Pensionsversicherung
Österreich

Medizinisches Leistungsprofil für die ambulante Rehabilitation (MLP AMB)

Stand: Version vom 23. 4. 2025

www.pv.at

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Pensionsversicherungsanstalt (PVA)
Friedrich-Hillegeist-Straße 1, 1020 Wien
Telefon: +43 (0)5 03 03
Website: www.pv.at
E-Mail: pva@pv.at

Verlags- und Herstellungsort: PVA, Wien

Druck: PVA, Wien

Stand: Jänner 2025, 1. Auflage

Titelbild: © istockphoto.com/VioletaStoimenova

Haftungssausschluss: Die bereitgestellten Inhalte dienen der allgemeinen Information. Eine Gewähr für Richtigkeit oder Vollständigkeit wird nicht übernommen. Jegliche Haftung ist ausgeschlossen. Die Expert*innen der Pensionsversicherung können individuelle Fälle beurteilen und auf Fragen eingehen.

Das Dokument darf ohne Genehmigung des Verfassers nicht verwendet werden.

Inhaltsverzeichnis

Präambel ... 2
Evaluation und Nachhaltigkeit ... 3
1 Allgemeines ... 4
1.1 ICF-basierte Rehabilitationsziele ... 4
1.1.1 Teilhabeziele ... 5
1.1.2 Aktivitätsziele ... 5
1.1.3 Funktionsziele ... 5
1.2 Rehabilitand*innenbezogene Voraussetzungen ... 6
1.2.1 Verlust der Rehabilitationsfähigkeit ... 6
1.3 Indikationen / Kontraindikationen ... 6
1.4 Multiprofessionelles Rehabilitationsteam ... 7
1.4.1 Ärztliches Team ... 7
1.4.2 Pflegeteam (gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, Pflege(fach)assistenzberufe) ... 9
1.4.3 Nahtstelle Entlassungs- und Teilhabeberatung (ETB) ... 10
1.4.4 Therapeutisches Team ... 11
1.5 Notfälle im Rahmen eines Heilverfahrens ... 11
2 Aufbau ... 13
2.1 Grundmodul ... 15
2.2 Rehabilitationsdiagnostik ... 16
2.2.1 Leistungskategorisierung ... 17
2.2.2 Ärztliche Untersuchungen ... 19
2.3 Rehabilitationstherapie ... 20
2.3.1 ICF-orientierte Einzelleistungen ... 22
2.3.2 Module zur indikationsübergreifenden Erreichung des ICF-Teilhabeziels ... 26
2.4 Ergebnisanalyse ... 27
2.4.1 Entlassungsbericht ... 30
3 PV Reha Leistungsportfolio® ... 31
4 Verzeichnisse ... 34
4.1 Glossar ... 34
4.2 Abbildungsverzeichnis ... 35

Präambel

Rehabilitation basiert auf einem multimodalen Therapiekonzept – dieses wird von einem interdisziplinären Rehabilitationsteam erbracht und setzt die aktive Mitwirkung der Rehabilitand*innen voraus. Im therapeutischen Mittelpunkt aller Rehabilitations-Phasen stehen die mit den Rehabilitand*innen vereinbarten Teilhabeziele und Aktivitätsziele unter Berücksichtigung ihrer*seiner Leistungsfähigkeit und der individuellen Lebensumstände. Die Wiedereingliederung in das berufliche und gesellschaftliche Leben bzw. die Verminderung der Pflegebedürftigkeit, das Erlernen des Umgangs mit der eigenen Erkrankung, die Reduktion der individuellen Risikokonstellation sowie die Prävention weiterer Ereignisse als zentrale Aufgaben unter der Berücksichtigung unterschiedlicher Bedürfnisse und Anforderungen von Personen unterschiedlicher Geschlechter unterstreichen die Bedeutung und den Stellenwert der ambulanten Rehabilitation.

Die Rehabilitation hat unter Zugrundelegung der aktuellen rechtlichen Bestimmungen (insbesondere Ärztegesetz, Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), Krankenanstaltengesetz), aktueller wissenschaftlicher Evidenz und aktueller Leitlinien (soweit diese in der Rehabilitation zutreffend und anwendbar sind) relevanter österreichischer bzw. internationaler Fachgesellschaften zu erfolgen. Dieses medizinische Leistungsprofil stellt indikationsunabhängig (ausgenommen Indikation PSY) die Basis zur Planung und Umsetzung der ärztlichen, diagnostischen, therapeutischen und (gegebenenfalls auch) rehabilitativ-pflegerischen Leistungen dar, die den Rehabilitand*innen im Rahmen der Rehabilitation individuell zur Verfügung gestellt werden müssen.

Die personelle, räumliche und technische Ausstattung einer Rehabilitationseinrichtung sowie das diagnostische, therapeutische und pflegerische Leistungsangebot müssen die Umsetzung des medizinischen Leistungsprofils ambulant (MLP AMB) optimal ermöglichen. Das vorzuhaltende Personal ergibt sich aus den im PV RehaLeistungsPortfolio® (RLP) festgelegten Diagnostik- und Therapievorhaltungen und der Vorhaltung der jeweils aufgrund der einschlägigen Normen zur Durchführung berechtigten Berufsgruppen inkl. ggf. erforderlicher Zusatzqualifikation(en). Die angegebenen Qualifikationen verstehen sich als Mindestqualifikationen. Zumindest 1 Ärztin*Arzt mit Berechtigung zur selbständigen Berufsausübung muss in der Einrichtung während der Anwesenheit der Rehabilitand*innen vor Ort sein.

Die weiteren und die infrastrukturellen Voraussetzungen sind im Rehabilitationsplan 2020 der österreichischen Sozialversicherungsträger vorgegeben und diesem zu entnehmen. Ergänzend dazu gelten die folgenden Festlegungen.

Evaluation und Nachhaltigkeit

Um die Effektivität der Rehabilitations-Maßnahmen zu gewährleisten, sind die Ergebnisse kontinuierlich zu evaluieren.

Das Monitoring von Langzeitergebnissen soll als wissenschaftliche Grundlage für die Weiterentwicklung der Rehabilitations- und Nachsorgestrategie im Sinne einer integrierten Versorgung in Österreich dienen. Regelmäßige Visitationen der Umsetzung und Anwendung des MLP AMB sollen die vorgegebenen Qualitätsstandards in allen Eigenen Einrichtungen (EE) und bei allen Vertragseinrichtungen (VE) der Sozialversicherungsträger (SVT) sichern.

1 Allgemeines

Das MLP AMB versteht sich als Mindestanforderungsprofil. Im Rahmen der Kontrolle des medizinischen Leistungsprofils werden ausschließlich die in diesem Leistungsprofil sowie die im PV RehaLeistungsPortfolio® angegebenen und von der Rehabilitationseinrichtung dokumentierten Leistungen anerkannt und angerechnet. Die Erfüllung wird im Rahmen der Visitationen überprüft und bewertet.

Das MLP AMB ist grundsätzlich darauf ausgerichtet, dass für ca. 95 % der Rehabilitand*innen die festgelegten Leistungen ohne Sonder- und Ausnahmeregelungen zumutbar und durchführbar sind. Wenn bei seltenen sowie sehr komplexen Krankheitsbildern und unvorhersehbaren Krankheitssituationen vom Leistungsprofil abgewichen werden muss, so ist dies individuell rehabilitand*innenbezogen zu begründen und im ärztlichen Entlassungsbericht zu dokumentieren.

1.1 ICF-basierte Rehabilitationsziele

Die moderne medizinische Rehabilitation richtet sich nach dem bio-psycho-sozialen ICF-Modell (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) der WHO aus und basiert, ausgehend von einem ICD-10-codierten Krankheitsbild, auf der individuellen Festlegung von Rehabilitationszielen in der Teilhabe- und Aktivitäts-Ebene. Die Funktionsebene ist untergeordnet, der Erfolg der Rehabilitation wird nach dem Erreichen des Teilhabezieles bewertet.

Unter zusätzlicher Berücksichtigung der externen Kontextfaktoren sowie der personenbezogenen Faktoren sollen die Rehabilitand*innen wieder aktiv an ihrem Leben teilhaben können.

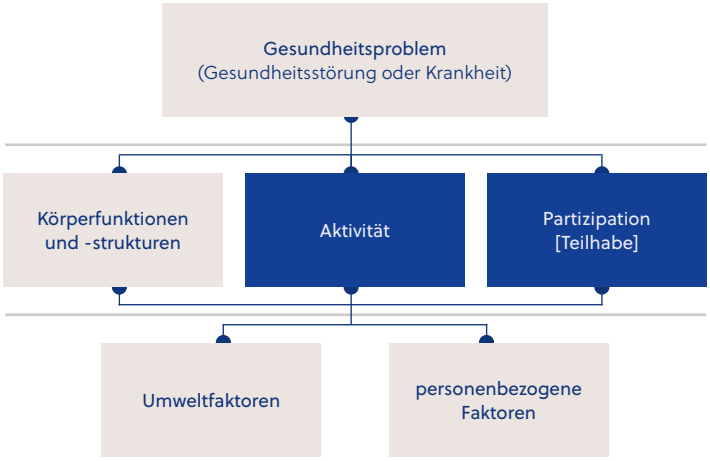

Abbildung 1: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF[1]

1 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, WHO, 2005 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Deutschland

Rehabilitationsziele im Sinne des ICF-Modells beschreiben somit aktivitäts- und teilhabebezogene Tätigkeiten, die durch eine detaillierte Anamnese und Befragung der Rehabilitand*innen im Sinne der betroffenen Lebensumstände und Lebensbereiche evaluiert werden.

1.1.1 Teilhabeziele

Teilhabeziele im Sinne des ICF-Modells sind Ziele, die sich auf die Teilhabe der*des Rehabilitanden*in an ihren/seinen individuellen Lebensbereichen (z. B. Beruf, Familie, Freizeit) beziehen. Um optimal rehabilitieren zu können, wird gemeinsam von Rehabilitand*in und Rehabilitationsteam das individuelle Teilhabeziel definiert. Es soll die Frage, woran Rehabilitand*innen im Beruf oder Alltag nach der Rehabilitation wieder teilhaben können wollen, beantworten.

1.1.2 Aktivitätsziele

Aktivitätsziele im Sinne des ICF-Modells werden je Berufsgruppe abgestimmt auf das Teilhabeziel definiert und tragen zur Erreichung des Teilhabeziels bei. Sie sollen die Frage beantworten, was die Rehabilitand*innen bezogen auf das individuelle Teilhabeziel nicht (mehr) tun und wieder können wollen.

Diese individuell definierten Rehabilitationsziele beschreiben aktivitäts- und teilhabebezogene Tätigkeiten und berücksichtigen dabei zwingend den Kontext der*des Rehabilitand*in d. h. deren*dessen durch das Gesundheitsproblem betroffene Lebensumstände und Lebensbereiche.

1.1.3 Funktionsziele

Die Funktionsebene ist nur dann relevant, wenn die Aktivitäts- und Teilhabeebene dadurch eingeschränkt sind.

Die oben genannten Ziele müssen klar definiert, messbar, transparent und erreichbar sein.

Hinsichtlich der allgemeinen Zielsetzungen, Maßnahmen und Anliegen der Rehabilitation wird auf die jeweils letztgültigen Angaben der WHO sowie auf den Rehabilitationsplan 2020[2] der österreichischen Sozialversicherungsträger verwiesen.

2 https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.846043&portal=svportal

1.2 Rehabilitand*innenbezogene Voraussetzungen

Rehabilitationsbedürftige und -fähige Rehabilitand*innen müssen grundsätzlich über ein ausreichendes Rehabilitationspotenzial sowie eine positive Rehabilitationsprognose[3] verfügen.

Wenn bei der ärztlichen Erstuntersuchung bzw. bei der Pflegeaufnahme festgestellt wird, dass keine Rehabilitationsfähigkeit der*des Rehabilitand*in gegeben ist, wird das Rehabilitationsheilverfahren nach ärztlicher Festlegung mit sofortiger Wirkung abgebrochen.

Eine aktive Mitarbeit im Rahmen des Heilverfahrens wird vorausgesetzt. Ist eine*ein Rehabilitand*in nicht bereit – obwohl keine medizinischen Gründe gegen eine aktive Teilnahme sprechen – das im Leistungsprofil geforderte multimodale Therapiespektrum zu erfüllen bzw. verstößt sie*er gröblich gegen die bestehende Hausordnung, ist der Rehabilitationsaufenthalt aus disziplinären Gründen abzubrechen.

Sinkt die Teilnahmequote eines*einer Rehabilitand*in unter 75 % des aliquot geforderten Umfanges an Therapieminuten, ist ein Gespräch mit dem*der Rehabilitand*in zu führen und entsprechend zu dokumentieren. Die Entwicklung ist seitens der Einrichtung entsprechend zu beobachten. Unterschreitet diese prognostizierte Quote 50 %, ist das Heilverfahren abzubrechen.

1.2.1 Verlust der Rehabilitationsfähigkeit

Ist im Verlauf des Rehabilitationsheilverfahrens erkennbar, dass keine ausreichende Rehabilitationsfähigkeit[4] vorliegt, ist nach ICF-basierter Begründung im interdisziplinären Rehabilitationsteam von der Ärztlichen Leitung bzw. der*dem verantwortlichen Ärzt*in ab dem 8. Therapietag[5] ein vorzeitiger Abbruch aus medizinischen Gründen zu veranlassen.

1.3 Indikationen / Kontraindikationen

Die Indikationen sowie die absoluten und relativen Kontraindikationen für ein medizinisches Heilverfahren sind dem Rehabilitationsplan 2020 der österreichischen Sozialversicherungsträger zu entnehmen.

---

3 Die Rehabilitationsprognose gibt Auskunft über die Erreichbarkeit des festgelegten Rehabilitationsziels (siehe Punkt *„1.1 ICF-basierte Rehabilitationsziele“ → Seite 4*) bis zum Ende der medizinischen Rehabilitation. Eine positive Rehabilitationsprognose liegt vor, wenn es unter Berücksichtigung des bisherigen Krankheitsverlaufs, des Kompensationspotenzials und der individuellen Ressourcen (Rehabilitationspotential) medizinisch begründet überwiegend wahrscheinlich ist, dass die*der Rehabilitand*in ihre*seine Ziel/e (siehe Punkt *„1.1 ICF-basierte Rehabilitationsziele“ → Seite 4*) durch die medizinische Rehabilitation erreichen kann.

4 Rehabilitationsfähigkeit bedeutet, dass die*der Rehabilitand*in aufgrund der körperlichen und psychischen/mentalen Verfassung in der Lage ist, an einer geeigneten medizinischen Rehabilitation aktiv teilzunehmen und mitzuarbeiten, um das teilhabeorientierte Rehabilitationsziel zu erreichen.

5 Sofern der Aufenthalt medizinisch nicht vertretbar ist, ist auch bereits vor dem 8. Tag ein Abbruch zu veranlassen.

1.4 Multiprofessionelles Rehabilitationsteam

Im Zentrum sämtlicher Bemühungen des Rehabilitationsteams steht die*der Rehabilitand*in mit ihren*seinen individuellen Zielen und Bedürfnissen. Gemeinsame, nach dem ICF-Modell ausgerichtete, Besprechungen des Rehabilitationsteams sind abzuhalten.

Das multiprofessionelle, interdisziplinär agierende Rehabilitationsteam besteht aus Vertreter*innen sämtlicher am Rehabilitationsprozess beteiligter Gesundheitsberufsgruppen, wobei Ärzt*innen die medizinische Gesamtverantwortung tragen.

Die Kontinuität der Versorgung beim Übergang zwischen verschiedenen Leistungserbringer*innen ist sicherzustellen, um Rehabilitand*innen möglichst nachhaltig zu befähigen, aktiv am Leben teilhaben zu können.

Insbesondere ist die Anbahnung weiterführender Rehabilitationsmaßnahmen (beruflich, sozial, medizinisch) zwischen der Rehabilitationseinrichtung und dem zuständigen Sozialversicherungsträger möglichst rasch und effizient zu koordinieren. Gegebenenfalls ist auch die Möglichkeit einer Kontaktaufnahme mit externen Institutionen (z. B. fit2work, AMS) den Rehabilitand*innen aufzuzeigen.

1.4.1 Ärztliches Team

Ärzt*innen tragen für die medizinische Betreuung der Rehabilitand*innen anhand ihrer jeweiligen fachlichen Ausbildung die Gesamtverantwortung.

Die ärztliche Betreuung umfasst:

- Ärztliche Untersuchungen inkl. Erhebungen von Anamnese, klinischem Status, Durchführung von ärztlicher Diagnostik sowie Diagnosestellung
- Festlegung der Leistungskategorie der*des Rehabilitand*in bei der Aufnahme
- Definition des ICF-Schweregrads entsprechend dem Grad der Einschränkung in den jeweiligen ICF-Körperfunktionen und in Bezug auf die definierten ICF-Ziele
- Verordnung aller diagnostischen und therapeutischen Rehabilitations-Maßnahmen sowie der medikamentösen Therapie inkl. Dokumentation aller Abänderungen von ärztlichen Verordnungen mit Begründung in Form von Dekursen
- Teilnahme an interdisziplinären Teambesprechungen, sowie Mitwirkung an der Festlegung der Rehaziele auf Teilhabe- und Aktivitätsebene und an der Erstellung bzw. Anpassung des Rehabilitationsplans im Team
- Durchführung von ärztlichen Beratungen und Schulungen
- Durchführung der ärztlichen Visiten (Kontrollen) und Visite der Ärztlichen Leitung (bzw. der Vertretung) in der definierten Mindestanzahl
- Erstellung des Entlassungsberichts

In jeder Indikation muss durch Fachärzt*innen mit den jeweiligen Zusatzqualifikationen die Behandlung der indikationsbezogen zugewiesenen Rehabilitand*innen gesichert werden.

Indikation **Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie:**

- Fachärzt*innen für Orthopädie (oder Unfallchirurgie) und/oder
- Fachärzt*innen für physikalische Medizin und Rehabilitation und/oder
- Fachärzt*innen für Innere Medizin und
- Ärzt*innen für Allgemeinmedizin mit mindestens 1-jähriger Tätigkeit in einer BSR-Rehabilitationseinrichtung

Indikation **Onkologie:**

- Fachärzt*innen für Physikalische Medizin und Rehabilitation,
- sofern diese Qualifikation für die Ärztliche Leitung nicht zutrifft, und
- Fachärzt*innen für Innere Medizin,
- sofern diese Qualifikation für die Ärztliche Leitung nicht zutrifft,
- Optional: Ärzt*innen für Allgemeinmedizin

Indikation **Herz-Kreislauf-Erkrankungen:**

- Fachärzt*innen für Innere Medizin mit Additivfach Kardiologie oder
- Fachärzt*innen für Innere Medizin mit absolviertem Fortbildungslehrgang für kardiologische Rehabilitation oder
- Fachärzt*innen für Innere Medizin mit mindestens 2-jähriger Tätigkeit in einer kardiologischen Rehabilitationseinrichtung oder
- Fachärzt*innen für Medizinische Leistungsphysiologie und absolviertem Fortbildungslehrgang für kardiologische Rehabilitation oder
- Ärzt*innen für Allgemeinmedizin mit absolviertem Fortbildungslehrgang für kardiologische Rehabilitation oder mindestens 5-jähriger praktischer Tätigkeit in einer kardiologischen Rehabilitation

Indikation **Neurologie:**

- Fachärzt*innen für Neurologie
- (jedenfalls, wenn die Ärztliche Leitung kein*e Fachärzt*in für Neurologie ist),
- Optional: Fachärzt*innen für Innere Medizin,
- Optional: Fachärzt*innen für Physikalische Medizin und Rehabilitation,
- Optional: Ärzt*innen für Allgemeinmedizin

Indikation **Pulmologie:**

- Fachärzt*innen für Pneumologie mit Zusatzausbildung „Pneumologische Rehabilitation" und/oder
- Fachärzt*innen für Innere Medizin mit erweiterter Zusatzausbildung „Pneumologische Rehabilitation" und
- Ärzt*innen für Allgemeinmedizin mit mindestens 1-jähriger Tätigkeit in einer pneumologischen Rehabilitationseinrichtung oder Krankenhaus-Abteilung mit pneumologischer Rehabilitation

Indikation **Stoffwechsel:**

- Fachärzt*innen für Innere Medizin vorzugsweise mit mindestens 1-jähriger Erfahrung in einer Stoffwechselabteilung oder einer Stoffwechsel-Rehabilitationseinrichtung und/oder
- Fachärzt*innen mit Additivfach Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen und/oder mit ÖÄK-Diplom Ernährungsmedizin,
- Optional: Ärzt*innen für Allgemein Medizin vorzugsweise mit mindestens 2-jähriger Erfahrung in einer Stoffwechselabteilung oder einer Stoffwechsel-Rehabilitationseinrichtung und/oder mit ÖÄK-Diplom Ernährungsmedizin und/oder mit Zusatzausbildung Notfallmedizin

Darüber hinaus gelten grundsätzlich die sanitätsbehördlichen Bescheide der einzelnen Rehabilitationseinrichtungen.

1.4.2 Pflegeteam (gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, Pflege(fach)assistenzberufe)

Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege trägt die Verantwortung für den Pflegeprozess bei Rehabilitand*innen mit Pflegebedarf .

Der Schwerpunkt in der rehabilitativen Pflege liegt in der Rehabilitand*innen-Edukation. Qualitätssichernde Maßnahmen sind bei Rehabilitand*innen mit Pflegebedarf regelmäßig durchzuführen.

Die Schulung von Rehabilitand*innen in Hinblick auf ihre Erkrankung mittels Anleitung, Information und Beratung unter notwendiger und möglicher Einbeziehung der Angehörigen durch Wissensvermittlung, Motivationsförderung und praktischen Übungen ist die wichtigste Aufgabe der Pflege in der Rehabilitation.

Folgende Zusatz- und Weiterbildungen [×] in den jeweiligen Indikationen werden gemäß dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz in Verbindung mit der Gesundheits- und Krankenpflege-Weiterbildungsverordnung empfohlen:

Zusatz- oder Weiterbildungen gemäß GuKG iVm GuK-WV	BSR	HKE	LYM	NEU	ONK	PUL	STV
Case- und Caremanagement	×	×	×	×	×	×	×
Diabetesberatung		×					×
Herzinsuffizienzberatung		×					
Kontinenz- und Stomaberatung				×	×		×
Schmerzmanagement	×			×	×		
Wundmanagement	×	×	×	×	×	×	×

Abbildung 2: GuKG iVm GuKG-WV, Zusatz- oder Weiterbildungen[6]

1.4.3 Nahtstelle Entlassungs- und Teilhabeberatung (ETB)

Ziel ist es, durch gezielte Beratung die berufliche Wiedereingliederung bzw. die soziale Teilhabe der Rehabilitand*innen bestmöglich zu unterstützen.

Rehabilitand*innen mit medizinisch/pflegerischem, beruflichem oder sozialem Unterstützungsbedarf sind einer entsprechenden Entlassungs- und Teilhabeberatung[7] und sich ggf. daraus ergebenden weiterführenden Maßnahmen zuzuführen.

Bei allen Rehabilitand*innen hat im Rahmen des Aufnahmeprozesses ein Einzelgespräch durch die Entlassungs- und Teilhabeberatung zu erfolgen.[8] Bei erwerbsfähigen Rehabilitand*innen ist eine aktuelle Berufs- und Sozialanamnese zu erheben und zu dokumentieren, um frühzeitig eine besondere berufliche Problemlage (BBPL) zu erkennen. Bei nichterwerbsfähigen Rehabilitand*innen ist der Fokus auf eine Pflege- oder Betreuungsbedürftigkeit zu legen.

Daraus leiten sich gegebenenfalls weiterer Unterstützungsbedarf, weiterführende Rehabilitationsmaßnahmen oder die Zuweisung zu Reha-Berater*innen[9] ab.

Am Ende der Rehabilitation findet nach Bedarf zusätzlich zum Erstgespräch eine Entlassungs- und Teilhabeberatung statt.

6 SV-eigene Darstellung.

7 Die Entlassungs- und Teilhabeberatung soll möglichst durch DGKP, Case- und Caremanager*innen, Sozialarbeiter*innen und/oder durch Mitarbeiter*innen anderer Gesundheitsberufe erfolgen. Die kompetente Durchführung muss gewährleistet werden.

8 Dies kann durch alle Berufsgruppen, für welche die Vornahme der Tätigkeit berufsrechtlich zulässig ist, erfolgen.

9 Mitarbeiter*innen der SVT, die besonders bei beruflichen oder sozialen Rehabilitationsmaßnahmen zu kontaktieren sind.

1.4.4 Therapeutisches Team

Die Therapeut*innen tragen als Teil des Rehabilitationsteams die Verantwortung für die in ihrem Fachbereich durchgeführten Therapien, welche der Erlangung des Teilhabeziels dienen. Idealerweise betreuen dieselben Therapeut*innen die*den Rehabilitand*in während ihres*seines gesamten Heilverfahrens.

Das therapeutische Team setzt sich aus unterschiedlichen Berufsgruppen zusammen, die je nach Indikation variieren können. Gemeinsam bilden sie das interdisziplinäre Team.

Die therapeutischen Aufgaben umfassen:

- Therapeutische Aufnahme- und Entlassungsdokumentation inkl. Dekursierung des Therapieverlaufs
- Mitwirkung beim Erheben von Teilhabezielen der zu rehabilitierenden Person sowie an der Festlegung von Aktivitätszielen im Team
- Planung der Inhalte und Durchführung notwendiger therapeutischer Maßnahmen; in Form von Einzel- und Gruppentherapien, als auch von indikationsspezifischen therapeutischen Beratungen und Schulungen zur Erreichung der definierten Ziele
- Teilnahme an interdisziplinären Teambesprechungen
- Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen zur Verbesserung der Nachhaltigkeit der erreichten Rehabilitationsziele

1.5 Notfälle im Rahmen eines Heilverfahrens

Eine regelmäßige Basic-Life-Support (BLS) Schulung ist zumindest grundsätzlich alle 2 Jahre für alle Mitarbeiter*innen der Rehabilitationseinrichtung, die einen Gesundheitsberuf ausüben, verpflichtend. Für Ärzt*innen ohne gültigem Diplom Notärztin*Notarzt der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) besteht die Verpflichtung einer Advanced-Life-Support (ALS) Schulung grundsätzlich alle 2 Jahre.

Um das Zusammenwirken des gesamten Notfallteams im Ernstfall zu optimieren, ist einmal jährlich ein Training aller medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Mitarbeiter*innen bezüglich des Verhaltens bei medizinischen Notfällen verpflichtend durchzuführen.

Die Durchführung der Schulungen hat obligat durch eine der folgenden aufgelisteten Personen bzw. Institutionen zu erfolgen:

- Befugte Institution (z. B. Rotes Kreuz, ASBÖ-Akademie) bzw. Personen mit gültiger Ausbildung des ARC (Austrian Resuscitation Council), ERC (European Resuscitation Council), AHA (American Heart Association) oder vergleichbarer in Österreich anerkannter Institutionen

» Ärzt*in für Allgemeinmedizin oder Fachärzt*in mit gültigem Diplom Notärztin*Notarzt bzw. mit Refresherkurs-Nachweis (Intervall gemäß Notärztinnen*Notärzte-Verordnung der ÖÄK)
» Fachärzt*in für Anästhesiologie und Intensivmedizin bzw. Fachärzt*in eines anderen Sonderfachs mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin

Die notfallmedizinische Diagnostik und Therapie muss vor Ort verfügbar sein[10], in Ergänzung dazu ist, sofern nicht durch einschlägige Bescheide geregelt, zusätzlich folgende Notfallausrüstung sicherzustellen:

» Alarmsystem gemäß Betriebsbewilligungsbescheid
» Blutdruckmessgerät
» Ruhe-EKG (12-Kanal-EKG mit 12 Standardableitungen)
» Defibrillator
» Pulsoxymetrie
» Notfallkoffer
(Ausrüstung für Atemwegssicherung und Beatmung muss in entsprechendem Umfang nach aktuellen evidenzbasierten Leitlinien der „AG Innerklinische Reanimation des Austrian Resuscitation Council" vorgehalten werden)
» Sauerstoffversorgung: muss zumindest für 60 Minuten gewährleistet sein (z. B. 3-Liter-Druckgasflaschen mit 200 bar Fülldruck und Durchflussmenge von 10 – 15 l / min)
» In allen Therapie-Bereichen hat ein Aushang der Notfallkaskade zu erfolgen

Darüber hinaus ist die ständige Verfügbarkeit entsprechender schriftlicher Anleitungen sicher zu stellen.

10 Des Weiteren wird auf den Rehabilitationsplan 2020 der österreichischen Sozialversicherungsträger verwiesen.

2 Aufbau

Der Aufbau des medizinischen Leistungsprofils soll gewährleisten, dass jede*r Rehabilitand*in individuell genau diejenigen rehabilitationsmedizinischen Leistungen in genau derjenigen Anzahl und Zusammenstellung erhält, die für die jeweilige Erkrankung, den persönlichen Bedarf, die Erwerbsfähigkeit, die Pflegebedürftigkeit und die soziale Lebenssituation benötigt werden.

Die Schwerpunkte der Therapiezusammenstellung sowie die Therapieinhalte haben sich an der Zielerreichung im Hinblick auf bestmögliche berufliche und gesellschaftliche Teilhabe zu orientieren. Der Aktivtherapie inklusive dem psychologischen Angebot, sowie der Entlassungs- und Teilhabeberatung kommen dabei besondere Bedeutungen zu.

Die folgende Abbildung zeigt den schematischen Aufbau des MLP AMB:

1. Grundmodul Obligate Leistungen bei Aufnahme und Entlassung
2. Rehabilitationsdiagnostik Allgemeine und indikationsspezifische Diagnostik sowie Erfassung einer BBPL
3. Rehabilitationstherapie Aktive Leistungen inkl. ICF-Leistungen und Schulungen, passive Therapien
4. Ergebnisanalyse Ergebnisanalyse und Entlassungsbericht

Abbildung 3: Aufbau des MLP AMB[11]

Vorgegebene und zu erbringende Therapieminuten* je Rehabilitationsverfahren:

Ambulante Rehabilitation	Phase II	Phase III
Dauer	6–10 Wochen	6 Monate
Gesamtminuten	3.000 min	3.000 min
Grundmodul*	600 min	500 min
Therapieminuten	2.400 min	2.500 min
Gesamtminuten Neurologie		5.000 min
Therapieminuten Neurologie		4.500 min
Verlängerung	500 min	1.000 min

Abbildung 4: Therapieminuten* [12]

* 100 Minuten entfallen bei vorzeitigem Abbruch des Heilverfahrens ohne Abschlussuntersuchung.

11 SV-eigene Darstellung.
12 SV-eigene Darstellung.

Die Gesamttherapiezeit ist unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit der Rehabilitand*innen möglichst gleichmäßig auf die Therapietage aufzuteilen. Idealerweise sollte die aktive Therapieintensität im Lauf des Heilverfahrens gesteigert werden. Die Aufnahme der Patient*innen kann dem Beginn der Therapieanwendungen um maximal 2 Wochen vorgelagert sein. Der Rehabilitationsbeginn ist jedoch der erste Therapietag (Ausnahme bei Abbruch der Rehabilitation im Zuge der Erstuntersuchung).

Pro Feiertag, der auf einen Therapietag fällt, kann die Turnusdauer um maximal 2 mögliche Therapietage verlängert werden.

Die Heilverfahrensdauer ist für die jeweilige Indikation vorgegeben.

AmbulanteRehabilitation	Phase II	Phase III
Indikation	BSR HKE ONK[13] PUL STV	jede
Dauer	6–10 Wochen	6 Monate

Abbildung 5: Heilverfahrensdauer[14]

Möglichkeit der Verlängerung eines Heilverfahrens

Wird das teilhabeorientierte Rehabilitationsziel innerhalb der bewilligten Heilverfahrensdauer nicht erreicht und das Rehabilitationspotenzial nicht ausgeschöpft, so besteht nach ICF-basierter Begründung der Notwendigkeit der zur Erreichung des Teilhabeziels notwendigen weiteren Einzel- und Gruppenleistungen und bei bestehender Motivation der*des Patient*in die Möglichkeit einer Verlängerung durch die ärztliche Leitung bzw. verantwortliche*n Ärzt*in über die jeweilige Landesstelle der SVT.

- Die Heilverfahrensdauer kann in der Phase-II-Rehabilitation einmalig um maximal 1 Woche zu 500 min verlängert werden. In der Phase-III-Rehabilitation ist eine Verlängerung des Heilverfahrens um weitere 6 Monate zu 1000 min möglich. Dies muss von dem*der zuständigen Landesstellenchefärzt*in der SVT bewilligt werden.[15]
- Bei einer Verlängerung des Heilverfahrens muss der zur Erreichung des Rehabilitationsziels notwendige Bedarf an Einzelleistungen (Art und Anzahl) jedenfalls erneut evaluiert, verordnet, durchgeführt und im ärztlichen Entlassungsbericht dokumentiert und begründet werden.
- In der Verlängerung muss jedenfalls der Anteil der aktiven Therapien je Leistungskategorie gemäß den Vorgaben erfüllt werden, die restlichen Therapieminuten sind frei zuteilbar.

13 Die Indikation Onkologie wird derzeit nur in der Phase II angeboten.

14 SV-eigene Darstellung.

15 Für nicht Pensionsversicherungs-Versicherte ist für jede Verlängerung die Zustimmung des zuständigen Kostenträgers einzuholen.

» Wird innerhalb von 12 Monaten nach Beendigung eines Heilverfahrens in der gleichen Indikation bzw. Grunderkrankung ein Wiederholungsheilverfahren neu angetreten, ist eine Verlängerung dieses Heilverfahrens grundsätzlich nicht zulässig.

2.1 Grundmodul

Das Grundmodul setzt sich wie folgt zusammen:

RLP-Code	Grundmodulleistungen	Obligate Vorhaltung	Erbringung in Phase II	Erbringung in Phase III
Z0204	Eröffnungsvortrag	Ja	obligat	fakultativ
Y0102	Aufnahme Pflege	Ja	fakultativ	fakultativ
D0101	ETB Einzel	Ja	obligat für Aufnahmeprozess	obligat für Aufnahmeprozess
Y0103	Aufnahme Diätologie	Ja	fakultativ	fakultativ
Y0101	Aufnahme Ärzt*in	Ja	obligat	obligat
X0401	Ruhe-EKG	Ja	obligat, ausgenommen PSY	fakultativ
X0301	Labor-Blutabnahme	Ja (NEU, HKE, PUL, STV)	fakultativ	fakultativ
C2001	Vortrag Schutzfaktoren und Hygiene	Ja	obligat	fakultativ
C0804	Seminar Trainingsberatung	Nein	fakultativ	fakultativ
B0101	Physiotherapie Einzel	Ja	fakultativ (Aufnahme und Trainingsplanerstellung)	fakultativ (Aufnahme und Trainingsplan-erstellung)
A0101	MTT Einzel Ersttermin	Nein	fakultativ	fakultativ
X0413	6-Min.-Gehtest (alternativ diagnostische Fahrradergo-metrie mit Angabe des Leistungscodes X0413)	Ja	obligat bei Aufnahme fakultativ bei Entlassung	obligat bei Aufnahme fakultativ bei Entlassung
Y0302 – Y0303	(Fach-)ärztliche Visiten	Ja	obligat	obligat
Y0203	Entlassungsgespräch Pflege	Ja	fakultativ	fakultativ
D0401	ETB Gruppe	Ja	fakultativ	fakultativ
Y0201	Ärztliche Entlassungsunter-suchung	Ja	obligat	obligat
Im RLP nicht abgebildet	Dokumentationszeit (z. B. Entlassungsbericht)		obligat	obligat
	Aufnahme Scores		obligat	obligat
	Administrationszeit		obligat	obligat
	ICF-Besprechung (Aufnahmen der Woche, Zieldefinition, interdiszipli-näre Überprüfung der Ziele)		obligat	obligat
	Spezifische Diagnostik		fakultativ	fakultativ

Abbildung 6: Grundmodulleistungen (SV-eigene Darstellung)

Leistungen, die im Grundmodul enthalten sind, werden nicht auf die Therapieminuten angerechnet.

Bezüglich dem Punkt Labor sind indikationsspezifisch (siehe RLP) die medizinisch notwendigen Parameter zu erheben. Zur Vermeidung von Doppelbefundungen können bereits vorhandene Befunde, welche nicht älter als 14 Tage bzw. in den Indikationen HKE und NEU nicht älter als 7 Tage sind, akzeptiert werden. Die*der Rehabilitand*in ist keinesfalls aufzufordern, die benötigten Blutbefunde im Vorfeld erstellen zu lassen.

2.2 Rehabilitationsdiagnostik

Die Rehabilitationsdiagnostik ist Voraussetzung für eine ziel- und teilhabeorientierte Rehabilitation. Sie fokussiert sich nicht auf die Symptome der Erkrankung, sondern auf die Fähigkeiten und Fertigkeiten der Betroffenen und deren Einschränkungen.

Einen besonderen Stellenwert in der Rehabilitationsdiagnostik nehmen besondere berufliche Problemlagen und psychosoziale Belastungen ein:

Diagnostik von besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL)

- Erhebung und Dokumentation einer detaillierten Berufs- und Sozialanamnese
- Erfassung einer besonderen beruflichen Problemlage bei der Aufnahme unter Zuhilfenahme des SIMBO-C[16] für alle Rehabilitand*innen im erwerbsfähigen Alter, die keine Dauerpension beziehen (am Beginn des Heilverfahrens)
- Erhebung der subjektiven Arbeitsfähigkeit aller Rehabilitand*innen im erwerbsfähigen Alter, die keine Dauerpension beziehen unter Zuhilfenahme des WAI[17] (am Beginn und am Ende des Heilverfahrens)
- Bei Verdacht auf Vorliegen einer besonderen beruflichen Problemlage erfolgt eine Besprechung im interdisziplinären Rehabilitationsteam, die gezielte Ausrichtung der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen auf das berufliche Teilhabeziel und ggf. die Zuweisung zur*zum Reha-Berater*in der zuständigen Landesstelle der SVT.

16 SIMBO-C ist ein Instrument zur Erkennung des Bedarfs an medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitationsmaßnahmen, https://medical-data-models.org/13661

17 Work Ability Index (WAI), https://www.wainetzwerk.de/uploads/z-neue%20Uploads/WAI-Netzwerk/WAI%20Fragebogen/NEU WAI-Kurzversion%20mit%20Auswertung%202021.pdf

Diagnostik von gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen

- Erhebung einer psychosozialen Anamnese
- Erfassung von Depressivität und Angst bzw. von psychosozialen Belastungen unter Zuhilfenahme des PHQ-4[18] (am Beginn und am Ende des Heilverfahrens)
- Bei Verdacht auf Vorliegen einer psychosozialen Belastung erfolgt ein ärztliches Gespräch und ggf. die vertiefte Abklärung und Beratung durch die Psychologie sowie ggf. Besprechung im Rehabilitationsteam.
- Erfassung des Gesundheitszustandes unter Zuhilfenahme des EQ-5D-5L[19] (am Beginn und am Ende des Heilverfahrens)
- Erfassung der alltäglichen Fähigkeiten unter Zuhilfenahme des Barthel-Index[20] (am Beginn und am Ende des Heilverfahrens)

Die diagnostischen Leistungen sowie die dafür notwendige Ausstattung (in der Einrichtung oder in Kooperation mit externen Anbieter*innen) sind im Rehabilitationsplan 2020 der österreichischen Sozialversicherungen definiert und diesem zu entnehmen. Für Leistungen, die in Kooperation erbracht werden können, ist die Benennung der externen Anbieter*innen oder die Vorlage eines Kooperationsvertrages verpflichtend.

2.2.1 Leistungskategorisierung

Zur Leistungskategorisierung werden neben einer klinischen Einschätzung verschiedene Parameter aus den Bereichen Selbständigkeit in den Alltagsaktivitäten, kardiopulmonaler Leistungsfähigkeit und ICF-Schweregrad der Betroffenheit unter definierten Cut-off-Werten je Bereich herangezogen. Dadurch wird über alle Indikationen hinweg objektivierbar beurteilt, wie schwer betroffen Patient*innen bei Antritt der Rehabilitation sind.

Darauf aufbauend ist eine flexible, bedarfsorientierte Therapieverordnung mit dem Ziel der bestmöglichen Wiederherstellung bzw. Erhaltung von Aktivität und Teilhabe in Beruf und Alltag durchzuführen.

Körperliche und kognitive Beeinträchtigungen in den abgebildeten Bereichen der ICF-Coresets, die während des Heilverfahrens für die Erreichung des individuellen Rehabilitationszieles relevant sind, müssen bei der Leistungskategorisierung unbedingt berücksichtigt werden.

18 PHQ-4, Deutsche Version: © Prof. Dr. Bernd Löwe, 2015, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; https://www.uke.de/kliniken-institute/kliniken/psychosomatische-medizin-und-psychotherapie/selbst-management/index.html

19 EQ5D-5L, https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-5l-about/

20 Barthel-Index, https://www.pschyrembel.de/Barthel-Index/K00TK

Zur Leistungskategorisierung werden konkret folgende Parameter herangezogen:

Erhebung der Selbständigkeit in den Alltagsaktivitäten bzw. des ggf. notwendigen Pflegebedarfs mittels Barthel-Index bei der Aufnahme

Erhebung der kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit mittels 6-Minuten-Gehtest[21] oder diagnostischer Ergometrie bei der Aufnahme

Erhebung der ICF-Funktionseinschränkung in den abgebildeten Bereichen der ICF-Coresets nach dem Schweregrad der Beeinträchtigung bei der Aufnahme, um das Ausmaß der ICF- Funktionseinschränkung in Bezug auf das teilhabeorientierte Rehabilitationsziel zu berücksichtigen

Die nachfolgende Abbildung stellt die Leistungskategorisierung schematisch dar:

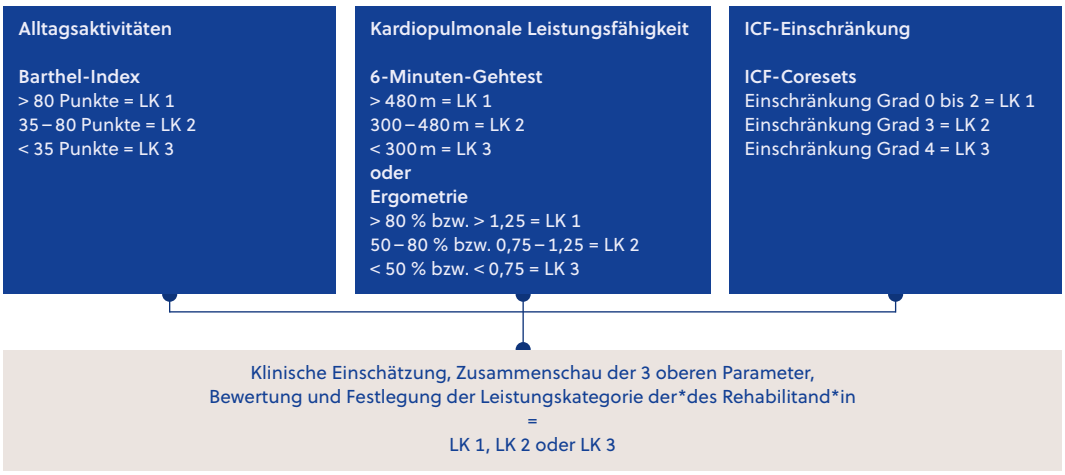

Abbildung 7: Leistungskategorisierung[22]

Folgende Cut-off-Werte sind für die Leistungskategorisierung heranzuziehen:

	Barthel-Index	Ergometrie		6-Minuten-Gehtest	ICF-Funktions-einschränkung
Cut-off-Werte	[Punkte]	[% der Soll-Leistungsfähigkeit]	[Watt pro kg Körpergewicht]	[m]	[Grad]
LK 1	> 80	> 80	> 1,25	> 480	0 – 2
LK 2	35 – 80	50 – 80	0,75 – 1,25	300 – 480	3
LK 3	< 35	< 50	< 0,75	< 300	4

Abbildung 8: Leistungskategorisierung, Cut-off-Werte[23]

21 Bei nicht gehfähigen Patient*innen ist der 6-Minuten-Gehtest mit dem Wert „0" Meter zu dokumentieren.
22 SV-eigene Darstellung.
23 SV-eigene Darstellung.

Die Festlegung der Leistungskategorie bei der Aufnahme ergibt sich grundsätzlich aus der Zusammenschau der 3 oben genannten Parameter mit deren Cut-off-Werten in Kombination mit einer klinischen Einschätzung der*des betreuenden Ärzt*in. Bei abweichender Festlegung der Leistungskategorie gegenüber den Ergebnissen aus der Zusammenschau der einzelnen Parameter ist die gewählte Einstufung schriftlich zu begründen.

Sowohl ärztlicher- als auch pflegerischerseits (bei Rehabilitand*innen mit Pflegebedarf) ist die Aufnahme ausschließlich am Aufnahmetag durchzuführen. Die vorläufige Leistungskategorie ist bei der Aufnahme festzulegen und erforderlichenfalls endgültig innerhalb der ersten 3 Therapietage unter Berücksichtigung von erhobenen Daten und Befunden (z. B. Labor) zu finalisieren. Eine Umklassifizierung während des Aufenthaltes nach dem 3. Therapietag ist nicht vorgesehen.

2.2.2 Ärztliche Untersuchungen

Die Art, Anzahl, Nettodauer und Zusatzanforderungen der jeweilig durchzuführenden ärztlichen Untersuchungen sowie Qualifikationen des durchführenden Personals pro Indikation sind den Leistungs-Detailbeschreibungen des RLP zu entnehmen.

Zusätzlich zur ärztlichen Aufnahme- und Entlassungsuntersuchung muss eine ärztliche Kontroll- Untersuchung stattfinden. Zumindest eine ärztliche Untersuchung muss durch eine*n Fachärzt*in der jeweiligen Indikation erfolgen. Dies erhöht sich im Rahmen einer Verlängerung eines Heilverfahrens. In der Phase III ist je Verlängerung um 2 Monate eine zusätzliche ärztliche Untersuchung durchzuführen. Bei einer Verlängerung um 6 Monate sind zusätzlich insgesamt 3 ärztliche Untersuchungen inkl. einer fachärztliche Untersuchung durchzuführen.

In der nachfolgenden Tabelle ist das Minimum an ärztlichen Untersuchungen festgelegt, eine Mehrleistung von Kontrolluntersuchungen ist selbstverständlich möglich:

Ärztliche Untersuchungen pro Heilverfahren	
Gesamtanzahl inkl. FÄ	3
Anzahl FÄ isoliert	1

Abbildung 9: Anzahl (Fach)ärztliche Untersuchungen[24]

24 SV-eigene Darstellung.

2.3 Rehabilitationstherapie

Das Kapitel Rehabilitationstherapie legt die zu erbringenden Leistungen sowohl im Therapieumfang (Mindestnettotherapieminuten) als auch in der Gliederung der Therapiebereiche in aktive und passive Therapien und Schulungen sowie bei Bedarf aktivierender Rehapflege, nach vorab definierter Leistungskategorie, fest. Die Schwerpunkte der Therapieinhalte und die Therapiezusammenstellung haben sich an der Zielerreichung im Hinblick auf die bestmögliche berufliche und gesellschaftliche Teilhabe zu orientieren.

Leistungsart	LK 1	LK 2	LK 3
Aktive Leistungen	70 – 90 %	70 – 90 %	60 – 90 %
- davon mindestens Einzelleistungen[25]	gemäß ICF-Klassifizierung		
Schulungen	5 – 25 %	5 – 25 %	0 – 20 %
Passive Therapien	0 – 20 %	0 – 20 %	0 – 30 %

Abbildung 10: Vorgaben der Zusammensetzung der Rehabilitationstherapie je Leistungskategorie[26]

Aktive Leistungen sind die Grundlage der medizinischen Rehabilitation, bei denen die Rehabilitand*innen zur aktiven Teilnahme an den angebotenen Maßnahmen motiviert und angehalten werden. Unter aktiven Leistungen sind neben allen Bewegungstherapien auch jene Leistungen zu verstehen, die eine aktive Interaktion zwischen Rehabilitand*innen und den Mitgliedern des therapeutischen Rehabilitationsteams in Form von Einzelberatungen oder auch psychologischen bzw. psychotherapeutischen Leistungen erfordern. Eine Ausgewogenheit zwischen Kraft- und Ausdauertraining gemäß den individuellen Bedürfnissen der Rehabilitand*innen und der häuslichen Umsetzbarkeit zur Fortführung der Rehabilitationsmaßnahmen ist in der Bewegungstherapie gefordert.

Entsprechend dem auf das individuelle Teilhabeziel bezogenen Schweregrad der ICF-Funktionseinschränkungen sind im Bereich der aktiven Leistungen definierte Einzelleistungen mindestens zu erbringen.

Passive Therapien dürfen nur im vorgegebenen Ausmaß auf die Mindestnettotherapieminuten (gemäß Abbildung 10: Vorgaben der Zusammensetzung der Rehabilitationstherapie je Leistungskategorie) angerechnet werden. Schulungen sind im Ausmaß und in den Inhalten auf die individuellen Bedürfnisse der Rehabilitand*innen zum Erreichen des Rehabilitationszieles abzustimmen.

25 Siehe Punkt 2.3.1, wobei in LK 2 in keinem Fall weniger als 1 Einzelleistung, in LK 3 nicht weniger als 2 Einzelleistungen pro Woche verordnet werden dürfen.

26 SV-eigene Darstellung.

Die folgenden 4 Vorträge zielen darauf ab, den Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bzw. die Gesunderhaltung im Alltag (für Pensionist*innen) zu fördern. Rehabilitand*innen haben diese verpflichtend zu absolvieren, falls dies nicht in den letzten 12[27] Monaten im Rahmen eines vorangegangenen Heilverfahrens geschehen ist:

- Vortrag – Berufliches Rehabilitationsziel bzw.
  Vortrag – Rehabilitationsziel
- Vortrag – Körperliche Gesundheit am Arbeitsplatz bzw.
  Vortrag – Körperliche Gesundheit im Alltag
- Vortrag – Gesunde Ernährung am Arbeitsplatz bzw.
  Vortrag – Gesunde Ernährung im Alltag
- Vortrag – Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz bzw.
  Vortrag – Psychische Gesundheit im Alltag

Der Vortrag über das (berufliche) Rehabilitationsziel muss innerhalb der ersten Woche ab Beginn des Heilverfahrens erfolgen, die weiteren Vorträge sind während des gesamten Heilverfahrens zu absolvieren. Die Inhalte der Vorträge werden seitens der SVT in Form einer Schulungspräsentation vorgegeben. Es können jedoch auch eigene Vorträge erstellt und verwendet werden. Die Abhaltung aller Vorträge laut RLP kann in digitalisierter Form durchgeführt werden, wobei technisch sichergestellt werden muss, dass die Inhalte konsumiert wurden. Dies gilt gleichermaßen für Schulungen ohne Notwendigkeit zur Interaktion.

Die Differenzierung zwischen Vorträgen, Schulungen, Seminaren, Beratungen und Terminen ist im Kapitel 3 geregelt.

Die Zusammenstellung und Abfolge der Therapien ist unter Berücksichtigung der erforderlichen Regenerationszeiten für die*den Rehabilitand*in nach medizinischen Kriterien festzusetzen. Informationen zu den Inhalten von Seminaren, Schulungen und Beratungen sind aktuell zu halten und mindestens 1 x jährlich zu überprüfen sowie bei Bedarf anzupassen. Vorhandene Informationsmaterialien der SVT sind an die Rehabilitand*innen auszugeben. Fehlende Schulungsfähigkeit von Patient*innen ist im ärztlichen Entlassungsbericht zu dokumentieren.

27 Die Gesamttherapieminuten in diesem Zusammenhang dürfen nicht reduziert werden.

Die genauen Zuordnungen, welche Leistungen zu den Therapieminuten und dabei zur aktiven Therapie, zu Schulungen sowie zu passiven Therapien gezählt werden, ist dem PV RehaLeistungsPortfolio® zu entnehmen. Es werden ausschließlich die klassifizierten Leistungen des RLP im Rahmen eines Heilverfahrens angerechnet.

2.3.1 ICF-orientierte Einzelleistungen

Entsprechend dem auf das individuelle Teilhabeziel bezogenen Schweregrad der ICF-Funktionseinschränkungen sind in den verschiedenen Bereichen der ICF definierte Einzelleistungen vorgegeben, die in der Phase II sowie Neurologie Phase III verpflichtend zu erbringen sind.

Diese Einzelleistungen sind in den Mindestnettotherapieminuten inkludiert und bilden mit den übrigen aktiven Leistungen (z. B. Ausdauer-, Krafttraining, spezifische Gymnastikgruppen, psychologische oder psychotherapeutische Gruppenleistungen) die Grundlage der aktiven Therapie.

Im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung sind jene Funktionseinschränkungen, welche zur Erreichung des Teilhabe- und Aktivitätsziels verbessert werden müssen, verpflichtend gemäß der ICF-Klassifizierung und dem Grad der Beeinträchtigung zu dokumentieren.

ICF-Schweregrade			
Beeinträchtigung / Problemausprägung			
0	keine	0 – 4 %	Die Person hat kein Problem.
1	leicht	5 – 24 %	Das Problem liegt 5 % und mehr der Zeit mit einer Intensität vor, die die Person in ihrer täglichen Lebensführung tolerieren kann, und / oder es trat in den letzten 30 Tagen selten auf.
2	mäßig	25 – 49 %	Das Problem liegt 25 % und mehr der Zeit mit einer Intensität vor, die die Person in ihrer täglichen Lebensführung stört, und / oder es trat in den letzten 30 Tagen gelegentlich auf.
3	erheblich	50 – 95 %	Das Problem liegt 50 % und mehr der Zeit mit einer Intensität vor, die die Person in ihrer täglichen Lebensführung teilweise unterbricht, und / oder es trat in den letzten 30 Tagen häufig auf.
4	voll	96 – 100 %	Das Problem liegt 96 % und mehr der Zeit mit einer Intensität vor, die die Person in ihrer täglichen Lebensführung vollständig unterbricht, und / oder es trat in den letzten 30 Tagen täglich auf.

Abbildung 11: ICF-Schweregrade

In der nachfolgenden Tabelle sind die je Heilverfahren mindestens zu erbringenden ICF-orientierten Einzelleistungen gemäß dem ICF-Schweregrad der Beeinträchtigung definiert:

		Physiotherapie / Trainingstherapie*					Ergotherapie	
		Grad der Einschränkung						
Anzahl der ICF-gradabhängig vorgeschriebenen Einzelleistungen pro Aufenthalt je Berufsgruppe		0	1	2	3	4	0	1
ICF-Funktionseinschränkungen:		Anzahl der Einheiten zu erbringender Einzelleistung						
b110 – b139	Gobale mentale Funktionen						0	0
b140 – b189	Spezifische mentale Funktionen						0	0
b210 – b229	Seh- und verwandte Funktionen	0	0	0	1	2	0	0
b230 – b249	Hör- und Vestibularfunktionen*	0	0	1	2	3	0	0
b250 – b279	Weitere Sinnesfunktionen	0	0	2	4	6	0	0
b280 – b289	Schmerz	0	1	3	6	9	0	0
b310 – b399	Stimm- und Sprechfunktionen							
b410 – b429	Funktionen des kardiovaskulären Systems	0	0	0	2	3		
b435 – b439	Funktionen des Immunsystems	0	0	0	2	3		
b440 – b449	Funktionen des Atmungssystems	0	1	2	3	4		
b450 – b469	Weitere Funktionen und Empfindungen,die das kardiovaskuläre und Atmungssystem betreffen*	0	0	0	2	3		
b510 – b539	Funktionen im Zusammenhang mit dem Verdauungssystem							
b540 – b559	Funktionen im Zusammenhang mit dem Stoffwechsel- und dem endokrinen System							
b610 – b639	Funktionen der Harnbildung und Harnausscheidung	0	0	0	1	2		
b640 – b679	Genital- und reproduktive Funktionen							
b710 – b729	Funktionen der Gelenke und Knochen	0	0	3	6	9	0	0
b730 – b749	Funktionen der Muskeln	0	0	3	6	9	0	0
b750 – b789	Funktionen der Bewegung	0	0	2	4	6	0	0

Abbildung 12: Einzelleistungen gem. ICF-Coreset-Gradeinschränkungen[28]

28 SV-eigene Darstellung; * nur in Bezug auf trainingstherapeutische Maßnahmen.

e			Logopädie					Klinische Psychologie / Neuropsychologie / Psychotherapie					Diätologie				
2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
gen (1 Einheit = 25 min Nettotherapiezeit)																	
1	2	3						0	1	2	3	4					
3	6	9	0	4	8	12	16	0	2	4	6	8					
0	1	2															
0	1	2															
0	1	2															
0	1	3						0	1	3	6	9					
			0	4	8	12	16										
			0	1	2	4	8						0	1	1	2	3
													0	1	1	2	3
								0	0	1	2	3					
								0	0	1	2	3					
3	6	9															
3	6	9															
2	4	6															

Bei der ICF-orientierten Verordnung der mindestens zu erbringenden Einzelleistungen gemäß der obigen Tabelle ist folgende Vorgehensweise zu berücksichtigen:

- Die Angabe der Einzelleistungen bezieht sich auf eine Dauer von jeweils 25 Minuten Nettotherapiezeit.
- Wenn eine Funktionseinschränkung in einem Bereich der ICF-Coresets besteht, in welchem Einzelleistungen mehrerer Berufsgruppen angeführt sind, ist individuell zu beurteilen, welche Berufsgruppe[29] für die Behebung der jeweiligen Einschränkung benötigt wird (eine oder mehrere der angegebenen Berufsgruppen im Bereich der ICF-Coresets).
- Wenn durch eine Funktionseinschränkung eine weitere Einschränkung in einem oder mehreren anderen Bereichen der ICF-Coresets ursächlich resultiert, sind die Einzelleistungen, die sich daraus zusätzlich ergeben würden, nicht zwingend additiv zu verordnen.
- Sind allerdings die Ursachen verschiedener Funktionseinschränkungen in unterschiedlichen Bereichen der ICF-Coresets unabhängig voneinander zu betrachten, sind zwingend die jeweils vorgegebenen Einzelleistungen aller Einschränkungen in den betroffenen Kategorien zu verordnen.

2.3.2 Module zur indikationsübergreifenden Erreichung des ICF-Teilhabeziels

Die ICF-teilhabezielunterstützenden Module sind kombinierte Leistungen aus aktiven Therapien bzw. Schulungen oder Seminaren bestehend aus zumindest zwei oder mehreren Leistungen, die dazu verwendet werden können, um indikationsübergreifende Komorbiditäten zu berücksichtigen. Jedes Modul ist inhaltlich und im zeitlichen Ausmaß standardisiert und darf nicht abgeändert werden.[30] Es stellt im jeweiligen Bereich die grundlegende Wissens- und Fähigkeitsvermittlung zum spezifischen Thema dar. Darauf aufbauende vertiefte Therapien oder Schulungen sind jederzeit möglich. [31]

29 Auf Basis der vorhandenen Berufsgruppen der pro Einrichtung angebotenen Indikationen.

30 Eine Herauslösung von Einzelleistungen aus dem Modulpaket ist nicht vorgesehen. Im Falle einer Erkrankung oder beruflichen Verhinderung ist eine Begründung notwendig. Ein bereits absolvierter Teil findet bei plausibler Begründung Anrechnung.

31 Z. B. stehen bei Diabetes mellitus mit funktioneller Insulintherapie/Insulinpumpentherapie darüber hinaus weitere vertiefte Schulungen zur Verfügung, die Details sind dem RLP zu entnehmen.

Modul	Struktur (detaillierte Definitionen siehe RLP)	Nettotherapiezeit [min]
Antikoagulation	Seminare interdisziplinär 1× oder 2× Ärzt*in (25) oder (50), 1× oder 2× Pflege (50)	75 bis maximal 200
Beckenboden	1× Seminar (25), 2× Praxis(à 25) Physiotherapeut*in	75
Diabetes Basis	Seminare interdisziplinär Ärzt*in (25), Pflege (25), Diätologie (25)	75
Gelenkschutz	1× Seminar (25), 2× Praxis (à 25) Ergotherapeut*in oder Physiotherapeut*in	75
Herzinsuffizienz	Seminare interdisziplinär Ärzt*in (25) oder (50), Pflege (25)	50 oder 75
Hypertonie	Seminare interdisziplinär Ärzt*in (25), Pflege (50)	75
Tabakfreiberatung	Seminare interdisziplinär Ärzt*in (25), Psycholog*in (25)	50
Tabakentwöhnung	Seminare interdisziplinär Ärzt*in (50), Psycholog*in (2× 50)	150
Rückenschule	1× Seminar (25), 4× Praxis (à 25) Physio- oder Trainings- oder Ergotherapeut*in	125
Schmerzmanagement	Seminare interdisziplinär Ärzt*in (25), Pflege (25)	50
Sturzprävention	1× Seminar (25), 2× Praxis (à 25) Ergotherapeut*in oder Physiotherapeut*in	75

Abbildung 13: Indikationsübergreifende Module[32]

2.4 Ergebnisanalyse

Bei jeder*jedem Rehabilitand*in sind Ergebnisanalysen durchzuführen, wobei Anfangs- und Abschlussmessung mit derselben Untersuchungsmethode durchzuführen sind. Das Ausfüllen von Fragebögen erfolgt soweit möglich durch die Rehabilitand*innen, bei Notwendigkeit wird seitens der betreuenden Berufsgruppe bzw. des Rehabilitationsteams Hilfestellung geleistet. Die Ergebnisse der durchgeführten Erhebungen / Scores sind mit den Rehabilitand*innen zu besprechen.

Der Rehabilitationsverlauf, sämtliche Untersuchungsergebnisse und therapeutische Maßnahmen sowie sonstige relevante Ereignisse (z. B. auch eventuelles Nichteinhalten medizinischer Anordnungen seitens der Rehabilitand*innen) sind durch Führung von Krankengeschichten zu dokumentieren. Die Dokumentation sowie die Aufbewahrung aller Unterlagen haben gemäß den rechtlichen Bestimmungen zu erfolgen.

32 SV-eigene Darstellung.

Die Ergebnisse folgender Erhebungen/Scores sind durchzuführen und im Entlassungsbericht zu dokumentieren, des Weiteren ist eine elektronische Datenübermittlung[33] je Rehabilitationsheilverfahren an die SVT vorzusehen:

SV-Nummer

- Einrichtungskürzel
- Leistungskategorie (bei Aufnahme)
- Barthel-Index (bei Aufnahme und Entlassung)
- 6-Minuten-Gehtest[34] (bei Aufnahme)
- PHQ-4 (bei Aufnahme und Entlassung)
- EQ-5D-5L (bei Aufnahme und Entlassung)
- ICF-Gradeinschränkung[35] (bei Aufnahme)

Zusätzlich bei Personen im erwerbsfähigen Alter, die keine Dauerpension beziehen:

- BBPL (ja/nein) (bei Aufnahme)
- SIMBO-C (bei Aufnahme)
- WAI (bei Aufnahme und bei Entlassung)

Zudem ist für alle Personen im erwerbsfähigen Alter, die keine Dauerpension beziehen, ein ggf. notwendiges weiteres Rehabilitationsprocedere zu initiieren und zu dokumentieren. Es sind folgende Pfade mit den Patient*innen abzuklären:

1. Keine weiterführenden Maßnahmen erforderlich
   Für Rehabilitand*innen, deren ICF-basiertes Rehabilitationsziel erreicht werden konnte und welche keine weiterführenden Maßnahmen benötigen.[36]
2. Wiederholungsheilverfahren[37]
   Für Rehabilitand*innen, die aus medizinischen Gründen ein Wiederholungsheilverfahren benötigen.

33 Die Details der Übermittlung der Daten sind in einem Codebuch festgeschrieben und die Werte gemäß diesen Vorgaben ab 01.01.2025 zu übersenden.

34 Sofern nicht eine diagnostische Ergometrie bei Aufnahme durchgeführt wird.

35 Schweregrad der Betroffenheit je Bereich der ICF-Funktionseinschränkungen.

36 Die Beschreibung der Erreichung des Teilhabeziels erfolgt auf Ebene der wiedererlangten Funktionen bzw. Aktivitäten, es ist keine Angabe über eine etwaige Arbeitsfähigkeit zu treffen.

37 Es ist ein entsprechender Rehabilitationsantrag seitens der Patient*innen zu stellen, welcher dem zuständigen Sozialversicherungsträger zur Bewilligung vorzulegen ist. Für die PVA eigenen Einrichtungen finden sich entsprechende Regelungen in der diesbezüglichen Richtlinie.

3. PV RehaJET® Heilverfahren
   Für Rehabilitand*innen, deren ICF-basiertes Rehabilitationsziel am Ende des Heilverfahrens noch nicht erreicht werden konnte, deren Chancen zur Erreichung des ICF-basierten Rehabilitationsziel aber hoch sind, bei Erfüllung folgender Kriterien:
   - Hoher SIMBO-C (ab 30 Punkten) und/oder niedriger WAI (unter 37 Punkten) bzw. vorliegende BBPL, wobei am Ende des medizinischen Erstheilverfahrens das ICF-basierte Rehabilitationsziel noch nicht (uneingeschränkt) erreicht wurde
   - Motivation der*des Rehabilitand*in zur Erreichung des ICF-basierten Rehabilitationsziels
   - Belastbarkeit der Rehabilitand*in für Arbeitssimulationstrainings (stabile Strukturen)
   - ICF-Schweregrad 0 bis 2 bei Entlassung
4. Phase-III-Rehabilitation
   Ambulante Phase III für Rehabilitand*innen, deren ICF-basiertes Rehabilitationsziel noch nicht ganz erreicht ist und die Stabilisierungsmaßnahmen benötigen.
5. Berufliche/soziale Rehabilitationsmaßnahmen[38]
   Für Rehabilitand*innen mit beruflichen Problemlagen und gegebenenfalls Umschulungsbedarf.
6. Erreichung des ICF-basierten Rehabilitationsziels nicht mehr möglich[39] Für Rehabilitand*innen, deren ICF-basiertes Rehabilitationsziel nicht erreicht werden kann.

Für Bezieher*innen einer dauerhaften Pensionsleistung sind folgende 3 Pfade abzuklären:

1. Keine weiterführenden Maßnahmen erforderlich, Entlassung nach Hause
   Für Rehabilitand*innen, deren ICF-basiertes Rehabilitationsziel erreicht werden konnte und welche keine weiterführenden Maßnahmen benötigen.
2. Wiederholungsheilverfahren
   Für Rehabilitand*innen, die aus medizinischen Gründen ein Wiederholungsheilverfahren benötigen.
3. Entlassung in eine betreute Einrichtung
   Für Rehabilitand*innen, die nicht mehr nach Hause zurückkehren können

38 Initiierung des Kontaktes mit Rehaberater*innen der zuständigen Stelle der SVT.
39 Initiierung des Kontaktes mit Rehaberater*innen der zuständigen Stelle der SVT.

2.4.1 Entlassungsbericht

Der Entlassungsbericht hat inhaltlich und strukturell die ELGA-Vorgaben[40] gemäß letztgültiger Fassung zu erfüllen.

Darüber hinaus sind im ärztlichen Entlassungsbericht zu dokumentieren:

- Definierte Rehabilitationsziele auf Teilhabe- und Aktivitätsebene
- Adaptierungen der Rehabilitationsziele sind im Entlassungsbericht entsprechend zu dokumentieren und zu begründen.
- Grad der Erreichung der Rehabilitationsziele zum Entlassungszeitpunkt (erreicht, teilweise erreicht, nicht erreicht) mit Begründung bei „teilweise erreicht" und „nicht erreicht"
- Leistungskategorisierung zu Beginn des Heilverfahrens (Leistungskategorie 1 bis 3)
- ICF-Einschränkung Grad 0 bis 4 der jeweiligen Bereiche der ICF-Coresets
- Erfolgte Entlassungs- und Teilhabeberatung sowie vereinbarte Maßnahmen[41]
- Hinweis, dass empfohlene weiterführende Maßnahmen mit der*dem Rehabilitand*in besprochen wurden und von dieser*diesem befürwortet oder abgelehnt wurden
- Ggf. Zuweisung zu einem Wiederholungsheilverfahren, PV RehaJET® Heilverfahren oder zur Phase-III-Rehabilitation
- Unterschreitungen der Gesamt-Mindesttherapieminuten
- Vorzeitiger Abbruch des Heilverfahrens mit entsprechender Begründung
- Die Teilnahme an sämtlichen Therapien, Schulungen, Seminaren und Beratungen ist festzuhalten, eine allfällige Nichtteilnahme ist zu begründen.
- Therapeutische Abschlussdokumentation
- Ggf. Hinweis auf Ablehnung bewilligungspflichtiger Medikamente/Heilbehelfe durch den zuständigen KV-Träger
- Ergebnisse bzw. Änderungen[42] (Verbesserung/Verschlechterung/keine Änderung) – inkl. der von der SVT definierten Erhebungen/Scores zur Ergebnisanalyse
- Als Anhang zum ärztlichen Entlassungsbericht bei Zustimmung der Rehabilitand*innen kann der Befund der klinisch-psychologischen Testung/Diagnostik beigelegt werden. Lehnt die*der Rehabilitand*in dies ab, so ist der Befund direkt an die*den Rehabilitand*in auszuhändigen.

40 Siehe ELGA-CDA-Implementierungsleitfäden gemäß § 16 (3) ELGA_VO 2015.

41 Gemäß den möglichen Pfaden laut Punkt *„2.4 Ergebnisanalyse" → Seite 27*..

42 Z. B. Funktionsverbesserungen oder Funktionsverschlechterungen auf Basis diagnostischer Erhebungen.

3 PV Reha Leistungsportfolio®

Das PV RehaLeistungsPortfolio® (RLP) definiert den Umfang rehabilitativer Leistungen und schafft eine einheitliche Strukturierung der Leistung über alle Indikationen auf Basis der Vorgaben des MLP AMB. Die Gliederung erfolgt anhand der folgenden Kapitel:[43]

- Kapitel A Sport- und Bewegungstherapie
- Kapitel B Physiotherapie
- Kapitel C Information, Motivation, Schulung
- Kapitel D Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie
- Kapitel E Ergo-, Arbeits- und andere funktionelle Therapie
- Kapitel F Psychologie
- Kapitel G Psychotherapie
- Kapitel H Reha-Pflege und Pädagogik
- Kapitel K Physikalische und sonstige Therapien
- Kapitel L Rekreationstherapie[44]
- Kapitel M Ernährungsmedizinische Leistungen
- Kapitel X Diagnostik
- Kapitel Y Untersuchungen und Termine
- Kapitel Z Organisatorisches

Innerhalb der einzelnen Kapitel und Zuordnungen wird speziell auf die ICF-Orientierung eingegangen.

Das RLP klassifiziert und normiert alle rehabilitativen Leistungen:

- Einheitliche Nomenklatur der Leistungen inkl. Codierungslogik
- Definition der Nettotherapiedauern
- Sämtliche Angaben betreffend die Therapiedauer verstehen sich „netto" als reine Therapiezeit ohne Vor-/Nachbereitung, Wegzeiten, An-/Auskleiden etc.
- Klassifizierung der Leistungen anhand der Anrechenbarkeit im MLP AMB (zur Rehabilitationstherapie[45] (aktive, passive Therapie, Schulung), zum Grundmodul und zur Rehabilitationsdiagnostik
- Einheitliche maximale[46] Gruppengrößen
- Maximal auf die Mindestnettotherapieminuten anrechenbare Häufigkeit bestimmter Leistungen
- Vorgabe und Beschreibung der fachlichen Inhalte der Leistungen

43 Der Kapitelaufbau folgt der Logik des KTL der DRV Bund.

44 Aktuell nicht in Verwendung.

45 Bei derselben Therapie können die angeführten Therapiezeiten kombiniert und ohne Pausen bzw. Wechselzeiten unmittelbar aufeinanderfolgend erbracht und angerechnet werden.

46 Eine Unterschreitung ist grundsätzlich möglich.

» Festlegung von berechtigten Berufsgruppen
Die gelisteten Berufsgruppen haben sich im Zuge ihrer Ausübung der Tätigkeiten strikt im Rahmen der rechtlichen Vorschriften zu bewegen. In Bezug auf die erforderlichen Fachärzt*innen ist darauf hinzuweisen, dass neben den berufsrechtlichen Bestimmungen (z. B. Ärzteausbildungsordnung) auch der Rehabilitationsplan 2020 zu beachten ist.
» Obligate / fakultative Vorhaltung bzw. Erbringung von Leistungen
Die obligat vorzuhaltenden Leistungen müssen von der Einrichtung im Bedarfsfall der*dem Rehabilitand*in angeboten werden können. Obligat zu erbringende Leistungen müssen bei allen Rehabilitand*innen der entsprechenden Indikation als Leistung verordnet und erbracht werden. Fakultativ vorzuhaltende Leistungen sind nicht zwingend zu erbringen, werden jedoch gemäß ihrer Zuordnung anerkannt und in die Gesamttherapiezeit eingerechnet, sofern sie durch berechtigtes Personal erbracht werden.

Das RLP strukturiert Beratungen, Seminare, Schulungen und Vorträge folgendermaßen:

» Beratung: Eine Leistung im Einzelsetting
» Seminar: Eine Leistung in der Gruppe mit Interaktion
» Schulung: Mehrere Leistungen zum selben Thema in der Gruppe mit Interaktion
» Vortrag: Eine Leistung in der Großgruppe ohne Interaktion

Die Anrechenbarkeit zu den Therapieminuten ist je Leistung gesondert geregelt.

Bei all jenen Therapien, bei welchen eine Interaktion mit Patient*innen vorgesehen ist, ist keine Digitalisierung möglich. Welche Leistungen unter welchen Bedingungen und in welcher Art digitalisiert werden können, ist dem RLP zu entnehmen. Es ist jedoch festzuhalten, dass die Leistungserbringung in Präsenz empfohlen wird bzw. vorzuziehen ist.

Digitalisierungsmöglichkeiten sind:

» Webinare: interaktive Online-Vorträge, Vortragende präsentieren Inhalte „live" und Patient*innen können Fragen stellen
» Aufgezeichnete Vorträge: vorab aufgezeichnete Vorträge, die zu einem späteren Zeitpunkt online verfügbar sind, orts- und zeitunabhängig
» Videokonferenzen: Live-Vorträge, die über Videokonferenz-Tools gehalten werden können

Im RLP so genannte Termine und organisatorische Leistungen finden keine Anrechnung auf die Therapieminuten, sie dienen z. B. der Abbildbarkeit von zusätzlich benötigter Informationsweitergabe oder schaffen eine strukturierte Organisationsmöglichkeit.

Das RLP wird in Form einer Excel-Datei abgebildet und ist fixer Bestandteil des MLP AMB. Leistungen dürfen ausschließlich seitens der SVT in das RLP aufgenommen werden, wofür ein definierter Genehmigungsprozess gilt. Leistungen, die nicht den Vorgaben entsprechen, werden nicht anerkannt und können dementsprechend nicht verrechnet werden.[47]

Weiters wird festgehalten, dass diagnostische Leistungen (Kapitel X) ausschließlich durch entsprechend qualifizierte Ärzt*innen erfolgen dürfen. Die Durchführung der diesen zu Grunde liegenden Untersuchungen bzw. Tätigkeiten kann – je nach Qualifikation und Berechtigung – durch die weiters angeführten berechtigten Berufsgruppen erfolgen. Diese nehmen teils auch nur Teile des medizinischen Gesamtprozesses bzw. einzelne Aufgaben in diesem Zusammenhang wahr. Zudem ist zu beachten, dass – je nach Aufgabe und Berufsgruppe – die Tätigkeiten (nur) zum Teil eigenverantwortlich, zum Teil unter Aufsicht bzw. als Hilfspersonal, ausgeführt werden dürfen (z. B. Röntgenassistent*innen führen einfache standardisierte Röntgenuntersuchungen durch und leisten Assistenz bei radiologischen Untersuchungen nach ärztlicher Anordnung und unter Aufsicht).

47 Die Leistungscodierung des RLP muss nicht in den EDV-Systemen der Vertragseinrichtungen implementiert werden, es muss aber schriftlich nachvollziehbar ein Mapping vorliegend sein, welches klar regelt, welche hausspezifische Leistung welcher RLP-Leistung entspricht. Es müssen jedenfalls bei den Leistungen sämtliche RLP-Vorgaben eingehalten werden.

4 Verzeichnisse

4.1 Glossar

AG	Arbeitsgemeinschaft
AHA	American Heart Association
ALS	Advanced Life Support
AMS	Arbeitsmarktservice
ARC	Austrian Resuscitation Council
ASBÖ	Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs
BBPL	Besondere berufliche Problemlage
BLS	Basic Life Support
BSR	Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie
CDA	Clinical Document Architecture
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EE	Eigene Einrichtungen (der PV)
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
EKG	Elektrokardiogramm
ERC	European Resuscitation Council
ETB	Entlassungs- und Teilhabeberatung
FÄ	Fachärzt*innen
GUKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
GUK-WV	Gesundheits- und Krankenpflege Weiterbildungsverordnung
HKE	Herz-Kreislauf-Erkrankungen
HV	Heilverfahren
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
KTL	Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation
KV	Krankenversicherung
LK	Leistungskategorie
MABG	Medizinisches Assistenzberufe-Gesetz
MLP	Medizinisches Leistungsprofil
NEU	Neurologische Erkrankungen / Neurologie
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ONK	Onkologie
PDL	Pflegedienstleitung
PHQ	Patient Health Questionnaire
PSY	Psychiatrie / Psychiatrische Rehabilitation
PUL	Pulmologie bzw. Lungenheilkunde / Atmungsorgane

PV	Pensionsversicherungsanstalt
PV RehaJET®	Rehabilitation für Job, Erwerbsfähigkeit und Teilhabe
RLP	RehaLeistungsPortfolio®
SV	Sozialversicherung
SVT	Sozialversicherungsträger
STV	Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat
VE	Vertragseinrichtungen (mit SVT)
WAI	Work Ability Index
WHO	World Health Organisation

4.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF 4
Abbildung 2: GuKG iVm GuKG-WV, Zusatz- oder Weiterbildungen 10
Abbildung 3: Aufbau des MLP AMB 13
Abbildung 4: Therapieminuten* 13
Abbildung 5: Heilverfahrensdauer 14
Abbildung 6: Grundmodulleistungen (SV-eigene Darstellung) 15
Abbildung 7: Leistungskategorisierung 18
Abbildung 8: Leistungskategorisierung, Cut-off-Werte 18
Abbildung 9: Anzahl (Fach)ärztliche Untersuchungen 19
Abbildung 10: Vorgaben der Zusammensetzung der Rehabilitationstherapie je Leistungskategorie 20
Abbildung 11: ICF-Schweregrade 23
Abbildung 12: Einzelleistungen gem. ICF-Coreset-Gradeinschränkungen 24
Abbildung 13: Indikationsübergreifende Module 27

Medizinisches Leistungsprofil
Stationär (MLP AMB)

PV RehaLeistungsPortfolio® (RLP)
für die ambulante Rehabilitation