne von Koproduzentinnen und Koproduzenten der Gesundheit – auszugleichen. Auch hemmende Kontextfaktoren (sogenannte Barrieren) können 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.

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, als Standard durchsetzen wird.

Abbildung 1: Das biopsychosoziale Modell der ICF



Quelle und Darstellung: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der World Health Organization 2005 BfArM (2005)

Die Doppelpfeile in Abbildung 1 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 biopsychosoziale 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.

1.3 Allgemeine Zielsetzungen, Maßnahmen und Anliegen der Rehabilitation

Im Sinne der ICF 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)

Das 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 Lebensunterhalts).

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, Erwerb neuer Kenntnisse, Fertigkeiten und Verhaltensweisen angestrebt werden.

Rehabilitationsziele, bezogen auf Kontextfaktoren und Risikofaktoren

Das Ziel von Rehabilitationsmaßnahmen ist 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 bzw. 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 beruflfördernder 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. Disease-Management-Programme),
- Kompetenzsteigerung (Empowerment) der Patientin bzw. 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 bzw. eines Arztes) gemeinsam mit jeder Rehabilitandin bzw. jedem Rehabilitanden (ggf. unter Einbeziehung 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.

Patientenzentrierte Kommunikation

Die mündliche Kommunikation zwischen allen am Rehabilitationsprozess beteiligten Gesundheitsfachkräften, den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie ihren Angehörigen soll nach evidenzbasierten Kommunikationsmodellen patientenzentriert ablaufen. Dafür können die Gesundheitsfachkräfte mit evidenzbasierten Kommunikationstrainings, angeleitet von zertifizierten Kommunikationstrainerinnen und Kommunikationstrainern (z. B. ÖPGK-tEACH-Standard), sowie mittels Schauspielpatientinnen und Schauspielpatienten geschult werden. Dadurch soll über den

Weg der gemeinsamen Entscheidungsfindung die Akzeptanz von notwendigen rehabilitativen Interventionen erhöht, die aktive Mitarbeit der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden gefördert und eine vermehrte Teilhabe erzielt werden. Diese Empfehlung betrifft alle Rehabilitations-Indikationsgruppen und Altersgruppen, sowohl im stationären als auch im ambulanten Rehabilitationssetting.

Besonderes Augenmerk in der patientenzentrierten Kommunikation ist auf den Zielfindungsprozess nach ICF und die Patientenschulungsmodule (z. B. Diabetes, O₂-Heimtherapie, chronische Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten) zu richten, um dadurch die Patientenadhärenz zu steigern, gleichzeitig den Medikamentenverbrauch zu senken und den diagnostischen Aufwand zu reduzieren.

Die Effektivität der patientenzentrierten Kommunikation und der Schulungen sollte durch eine begleitende trägerübergreifende Studie wissenschaftlich evaluiert werden.

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 wieder einnehmen 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-medizinische 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, dessen Leistungen unter dem Titel Anstaltspflege erbracht werden, nicht aber um Rehabilitation im sozialversicherungsrechtlichen Sinn.

Phase II

Phase II folgt entweder nach der Phase I im Anschluss an das Akutkrankenhaus (= *Anschlussheilverfahren* oder *Rehabilitation nach Unfall*) oder nach einer akuten Krankenbehandlung im extramuralen Bereich (= *Rehabilitationsheilverfahren*). Die stationäre Rehabilitation findet

grundsätzlich in Einrichtungen statt, die sanitätsbehördlich als Sonderkrankenanstalten genehmigt sind und vorwiegend der Rehabilitation dienen, die ambulante Rehabilitation der Phase II in selbstständigen Ambulatorien. 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 bzw. 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 der 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, 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 neurorehabitativer Behandlungsbedarf bestehen oder es kann eine Stagnation des Krankheitsprozesses bzw. eine Chronifizierung eintreten (ÖGNER 2025a; ÖGNER 2025b).

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 Modells der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-Modell). Die Behandlung in diesen Einheiten wird auch als **Akutneurorehabilitation** bezeichnet.

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

Phase C

Phase C ist eine Rehabilitationsphase, in der die Patientinnen und Patienten bereits in der Therapie mitarbeiten können. Die bzw. 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 bzw. er bewältigen. Es besteht in der Regel keine Aspirationsgefahr, sie bzw. 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 bzw. der Betroffene ist bei den Aktivitäten des täglichen Lebens vollkommen oder weitgehend selbstständig, gegebenenfalls mit Hilfsmitteln. Sie bzw. er ist sowohl geistig als auch körperlich in der Lage, über mehrere Stunden am Tag aktiv an einem Therapieprogramm mitzuarbeiten. Sie bzw. er ist durchwegs kooperativ und kann mehrere Stunden am Tag ohne professionelle Aufsicht verbringen.

Phase E

Die bzw. der Betroffene ist in der Lage, Alltag und Freizeit auch über mehrere Tage allein zu planen, zu organisieren und zu verbringen. Sie bzw. 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: 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 Akutgeriatrie/Remobilisation, Remobilisation/Nachsorge, neurologische Akut-Nachbehandlung	Anstaltspflege/ Krankenbehandlung
Phase II	Phasen C, D	Anschlussheilbehandlung Stationäre Rehabilitation Ambulante Rehabilitation Allgemeine Rehabilitation	stationäre Rehabilitationseinrichtung	Rehabilitation
			ambulante Rehabilitationseinrichtung	
Phase III	Phase E	Ambulante Rehabilitation (stabilisierend)	ambulante Rehabilitationseinrichtung	Rehabilitation
Phase IV		Langzeitsekundärprävention Langfristige ambulante Nachsorge Langzeitrehabilitation	private Einrichtungen, Vereine, Sportgruppen, Heimtraining etc.	kein Rechtstitel, Durchführung in Eigenverantwortung
			ggf. Einzelmaßnahmen durch Therapeutinnen und Therapeuten	Krankenbehandlung bzw. Eigenverantwortung

* frühe Phase C mit Notwendigkeit erheblicher pflegerischer Hilfe

Quelle und Darstellung: GÖG

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 biomedizinisches Krankheitsmodell mit den Gliederungsmerkmalen Ätiopathogenese und Lokalisation), verfolgt die medizinische Rehabilitation einen holistischen Ansatz, der den Menschen als aktiven Teil der Gesellschaft definiert (biopsychosoziales Modell).

Unter medizinischer Rehabilitation werden – in Anlehnung an die im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) genannten Definitionen – Maßnahmen verstanden, die das Ziel verfolgen, die Leistungsfähigkeit, Aktivität und Teilhabe von Menschen nach Erkrankungen oder Operationen so weit 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 gesundheitserhaltenden 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 bzw. einen endverantwortlichen Arzt gebunden und kann nicht von Physio- oder Ergotherapeutinnen bzw. 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 bzw. 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.

Flexibilisierung in der stationären und ambulanten Rehabilitation

In den Bewilligungsbescheiden der Länder sowie in den Verträgen der Sozialversicherung sind die einrichtungsspezifischen Kapazitäten grobteils je RIG festgelegt. Dadurch kann auf (kurzfristig) veränderten Bedarf in einzelnen RIG seitens der SV nur bedingt reagiert werden, um hier einen adäquaten Ausgleich zu schaffen bzw. die Patientinnen und Patienten zum bestmöglichen Zeitpunkt einem für sie notwendigen Rehabilitationsbereich zuzuweisen.

Um die in den Einrichtungen vorhandenen Ressourcen zukünftig bestmöglich zu nutzen, kurzfristige Nachfragespitzen rasch abdecken zu können und Wartezeiten für Patientinnen und Patienten zu verkürzen, werden folgende **Rahmenbedingungen** für eine Flexibilisierung in der stationären und ambulanten Rehabilitation definiert:

- Eine vorübergehende Verschiebung von Kapazitäten ist nur zwischen jenen Rehabilitations-Indikationsgruppen möglich, für die, bezogen auf die jeweilige Einrichtung, bereits eine Betriebsbewilligung vorliegt. Zudem erfolgt diese Nutzung ausschließlich im Rahmen der bewilligten Gesamtkapazität der Rehabilitationseinrichtung. Es wird von allen Beteiligten darauf geachtet, dass Verschiebungen lediglich im erforderlichen Ausmaß erfolgen.
- Vor Umsetzung einer interdisziplinären Nutzung im Sinne des ersten Aufzählungspunkts in einer Rehabilitationseinrichtung erfolgt seitens des Rechtsträgers im Einvernehmen mit den jeweiligen SVT eine Anzeige an die jeweilige Sanitätsbehörde (gemäß den Krankenanstaltengesetzen der Länder).
- Im Falle eines langfristigen Erfordernisses der Verschiebung von Rehabilitations-Indikationsgruppen sind seitens der Rechtsträger Anträge auf Bewilligungsbescheide einzubringen. Bis zum Zeitpunkt der Bescheidausstellung bzw. einer dieser Bescheidausstellung ggf. vorangehenden Anpassung von Planzielwerten im Rehabilitationsplan sowie in ÖSG und ÖSG VO soll die vorübergehende interdisziplinäre Nutzung im Sinne des ersten Aufzählungspunkts weiterhin möglich sein.
- Um mittel- und längerfristig erforderliche Kapazitätsverschiebungen zwischen den RIG im Sinne des dritten Aufzählungspunkts zu identifizieren und im Bedarfsfall eine Anpassung der Bescheide seitens der Rechtsträger in die Wege zu leiten, wird ein periodisches, begleitendes „Reha-Monitoring“ eingerichtet. Im Zuge dieses „Reha-Monitorings“ erscheint pro futuro eine Definition von Bandbreiten (zeitlich, quantitativ), ab denen eine Anpassung von Bescheiden bzw. Planzielwerten erfolgen sollte, sinnvoll.

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 (insbesondere §§ 99a, 157–168 GSVG; §§ 96a, 150–160 BSVG; § 65a B-KUVG).

Im Zusammenhang mit Bedarfsprüfungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation sind insbesondere auch der § 432 ASVG sowie die Bedarfsprüfungs-Verordnung von Bedeutung. Die Bedarfsprüfungs-Verordnung regelt die Grundsätze für die Bedarfsprüfung der Sozialversicherungsträger bei Bauvorhaben nach § 432 Abs. 4 Z 1 und 2 ASVG, nach § 26 Abs. 5 Z 1 und 2 SVSG sowie nach § 141 Abs. 4 Z 1 und 2 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 ff. 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 verhindern. 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 1 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, die Leistungsfähigkeit einer zu rehabilitierenden Person so weit 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, 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 bzw. 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 bzw. 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.

Stationäre medizinische Rehabilitation wird in der Regel in bettenführenden Sonderkrankenanstalten (SKA) im Sinne von § 2 Abs. 1 Z 2 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) erbracht. SKA unterliegen dem Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen. Die stationäre medizinische Rehabilitation soll künftighin ausschließlich in bettenführenden SKA für Rehabilitation erfolgen.

Seit 1. November 2023 haben Eltern bzw. Betreuungspersonen einen Anspruch auf Freistellung gegen Entfall des Entgelts zur Begleitung von Kindern bei einem stationären Rehabilitationsaufenthalt, welche das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Eine Aufteilung der Freistellung auf beide Elternteile bzw. Betreuungspersonen ist möglich, eine gleichzeitige Inanspruchnahme der Freistellung durch beide Elternteile bzw. Betreuungspersonen ist nur bei einer therapeutischen Notwendigkeit zulässig. Für die Dauer der Freistellung gebührt Pflegekarenzgeld, die Personen sind weiterhin kranken- und pensionsversichert. Ab Bekanntgabe der Inanspruchnahme der Freistellung bis vier Wochen nach dem Ende der Freistellung besteht ein Kündigungs- und Entlassungsschutz (vgl. § 14e AVRAG, § 66a LAG).

2.1.3 Ambulante Rehabilitation

Die ambulante medizinische Rehabilitation ist im ASVG als Aufgabe der Pensionsversicherung geregelt. Seit dem 1. Jänner 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.

Ambulante medizinische 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. Die ambulante medizinische Rehabilitation der Phasen II und III erfolgt künftighin ausschließlich in selbstständigen Ambulatorien.

Unter ambulanter medizinischer Rehabilitation sind all jene Rehabilitationsangebote zu verstehen, die nicht stationär erbracht werden und nicht mit Übernachtung der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden verbunden sind. Neben den medizinischen Voraussetzungen muss die Rehabilitandin bzw. 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 besser an die individuelle Situation der Patientin bzw. des Patienten angepasst werden.

Ein ambulantes wohnortnahes Rehabilitationsangebot, welches die Alltagsbedingungen der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden berücksichtigt, mit ausreichender Therapiedichte und in 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 und 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 Behandlungsziels 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 „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 (PVA) unter Beteiligung weiterer Sozialversicherungsträger den bisher maßgeblichen Leistungskatalog der Gesundheitsvorsorge österreichweit mit der Schaffung eines 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 sowie die Pensionistinnen und 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.

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 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 Pflegenden 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 Pflegend 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 (§§ 133 und 135 ASVG) und stellen eine Leistung der Krankenversicherung dar.

Gemäß § 135 ASVG sind der ärztlichen Hilfe u. a. auch eine aufgrund einer ärztlichen Verschreibung erforderliche physiotherapeutische, logopädisch-phoniatrisch-audiologische, ergotherapeutische Behandlung sowie unter bestimmten Voraussetzungen eine klinisch-psychologische und psychotherapeutische Behandlung sowie Leistungen der Heilmassage durch Personen, die zur freiberuflichen Berufsausübung befugt sind, gleichzusetzen.

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 aufgenommener geriatrischer Patientinnen und Patienten (= Primäraufnahmen) 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 akutkranke 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. durch 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 besteht vorrangig an Krankenanstalten mit breiter Fächerstruktur bzw. an bestehenden Geriatriezentren, die Einrichtung erfolgt durch Umwidmung von Akutbetten. Akutgeriatrische Behandlung kann stationär, im Rahmen einer geriatrischen Tagesklinik (ambulante Tagesbehandlung) sowie in einzelnen Bundesländern auch in Form mobiler/ambulanter geriatrischer Remobilisation im häuslichen Umfeld erfolgen. Die AG/R kann als Abteilung oder Department im Rahmen einer Abteilung für Innere Medizin oder Neurologie eingerichtet werden (BMSGPK 2024b).

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 und 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. RNS-Interventionen erfolgen stationär, es ist keine ambulante Tagesbehandlung vorgesehen (BMSGPK 2024b).

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 bzw. über eine Kooperation an einem anderen KA-Standort oder mit Strukturen der medizinischen Rehabilitation im Sinne des ASVG vorzuhalten (BMSGPK 2024b).

2.4 Maßnahmen der Behindertenhilfe

Im Kontext der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen sind die bereits dargestellten Abgrenzungen um Folgendes zu ergänzen.

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. Für die beeinträchtigten und von konkreter Behinderung bedrohten Menschen soll mit den im Bundesbehindertengesetz (BGBl. Nr. 283/1990, zuletzt geändert durch das BGBl. I Nr. 98/2024) vorgesehenen Maßnahmen die bestmögliche Teilnahme am gesellschaftlichen Leben gesichert werden.

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

- Gesetzliche Krankenversicherung: § 4 bis § 8 ASVG
- Gesetzliche Pensionsversicherung: § 4 bis § 8 ASVG
- Gesetzliche Unfallversicherung: § 4 bis § 8 ASVG
- Arbeitsmarktförderung: § 2 Arbeitsmarktförderungsgesetz (AMFG)
- Kriegsopferversorgung: § 1 Kriegsopferversorgungsgesetz 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 Familienbeihilfe für erheblich behinderte Kinder (Grad der Behinderung mind. 50 %).

Maßnahmen der Behindertenhilfe nach Landesrecht

Im Rahmen der landesgesetzlich festgelegten Sozial- und Behindertenhilfe leisten die Bundesländer für behinderte Menschen sogenannte Eingliederungshilfe in die Gesellschaft und den 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 der 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.

Mit dem Auf- bzw. Ausbau der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation in Österreich vereinbarten Länder und Sozialversicherung, ein einheitliches Leistungsgeschehen in der stationären Rehabilitation sicherzustellen und gemeinsam zu finanzieren. Ziel der Vereinbarung ist ein Zugang zur Rehabilitation für alle Kinder und Jugendlichen, unabhängig davon, ob die Rehabilitation im Anschluss an eine Krankenbehandlung oder aufgrund einer angeborenen Behinderung, genetischer Defekte oder aufgrund von Entwicklungsstörungen erforderlich ist.

3 Strukturqualitätskriterien in der Rehabilitation

3.1 Definitionen und Erläuterungen

Im Interesse einer bundesweit einheitlichen Qualitätssicherung im Bereich Rehabilitation werden **Voraussetzungen und Indikationen** sowie die **fachärztliche Qualifikation** im Rahmen von Rehabilitationseinrichtungen für jede RIG der Erwachsenen-Rehabilitation und für die RIG-Cluster der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation behandelt. Je RIG werden die jeweiligen **Strukturqualitätskriterien (SQK)** für stationäre und ambulante Erwachsenen-Rehabilitation der Phasen II und III (UCNC ausschließlich Phase II) dargestellt, ebenso für die RIG-Cluster der stationären Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation. Die Strukturqualitätskriterien sind als **Mindestanforderungen** definiert und schließen

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

ein.

3.1.1 Personelle Ausstattung

Je RIG bzw. RIG-Cluster sind die notwendigen Berufsgruppen inklusive spezieller Qualifikationen ausgewiesen. Hinsichtlich der notwendigen Anwesenheit und Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte sowie der ärztlichen Leitungen und deren Stellvertretungen wird auf die bestehenden Landeskrankenanstalten-Gesetze hingewiesen.

Urlaubs- und Krankheitsvertretungen sowie notwendige Nachtdienste (stationär) sind zu berücksichtigen.

Die **ärztliche Leitung und deren Stellvertretung** sollen über Leitungserfahrung und über Erfahrung auf dem Gebiet der Rehabilitation verfügen. Bestenfalls erfüllen die ärztliche Leitung und deren Stellvertretung die fachärztlich notwendige Qualifikation, die in den einzelnen Kapiteln dargestellt ist, selbst.

Die **fachärztlich notwendige Qualifikation** der Ärztinnen und Ärzte findet sich in den einzelnen Kapiteln der jeweiligen RIG bzw. des jeweiligen RIG-Clusters. Ärztinnen und Ärzte anderer Facharzttrichtungen sind zusätzlich möglich.

In **Einrichtungen, die mehrere Indikationen** abdecken, muss für jede Indikation eine Fachärztin bzw. ein Facharzt entsprechend den Vorgaben in den einzelnen Kapiteln zur ärztlichen Qualifikation im Team vertreten sein.

Im Text werden durchgehend aktuelle Facharztbezeichnungen angeführt, vorangegangene Facharztbezeichnungen sind miteingeschlossen.

Die personelle Ausstattung muss das Erbringen der im Rehabilitationsplan vorgesehenen Leistungen sicherstellen. Mit Ausnahme der RIG UCNC wird auf die in den Leistungsprofilen der Sozialversicherung (SV) festgelegte Menge an Therapiezeit im Behandlungszeitraum verwiesen.

Die jeweils gültigen medizinischen Leistungsprofile der SV für die Erwachsenen-Rehabilitation sind auf der Webseite der PVA zu finden.¹

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 bzw. des Patienten gewahrt bleibt. Es wurden allgemeine, großteils indikationsübergreifend vorzuhaltende Räumlichkeiten und Ausstattungsmerkmale für die stationäre und ambulante Phase-II- und Phase-III-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- und Phase-III-Rehabilitation festgelegt. Die jeweils gültigen medizinischen Leistungsprofile der SV für die Erwachsenen-Rehabilitation sind auf der Webseite der PVA zu finden.²

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). Die ambulante Rehabilitation der Phase II in der RIG UCNC ist mit jener der stationären Rehabilitation exklusive der Hotelkomponente und Pflege ident. Sie erfolgt im Rahmen einer ganzheitlichen Rehabilitation (medizinisch-psychologisch-sozial-beruflich).

Leistungen können direkt in der Einrichtung erbracht (die entsprechende Struktur muss in der Einrichtung vorgehalten werden, z. B. Räumlichkeiten, Geräte, Personal), aber auch in Kooperation mit externen Anbietern auf Rechnung der Rehabilitationseinrichtung durchgeführt werden (mit externem Personal vor Ort oder in den Räumlichkeiten des externen Anbieters). Leistungen in der RIG UCNC sind grundsätzlich direkt in der Einrichtung zu erbringen (die entsprechende Struktur muss in der Einrichtung vorgehalten werden, z. B. Räumlichkeiten, Geräte, Personal), mit Ausnahme jener Leistungen, die mit einer entsprechenden Fußnote direkt in der Tabelle der Strukturqualitätskriterien der Erwachsenen-Rehabilitation gekennzeichnet sind (siehe Fußnote 7 in Tabelle 2).

¹ <https://www.pv.at/web/reha-und-praevention/medizinisches-leistungsprofil> [Zugriff am 15.05.2025]

² <https://www.pv.at/web/reha-und-praevention/medizinisches-leistungsprofil> [Zugriff am 15.05.2025]

In der **Erwachsenen-Rehabilitation** wird in der RIG UCNC auf die in den traumatologischen Rehabilitationseinrichtungen der AUVA definierten Gruppengrößen verwiesen.

In der **Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation** ist die maximal zulässige Gruppengröße mit 10 Kindern/Jugendlichen bzw. im RIG-Cluster Mental Health mit 8 Kindern/Jugendlichen festgelegt. Für einzelne Indikationen sind auch kleinere Gruppengrößen vorzusehen. Die Gruppengrößen sind grundsätzlich je nach fachlichem Erfordernis und Zustand der Kinder bzw. Jugendlichen zu bilden.

3.1.4 RIG-übergreifende Thematiken

Die nachfolgenden Thematiken stellen sogenannte Querschnittsthemen, die in allen RIG vorkommen und die Rehabilitation beeinflussen können, dar. Diese können aus verschiedenen Gründen, z. B. aufgrund der Einschränkung der Rehabilitationsfähigkeit oder durch das Vorhandensein von Komorbiditäten, Adaptierungen des Leistungsangebots der Rehabilitation erforderlich machen.

Multimorbide Patientinnen und Patienten

Multimorbidität bezeichnet das Vorhandensein mehrerer Krankheitsbilder gleichzeitig. Ein Zusammenhang verschiedener Erkrankungen kann, muss aber nicht bestehen. Die Kombination und der Schweregrad von Erkrankungen sind sehr heterogen, wobei das Risiko für Multimorbidität mit dem Alter grundsätzlich ansteigt.

Bestehen bei Patientinnen und Patienten weitere, über den ursprünglichen Rehabilitationsgrund hinausgehende 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 Einschränkungen in Hinblick auf die allgemeine Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit genau zu bezeichnen.

Eine indikationsübergreifende rehabilitative Versorgung von multimorbiden Patientinnen und Patienten ist möglich.

Geriatrische Patientinnen und Patienten

Eine geriatrische Patientin bzw. ein geriatrischer Patient ist ein biologisch älterer Mensch, der durch altersbedingte Funktionseinschränkungen im Erkrankungsfall akut gefährdet ist, alterstypische Multimorbidität und/oder das Frailty-Syndrom aufweist und bei dem ein besonderer Handlungsbedarf in rehabilitativer, somatopsychischer und psychosozialer Hinsicht besteht. Für ältere Menschen besteht aufgrund der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität die Gefahr der Chronifizierung, der Verminderung der Selbsthilfefähigkeiten und des Verlustes der Autonomie (BMSGPK 2024b; ÖGGG 2011).

Erfolgreiche Therapiemaßnahmen erfordern daher häufig einen multiprofessionellen und individuell auf die Patientin bzw. den Patienten abgestimmten Behandlungsansatz. Die physische und soziale Reaktivierung ist das vorrangige Ziel in der Rehabilitation von geriatrischen Patientinnen und Patienten.

Aufgrund der spezifischen Merkmale geriatrischer Patientinnen und Patienten kann die Rehabilitationsfähigkeit eingeschränkt und demzufolge die Belastbarkeit unter den (grundsätzlich vorgesehenen) mindestens zwei bis drei Stunden Nettotherapiezeit pro Patient:in pro vollem Therapietag liegen (siehe Abschnitt 3.1.3).

Postakute Infektionssyndrome (PAIS)

Postakute Infektionssyndrome (PAIS) sind Folgeerkrankungen, die nach Infektionen mit verschiedenen Erregern auftreten können, darunter Viren und Bakterien. Krankheitsbilder, die nach dem derzeitigen Wissensstand zu PAIS gezählt werden können, sind zum Beispiel postakute Infektionssyndrome nach einer Infektion mit Influenza, Enteroviren, SARS-CoV-2, Ebola, dem Epstein-Barr-Virus, Dengue-Virus, Borrelia (Post-Lyme-Syndrom), ebenso die reaktive Arthritis und Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections (PANDAS). PAIS können sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen auftreten. Der Aktionsplan zu postakuten Infektionssyndromen (PAIS) hat das Ziel, die Lebensqualität und Versorgung der Betroffenen zu verbessern (BMSGPK 2024a).

Eine indikationsübergreifende rehabilitative Versorgung von Patientinnen und Patienten mit PAIS ist möglich.

Medizinisch-berufsorientierte Rehabilitation

Die PVA entwickelte 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 bzw. des Patienten selbst werden für ein möglichst realitätsnahes Training durchgeführt.

Derzeit wird das medizinisch-berufsorientierte Konzept RehaJET® in Rehabilitationseinrichtungen der PVA durchgeführt.

3.2 Strukturqualitätskriterien in der Erwachsenen-Rehabilitation

3.2.1 Kontraindikationen der Erwachsenen-Rehabilitation

Absolute Kontraindikationen

- Antragsteller:innen, 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 Selbstgefährdung (akute Suizidalität) oder Fremdgefährdung, akute psychotische Störungen mit ausgeprägten Denk- und Wahrnehmungsstörungen, unbehandelte substanzgebundene Suchterkrankungen
- Störungsbilder, die einer spezifischen Behandlung bedürfen (z. B. Essstörungen)
- akute oder dekompensierte Krankheitszustände, die die Rehabilitationsfähigkeit ausschließen (z. B. schwere Einschränkung von Organsystemen wie instabile Angina pectoris, rezente Pulmonalarterienembolie / Phlebothrombose, instabile kardiale Arrhythmien)
- akute/floride/kontagiöse Infektionskrankheiten
- hochgradige kognitive Defizite (z. B. Demenz) mit Desorientiertheit und Verwirrtheit (nicht bei NEU und Schädel-Hirn-Traumata)
- terminale Tumorerkrankungen bei Patientinnen und Patienten in Palliativsituationen bei Behandlung außerhalb der Rehabilitationseinrichtung (bei ONK)

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 Antragsteller:in, Kostenträger, Rehabilitationseinrichtung und Dialysestation)
- nicht ausreichend behandelte substanzgebundene Suchterkrankungen
- Gravidität
- Malignome, wenn dadurch die Rehabilitationsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt wird
- laufende Therapien, welche die Rehabilitationsfähigkeit bzw. das Rehabilitationsverfahren wesentlich beeinträchtigen (z. B. tumorkausale Therapien)
- Träger:in von multiresistenten Erregern (z. B. MRSA, ESBL, MRGN mit verpflichtender Abstimmung der Rehabilitationseinrichtung mit dem oder der Zuweiser:in)
- in relevantem Ausmaß herabgesetztes Kommunikationsvermögen, das auf einen regelwidrigen Körper- und Geisteszustand zurückzuführen ist, 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 (mangelnde Kenntnisse der deutschen Sprache sind hier nicht zu subsumieren)
- Störungen der Diagnosen F0 und F1 nach ICD-10 (mit Ausnahme F10 bei der RIG PSY)

- hochgradige Mobilitätseinschränkung / höhergradiger Pflegebedarf (indikationsabhängige Bewertung, verpflichtende Abstimmung seitens der zuweisenden Akutkrankenanstalt bzw. der den Antrag begründenden Ärztin bzw. des den Antrag begründenden Arztes mit der Rehabilitationseinrichtung)

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, Spondarthritiden)
 - 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

5. Status nach endoprothetischer Versorgung

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

Fachärztliche Qualifikation

Fachärztin bzw. Facharzt für Orthopädie und Traumatologie oder Fachärztin bzw. Facharzt für Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation oder Fachärztin bzw. Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie

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 Herztransplantation
- Dialysepatientinnen und Dialysepatienten im Zusammenhang mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- chronische Belastungsherzinsuffizienz
- Zustand nach einer perkutanen Koronarintervention (PCI)
- stabile koronare Herzkrankheit
- periphere arterielle Verschlusskrankheit
- 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 kardiovaskulären Risikoprofil (EPH-Gestose, polyzystisches Ovarsyndrom, Prä-/Eklampsie, vorzeitige Menopause vor dem 38. Lebensjahr)
- schwer einstellbare arterielle Hypertonie (mit Organkomplikation)

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

Fachärztliche Qualifikation

Fachärztin bzw. Facharzt für Innere Medizin mit Sonderfach Kardiologie oder Angiologie

3.2.4 Lymphologische Rehabilitation

Voraussetzungen und Indikationen

Eine Indikation zur Rehabilitation im Bereich Lymphologie liegt grundsätzlich bei Patientinnen und Patienten mit chronischem Lymphödem ab Schweregrad II vor.

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

Fachärztliche Qualifikation

Fachärztin bzw. Facharzt für Innere Medizin oder Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation

Qualifikation von weiterem Personal

diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal (DGKP): lymphologische Zusatzausbildung und Zusatzausbildung Wundmanagement

Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, medizinische Masseurinnen und medizinische Masseure und/oder Heilmasseurinnen und Heilmasseure: eine nach der Berufsausbildung erworbene Fachausbildung in kompletter physikalischer Entstauungstherapie (KPE, welche definitionsgemäß Kenntnisse in manueller Lymphdrainage beinhaltet), entsprechend den Leitlinien und Empfehlungen der Fachgesellschaften

3.2.5 Zentrales und peripheres Nervensystem

Voraussetzungen und Indikationen

Eine Indikation zur Neurorehabilitation liegt bei Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen und Störungen des peripheren und zentralen Nervensystems vor. Dazu zählen auch neuromuskuläre Erkrankungen und Myopathien sowie die Folgetherapie bei Cochlea-Implantaten aufgrund hochgradiger Schwerhörigkeit. Bei Cochlea-Implantaten (CI) ist der Erwerb der kommunikativen Kompetenz zentral, das Hören muss aufgrund der neuen Höreindrücke wieder erlernt werden.

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

Fachärztliche Qualifikation

Fachärztin bzw. Facharzt für Neurologie

Fachärztin bzw. Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde (bei der Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit Cochlea-Implantaten)

Qualifikation von weiterem Personal

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

Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen und/oder Gesundheitspsychologinnen und Gesundheitspsychologen: Kenntnisse und Erfahrungen in der Neurorehabilitation/Neuropsychologie, anerkannte Ausbildung in Neuropsychologie obligat

Logopädinnen und Logopäden: beispielsweise Sprach- und Sprechtherapie, orofaciale Therapie, Therapie von Lese- und Schreibstörungen, Behandlungen von Schluckstörungen, Behandlung von Atem-/Stimmstörungen

Hörakustiker:innen, Gebärdendolmetscher:innen, Sozialarbeiter:innen, Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten: bei der Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit Cochlea-Implantaten

3.2.6 Onkologische Rehabilitation

Voraussetzungen und Indikationen

Eine Indikation zur Rehabilitation im Bereich bösartige Neubildungen liegt grundsätzlich bei Patientinnen und Patienten mit bösartigen Erkrankungen nach tumorkausaler Therapie bzw. zwischen tumorkausalen Therapien vor.

Operative Therapien und Strahlentherapien sollen abgeschlossen sein. Laufende Strahlentherapien stellen einen absoluten Ausschlussgrund für die onkologische Rehabilitation dar. Adjuvante und/oder palliative Therapien, z. B. Immuntherapien, die über längere Zeiträume verabreicht werden, stellen hingegen keine absolute Kontraindikation dar.

Es muss jedenfalls sichergestellt sein, dass sich die Patientin bzw. der Patient in einer stabilen Erkrankungsphase befindet und während des Rehabilitationsaufenthalts keine tumorkausale parenterale Therapie oder Blutproduktsupport notwendig ist.

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

- Tumorhistologie
- Tumorstadium/Klassifikation (z. B. TNM-System, WHO-Klassifikation)
- aktueller Krankheitsstatus
- Art, Umfang und Zielsetzung der Behandlung: kurativer/palliativer Ansatz, Operationsmethode, Bestrahlungsart und -dauer sowie Strahlendosis, Angaben über eine durchgeführte und laufende Systemtherapie (Therapieschema, -dauer, -häufigkeit, -nebenwirkungen und -komplikationen)

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

Fachärztliche Qualifikation

Fachärztin bzw. Facharzt für Innere Medizin, vorzugsweise mit Sonderfach Hämatologie und internistische Onkologie

Qualifikation von weiterem Personal

DGKP: Weiterbildung in Kontinenz- und Stomaberatung

Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen und/oder Gesundheitspsychologinnen und Gesundheitspsychologen: Kenntnisse in Psychoonkologie

3.2.7 Psychiatrische Rehabilitation

Voraussetzungen und Indikationen

Zielgruppen psychiatrischer Rehabilitation sind:

- Patientinnen und 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 aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung

Indikationen (nach ICD-10):

- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)
- 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 von Grundkrankheit und Schädigungen einschließlich eventuell vorliegender Begleiterkrankungen sollte so weit abgeschlossen sein und ausreichende Unterlagen sollten so weit vorliegen, dass der individuelle Rehabilitationsbedarf ermittelt werden kann 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 in Hinblick auf die allgemeine Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit genau zu bezeichnen. Behandelte bzw. in Behandlung befindliche Suchterkrankungen (Alkohol, substanzgebundene und sonstige Suchterkrankungen) stellen keine Kontraindikation dar.

Ziel der Therapie ist insbesondere der Auf- und Ausbau sozialer, emotionaler, spezieller und elementarer Fähigkeiten.

Fachärztliche Qualifikation

Fachärztin bzw. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin

Qualifikation von weiterem Personal

DGKP: Weiterbildung in Psychiatrie, wünschenswert mit Psychosomatik-Diplom

3.2.8 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
- postakute Infektionssyndrome (PAIS)

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

Fachärztliche Qualifikation

Fachärztin bzw. Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie

Qualifikation von weiterem Personal

Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten: Kenntnisse in Atemphysiotherapie

medizinisch-technischer Fachdienst (MTF): Lungenfunktionsanalyse

3.2.9 Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat

Voraussetzungen und Indikationen

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

- Diabetes mellitus
- Adipositas (Body-Mass-Index [BMI] > 30)
- metabolisches Syndrom
- andere Stoffwechselerkrankungen
- Hypoglykämien
- Hypophysenerkrankungen mit Hormonstörungen
- Morbus Addison
- Morbus Cushing
- Hypothyreose

- Hyperthyreose

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

- chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (CED) mit/ohne Komplikationen (z. B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)
- funktionale Darmbeschwerden
- Divertikelerkrankungen nach Entzündung
- Divertikelerkrankungen nach Operation
- chronische und postoperative Erkrankungen der Gallenwege
- Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse (postakut, chronisch, bei CED, nach einer OP, z. B. Whipple-OP, nach einer Transplantation)
- Erkrankungen der Leber (chronisch [Steatose, Fibrose, Zirrhose, Marasmus, infektiöse Hepatitis], Zustand nach Lebertransplantationen, Erkrankungen der Pfortader)
- Zustand nach bariatrischen Operationen
- Zustand nach komplexen gastroenterologischen Operationen
- Bauchwandhernien
- Zöliakie
- abdominelle Traumata verschiedener Ursachen
- Nierenerkrankungen (Zystennieren, posttraumatisch, Zustand nach Nierentransplantationen)
- Endometriose allgemein (vor geplanter OP, nach OP)

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

Fachärztliche Qualifikation

Fachärztin bzw. Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder Fachärztin bzw. Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie und Hepatologie

Qualifikation von weiterem Personal

DGKP: Weiterbildung in Stomaberatung und Diabetesberatung

3.2.10 Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen

Voraussetzungen und Indikationen

Eine Indikation zur unfallchirurgischen und neurochirurgischen Rehabilitation liegt bei Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen, Störungen und nach Traumen (inkl. Polytraumen) des peripheren und zentralen Nervensystems vor.

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

Fachärztliche Qualifikation

Fachärztin bzw. Facharzt für Neurologie oder Fachärztin bzw. Facharzt für Neurochirurgie oder Fachärztin bzw. Facharzt für Orthopädie und Traumatologie oder Fachärztin bzw. Facharzt für Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation oder Fachärztin bzw. Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie

50 Prozent Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Orthopädie und Traumatologie oder Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation oder Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Allgemeinmedizin, zusätzlich Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Neurologie bei traumatisch-neurologischem Schwerpunkt

Qualifikation von weiterem Personal

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

Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen und/oder Gesundheitspsychologinnen und Gesundheitspsychologen: Mindestens 50 Prozent müssen über Kenntnisse und Erfahrungen in der Neurorehabilitation/Neuropsychologie verfügen (wenn Schädel-Hirn-Traumata-Patientinnen und Schädel-Hirn-Traumata-Patienten behandelt werden).

3.2.11 Strukturqualitätskriterien in der stationären und ambulanten Erwachsenen-Rehabilitation der Phasen II und III – tabellarische Darstellung

Nachfolgend werden die Strukturqualitätskriterien der stationären und ambulanten Erwachsenen-Rehabilitation der Phasen II und III (UCNC ausschließlich Phase II) je Rehabilitations-Indikationsgruppe tabellarisch dargestellt.

Tabelle 2: Strukturqualitätskriterien in der stationären und ambulanten Erwachsenen-Rehabilitation der Phasen II und III (UCNC ausschließlich Phase II) je Rehabilitations-Indikationsgruppe

	BSR	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY	PUL	STV	UCNC ⁶
Berufsgruppen	Verfügbarkeit								
Ärztinnen/Ärzte	x	x	x	x	x	x	x	x	x
DGKP inkl. PFA und PA ¹	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten	x			x		x			x
Logopädinnen/Logopäden				x	x ²				x
Diätologinnen/Diätologen	x	x	x	x	x	x	x	x	x ³
Orthoptistinnen/Orthoptisten				x					x ⁷
Klinische Psychologinnen/Psychologen und/ oder Gesundheitspsychologinnen/-psychologen	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten	Einsatz dieser Berufsgruppen nach Bedarf und nach gesetzlicher Regelung								
medizinische Masseurinnen/Masseure und/oder Heilmasseurinnen/Heilmasseure									
medizinisch-technischer Fachdienst									
Trainingstherapeutinnen/Trainingstherapeuten									
Musiktherapeutinnen/Musiktherapeuten ⁵									
Sozialarbeiter:innen ⁵									
biomedizinische Analytiker:innen ⁴									
Radiologietechnologinnen/ Radiologietechnologen ⁴									
Hörakustiker:innen, Gebärdendolmetscher:innen ⁵									
Orthopädietechniker:innen, Bandagistinnen/ Bandagisten									
orthopädische Schuster:innen mit Pedobarografie									
Kreativtherapeutinnen/Kreativtherapeuten									
Klinische Linguistinnen/Linguisten									
Pädagoginnen/Pädagogen									
Sanitätshilfsdienst ¹									
Räumliche Ausstattung	Verfügbarkeit								
rollstuhlgängige und behindertengerechte Gestaltung der Gesamtanlage und der Räumlichkeiten inkl. Aufzug bei mehrstöckigen Gebäuden (Barrierefreiheit gemäß Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz i. d. g. F., stationär 80 % der Zimmer per Aufzug erschlossen)	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Notrufanlage in allen für Patientinnen/Patienten zugänglichen Räumlichkeiten (i. S. d. jeweiligen Krankenanstaltengesetzes z. B. Notrufschalter)	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Unterbringung von Patientinnen/Patienten in 1- bis 2-Bett-Zimmern mit jeweils eigener Nasszelle, höhenverstellbaren Betten nicht für die gesamte Einrichtung erforderlich ^{1, 5}	x	x	x	x	x	x	x	x	x
zentrale Sauerstoffversorgung (für Patientinnen/Patienten m. Langzeit-Sauerstofftherapie, LTOT) ¹							x		
Einzel- und Gruppentherapieräume für aktive und passive Therapie	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Untersuchungs- und Behandlungsräume ⁵	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Räume für Notfallbehandlung inkl. Notfallausrüstung	x	x	x	x	x	x	x	x	x

		BSR	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY	PUL	STV	UCNC ⁶
Räumliche Ausstattung	Räumliche Ausstattung	Verfügbarkeit								
	Räume für CI- und Hörgeräteanpassung ⁵				x					
	Räumlichkeit für Notfalllabor ^{1, 4}	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Schulungs- und Vortragsräume	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Umkleideräume für Patientinnen/Patienten	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Nasszellen und Sanitäranlagen für Patientinnen/Patienten	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Empfang mit Aufenthaltsbereich und Rezeption	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Leistungsangebot	Diagnostische Leistungen	Verfügbarkeit								
	allgemeinmedizinische und rehabilitationsspezifische ärztliche Diagnostik (inkl. ICD)	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	rehabilitationsbezogene fachärztliche Diagnostik	x		x		x	x	x	x	x
	sonstige (konsiliar)fachärztliche Diagnostik	x	x	x	x	x	x	x	x	x ⁷
	pflegerische Diagnostik ¹	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				x
	Zielvereinbarung hinsichtlich Aktivität und Partizipation	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Langzeitblutdruckmessung		x		x			x	x	x ⁷
	Elektrokardiogramm (EKG)	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Langzeit-EKG		x					x	x	x ⁷
	Ergometrie	x	x			x			x	x ⁷
	Spiroergometrie oder Ergometrie mit Blutgasmessung							x		
	Spirometrie		x			x				x
	Bodyplethysmografie							x		
	notfallmedizinische Diagnostik und Therapie (inkl. Notfalllabor ¹)	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	akutmedizinische Überwachungsmöglichkeit	x	x	x	x	x		x	x	x
	Krisenzimmer						x			
	Labordiagnostik	x	x	x	x	x	x	x	x	x ⁷
	konventionelle Röntgendiagnostik	x	x	x	x			x	x	x ⁷
	allgemeine Ultraschall Diagnostik		x	x	x	x		x	x	x ⁷
	indikationsspezifische Ultraschall Diagnostik	x	x	x	x			x	x	x ⁷
	Telemetrie (kardiopulmonal)		x							
	Sensibilitätstestung mit Monofilament								x	
	Vibrationstestung mit C128-Stimmgabel								x	
	Herzfrequenzvariabilität								x	
	Blutgasanalyse		x					x		
	Pulsoxymetrie		x			x		x		
	Kraftmessung	x			x	x		x	x	x
	Kraftmessung (Atemmuskelfraft)							x		
	Ganganalyse	x			x					x
	rehabilitationsrelevante elektroneurophysiologische Untersuchungen	x			x	x				x
	endoskopische Schluckdiagnostik				x					x ⁷
	Gesichtsfeldbestimmung				x					x ⁷
	H ₂ -Atemtest								x	
	Bioimpedanzanalyse			x					x	x
	Evaluierung der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL, IMBA/ELA)									x
	Austattung von Prothesenpassteilen									x

	BSR	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY	PUL	STV	UCNC ⁶
Therapeutische Leistungen	Verfügbarkeit								
Ärztliche Leistungen									
Therapieplanung u. -überwachung inkl. Dokumentation des gesamten Rehabilitationsprozesses	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Aktivierend-therapeutische pflegerische Leistungen¹									
Planung des Pflegeprozesses ¹	x	x	x	x	x	x	x	x	x
pflegerische Anleitung und Förderung, ganzheitliche und aktivierende Pflege ¹	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Case und Care Management (Entlassungsmanagement/Überleitungspflege) ¹	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Schulung ¹	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Wundmanagement ¹	x	x	x	x	x		x	x	x
Diabetesberatung und -schulung ¹			x					x	
Beratung und Anleitung pflegender Angehöriger ¹									x
Stomaversorgung und -anleitung ¹					x			x	x
Physiotherapie/Ergotherapie									
indikationsspezifische Bewegungstherapie – Einzel	x	x	x	x	x	x	x	x	x
indikationsspezifische Bewegungstherapie – Gruppe	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
Heilbehelf- und Hilfsmittelberatung									x
Unterwasserbewegungstherapie – Einzel ¹	x	x		x	x				x
Unterwasserbewegungstherapie – Gruppe ¹	x	x		x	x			x	x
Narbenbehandlung									x
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
ADL-Training	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Hilfsmittelherstellung (z. B. Rollstuhlhandschuhe etc.) in der Ergotherapie	x			x					x
alltagsorientiertes Training (z. B. Haushaltstraining)				x		x			x
Wahrnehmungstraining				x		x			x
arbeitsplatzbezogenes Training und Beratung (Erarbeitung von berufsspezifischen Funktionen)	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Rollstuhladaptation									x

Leistungsangebot

	BSR	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY	PUL	STV	UCNC ⁶
Therapeutische Leistungen	Verfügbarkeit								
Physiotherapie/Ergotherapie									
Wohnraumadaptierung – Beratung									x
Kreativtherapie			x	x	x	x		x	x
soziales Kompetenztraining						x			x
Atemphysiotherapie									
Atemphysiotherapie – Einzel			x				x		
Atemphysiotherapie – Gruppe		x	x		x		x		
Inhalation mit Gerät							x		
Langzeit-Sauerstofftherapie							x		
Therapie mit Atemhilfen							x		
nächtliche volumenkontrollierte/assistierte Beatmung							x		
Logopädie									
Logopädie – Einzel				x	x ²				x
Logopädie – Gruppe				x	x ²				x
Psychotherapie									
Psychotherapie – Einzel						x			
Psychotherapie – Gruppe						x			
Klinische und Gesundheitspsychologie									
klinisch-psychologisches Gespräch	x	x	x	x	x	x	x	x	x
kognitives Training				x					x
Entspannungsverfahren	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Biofeedback			x		x	x	x	x	
Schmerzbewältigung			x		x				x
lösungsorientierte themenspezifische Gruppenarbeit			x						
Ernährung									
Ernährungsberatung	x	x	x	x	x	x	x	x	x ¹
Lehrküche								x	
Elektrotherapie									
apparative Lymphdrainage			x						
Elektrotherapie	x		x	x	x		x		x
Niederfrequenzstromtherapie		x						x	
Mittelfrequenzstromtherapie		x						x	
Thermotherapie	x	x	x	x	x		x	x	x
Ultraschalltherapie	x	x		x				x	x
Lasertherapie								x	x
Hydrotherapie¹	x							x	x
Heilmassage									
klassische 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	
Orthoptische Therapie				x					x ⁷
Schulungen									
allgemeine und indikationsspezifische Patientenschulung – Einzel	x	x	x	x	x		x	x	x
allgemeine und indikationsspezifische Patientenschulung – Gruppe	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Leistungsangebot

		BSR	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY	PUL	STV	UCNC ⁶
Leistungsangebot	Therapeutische Leistungen	Verfügbarkeit								
	Schulungen									
	Initiierung von Nachsorgemaßnahmen	x	x	x	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
	diabetische Fußpflege								x	
	Blutdruckschulung		x	x		x				
	Orthopädie- und Rehabilitationstechnik									
	Heilbehelfszurichtung	x			x				x	x ⁷
	prothetische Versorgung, Kontrolle und Adaptierung	x			x					x ⁷
	orthopädische Schuhversorgung, Kontrolle und Adaptierung	x			x					x ⁷
	Rollstuhlversorgung, Kontrolle und Adaptierung	x			x					x ⁷
	Sonstige Therapieformen									
	kreative Therapien			x		x	x			x
	Musiktherapie			x	x	x	x		x	x
	Atemtherapie						x			
	Lichttherapie						x			
	Stoßwellentherapie									x
	Sozialberatung	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.									

¹ nur für stationäre Rehabilitation

² bei HNO-Tumoren

³ für ambulante Phase-II-Rehabilitation bei Bedarf

⁴ nur wenn Labor bzw. Röntgen in der Einrichtung verfügbar

⁵ Rehabilitation bei Cochlea-Implantaten: Einsatz von Hörakustikerinnen und -akustikern, Gebärdendolmetscherinnen und -dolmetschern, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern sowie Musiktherapeutinnen und -therapeuten möglich; entsprechende Patientenzimmerausstattung (Lichtklingel, schallisolierende Decken, Möglichkeit zum Hörtraining im Zimmer) erforderlich; in Untersuchungs- und Behandlungsräumen Ton- und Sprachaudiometrie erforderlich

⁶ Leistungen in der RIG UCNC sind grundsätzlich direkt in der Einrichtung zu erbringen, die entsprechende Struktur (z. B. Räumlichkeiten, Geräte, Personal) muss in der Einrichtung vorgehalten werden. Ausnahmen stellen jene Leistungen dar, die mit der Fußnote 7 gekennzeichnet sind. Diese Leistungen 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).

⁷ Leistungserbringung in Kooperation mit externen Anbietern auf Rechnung der Rehabilitationseinrichtung möglich (mit externem Personal vor Ort oder in den Räumlichkeiten des externen Anbieters)

Quelle und Darstellung: GÖG

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 die Angebotsstruktur relevant.

Rehabilitationsdauer

In der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation wird von einer bestimmten Aufenthaltsdauer je RIG-Cluster ausgegangen. Die Menge an Therapiezeit im Behandlungszeitraum sowie die Dauer des Behandlungszeitraums sind in den medizinischen Leistungsprofilen der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation festgelegt.

Mitaufnahme von Begleitpersonen

Eltern bzw. Bezugspersonen sollten möglichst 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 ist die Mitaufnahme einer Begleitperson für die Dauer des Rehabilitationsaufenthaltes meist notwendig. Unterbringungsmöglichkeiten für Begleitpersonen von Kindern sind daher vorzusehen. Darüber hinaus soll in Einzelfällen die Aufnahme von Geschwistern möglich sein (z. B. stillende Mutter).

Diese Möglichkeit der Mitaufnahme ist nicht als Familienrehabilitation zu verstehen.

Kind- und jugendgerechte Gestaltung der Reha-Maßnahmen

Die therapeutischen Abläufe müssen so gestaltet werden, dass sie den entwicklungsspezifischen 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 Jugendlichenbereich wünschenswert.

Freizeitangebot

Ein altersadäquates Freizeitangebot muss gewährleistet sein.

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. In deren Rahmen können den Jugendlichen berufliche Perspektiven gemäß ihren Fähigkeiten und Neigungen sowie ihrer medizinischen Eignung aufgezeigt werden.

3.3.2 Kontraindikationen der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation

Absolute Kontraindikationen

- akute Selbstgefährdung (akute Suizidalität) oder Fremdgefährdung
- akute oder dekompensierte Krankheitszustände, welche die Rehabilitationsfähigkeit ausschließen (z. B. schwere Einschränkung von Organsystemen)
- akute/floride/kontagiöse Infektionskrankheiten
- Beatmungspflicht, Ausnahme: etablierte Heimbeatmung

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 Antragsteller:in, Kostenträger, Rehabilitationseinrichtung und Dialysestation)
- ausgeprägte Immunschwäche
- nicht ausreichend behandelte substanzgebundene Suchterkrankungen
- Gravidität
- Malignome, wenn dadurch die Rehabilitationsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt wird
- laufende Therapien, welche die Rehabilitationsfähigkeit bzw. das Rehabilitationsverfahren wesentlich beeinträchtigen (z. B. tumorkausale Therapien)
- Träger:in von multiresistenten Erregern (z. B. MRSA, ESBL, MRGN mit verpflichtender Abstimmung der Rehabilitationseinrichtung mit dem oder der Zuweiser:in)

3.3.3 Mobilisierender Schwerpunkt

Der mobilisierende Schwerpunkt umfasst

- Erkrankungen, angeborene Fehlbildungen und Folgezustände nach Verletzungen des Stütz- und Bewegungsapparats (inklusive Verbrennungen, Verätzungen und Erfrierungen) sowie Rheumatologie – BSR,

- Folgezustände nach kinder- und jugenchirurgischen Eingriffen (exklusive HKE/PUL; ONK ist individuell zu prüfen) – KJC,
- Erkrankungen, angeborene Fehlbildungen und Folgezustände nach Verletzungen des zentralen und peripheren Nervensystems und Zustände nach neurochirurgischen Eingriffen (Phase C und D nach dem Phasenmodell der Neurorehabilitation und Neuropädiatrie) – NEU/NC.

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 Bewegungsapparats
- Zustand nach operativen Eingriffen am Stütz- und Bewegungsapparat inklusive Zustand nach Gliedmaßenamputation
- Verletzungsfolgen am Stütz- und Bewegungsapparat, Haut- und Weichteilverletzungen sowie Verletzungen von Körperhöhlen

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

Eine Indikation im Bereich des **zentralen und peripheren Nervensystems** und bei **Zuständen nach neurochirurgischen Eingriffen** liegt vor bei Kindern und Jugendlichen mit

- Schädigungen des zentralen Nervensystems,
- neuromuskulären Erkrankungen und
- Schädigungen peripherer Nerven.

Dazu zählt auch die Folgetherapie bei Cochlea-Implantaten aufgrund hochgradiger Schwerhörigkeit. Bei Cochlea-Implantaten ist der Erwerb der kommunikativen Kompetenz zentral, das Hören muss aufgrund der neuen Höreindrücke wieder erlernt werden.

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

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

Fachärztliche Qualifikation

Fachärztin bzw. Facharzt für Kinder und Jugendheilkunde, vorzugsweise mit Vorerfahrung in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, idealerweise im jeweiligen Fachgebiet

Fachärztin bzw. Facharzt für Neurologie und für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde (bei der Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit Cochlea-Implantaten, ggf. konsiliarisch)

Qualifikation von weiterem Personal

Hörakustiker:innen, Gebärdendolmetscher:innen, Sozialarbeiter:innen, Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten: bei der Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit Cochlea-Implantaten

3.3.4 Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Atmungsorgane

Der Fachbereich Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Atmungsorgane umfasst

- Erkrankungen, angeborene Fehlbildungen und Störungen des Herz-Kreislauf-Systems (inklusive Mitbeteiligung bei systemischen Erkrankungen) – HKE,
- Erkrankungen, angeborene Fehlbildungen und Störungen der Atmungsorgane (inklusive Mitbeteiligung bei systemischen Erkrankungen, z. B. zystische Fibrose) – PUL.

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

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
- postakute Infektionssyndrome (PAIS)

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

Fachärztliche Qualifikation

Fachärztin bzw. Facharzt für Kinder und Jugendheilkunde, vorzugsweise mit Vorerfahrung in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, idealerweise im jeweiligen Fachgebiet

3.3.5 Onkologische Rehabilitation sowie Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat

Der Fachbereich onkologische Rehabilitation sowie Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat umfasst

- hämatologische und onkologische Erkrankungen sowie sonstige Neubildungen (inklusive Zustand nach Stammzelltransplantation) – ONK,
- familienorientierte Rehabilitation bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen – FOR,
- endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen sowie Erkrankungen des Verdauungstrakts (exklusive zystischer Fibrose) – STV.

Voraussetzungen und Indikationen

Eine Indikation im Bereich **onkologische Rehabilitation** liegt grundsätzlich bei Kindern und Jugendlichen mit folgenden Erkrankungen vor:

- Neubildungen (ICD-10-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 Patientinnen und Patienten mit hämato-onkologischen Erkrankungen sind:

- stabile kardiorespiratorische Situation
- Transfusionsunabhängigkeit
- orale Medikamenteneinnahme sichergestellt
- keine ansteckenden Erkrankungen
- stabile Knochenmarkfunktion nach Stammzelltransplantation

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

- Tumorhistologie
- Tumorstadium/Klassifikation (z. B. TNM-System, WHO-Klassifikation)
- aktueller Krankheitsstatus (Art, Umfang und Zielsetzung der Behandlung: kurativer/palliativer Ansatz; Operationsmethode; Bestrahlungsart und -dauer sowie Strahlendosis; Angaben

über eine durchgeführte und laufende Systemtherapie wie Therapieschema, Therapiedauer, Therapiehäufigkeit, Therapienebenwirkungen und Therapiekomplikationen)

Die medizinische Diagnose von Grundkrankheit und Schädigungen einschließlich eventuell vorliegender Begleiterkrankungen und die erkrankungsspezifische invasive Therapie (chirurgisch, Strahlen-/Chemotherapie, Stammzelltransplantation, andere Zelltherapie) sollten so weit abgeschlossen sein und ausreichende Unterlagen so weit vorliegen, dass der individuelle Rehabilitationsbedarf ermittelt werden kann und die Rehabilitationsziele festgelegt werden können.

Familienorientierte Rehabilitation in der onkologischen Rehabilitation (FOR)

Als wesentliche *Einschlusskriterien* für eine familienorientierte Rehabilitation gelten die Lebensbedrohung durch eine hämatologische Erkrankung sowie die durchgeführte stationäre Krankenhausbehandlung eines Kindes. 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 entwicklungsspezifischen 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.

Rehabilitationsziele der FOR sind

- Erkennung von medizinischen und psychosomatischen Symptomen oder Störungen bei Familienangehörigen, die im Zusammenhang mit der Erkrankung der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden stehen,
- Abbau von Verhaltensstörungen bei Familienangehörigen,
- Motivation für eine weiterführende (ambulante) Behandlung,
- Stabilisierung des Familiensystems und
- Stärkung der Integration in ein soziales Netz nach krankheitsbedingter Isolation.

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 eine 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.

Fachärztliche Qualifikation

Fachärztin bzw. Facharzt für Kinder und Jugendheilkunde, vorzugsweise mit Vorerfahrung in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, idealerweise im jeweiligen Fachgebiet

3.3.6 Mental Health

Der Fachbereich Mental Health umfasst

- die kinder- und jugendpsychiatrische Rehabilitation – KJP,
- die Entwicklungs- und Sozialpädiatrie sowie pädiatrische Psychosomatik – ESP.

Rehabilitation im Mental-Health-Bereich wird entsprechend dem Primärversorgungsbereich durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie, teilweise auch durch die Pädiatrie in Form der Entwicklungs- und Sozialpädiatrie abgedeckt. Kinder- und jugendpsychiatrische Rehabilitation wird in der Regel im Sinne einer sozialpsychiatrischen/psychosozialen Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter verstanden. 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 Rehabilitationsziels wird an die dynamischen Faktoren des Entwicklungsalters angepasst. 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.

Voraussetzungen und Indikationen

- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)
- Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2)
- Affektive Störungen (F3)
- Neurotische, belastungs- und somatoforme Störungen (F4)
- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5)
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)
- Entwicklungsstörungen (insbes. kombinierte Entwicklungsstörungen; Autismus) (F8)
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9)

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

Die medizinische Diagnose von Grundkrankheit und Schädigungen einschließlich eventuell vorliegender Begleiterkrankungen sollte so weit abgeschlossen sein und ausreichende Unterlagen sollten so weit vorliegen, dass der individuelle Rehabilitationsbedarf ermittelt werden kann 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 in Hinblick auf die allgemeine Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit genau zu bezeichnen. Behandelte bzw. in Behandlung befindliche Suchterkrankungen (Alkohol, substanzgebundene und sonstige Suchterkrankungen) stellen keine Kontraindikation dar.

Ziel der Therapie ist insbesondere der Auf- und Ausbau sozialer, emotionaler, spezieller und elementarer Fähigkeiten.

Fachärztliche Qualifikation

Fachärztin bzw. Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde und Fachärztin bzw. Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, vorzugsweise mit Vorerfahrung in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

3.3.7 Strukturqualitätskriterien in der stationären Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation – tabellarische Darstellung

Nachfolgend werden die Strukturqualitätskriterien der stationären Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation je Rehabilitations-Indikationsgruppen-Cluster tabellarisch dargestellt.

Tabelle 3: Strukturqualitätskriterien in der stationären Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation je Rehabilitations-Indikationsgruppen-Cluster

		MOB	HKE/PUL	ONK/STV	MH
Personelle Ausstattung	Berufsgruppen	Verfügbarkeit			
	Ärztinnen/Ärzte	x	x	x	x
	DKKP inkl. DGKP, PFA und PA (max. 20 % PFA/PA) ¹	x	x	x	x
	Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten (max. 10 % MTF), Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten und Logopädinnen/Logopäden ¹	x	x	x	x
	Diätologinnen/Diätologen	x	x	x	x
	Orthoptistinnen/Orthoptisten	x			
	Klinische Psychologinnen/Psychologen und Gesundheitspsychologinnen/Gesundheitspsychologen				x
	Klinische Psychologinnen/Psychologen und Gesundheitspsychologinnen/Gesundheitspsychologen und/oder Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten	x	x	x	
	Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten				x
	medizinische Masseurinnen/Masseure oder Heilmasseurinnen/Heilmasseure	x	x	x	x
	Sozialarbeiter:innen ³	x	x	x	x
	medizinisch-technischer Fachdienst	Einsatz dieser Berufsgruppen nach Bedarf und nach gesetzlicher Regelung			
	Trainingstherapeutinnen/Trainingstherapeuten				
	Musiktherapeutinnen/Musiktherapeuten ³				
	biomedizinische Analytiker:innen ²				
	Radiologietechnologinnen/Radiologietechnologen ²				
	Hörakustiker:innen, Gebärdendolmetscher:innen ³				
	Orthopädietechniker:innen				
	Kunst-, Kreativ- und Körpertherapeutinnen / Kunst-, Kreativ- und Körpertherapeuten				
	Orthopädietechniker:innen				
	Pädagoginnen/Pädagogen, Kindergärtner:innen				
	akademische Pädagoginnen/Pädagogen (z. B. Heil- und Sonderpädagoginnen / Heil- und Sonderpädagogen)				
Räumliche Ausstattung	Räumliche Ausstattung	Verfügbarkeit			
	rollstuhlgängige und behindertengerechte Gestaltung der Gesamtanlage und der Räumlichkeiten inkl. Aufzug bei mehrstöckigen Gebäuden	x	x	x	x
	Notrufanlage in allen für Patientinnen/Patienten zugänglichen Räumlichkeiten (i. S. d. jeweiligen Krankenanstaltengesetzes, z. B. Notrufschalter)	x	x	x	x
	altersgerechte und familiengerechte Ausstattung der Patientenzimmer	x	x	x	x
	Unterbringung von Kindern in Einheiten gemeinsam mit Begleitpersonen – ausgestattet mit höhenverstellbaren Betten sowie Nasszellen und Sanitäranlagen ^{3, 4}	x	x	x	x
	Unterbringung von Kindern in Familieneinheiten oder gemeinsam mit Begleitpersonen – ausgestattet mit höhenverstellbaren Betten sowie Nasszellen und Sanitäranlagen sowie einer Einrichtung zur Zubereitung von Säuglings-/Kleinkindernahrung ^{3, 4, 5}			x	
	Unterbringung von Jugendlichen in 1- bis 2-Bett-Zimmern mit höhenverstellbaren Betten inkl. Nasszellen und Sanitäranlagen ³	x	x	x	x
	Einzel- und Gruppentherapieräume für aktive und passive Therapie	x	x	x	x

		MOB	HKE/PUL	ONK/STV	MH
Räumliche Ausstattung	Räumliche Ausstattung	Verfügbarkeit			
	Räumlichkeiten für Bewegungs- und medizinische Trainings- therapie inkl. Geräten und Utensilien	x	x	x	x
	Räumlichkeiten für Ausdauer-/Krafttraining mit entsprechen- der Geräteausrüstung	x	x	x	x
	Untersuchungs- und Behandlungsräume	x	x	x	x
	Raum für Notfallbehandlung inkl. Notfallausrüstung	x	x	x	x
	Räume für CI- und Hörgeräteanpassung ³	x			
	Räumlichkeit für Notfall-Labor ²	x	x	x	x
	Räumlichkeiten für Pflegemaßnahmen	x	x	x	x
	Ausstattung für Lokomotionstherapie	x			
	Schulungs- und Vortragsräume	x	x	x	x
	Bewegungsbecken	x	x	x	x
	Turnsaal	x	x	x	x
	Kindergartenräumlichkeiten	x	x	x	x
	Schulzimmer	x	x	x	x
	Räumlichkeiten für ADL-Training inkl. Lehrküche ⁶	x	x	x	x
	schallisolierter Raum für Musiziermöglichkeiten (nach Möglichkeit im Jugendbereich)	x	x	x	x
	zwei Schlechtwetterräume oder Indoorspielzimmer	x	x	x	x
	Nasszellen und Sanitäranlagen für Patientinnen/Patienten	x	x	x	x
	Empfang mit Aufenthaltsbereich und Rezeption	x	x	x	x
	Außenbereich: Spiel-/Klettergeräte, Ballspielplätze, zwei Spielwiesen bzw. eine Spielwiese und ein Hartplatz	x	x	x	x
	Orthopädiewerkstätte	x			
Leistungsangebot	Diagnostische Leistungen	Verfügbarkeit			
	allgemeinmedizinische und rehabilitationsspezifische ärztliche Diagnostik (inkl. ICD)	x	x	x	x
	rehabilitationsbezogene fachärztliche Diagnostik	x	x	x	x
	sonstige (konsiliar)fachärztliche Diagnostik	x	x	x	x
	pflegerische Diagnostik	x	x	x	x
	Schluckdiagnostik	x			
	allgemeine psychologische Diagnostik	x	x	x	x
	neuropsychologische Diagnostik	x			
	neurophysiologische Diagnostik	x			
	logopädische Diagnostik	x		x	x
	orthoptische Diagnostik	x			
	Zielvereinbarung hinsichtlich Aktivität und Partizipation	x	x	x	x
	Langzeitblutdruckmessung		x		
	Elektrokardiogramm (EKG)	x	x	x	x
	Ergometrie	x	x	x	
	notfallmedizinische Diagnostik und Therapie (inkl. Notfall- Labor und Überwachungsmöglichkeit)	x	x	x	x
	Labordiagnostik	x	x	x	x
	konventionelle Röntgendiagnostik	x	x	x	x
	allgemeine Ultraschall Diagnostik	x	x	x	
	indikationsspezifische physiotherapeutische Diagnostik	x	x	x	x
	indikationsspezifische ergotherapeutische Diagnostik	x	x	x	x
	allgemeine psychologische Diagnostik	x	x	x	
	allgemeine und indikationsspezifische psychologische Diagnostik				x

		MOB	HKE/PUL	ONK/STV	MH
Leistungsangebot	Diagnostische Leistungen	Verfügbarkeit			
	Erfassung von Risikofaktoren	x	x	x	x
	Echokardiografie		x ⁷		
	Lungenfunktion	x	x ⁸		
	Elektroenzephalografie (EEG)	x			
	Ganganalyse	x			
	Ruheblutdruck	x	x		
	indikationsspezifische und allgemeine Routinelabordiagnostik	x	x	x	x
	Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit	x	x	x	x
	Therapeutische Leistungen	Verfügbarkeit			
	Ärztliche Leistungen				
	Therapieplanung und -überwachung inkl. Dokumentation des gesamten Rehabilitationsprozesses	x	x	x	x
	spezifische ärztliche therapeutische Leistungen	x	x	x	x
	medikamentöse Therapie	x	x	x	x
	Aktivierend-therapeutische pflegerische Leistungen				
	Planung des Pflegeprozesses	x	x	x	x
	pflegerische Anleitung und Förderung, ganzheitliche und aktivierende Pflege	x	x	x	x
	Medikamentenmanagement	x	x	x	x
	Wundmanagement	x	x	x	x
	Beratung und Anleitung pflegender Angehöriger	x	x	x	x
	Physiotherapie/Ergotherapie				
	indikationsspezifische Bewegungstherapie – Einzel	x	x	x	x
	indikationsspezifische Bewegungstherapie – Gruppe	x	x	x	x
	indikationsspezifisches Ausdauertraining	x	x	x	x
	Krafttraining – Einzel	x	x	x	x
	Krafttraining – Gruppe	x	x	x	x
	Unterwasserbewegungstherapie – Einzel	x	x	x	x
	Unterwasserbewegungstherapie – Gruppe	x	x	x	x
	Schwimmen – Gruppe	x	x	x	x
	Ergotherapie – Einzel	x		x	x
	Ergotherapie – Gruppe	x		x	x
	Prothesentraining	x			
	Sensomotoriktraining	x	x	x	x
	Training der kognitiven Fertigkeiten	x	x	x	x
	Schienenbehandlung	x			
	ADL-Training	x		x	x
	Heilbehelf- und Hilfsmittelberatung	x	x	x	x
	alltagsorientiertes Training (z. B. Haushaltstraining)	x		x	x
	Kreativtherapie	x		x	x
	Atemphysiotherapie				
	Atemphysiotherapie – Einzel		x		
	Atemphysiotherapie – Gruppe		x		
	Inhalation mit Gerät		x		
	Logopädie				
	Sprach- und Sprechtherapie	x	x	x	x
	Behandlung von Schluckstörungen	x	x	x	x
	Psychotherapie				
	Psychotherapie – Einzel	x		x	x
	Psychotherapie – Gruppe	x		x	x

		MOB	HKE/PUL	ONK/STV	MH
Leistungsangebot	Therapeutische Leistungen	Verfügbarkeit			
	Klinische und Gesundheitspsychologie				
	klinisch-psychologisches Gespräch	x	x	x	x
	gesundheitspsychologische Beratung – Gruppe	x	x	x	x
	neuropsychologisches Training	x			
	Biofeedback	x	x	x	x
	Entspannungsverfahren – Gruppe	x	x	x	x
	Ernährung				
	Ernährungsberatung – Einzel	x	x	x	x
	Ernährungsschulung – Gruppe	x	x	x	x
	Lehrküche			x	x
	Heilmassage				
	klassische Massage	x	x	x	x
	Lymphdrainage	x		x	
	Orthoptische Therapie	x			
	Schulungen				
	allgemeine und indikationsspezifische Patientenschulung – Einzel	x	x	x	x
	allgemeine und indikationsspezifische Patientenschulung – Gruppe	x	x	x	x
	Initiierung von Nachsorgemaßnahmen	x	x	x	x
	Angehörigenberatung/-schulung	x	x	x	x
	Arbeitsplatz- und Schulberatung	x	x	x	x
	Orthopädie- und Rehabilitationstechnik				
	Heilbehelfs- und Hilfsmittelzurichtung	x			
	prothetische Versorgung, Kontrolle und Adaptierung	x			
	orthopädische Schuhversorgung, Kontrolle und Adaptierung	x			
	Sonstige Therapieformen				
	ausdruckstherapeutische Verfahren (z. B. Kunst-, Mal-, Musik-, Tanztherapie)	x	x	x	x
	Pädagogik				
	Kindergartenpädagogik	x	x	x	x
	altersgerechtes Schulangebot	x	x	x	x

¹ Alle Berufsgruppen müssen vertreten sein.

² nur wenn Labor bzw. Röntgen in der Einrichtung verfügbar

³ Rehabilitation bei Cochlea-Implantaten: Einsatz von Hörakustikerinnen und -akustikern, Gebärdendolmetscherinnen und -dolmetschern, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern sowie Musiktherapeutinnen und -therapeuten möglich; entsprechende Patientenzimmerausstattung (Lichtklingel, schallisolierende Decken, Möglichkeit zum Hörtraining im Zimmer) erforderlich; in Untersuchungs- und Behandlungsräumen Ton- und Sprachaudiometrie erforderlich

⁴ räumliche Trennung Kinder/Begleitpersonen muss zumindest in einem Teil der Zimmer möglich sein; höhenverstellbare Betten nach dem jeweiligen Krankenanstaltenrecht im zulässigen, bedarfsgerechten Ausmaß

⁵ ausschließlich für FOR in der RIG ONK vorzusehen

⁶ Lehrküche nur in den RIG-Clustern STV/ONK und MH

⁷ nur in der RIG HKE

⁸ nur in der RIG PUL

Quelle und Darstellung: GÖG

4 Rehabilitation von Erwachsenen

4.1 Methodische Vorgangsweise

Die methodische Vorgangsweise bei der Datenerhebung und den durchzuführenden Leistungen wurde in enger Abstimmung mit dem DVSV 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 Phasen II und III und Darstellung der im Jahr 2023 durchgeführten und mit SV-Trägern abgerechneten bzw. im Jahr 2025 von SV-Trägern zugesagten ambulanten Rehabilitationsverfahren pro Jahr sowie der sanitätsbehördlich bewilligten bzw. beantragten ambulanten Rehabilitationsverfahren nach Rehabilitations-Indikationsgruppen
- Abschätzung des **Versorgungsbedarfs** in der Erwachsenen-Rehabilitation in den jeweiligen Rehabilitations-Indikationsgruppen für den Planungshorizont 2030 unter Berücksichtigung des Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehens sowie des Krankheitsgeschehens

Gegenübergestellt wird der Ist-Stand 2025 und der Soll-Stand 2030 an stationären und ambulanten Phase-II- und Phase-III-Kapazitäten, differenziert nach Rehabilitations-Indikationsgruppen bundesweit (stationär und ambulant Phasen II und III) sowie nach Eignungsstandorten (ambulant Phasen II und III).

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 2019 bis 2023 vom DVSV übermittelt. Die Daten für die Jahre 2003 bis 2018 lagen bereits im Zuge der Arbeiten zu früheren Rehabilitationsplänen vor und konnten herangezogen 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- und Jugendlichen-Rehabilitation bzw. in der ambulanten medizinischen Rehabilitation zwischen Phase II und Phase III und generell nach Rehabilitations-Indikationsgruppen unterschieden.

Erhebungsblatt zur ambulanten Rehabilitation von Erwachsenen

Dieses Erhebungsblatt, das von den einzelnen SVT ausgefüllt wurde, gliedert sich in zwei Abschnitte: ambulante Phase-II-Rehabilitation (Abschnitt I) und ambulante Phase-III-Rehabilitation (Abschnitt II). Anstatt einer Schätzung der zukünftigen Anteile der ambulanten Phase-II- und Phase-III-Rehabilitation aus medizinischer Sicht und unter Annahme eines bedarfsadäquat voll ausgebauten ambulanten Rehabilitationsangebots wurde das Bundesland Wien als Ausgangsbasis bzw. idealtypische Modellregion herangezogen. In Wien ist bereits ein weitgehender Ausbau des ambulanten Versorgungsangebots erreicht und die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer ambulanten Rehabilitation aufgrund der günstigen Erreichbarkeit ist grundsätzlich für die Wiener Wohnbevölkerung gegeben.

In **Abschnitt I** wurde von den SVT für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Hauptwohnsitz in Wien der Prozentanteil ambulanter Phase-II-Rehabilitationsverfahren an allen Phase-II-Rehabilitationsverfahren (stationär und ambulant) für das Datenjahr 2023, gegliedert nach Rehabilitations-Indikationsgruppen, angegeben.

In **Abschnitt II** wurden die SVT ersucht, für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Hauptwohnsitz in Wien den Prozentanteil ambulanter Phase-III-Rehabilitationsverfahren nach einem Phase-II-Rehabilitationsverfahren (stationär oder ambulant) für das Datenjahr 2023, gegliedert nach Rehabilitations-Indikationsgruppen anzugeben.

Erhebungsblatt zu qualitativen Informationen

Dieses Erhebungsblatt, das ebenfalls von den einzelnen SVT ausgefüllt wurde, gliedert sich in zwei Abschnitte: qualitative Informationen zur Erwachsenen-Rehabilitation (stationär und ambulant Phase II) (Abschnitt I) und qualitative Informationen zur Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation (stationär) (Abschnitt II), siehe Kapitel 5.1.

Abschnitt I beinhaltet Fragen zur Wartezeit von der Bewilligung bis zum Antritt des Rehabilitationsverfahrens, zum Anteil nicht angetretener Rehabilitationsverfahren an allen bewilligten Rehabilitationsverfahren sowie zur Einschätzung der Nachfrage in der stationären und ambulanten Phase-II-Rehabilitation für Erwachsene.

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 all 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 (BMASGPK) zu übermitteln und werden von diesem der GÖG 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, welcher SVT welche Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aus welchem Wohnort welchen Alters und Geschlechts mit welchen Indikationsstellungen in welche Rehabilitationseinrichtungen einweist. Durch Einbeziehen der DLD in die Bestandsanalyse können zumindest Aussagen über die Anzahl der de facto in jeder einzelnen stationären Rehabilitationseinrichtung versorgten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nach Wohnort, Alter, Geschlecht und Indikationsstellung getroffen werden.

Bedarfsplanung mittels Prognosemodell und Simulationstool

Die **Bedarfsplanung** (inkl. der Erstellung eines **Prognosemodells** und eines **Simulationstools**) ermöglicht die Berücksichtigung verschiedener Aspekte (zur genaueren Beschreibung vgl. Kapitel 4.4). Im Rahmen modellierter Bedarfsschätzungen wurde einerseits die Entwicklung des Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehens (mit einer Zeitreihe von 2003 bis 2023) herangezogen, andererseits auch die Entwicklung wichtiger Einflussgrößen wie Demografie und akut-stationäres Versorgungsgeschehen. Mittels eines eigens für den Planungsprozess erstellten Simulationstools fanden 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 2003–2023 sowie kleinräumige Bevölkerungsprognose 2024–2030, GeoAtlas Distance (Quellen: Statistik Austria, Österreichische Raumordnungskonferenz, GeoMagis GmbH, GÖG)
- Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2003–2023 (Programmpakete KDok bzw. XDok, Quelle: BMASGPK)
- Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsdaten der einzelnen SVT für die Jahre 2003 bis 2023 (Quellen: Rehabilitationsplan 2020, DVSV, Erhebungen bei den SVT)
- Rehabilitationsplan 2020 (Quelle: GÖ FP, im Auftrag des DVSV)
- Verzeichnis der selbstständigen Ambulatorien in Österreich (Quelle: www.sozialministerium.at)
- Daten zu Prozentanteilen in der ambulanten Phase-II- und Phase-III-Rehabilitation für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Hauptwohnsitz Wien (Quelle: Erhebung bei den SVT)

- Informationen zur Einschätzung der stationären und ambulanten (Phase II) Nachfrage im Rehabilitationsbereich für Erwachsene (Quelle: Erhebung bei den SVT)
- ergänzende Informationen zum Ist-Stand der stationären und ambulanten Kapazitäten der SV-eigenen Einrichtungen und der Vertragspartner-Einrichtungen laut Österreichischem Rehabilitationskompass (Quelle: www.rehakompass.at) bzw. laut Rehabilitations-Evidenz

4.3 Bestandsanalyse

4.3.1 Grundlagen

Projektgegenstand des Rehabilitationsplans 2025 sind die stationären und ambulanten Kapazitäten der Phasen II und III 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 2025.

In die stationäre Bestandsanalyse einbezogen werden in diesem Sinne 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 BMASGPK übermittelt. Bis auf wenige Ausnahmen (z. B. jene SKA, die erst vor wenigen Monaten eröffnet wurden, bzw. Rehabilitationseinrichtungen, die als selbstständige Ambulatorien mit angeschlossenem Beherbergungsbetrieb geführt und von den SVT beschickt werden) liegen beim BMASGPK diese beiden Datengrundlagen somit auch für alle SKA, die vorwiegend der Rehabilitation dienen, vor. Diese werden alljährlich an die GÖG übermittelt und hier in das „Österreichische Gesundheitssystem (ÖGIS)“ integriert.

Mit dem Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024 (BGBl. I Nr. 191/2023) und der novellierten Gesundheitsdokumentationsverordnung (BGBl. II Nr. 367/2024) wurde u. a. die ambulante Dokumentation neu geregelt und eine verpflichtend zu codierende Diagnosendokumentation für den gesamten ambulanten Bereich normiert. Für den extramuralen ambulanten Bereich werden Datenmeldungen erstmals mit dem Berichtsjahr 2026 erwartet, weshalb zum Zeitpunkt der Erstellung des Rehabilitationsplans 2025 noch keine flächendeckenden Daten zu diesen Einrichtungen verfügbar waren.

Seitens des BMASGPK 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 BMASGPK 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 Grundlagen sowie der Einträge im Österreichischen Rehabilitationskompass (ÖRK 2025) und in der Rehabilitations-Evidenz wurde eine Auflistung der in die Projektarbeiten einzubeziehenden Einrichtungen erstellt und mit dem Projektbeirat abgestimmt.

Die Auflistungen wurden für die stationäre und ambulante Erwachsenen-Rehabilitation der Phasen II und III erstellt (vgl. Tabellen 1 bis 3 im Tabellenanhang). Eine kartografische Darstellung aller relevanten Rehabilitationseinrichtungen ist dem Anhang zu entnehmen (vgl. Karten 1 bis 3 im Kartenanhang).

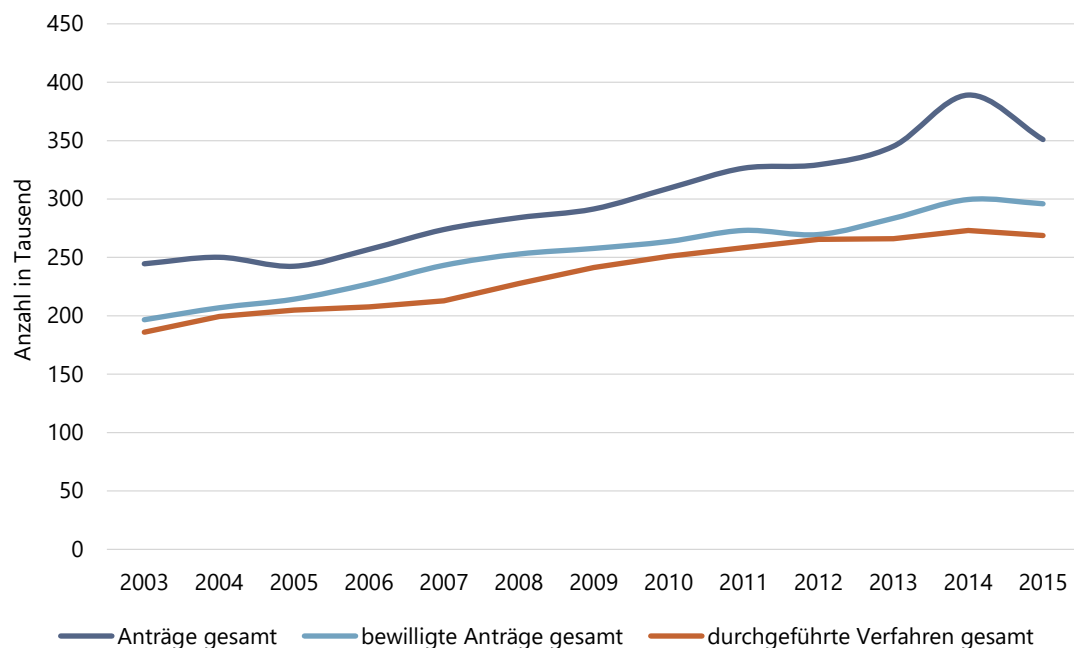
4.3.2 Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen

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 5 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 Kostenzuschüsse) für die Jahre 2003 bis 2015.

Ab dem Datenjahr 2016 wurden die Erhebungskriterien erweitert und das Erhebungsformular wurde 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 6 im Tabellenanhang enthält die Anzahl der bewilligten Anträge sowie die Anzahl der durchgeführten Verfahren (stationär, ambulant Phasen II und III) je Rehabilitations-Indikationsgruppe für die Jahre 2016 bis 2023.

Die Gesamtzahl der jährlichen Anträge auf **alle Heilverfahren** stieg zwischen 2003 und 2015 von rund 244.500 auf rund 351.000 an, wobei nach einem Höchststand im Jahr 2014 die Zahl der Anträge im Jahr 2015 wieder deutlich zurückging. 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 2 sowie Tabelle 5 im Tabellenanhang).

Abbildung 2: Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen (alle Heilverfahren) 2003–2015



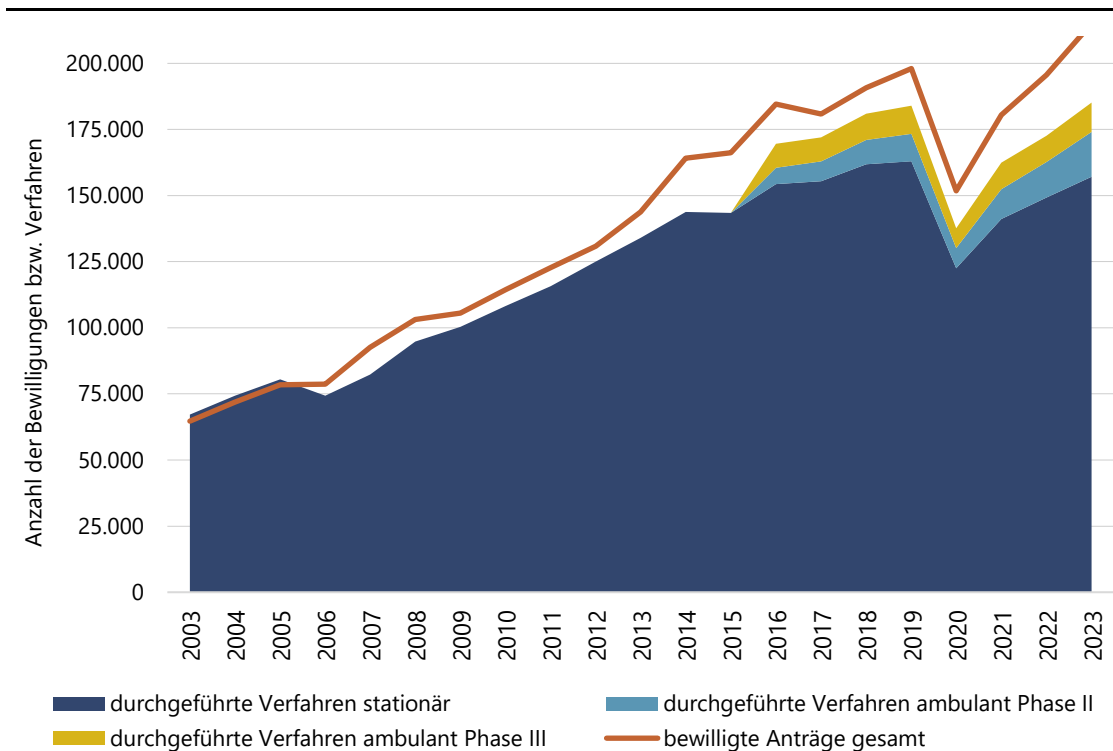
Quelle: DVS – Erhebungen zum Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen bei den SVT 2003–2015; Berechnung und Darstellung: GÖG

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 (vgl. Tabelle 5 im Tabellenanhang).

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

In Abbildung 3 ist die Entwicklung der bewilligten und der durchgeführten Verfahren der medizinischen Rehabilitation für Erwachsene in den Jahren 2003 bis 2023 dargestellt, wobei die durchgeführten ambulanten Rehabilitationsverfahren der Phasen II und III erst ab dem Jahr 2016 in den Datengrundlagen enthalten sind (vgl. Tabellen 5 und 6 im Tabellenanhang).

Abbildung 3: Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen (medizinische Rehabilitation) 2003–2023



Quelle: DVS – Erhebungen zum Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen bei den SVT 2003–2023; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 3 zeigt im Zeitraum 2003 bis 2019 sowohl bei den **Bewilligungen** als auch bei den **durchgeführten Verfahren** einen Anstieg, gefolgt von einem deutlichen, pandemiebedingten Rückgang im Jahr 2020 und einem anschließenden kontinuierlichen Anstieg ab dem Jahr 2021. Die Relation der durchgeführten Verfahren (gesamt) zu den Bewilligungen (gesamt) zeigt eine sinkende Tendenz, mit einem Tiefststand von rund 86 Prozent im Jahr 2023.

Ab dem Datenjahr 2016 sind die durchgeführten ambulanten Rehabilitationsverfahren der Phasen II und III in den Datengrundlagen enthalten. In diesem Zeitraum ist der Anteil der ambulanten Verfahren an allen durchgeführten Verfahren kontinuierlich gestiegen und lag 2023 bei rund 15 Prozent. Die durchgeführten ambulanten Rehabilitationsverfahren der Phase II sind von rund 6.300 Verfahren im Jahr 2016 auf rund 17.000 Verfahren im Jahr 2023 gestiegen (+170 Prozent), während die Anzahl der durchgeführten ambulanten Rehabilitationsverfahren der Phase III in diesem Zeitraum von rund 9.100 auf rund 11.100 Verfahren (+22 Prozent) gestiegen ist.

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 2025 nicht in Betrieb waren, aber bereits über eine SV-Vertragszusage verfügten, sind ebenfalls berücksichtigt (vgl. rote Schrift in Tabelle 1 im Tabellenanhang). Ergänzend wird angegeben, ob es sich bei der jeweiligen Einrichtung um eine SV-eigene Einrichtung oder um eine Vertragspartner-Einrichtung (VP) handelt.

Versorgungswirksam sind gemäß den krankenanstaltenrechtlichen Vorgaben jene Kapazitäten, die durch öffentliche, private gemeinnützige oder sonstige bettenführende Krankenanstalten mit entsprechenden Verträgen mit SVT bzw. durch die SVT in ihren eigenen Einrichtungen abgedeckt werden (maximal bis zur Höhe der sanitätsbehördlich bewilligten Kapazitäten). Diese Kapazitäten werden im Rehabilitationsplan 2025 als **vertragliche Betten** bezeichnet.

Mit Stand Ende Mai 2025 gab es in Österreich insgesamt 80 stationäre Rehabilitationseinrichtungen für Erwachsene mit insgesamt **11.306** sanitätsbehördlich bewilligten Betten und **11.409** vertraglichen Betten. Die Differenz zwischen den sanitätsbehördlich bewilligten Betten und den vertraglichen Betten resultiert primär daraus, dass nicht in allen Bescheiden Gesamtkapazitäten bzw. Kapazitäten je RIG festgelegt wurden (vgl. Tabelle 1 im Tabellenanhang).

Die Inanspruchnahme der stationären Rehabilitationseinrichtungen durch Einwohner:innen bzw. deren regionale Versorgungswirkung kann über die kartografische Analyse der tatsächlichen Einzugsbereiche differenziert nach RIG im Jahr 2023 charakterisiert werden (vgl. Karten 5 bis 13 im Kartenanhang).

Pilotprojekt „Teilstationäre Phase-II-Rehabilitation“

Für stationäre Rehabilitationseinrichtungen soll im Rahmen eines Pilotprojekts die Möglichkeit bestehen, das stationäre Leistungsangebot für Patientinnen und Patienten aus der Umgebung der jeweiligen Piloteinrichtung ohne Übernachtung anzubieten. „Teilstationäre“ Patientinnen und Patienten erhalten wie „vollstationäre“ Patientinnen und Patienten – Leistungen gemäß dem medizinischen Leistungsprofil der stationären Rehabilitation der jeweiligen RIG, werden in der Rehabilitationseinrichtung entsprechend gepflegt und es stehen ihnen Umkleide-, Sanitär- und Ruheräumlichkeiten zur Verfügung.

Für das Pilotprojekt werden folgende **Rahmenbedingungen** festgelegt:

- Der Wohn- bzw. Aufenthaltsort der Patientinnen und Patienten liegt in einem Einzugsgebiet von **maximal 45 Minuten Fahrzeit** im Straßenverkehr zur stationären Rehabilitationseinrichtung.
- Das medizinische Leistungsprofil der stationären Rehabilitation unterscheidet sich von jenem der ambulanten Phase-II-Rehabilitation; dies bedeutet, die „teilstationäre Phase-II-Rehabilitation“ entspricht **keiner ambulanten Phase-II-Rehabilitation**.
- Die „teilstationäre Phase-II-Rehabilitation“ wird als Pilotprojekt zunächst **ausschließlich in bestimmten**, seitens der SVT festzulegenden, **SV-eigenen Rehabilitationseinrichtungen** angeboten bzw. erprobt. Bei diesen Piloteinrichtungen handelt es sich um **bettenführende SKA der medizinischen Rehabilitation** gemäß § 2 Abs. 1 Z 2 KAKuG, welche die **jeweilige RIG** im Rahmen von vertraglichen und bewilligten Betten **im stationären Rehabilitationsbereich anbieten**.

Es wird empfohlen, das Pilotprojekt begleitend zu evaluieren, sodass zeitgerecht eine Entscheidung betreffend eine mögliche Überführung in den Regelbetrieb getroffen werden kann.

Beschickte stationäre Rehabilitationseinrichtungen im Ausland

In Ausnahmefällen werden Rehabilitationseinrichtungen im Ausland (vorrangig in Deutschland) beschickt. Im Jahr 2023 wurden 1.301 stationäre Verfahren für österreichische Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in ausländischen Rehabilitationseinrichtungen abgedeckt (rund 0,7 % der Gesamtverfahren), wovon rund 97 Prozent dieser Verfahren in den nachfolgend aufgelisteten ausländischen Rehabilitationseinrichtungen erbracht wurden (rund 60 % der ausländischen Rehabilitationsverfahren in der Klinik im Hofgarten in Deutschland):

- Klinik im Hofgarten / Deutschland
- Klinik Schwabenland / Deutschland
- Rehabilitationszentrum Banja Koviljača / Serbien
- MEDIAN Klinik am Südpark Bad Nauheim / Deutschland
- Parksanatorium Aulendorf / Deutschland
- Asklepios Katharina-Schroth-Klinik Bad Sobernheim / Deutschland
- Rehabilitationszentrum Rovinj / Kroatien
- Klinik Jesuitenschlössl / Deutschland
- VAMED Rehaklinik Bad Grönenbach / Deutschland
- AMEOS Reha Klinikum Inntal / Deutschland
- Asklepios Katharina-Schroth-Klinik Bad Salzungen / Deutschland

4.3.4 Ambulante Rehabilitationseinrichtungen

Im ambulanten Bereich werden die durchgeführten und mit SV-Trägern abgerechneten ambulanten Rehabilitationsverfahren im Jahr 2023 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 den Tabellen 2 und 3 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 2025 noch nicht in Betrieb waren, aber bereits über eine SV-Vertragszusage verfügten, sind ebenfalls berücksichtigt (vgl. blaue Markierung und rote Schrift in Tabelle 2 im Tabellenanhang). Ergänzend wird angegeben, ob es sich bei der jeweiligen Einrichtung um eine SV-eigene Einrichtung oder um eine Vertragspartner-Einrichtung handelt.

Im Bereich der ambulanten Phase-III-Rehabilitation der RIG BSR existieren historisch gewachsene Angebote zur sogenannten Wirbelsäulen-Rehabilitation. Rehabilitationsverfahren im Bereich der Wirbelsäulen-Rehabilitation sind in der RIG BSR der Phase III enthalten, sofern diesen eine ambulante Phase-II-Rehabilitation vorausgegangen ist. Rehabilitationsverfahren zur Wirbelsäulen-Rehabilitation ohne vorausgegangene Phase-II-Rehabilitation der PVA werden als eigenes Leistungsangebot angesehen und nicht in die Phase-III-Rehabilitation inkludiert (vgl. Tabelle 3 im Tabellenanhang).

In den Rehabilitationseinrichtungen der ambulanten Erwachsenen-Rehabilitation gab es **22.321** ambulante Rehabilitationsverfahren der Phase II (abgeschlossene und mit SVT abgerechnete ambulante Rehabilitationsverfahren der Phase II im Jahr 2023 bzw. jährliche ambulante Rehabilita-

tionsverfahren gemäß SV-Vertragszusage, Stand Ende Mai 2025) und **8.238** ambulante Rehabilitationsverfahren der Phase III (abgeschlossene und mit SVT abgerechnete ambulante Rehabilitationsverfahren der Phase III im Jahr 2023).

Insgesamt wurden 56 in Betrieb befindliche ambulante Rehabilitationseinrichtungen mit Versorgungsangeboten in der ambulanten Phase-II-Rehabilitation sowie 57 in Betrieb befindliche ambulante Rehabilitationseinrichtungen mit Versorgungsangeboten in der ambulanten Phase-III-Rehabilitation identifiziert, bei denen es sich um SV-eigene Einrichtungen oder um Vertragspartnereinrichtungen handelt. Ein Großteil der Einrichtungen bietet sowohl ambulante Phase-II-Rehabilitation als auch ambulante Phase-III-Rehabilitation an.

Ziel ist es, den bestehenden Versorgungsstand in der ambulanten Rehabilitation nachvollziehbar, einheitlich und verständlich darzustellen. Dies erfolgt im gegenständlichen Rehabilitationsplan 2025 durch Verwendung der Anzahl 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-Stands wäre 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-Stands innerhalb des ambulanten Bereichs würde dadurch auch die Vergleichbarkeit der Mengengerüste zwischen stationärer und ambulanter Rehabilitation verbessert.

Auf- und Ausbau ambulanter Rehabilitationsangebote der Phasen II und III – Planungsprinzipien

Die ambulante Rehabilitation stellt einen wichtigen Aspekt zur Ergänzung der stationären 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. Weiters müssen bei der Entscheidung über die Form der Rehabilitation alle Umstände des jeweiligen Einzelfalls und die Bedürfnisse sowie Interessen der Betroffenen berücksichtigt werden.

Rehabilitationsverfahren der Phase II 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 bzw. der Rehabilitand ausreichend mobil und selbstständig ist, um den nächstgelegenen Eignungsstandort von ihrer bzw. seiner Wohngemeinde aus innerhalb von 45 Minuten (im Straßen-Individualverkehr) zu erreichen (siehe auch Planungsprinzipien weiter unten).

Gegen eine ambulante Rehabilitation der Phase II spricht, wenn eine 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/Wohnortnähe der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen

Die ambulante Phase-II-Rehabilitation kann entweder im Krankenstand oder berufsbegleitend in Anspruch genommen werden. Die Dauer der Rehabilitation variiert dementsprechend. Für Erwerbstätige, die sich während der Absolvierung der ambulanten Phase-II-Rehabilitation im Krankenstand befinden, wird ein Rahmenzeitraum zur Erbringung der Maßnahme analog zum stationären Rehabilitationsbereich angestrebt.

Rehabilitationsverfahren der Phase III dienen zur Stabilisierung der in der Phase II erreichten Effekte sowie zur langfristigen Verhinderung einer Progression der bestehenden Erkrankung bzw. zur Vermeidung neuer Erkrankungen. Sie werden im Anschluss an eine Phase-II-Rehabilitation erbracht und sind berufsbegleitend vorzusehen. Rehabilitationsverfahren der Phase III begründen keinen Krankenstand.

Besonderes Augenmerk ist in der ambulanten Rehabilitation der Vermeidung von Doppelstrukturen und von unterausgelasteten 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 Phasen II und III** werden daher die nachfolgend angeführten **Planungsprinzipien** zugrunde gelegt:

- Festlegung von **Eignungsstandorten** für Einrichtungen der ambulanten Rehabilitation der Phasen II und III unter Berücksichtigung der Bevölkerungsdichte und der zentralörtlichen Struktur des Bundesgebiets. Der **Aufbau neuer und der Ausbau bestehender** ambulanter Rehabilitationsstrukturen der Phasen II und III sollen ausschließlich an den angeführten Eignungsstandorten (vgl. Tabellen 8 und 9 im Tabellenanhang) bzw. in deren unmittelbarer Umgebung (Radius von 10 km im Straßenverkehrsnetz zwischen den jeweiligen Gemeindezentren im betreffenden Eignungsstandortbundesland bzw. Radius von 15 km bei Eignungsstandortgemeinden mit mehr als 250.000 EW) erfolgen (vgl. Karte 16 im Kartenanhang). Mit dieser Anordnung von Strukturen ist sichergestellt, dass rund 89 Prozent der österreichischen Wohnbevölkerung eine Einrichtung der Phase II bzw. III innerhalb von 45 Minuten Fahrzeit im Straßenverkehr erreichen können (die Anzahl der Einwohner:innen innerhalb der 45-Minuten-Isochrone wird auch als Grundlage für die regionale Verteilung der ambulanten Rehabilitationsverfahren über die Eignungsstandorte herangezogen).
- in Abhängigkeit von diesen Eignungsstandorten Festlegung von **Einzugsbereichen** dieser Eignungsstandorte in Bezug auf die mit ambulanter Rehabilitation der Phasen II und III zu versorgende Wohnbevölkerung (natürliche Einzugsbereiche, festgelegt auf Basis der Erreichbarkeit im Straßen-Individualverkehr; Einzugsbereich innerhalb der 45-Minuten-Isochrone, vgl. Karte 15 im Kartenanhang)

- Festlegung einer **Mindestgröße** von Einrichtungen der ambulanten Rehabilitation der Phase II in der Größenordnung von grundsätzlich insgesamt rund **200 jährlich durchführbaren Rehabilitationsverfahren**. 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 2025 dokumentierten Berechnungsgrundlagen Festlegung der **Mindestanzahl an Einwohnerinnen und Einwohnern** 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 **Eignungsstandorten** für die ambulante Rehabilitation der Phasen II und III 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 Eignungsstandorten 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 15 im Kartenanhang)
- Ambulante Phase-III-Rehabilitation soll grundsätzlich nur von jenen Einrichtungen angeboten werden, die auch ambulante Phase-II-Rehabilitation in derselben RIG anbieten.
- Zum Zeitpunkt der Erstellung des Rehabilitationsplans 2025 **bereits bestehende** ambulante Rehabilitationsangebote der Phasen II und III mit einem aufrechten SV-Vertragsverhältnis zur Phase II- bzw. Phase-III-Rehabilitation **außerhalb der Eignungsstandorte** (vgl. Tabellen 8 und 9 im Tabellenanhang) oder in deren unmittelbarer Umgebung (Radius von 10 km bzw. von 15 km wie weiter oben beschrieben, vgl. Karte 16 im Kartenanhang) bzw. **reine Phase-III-Einrichtungen** mit einem aufrechten SV-Vertragsverhältnis zur Phase-III-Rehabilitation werden als historisch gewachsene Strukturen auch in Zukunft als versorgungswirksam akzeptiert. Dies gilt auch für Einrichtungen, die von Sozialversicherungsträgern betrieben werden.

Bereits bestehende Anbieterstrukturen an Eignungsstandorten bzw. in deren unmittelbarer Umgebung (Radius von 10 km im Straßenverkehrsnetz zwischen den jeweiligen Gemeindezentren im betreffenden Eignungsstandortbundesland bzw. Radius von 15 km bei Eignungsstandortgemeinden mit mehr als 250.000 EW) sind von diesen Regelungen insofern betroffen, als sie – dem Prinzip *Kapazitätsausbau in bestehenden Einrichtungen vor Schaffung neuer Einrichtungen* folgend – ggf. für entsprechende Erweiterungen zur Erreichung der oben angeführten Mindestgrößen infrage kommen (vgl. Karte 16 im Kartenanhang).

aks und SMO in Vorarlberg

Die in den Einrichtungen von aks und SMO in Vorarlberg erbrachten Leistungen im Bereich Neurologie/Neurogeriatrie werden aktuell zu einem überwiegenden Teil über den Vorarlberger Sozialfonds finanziert.

Die Patienten Klientel umfasst einerseits Personen mit Bedarf an klassischer neurologischer Rehabilitation, andererseits ältere Patientinnen und Patienten mit neurogeriatrischem Rehabilita-

tionsbedarf sowie jüngere Menschen mit neurologischen Erkrankungen. Der aktuell in diesen Einrichtungen verfolgte Therapieansatz soll zukünftig standardisiert und stärker an die jeweiligen Bedürfnisse der Patientengruppen angepasst werden, insbesondere hinsichtlich einer Differenzierung betreffend Therapieintensität und Therapiedauer.

Vor diesem Hintergrund hat das Land Vorarlberg einen strukturierten Prozess initiiert, mit dem Ziel, die in diesen Einrichtungen vorhandene Patientenlientel zu analysieren und jene Patientenlientel zu identifizieren, die für eine ambulante neurologische Rehabilitation im sozialversicherungsrechtlichen Sinn infrage kommen würde. Ergebnisse dieses Prozesses können eine Basis für mögliche Gespräche des Landes Vorarlberg mit den Sozialversicherungsträgern darstellen. Unabhängig davon sind jedenfalls die im Kapitel 4.3.4 enthaltenen Planungsprinzipien zum Auf- und Ausbau ambulanter Rehabilitationsangebote der Phasen II und III zu berücksichtigen.

4.4 Planungszahlen und Soll-Ist-Vergleich

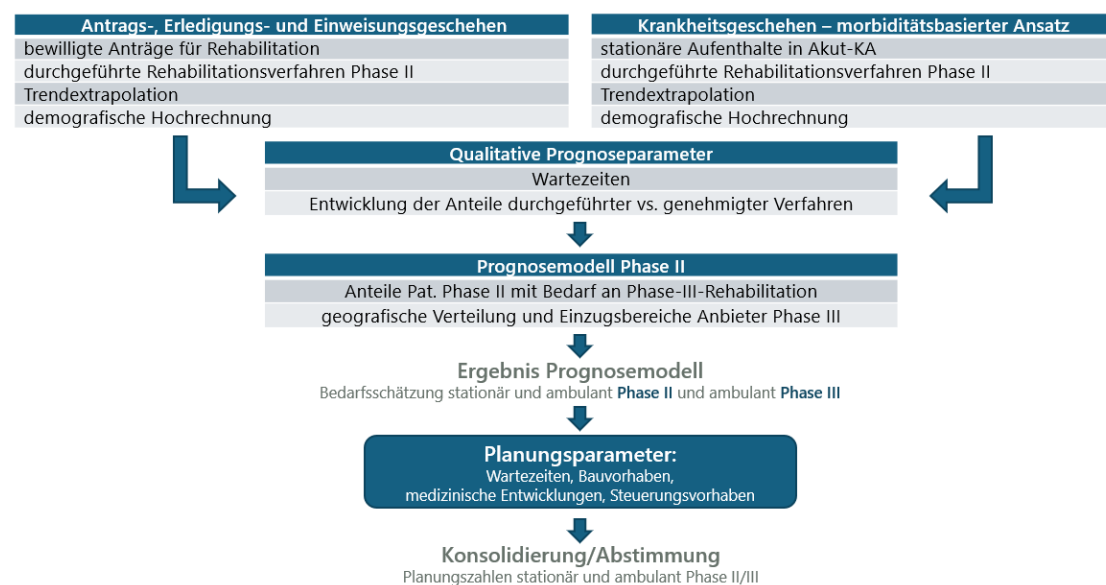
4.4.1 Kriterien der Bedarfsplanung

Gemäß Projektauftrag werden im Rehabilitationsplan 2025 für die Erwachsenen-Rehabilitation der Ist-Stand für das Jahr 2025 und der Soll-Stand für das Jahr 2030 dargestellt. Berücksichtigt werden die stationären und ambulanten Kapazitäten der medizinischen Rehabilitation. Die Darstellung erfolgt bundesweit (stationär und ambulant Phasen II und III) sowie nach Eignungsstandorten (ambulant Phasen II und III) bzw. differenziert nach den nachfolgenden Rehabilitations-Indikationsgruppen:

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

Zur Abschätzung des künftigen Bedarfs (Soll-Stand) an stationären und ambulanten 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: Planungsprozess zur Abschätzung des Bedarfs an stationären Betten bzw. an stationären und ambulanten medizinischen Rehabilitationsverfahren der Phasen II und III bis 2030



Quelle und Darstellung: GÖG

4.4.2 Prozess und Methoden der Bedarfsplanung

Die bundesweite und die regionale Planung zu den jeweiligen RIG für den Planungshorizont 2030 inklusive 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 2023 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 von alters- und geschlechtsgruppenspezifischen Regressionsmodellen bis zum Planungshorizont 2030 extrapoliert.
- In einem nächsten Schritt wurde basierend auf dem Krankheitsgeschehen in den Akutkrankenanstalten eine **morbiditätsbasierte Bedarfsschätzung** erstellt. Dazu wurde das (anhand der Diagnosen identifizierbare) für die jeweilige RIG einschlägig relevante Versorgungsgeschehen in den Akutkrankenanstalten erfasst und ebenfalls mithilfe von alters- und geschlechtsgruppenspezifischen Regressionsmodellen bis zum Planungshorizont 2030 extrapoliert. Unter Berücksichtigung dieses Akutversorgungsgeschehens, der Effekte der LKF-Ambulantisierung ab dem Jahr 2017 und der demografischen Entwicklung (prognostizierte Bevölkerungsentwicklung bis 2030) sowie über einen unabhängigen Trend-/Zeit-Regressor wurden RIG-spezifische multivariate, lineare Regressionsmodelle zur Abschätzung der erwartbaren Bedarfe zum Planungshorizont kalibriert.

- In den beiden Regressionsmodellen wurden die Effekte der COVID-19-Pandemie auf das Versorgungsgeschehen in den Akutkrankenanstalten und in jenen SKA und selbstständigen Ambulatorien, die vorwiegend der Rehabilitation dienen, berücksichtigt.
- Die Ergebnisse der beiden oben beschriebenen Schritte wurden zu einem gemeinsamen **Prognosemodell** vereinigt und in einem für den Planungsprozess erstellten **Simulations-tool**, das die erwartete Inanspruchnahme je RIG zum Planungshorizont auf stationäre Verfahren/Planbetten bzw. auf ambulante Verfahren umlegt, hinterlegt. Im Simulationstool wurden die unterschiedlichen Versorgungsdichten (für den stationären und ambulanten Bereich) in bzw. außerhalb der Einzugsbereiche von Eignungsstandorten für ambulante Rehabilitation berücksichtigt. Das Simulationstool wurde allen SVT zur Verfügung gestellt, um mittels variierbarer Parameter (durchschnittliche Belagsdauer je stationäres Verfahren je RIG, Entwicklung der Inanspruchnahme bzw. der Verfahren je RIG, Anteile an ambulanten Rehabilitationsverfahren in der Phase II und nach einer Phase II je RIG) mit Expertenwissen angereicherte Planungsszenarien zu erstellen, gemeinsam zu diskutieren und schließlich zu konsens- und tragfähigen Planungszahlen zu konsolidieren.
- Die **Darstellung der Ergebnisse** des Planungsprozesses wurde im Rahmen des Projektbeirats zur Diskussion gestellt. Der Projektbeirat setzte sich aus Vertreterinnen und Vertretern von Sozialversicherung, Bund und Ländern zusammen.

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-/Normauslastung von 95 Prozent

Die Parameter „bedarfsnotwendige stationäre Rehabilitationsverfahren“ und „durchschnittliche Belagsdauer“ (gerundet auf eine Stelle) werden in Bezug auf die einzelnen RIG zum Planungshorizont 2030 wie folgt unterlegt:

- Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie (BSR): 69.325 RV bzw. 21,1 Belagstage
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE): 20.926 RV bzw. 22,7 Belagstage
- Lymphologische Rehabilitation (LYMPH): 1.603 RV bzw. 20,7 Belagstage
- Zentrales und peripheres Nervensystem (NEU): 24.318 RV bzw. 28,1 Belagstage
- Onkologische Rehabilitation (ONK): 11.332 RV bzw. 20,6 Belagstage
- Psychiatrische Rehabilitation (PSY): 14.355 RV bzw. 39,7 Belagstage
- Atmungsorgane (PUL): 9.556 RV bzw. 20,4 Belagstage
- Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat (STV): 7.819 RV bzw. 22,8 Belagstage
- Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen (UCNC): 3.302 RV bzw. 47,7 Belagstage

4.4.3 Angebotsplanung und Empfehlungen bis 2030

Für die Rehabilitationseinrichtungen im stationären Erwachsenenbereich ergibt sich bis zum Jahr 2030 ein geschätzter Bedarf von bundesweit **11.654 Betten**, der sich schwerpunktmäßig auf die Rehabilitations-Indikationsgruppen BSR, NEU, PSY und HKE verteilt. Im Rahmen der bundesweiten Angebotsplanung der stationären Erwachsenen-Rehabilitation und deren Umsetzung ist grundsätzlich eine regional ausgewogene Versorgung anzustreben.

Für den ambulanten Erwachsenenbereich der Phase II führt die Abschätzung auf Basis der im Simulationstool berücksichtigten Annahmen bis zum Jahr 2030 zu einem Bedarf von bundesweit insgesamt **28.900 jährlichen ambulanten Rehabilitationsverfahren** in der ambulanten Phase-II-Rehabilitation, die sich schwerpunktmäßig auf die Rehabilitations-Indikationsgruppen BSR, PSY und HKE verteilen.

Für den ambulanten Erwachsenenbereich der Phase III ergibt sich aufgrund der Abschätzung auf Basis der im Simulationstool berücksichtigten Annahmen bis zum Jahr 2030 ein Bedarf von bundesweit insgesamt **12.268 jährlichen ambulanten Rehabilitationsverfahren** in der ambulanten Phase-III-Rehabilitation, die sich schwerpunktmäßig auf die Rehabilitations-Indikationsgruppen BSR, HKE und PSY verteilen.

Die ambulante Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II 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. Tabelle 8 im Tabellenanhang).

Der Aufbau neuer und der Ausbau bestehender ambulanter Rehabilitationsstrukturen sollen ausschließlich an den angeführten *Eignungsstandorten für ambulante Rehabilitation* (vgl. Tabellen 8 und 9 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 Eignungsstandortgemeinden mit mehr als 250.000 EW) erfolgen (vgl. Karte 16 im Kartenanhang). Zum Zeitpunkt der Erstellung des Rehabilitationsplans 2025 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

5.1 Methodische Vorgangsweise

Die methodische Vorgangsweise bei der Datenerhebung und den durchzuführenden Leistungen wurde in enger Abstimmung mit dem DVSV 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-Clustern; Analyse der Inanspruchnahme von stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Basis des Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehens
- Abschätzung des **Versorgungsbedarfs** in der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation in den jeweiligen Rehabilitations-Indikationsgruppen-Clustern für den Planungshorizont 2030 unter Berücksichtigung des Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehens

Gegenübergestellt wird der Ist-Stand 2025 und der Soll-Stand 2030 an stationären Kapazitäten, differenziert nach Rehabilitations-Indikationsgruppen-Clustern bundesweit.

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 SVT wurden die Daten für den Zeitraum 2019 bis 2023 vom DVSV übermittelt. Die Daten für die Jahre 2003 bis 2018 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- und Jugendlichen-Rehabilitation, in der ambulanten medizinischen Rehabilitation zwischen Phase II und Phase III und generell nach Rehabilitations-Indikationsgruppen unterschieden.

Erhebungsblatt zu qualitativen Informationen

Dieses Erhebungsblatt, das ebenfalls von den einzelnen SVT ausgefüllt wurde, gliedert sich in zwei Abschnitte: qualitative Informationen zur Erwachsenen-Rehabilitation (stationär und ambu-

lant Phase II) (Abschnitt I), siehe Kapitel 4.1, und qualitative Informationen zur Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation (stationär) (Abschnitt II).

Abschnitt II beinhaltet Fragen zur Wartezeit von der Bewilligung bis zum Antritt des Rehabilitationsverfahrens, zum Anteil nicht angetretener Rehabilitationsverfahren an allen bewilligten Rehabilitationsverfahren sowie zur Einschätzung der Nachfrage in der stationären Rehabilitation für Kinder und Jugendliche.

Bedarfsplanung mittels Prognosemodell und Simulationstool

Für die **Bedarfsplanung** (inkl. der Erstellung eines **Prognosemodells** und eines **Simulationstools**) wurden neben rezenten Entwicklungen des Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehens der Jahre 2022 und 2023 auch demografische Prognosedaten herangezogen. Mittels eines – eigens für den Planungsprozess erstellten – Simulationstools fanden auch wesentliche qualitative Einschätzungen von Expertinnen und Experten der SVT Eingang in die Bedarfsplanung.

5.2 Datengrundlagen

Für die angeführten Arbeiten standen folgende Datengrundlagen zur Verfügung:

- Demografische Struktur und Entwicklung 2003–2023 sowie kleinräumige Bevölkerungsprognose 2024–2030 (Quellen: Statistik Austria, Österreichische Raumordnungskonferenz, GÖG)
- Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsdaten der einzelnen SV-Träger für die Jahre 2016 bis 2023 (Quellen: Rehabilitationsplan 2020, DVSV, Erhebungen bei den SVT)
- Rehabilitationsplan 2020 (Quelle: GÖ FP, im Auftrag des DVSV)
- Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in Österreich 2010 (Quelle: GÖG/ÖBIG, im Auftrag des BMG)
- Informationen zur Einschätzung der stationären Nachfrage im Rehabilitationsbereich für Kinder und Jugendliche (Quelle: Erhebung bei den SVT)
- ergänzende Informationen zum Ist-Stand der stationären Kapazitäten der Vertragspartner-Einrichtungen laut Österreichischem Rehabilitationskompass (Quelle: www.rehakompass.at) bzw. laut Rehabilitations-Evidenz

5.3 Bestandsanalyse

5.3.1 Grundlagen

Projektgegenstand des Rehabilitationsplans 2025 sind die stationären Kapazitäten der medizinischen Rehabilitation für Kinder (= 1. bis vollendetes 14. Lebensjahr) und Jugendliche (= 15. bis vollendetes 18. Lebensjahr) in den Vertragspartner-Einrichtungen. Dabei handelt es sich um Einrichtungen, die sanitätsbehördlich als Sonderkrankenanstalten genehmigt sind und vorwiegend der Rehabilitation dienen. Gegenwärtig von den SVT beschickte Einrichtungen im angrenzenden Ausland werden grundsätzlich ebenfalls berücksichtigt, wobei in den berücksichtigten Datenjahren keine Aufenthalte der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation im angrenzenden Ausland

dokumentiert wurden. Stationäre oder ambulante Therapieangebote für Kinder und Jugendliche außerhalb der medizinischen Rehabilitation im Sinne des Sozialversicherungsrechts sind nicht Gegenstand des Rehabilitationsplans 2025.

In die stationäre Bestandsanalyse einbezogen werden in diesem Sinne 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 BMASGPK übermittelt. Diese werden alljährlich an die GÖG übermittelt und hier in das ÖGIS integriert.

In den Erhebungsblättern der medizinischen Rehabilitation des Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehens wird ab dem Berichtsjahr 2016 in den Rubriken „Bewilligungen“ und „durchgeführte Verfahren“ u. a. zwischen Erwachsenen- und Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation und generell nach Rehabilitations-Indikationsgruppen unterschieden.

Auf Basis dieser Grundlagen sowie der Einträge im Österreichischen Rehabilitationskompass (ÖRK 2025) und in der Rehabilitations-Evidenz wurde eine Auflistung der in die Projektarbeiten einzubeziehenden Einrichtungen erstellt und mit dem Projektbeirat abgestimmt.

Die Auflistung wurde für die stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation erstellt (vgl. Tabelle 4 im Tabellenanhang). Eine kartografische Darstellung aller relevanten Rehabilitationseinrichtungen ist dem Anhang zu entnehmen (vgl. Karte 4 im Kartenanhang).

5.3.2 Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen

Angaben zum Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen werden nach einheitlichen Erhebungskriterien vom DVSV bei den einzelnen SVT erhoben. Ab dem Datenjahr 2016 wurden die Erhebungskriterien erweitert und das Erhebungsformular angepasst. Ab diesem Datenjahr kann u. a. zwischen Erwachsenen- und sowie Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation differenziert werden.

Als Basis für die Bedarfsschätzung 2030 werden die im Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen dokumentierten Bewilligungen für stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation der, von den SVT validierten, Datenjahre 2022 und 2023 herangezogen.

Tabelle 4: Anzahl der Bewilligungen für stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation je RIG-Cluster 2022 und 2023

Jahr	MOB	HKE/PUL	ONK/STV	MH	Gesamt
2022	492	25	654	2.186	3.357
2023	841	153	696	2.045	3.735

Quelle: DVSV – Erhebungen zum Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen bei den SVT 2022–2023; Darstellung: GÖG

Tabelle 4 zeigt im Zeitraum 2022 bis 2023 bei den **Bewilligungen insgesamt** einen **Anstieg**, der sich in fast allen RIG-Clustern widerspiegelt. Der größte Anteil an Bewilligungen wird im RIG-Cluster Mental Health (MH) verzeichnet.

5.3.3 Stationäre Rehabilitationseinrichtungen

Im stationären Bereich der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation werden die vertraglichen und sanitätsbehördlich bewilligten Betten je Einrichtung und je Rehabilitations-Indikationsgruppen-Cluster dargestellt. Ergänzend wird angegeben, ob es sich bei der jeweiligen Einrichtung um eine SV-eigene Einrichtung oder um eine Vertragspartner-Einrichtung handelt.

Versorgungswirksam sind gemäß den krankenanstaltenrechtlichen Vorgaben jene Kapazitäten, die durch öffentliche, private gemeinnützige oder sonstige bettenführende Krankenanstalten mit entsprechenden Verträgen mit SVT bzw. durch die SVT in ihren eigenen Einrichtungen abgedeckt werden (maximal bis zur Höhe der sanitätsbehördlich bewilligten Kapazitäten). Diese Kapazitäten werden im Rehabilitationsplan 2025 als **vertragliche Betten** bezeichnet.

Mit Stand Ende Mai 2025 gab es in Österreich insgesamt 6 stationäre Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche mit insgesamt **336** sanitätsbehördlich bewilligten Betten sowie **343** vertraglichen Betten (exkl. Betten für Angehörige in der familienorientierten Rehabilitation in der RIG ONK, vgl. Tabelle 4 im Tabellenanhang).

Die Inanspruchnahme der stationären Rehabilitationseinrichtungen durch Einwohner:innen bis zum 18. Lebensjahr bzw. deren regionale Versorgungswirkung kann über die kartografische Analyse der tatsächlichen Einzugsbereiche im Jahr 2023 charakterisiert werden (vgl. Karte 14 im Kartenanhang).

5.4 Planungszahlen und Soll-Ist-Vergleich

5.4.1 Kriterien der Bedarfsplanung

Gemäß Projektauftrag werden im Rehabilitationsplan 2025 auch für die Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation der Ist-Stand für das Jahr 2025 und der Soll-Stand für das Jahr 2030 dargestellt. Berücksichtigt werden die stationären Kapazitäten der medizinischen Rehabilitation. Die Darstellung erfolgt bundesweit und differenziert nach den nachfolgenden Rehabilitations-Indikationsgruppen-Clustern:

- Mobilisierender Schwerpunkt (MOB): Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie (BSR), Kinder- und Jugendchirurgie (KJC), zentrales und peripheres Nervensystem (NEU), Zustände nach neurochirurgischen Eingriffen (NC), sonstige Krankheiten (SON)
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE), Atmungsorgane (PUL)
- Onkologische Rehabilitation (inkl. familienorientierter Nachsorge, ONK), Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat (STV)
- Mental Health (MH): Entwicklungs- und Sozialpädiatrie sowie pädiatrische Psychosomatik (ESP), kinder- und jugendpsychiatrische Rehabilitation (KJP)

In der **onkologischen Rehabilitation** wird neben dem erkrankten Kind die gesamte Familie in die Rehabilitationsmaßnahme einbezogen. Dies bedeutet, dass das Kind bzw. die oder der Jugendliche zusammen mit den Eltern bzw. der Bezugsperson und allen Geschwisterkindern in der Rehabilitationseinrichtung aufgenommen werden kann und sich die therapeutischen Maßnahmen auf das erkrankte Kind bzw. die erkrankte Jugendliche oder den erkrankten Jugendlichen

und die Begleitpersonen erstrecken. Für diesen Rehabilitationsbereich sind daher neben den Patientenbetten auch die Angehörigenbetten im Ist-Stand quantitativ dargestellt.

Zur Abschätzung des künftigen Bedarfs (Soll-Stand) an stationären Rehabilitationskapazitäten wurde ein Planungsprozess unter Berücksichtigung wichtiger bedarfsdeterminierender Parameter umgesetzt.

5.4.2 Prozess und Methoden der Bedarfsplanung

Die bundesweite Planung der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation zu den jeweiligen RIG-Clustern für den Planungshorizont 2030 inklusive Erstellung einer **Bedarfsschätzung** erfolgte in folgenden Schritten:

- Mit den Datenjahren 2022 und 2023 konnten zwei validierte und rezente Datenjahre zu bewilligten Rehabilitationsverfahren aus dem **Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsge-schehen** je RIG-Cluster herangezogen werden. Dabei diene der jeweils (je RIG-Cluster) beobachtbare Maximalwert als Ausgangswert.
- Die erwartbare alters- und geschlechtsgruppenspezifische demografische Entwicklung (prognostizierte Bevölkerungsentwicklung bis 2030 gemäß Statistik Austria mit Stand 2024) wurde mittels eines Demografiefaktors je RIG-Cluster modelliert.
- Die Umlagerung von Bewilligungen auf (tatsächlich realisierte) Verfahren erfolgte unter der Annahme einer einheitlichen Realisierungsquote von 90 Prozent für alle RIG-Cluster.
- Die auf diese Weise prognostizierten Rehabilitationsverfahren wurden mittels RIG-Cluster-spezifischen Soll-Belagsdauern in Belagstage umgelegt.
- Im letzten Schritt erfolgte die Umlagerung der Belagstage auf Betten, wobei dieselbe Bettenformel wie in der Erwachsenen-Rehabilitation (allerdings mit einer 90-%-Normauslastung) zur Anwendung kam.
- Die **Darstellung der Ergebnisse** des Planungsprozesses wurde im Rahmen des Projektbeirats zur Diskussion gestellt. Der Projektbeirat setzte sich aus Vertreterinnen und Vertretern von Sozialversicherung, Bund und Ländern zusammen.

Berechnungsvorschriften der Planungsgrößen „Betten“ und „Rehabilitationsverfahren“

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

$$BB = ((BSRV / 2) + (BSRV * dBD)) / 365 / 0,90$$

$$BSRV = (BB * 365 * 0,90) / (0,5 + dBD)$$

BB ... bedarfsnotwendige Betten

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

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

365 ... entsprechend den Tagen pro Jahr

0,90 ... entsprechend einer Soll-/Normauslastung von 90 Prozent

Die Parameter „Bewilligungen“ (Maximum 2022/2023) und „durchschnittliche Belagsdauer“ (gerundet auf eine Stelle) werden in Bezug auf die einzelnen RIG-Cluster zum Planungshorizont 2030 wie folgt unterlegt:

- Mobilisierender Schwerpunkt (MOB): 769 RV bzw. 24,5 Belagstage
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE), Atmungsorgane (PUL): 139 RV bzw. 21,0 Belagstage
- Onkologische Rehabilitation (inkl. familienorientierter Nachsorge, ONK), Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat (STV): 633 RV bzw. 24,5 Belagstage
- Mental Health (MH): 1.997 RV bzw. 35,0 Belagstage

5.4.3 Angebotsplanung und Empfehlungen bis 2030

Für die Rehabilitationseinrichtungen im stationären Kinder- und Jugendlichenbereich ergibt sich bis zum Jahr 2030 ein geschätzter Bedarf von bundesweit **334 Betten** (exkl. Betten für Angehörige in der familienorientierten Rehabilitation in der RIG ONK), der sich schwerpunktmäßig auf die Rehabilitations-Indikationsgruppen-Cluster MH und MOB verteilt. Im Rahmen der durchgeführten Bedarfsschätzung wurde die Notwendigkeit zur Umverteilung der bisherigen Bettenzuordnung v. a. in Richtung der Rehabilitations-Indikationsgruppen-Cluster MH und ONK/STV (vorrangig STV) festgestellt.

Literatur

- ASVG: Allgemeines Sozialversicherungsgesetz — ASVG, BGBl. Nr.189/1955, in der geltenden Fassung
- BfArM (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der World Health Organization 2005. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI, WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen, Genf
- BMGF (2019): ÖSG 2017. Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 30. Juni 2017 inklusive der bis 27. September 2019 beschlossenen Anpassungen. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF), Wien
- BMSGPK (2021): ÖSG 2017. Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 30. Juni 2017 inklusive der bis 1. Oktober 2021 beschlossenen Anpassungen. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien
- BMSGPK (2024a): Aktionsplan zu postakuten Infektionssyndromen (PAIS). Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien
- BMSGPK (2024b): ÖSG 2023. Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 15. Dezember 2023 inklusive der bis 18. Oktober 2024 beschlossenen Anpassungen. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien
- Danzer, Daniela; Fülöp, Gerhard; Nemeth, Claudia; Pichlbauer, Ernest (2004): Rehabilitationsplan 2004. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), Wien
- Gyimesi, Michael; Fülöp, Gerhard; Ivansits, Sarah; Pochobradsky, Elisabeth; Stoppacher, Andreas; Kawalirek, Sabine; Maksimovic, Alexander (2016): Rehabilitationsplan 2016. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien
- KAKuG: Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, Fassung von 26.03.2025
- Nemeth, Claudia; Fülöp, Gerhard (2010): Rehabilitation von Kinder und Jugendlichen in Österreich. Arbeiten zur Bedarfsabschätzung. Gesundheit Österreich GmbH / Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Wien

- ÖGGG (2011): Österreichisches geriatrisches Basisassessment. Hg. v. Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie, Wien
- ÖGNR (2025a): Phaseneinteilung neurologischer Krankheitsprozesse [online]. Österreichische Gesellschaft für Neurorehabilitation. <https://neuroreha.at/phaseneinteilung-neurologischer-krankheitsprozesse/> [Zugriff am 04.04.2025]
- ÖGNR (2025b): Prozessmodell Neurorehabilitation [online]. Österreichische Gesellschaft für Neurorehabilitation. <https://neuroreha.at/prozessmodell-neurorehabilitation/> [Zugriff am 04.04.2025]
- ÖRK (2025): Österreichischer Rehabilitationskompass (ÖRK) [online]. <http://www.rehakompass.at> [Zugriff am 26.03.2025]
- ÖSG VO (2019): Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit 2017, RIS
- ÖSG VO (2020): Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit 2017, RIS
- Reiter, Daniela; Fülöp, Gerhard; Gyimesi, Michael; Nemeth, Claudia (2012): Rehabilitationsplan 2012. Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien
- Reiter, Daniela; Fülöp, Gerhard; Pochbradsky, Elisabeth; Röthlin, Florian; Stoppacher, Andreas (2020): Rehabilitationsplan 2020. Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Dachverbands der Sozialversicherungsträger, Wien
- Sinhuber, Daniela; Fülöp, Gerhard; Kern, Daniela; Nemeth, Claudia (2008): Rehabilitationsplan 2009. Gesundheit Österreich Forschung und Planungs GmbH im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien

Anhang

Anhang 1: Tabellen

Anhang 2: Karten

Anhang 1

- Tabelle 1: Einrichtungen für stationäre Erwachsenen-Rehabilitation - Vertragliche und sanitätsbehördlich bewilligte Betten, Stand Mai 2025
- Tabelle 2: Einrichtungen für ambulante Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II - Im Jahr 2023 abgeschlossene und mit SV-Trägern abgerechnete bzw. im Jahr 2025 jährliche von SV-Trägern zugesagte sowie sanitätsbehördlich bewilligte bzw. beantragte ambulante Rehabilitationsverfahren, Stand Mai 2025
- Tabelle 3: Einrichtungen für ambulante Erwachsenen-Rehabilitation der Phase III - Im Jahr 2023 abgeschlossene und mit SV-Trägern abgerechnete sowie sanitätsbehördlich bewilligte ambulante Rehabilitationsverfahren, Stand Mai 2025
- Tabelle 4: Einrichtungen für stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation – Vertragliche und sanitätsbehördlich bewilligte Betten, Stand Mai 2025
- Tabelle 5: Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen nach Art des stationären Heilverfahrens und Sozialversicherungsträger (SVT) in RZ 2003-2015
- Tabelle 6: Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen der Erwachsenen-Rehabilitation in Differenzierung nach stationär, ambulant Phase II, ambulant Phase III und nach Rehabilitations-Indikationsgruppen (RIG) 2016-2023
- Tabelle 7: Stationäre Erwachsenen-Rehabilitation - Vertragliche stationäre Betten in RZ 2025 (statVB), stationäre Soll-Betten in RZ 2030 (statSOLL-B) und stationäre Soll-Rehabilitationsverfahren in RZ 2030 (statSOLL-RV) sowie Soll-Ist-Vergleich Betten nach Rehabilitations-Indikationsgruppen (RIG) bundesweit
- Tabelle 8: Ambulante Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II - Ambulante Rehabilitationsverfahren 2025 (ambRV), ambulante Soll-Rehabilitationsverfahren 2030 (ambSOLL-RV) sowie Soll-Ist-Vergleich nach Rehabilitations-Indikationsgruppen (RIG) und nach Eignungsstandorten
- Tabelle 9: Ambulante Erwachsenen-Rehabilitation der Phase III - Ambulante Rehabilitationsverfahren 2023 (ambRV) sowie ambulante Soll-Rehabilitationsverfahren 2030 (ambSOLL-RV) nach Rehabilitations-Indikationsgruppen (RIG) und nach Eignungsstandorten
- Tabelle 10: Stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation - Vertragliche stationäre Betten in RZ 2025 (statVB), stationäre Soll-Betten in RZ 2030 (statSOLL-B) und stationäre Soll-Rehabilitationsverfahren in RZ 2030 (statSOLL-RV) sowie Soll-Ist-Vergleich Betten nach Rehabilitations-Indikationsgruppen-Cluster (RIG-Cluster) bundesweit

Tabelle 1: Einrichtungen für stationäre Erwachsenen-Rehabilitation* - Vertragliche und sanitätsbehördlich bewilligte Betten, Stand Ende Mai 2025

VZ	BL	Standortgemeinde	KAC	Bezeichnung der Einrichtung	Rechts-träger	Vertragliche Betten										Bewilligte Betten ¹										gesamt	
						BSR	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY	PUL	SON	STV	UCNC	gesamt	BSR	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY	PUL	SON	STV		UCNC
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	0	0	171
Ost	B	Sankt Andrä am Zicksee	109	SKA Zicksee Orthopädisches Klinikum	VP	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	140	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	140
Süd	B	Bad Tatzmannsdorf	112	BVAEB Therapiezentrum Rosalienhof	BVAEB	0	0	0	0	105	0	0	0	0	0	105	0	0	0	0	105	0	0	0	0	0	105
Ost	B	Bad Sauerbrunn	113	Onkologische Rehabilitationsklinik "Der Sonnenberghof"	VP	0	0	0	0	121	0	0	0	0	0	121	0	0	0	0	121	0	0	0	0	0	121
Ost	B	Kitzsee	114	OptimaMed Neurologisches Rehabilitationszentrum Kitzsee	VP	0	0	0	0	100	0	0	0	0	0	100	0	0	0	0	100	0	0	0	0	0	100
Ost	B	Rust	-	Sonnenpark Neusiedlersee - Zentrum für psychosoziale Gesundheit	VP	0	0	0	0	0	100	0	0	0	0	100	0	0	0	0	0	x	0	0	0	0	x
Süd	K	Wolfsberg	220	Lymphklinik Wolfsberg	VP	0	0	60	0	0	0	0	0	0	0	60	0	0	60	0	0	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	0	20	0	435
Süd	K	Klagenfurt am Wörthersee	229	mental health reha-klinik klagenfurt	VP	0	0	0	0	0	81	0	0	0	0	81	0	0	0	0	0	95	0	0	0	95	
Süd	K	Villach	230	Sonderkrankenanstalt für med. Rehabilitation - Themenhof Warmbad-Villach	VP	220	0	0	0	0	0	0	0	0	0	220	220	0	0	0	0	0	0	0	0	0	220
Süd	K	Hermagor-Preseggsee See	232	Gaital Klinik Hermagor	VP	0	0	0	110	0	0	0	0	0	0	110	0	0	0	110	0	0	0	0	0	0	110
Süd	K	Bad St. Leonhard im Lavanttal	233	OptimaMed Rehabilitationszentrum Bad St. Leonhard	VP	0	0	0	0	0	0	0	0	54	0	54	x	0	0	0	0	0	x	0	x	54	
Ost	NÖ	Baden	305	Klinikum am Kurpark Baden	SVS/Privat	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	120	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	120
Ost	NÖ	Bad Schönbau	307	Gesundheitsresort Königsberg	VP	0	0	0	0	0	70	0	0	0	0	70	0	0	0	0	0	94	0	0	0	0	94
Ost	NÖ	Winzendorf-Muthmannsdorf	313	Rehabilitationszentrum Felbörgg	PVA	0	120	0	0	0	0	0	0	0	0	120	0	120	0	0	0	0	0	0	0	0	120
Ost	NÖ	Grimmenstein	318	Rehabilitationszentrum Hohegg	PVA	0	146	0	0	0	0	120	0	0	0	266	0	x	0	0	0	0	x	0	0	266	
Ost	NÖ	Laab im Walde	328	Rehabilitationszentrum Laab im Walde	PVA	110	0	0	25	0	0	0	0	0	0	135	110	0	0	25	0	0	0	0	0	0	135
Ost	NÖ	Reichenau an der Rax	339	OptimaMed Rehabilitationszentrum Rablbeck	VP	102	0	0	0	0	0	50	0	0	0	152	102	0	0	0	0	0	50	0	0	0	152
Ost	NÖ	Baden	359	Mein Peterhof Baden	ÖGK	111	0	0	0	0	0	40	0	0	0	151	111	0	0	0	0	0	40	0	0	0	151
Ost	NÖ	Baden	363	Klinikum Malcherhof Baden	SVS/Privat	173	0	0	0	0	0	0	0	0	0	173	173	0	0	0	0	0	0	0	0	0	173
Ost	NÖ	Groß Gerungs	365	Herz-Kreislauf-Zentrum Groß Gerungs	VP	0	223	0	0	0	0	0	0	0	0	223	0	223	0	0	0	0	0	0	0	0	223
Ost	NÖ	Klosterneuburg	369	Rehabilitationszentrum Weißer Hof	AUVA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	200	200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	200	200
Ost	NÖ	Moorbad Harbach	370	Sonderkrankenanstalt Moorheilbad Harbach	VP	210	0	0	0	0	0	0	0	0	0	210	215	0	0	0	0	0	0	0	0	0	215
Ost	NÖ	Alland	371	Rehabilitationszentrum Alland	PVA	0	0	0	0	0	0	0	0	150	0	150	0	0	0	0	0	0	0	150	0	150	
Ost	NÖ	Bad Pirawarth	375	Klinik Pirawarth Sonderkrankenanstalt für Neurologie und Orthopädie	VP	80	0	0	0	185	0	0	0	0	0	265	85	0	0	0	236	0	0	0	0	0	321
Ost	NÖ	Waidhofen an der Ybbs	376	Therapiezentrum Buchenberg	BVAEB	0	0	0	84	0	0	0	0	66	0	150	0	0	0	84	0	0	0	0	66	0	150
Ost	NÖ	Ottenschlag	385	Lebens.Resort Ottenschlag	VP	0	0	0	0	0	70	0	0	41	0	111	0	0	0	0	0	x	0	0	x	111	
Ost	NÖ	Baden	386	Rehabilitationszentrum Engelsbad	BVAEB	124	0	0	0	0	0	0	0	0	0	124	124	0	0	0	0	0	0	0	0	0	124
Ost	NÖ	Perchtoldsdorf	387	OptimaMed Rehabilitationszentrum Perchtoldsdorf	VP	170	0	0	0	0	0	0	0	0	0	170	170	0	0	0	0	0	0	0	0	0	170
Ost	NÖ	Krems an der Donau	388	Privatklinik Hollenburg	VP	0	0	0	0	0	150	0	0	0	0	150	0	0	0	0	170	0	0	0	0	0	170
Ost	NÖ	Gars am Kamp	389	Rehabilitationsklinik Gars am Kamp	VP	0	0	0	0	0	125	0	0	0	0	125	0	0	0	0	0	125	0	0	0	0	125
Ost	NÖ	Bad Erlach	390	Lebens.Med Zentrum Bad Erlach	VP	0	0	0	0	100	0	0	0	0	0	100	0	0	0	0	100	0	0	0	0	0	100
Ost	NÖ	Klosterneuburg	392	Gesundheitsresort Donaupark Klosterneuburg	VP	0	0	0	0	0	108	0	0	0	0	108	0	0	0	0	0	108	0	0	0	0	108
Nord	OO	Enns	413	Rehaklinik Enns	VP	0	0	0	0	60	0	0	60	0	0	120	0	0	0	58+x	0	0	59+x	0	0	0	120
Nord	OO	Weyer	436	Rehabilitationszentrum Weyer	PVA	55	0	0	0	0	0	77	0	0	0	132	x	0	0	0	0	0	x	0	0	0	132
Nord	OO	Bad Hall	437	Klinikum Bad Hall/Bad Schallerbach (Standort Bad Hall)	SVS/Privat	0	80	0	0	40	0	0	0	0	0	120	0	80	0	40	0	0	x	0	0	0	120
Nord	OO	Bad Schallerbach	438	Rehabilitationszentrum Bad Schallerbach	PVA	102	0	0	40	80	0	0	0	0	0	222	102	0	0	40	80	0	0	0	0	0	222
Nord	OO	Bad Ischl	442	Rehabilitationszentrum Bad Ischl	PVA	134	0	0	0	0	0	0	0	0	0	134	134	0	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	0	95	95	0	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	0	19	0	171	0	152	0	0	0	0	0	0	19	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	0	0	20	39	0	177	
Nord	OO	Aspach	448	OptimaMed Rehabilitationszentrum Aspach	VP	137	0	0	0	0	0	0	0	0	0	137	137	0	0	0	0	0	0	0	0	0	137
Nord	OO	Wilhering ²	450	Klinik Wilhering ²	VP	31	0	0	123	0	0	0	0	0	0	154	31	0	0	123	0	0	0	0	0	0	154
Nord	OO	Bad Wimsbach-Neydharting	451	OptimaMed Rehabilitationszentrum Bad Wimsbach	VP	0	0	0	0	0	0	0	0	63	0	63	0	0	0	0	0	0	0	0	63	63	
Nord	OO	Altmünster	452	Neurologisches Therapiezentrum Gmundnerberg	VP	0	0	0	150	0	0	0	0	0	0	150	0	0	0	150	0	0	0	0	0	0	150
Nord	OO	Bad Schallerbach	453	Klinikum Bad Hall/Bad Schallerbach (Standort Bad Schallerbach)	SVS/Privat	43	0	0	0	0	0	0	0	0	0	43	43	0	0	0	0	0	0	0	0	0	43
Nord	OO	Bad Hall	481	Therapiezentrum Justuspark	BVAEB	0	0	0	0	0	100	0	0	0	0	100	0	0	0	0	0	100	0	0	0	0	100
Nord	OO	Bad Leonfelden	498	Rehabilitationszentrum Vortuna Bad Leonfelden	VP	0	0	0	0	0	86	0	0	0	0	86	0	0	0	0	0	86	0	0	0	0	86
Nord	OO	Bad Hall	-	Sonnenpark Bad Hall - Zentrum für psychosoziale Gesundheit	VP	0	0	0	0	0	120	0	0	0	0	120	0	0	0	0	0	x	0	0	0	0	x
Nord	S	Bad Hofgastein	505	Rehabilitationszentrum Bad Hofgastein	PVA	142	0	0	0	0	0	0	0	0	0	142	142	0	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	0	164	164	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16

Tabelle 2: Einrichtungen für ambulante Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II* - Im Jahr 2023 abgeschlossene und mit SV-Trägern abrechnete bzw. im Jahr 2025 jährliche von SV-Trägern zugesagte sowie sanitätsbehördlich bewilligte bzw. beantragte ambulante Rehabilitationsverfahren, Stand Ende Mai 2025

VZ	BL	Standortgemeinde	A-Nr./KAC	Bezeichnung der Einrichtung	Rechts-träger	Ambulante Rehaverfahren im Jahr 2023 ^{1a} bzw. jährliche ambulante Rehaverfahren gemäß SV-Vertragszusage ^{1b}										Bewilligte bzw. beantragte ambulante Rehaverfahren pro Jahr ²										
						BSR	HKE	NEU	ONK	PSY	PUL	SON	STV	UCNC	gesamt	BSR	HKE	NEU	ONK	PSY	PUL	SON	STV	UCNC	gesamt	
Süd	B	Bad Tatzmannsdorf	112	BVAEB Therapiezentrum Rosalienhof	BVAEB	0	0	0	8	0	0	0	0	0	8	0	0	0	8	0	0	0	0	0	8	
Ost	B	Eisenstadt	10106	Ambulante Rehabilitation Eisenstadt	VP	185	64	0	78	104	24	0	43	0	498	x+109	x+34	0	x+70	x+58	x+11	0	x+31	0	x+313	
Süd	K	Klagenfurt am Wörthersee	20121	Ambulante Reha Klagenfurt	VP	162	55	0	96	102	24	0	35	0	474	162	55	0	96	102	24	0	35	0	474	
Süd	K	Klagenfurt am Wörthersee	20129	OptimaMed Ambulatorium für ambulante Rehabilitation Klagenfurt (8. Mai-Gasse)	VP	165	58	0	41	82	18	0	41	0	405	165	58	0	41	82	18	0	41	0	405	
Ost	NÖ	Amstetten	30503	IPM Amstetten	VP	56	0	0	0	0	0	0	0	0	56	231	80	41	97	130	30	0	54	16	679	
Ost	NÖ	Baden	30613	Mein Peterhof Baden	ÖGK	137	0	0	0	0	0	0	0	0	137	124	0	0	0	0	0	0	0	0	124	
Ost	NÖ	Krems an der Donau	30104	IPM Krems	VP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	74	33	16	8	8	16	0	16	8	181	
Ost	NÖ	St. Pölten	30205	IPM St. Pölten	VP	17	0	0	0	0	0	0	0	0	17	148	33	33	33	8	25	0	25	25	329	
Ost	NÖ	St. Pölten	30211	Lebens.Med Zentrum St. Pölten	VP	355	124	0	149	200	82	0	124	0	1.034	355	124	0	149	200	82	0	124	0	1.034	
Ost	NÖ	Tulln an der Donau	32101	IPM Tulln	VP	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4	49	25	16	8	8	8	0	16	8	140	
Ost	NÖ	Wiener Neustadt	30413	OptimaMed Ambulantes Rehabilitationszentrum Wiener Neustadt	VP	264	124	0	111	149	34	0	62	0	744	264	124	66	111	149	34	0	62	0	810	
Nord	OO	Linz	40105	CARDIOMED Ambulante kardiopulmonale Rehabilitation Linz	VP	0	315	0	0	0	12	0	0	0	327	0	x	0	0	0	74	0	0	0	x+74	
Nord	OO	Linz	40116	ÖGK - Mein Gesundheitszentrum für physikalische Medizin und Rehabilitation Linz	ÖGK	319	0	0	0	0	0	0	0	0	319	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Nord	OO	Linz	40130	Zentrum für seelische Gesundheit Muldenstraße	VP	0	0	0	0	417	0	0	0	0	417	0	0	0	0	362	0	0	0	0	362	
Nord	OO	Linz	40131	Reha.ambulant Linz Herrenstraße (Vinzenz Ambulatorium Linz)	VP	417	0	0	123	0	0	0	0	0	540	66	0	0	49	0	0	0	0	0	115	
Nord	OO	Ried im Innkreis	41203	Reha.ambulant Ried im Innkreis	VP	213	74	0	89	120	27	0	50	0	573	213	74	0	89	120	27	0	50	0	573	
Nord	OO	Steyr	40203	ÖGK - Mein Gesundheitszentrum für physikalische Medizin und Rehabilitation Steyr	ÖGK	164	0	0	0	0	0	0	0	0	164	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Nord	OO	Steyr	40206	Zentrum für ambulante kardiologische Rehabilitation Steyr	VP	0	87	0	0	0	0	0	0	0	87	-	x	0	0	0	0	0	0	0	x	
Nord	OO	Vöcklabruck	41703	ÖGK - Mein Gesundheitszentrum für physikalische Medizin und Rehabilitation Vöcklabruck	ÖGK	149	0	0	0	0	0	0	0	0	149	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Nord	OO	Wels	40302	ÖGK - Mein Gesundheitszentrum für physikalische Medizin und Rehabilitation Wels	ÖGK	119	0	0	0	0	0	0	0	0	119	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Nord	OO	Wels	40304	RehaWels – Zentrum für ambulante medizinische Rehabilitation	VP	144	106	0	128	172	39	0	71	0	660	144	x	0	128	172	39	0	71	0	x+554	
Nord	S	Salzburg	50109	aresa - Ambulante Rehaklinik Salzburg West (vormals Ambulatorium Nord)	VP	198	63	0	41	0	18	0	41	0	361	198	x	0	41	0	18	0	41	0	x+298	
Nord	S	Salzburg	50130	Ortho Reha Salzburg, Standort Müller Hauptstraße 48 (vormals Rehab Salzburg am Kapuzinerberg)	VP	263	0	0	0	0	0	0	0	0	263	263	0	0	0	0	0	0	0	0	263	
Nord	S	Salzburg	50132	APR - Ambulante psychosoziale Rehabilitation Salzburg	VP	0	0	0	0	260	0	0	0	0	260	0	0	0	0	260	0	0	0	0	260	
Nord	S	Salzburg	50135	Reha Zentrum Salzburg, Standort Müller Hauptstraße 48	VP	0	97	0	153	0	41	0	67	0	358	0	97	0	153	0	41	0	67	0	358	
Süd	ST	Bruck an der Mur	60212	reha bruck - Ambulante medizinische Rehabilitation (PSY, NEU, ONK)	VP	0	0	0	112	151	0	0	0	0	263	0	0	25	112	151	0	0	0	0	288	
Süd	ST	Bruck an der Mur	60213	reha bruck - Ambulante medizinische Rehabilitation (BSR, PUL, STV)	VP	268	0	0	0	0	27	0	59	0	354	268	0	0	0	0	27	0	59	0	354	
Süd	ST	Bruck an der Mur	60213	reha bruck - Ambulante medizinische Rehabilitation (HKE)	VP	0	103	0	0	0	0	0	0	0	103	0	x	0	0	0	0	0	0	0	x	
Süd	ST	Graz	601108	PVA Zentrum für ambulante Rehabilitation Graz	PVA	600	8	0	50	0	84	0	154	0	896	600	8	0	50	0	84	0	154	0	896	
Süd	ST	Graz	60136	ZARG - Zentrum für ambulante Rehabilitation und Physiotherapie	VP	0	299	0	0	0	0	0	0	0	299	0	x	0	0	25	0	41	0	25	0	x+91
Süd	ST	Graz	60192	APR - Ambulante psychosoziale Rehabilitation Graz	VP	0	0	0	0	473	0	0	0	0	473	0	0	0	0	371	0	0	0	0	371	
Süd	ST	Tillmitsch	61004	Reha Leibnitz	VP	187	65	0	79	106	24	0	44	0	505	187	65	0	79	106	24	0	44	0	505	
West	T	Innsbruck	70119	Reha Innsbruck - Zentrum für ambulante Rehabilitation (Puelacher)	VP	0	148	0	0	0	240	0	0	0	388	0	x	0	0	0	x	0	x	0	x	
West	T	Innsbruck	70126	Ambulantes Rehabilitationszentrum Innsbruck	VP	451	13	0	190	255	31	0	105	0	1.045	451	0	0	190	255	0	0	105	0	1.001	
West	T	Wörgl	70522	Ambulantes Rehazentrum Wörgl	VP	265	92	0	111	149	34	0	62	0	713	265	92	0	111	149	34	0	62	0	713	
West	V	Bregenz	80213	aks reha+	VP	236	82	0	99	133	30	0	55	0	635	236	82	0	99	133	30	0	55	0	635	
West	V	Feldkirch	80404	MedReha - ambulante medizinische Rehabilitation (Philippi)	VP	0	101	0	0	0	0	0	0	0	101	0	x	0	0	0	0	0	0	0	x	
Ost	W	Wien 2. (Leopoldstadt)	90206	PVA Zentrum für ambulante Rehabilitation Wien	PVA	400	270	0	50	0	150	0	80	0	950	400	270	0	50	0	150	0	80	0	950	
Ost	W	Wien 3. (Landstraße)	90310	Rehab Wien-Mitte ³	VP	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ost	W	Wien 8. (Josefstadt)	90806	Rehab Lerchenfeld ³	VP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ost	W	Wien 9. (Alsergrund)	90910	Rehab Friedensbrücke ³	VP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ost	W	Wien 10. (Favoriten)	91018	Therme Wien Med - Ambulantes Rehabilitations- und Tageszentrum	VP	469	305	0	127	99	128	0	190	0	1.318	469	305	0	127	99	x+43	0	190	0	x+1.233	
Ost	W	Wien 10. (Favoriten)	91018	Therme Wien Med – Ambulantes Rehabilitations- und Tageszentrum	VP	80	0	0	625	0	61	0	0	0	766	80	0	0	625	0	61	0	0	0	0	766
Ost	W	Wien 10. (Favoriten)	91019	Rehab Favoriten ³	VP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ost	W	Wien 11. (Simmering)	91110	Zentrum für seelische Gesundheit Simmering	VP	0	0	0	0	788	0	0	0	0	788	0	0	0	0	788	0	0	0	0	0	788
Ost	W	Wien 12. (Meidling)	945	Rehabilitationszentrum Meidling ⁴	AUVA	0	0	0	0	0	0	0	0	420	420	0	0	0	0	0	0	0	0	420	420	
Ost	W	Wien 12. (Meidling)	91208	Vinzenz Ambulatorium & CARDIOMED - Wien-Meidling	VP	329	41	0	127	0	0	0	93	0	590	329	41	0	127	0	0	0	93	0	590	
Ost	W	Wien 13. (Hietzing)	943	Orthopädisches Spital Speising	VP	535	0	0	0	0	0	0	0	0	535	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ost	W	Wien 13. (Hietzing)	973	Neurologisches Rehabilitationszentrum Rosenhügel	SVS/Privat	0	0	197	0	0	0	0	0	0	197	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ost	W	Wien 13. (Hietzing)	90207	Rehab Hietzing ³	VP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ost	W	Wien 14. (Penzing)	907	Rehaklinik Wien Baumgarten	VP	302	198	0	191	66	0	0	140	0	897	302	198	0	191	66	0	0	140	0	897	
Ost	W	Wien 14. (Penzing)	91405	Rehab Zentrum Penzing ³	VP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ost	W	Wien 21. (Floridsdorf)	92110	Rehab Wien Nord ³	VP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ost	W	Wien 21. (Floridsdorf)	92116	Zentrum für seelische Gesundheit Leopoldau	VP	0	0	0	0	723	0	0	0	0	723	0	0	0	0	723	0	0	0	0	723	
Ost	W	Wien 21. (Floridsdorf)	92118	Ambulatorium der Klinik Pirawarth Wien	VP	802	215	0	127	0	41	0	190	0	1.375	802	215	140	127	0	41	0	190	0	1.515	
Ost	W	Wien 22. (Donaustadt)	92208	Rehab Zentrum Stadlau ³	VP	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ost	W	Wien 23. (Liesing)	92305	Rehab Zentrum Liesing ³	VP	10	0	0	0	0	0	0	0	0	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ambulante Rehaverfahren gesamt						8.268	3.107	197	2.905	4.549	1.169	0	1.706	420	22.321	6.954	2.013	338	2.995	4.501	983	0	1.831	478	20.090	

* Dargestellt werden ambulante Phase-II-Einrichtungen die zum Zeitpunkt der Erstellung des Rehabilitationsplans 2025 in Betrieb waren bzw. die noch nicht in Betrieb waren, aber über eine SV-Vertragszusage verfügten (Stand Ende Mai 2025).

^{1a} Abgeschlossene und mit SV-Trägern abrechnete ambulante Rehabilitationsverfahren der Phase II im Jahr 2023.

^{1b} Von SV-Trägern jährlich zugesagte ambulante Rehabilitationsverfahren gemäß SV-Vertragszusage (rote Schrift).

² Zum Teil wurden die sanitätsbehördlich bewilligten ambulanten Rehabilitationsverfahren aus den sanitätsbehördlich bewilligten ambulanten Therapieplätzen lt. Bescheid errechnet (ambRV=ambTP/6*52*0,95). Rundungsdifferenzen möglich.

Bettensummen aufgrund fehlender Angaben zur Menge an bewilligten Betten im Bescheid einzelner Einrichtungen nur bedingt aussagekräftig.

³ Pilotprojekt der SVS Landesstelle Wien zur ambulanten Rehabilitation der Phase II in der RIG BSR.

⁴ 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.

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

rote Schrift = Einrichtung mit SV-Vertrag/SV-Vertragszusage (Differenzen zwischen Kapazitäten SV-Vertrag/SV-Vertragszusage und bewilligte bzw. beantragte Kapazitäten möglich)
x = Indikation wurde sanitätsbehördlich bewilligt, keine Angabe zur Menge an bewilligten

VZ	BL	Standortgemeinde	A-Nr./KAC	Bezeichnung der Einrichtung	Rechts-träger	Ambulante Rehaverfahren im Jahr 2023 ¹										Bewilligte ambulante Rehaverfahren pro Jahr ²									
						BSR	HKE	NEU	ONK	PSY	PUL	SON	STV	UCNC	gesamt	BSR	HKE	NEU	ONK	PSY	PUL	SON	STV	UCNC	gesamt
Ost	B	Eisenstadt	10106	Ambulante Rehabilitation Eisenstadt	VP	131	18	16	0	15	21	0	13	0	214	x	x	x	0	x	x	0	x	0	x
Süd	K	Klagenfurt am Wörthersee	20106	Institut Kurhaus Dr. Reichel	VP	18	0	0	0	0	0	0	0	0	18	x	0	0	0	0	0	0	0	0	x
Süd	K	Klagenfurt am Wörthersee	20121	Ambulante Reha Klagenfurt	VP	108	139	61	0	53	54	0	18	0	433	443	365	52	0	521	78	0	78	0	1.537
Süd	K	Klagenfurt am Wörthersee	20129	OptimaMed Ambulatorium für ambulante Rehabilitation Klagenfurt (8. Mai-Gasse)	VP	3	0	3	0	0	0	0	1	0	7	165	82	x	41	82	41	0	41	0	x+452
Ost	NÖ	Baden	30607	Badener Kurzentrum - Physikalisches Institut	VP	38	0	0	0	0	0	0	0	0	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ost	NÖ	Krems an der Donau	30103	David Institut Krems	VP	64	0	0	0	0	0	0	0	0	64	x	x	0	0	0	0	0	0	0	x
Ost	NÖ	St. Pölten	30205	IPM St. Pölten	VP	6	0	0	0	0	0	0	0	0	6	x	x	x	x	x	x	0	x	x	x
Ost	NÖ	St. Pölten	30211	Lebens.Med Zentrum St. Pölten	VP	284	60	38	0	51	29	0	38	0	500	x	x	0	x	0	x	0	x	0	x
Ost	NÖ	Tulln an der Donau	32101	IPM Tulln	VP	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	x	x	x	x	x	x	0	x	x	x
Ost	NÖ	Wiener Neustadt	30407	Institut für Physikalische Medizin Wiener Neustadt	VP	35	0	0	0	0	0	0	0	0	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ost	NÖ	Wiener Neustadt	30413	OptimaMed Ambulantes Rehabilitationszentrum Wiener Neustadt	VP	314	46	37	0	97	44	0	37	0	575	x	x	x	x	x	x	0	x	0	x
Nord	OO	Linz	40105	CARDIOMED Ambulante kardiopulmonale Rehabilitation Linz	VP	0	209	0	0	0	1	0	0	0	210	0	x	0	0	0	74	0	0	0	x+74
Nord	OO	Linz	40111	Rehab Linz (Eisenhandstraße 4-6)	VP	67	0	0	0	0	0	0	0	0	67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nord	OO	Linz	40116	ÖGK - Mein Gesundheitszentrum für physikalische Medizin und Rehabilitation Linz	ÖGK	90	0	23	0	0	0	0	0	0	113	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nord	OO	Linz	40130	Zentrum für seelische Gesundheit Muldenstraße	VP	0	0	0	0	163	0	0	0	0	163	0	0	0	0	224	0	0	0	0	224
Nord	OO	Linz	40131	Reha.ambulant Linz Herrenstraße (Vinzenz Ambulatorium Linz)	VP	93	0	0	0	0	0	0	0	0	93	91	0	0	91	0	0	0	0	0	182
Nord	OO	Ried im Innkreis	41203	Reha.ambulant Ried im Innkreis	VP	68	36	21	0	17	9	0	8	0	159	71	25	25	0	40	9	0	17	0	187
Nord	OO	Steyr	40203	ÖGK - Mein Gesundheitszentrum für physikalische Medizin und Rehabilitation Steyr	ÖGK	29	0	7	0	0	0	0	0	0	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nord	OO	Steyr	40206	Zentrum für ambulante kardiologische Rehabilitation Steyr	VP	0	62	0	0	0	0	0	0	0	62	0	x	0	0	0	0	0	0	0	x
Nord	OO	Vöcklabruck	41703	ÖGK - Mein Gesundheitszentrum für physikalische Medizin und Rehabilitation Vöcklabruck	ÖGK	16	0	6	0	0	0	0	0	0	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nord	OO	Wels	40302	ÖGK - Mein Gesundheitszentrum für physikalische Medizin und Rehabilitation Wels	ÖGK	12	0	6	0	0	0	0	0	0	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nord	OO	Wels	40304	RehaWels – Zentrum für ambulante medizinische Rehabilitation	VP	56	125	5	0	23	30	0	14												

³ Ambulante Rehabilitationsverfahren im Jahr 2023 im Zentrum für seelische Gesundheit Simmering und Leopoldau sind gemeinsam zu betrachten.

© GÖG 2025, Rehabilitationsplan 2025

Tabelle 4: Einrichtungen für stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation* – Vertragliche und sanitätsbehördlich bewilligte Betten, Stand Ende Mai 2025

VZ	BL	Standortgemeinde	KAC	Bezeichnung der Einrichtung	Rechts-träger	Vertragliche Betten					Bewilligte Betten				
						MOB ¹	HKE PUL	ONK STV	MH ²	gesamt	MOB ¹	HKE PUL	ONK STV	MH ²	gesamt
Ost	NÖ	Bad Erlach	391	kokon Bad Erlach, Rehabilitation für Kinder und Jugendliche	VP	67	0	0	47	114	67	0	0	47	114
Nord	OÖ	Rohrbach-Berg	499	kokon Rohrbach-Berg, Rehabilitation für Kinder und Jugendliche	VP	36	17	0	24	77	36	17	0	24	77
Nord	S	Sankt Veit im Pongau	564	"Der Leuwaldhof" Kinder- und Jugendrehabilitation St. Veit im Pongau ³	VP	0	0	32	0	32	0	0	32	0	32
Süd	ST	Gratwein-Straßengel	676	Klinik Judendorf-Straßengel ⁴	VP	31	0	0	0	31	24	0	0	0	24
Süd	ST	Neumarkt in der Steiermark	680	OptimaMed Kinder- und Jugend-Rehabilitation Wildbad	VP	0	28	0	24	52	0	28	0	24	52
West	T	Wiesing	735	OptimaMed Rehabilitationszentrum Wiesing	VP	22	0	0	15	37	22	0	0	15	37
Betten gesamt						156	45	32	110	343	149	45	32	110	336

* Dargestellt werden stationäre Rehabilitationseinrichtungen die zum Zeitpunkt der Erstellung des Rehabilitationsplans 2025 in Betrieb waren bzw. stationäre Rehabilitationseinrichtungen die nicht in Betrieb waren, aber über eine SV-Vertragszusage verfügten (Stand Ende Mai 2025).

¹ Mobilisierender Schwerpunkt (BSR, KJC, NEU, NC, SON)

² Mental Health (ESP, KJP)

³ 20 Betten ONK (exkl. 50 Betten für Angehörige in der familienorientierten Rehabilitation), 12 Betten STV

⁴ Vertragliche Betten gemäß Zuschlagserteilung im Vergabeverfahren des HVSVT (nunmehr DVSV).

VP = Vertragspartnereinrichtung (Rehabilitationseinrichtung mit privatem Rechtsträger und SV-Vertrag zur stationären medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen)

	= Einrichtung in Betrieb
	= Abweichungen zwischen vertraglichen und bewilligten Betten vorhanden

Quellen: Angaben der SV-Träger und Bescheide der Landesregierungen (Stand Ende Mai 2025); Rehabilitationsevidenz (Stand Ende Mai 2025)
Darstellung: GÖG

Tabelle 5: 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
AUVA		Medizinische Rehabilitation - Heilverfahren													Alle Anträge ¹												
	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 ¹												
	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 ¹												
	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 ¹												
	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	9.268	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	8.575	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	6.787	324	196	301	220	245	293	9.436	9.351	9.167	9.185	9.185	9.185	9.185	9.185	9.185	9.185	9.185	9.185	9.185
	VP-Einrichtungen	2.122	1.867	1.953	1.759	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	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 ¹												
	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 ¹												
	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 ²		Medizinische Rehabilitation - Heilverfahren													Alle Anträge ¹												
	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 ¹												
	Anträge	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	703	457	484	525	540	559	561	937	918	737	806	890	829
	Bewilligungen	308	386	41																							

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
OÖGKK		Medizinische Rehabilitation - Heilverfahren													Alle Anträge ¹												
	Anträge	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7.464	21.662	7.313	7.574	6.866	7.555	7.790	8.837	7.974	7.357	7.583	7.805	7.833
	Bewilligungen	1.009	975	1.206	1.182	1.450	1.405	1.526	1.745	1.819	1.791	1.927	3.119	3.400	6.225	7.720	6.756	6.599	5.745	6.466	6.853	7.146	6.625	6.136	6.357	7.512	7.709
	durchgeführte Verfahren	932	975	925	1.026	1.067	1.122	1.271	1.449	1.482	1.547	1.622	2.788	1.600	5.431	7.428	5.668	5.661	4.774	4.828	5.187	5.519	5.140	5.177	5.256	6.432	6.950
	SV-eigene Einrichtungen	211	243	188	314	255	233	253	281	262	215	229	1.185	1.337	4.336	6.268	4.520	4.601	3.439	3.626	3.826	3.944	3.619	3.413	3.527	4.515	4.842
	VP-Einrichtungen	241	298	314	284	346	357	490	659	794	1.009	1.116	1.374	1.444	612	723	722	629	766	667	831	1.064	1.093	1.438	1.451	1.684	1.873
	Ausland	480	434	423	428	466	532	528	509	426	323	277	229	231	483	437	426	431	569	535	530	511	428	326	278	233	235
SGKK		Medizinische Rehabilitation - Heilverfahren													Alle Anträge ¹												
	Anträge	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	472	529	2.433	2.490	2.750	2.850	2.878	2.989	3.093	3.361	3.127	3.228	3.335
	Bewilligungen	189	168	338	373	459	435	462	586	591	753	809	797	841	383	374	1.873	2.264	2.319	2.193	2.248	2.597	2.583	2.808	2.716	2.663	2.643
	durchgeführte Verfahren	136	98	226	281	340	324	320	368	342	583	497	469	509	246	186	1.611	1.866	1.971	1.926	1.902	1.994	1.992	2.343	2.168	2.113	2.087
	SV-eigene Einrichtungen	97	56	138	183	157	181	160	131	138	162	216	164	176	146	92	1.451	1.670	1.698	1.705	1.658	1.704	1.652	1.756	1.771	1.699	1.668
	VP-Einrichtungen	38	39	81	89	183	143	160	237	204	421	281	305	333	99	91	153	187	273	221	244	290	340	587	396	413	419
	Ausland	1	3	7	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	7	9	0	0	0	0	0	0	1	1	0
StGKK		Medizinische Rehabilitation - Heilverfahren													Alle Anträge ¹												
	Anträge	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.819	1.481	1.427	1.866	1.987	2.401	1.989	2.297	2.276	2.177	2.254	2.433	2.420
	Bewilligungen	480	469	547	672	704	686	782	828	811	838	914	1.078	1.124	1.111	957	1.044	1.182	1.244	1.184	1.258	1.282	1.215	1.236	1.272	1.407	1.414
	durchgeführte Verfahren	493	505	563	736	699	665	756	777	727	775	809	1.408	1.042	859	909	1.004	1.191	1.106	1.059	1.132	1.123	1.066	1.116	1.100	1.749	1.148
	SV-eigene Einrichtungen	131	136	147	197	195	167	191	205	187	191	222	240	219	137	153	163	203	204	174	191	212	197	199	234	247	226
	VP-Einrichtungen	362	366	408	534	498	498	565	571	540	584	586	1.168	823	722	753	833	919	896	885	941	910	868	903	865	1.502	1.121
	Ausland	0	3	8	5	6	0	0	1	0	0	1	0	0	0	3	8	69	6	0	0	1	1	14	1	0	0
TGKK		Medizinische Rehabilitation - Heilverfahren													Alle Anträge ¹												
	Anträge	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	609	799	287	516	533	575	567	655	817	871	852	910	993
	Bewilligungen	379	601	287	252	284	292	231	319	360	435	469	542	705	379	601	287	252	284	292	231	319	360	435	469	542	705
	durchgeführte Verfahren	379	574	274	252	282	254	203	300	322	382	421	474	500	379	574	274	252	282	254	203	300	322	382	421	474	588
	SV-eigene Einrichtungen	106	257	115	97	124	92	70	56	74	83	91	130	95	106	257	115	97	124	92	70	56	74	83	91	130	95
	VP-Einrichtungen	272	317	157	152	158	156	123	229	237	292	325	336	480	272	317	157	152	158	156	123	229	237	292	325	336	480
	Ausland	1	0	2	3	0	6	10	15	11	7	5	8	13	1	0	2	3	0	6	10	15	11	7	5	8	13
VGKK		Medizinische Rehabilitation - Heilverfahren													Alle Anträge ¹												
	Anträge	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.480	1.169	1.070	1.034	1.045	1.022	943	938	1.253	915	1.037	1.029	855
	Bewilligungen	196	214	215	329	337	285	313	278	281	317	452	443	519	1.162	813	788	857	771	627	602	520	503	562	700	553	670
	durchgeführte Verfahren	162	181	199	253	254	254	268	257	243	265	121	253	208	832	615	583	646	626	515	494	449	422	457	309	413	313
	SV-eigene Einrichtungen	44	46	43	36	32	16	33	20	26	27	0	31	11	44	46	43	36	32	16	33	20	43	46	0	31	11
	VP-Einrichtungen	32	46	32	34	35	30	29	38	111	149	121	137	75	702	480	416	427	407	291	255	230	203	257	309	297	180
	Ausland	86	89	124	183	187	208	206	199	106	89	0	85	122	86	89	124	183	187	208	206	199	176	154	0	85	122
WGKK ²		Medizinische Rehabilitation - Heilverfahren													Alle Anträge ¹												
	Anträge	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6.537	4.208	1.159	1.790	1.862	1.810	1.746	1.744	1.979	2.123	2.266	2.336	2.456
	Bewilligungen	552	595	694	859	741	619	567	613	704	789	873	1.037	953	3.420	2.513	716	859	741	619	567	613	704	789	873	1.037	953
	durchgeführte Verfahren	522	574	630	658	647	528	521	513	509	580	651	659	684	2.178	1.834	652	658	647	528	521	513	509	580	651	659	684
	SV-eigene Einrichtungen	323	346	346	342	307	215	244	185	239	271	302	218	314	324	346	346	342	307	215	244	185	239	271	302	218	314
	VP-Einrichtungen	162	158	219	249	271	270	238	298	243	287	331	432	334	1.817	1.418	241	249	271	270	238	298	243	287	331	432	334
	Ausland	37	70	65	67	69	43	39	30	27	23	18	9	36	37	70	65	67	69	43	39	30	27	23	18	9	36
Sonst.		Medizinische Rehabilitation - Heilverfahren													Alle Anträge ¹												
	Anträge	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.750	1.591	1.305	1.164	1.062	1.118	1.117	1.156	1.157	1.062	1.016	1.098	1.111
	Bewilligungen	221	229	242	211	268	261	250	249	274	269	244	311	334	1.609	1.122	1.088	1.015	948	1.103	1.035	1.052	1.092	982	937	998	949
	durchgeführte Verfahren	220	194	202	167	214	193	203	199	223	220	171	208	206	896	745	735	705	748	818	739	711	815	742	715	763	670
	SV-eigene Einrichtungen	80	67	67	53	79	55	56	52	88	71	71	75	62	442	402	370	378	354	396	294	298	403	361	378	382	322
	VP-Einrichtungen	140	127	135	114	135	135	147	146	133	149	100	133	144	450	339	361	325	393	417	444	409	408	378	336	380	348
	Ausland	0	0	0	0	0	3	0	1	2	0	0	0	0	4	4	4	2	1	5	1	4	4	3	1	1	0
Alle SVT		Medizinische Rehabilitation - Heilverfahren													Alle Anträge ¹												
	Anträge	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	244.524	250.093	242.411	256.878	273.883	284.049	291.438	309.121	326.384	329.337	345.088	389.019	350.922
	Bewilligungen	64.695	71.970	78.484	78.638	92.593	103.093	105.516	114.435	122.804	130.808	143.862	164.192	166.157	196.586	206.862	214.230	227.324	243.213	252.863	257.680	263.611	273.105	269.563	283.451	299.577	295.928
	durchgeführte Verfahren	67.139	74.365	80.520	74.320	82.297	94.789	100.374	108.241	115.685	125.024	134.013	143.781	143.456	185.916	199.323	204.866	207.480	212.843	227.547	241.198	250.896	258.206	265.485	266.012	273.053	268.719
	SV-eigene Einrichtungen	37.329	39.926	42.656	36.201	39.082	44.424	47.280	42.818	44.638	47.692	51.162	52.075	51.588	79.476	82.388	83.446	77.109	74.904	76.108	76.125	65.933	66.515	66.799	67.404	69.249	66.205
	VP-Einrichtungen	27.910	32.272	35.525	35.100	39.568	45.918	48.879	61.531	67.822	74.790	80.555	88.850	89.965	103.232	113.473	117.732	125.743	132.741	145.514	159.336	179.669	186.951	194.745	195.031	199.668	198.045
	Ausland	1.901	2.167	2.339	3.019	3.647	4.447	4.215	3.892	3.225	2.543	2.296	2.856	3.403	3.208	3.462	3.688	4.628	5.198	5.925	5.737	5.294	4.7.				

Tabelle 6: Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen der Erwachsenen-Rehabilitation in Differenzierung nach stationär, ambulant Phase II, ambulant Phase III und nach Rehabilitations-Indikationsgruppen (RIG) 2016 - 2023

RIG	Medizinische Rehabilitation Erwachsene - Heilverfahren	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
BSR	Bewilligungen insgesamt	90.169	83.708	89.434	93.658	72.228	82.547	87.952	96.681
	Durchgeführte Verfahren insgesamt	82.254	79.816	86.096	87.900	65.344	75.408	77.713	82.401
	Bewilligungen stationär (Phase II)	79.636	72.964	77.085	79.898	62.463	69.078	72.475	78.464
	Bewilligungen ambulant (Phase II)	3.268	3.878	4.829	5.341	4.560	6.505	8.331	10.438
	Bewilligungen ambulant (Phase III)	7.265	6.866	7.520	8.419	5.205	6.964	7.146	7.779
	Durchgeführte Verfahren stationär (Phase II)	73.081	70.349	75.014	75.524	56.764	63.826	65.416	67.944
	Durchgeführte Verfahren ambulant (Phase II)	2.502	3.050	4.092	4.690	3.319	5.140	6.140	7.836
HKE	Durchgeführte Verfahren ambulant (Phase III)	6.671	6.417	6.990	7.686	5.261	6.442	6.157	6.621
	Bewilligungen insgesamt	24.866	25.277	26.093	26.204	19.644	22.294	24.378	26.958
	Durchgeführte Verfahren insgesamt	23.537	24.468	24.494	24.372	18.422	20.942	22.712	24.396
	Bewilligungen stationär (Phase II)	21.872	22.071	22.965	22.921	16.828	18.886	20.181	22.392
	Bewilligungen ambulant (Phase II)	1.475	1.545	1.576	1.842	1.625	1.898	2.327	2.731
	Bewilligungen ambulant (Phase III)	1.519	1.661	1.552	1.441	1.191	1.510	1.870	1.835
	Durchgeführte Verfahren stationär (Phase II)	20.831	21.564	21.541	21.049	15.704	17.493	19.614	20.453
LYMPH	Durchgeführte Verfahren ambulant (Phase II)	1.216	1.355	1.391	1.751	1.375	1.688	1.583	2.355
	Durchgeführte Verfahren ambulant (Phase III)	1.490	1.549	1.562	1.572	1.343	1.761	1.515	1.588
	Bewilligungen insgesamt	1.467	1.628	1.630	1.736	1.351	1.076	1.461	1.665
	Durchgeführte Verfahren insgesamt	1.314	1.442	1.437	1.594	1.167	909	1.253	1.515
	Bewilligungen stationär (Phase II)	1.385	1.628	1.630	1.736	1.307	1.076	1.456	1.665
	Bewilligungen ambulant (Phase II)	82	0	0	0	44	0	0	0
	Bewilligungen ambulant (Phase III)	0	0	0	0	0	0	5	0
NEU	Durchgeführte Verfahren stationär (Phase II)	1.232	1.442	1.336	1.493	1.128	909	1.253	1.515
	Durchgeführte Verfahren ambulant (Phase II)	82	0	101	101	39	0	0	0
	Durchgeführte Verfahren ambulant (Phase III)	0	0	0	0	0	0	0	0
	Bewilligungen insgesamt	21.890	21.703	22.569	23.260	18.924	21.491	23.441	25.553
	Durchgeführte Verfahren insgesamt	20.057	21.062	21.658	21.882	17.073	18.669	20.627	22.086
	Bewilligungen stationär (Phase II)	21.467	21.228	22.136	22.765	18.575	20.949	22.560	24.682
	Bewilligungen ambulant (Phase II)	271	277	241	247	178	244	305	241
ONK	Bewilligungen ambulant (Phase III)	152	198	192	248	171	298	576	630
	Durchgeführte Verfahren stationär (Phase II)	19.713	20.686	21.234	21.455	16.801	18.255	20.059	21.333
	Durchgeführte Verfahren ambulant (Phase II)	229	210	229	221	137	170	207	201
	Durchgeführte Verfahren ambulant (Phase III)	115	166	195	206	135	244	361	552
	Bewilligungen insgesamt	7.750	8.538	9.284	9.858	7.082	8.490	9.459	11.495
	Durchgeführte Verfahren insgesamt	6.817	8.116	8.861	8.863	6.739	7.827	8.329	9.808
	Bewilligungen stationär (Phase II)	7.646	8.382	9.072	9.637	6.947	8.231	9.089	11.028
PSY	Bewilligungen ambulant (Phase II)	104	156	176	207	135	232	368	466
	Bewilligungen ambulant (Phase III)	0	0	36	14	0	27	2	1
	Durchgeführte Verfahren stationär (Phase II)	6.729	7.977	8.693	8.666	6.627	7.603	8.016	9.461
	Durchgeführte Verfahren ambulant (Phase II)	88	139	150	174	112	198	302	346
	Durchgeführte Verfahren ambulant (Phase III)	0	0	18	23	0	26	11	1
	Bewilligungen insgesamt	14.159	15.299	16.264	17.176	13.947	17.529	21.176	22.408
	Durchgeführte Verfahren insgesamt	13.010	13.642	14.361	14.623	11.969	14.782	16.434	18.424
PUL	Bewilligungen stationär (Phase II)	11.625	12.009	12.431	13.249	10.643	12.742	15.452	15.911
	Bewilligungen ambulant (Phase II)	2.029	2.728	3.179	3.176	2.613	3.761	4.417	4.947
	Bewilligungen ambulant (Phase III)	505	562	654	751	691	1.026	1.307	1.550
	Durchgeführte Verfahren stationär (Phase II)	10.811	10.866	11.112	11.282	9.351	10.968	12.129	13.408
	Durchgeführte Verfahren ambulant (Phase II)	1.799	2.315	2.723	2.733	2.107	2.942	3.419	3.935
	Durchgeführte Verfahren ambulant (Phase III)	400	461	526	608	511	872	886	1.081
	Bewilligungen insgesamt	8.821	9.157	9.190	9.236	7.300	13.753	13.096	12.992
STV	Durchgeführte Verfahren insgesamt	8.077	8.202	8.449	8.098	5.872	10.389	11.534	11.647
	Bewilligungen stationär (Phase II)	8.103	8.422	8.278	8.369	6.537	12.286	10.599	10.634
	Bewilligungen ambulant (Phase II)	354	406	501	506	547	1.002	1.653	1.552
	Bewilligungen ambulant (Phase III)	364	329	411	361	216	465	844	806
	Durchgeführte Verfahren stationär (Phase II)	7.475	7.565	7.736	7.290	5.280	9.220	9.735	9.545
	Durchgeführte Verfahren ambulant (Phase II)	297	305	376	472	390	774	1.218	1.323
	Durchgeführte Verfahren ambulant (Phase III)	305	332	337	336	202	395	581	779
UCNC ¹	Bewilligungen insgesamt	10.302	10.524	10.518	10.959	7.449	9.230	10.440	12.879
	Durchgeführte Verfahren insgesamt	8.982	9.800	9.308	10.351	6.547	8.090	9.304	9.930
	Bewilligungen stationär (Phase II)	10.133	10.332	10.198	10.620	7.174	8.497	9.138	11.171
	Bewilligungen ambulant (Phase II)	60	73	150	134	121	342	728	1.007
	Bewilligungen ambulant (Phase III)	109	119	170	205	154	391	574	701
	Durchgeführte Verfahren stationär (Phase II)	8.852	9.622	9.037	10.022	6.324	7.556	8.565	8.716
	Durchgeführte Verfahren ambulant (Phase II)	43	70	116	147	91	226	355	728
SON	Durchgeführte Verfahren ambulant (Phase III)	87	108	155	182	132	308	384	486
	Bewilligungen insgesamt	3.637	3.472	3.411	3.398	2.205	2.725	2.907	3.139
	Durchgeführte Verfahren insgesamt	3.968	3.995	3.982	3.965	2.935	3.067	3.369	3.538
	Bewilligungen stationär (Phase II)	3.637	3.472	3.411	3.398	2.205	2.527	2.700	2.905
	Bewilligungen ambulant (Phase II) ²	0	0	0	0	0	198	207	234
	Bewilligungen ambulant (Phase III)	0	0	0	0	0	0	0	0
	Durchgeführte Verfahren stationär (Phase II)	3.968	3.995	3.982	3.965	2.935	2.865	3.154	3.319
Alle RIG	Durchgeführte Verfahren ambulant (Phase II) ²	0	0	0	0	0	202	215	219
	Durchgeführte Verfahren ambulant (Phase III)	0	0	0	0	0	0	0	0
	Bewilligungen insgesamt	1.495	1.576	2.367	2.553	1.694	1.308	1.266	1.312
	Durchgeführte Verfahren insgesamt	1.611	1.410	2.263	2.290	1.610	2.412	1.335	1.431
	Bewilligungen stationär (Phase II)	1.475	1.463	2.270	2.484	1.630	1.303	1.257	1.312
	Bewilligungen ambulant (Phase II)	7	28	30	17	26	2	4	0
	Bewilligungen ambulant (Phase III)	13	85	67	52	38	3	5	0
Alle RIG	Durchgeführte Verfahren stationär (Phase II)	1.607	1.394	2.187	2.241	1.541	2.399	1.333	1.431
	Durchgeführte Verfahren ambulant (Phase II)	2	10	9	11	61	7	2	0
	Durchgeführte Verfahren ambulant (Phase III)	2	6	67	38	8	6	0	0
	Bewilligungen insgesamt	184.556	180.882	190.760	198.038	151.824	180.443	195.576	215.082
	Durchgeführte Verfahren insgesamt	169.626	171.953	180.909	183.938	137.678	162.495	172.610	185.176
	Bewilligungen stationär (Phase II)	166.979	161.971	169.476	175.077	134.309	155.575	164.907	180.164
	Bewilligungen ambulant (Phase II)	7.650	9.091	10.682	11.470	9.849	14.184	18.340	21.616
Alle RIG	Bewilligungen ambulant (Phase III)	9.927	9.820	10.602	11.491	7.666	10.684	12.329	13.302
	Durchgeführte Verfahren stationär (Phase II)	154.299	155.460	161.872	162.987	122.455	141.094	149.274	157.125
	Durchgeführte Verfahren ambulant (Phase II)	6.257	7.454	9.187	10.300	7.631	11.347	13.441	16.943
	Durchgeführte Verfahren ambulant (Phase III)	9.070	9.039	9.850	10.651	7.592	10.054	9.895	11.108

¹ Ergänzende Datenmeldung für die Jahre 2016-2023 der AUVA zur RIG UCNC.

² Die ambulante Rehabilitation der Phase II in der RIG UCNC wird derzeit im Rahmen von Pilotprojekten durchgeführt (max. 420 ambRV pro Jahr).

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

Tabelle 7: **Stationäre Erwachsenen-Rehabilitation** - Vertragliche stationäre Betten in RZ 2025 (statVB), stationäre Soll-Betten in RZ 2030 (statSOLL-B) und stationäre Soll-Rehabilitationsverfahren in RZ 2030 (statSOLL-RV) sowie Soll-Ist-Vergleich Betten nach Rehabilitations-Indikationsgruppen (RIG) bundesweit

Ist 2025 (statVB) ¹	EW≥18a ²	BSR	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY	PUL	STV	UCNC	gesamt ³
VZ 1 (Ost)	3.189.637	1.492	489	0	591	221	623	210	257	252	4.135
VZ 2 (Süd)	1.590.157	1.110	429	60	538	196	310	149	257	138	3.187
VZ 3 (Nord)	1.688.096	1.168	528	0	484	200	417	157	121	0	3.075
VZ 4 (West)	954.481	191	110	49	167	30	200	65	0	136	948
Österreich	7.422.371	3.961	1.556	109	1.780	647	1.550	581	635	526	11.345

Soll 2030 (statSOLL-B)	EW≥18a ²	BSR*	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY	PUL	STV	UCNC	gesamt ³
Österreich	7.567.790	4.258	1.383	98	2.003	688	1.665	576	524	459	11.654

Soll 2030 (statSOLL-RV)	EW≥18a ²	BSR*	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY	PUL	STV	UCNC	gesamt ³
Österreich	7.567.790	69.325	20.926	1.603	24.318	11.332	14.355	9.556	7.819	3.302	162.536

Soll 2030 - Ist 2025 (Betten)	EW≥18a ²	BSR*	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY	PUL	STV	UCNC	gesamt ³
Österreich	7.567.790	-297	173	11	-223	-41	-115	5	111	67	-309

* exkl. der noch sanitätsbehördlich zu bewilligenden 80 Betten in der RIG BSR im Klinikum Bad Schallerbach (K453, „historisch gewachsene Struktur mit SV-Vertrag“)

¹ Vertragliche stationäre Betten in Betrieb, inkl. jener Standorte/Betten, die zum Zeitpunkt der Erstellung des Rehabilitationsplans 2025 noch nicht in Betrieb waren, aber bereits über eine SV-Vertragszusage verfügten (Stand Ende Mai 2025).

² Einwohnerinnen und Einwohner ab dem vollendeten 18. Lebensjahr; Hinweis: EW-Prognosen 2030 sind auf Gemeindeebene nur in 5-Jahres-Altersgruppen verfügbar; aus diesem Grund können EW-Prognosen für das Jahr 2030 und - aus Gründen der Konsistenz - auch EW-Summen für das Jahr 2025 nur ab dem vollendeten 20. Lebensjahr berücksichtigt werden.

³ exkl. der RIG SON

	Bettendefizit in Bezug auf die betreffende RIG bundesweit
	Bettenüberschuss in Bezug auf die betreffende RIG bundesweit

Quellen: Verträge der SV-Träger, SV-Vertragszusagen und Bescheide der Landesregierungen (Stand Ende Mai 2025); Rehabilitationsevidenz (Stand Ende Mai 2025); Statistik Austria / Österreichische Raumordnungskonferenz – Bevölkerungsprognosen 2024-2030
 Berechnungen und Darstellung: GÖG

Tabelle 8: Ambulante Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II - Ambulante Rehabilitationsverfahren 2025 (ambRV), ambulante Soll-Rehabilitationsverfahren 2030 (ambSOLL-RV) sowie Soll-Ist-Vergleich nach Rehabilitations-Indikationsgruppen (RIG) und nach Eignungsstandorten

Ist 2025 (ambRV) ¹	kEW≥18a ²	BSR	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY	PUL	STV	UCNC	gesamt ³
Eisenstadt	125.387	185	64	0	0	78	104	24	43	*	498
Oberwart	149.611	0	0	0	0	8	0	0	0	*	8
Klagenfurt a. Wörthersee	222.070	327	113	0	0	137	184	42	76	*	879
Villach	154.112	0	0	0	0	0	0	0	0	*	0
Amstetten	158.909	56	0	0	0	0	0	0	0	*	56
Baden	136.353	137	0	0	0	0	0	0	0	*	137
Horn	83.584	0	0	0	0	0	0	0	0	*	0
St. Pölten	241.756	372	124	0	0	149	200	82	124	*	1.051
Nicht-ESO ⁴	-	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Wiener Neustadt	180.632	264	124	0	0	111	149	34	62	*	744
Linz	411.628	736	315	0	0	123	417	12	0	*	1.603
Ried im Innkreis	145.574	213	74	0	0	89	120	27	50	*	573
Steyr	123.454	164	87	0	0	0	0	0	0	*	251
Vöcklabruck	148.457	149	0	0	0	0	0	0	0	*	149
Wels	233.986	263	106	0	0	128	172	39	71	*	779
Salzburg	321.815	461	160	0	0	194	260	59	108	*	1.242
St. Johann im Pongau	101.962	0	0	0	0	0	0	0	0	*	0
Bruck a. d. Mur	175.276	268	103	0	0	112	151	27	59	*	720
Graz	444.512	600	307	0	0	50	473	84	154	*	1.668
Leibnitz	131.259	187	65	0	0	79	106	24	44	*	505
Innsbruck	306.257	451	161	0	0	190	255	271	105	*	1.433
Wörgl	182.905	265	92	0	0	111	149	34	62	*	713
Bregenz	161.835	236	82	0	0	99	133	30	55	*	635
Feldkirch	152.605	0	101	0	0	0	0	0	0	*	101
Wien (gesamt)	2.051.457	2.930	1.029	0	197	1.247	1.676	380	693	*	8.152
Österreich	6.545.396	8.268	3.107	0	197	2.905	4.549	1.169	1.706	*	21.901

Soll 2030 (ambSOLL-RV)	kEW≥18a ²	BSR	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY	PUL	STV	UCNC	gesamt ³
Eisenstadt	128.641	241	64	0	22	49	101	39	40	*	556
Oberwart	150.713	282	75	0	25	57	119	46	47	*	651
Klagenfurt a. Wörthersee	223.219	418	110	0	38	85	176	68	69	*	964
Villach	154.637	290	77	0	26	59	122	47	48	*	669
Amstetten	161.384	302	80	0	27	62	127	50	50	*	698
Baden	140.192	263	69	0	24	53	111	43	43	*	606
Horn	83.529	157	41	0	14	32	66	26	26	*	362
St. Pölten	246.325	462	122	0	41	94	194	76	76	*	1.065
Wiener Neustadt	184.017	345	91	0	31	70	145	56	57	*	795
Linz	420.863	789	208	0	71	160	332	129	130	*	1.819
Ried im Innkreis	148.724	279	74	0	25	57	117	46	46	*	644
Steyr	125.216	235	62	0	21	48	99	38	39	*	542
Vöcklabruck	150.872	283	75	0	25	58	119	46	47	*	653
Wels	239.463	449	119	0	40	91	189	73	74	*	1.035
Salzburg	328.128	615	162	0	55	125	259	101	102	*	1.419
St. Johann im Pongau	103.451	194	51	0	17	39	82	32	32	*	447
Bruck a. d. Mur	173.307	325	86	0	29	66	137	53	54	*	750
Graz	454.784	852	225	0	76	173	359	140	141	*	1.966
Leibnitz	132.957	249	66	0	22	51	105	41	41	*	575
Innsbruck	312.274	585	155	0	52	119	246	96	97	*	1.350
Wörgl	186.906	350	93	0	31	71	147	57	58	*	807
Bregenz	165.970	311	82	0	28	63	131	51	51	*	717
Feldkirch	156.737	294	78	0	26	60	124	48	49	*	679
Wien (gesamt)	2.111.888	3.957	1.045	0	355	805	1.666	648	655	*	9.131
Österreich	6.684.197	12.527	3.310	0	1.121	2.547	5.273	2.050	2.072	*	28.900

Soll 2030 - Ist 2025	kEW $\geq$ 18a ²	BSR	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY	PUL	STV	UCNC	gesamt ³
Eisenstadt	128.641	-56	0	0	-22	29	3	-15	3	*	-58
Oberwart	150.713	-282	-75	0	-25	-49	-119	-46	-47	*	-643
Klagenfurt a. Wörthersee	223.219	-91	3	0	-38	52	8	-26	7	*	-85
Villach	154.637	-290	-77	0	-26	-59	-122	-47	-48	*	-669
Amstetten	161.384	-246	-80	0	-27	-62	-127	-50	-50	*	-642
Baden	140.192	-126	-69	0	-24	-53	-111	-43	-43	*	-469
Horn	83.529	-157	-41	0	-14	-32	-66	-26	-26	*	-362
St. Pölten ⁴	246.325	-86	2	0	-41	55	6	6	48	*	-10
Wiener Neustadt	184.017	-81	33	0	-31	41	4	-22	5	*	-51
Linz	420.863	-53	107	0	-71	-37	85	-117	-130	*	-216
Ried im Innkreis	148.724	-66	0	0	-25	32	3	-19	4	*	-71
Steyr	125.216	-71	25	0	-21	-48	-99	-38	-39	*	-291
Vöcklabruck	150.872	-134	-75	0	-25	-58	-119	-46	-47	*	-504
Wels	239.463	-186	-13	0	-40	37	-17	-34	-3	*	-256
Salzburg	328.128	-154	-2	0	-55	69	1	-42	6	*	-177
St. Johann im Pongau	103.451	-194	-51	0	-17	-39	-82	-32	-32	*	-447
Bruck a. d. Mur	173.307	-57	17	0	-29	46	14	-26	5	*	-30
Graz	454.784	-252	82	0	-76	-123	114	-56	13	*	-298
Leibnitz	132.957	-62	-1	0	-22	28	1	-17	3	*	-70
Innsbruck	312.274	-134	6	0	-52	71	9	175	8	*	83
Wörgl	186.906	-85	-1	0	-31	40	2	-23	4	*	-94
Bregenz	165.970	-75	0	0	-28	36	2	-21	4	*	-82
Feldkirch	156.737	-294	23	0	-26	-60	-124	-48	-49	*	-578
Wien (gesamt)	2.111.888	-1.027	-16	0	-158	442	10	-268	38	*	-979
Österreich	6.684.197	-4.259	-203	0	-924	358	-724	-881	-366	*	-6.999

* 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.

¹ In ambulanten Rehabilitationseinrichtungen abgeschlossene und mit SV-Trägern abgerechnete ambulante Rehabilitationsverfahren der Phase II im Jahr 2023 bzw. von SV-Trägern jährlich zugesagte ambulante Rehabilitationsverfahren gemäß SV-Vertragszusage, inkl. jener Standorte/Kapazitäten, die zum Zeitpunkt der Erstellung des Rehabilitationsplans 2025 noch nicht in Betrieb waren, aber bereits über eine SV-Vertragszusage verfügten (Stand Ende Mai 2025). Exkl. jener Standorte/Kapazitäten, die zum Zeitpunkt der Erstellung des Rehabilitationsplans 2025 über Betriebsbewilligungen zur ambulanten Phase-II-Rehabilitation verfügten, jedoch über keinen aufrechten Vertrag mit einem SV-Träger zur ambulanten Phase-II-Rehabilitation.

² Korrigierte Einwohnerinnen und Einwohner ab dem vollendeten 18. Lebensjahr (Wohnbevölkerung $\geq$ 18a innerhalb der 45-Minuten-Isochrone rund um die Eignungsstandorte, entsprechen rund 89 Prozent der Gesamt-Bevölkerung; Verteilung von ambulanten Rehabilitationsverfahren über die Eignungsstandorte in oben stehender Tabelle proportional zu den Einwohnerinnen und Einwohnern in den Einzugsgebieten der Eignungsstandorte gemäß 45-Minuten-Isochrone; Hinweis: EW-Prognosen 2030 sind auf Gemeindeebene nur in 5-Jahres-Altersgruppen verfügbar; aus diesem Grund können EW-Prognosen für das Jahr 2030 und - aus Gründen der Konsistenz - auch EW-Summen für das Jahr 2025 nur ab dem vollendeten 20. Lebensjahr berücksichtigt werden.

³ exkl. der RIG SON

⁴ Nicht-ESO ausschließlich im Bundesland NÖ im Einzugsgebiet des ESO St. Pölten; Ist 2025: 4 ambRV in der RIG BSR im Jahr 2023 im IPM Tulln; 0 ambRV in der RIG BSR im Jahr 2023 im IPM Krems, im Soll-Ist-Vergleich wurden die RV im Ist 2025 an Nicht-ESO beim ESO St. Pölten berücksichtigt;

	Defizit an ambRV in Bezug auf den betreffenden Eignungsstandort bzw. RIG
	Überschuss an ambRV in Bezug auf den betreffenden Eignungsstandort bzw. RIG

Quellen: Verträge der SV-Träger, SV-Vertragszusagen und Bescheide der Landesregierungen (Stand Ende Mai 2025); Rehabilitationsevidenz (Stand Ende Mai 2025); Statistik Austria / Österreichische Raumordnungskonferenz – Bevölkerungsprognosen 2024-2030; GeoMagis GmbH - GeoAtlas Distance (Stand 2023)
Berechnungen und Darstellung: GÖG

Tabelle 9: **Ambulante Erwachsenen-Rehabilitation der Phase III** - Ambulante Rehabilitationsverfahren 2023 (ambRV) sowie ambulante Soll-Rehabilitationsverfahren 2030 (ambSOLL-RV) nach Rehabilitations-Indikationsgruppen (RIG) und nach Eignungsstandorten

Ist 2023 (ambRV) ¹	kEW≥18a ²	BSR ³	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY	PUL	STV	UCNC	gesamt ⁴
Eisenstadt	125.387	131	18	0	16	0	15	21	13	0	214
Oberwart	149.611	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Klagenfurt a. Wörthersee	222.070	129	139	0	64	0	53	54	19	0	458
Villach	154.112	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Amstetten	158.909	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Baden	136.353	38	0	0	0	0	0	0	0	0	38
Horn	83.584	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
St. Pölten	241.756	290	60	0	38	0	51	29	38	0	506
Nicht-ESO ⁵	-	65	0	0	0	0	0	0	0	0	65
Wiener Neustadt	180.632	349	46	0	37	0	97	44	37	0	610
Linz	411.628	250	209	0	23	0	163	1	0	0	646
Ried im Innkreis	145.574	68	36	0	21	0	17	9	8	0	159
Steyr	123.454	29	62	0	7	0	0	0	0	0	98
Vöcklabruck	148.457	16	0	0	6	0	0	0	0	0	22
Wels	233.986	68	125	0	11	0	23	30	14	0	271
Salzburg	321.815	179	153	0	29	0	51	78	21	0	511
St. Johann im Pongau	101.962	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bruck a. d. Mur	175.276	112	60	0	3	0	24	48	32	0	279
Graz	444.512	334	258	0	44	1	66	48	91	0	842
Leibnitz	131.259	58	16	0	11	0	28	8	17	0	138
Innsbruck	306.257	51	66	0	5	0	5	115	2	0	244
Wörgl	182.905	65	11	0	33	0	23	19	9	0	160
Bregenz	161.835	73	12	0	8	0	46	17	33	0	189
Feldkirch	152.605	0	81	0	0	0	0	0	0	0	81
Wien (gesamt)	2.051.457	1.306	311	0	214	0	427	291	158	0	2.707
Österreich	6.545.396	3.611	1.663	0	570	1	1.089	812	492	0	8.238

Soll 2030 (ambSOLL-RV)	kEW≥18a ²	BSR	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY	PUL	STV	UCNC	gesamt ⁴
Eisenstadt	128.641	139	37	0	13	5	20	14	8	0	236
Oberwart	150.713	163	43	0	15	6	23	16	10	0	276
Klagenfurt a. Wörthersee	223.219	241	64	0	23	8	35	24	15	0	410
Villach	154.637	167	45	0	16	6	24	17	10	0	285
Amstetten	161.384	175	47	0	16	6	25	17	11	0	297
Baden	140.192	152	40	0	14	5	22	15	9	0	257
Horn	83.529	90	24	0	8	3	13	9	5	0	152
St. Pölten	246.325	266	71	0	25	9	38	26	16	0	451
Wiener Neustadt	184.017	199	53	0	19	7	29	20	12	0	339
Linz	420.863	455	121	0	42	15	65	45	28	0	771
Ried im Innkreis	148.724	161	43	0	15	5	23	16	10	0	273
Steyr	125.216	135	36	0	13	5	19	13	8	0	229
Vöcklabruck	150.872	163	43	0	15	6	23	16	10	0	276
Wels	239.463	259	69	0	24	9	37	26	16	0	440
Salzburg	328.128	355	95	0	33	12	51	35	21	0	602
St. Johann im Pongau	103.451	112	30	0	10	4	16	11	7	0	190
Bruck a. d. Mur	173.307	187	50	0	17	6	27	19	11	0	317
Graz	454.784	492	131	0	46	17	71	49	30	0	836
Leibnitz	132.957	144	38	0	13	5	21	14	9	0	244
Innsbruck	312.274	338	90	0	31	11	49	34	20	0	573
Wörgl	186.906	202	54	0	19	7	29	20	12	0	343
Bregenz	165.970	180	48	0	17	6	26	18	11	0	306
Feldkirch	156.737	170	45	0	16	6	24	17	10	0	288
Wien (gesamt)	2.111.888	2.284	609	0	213	77	329	227	138	0	3.877
Österreich	6.684.197	7.229	1.926	0	673	246	1.039	718	437	0	12.268

¹ In ambulanten Rehabilitationseinrichtungen abgeschlossene und mit SV-Trägern abrechnete ambulante Rehabilitationsverfahren der Phase III im Jahr 2023.

² Korrigierte Einwohnerinnen und Einwohner ab dem vollendeten 18. Lebensjahr (Wohnbevölkerung ≥18a innerhalb der 45-Minuten-Isochrone rund um die Eignungsstandorte, entsprechen rund 89 Prozent der Gesamt-Bevölkerung; Verteilung von ambulanten Rehabilitationsverfahren über die Eignungsstandorte in oben stehender Tabelle proportional zu den Einwohnerinnen und Einwohnern in den Einzugsgebieten der Eignungsstandorte gemäß 45-Minuten-Isochrone; Hinweis: EW-Prognosen 2030 sind auf Gemeindeebene nur in 5-Jahres-Altersgruppen verfügbar; aus diesem Grund können EW-Prognosen für das Jahr 2030 und - aus Gründen der Konsistenz - auch EW-Summen für das Jahr 2025 nur ab dem vollendeten 20. Lebensjahr berücksichtigt werden.

³ Rehabilitationsverfahren der RIG BSR in der Phase III, exkl. jener RV der Wirbelsäulen-Rehabilitation der PVA, denen keine Phase-II-Rehabilitation vorangegangen ist.

⁴ exkl. der RIG SON

⁵ Nicht-ESO ausschließlich im Bundesland NÖ im Einzugsgebiet des ESO St. Pölten; Ist 2025: 64 ambRV in der RIG BSR im Jahr 2023 im David Institut Krems, 1 ambRV in der RIG BSR im Jahr 2023 im IPM Tulln; im Soll-Ist-Vergleich wurden die RV im Ist 2025 an Nicht-ESO beim ESO St. Pölten berücksichtigt;

Quellen: Verträge der SV-Träger, SV-Vertragszusagen und Bescheide der Landesregierungen (Stand Ende Mai 2025);
Rehabilitationsevidenz (Stand Ende Mai 2025); Statistik Austria / Österreichische Raumordnungskonferenz – Bevölkerungsprognosen 2024-2030;
GeoMagis GmbH - GeoAtlas Distance (Stand 2023)
Berechnungen und Darstellung: GÖG

Tabelle 10: **Stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation** - Vertragliche stationäre Betten in RZ 2025 (statVB), stationäre Soll-Betten in RZ 2030 (statSOLL-B) und stationäre Soll-Rehabilitationsverfahren in RZ 2030 (statSOLL-RV) sowie Soll-Ist-Vergleich Betten nach Rehabilitations-Indikationsgruppen-Cluster (RIG-Cluster) bundesweit

Ist 2025 (statVB) ¹	EW<18a ²	MOB ³	HKE PUL	ONK ⁴ STV ⁴	MH ⁵	gesamt
VZ 1 (Ost)	759.208	67	0	0	47	114
VZ 2 (Süd)	346.499	31	28	0	24	83
VZ 3 (Nord)	418.978	36	17	32	24	159
VZ 4 (West)	235.005	22	0	0	15	37
Österreich	1.759.690	156	45	32	110	343

Soll 2030 (statSOLL-B)	EW<18a ²	MOB ³	HKE PUL	ONK ⁴ STV ⁴	MH ⁵	gesamt
Österreich	1.763.259	59	10	49	216	334

Soll 2030 (statSOLL-RV)	EW<18a ²	MOB ³	HKE PUL	ONK ⁴ STV ⁴	MH ⁵	gesamt
Österreich	1.763.259	769	139	633	1.997	3.538

Soll 2030 - Ist 2025 (Betten)	EW<18a ²	MOB ³	HKE PUL	ONK ⁴ STV ⁴	MH ⁵	gesamt
Österreich	1.763.259	97	35	-17	-106	9

¹ Vertragliche stationäre Betten in Betrieb, inkl. jener Standorte/Betten, die zum Zeitpunkt der Erstellung des Rehabilitationsplans 2025 noch nicht in Betrieb waren, aber bereits über eine SV-Vertragszusage verfügten (Stand Ende Mai 2025).

² Einwohnerinnen und Einwohner bis zum vollendeten 18. Lebensjahr; Hinweis: EW-Prognosen 2030 sind auf Gemeindeebene nur in 5-Jahres-Altersgruppen verfügbar; aus diesem Grund können EW-Prognosen für das Jahr 2030 und - aus Gründen der Konsistenz - auch EW-Summen für das Jahr 2025 nur bis zum vollendeten 20. Lebensjahr berücksichtigt werden.

³ Mobilisierender Schwerpunkt (BSR, KJC, NEU, NC, SON)

⁴ Ist 2025: 20 Betten ONK (exkl. 50 Betten für Angehörige in der familienorientierten Rehabilitation in der RIG ONK; Berechnungsfaktor: 2,5 Angehörigenbetten je Rehabett in der RIG ONK), 12 Betten STV; Soll 2030: Der zusätzlich ausgewiesene Bettenbedarf soll aufgrund der in den vergangenen Jahren beobachteten Inanspruchnahme in der RIG STV aufgebaut werden.

⁵ Mental Health (ESP, KJP)

	Bettendefizit in Bezug auf die betreffende RIG bundesweit
	Bettenüberschuss in Bezug auf die betreffende RIG bundesweit

Quellen: Verträge der SV-Träger, SV-Vertragszusagen und Bescheide der Landesregierungen (Stand Ende Mai 2025); Rehabilitationsevidenz (Stand Ende Mai 2025); Statistik Austria / Österreichische Raumordnungskonferenz – Bevölkerungsprognosen 2024-2030
Berechnungen und Darstellung: GÖG

Anhang 2

- Karte 1: Einrichtungen für stationäre Erwachsenen-Rehabilitation 2025
- Karte 2: Einrichtungen für ambulante Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II 2025
- Karte 3: Einrichtungen für ambulante Erwachsenen-Rehabilitation der Phase III 2025
- Karte 4: Einrichtungen für stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation 2025
- Karte 5: Tatsächliche Einzugsbereiche und stationäre Rehabilitationshäufigkeit in RZ 2023, Erwachsenen-Rehabilitation – RIG BSR
- Karte 6: Tatsächliche Einzugsbereiche und stationäre Rehabilitationshäufigkeit in RZ 2023, Erwachsenen-Rehabilitation – RIG HKE
- Karte 7: Tatsächliche Einzugsbereiche und stationäre Rehabilitationshäufigkeit in RZ 2023, Erwachsenen-Rehabilitation – RIG LYMPH
- Karte 8: Tatsächliche Einzugsbereiche und stationäre Rehabilitationshäufigkeit in RZ 2023, Erwachsenen-Rehabilitation – RIG NEU
- Karte 9: Tatsächliche Einzugsbereiche und stationäre Rehabilitationshäufigkeit in RZ 2023, Erwachsenen-Rehabilitation – RIG ONK
- Karte 10: Tatsächliche Einzugsbereiche und stationäre Rehabilitationshäufigkeit in RZ 2023, Erwachsenen-Rehabilitation – RIG PSY
- Karte 11: Tatsächliche Einzugsbereiche und stationäre Rehabilitationshäufigkeit in RZ 2023, Erwachsenen-Rehabilitation – RIG PUL
- Karte 12: Tatsächliche Einzugsbereiche und stationäre Rehabilitationshäufigkeit in RZ 2023, Erwachsenen-Rehabilitation – RIG STV
- Karte 13: Tatsächliche Einzugsbereiche und stationäre Rehabilitationshäufigkeit in RZ 2023, Erwachsenen-Rehabilitation – RIG UCNC
- Karte 14: Tatsächliche Einzugsbereiche und stationäre Rehabilitationshäufigkeit in RZ 2023, Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation – alle RIG-Cluster
- Karte 15: Einzugsbereiche der Eignungsstandorte für ambulante Erwachsenen-Rehabilitation der Phasen II und III 2030
- Karte 16: Eignungsstandorte für ambulante Erwachsenen-Rehabilitation der Phasen II und III 2030 und Gemeinden im 10-km-Radius bzw. im 15-km-Radius bei Eignungsstandort-Gemeinden mit mehr als 250.000 EW

Rehabilitationsplan 2025

Einrichtungen für stationäre Erwachsenen-Rehabilitation 2025

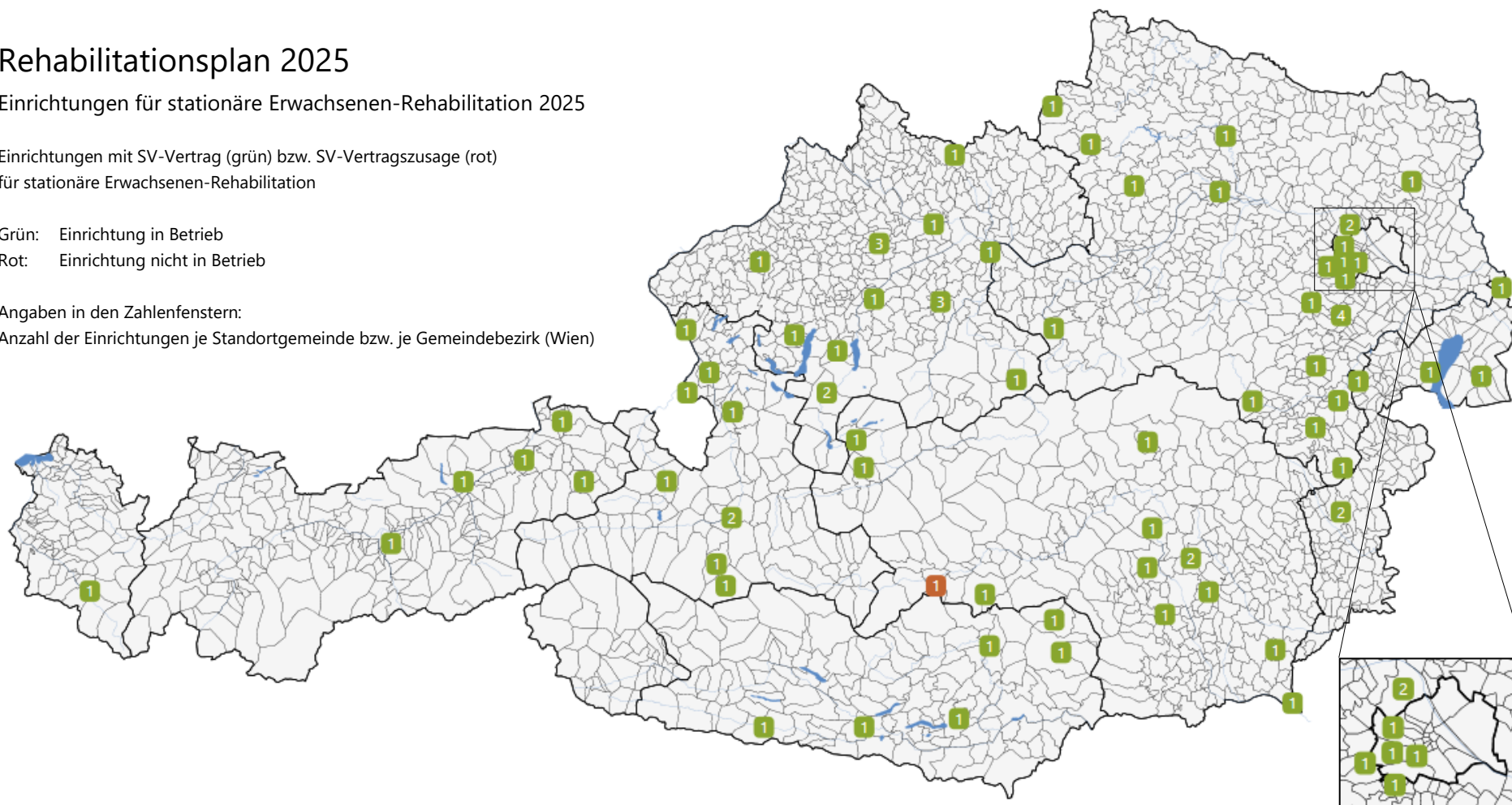
Einrichtungen mit SV-Vertrag (grün) bzw. SV-Vertragszusage (rot)
für stationäre Erwachsenen-Rehabilitation

Grün: Einrichtung in Betrieb

Rot: Einrichtung nicht in Betrieb

Angaben in den Zahlenfenstern:

Anzahl der Einrichtungen je Standortgemeinde bzw. je Gemeindebezirk (Wien)



Quellen: GÖG – Rehabilitationsevidenz 2025; Angaben von Ländern/SVT 2025
Berechnungen und Darstellung: GÖG

Einrichtungen für ambulante Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II 2025



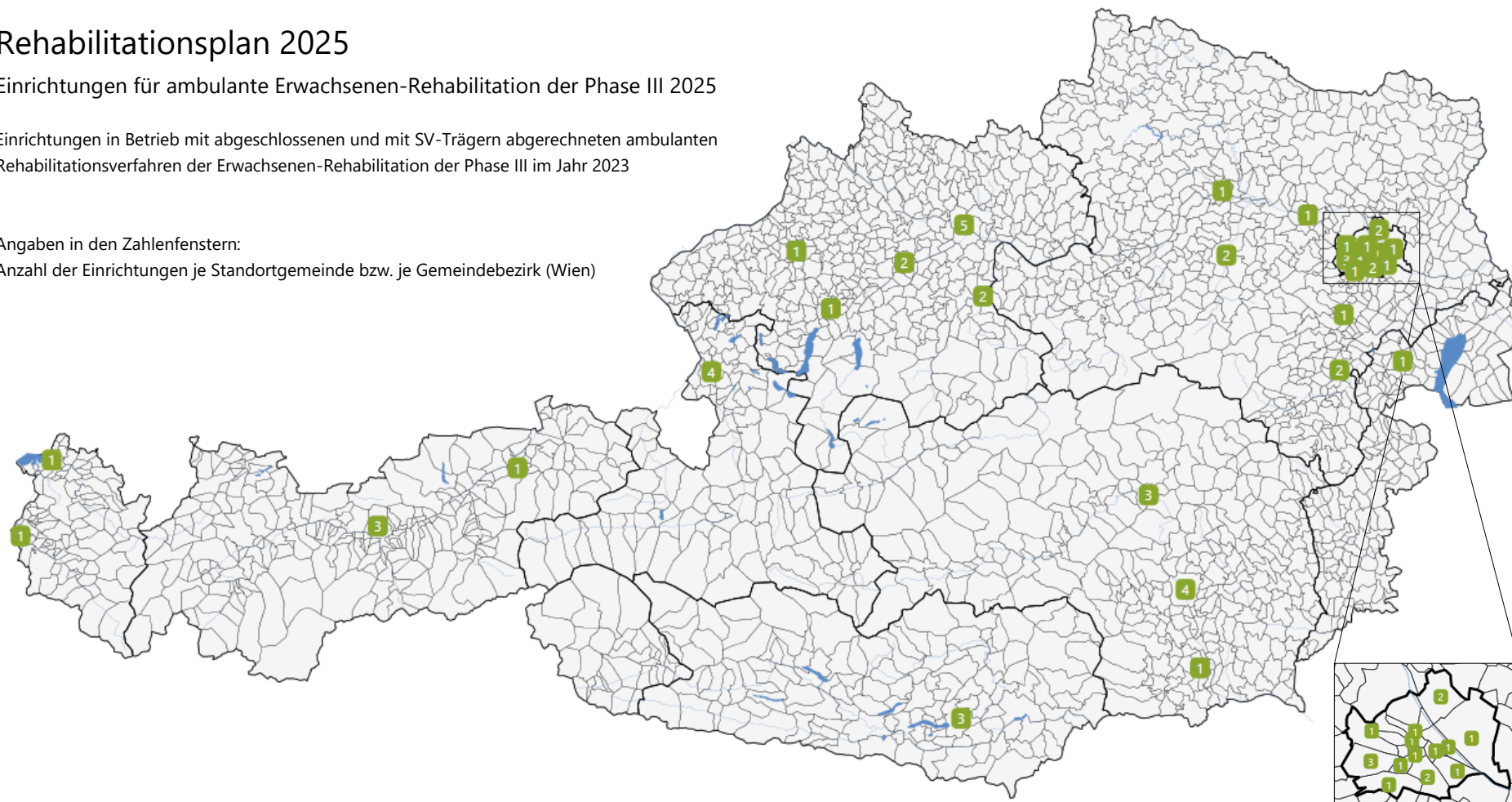
Rehabilitationsplan 2025

Einrichtungen für ambulante Erwachsenen-Rehabilitation der Phase III 2025

Einrichtungen in Betrieb mit abgeschlossenen und mit SV-Trägern abgerechneten ambulanten Rehabilitationsverfahren der Erwachsenen-Rehabilitation der Phase III im Jahr 2023

Angaben in den Zahlenfenstern:

Anzahl der Einrichtungen je Standortgemeinde bzw. je Gemeindebezirk (Wien)



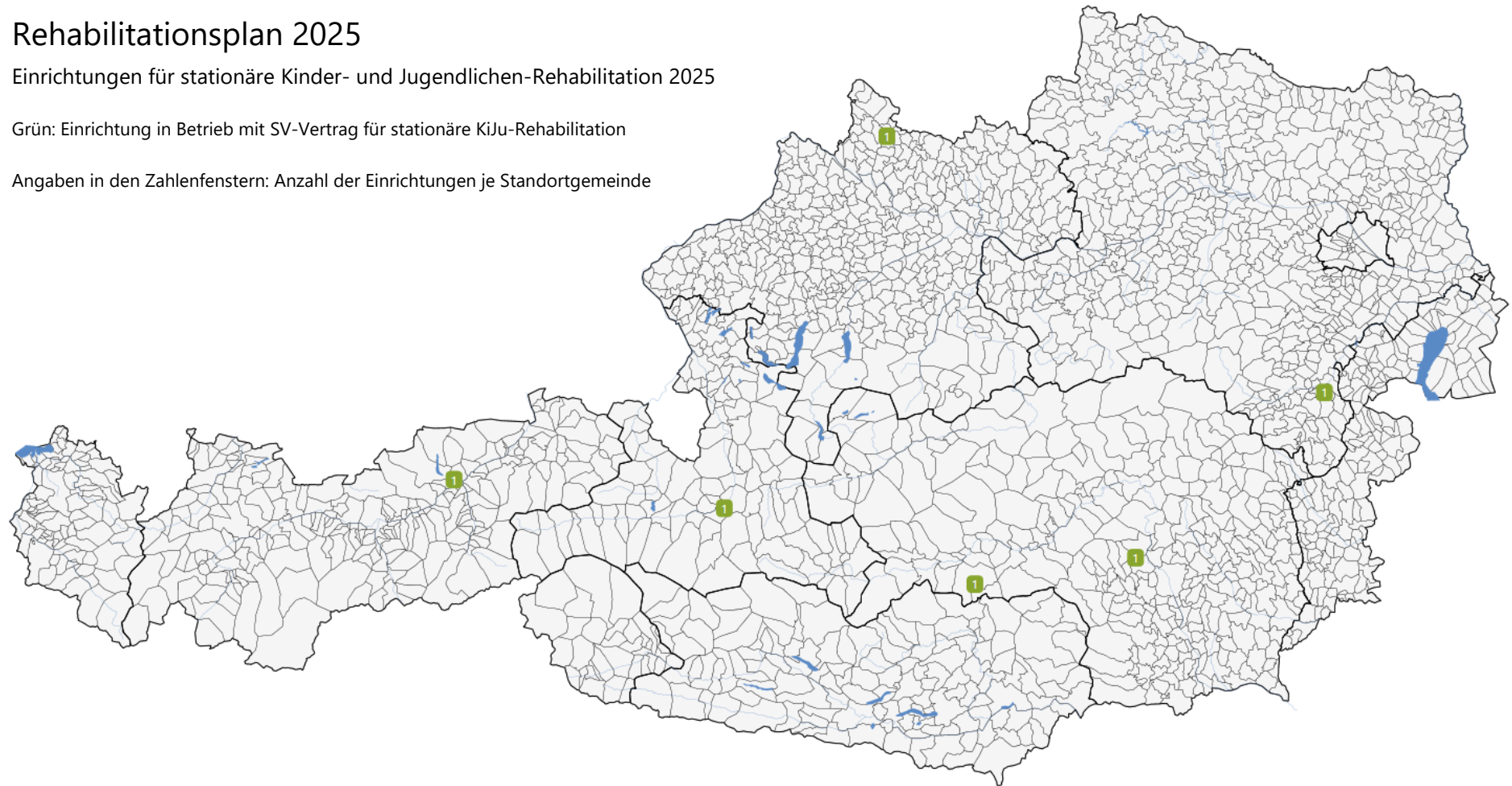
Quellen: GÖG – Rehabilitationsevidenz 2025; Angaben von Ländern/SVT 2025
Berechnungen und Darstellung: GÖG

Rehabilitationsplan 2025

Einrichtungen für stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation 2025

Grün: Einrichtung in Betrieb mit SV-Vertrag für stationäre KiJu-Rehabilitation

Angaben in den Zahlenfenstern: Anzahl der Einrichtungen je Standortgemeinde

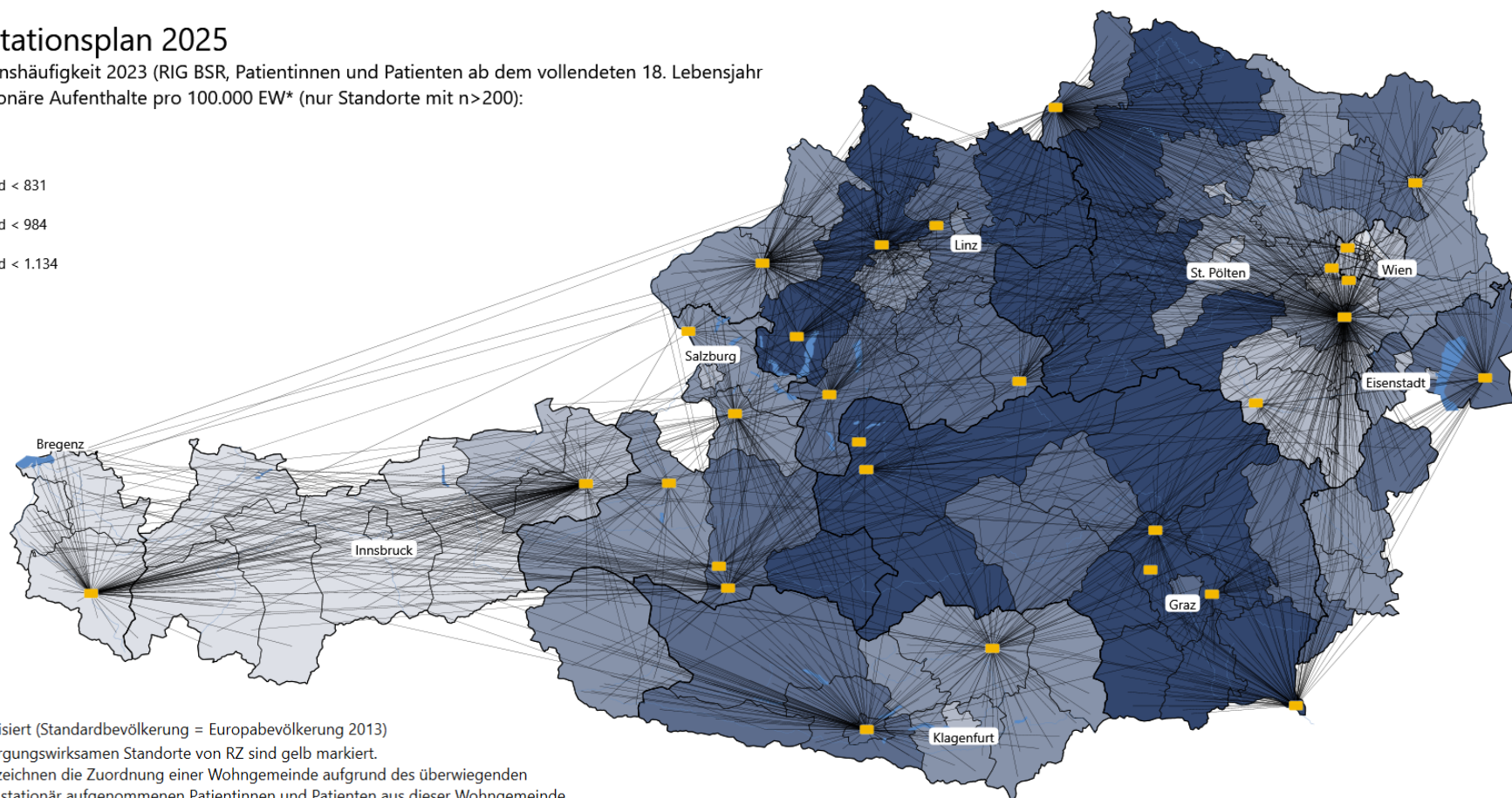


Quellen: GÖG – Rehabilitationsevidenz 2025; Angaben von Ländern/SVT 2025
Berechnungen und Darstellung: GÖG

Karte 5: Tatsächliche Einzugsbereiche und stationäre Rehabilitationshäufigkeit in RZ 2023, Erwachsenen-Rehabilitation – RIG BSR

Rehabilitationsplan 2025

Rehabilitationshäufigkeit 2023 (RIG BSR, Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr in RZ) - stationäre Aufenthalte pro 100.000 EW* (nur Standorte mit n>200):



* altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung 2013)

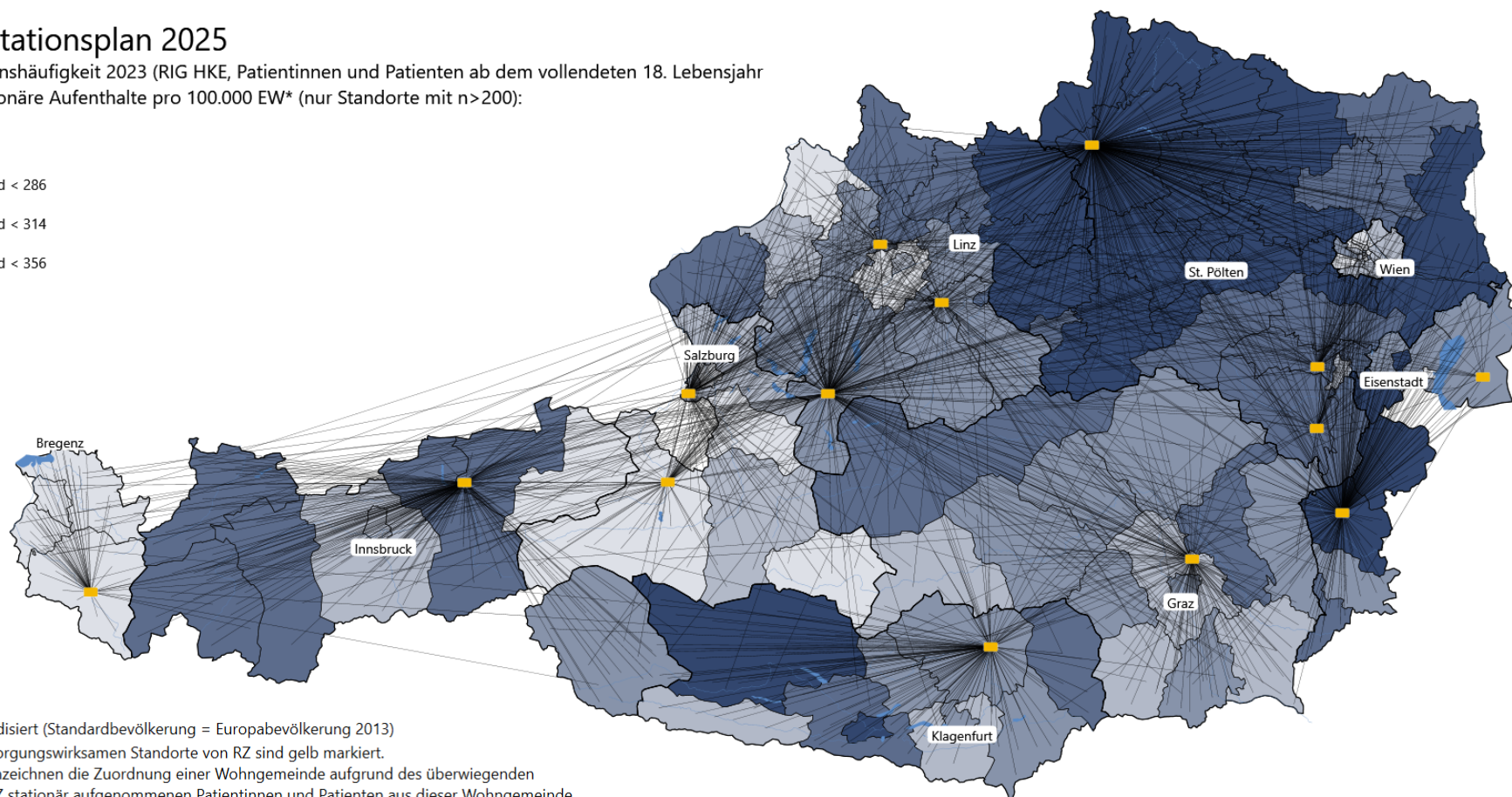
Anm.: Die versorgungswirksamen Standorte von RZ sind gelb markiert.

Die Linien kennzeichnen die Zuordnung einer Wohngemeinde aufgrund des überwiegenden Anteils an in RZ stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten aus dieser Wohngemeinde.

Quellen: BMASGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2023; Statistik Austria – Bevölkerungsstatistik 2023
Berechnungen und Darstellung: GÖG

Rehabilitationsplan 2025

Rehabilitationshäufigkeit 2023 (RIG HKE, Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr in RZ) - stationäre Aufenthalte pro 100.000 EW* (nur Standorte mit n>200):



* altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung 2013)

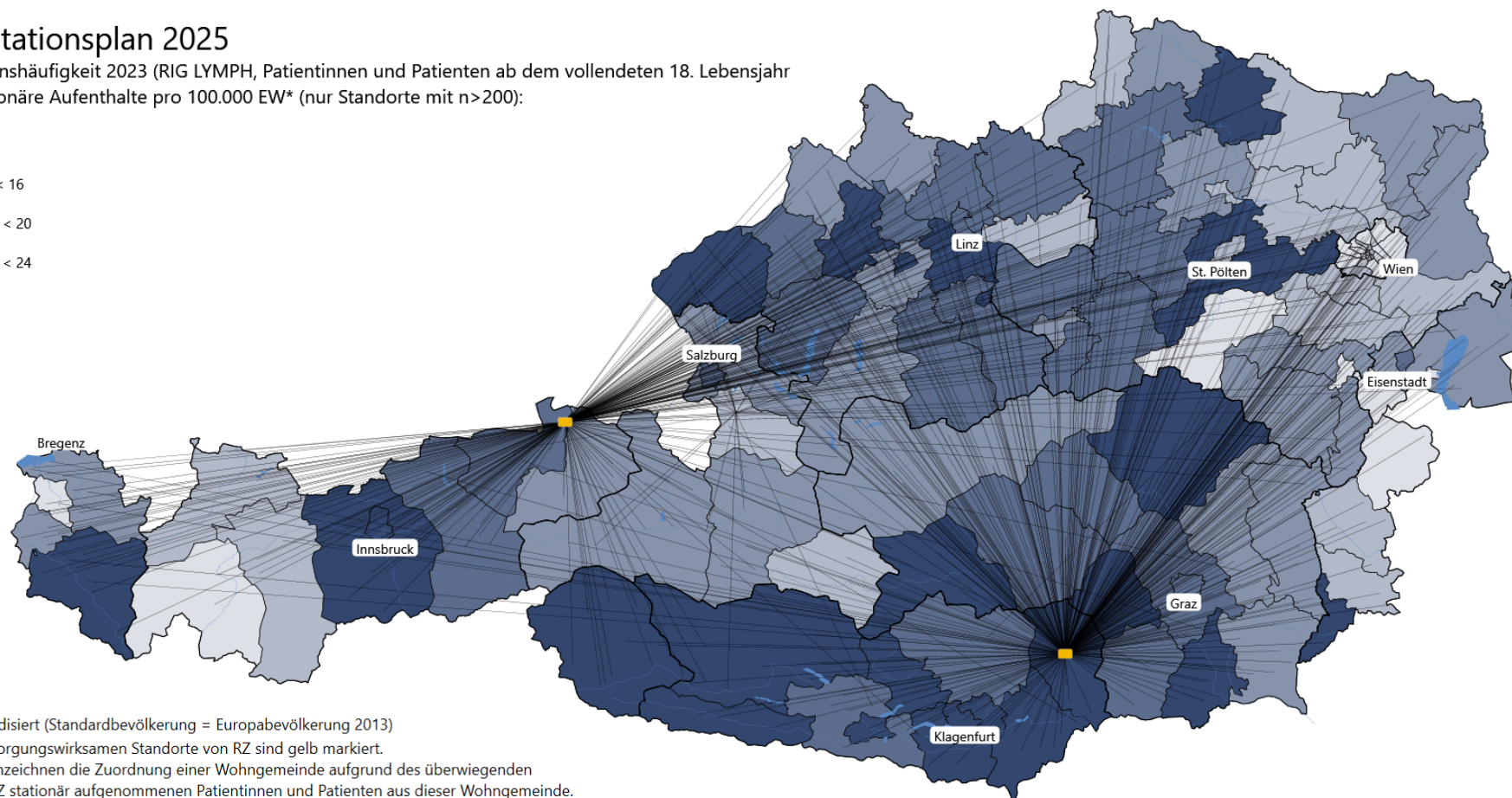
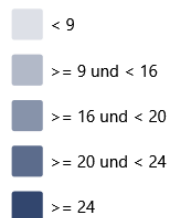
Anm.: Die versorgungswirksamen Standorte von RZ sind gelb markiert.

Die Linien kennzeichnen die Zuordnung einer Wohngemeinde aufgrund des überwiegenden Anteils an in RZ stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten aus dieser Wohngemeinde.

Quellen: BMASGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2023; Statistik Austria – Bevölkerungsstatistik 2023
Berechnungen und Darstellung: GÖG

Rehabilitationsplan 2025

Rehabilitationshäufigkeit 2023 (RIG LYMPH, Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr in RZ) - stationäre Aufenthalte pro 100.000 EW* (nur Standorte mit n>200):



* altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung 2013)

Anm.: Die versorgungswirksamen Standorte von RZ sind gelb markiert.

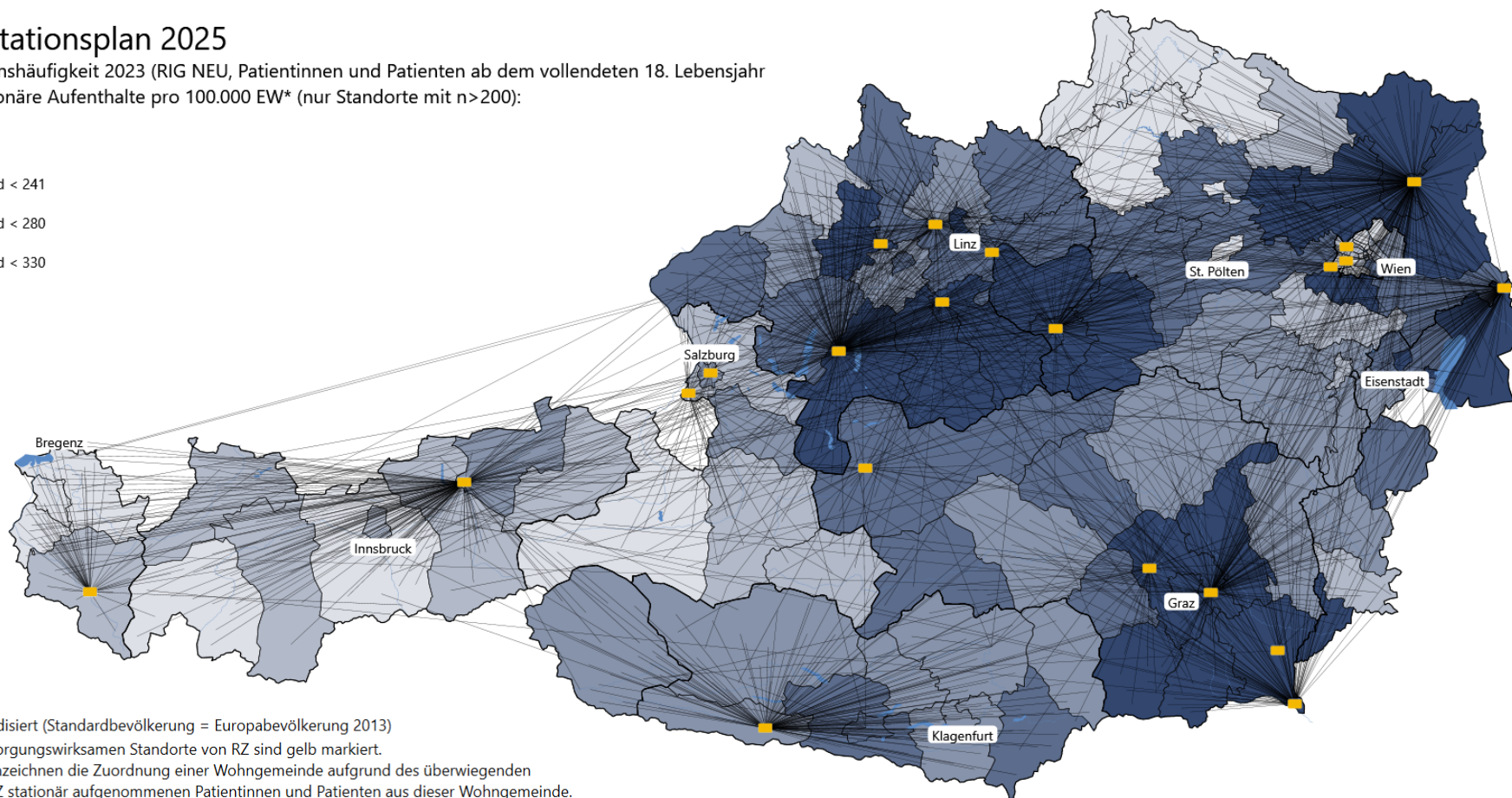
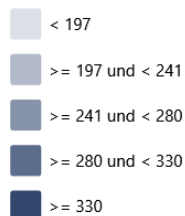
Die Linien kennzeichnen die Zuordnung einer Wohngemeinde aufgrund des überwiegenden Anteils an in RZ stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten aus dieser Wohngemeinde.

Quellen: BMASGPK – Diagnosen- und Leistungsdocumentation der österreichischen Krankenanstalten 2023; Statistik Austria – Bevölkerungsstatistik 2023
Berechnungen und Darstellung: GÖG

Karte 8: Tatsächliche Einzugsbereiche und stationäre Rehabilitationshäufigkeit in RZ 2023, Erwachsenen-Rehabilitation – RIG NEU

Rehabilitationsplan 2025

Rehabilitationshäufigkeit 2023 (RIG NEU, Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr in RZ) - stationäre Aufenthalte pro 100.000 EW* (nur Standorte mit n>200):



* altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung 2013)

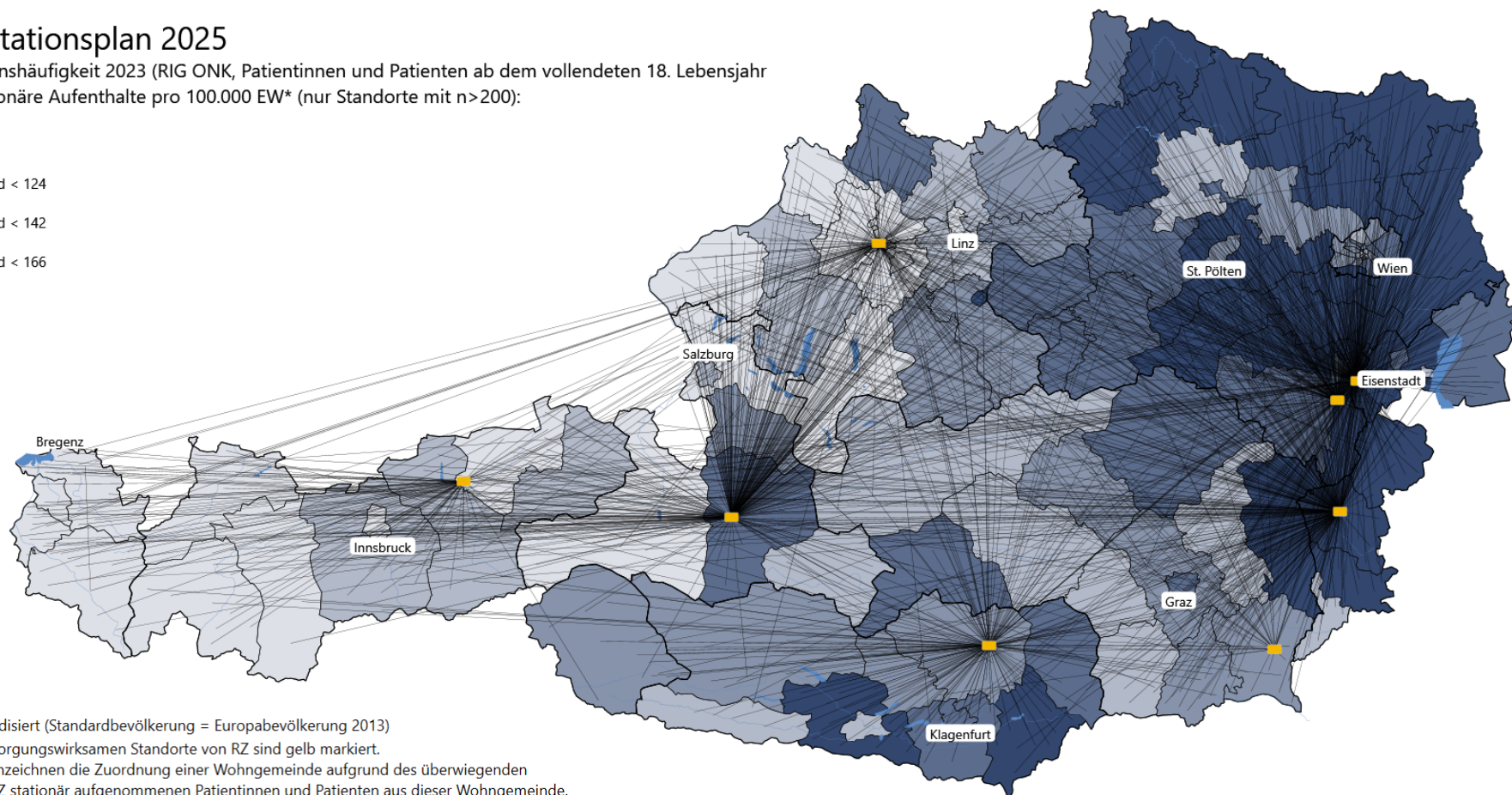
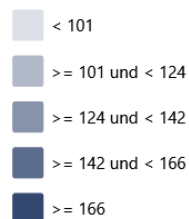
Anm.: Die versorgungswirksamen Standorte von RZ sind gelb markiert.

Die Linien kennzeichnen die Zuordnung einer Wohngemeinde aufgrund des überwiegenden Anteils an in RZ stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten aus dieser Wohngemeinde.

Quellen: BMASGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2023; Statistik Austria – Bevölkerungsstatistik 2023
Berechnungen und Darstellung: GÖG

Rehabilitationsplan 2025

Rehabilitationshäufigkeit 2023 (RIG ONK, Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr in RZ) - stationäre Aufenthalte pro 100.000 EW* (nur Standorte mit n>200):



* altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung 2013)

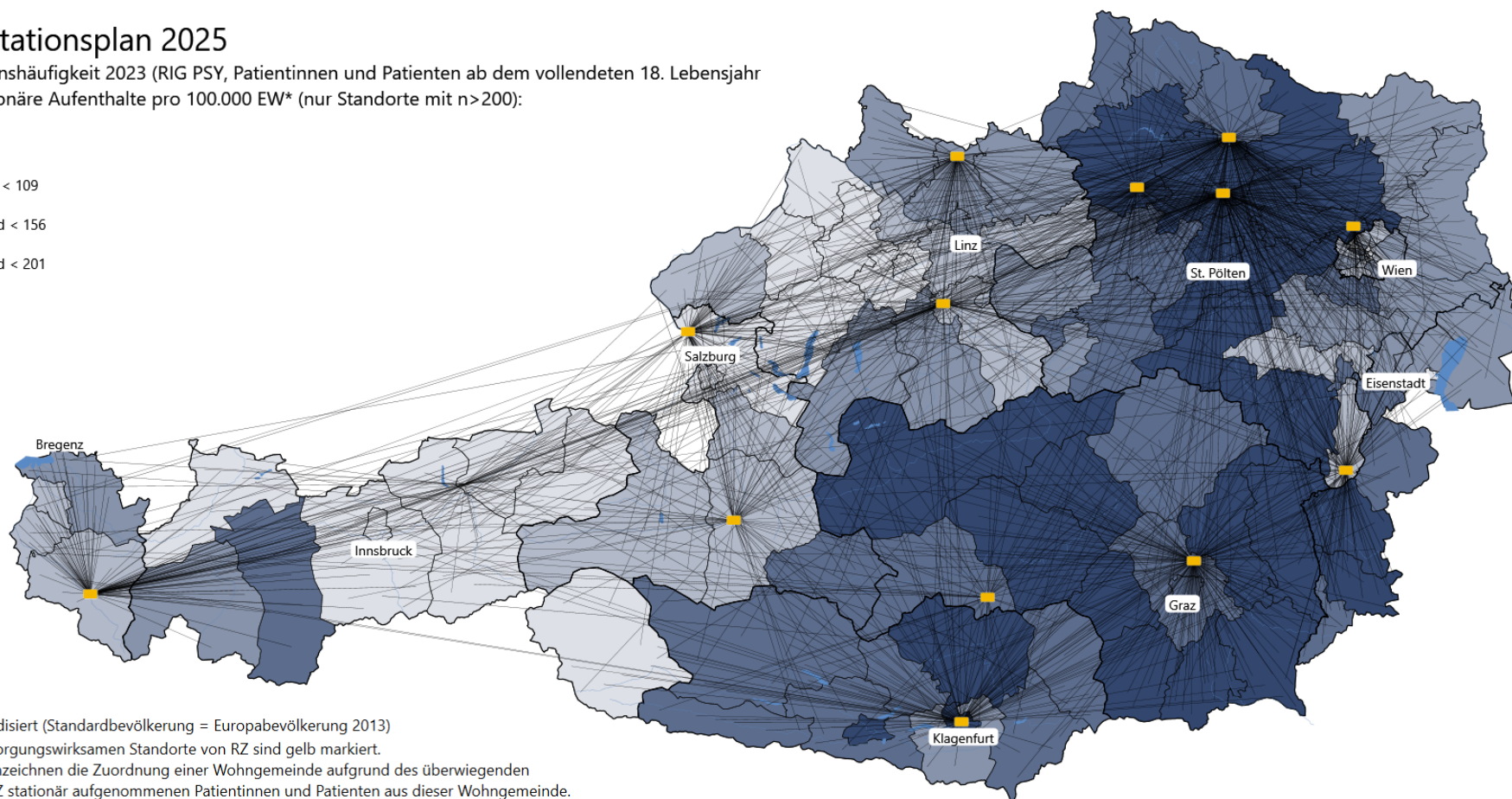
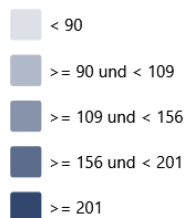
Anm.: Die versorgungswirksamen Standorte von RZ sind gelb markiert.

Die Linien kennzeichnen die Zuordnung einer Wohngemeinde aufgrund des überwiegenden Anteils an in RZ stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten aus dieser Wohngemeinde.

Quellen: BMASGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2023; Statistik Austria – Bevölkerungsstatistik 2023
Berechnungen und Darstellung: GÖG

Rehabilitationsplan 2025

Rehabilitationshäufigkeit 2023 (RIG PSY, Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr in RZ) - stationäre Aufenthalte pro 100.000 EW* (nur Standorte mit n>200):



* altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung 2013)

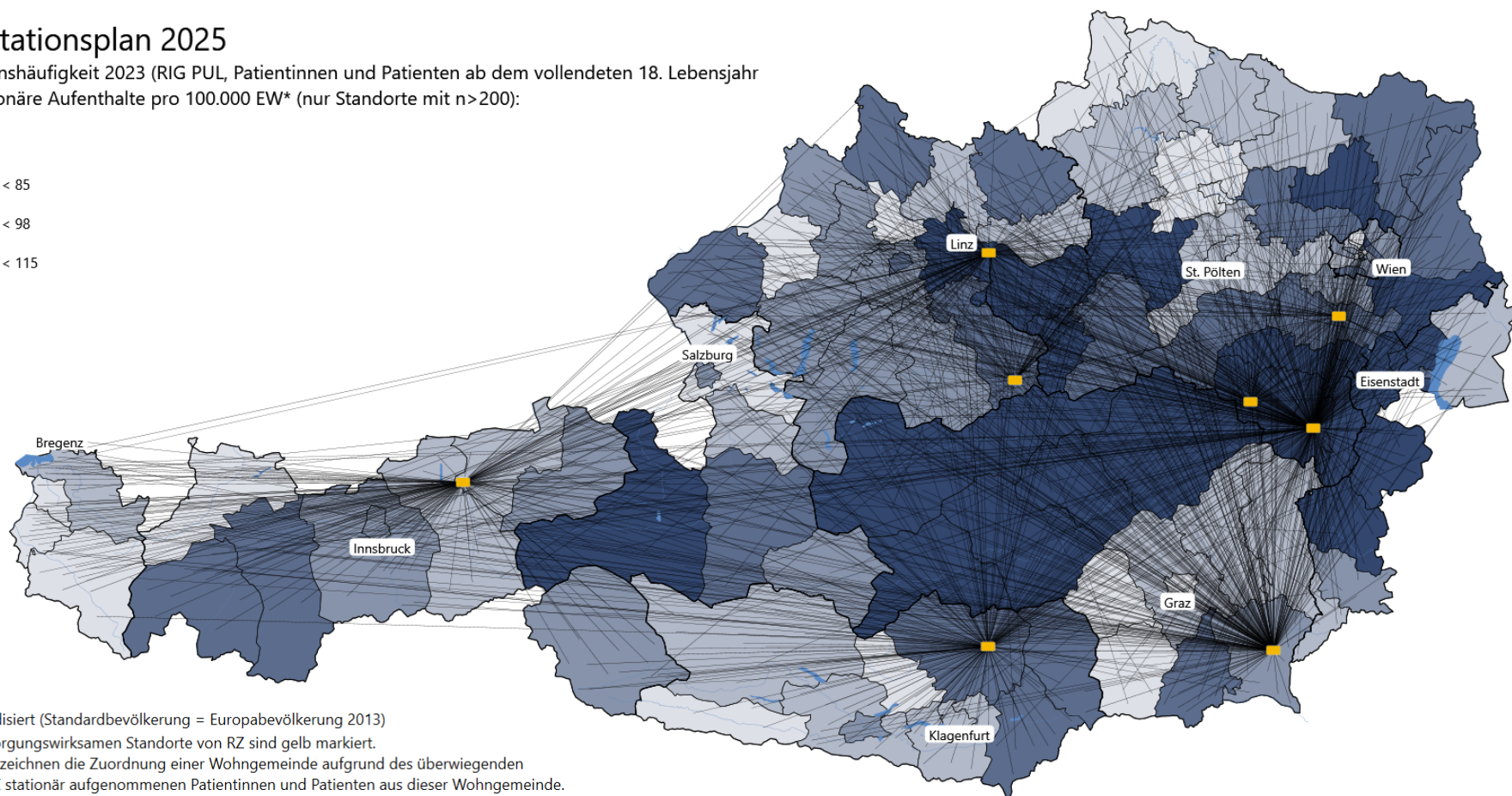
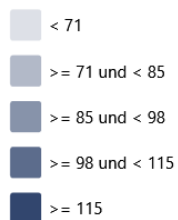
Anm.: Die versorgungswirksamen Standorte von RZ sind gelb markiert.

Die Linien kennzeichnen die Zuordnung einer Wohngemeinde aufgrund des überwiegenden Anteils an in RZ stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten aus dieser Wohngemeinde.

Quellen: BMASGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2023; Statistik Austria – Bevölkerungsstatistik 2023
Berechnungen und Darstellung: GÖG

Rehabilitationsplan 2025

Rehabilitationshäufigkeit 2023 (RIG PUL, Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr in RZ) - stationäre Aufenthalte pro 100.000 EW* (nur Standorte mit n>200):



* altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung 2013)

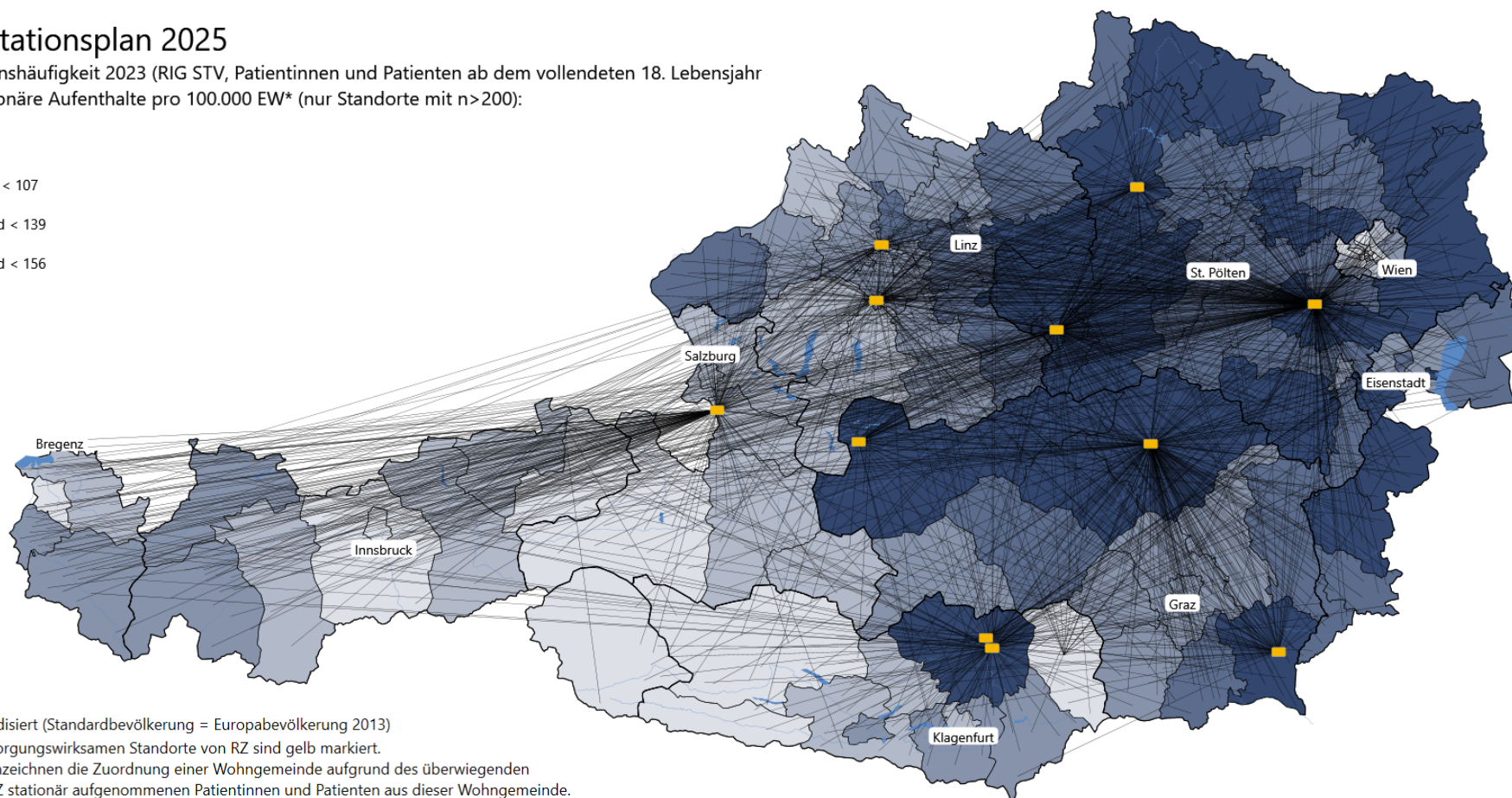
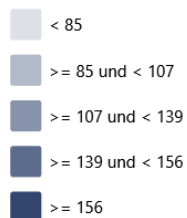
Anm.: Die versorgungswirksamen Standorte von RZ sind gelb markiert.

Die Linien kennzeichnen die Zuordnung einer Wohngemeinde aufgrund des überwiegenden Anteils an in RZ stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten aus dieser Wohngemeinde.

Quellen: BMASGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2023; Statistik Austria – Bevölkerungsstatistik 2023
Berechnungen und Darstellung: GÖG

Rehabilitationsplan 2025

Rehabilitationshäufigkeit 2023 (RIG STV, Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr in RZ) - stationäre Aufenthalte pro 100.000 EW* (nur Standorte mit n>200):



* altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung 2013)

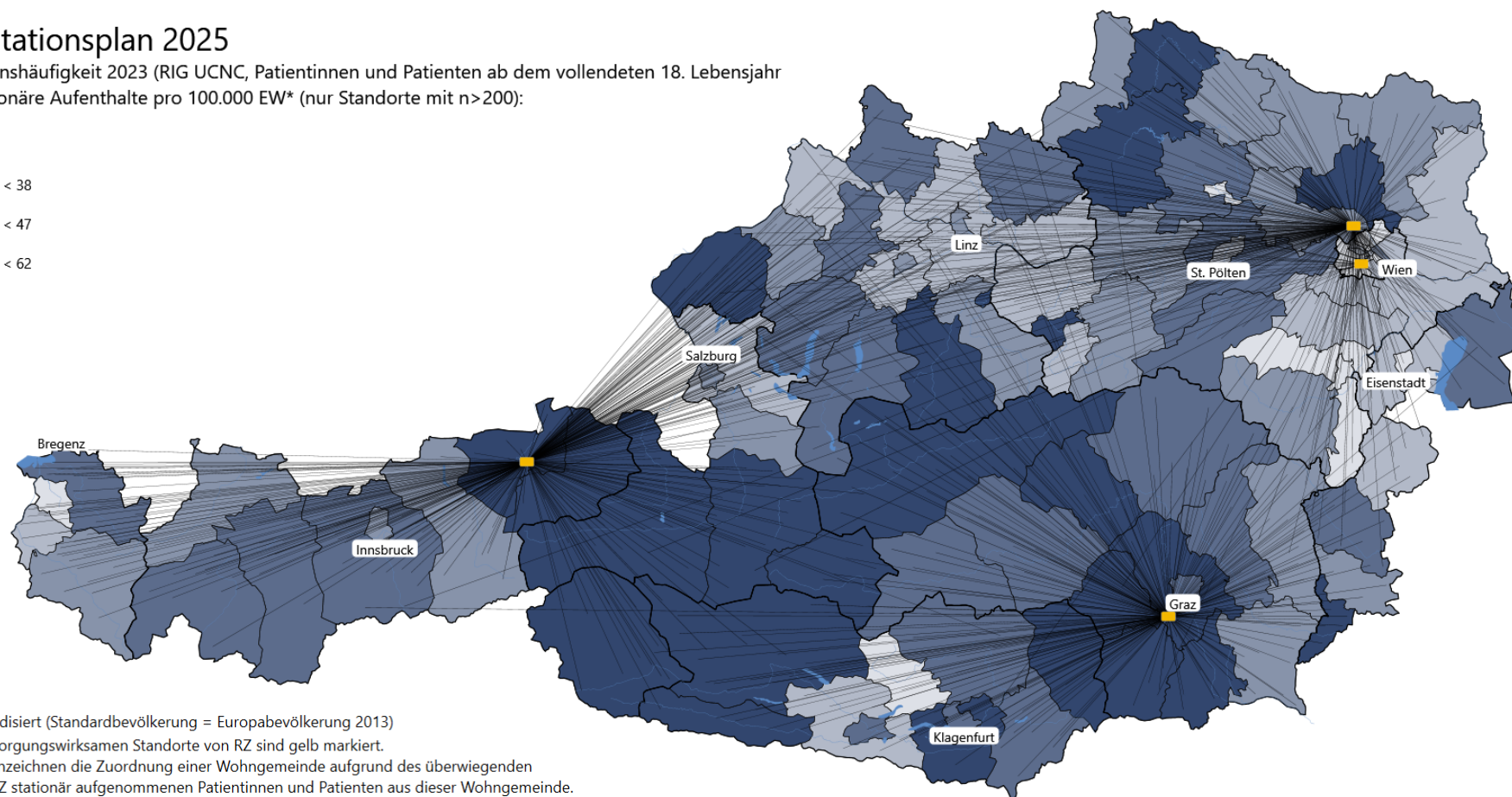
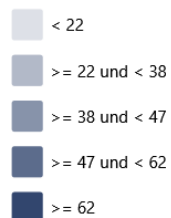
Anm.: Die versorgungswirksamen Standorte von RZ sind gelb markiert.

Die Linien kennzeichnen die Zuordnung einer Wohngemeinde aufgrund des überwiegenden Anteils an in RZ stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten aus dieser Wohngemeinde.

Quellen: BMASGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2023; Statistik Austria – Bevölkerungsstatistik 2023
Berechnungen und Darstellung: GÖG

Rehabilitationsplan 2025

Rehabilitationshäufigkeit 2023 (RIG UCNC, Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr in RZ) - stationäre Aufenthalte pro 100.000 EW* (nur Standorte mit n>200):



* altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung 2013)

Anm.: Die versorgungswirksamen Standorte von RZ sind gelb markiert.

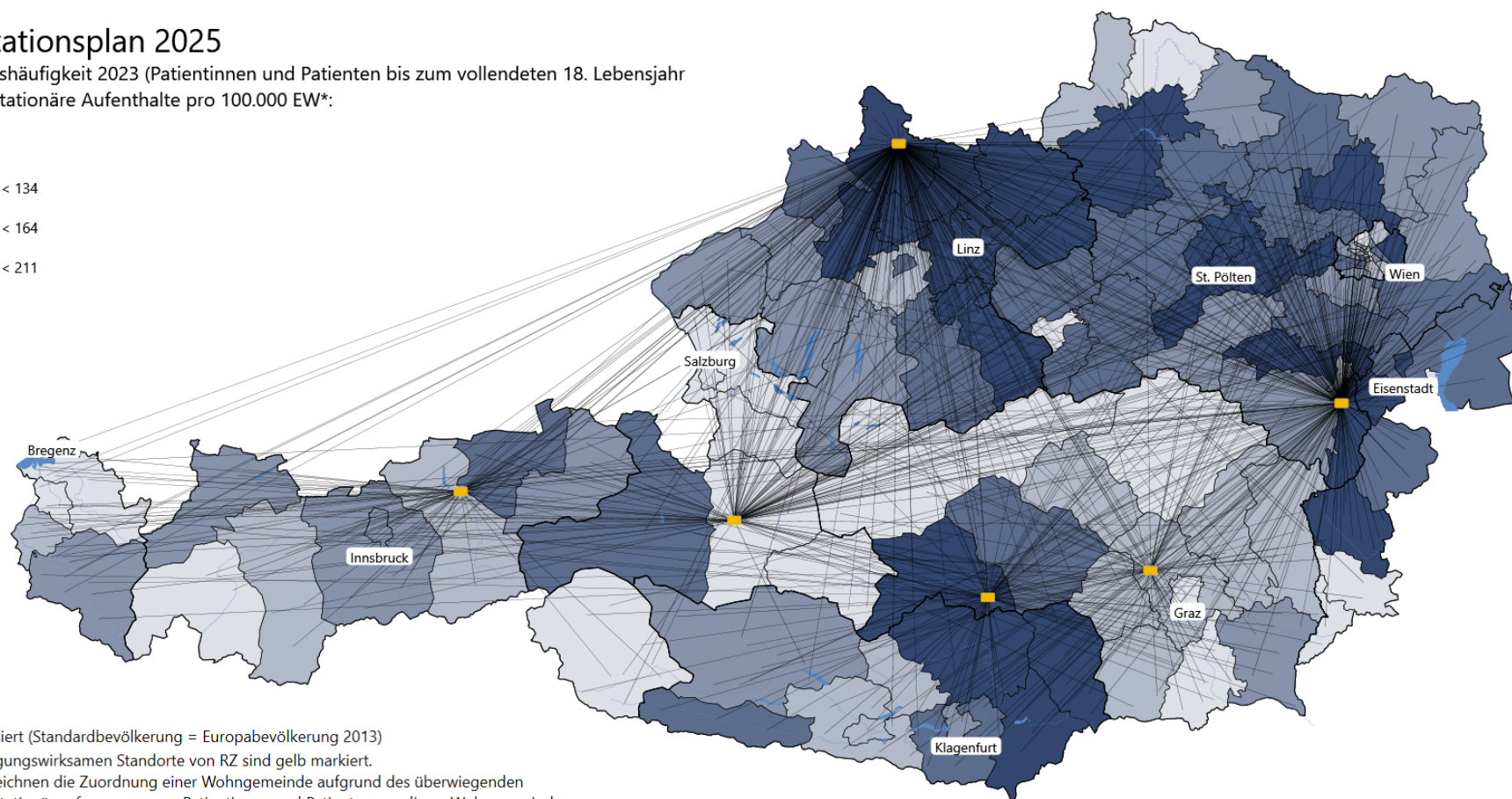
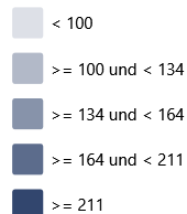
Die Linien kennzeichnen die Zuordnung einer Wohngemeinde aufgrund des überwiegenden Anteils an in RZ stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten aus dieser Wohngemeinde.

Quellen: BMASGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2023; Statistik Austria – Bevölkerungsstatistik 2023
Berechnungen und Darstellung: GÖG

Karte 14: Tatsächliche Einzugsbereiche und stationäre Rehabilitationshäufigkeit in RZ 2023, Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation – alle RIG-Cluster

Rehabilitationsplan 2025

Rehabilitationshäufigkeit 2023 (Patientinnen und Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr in KiJu-RZ) - stationäre Aufenthalte pro 100.000 EW*:



* altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung 2013)

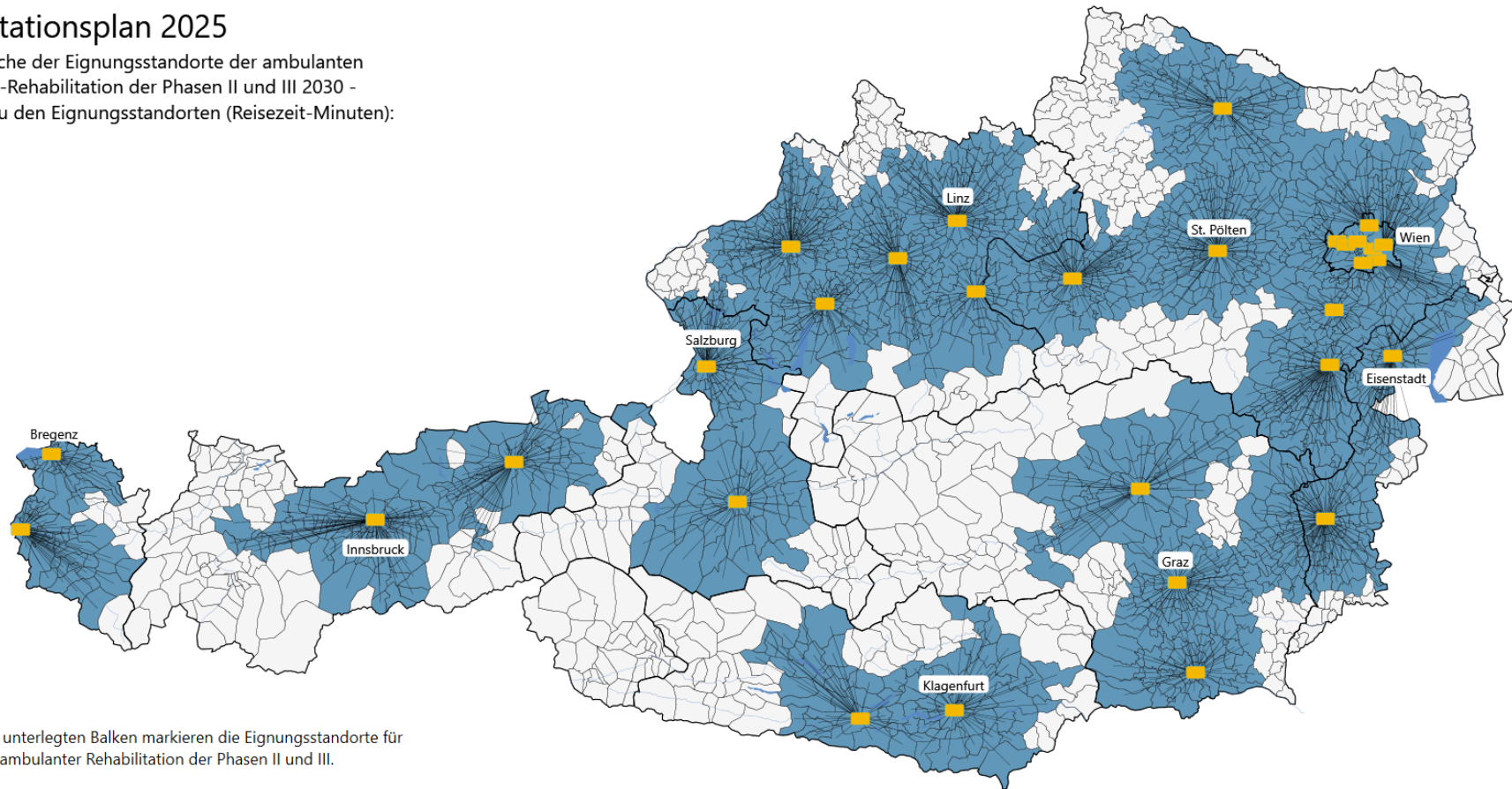
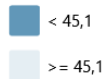
Anm.: Die versorgungswirksamen Standorte von RZ sind gelb markiert.

Die Linien kennzeichnen die Zuordnung einer Wohngemeinde aufgrund des überwiegenden Anteils an in RZ stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten aus dieser Wohngemeinde.

Quellen: BMASGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2023; Statistik Austria – Bevölkerungsstatistik 2023
Berechnungen und Darstellung: GÖG

Rehabilitationsplan 2025

Einzugsbereiche der Eignungsstandorte der ambulanten
Erwachsenen-Rehabilitation der Phasen II und III 2030 -
Entfernung zu den Eignungsstandorten (Reisezeit-Minuten):



Anm.: Die gelb unterlegten Balken markieren die Eignungsstandorte für
Angebote von ambulanter Rehabilitation der Phasen II und III.

Quellen: GeoMagis GmbH – GeoAtlas Distance (Stand 2023)
Berechnungen und Darstellung: GÖG

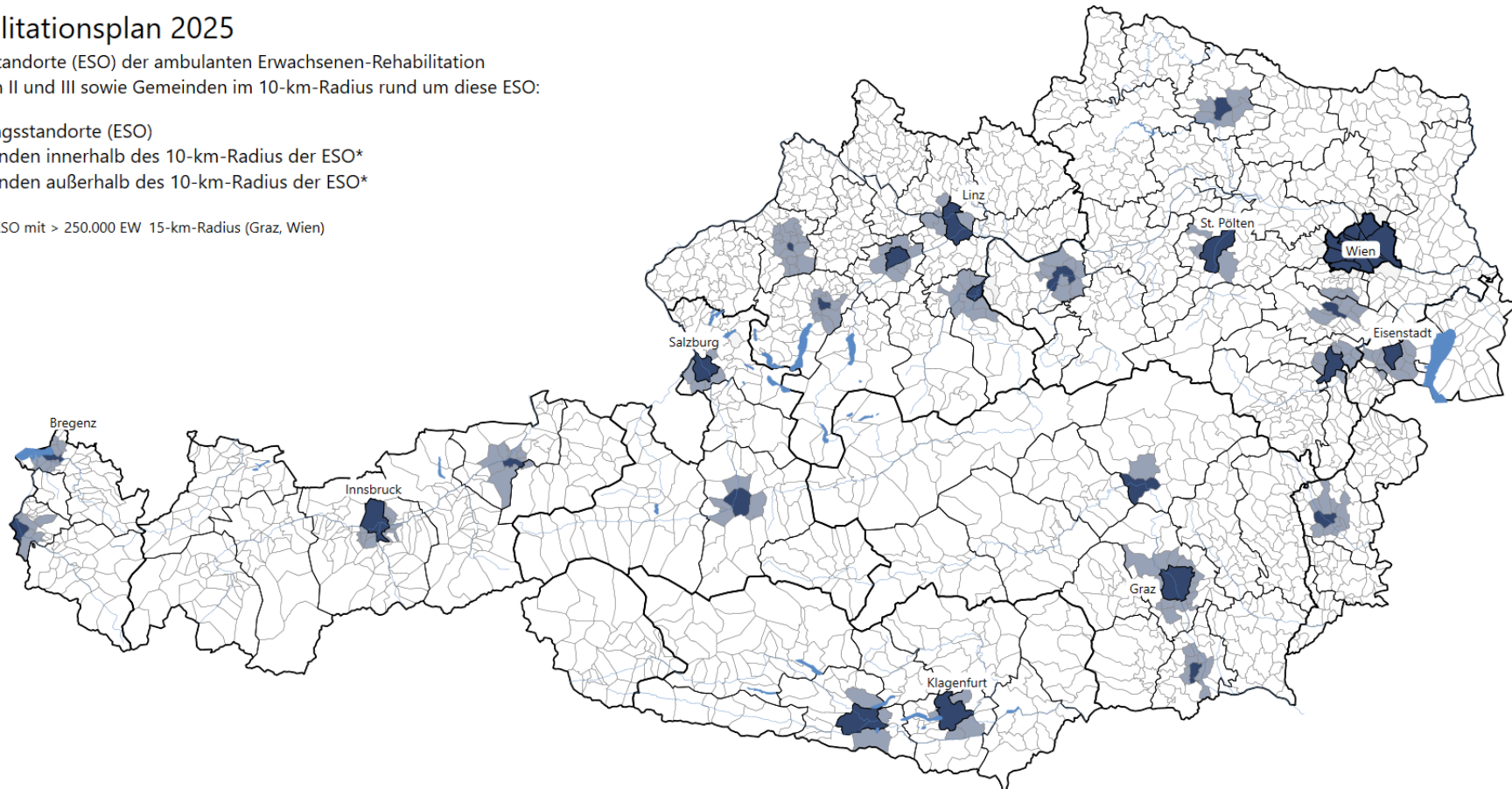
Karte 16: Eignungsstandorte für ambulante Erwachsenen-Rehabilitation der Phasen II und III 2030 und Gemeinden im 10-km-Radius bzw. im 15-km-Radius bei Eignungsstandort-Gemeinden mit mehr als 250.000 EW*

Rehabilitationsplan 2025

Eignungsstandorte (ESO) der ambulanten Erwachsenen-Rehabilitation der Phasen II und III sowie 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 EW 15-km-Radius (Graz, Wien)



Quellen: GeoMagis GmbH – GeoAtlas Distance (Stand 2023)
Berechnungen und Darstellung: GÖG