



Pensionsversicherung
Österreich

Medizinisches Leistungsprofil für die psychiatrische stationäre und ambulante Rehabilitation (MLP PSY)

Stand: Version vom 4.5.2026

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: Mai 2026, 1. Auflage

Titelbild: © istockphoto.com/skyneshher

Haftungsausschluss: 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.

Inhalt

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.....	7
1.4 Multiprofessionelles Rehabilitationsteam.....	7
1.4.1 Ärztliches Team	7
1.4.2 Pfl egeteam (gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, Pflege(fach)assistentenberufe).....	8
1.4.3 Nahtstelle Entlassungs- und Teilhabeberatung (ETB).....	9
1.4.4 Therapeutisches Team.....	9
1.5 Notfälle im Rahmen eines Heilverfahrens.....	10
2 Aufbau	12
2.1 Rehabilitationsdiagnostik.....	14
2.1.1 Ärztliche Untersuchungen und Betreuung	15
2.2 Rehabilitationstherapie.....	16
2.2.1 Therapiezusammenstellung.....	17
2.2.2 Psychoedukation/Indikationsspezifische Schulungen/Beratungen.....	18
2.3 Ergebnisanalyse	19
2.3.1 Entlassungsbericht.....	21
3 PV Reha Leistungsportfolio®.....	22
4 Verzeichnisse.....	25
4.1 Glossar.....	25
4.2 Abbildungsverzeichnis.....	26

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 stationären und 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. Das medizinische Leistungsprofil stellt für die 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 (MLP PSY) 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. Die Durchführung von Nacht-, Feiertags- und Wochenenddiensten durch den ärztlichen Dienst sowie den Pflegedienst muss im stationären Bereich sichergestellt sein. Im ambulanten Bereich muss die ärztliche Anwesenheit entsprechend dem Kranken- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) iVm den jeweiligen zur Anwendung gelangenden Landesausführungsgesetzen (unter Berücksichtigung der jeweiligen Betriebsform) sichergestellt sein.

Die weiteren und die infrastrukturellen Voraussetzungen sind im Rehabilitationsplan 2025 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 PSY sollen die vorgegebenen Qualitätsstandards in allen Eigenen Einrichtungen (EE) und bei allen Vertragseinrichtungen (VE) der Sozialversicherungsträger (SVT) sichern.

1 Allgemeines

Das MLP PSY 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 PSY ist grundsätzlich darauf ausgerichtet, dass für ca. 90–95 % 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.

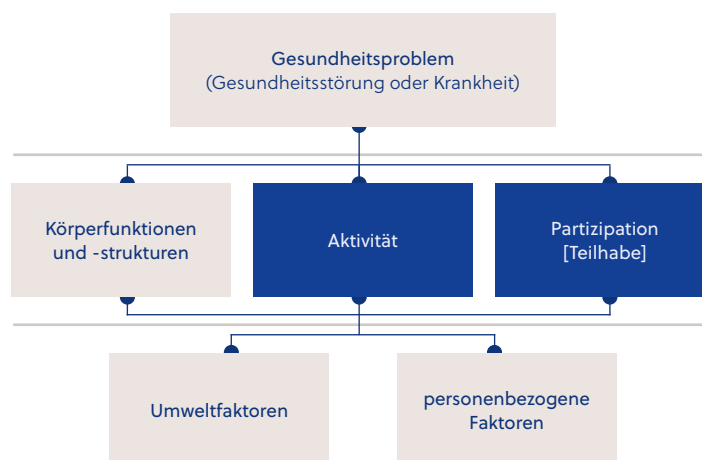


Abbildung 1: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF¹

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 Rehabilitand*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 2020² der österreichischen Sozialversicherungsträger verwiesen.

2 <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.846043&portal=syportal>

1.2 Rehabilitand*innenbezogene Voraussetzungen

Rehabilitationsbedürftige und -fähige Rehabilitand*innen müssen grundsätzlich über ein ausreichendes Rehabilitationspotenzial sowie eine positive Rehabilitationsprognose³ 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. Falls eine Transportfähigkeit der*des Rehabilitand*in nicht gegeben ist, muss eine entsprechende Versorgung der*des Rehabilitand*in bis zur Möglichkeit des Rücktransports gewährleistet werden.

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 das Rehabilitationsverfahren aus disziplinären Gründen abzuberechnen.

Ambulant:

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 abzuberechnen.

1.2.1 Verlust der Rehabilitationsfähigkeit

Ist im Verlauf des Rehabilitationsheilverfahrens erkennbar, dass keine ausreichende Rehabilitationsfähigkeit⁴ vorliegt, ist nach ICF-basierter Begründung im interdisziplinären Rehabilitationsteam von der Ärztlichen Leitung bzw. der*dem verantwortlichen Ärzt*in ab dem 8. Therapietag⁵ ein vorzeitiger Abbruch aus medizinischen Gründen zu veranlassen.

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/mental 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.

1.3 Indikationen/Kontraindikationen

Die Indikationen sowie die absoluten und relativen Kontraindikationen für ein medizinisches Heilverfahren sind dem Rehabilitationsplan 2025 der österreichischen Sozialversicherungsträger zu entnehmen.

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
- » Definition des ICF-Schweregrads entsprechend dem Grad der Einschränkung in Bezug auf die definierten ICF-Ziele mittels Mini-ICF-APP
- » 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

Durch Fachärzt*innen mit den jeweiligen Zusatzqualifikationen muss die Behandlung der zugewiesenen Rehabilitand*innen gesichert werden. Es gelten grundsätzlich die sanitätsbehördlichen Bescheide der einzelnen Rehabilitationseinrichtungen.

Indikation **Psychiatrie (PSY)**:

1. Obligat⁶

Fachärzt*innen für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin

Anmerkung: Bezeichnungen beziehen sich auf ÄAO 2015

- » Vorherige Bezeichnungen von Fachrichtungen sind mitumfasst
- » Vorherige Bezeichnungen behalten äquivalent zu den neuen Bezeichnungen ihre Gültigkeit

In der Folge steht „Facharzt für Psychiatrie“ bzw. „FA für PSY“ für:

- » Facharzt für Psychiatrie
- » Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin
- » Facharzt für Psychiatrie und Neurologie
- » Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

Im ambulanten Bereich muss die ärztliche Anwesenheit entsprechend dem Kranken- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) iVm den jeweiligen zur Anwendung gelangenden Landesausführungsgesetzen (unter Berücksichtigung der jeweiligen Betriebsform) sichergestellt sein.

⁶ Mindestens eine auf die jeweilige Indikation spezialisierte Person muss dem ärztlichen Team angehören

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

Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege trägt die Verantwortung für den Pflegeprozess sowie für die unmittelbare und mittelbare Pflege.

Qualitätssichernde Maßnahmen sind bei Rehabilitand*innen mit Pflegebedarf regelmäßig durchzuführen.

Anwesenheit in Bezug auf die Durchführung stationärer medizinischer Rehabilitation:

Sofern sich kein*e Fachärzt*in für PSY im Haus befindet muss zumindest ein*e diplomierte*r Gesundheits- und Krankenpfleger*in (DGKP) im Haus anwesend sein.

Die Anwesenheit von zumindest einer*einem diplomierten psychiatrischen Krankenpfleger*in im Haus ist anzustreben.

Anwesenheit in Bezug auf die Durchführung ambulanter medizinischer Rehabilitation:

Zusätzlich zur*zum Ärzt*in mit Berechtigung zur selbständigen Berufsausübung ist – sofern sich kein*e Fachärzt*in für PSY im Haus befindet – die Anwesenheit von zumindest einer*einem diplomierten psychiatrischen Krankenpfleger*in im Haus anzustreben.

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 Teilhabeberatung⁷ 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*innen⁹ ab.

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.

Am Ende der Rehabilitation findet zusätzlich zum Erstgespräch eine verpflichtende Entlassungs- und Teilhabeberatung in der Gruppe (ambulant: nach Bedarf) für alle Rehabilitand*innen statt.

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. Gehobene medizinisch-technische Dienste wie Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Diätolog*innen sowie Klinische und Gesundheitspsycholog*innen und Psychotherapeut*innen bilden das Kernstück des interdisziplinären Teams, welches durch Musiktherapeut*innen, Trainingstherapeut*innen, Medizinische Assistenzberufe bzw. Medizinisch-technische Fachkräfte¹⁰, Medizinische Masseur*innen und Heilmasseur*innen vervollständigt wird.

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.

¹⁰ Die Berechtigung der MTF ist jeweils bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 38 MABG gegeben.

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 sein¹¹, 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.

¹¹ Des Weiteren wird auf den Rehabilitationsplan 2025 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 ICF- basierten Rehabilitationsziele, 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 PSY:

1. Rehabilitationsdiagnostik
Allgemeine und indikationsspezifische Diagnostik sowie Erfassung einer BBPL
2. Rehabilitationstherapie
Aktive Leistungen und aktivierende Rehapflege, Schulungen, passive Therapien
3. Ergebnisanalyse
Ergebnisanalyse und Entlassungsbericht

Abbildung 2: Aufbau des MLP PSY¹²

Therapieumfang eines stationären Rehabilitationsheilverfahrens inkl. 350 min diagnostischer Leistungen:

Stationäre Rehabilitation PSY	Phase II
1 Woche	1.200 min
6 Wochen	7.200 min

Abbildung 3: Mindestnettominuten eines stationären Rehabilitationsheilverfahrens ¹³

Ambulante Rehabilitation PSY	Phase II	Phase III
Dauer	6–10 Wochen	12 Monate
Therapieminuten	7.100 min	5.000 min

Abbildung 4: Mindestnettominuten ambulanter Heilverfahren¹⁴

12 SV-eigene Darstellung.

13 SV-eigene Darstellung.

14 SV-eigene Darstellung.

Die Gesamttherapiezeit ist unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit der Rehabilitand*innen möglichst gleichmäßig auf die Therapietage aufzuteilen. Im stationären Bereich haben die Therapieanwendungen spätestens am ersten Therapietag nach der Aufnahme zu beginnen.

Die Veränderungswirkung der psychiatrischen Rehabilitation beruht zu einem großen Teil auf Beziehungsarbeit. Therapeutische Beziehung braucht Zeit, Beziehungskontinuität und Wiederholung. Folglich hat die Therapiedauer und die Therapiedichte erhebliche Wirkbedeutung.¹⁵

Die Synthese aus Gruppenprozessen der Psycho-, Ergo-, Physio- und Kreativtherapie und einem wöchentlichen psychotherapeutischen Einzelgespräch ist die Basis der Wirksamkeit in der psychiatrischen Rehabilitation.

Die Therapieintensität ermöglicht gruppentherapeutische und individuelle Prozesse, welche die verbesserte Teilhabe an Beruf und Alltag zum Ziel haben. Ebenso stellt die intensive Therapiezeit eine gute Übungsmöglichkeit für den Beruf und die Bewältigung des Alltags dar.

Der erste Feiertag im Rahmen eines Heilverfahrens ist jedenfalls innerhalb der Aufenthaltsdauer zu kompensieren und reduziert somit nicht die Mindestnettominuten.

Fallen weitere Feiertage in ein Heilverfahren, ist eine Reduktion der Mindestnettominuten nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zulässig:

Für Feiertage, die auf einen Wochentag (Montag bis Freitag) fallen, ist eine Verringerung der Mindestnettominuten um max. 225 Minuten pro Feiertag gestattet. Fällt ein Feiertag auf einen Samstag, können max. 75 Minuten pro Feiertag in Abzug gebracht werden. Feiertage, die auf einen Sonntag fallen, werden hierbei nicht berücksichtigt.

An Samstagen ist in der stationären Rehabilitation zumindest an Vormittagen (8:00 – 12:00 Uhr) ein Therapiebetrieb aufrechtzuerhalten.

Ambulant:

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

15 Steffanowski et al, Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation (2007).

Möglichkeit der Verlängerung eines Heilverfahrens

Wird das teilhabeorientierte Rehabilitationsziel innerhalb der bewilligten Rehabilitationsverfahrensdauer 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.

- » Der Rehabilitationsaufenthalt kann in der stationären Phase-II-Rehabilitation einmalig um bis zu 6 Wochen, verlängert werden. Es ist nur die Beantragung von vollen Wochen zulässig.
- » Dies muss von der/vom zuständigen Landesstellenchefärzt*in der SVT bewilligt werden.

2.1 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-C¹⁶ 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 WAI¹⁷ (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%20WAI-Kurzversion%20mit%20Auswertung%202021.pdf>

Diagnostik von gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen

- » Erhebung einer psychosozialen Anamnese
- » Mini-ICF-APP
- » Erfassung von Depressivität und Angst bzw. von psychosozialen Belastungen unter Zuhilfenahme des PHQ-4¹⁸ (am Beginn und am Ende des Rehabilitationsverfahrens)
- » Erfassung des Gesundheitszustandes unter Zuhilfenahme des EQ-5D-5L¹⁹ (am Beginn und am Ende des Heilverfahrens)

Weiterführende Diagnostik bei medizinischer Notwendigkeit

- » Allgemeine psychologische Diagnostik
- » Neuropsychologische Diagnostik
- » Biofeedback
- » Blutlabor
- » Fachärztliche Konsiliaruntersuchungen
- » Ruhe-EKG

Die diagnostischen Leistungen sowie die dafür notwendige Ausstattung (in der Einrichtung oder in Kooperation mit externen Anbieter*innen) sind im Rehabilitationsplan 2025 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.

Die*der Rehabilitand*in ist keinesfalls aufzufordern, die benötigten Blutbefunde im Vorfeld erstellen zu lassen.

2.1.1 Ärztliche Untersuchungen und Betreuung

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 müssen somit mindestens 5 ärztliche Kontroll-Visiten stattfinden, davon muss 1 Kontroll-Visite innerhalb von 5 Therapietagen nach Aufnahme erfolgen. Zumindest 2 ärztliche Untersuchungen müssen durch eine*n Facharzt*in der jeweiligen Indikation erfolgen. Pro Verlängerungswoche ist zusätzlich eine ärztliche Untersuchung durchzuführen. Ab der 3. Verlängerungswoche ist eine der ärztlichen Untersuchungen durch eine fachärztliche Untersuchung zu ersetzen.

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/>

Stationär:

Zusätzlich zur ärztlichen Aufnahme- und Entlassungsuntersuchung muss eine ärztliche Kontroll- Untersuchung stattfinden. Zumindest eine ärztliche Untersuchung muss durch eine*n Fachärzt*in erfolgen.

Sowohl ärztlicher- als auch pflegerischerseits ist die Aufnahme ausschließlich am Aufnahmetag durchzuführen, wobei auch auf ernährungsmedizinische Besonderheiten eingegangen werden muss. Die Rehabilitationsdiagnostik 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.

Ambulant:

Die Aufnahme der Patient*innen kann dem Beginn der Therapieanwendungen um maximal 2 Wochen vorgelagert sein. Bestandteile einer vorgelagerten Aufnahme sind ausschließlich die Erstuntersuchung (Y01), gegebenenfalls eine damit im Zusammenhang stehende Diagnostik (X0401, X0301, X0413) sowie gegebenenfalls Psychologie Testung Gruppe (F1101) und Psychologie Evaluation Gruppe (F1102). Der Rehabilitationsbeginn ist jedoch der erste Therapietag (Ausnahme bei Abbruch der Rehabilitation im Zuge der Erstuntersuchung).

2.2 Rehabilitationstherapie

Auf Basis der Aufnahmegespräche und der Untersuchungsergebnisse sowie nach Abstimmung innerhalb des Rehabilitationsteams sind die Rehabilitationsziele gemäß Mini-ICF-APP gemeinsam mit dem*der Rehabilitand*in zu definieren und zur Erreichung derselben der individuelle Rehabilitations- und Therapieplan zu erstellen.

Bei medizinischer Notwendigkeit hat die unverzügliche Adaptierung des Therapieplanes zu erfolgen. Grundsätzlich ist jedem*jeder Rehabilitand*in für das gesamte Rehabilitationsverfahren ein*e Bezugstherapeut*in zuzuordnen, der*die bei allen Teambesprechungen beizuziehen ist.

Über die Teilnahme der Rehabilitand*innen an sämtlichen Therapien, Schulungen und Beratungen sind schriftliche Aufzeichnungen zu führen, eine allfällige Nichtteilnahme an verordneten rehabilitationsmedizinischen Maßnahmen ist im Entlassungsbericht zu dokumentieren und zu begründen.

Vorhandene Informationsmaterialien der SVT sind an die Rehabilitand*innen auszugeben.

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 12²⁰ 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 Aufenthaltswoche erfolgen, die weiteren Vorträge sind während des Aufenthaltes 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.

2.2.1 Therapiezusammenstellung

Sämtliche Therapien sind ausnahmslos von einer* einem Ärztin*Arzt auszuwählen und anzuordnen, auf die Wiederherstellung und Verbesserung von Aktivität und Teilhabe auszurichten und sowohl hinsichtlich Zusammenstellung als auch Abfolge der Anwendungen unter Berücksichtigung der erforderlichen Ruhezeiten sinnvoll über den Tag zu verteilen.

Im Sinne der Nachhaltigkeit und Prävention ist insbesondere von Bedeutung (siehe Psychoedukation):

- » die seelische und körperliche Stabilisierung und der Aufbau von Motivation
- » Entwicklung von Fähigkeiten und Stärkung des Willens zur Krankheitsbewältigung
- » Förderung von Fähigkeiten und Fertigkeiten zu einer möglichst selbständigen und eigenverantwortlichen Lebensführung und Alltagsgestaltung

Der Schwerpunkt ist – insbesondere mit dem Ziel der Wiederherstellung und Verbesserung von Aktivität und Teilhabe – auf folgende Therapien des RLP zu legen:

- » psychotherapeutische und klinisch-psychologische Interventionen (Kapitel F, G)
sowie auf
- » allgemein und krankheitsspezifisch übende und informative Maßnahmen.
(Kapitel A, B, C, D, E, H, M)

„Passive“ Therapien (Kapitel K) sind lediglich ergänzend anzuwenden.

Verpflichtende Mindesttherapien:

- » Psychotherapie Einzel: mindestens 300 Minuten pro Heilverfahren.
Psychotherapien-Einzel können bei maximal 20 % der Rehabilitand*innen durch klinisch- psychologische Einzeltherapien ersetzt werden, wobei in begründeten Ausnahmefällen und nach chefärztlicher Bewilligung vorübergehend auch ein höherer Prozentsatz zulässig ist. ²¹
- » Ergotherapie (Kapitel E ohne Logopädie): 400 Minuten pro Heilverfahren
- » Bewegungstherapie (Kapitel A, Kapitel B): 200 Minuten pro Heilverfahren

Gleichartige Therapien dürfen unmittelbar im Anschluss aneinander durchgeführt werden.

Die Entlassungsuntersuchung hat innerhalb der letzten 2 Therapietage laut Therapieplan zu erfolgen.

Leistungsart	
Aktive Leistungen	65 – 93 %
Schulungen	7 – 20 %
Passive Therapien	0 – 15 %

Abbildung 5: Vorgaben der Zusammensetzung der Rehabilitationstherapie ²²

Die Berechnung erfolgt nach Abzug einer fixen Minutenanzahl für nichttherapeutische Leistungen (350 Minuten) von den Gesamttherapieminuten.

2.2.2 Psychoedukation / Indikationsspezifische Schulungen / Beratungen

Pro Rehabilitand*in sind pro Woche mindestens 1 individuell ausgewählte Psychoedukations- (max. 25 Teilnehmer*innen) und Schulungs-/ Beratungseinheiten (max. 50 Teilnehmer*innen) abzuhalten.

Inhalte: Psychoedukation

Darunter fallen alle Gruppen oder Einzelmaßnahmen, welche im Sinn der Therapiezusammenstellung (Nachhaltigkeit und Prävention) zur psychischen Stabilisierung beitragen und im Sinn von Empowerment und Salutogenese als essentieller Bestandteil anzusehen sind.

21 Insbesondere, wenn in bestimmten Regionen aufgrund personeller Engpässe die Berufsgruppe nicht zur Verfügung steht.

22 SV-eigene Darstellung.

2.3 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.

Die Ergebnisse folgender Erhebungen sind im Entlassungsbericht zu dokumentieren; des Weiteren ist eine elektronische Datenübermittlung²³ je Rehabilitationsheilverfahren an die SVT vorzusehen:

- » SV-Nummer
- » Einrichtungskürzel
- » PHQ 4 (bei Aufnahme und Entlassung)
- » EQ5D-5L (bei Aufnahme und Entlassung)
- » Mini-ICF APP -Gradeinschränkung (bei Aufnahme)²⁴

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. ²⁵

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

24 Schweregrad der Betroffenheit je Bereich der ICF-Funktionseinschränkungen.

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

2. Wiederholungsheilverfahren²⁶

Für Rehabilitand*innen, die aus medizinischen Gründen ein Wiederholungsheilverfahren benötigen.

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 Rehabilitationsmaßnahmen²⁷

Für Rehabilitand*innen mit beruflichen Problemlagen und gegebenenfalls Umschulungsbedarf.

6. Erreichung des ICF-basierten Rehabilitationsziels nicht mehr möglich²⁸

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 mit ausschließlich medizinischen Gründen..

3. Entlassung in eine betreute Einrichtung

Für Rehabilitand*innen, die nicht mehr nach Hause zurückkehren können.

26 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

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

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

2.3.1 Entlassungsbericht

Der Entlassungsbericht hat inhaltlich und strukturell die ELGA-Vorgaben²⁹ 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“
- » Mini-ICF-APP Beeinträchtigungsgrad
- » Erfolgte Entlassungs- und Teilhabeberatung sowie vereinbarte Maßnahmen³⁰
- » 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. Änderungen³¹ (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.

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

30 Gemäß den möglichen Pfaden laut Punkt „2.3 Ergebnisanalyse“ → Seite 19.

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

3 PV Reha Leistungsportfolio®

Das PV RehaLeistungsPortfolio® (RLP) definiert den Umfang rehabilitativer Leistungen.

Die Gliederung erfolgt anhand der folgenden Kapitel:³²

- » 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 Rekreationstherapie³³
- » Kapitel M Ernährungsmedizinische Leistungen
- » Kapitel X Diagnostik
- » Kapitel Y Untersuchungen und Termine
- » Kapitel Z Organisatorisches

Verweise auf die Leistungskategorisierung im RLP gelten nicht.

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 PSY zur Rehabilitationstherapie³⁴ (aktive, passive Therapie, Schulung) und zur Rehabilitationsdiagnostik
- » Einheitliche maximale³⁵ Gruppengrößen
- » Vorgabe und Beschreibung der fachlichen Inhalte der Leistungen

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

33 Aktuell nicht in Verwendung.

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

35 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 2025 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 PSY 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.³⁶

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. RA – Röntgenassistent*innen führen einfache standardisierte Röntgenuntersuchungen durch und leisten Assistenz bei radiologischen Untersuchungen nach ärztlicher Anordnung und unter Aufsicht).

36 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

ÄAO	Ärzt*innen-Ausbildungsordnung
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
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
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
MABG	Medizinisches Assistenzberufe-Gesetz
MLP	Medizinisches Leistungsprofil
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer

PHQ	Patient Health Questionnaire
PSY	Psychiatrie/Psychiatrische Rehabilitation
PV	Pensionsversicherungsanstalt
PV RehaJET®	Rehabilitation für Job, Erwerbsfähigkeit und Teilhabe
RLP	RehaLeistungsPortfolio®
SV	Sozialversicherung
SVT	Sozialversicherungsträger
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:	Aufbau des MLP PSY	12
Abbildung 3:	Mindestnettominuten eines stationären Rehabilitationsheilverfahrens	12
Abbildung 4:	Mindestnettominuten ambulanter Heilverfahren	12
Abbildung 5:	Vorgaben der Zusammensetzung der Rehabilitationstherapie	18

Medizinisches Leistungsprofil
für die psychiatrische stationäre und ambulante Rehabilitation
(MLP PSY)