

Salzburg, 15.08.2025

An: WKÖ, Politische Vertretungen, Ärztekammern, Stakeholder

Betrifft: ÖGPR – Stellungnahme zur 2. Verordnung zum ÖSG 2025 (Begutachtung)

Sehr geehrte Damen und Herren!

Bei der Durchsicht der 2. Verordnung zum Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) haben wir festgestellt, dass einige der angeführten Zahlen von den Daten aus unseren Instituten abweichen. Sollten diese Annahmen tatsächlich in die Praxis umgesetzt werden, führt dies unweigerlich zu einer **Reduktion der ambulant durchgeführten Rehabilitationen** – ausgerechnet in Zeiten, in denen **Sparsamkeit, Versorgungssicherheit** sowie die **rasche (Wieder-)Eingliederung** in das Arbeitsleben bzw. in ein selbständiges Leben in der gewohnten Umgebung im Vordergrund stehen sollten.

Keinesfalls zweifeln wir an der Expertise der Planer:innen. Wir möchten lediglich unsere Fachkompetenz als **Österreichischen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation (ÖGPR) konstruktiv** einbringen. Tatsächlich wurde die **ÖGPR** trotz jahrzehntelanger Expertise (ehem. **AGAKAR**) bislang **nicht eingebunden**. Als Präsident der ÖGPR ist es meine Verpflichtung, auch im Namen des Vorstands und der Institutsleiter:innen, auf diese prekäre Situation hinzuweisen und Sie um Unterstützung zu bitten. **Selbstverständlich** stehen wir gerne jederzeit unterstützend für eine **Nachmodellierung** zur Verfügung.

Stellungnahme im Detail

Vorweg die Definition der Reha-Phasen in Österreich:

Phase I: im Akutspital

Phase II: 3-4 Wochen stationär bzw. 6 Wochen ambulant

Phase III: weitere ca. 6 Monate im Anschluss an Phase II

Phase IV: lebensbegleitende Maßnahme in Eigeninitiative

1) Kernaussage

Die in der ÖSG-Wartung ausgewiesenen **Soll-Zahlen für 2030** in den Tabellen **R5 (Erwachsene)** und **R6 (Phase III)** liegen in mehreren Indikationsgruppen (RIG) **unter dem**

bereits erreichten IST-Stand 2024/2025 – besonders in Phase III. Eine Verordnung in dieser Form **deckelt** die Versorgung auf einem viel zu niedrigen Niveau, verlängert **Wartezeiten**, verspielt den in Phase II erzielten gesundheitlichen **Outcome-Gewinn**, was letztendlich **Mehrausgaben** verursacht.

Bereits jetzt wird **nur ein Bruchteil der infrage kommenden Patient:innen rehabilitiert** und werden **viel zu selten Patient:innen nach einer stationären Phase II einer Phase III zugewiesen**. Berücksichtigt man dann noch den demografischen Wandel und auch die zunehmenden Komorbiditäten, so ist unbestreitbar, dass der Bedarf in der ambulanten Reha weiter steigen und deutlich über dem aktuellen Niveau liegen wird und somit der **Mindeststandard 2030** deutlich nach oben korrigiert werden muss.

2) Einleitung & rechtlicher Rahmen

Die **2. Verordnung zum ÖSG 2025** schreibt Zielzahlen bis **2030** für die medizinische Rehabilitation fest. Verbindliche Richtwerte entfalten unmittelbare **Steuerungswirkung** auf Zugang, Umfang und regionale Gleichwertigkeit. Die Verordnung darf daher **keine Zielzahlen** festschreiben, die **unter dem IST-Niveau** liegen oder auf **unvollständiger Datenlage** beruhen.

3) Empirische Ausgangslage & regionale Evidenz

Folgende Beispiele seien exemplarisch genannt:

Feldkirch (Phasen II und III)

- Langjährige Standortwerte:
≈ **130 Verfahren/Jahr** in Phase II und ≈ **130/Jahr** in Phase III (Ø-Werte).
- Beispiel 2024:
Phase II Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE): 135 IST vs. 78 SOLL 2030 (≈ -42 %);
Phase III HKE 135 IST vs. 45 SOLL 2030 (≈ -67 %);
weitere RIGs Phase III: **Neurologie (NEU) 55 vs. 16; Onkologie (ONK) 12 vs. 5.**
- Zusätzlich: **Vorarlberg-weit > 1.500 Neuro-Patient:innen** (Phase II + III) im Jahr 2024; im ÖSG-Entwurf für dieselbe Versorgungszone 4 (West) **nur 87 Verfahren (Phase II + III) 2030** → reales Leistungsvolumen ≈ **17x** des Soll-Werts.
- Ähnlich hohe Diskrepanzen **bundesweit** (z. B. Graz HKE ~**2,8x**, Linz NEU ~**4,1x**).

Graz (HKE, Phase III)

- Heute **~300 ambulante Phase-III-Verfahren/Jahr** allein in einem Zentrum; im Entwurf **R6 2030 = 131** Verfahren
→ der Bedarf wird **offensichtlich nicht** abgebildet.

Innsbruck (Einzugsgebiet)

- In der Planung wurden **312.274 Erwachsene** (≈ 89 % der Gesamtbevölkerung) angesetzt.
Statistik-Austria-basierte 45-Min-Isochrone:
512.100–596.700 Einwohner, davon ≥ 18 Jahre:
455.680–531.063
→ **signifikante Untererfassung** des Einzugsgebiets und damit **nach unten verzerrte** Soll-Zahlen.

Ergo:

In allen drei beispielhaft genannten Standorten zeigt **R6 (Phase III) deutliche Unterdeckungen** gegenüber dem IST.

R5 liegt in einzelnen RIGs/Regionen **ebenfalls unter** dem aktuellen Niveau.

Diese Zielwerte dürfen nicht festgeschrieben werden.

4) Methodische Schwächen des Entwurfs

1. **Veraltete/inkomplette Basis:** IST-Daten nur bis 2021/22; **Nachholeffekte 2022–2024** fehlen.
2. **Lineare Fortschreibung ohne Strukturbrüche:** Beschleunigte Verlagerung von **stationär → ambulant, digitale Modelle** bleiben unzureichend berücksichtigt.
3. **Regionale Unschärfen: Grenz-/Pendlerströme** (z. B. Vorarlberg/FL/CH) fehlen; Isochrone fehlerhaft (s. Innsbruck). ÖSGStellungnahme.Med.2...
4. **Outcome-Blindheit:** Phase III als **Sicherung** bzw. **weiterer Verbesserung** der Phase-II-Erfolge unzureichend abgebildet.
5. **Phase-III-Abgrenzung:** Uneinheitlich kodiert, **nicht plausibilisiert**; Übernahme von Rohwerten ohne Korrektur.

5) Benachteiligung von Pensionsbeziehenden

Der Entwurf wurde nicht um Regelungen für **Pensionsbeziehende** bereinigt (u. a. **§ 307 ASVG** – ambulante Reha für Pensionsbeziehende faktisch ausgeschlossen). **Angleichung** in **ASVG/BSVG/GSVG** und **Rechtsanspruch** auf ambulante Reha sind nachzuholen.

6) Demografie & Epidemiologie bis 2030 – Planungsimplicationen

- Bis 2030: **+17 % (65+), +20 % (80+)**; steigende Inzidenzen (Herzinfarkt, Schlaganfall), wachsende **Cancer Survivorship**.
- Selbst bei konstanter Inanspruchnahme wächst der Reha-Bedarf **~2 % p. a.**
- **Empfohlene Untergrenze 2030: Ambulant 1,3× IST 2024** (Demografie, Case-Finding, digital-ambulante Verlagerungen, Prävention, etc.).

7) Rechts- und Versorgungsrisiken

Zu niedrige Soll-Zielwerte verletzen den Grundsatz der **ausreichenden Versorgung**, erzeugen **Wartezeiten** (z. B. Phase-III HKE Feldkirch > **16 Wochen** ab 2026 – Modellprognose) und gefährden **Outcomes** (Funktion, Teilhabe, Prognose, Lebenserwartung); mittelbar steigen **Pflege- und Krankenhauskosten**.

8) Kritische, aber konstruktive Forderungen der ÖGPR

8.1 Sofortmaßnahmen für den aktuellen Entwurf

1. **R5/R6** in der vorliegenden Form **nicht verordnen**; Rückverweisung zur **Neumodellierung** auf aktueller Datenbasis (IST 2021–Q3/2025, **Wartezeiten**, Demografie/Morbidität, Verlagerung, **regionale Ströme**).
2. **Mindestschutz (VO-Text)**: „Soll 2030 \geq IST 2024/2025 je RIG/Region; bis zur Neuberechnung gilt **mindestens** der IST-Stand 2024/2025.“
3. **Monitoring-Klausel**: „Weicht IST in **2** aufeinanderfolgenden Jahren um **> 10 %** vom **SOLL** ab, **Nachschärfung binnen 12 Monaten** (Aufwuchspfade mit Zwischenzielen).“
4. **Phase III (R6) substantiell anheben** (Mengenpfad 2025→2030; **Qualitäts-/Erreichbarkeitskorridore; Eignungsstandorte**).
5. **ÖGPR verbindlich einbinden** in Modellierung, Monitoring und jährliche Evaluierung.
6. **Recht Klarheit Pensionsbeziehende**: § 307 **ASVG** zugunsten der ambulanten Reha reformieren; **ASVG/BSVG/GSVG** angleichen.
7. **Bescheidmäßige Fertigung**: Ablehnungen/Änderungen (inkl. Abweichen vom **dokumentierten Patient:innenwunsch**) mit **chefärztlicher Begründung** bescheidmäßig erlassen; gilt auch bei **Ablehnung Phase III** sowie bei Anträgen **ohne vorangegangene Phase II**.

8.2 Regionale Zielsetzungen (exemplarisch; Kurzüberblick für die Nachmodellierung)

- **Feldkirch (HKE)**: Untergrenze 2030 = mind. IST 2024/25 → **Phase II \geq ~130/Jahr**, **Phase III \geq ~130/Jahr**; demografischer Aufwuchs ($\times 1,3$) → \geq **~170/Jahr** je Phase.
- **Graz (HKE, Phase III)**: Untergrenze 2030 \geq **300/Jahr** statt **131/Jahr**; **R6** um mind. **+169/Jahr** nachschärfen (zzgl. Demografie/Regionalkorridor).
- **Innsbruck (Z05)**: Zielwerte 2030 auf Basis der realen **45-Min-Isochrone** neu kalibrieren; die bisherige Planbasis unterschätzt das Einzugsgebiet.

9) Medizinische Aspekte

- Deutlicher Trend in Richtung ambulante Rehabilitation, da **wohntnahe** Versorgungsbedarf.

- Positiver Effekt des **ICF-basierten Modells (MLP 2.0)** mit **multimodal-interdisziplinärem** Zugang; starker **Patient:innenwunsch** und Zuweisungen aus Krankenhäusern / niedergelassenem Bereich.
- Ziel laut Reha-Plan 2020: **Gesundheit erhalten, Pflegebedürftigkeit vermeiden** (ÖSG/RHB).
- **Rasche Versorgung** verbessert **Funktion, Aktivität, Teilhabe** nachhaltig.
- Leitlinien nationaler/internationaler Fachgesellschaften: ambulante Rehabilitation hat höchstmögliche **Evidenzklasse IA** für Morbidität/Mortalität. **Diese den Patient:innen vorzuenthalten, kommt einem Kunstfehler gleich.** Rahmenbedingungen müssen so geschaffen/ausgebaut werden, dass **alle** in Frage kommenden Patient:innen **Zugang** erhalten.
- **Nicht nachvollziehbar/anachronistisch:** Ein allfälliger Reha-Plan 2030 und seine Umsetzung im ÖSG tragen dem oben genannten **nicht** Rechnung; Gründe sind im **Rechnungshofbericht** detailliert dargelegt, in der Praxis (Transparenz) **noch problematischer**.

10) Zusammenfassung (medizinischer Blick)

- **Umgehende Umsetzung** der RH-Forderungen zu **Transparenz** (Erstellung/Umsetzung Reha-Plan/ÖSG): **aktuell nicht umgesetzt**.
- **Bescheidmäßige Fertigung** aller durch die SV **abgeänderten Rehaanträge:** **aktuell nicht umgesetzt**
→ **Patient:innenrecht verletzt**.
- **Gleichstellung Erwerbsfähige vs. Pensionist:innen:** **Aktuell nicht umgesetzt**
→ **Diskriminierung**.
- **„Ambulant vor stationär“ endlich umsetzen:** **Aktuell nicht umgesetzt.** Reha-Plan **ambulant 2030** überwiegend **niedriger als 2023**.
- **Integration** der Rehabilitation als **fixer Bestandteil** der **integrativen Gesundheitsversorgung** auf **Bundeslandebene** (z. B. **LIV Tirol**): **Aktuell nicht umgesetzt**.

11) Flankierende Maßnahmen (Forderungen)

11.1 Bescheidmäßige Fertigung bei Ablehnung/Abänderung

- Grundlose Ablehnungen **ohne Bescheid** sind ein schwerer Eingriff in **Patient:innenrechte**.
- **Forderung:** Grundsätzliche **bescheidmäßige Fertigung**, insbesondere wenn vom **schriftlich dokumentierten Patient:innenwunsch** abgewichen wird.

11.2 Gleichstellung von Pensionist:innen

- Ablehnungen mit „kein Leistungsanspruch“ **ohne chefärztliche Stellungnahme**.

- **Forderung: Schriftliche chefärztliche Stellungnahme und Bescheid** bei Ablehnung; Diskriminierung ist **medizinisch nicht hinnehmbar**.

11.3 „Ambulant vor stationär“ (nicht umgekehrt)

- Keine Weiterleitung an die **Wunscheinrichtung**; intransparentes **Umwandeln ambulant → stationär** (2023/24).
- **Risiko**: längere **Wartezeiten** und kürzere **stationäre** Dauer → **Schaden** möglich.
- **Forderung: Bescheidmäßige Fertigung**; bei potenziellem Schaden steht **chefärztliche Haftung** im Raum.

11.4 Keine Phase-III ohne Phase-II (vgl. Reha-Plan 2020)

- Phase-III-Verfahren werden **ohne** vorangegangene Phase-II ausgestellt.
- **Forderung: Bescheidmäßige Fertigung**; potenzielle **chefärztliche Haftung** vermeiden.

11.5 Ablehnung Phase-III Rehabilitation

- Phase-III hat **klare Definition** (Reha-Plan 2020). **Etappenziel-Erreichung** in Phase-II ist **kein Grund** zur Ablehnung von Phase-III.
Nahezu routinemäßig werden aktuell Anträge auf Phase III abgelehnt, sofern die für die Phase II gesteckten Ziele erreicht wurden. Hierbei wird übersehen, dass es während der Phase II darum geht erreichbare Ziele zu setzen, die in weiterer Folge nachgebessert werden müssen. Kommt ein stark übergewichtiger Patient:in in die Rehabilitation, so wäre bzgl. Körpergewicht eine Abnahme von 2kg ein ambitioniertes Ziel. Würde dieses erreicht, so wäre zwar der richtige Weg eingeschlagen, das Normalgewicht aber noch lange nicht erreicht. Dasselbe gilt für alle weiteren beeinflussbaren Risikofaktoren bzw. körperlichen Defizite wie z.B. Erreichen des vollen Bewegungsumfanges eines Gelenks, welches innerhalb der Phase II verbessert und erst in Phase III erreicht werden kann. Phase II Ziele stellen Etappen-, aber nicht Endziele dar. Ein Etappenziel zu erreichen kann kein Grund sein, dass die Phase III abgelehnt wird.
- **Forderung: Bescheid mit chefärztlicher Stellungnahme** bei Ablehnung.

12) Gesundheitsökonomie

- Zuweisung nach stationärer Phase-II zu wohnortnaher **Phase-III** liegt im **sehr niedrigen einstelligen Bereich**.
- **Medizinisch und ökonomisch** ist im Anschluss an die Phase-II eine **weiterführende ambulante Phase-III** geboten (Wiederholungsheilverfahren verhindern/reduzieren).
- „**2× ambulant für 1× stationär**“: Mit knappen Ressourcen können **zwei ambulante Verfahren** statt **eines stationären** durchgeführt werden → höherer **Durchsatz**.

- **ÖSG-Grundsatz:** „Teilweise Substitution der stationären durch ambulante Rehabilitation ... wenn bei zumindest gleicher Qualität **gesamtwirtschaftlich günstiger**“ (Zitat RHB).

13) Auswahl wissenschaftlicher Evidenz (Österreich, ambulante Rehabilitation)

- **Hayn D. et al. (2023)** *Front Digit Health*: Digital-Tools in ambulanter HKE-Reha (Home-Training).
- **Reich B. et al. (2020)** *Eur J Prev Cardiol*: Wirksamkeit erweiterter ambulanter HKE-Reha (Register).
- **Reich B. et al. (2025)** *Open Heart*: Effektivität des österreichischen **Phase-III-Modells** (Register).
- **Wiesmüller F. et al. (2025)** *JMIR Mhealth Uhealth*: Nutzung digitaler Tools & Outcomes in Herz-Reha.

14) Gesetzesänderungen – Angleichungen in allen SV-Gesetzen notwendig

14.1 ASVG, BSVG, GSVG bzgl. ambulanter Reha **angleichen** (alle entsprechenden Paragraphen).

14.2 Gleichstellung aller ≥ 18-Jährigen „Nicht gelungen ... versicherungsrechtliche Grundlagen für die Erwachsenenrehabilitation ... Doppelzuständigkeiten ... Fehlen eines klaren Rechtsanspruchs ... insbesondere für **Pensionsbeziehende** kaum ambulante medizinische Reha, keine psychiatrische Reha, keine medizinische Reha bei Lymphkrankeitungen“ (**TZ 7–10**, Zitat RHB).

14.3 Bescheidmäßige Fertigung bei Abänderung des **Patient:innenwunsches** inkl. **chefärztlicher Stellungnahme**.

14.4 Gesundheitsökonomisches Verhalten (Rechnungshof)

„Ambulante Leistungserbringung, **nur rund halb so hohe Kosten** wie stationäre Maßnahmen, sollte **weiter zunehmen** (TZ 8) ... bessere Abstimmung KH ↔ Reha (TZ 18) ... bessere Information (TZ 11) ... Pflegebedarf vermeiden durch klarere Regelung für Pensionsbeziehende (TZ 18) ... Reha-Planung **klaren Zielen, transparenter, integriert und verbindlich** (TZ 19).“

14.5 Rehabilitation umgehend und **verpflichtend** als Teil der **integrativen Gesundheitsversorgung** auf **Bundeslandebene** umsetzen (z. B. **LIV Tirol**).

„**2.2.6.3 Weiterentwicklung der Rehabilitationsplanung** ... integrative Gesamtkonzeption Akut ↔ Reha; innovative Versorgungsformen (Schnittstelle **ambulante Phasen II/III**); Integration in **vernetzter Versorgung**; indikationsübergreifende ambulante Reha; **Stärkung der ambulanten** gegenüber **stationärer Reha**“ (Zitat ÖSG).

Schlussfolgerung

Die Vorlage in ihrer aktuellen Fassung verkennt das **reale Versorgungsgeschehen**. **IST-Fallzahlen 2024/2025** übertreffen „**SOLL 2030**“ bereits teils **um ein Mehrfaches**. Das ist **methodisch** nicht haltbar, **medizinisch** unnötig gefährlich und **ökonomisch** nachteilig. Die **Verbindlichmachung** der Tabellen **R5/R6** ist daher **auszusetzen**, bis eine **valide, demografie-adjustierte, outcome-orientierte** Bedarfsplanung vorliegt. Sehr gerne ist die ÖGPR jederzeit bereit hier ihren konstruktiven Beitrag zu leisten. Bitte kommen Sie auf uns zu.

Im Namen des Vorstand und der InstitutsleiterInnen,

mit freundlichen Grüßen,



Prim. Univ.-Prof. Dr.Dr. Josef Niebauer, MBA
Innere Medizin, Kardiologie, Sportmedizin, Sportkardiologie^{DGK}, Internistische Rehabilitation^{ÖGPR}