


**Beschluss
der Landesregierung**
**Deliberazione
della Giunta Provinciale**

Nr. 480
Sitzung vom 30/06/2020 Seduta del

ANWESEND SIND

Landeshauptmann
Landeshauptmannstellvertr.
Landeshauptmannstellvertr.
Landeshauptmannstellvertr.
Landesräte

Generalsekretär

Arno Kompatscher
Arnold Schuler
Giuliano Vettorato
Daniel Alfreider
Massimo Bessone
Waltraud Deeg
Maria Hochgruber Kuenzer
Thomas Widmann

Eros Magnago

SONO PRESENTI

Presidente
Vicepresidente
Vicepresidente
Vicepresidente
Assessori

Segretario Generale

Betreff:

Aktualisierung und Ergänzung des
Fachplanes für das landesweite
Rehabilitationsnetz

Oggetto:

Aggiornamento ed integrazione del Piano
Provinciale della rete riabilitativa

Vorschlag vorbereitet von
Abteilung / Amt Nr.

23

Proposta elaborata dalla
Ripartizione / Ufficio n.

Die Landesregierung

mit Beschluss der Landesregierung Nr. 1331 vom 29. November 2016, Landesgesundheitsplan Südtirol 2016–2020, wurden die Planungsziele für die post-akute Versorgung definiert;

der Beschluss der Landesregierung Nr. 1406 vom 18. Dezember 2018 „Fachplan für das landesweite Rehabilitationsnetz 2019-2021“, sieht im Punkt 9 die Einsetzung eines Koordinierungsgremiums vor, der in definierten Bereichen prioritär intervenieren muss, u.a. in der Bestimmung neuer Bewertungsskalen, die auf staatlicher und internationaler Ebene validiert sind, und in der Definition von Angemessenheitskriterien der Aufenthalte für Rehabilitation und post-akute Langzeitpflege;

in Anwendung des oben genannten Beschlusses der Landesregierung wurde eine Arbeitsgruppe aus Vertretern der Abteilung Gesundheit, des Südtiroler Sanitätsbetriebes und öffentlichen und privaten Akteuren der Rehabilitation ins Leben gerufen, die sich mit den oben genannten Themen beschäftigt hat;

der Fachplan für das landesweite Rehabilitationsnetz 2019-2021 wurde daraufhin überarbeitet, die Zugangskriterien definiert und neue Bewertungsskalen eingeführt;

der gegenständliche Fachplan für das landesweite Rehabilitationsnetz 2020-2025 ersetzt so den vorhergehenden Fachplan 2019-2021;

nach Einsichtnahme im Verfahren des Südtiroler Sanitätsbetriebes Nr. 2702/16 „Angemessenheitskriterien für post-akute Rehabilitations- und Langzeitpflegeaufenthalte“;

der Südtiroler Sanitätsbetrieb wird alle notwendigen Schritte zur Umsetzung der neuen Zugangskriterien und der Einführung der neuen Bewertungsskalen unternehmen müssen;

um es dem Südtiroler Sanitätsbetrieb zu ermöglichen, alle Verschreiber auszubilden und zu informieren, ist eine Übergangszeit von 6 Monaten vorgesehen, nach deren Ablauf dieser Beschluss in Kraft treten soll;

La Giunta Provinciale

Con deliberazione della Giunta provinciale n. 1331 del 29 novembre 2016 Piano sanitario provinciale dell'Alto Adige 2016-2020, sono stati definiti obiettivi di piano per l'assistenza post-acuta;

la deliberazione della Giunta Provinciale n. 1406 del 18 dicembre 2018 “Piano provinciale della rete riabilitativa 2019-2021”, prevede al punto 9 l'attivazione di una cabina di regia che deve intervenire prioritariamente in ambiti definiti, fra i quali l'individuazione di nuovi strumenti di misurazione validati a livello nazionale e internazionale, e la definizione di criteri di appropriatezza dei ricoveri riabilitativi e di lungodegenza post-acuta;

in applicazione della suddetta delibera della Giunta Provinciale è stato istituito un gruppo di lavoro, composto da rappresentanti della Ripartizione Salute, dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige e da professionisti della riabilitazione pubblici e privati, che si è occupato dei temi suddetti;

il Piano provinciale della rete riabilitativa 2019-2021 è stato quindi rielaborato, sono stati definiti i criteri di accesso e introdotte nuove scale di valutazione;

il presente Piano provinciale della rete riabilitativa 2020-2025 sostituisce quindi il precedente Piano 2019-2021;

vista la procedura dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige n. 2702/16 “Criteri di appropriatezza nei ricoveri di riabilitazione e lungodegenza post-acute”;

l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige dovrà provvedere a tutti gli adempimenti necessari all'attuazione dei nuovi criteri di accesso e all'introduzione delle nuove scale di valutazione;

per consentire all'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige di provvedere alla formazione e informazione di tutti i soggetti prescrittori si prevede un periodo transitorio di 6 mesi, al termine del quale la presente delibera si intende operativa;

beschließt

einstimmig in gesetzmäßiger Weise:

1. Den beiliegenden „Fachplan für das landesweite Rehabilitationsnetz 2020-2025“ als integrierenden Teil des gegenständlichen Beschlusses zu genehmigen und den „Fachplan für das landesweite Rehabilitationsnetz 2019-2021“ zu ersetzen;
2. den Sanitätsbetrieb mit der Aufgabe zu betrauen, alle notwendigen Schritte zur Umsetzung der neuen Zugangskriterien und der Einführung der neuen Bewertungsskalen zu unternehmen;
3. eine Übergangszeit von 6 Monaten nach Genehmigung des gegenständlichen Beschlusses vorzusehen, damit der Südtiroler Sanitätsbetrieb alle Verschreiber ausbildet und informiert, und den vorliegenden Plan umsetzt;
4. gegenständlicher Beschluss bringt keine Ausgaben zu Lasten des Landeshaushaltes mit sich.

DER LANDESHAUPTMANN

DER GENERALSEKRETÄR DER L.R.

delibera

a voti unanimi legalmente espressi:

1. di approvare l'allegato “Piano provinciale della rete riabilitativa 2020-2025”, quale parte integrante della presente deliberazione, e di sostituire il “Piano provinciale della rete riabilitativa 2019-2021”;
2. di demandare all'Azienda Sanitaria il compito di provvedere a tutti gli adempimenti necessari all'attuazione dei nuovi criteri di accesso e all'introduzione delle nuove scale di valutazione;
3. di prevedere un periodo transitorio di 6 mesi dall'approvazione della presente deliberazione per consentire all'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige di formare e informare tutti i soggetti prescrittori. ed implementare il presente Piano;
4. la presente deliberazione non comporta spese a carico del bilancio provinciale.

IL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA

IL SEGRETARIO GENERALE DELLA G.P.

FACHPLAN FÜR DAS LANDESWEITE REHABILITATIONSNETZ 2020-2025

Neuordnung des Angebots und
Zugangsmodalitäten

Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort.....	2
2. Das Rehabilitationsnetz: Beschreibung des landesweiten Angebots	3
2.1 Intensive Rehabilitation - Code 56	4
2.2 Hochspezialisierte intensive Rehabilitation (Neurorehabilitation) - Code 75	5
2.3 Post-akute Langzeitpflege - Code 60	6
2.4 Passive Mobilität	8
2.5 Ambulante Tätigkeiten	10
2.6 Die wichtigsten Herausforderungen	10
3. Beschreibung des Planes: wie entwickelt sich das Betreuungsnetz der Rehabilitation?...11	
3.1 Extensive stationäre Rehabilitation und andere Formen der Betreuung (krankenhausextern, am Wohnort, ambulant)	12
3.1.1 Post-akute Langzeitpflege - Code 60	12
3.1.2 Krankenhausesexterne, vollstationäre, halbstationäre und tagesklinische Betreuung (ex Art. 26, G. 833/1978).....	13
3.1.3 Wohnortnahe Rehabilitation	13
3.1.4 Ambulante Rehabilitationsleistungen	13
3.2 Intensive Rehabilitation - Code 56	14
3.3 Hoch spezialisierte intensive Rehabilitation (Neurorehabilitation) - Code 75	17
4. Das funktionale Rehabilitationsdepartment Krankenhaus-Territorium	20
4.1 Auftrag des Rehabilitationsdepartments	20
4.2 Aufgaben des Departments	21
4.3 Aufbau des Departments	21
4.4 Zusammensetzung des Departments	21
4.5 Direktor des Departments	22
4.6 Das Komitee des Departments	22
4.7 Vorschlag für das hochspezialisierte Intensiv-Rehabilitations-Krankenhaus in Sterzing	23
5. Kontrollsystem.....	24
6. Aus- und Weiterbildung.....	25
7. Qualität und Informatisierung in der Rehabilitation	25
8. Bettenverteilung.....	26
9. Einsetzung einer Leitstelle	27
10. Zu aktualisierende Bestimmungen	28

1. Vorwort

Der Landesgesundheitsplan Südtirol 2016-2020 hat die wesentlichen Betreuungsziele für die Südtiroler Bevölkerung festgelegt, und dabei auf Dienste und Leistungen abgezielt, welche die realen Anliegen der Patienten berücksichtigen sowie die Qualität der Leistungen, den einheitlichen Zugang zu den Behandlungen auf Landesebene und die Nachhaltigkeit des Systems gewährleisten.

Der Plan strebt neue Modelle für die Fallübernahme der Bürger an, und sieht dabei die Stärkung des Territoriums und der darin erbrachten Tätigkeiten vor, beginnend mit einem neuen Leistungsangebot der Ärzte für Allgemeinmedizin, die in vernetzter Gruppenmedizin (VGM) zusammengeschlossen sind.

Der Landesgesundheitsdienst wird immer wohnortnäher gestaltet; das Netz der territorialen Leistungen muss um den Patienten herum aufgebaut sein, so auch die Rehabilitation, während das Krankenhaus immer mehr der Ort für ausschließlich akute Krankheitsbilder wird.

In diesem Szenarium fügt sich die Rehabilitation ein, sei es ambulant, als auch stationär, welche in Südtirol mit eigenen Leitlinien im Jahr 1999 geregelt wurde; der Beschluss der Landesregierung 3145/99 rezipiert de facto die staatlichen Leitlinien vom Jahr 1998.

In diesem Zeitraum haben die demographische Entwicklung und der damit zusammenhängende Anstieg von chronischen Krankheiten neue Gesundheitsbedürfnisse bedingt, welche unterschiedliche Betreuungsformen erfordern: Einrichtungen vor Ort, in denen die Arbeit vieler Berufsbilder (Ärzte, Krankenpfleger, Sozialassistenten, usw.) zusammenfließt, nehmen zu und demzufolge auch die Betten der wohnortnahen Versorgung, wie jene der Intermediärbetreuung, zur Betreuung von Patienten, die nicht unmittelbar nach Hause entlassen werden können.

Die Gesundheitslandschaft der 90iger Jahre war besonders auf die stationäre Versorgung fokussiert, jetzt liegt das Augenmerk zunehmend auf ambulanter Betreuung und day service, falls geeignet, was im Interesse des Patienten/der Patientin, als auch der Eindämmung von oft unangemessenen Aufenthalten dient.

In diesem Sinne liefert der Landesgesundheitsplan 2016-2020 die notwendigen Voraussetzungen zur Aktualisierung des Reha-Bereiches, um die geeigneten Betreuungsformen und die Bewertungsmethoden zu bestimmen, unter Beachtung der Vorgaben der neuen Wesentlichen Betreuungsstandards von März 2017 und des Gesundheitsabkommens 2014-2016, welches ausdrücklich auf die Wichtigkeit der Angemessenheit der Aufenthalte verweist.

Der nachstehende Plan fußt auf den Ausrichtungsplan der Rehabilitation, welcher am 11. Februar 2011 mit Abkommen zwischen Regierung, Regionen und Autonomen Provinzen genehmigt wurde, und sieht unter Einhaltung der Vorgaben des Landesgesundheitsplanes eine Neugestaltung der Rehabilitation vor, mit Ergebnisindikatoren und Angemessenheitskriterien zur Förderung eines integrierten Betreuungspfades im Rahmen eines abgestimmten Rehabilitationsprojektes.

Die Vorortversorgung mit den Ärzten für Allgemeinmedizin, den Fachärzten, Krankenpflegern, Physiotherapeuten, Sozialassistenten in Verbindung mit der Krankenhausversorgung werden im Versorgungspfad integriert. Die bessere Integration garantiert jene Betreuungskontinuität, die dem Patienten Sicherheit in bester Versorgung gewährleistet.

Auf dieser Grundlage basiert das neue landesweite Rehabilitationsdepartment, welches abgestimmte Betreuungspfade zwischen Krankenhaus und Territorium und zwischen öffentlichen und privaten Strukturen gewährleisten wird.

2. Das Rehabilitationsnetz: Beschreibung des landesweiten Angebots

Das landesweite Rehabilitationsnetz besteht aus sanitären und soziosanitären, öffentlichen und privaten akkreditierten und vertragsgebundenen Einrichtungen (stationär und ambulant), welche den Rehabilitationsbedürfnissen bei Behinderungen/chronisch degenerativen Pathologien oder Traumata, chirurgischen Eingriffen, akuten Krankheitsbildern oder Rückfällen entsprechen und folgende Tätigkeiten anbieten:

- Extensive Rehabilitation und post-akute Langzeitpflege (erste Stufe): dies beinhaltet Eingriffe niedriger Komplexität und Intensität, auch für Patienten, die nicht einer intensiven Rehabilitation unterzogen werden können;
- Intensive Rehabilitation (zweite Stufe) mit intensivem therapeutischem und rehabilitativem Einsatz;
- Intensive hoch spezialisierte Rehabilitation (dritte Stufe) für Fälle mit sehr hohem Betreuungsbedarf (Spinaleinheiten Kodex 28 sind landesweit nicht vorhanden).

Dies erfolgt in nachstehenden Betreuungsstufen:

1. vollstationärer Aufenthalt;
2. tagesklinischer Aufenthalt;
3. ambulante Betreuung;
4. krankensexterne Betreuung vollstationärer, halbstationärer oder tagesklinischer Natur.

Derzeit besteht kein Angebot an domizilorientierter Rehabilitation.

Nachstehend das Bettenangebot 2019:

Tabelle 1 – Beschreibung der Betten nach Code (56, 60 e 75), Jahr 2019

Krankenhauseinrichtung	Rehabilitation und funktionale Wiederherstellung Code 56	post-akute Langzeitpflege Code 60	Neuro-rehabilitation Code 75	Gesamt 2019
Krankenhaus Bozen	6		8	14
Privatklinik Bonvicini	44	42		86
Privatklinik Villa Melitta	41	25	3	69
Gesundheitsbezirk Bozen	91	67	11	169
Krankenhaus di Meran	12			12
Krankenhaus di Schlanders		4		4
Privatklinik Sankt Anna		30		30
Privatklinik Salus Center	28	18		46
Gesundheitsbezirk Meran	40	52	0	92
Krankenhaus Brixen	13	14	0	27
Krankenhaus Sterzing	11	6	15	32
Gesundheitsbezirk Brixen	24	20	15	59
Krankenhaus Bruneck	13	18	2	33
Krankenhaus Innichen	1	3		4
Gesundheitsbezirk Bruneck	14	21	2	37
Gesamt	169	160	28	357

Quelle: BSB - Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

Im Vergleich zu den von staatlichen Normen vorgegebenen Standards (Tabelle 2, Spalte (1)) gilt das Bettenangebot (Spalte 2) als eingehalten, obwohl ein Überangebot an Betten für Neurorehabilitation Code 75 zu verzeichnen ist; dieser Bettenbestand sollte 0,02 Betten auf 1.000 Einwohner, d.h. 11 Betten betragen.

Tabelle 2 – Art von Aufenthalten, Jahr 2018

Art von Aufenthalten	Von staatlichen Normen vorgesehenen Standards (1)	Jahr 2019 (2)
Post-Akute Neuro Rehabilitation	0,02‰	0,05‰
Post-Akute Langzeitpflege	mindestens 0,2‰	0,30‰
Post-Akute Rehabilitation		0,32‰
Gesamt	0,7‰	0,67‰

Quelle: BSB - Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

In Südtirol wird der Rehabilitationsbedarf vorwiegend mit einem Krankenhausaufenthalt erfüllt, der grundsätzlich in den zwei Gesundheitsbezirken Bozen und Meran stattfindet, da hier ca. 70% der gesamten Bevölkerung lebt und ungefähr 75% der Rehabilitationsaufenthalte erbracht werden.

Nachstehend werden die Typologien der stationären und tagesklinischen Aufenthalte gegliedert nach Codes für den Dreijahreszeitraum 2017-2019 beschrieben.

2.1 Intensive Rehabilitation – Code 56

Tabelle 3 – stationäre und tagesklinische Rehabilitationsaufenthalte (Code 56)

Krankeneinrichtung	2017	2018	2019
Krankenhaus Bozen	72	43	82
Krankenhaus Meran	159	149	168
Krankenhaus Brixen	311	309	318
Krankenhaus Bruneck	228	236	241
Krankenhaus Sterzing	198	229	282
Krankenhaus Innichen		4	49
Privatklinik Martinsbrunn	354	379	
Privatklinik Bonvicini	519	518	570
Privatklinik Villa Melitta	613	589	622
Privatklinik Salus Center	578	576	670
Gesamt	3.032	3.032	3.002

Quelle: BSB - Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

Die Privatklinik Martinsbrunn hat die Tätigkeit der stationären Rehabilitation Ende 2018 eingestellt.

Die Anzahl der tagesklinischen Aufenthalte beträgt ungefähr 5%. Sie werden in drei Einrichtungen Brixen, Sterzing und Bruneck erbracht.

Tabelle 4 – Art der Aufnahme Code 56, Jahr 2019

Krankenhauseinrichtung	Stationär	tagesklinisch	Gesamt
Krankenhaus Bozen	82		82
Krankenhaus Meran	168		168
Krankenhaus Brixen	289	29	318
Krankenhaus Bruneck	187	54	241
Krankenhaus Sterzing	242	40	282
Krankenhaus Innichen	49		49
Privatklinik Bonvicini	570		570
Privatklinik Villa Melitta	622		622
Privatklinik Salus Center	670		670
Gesamt	2.879	123	3.002
In %	95%	5%	100%

Quelle: BSB - Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

Bei Code 56 ist anzumerken, dass der Aufenthalt in 3 Typologien unterteilt ist: Post akuter Aufenthalt, Erhaltungsaufenthalt und Bewertungsaufenthalt. Die dazu gehörenden Indikationen sind folgende:

- **Postakuter Krankenhausaufenthalt:** Dieser Code kennzeichnet Aufenthalte zur postakuten Rehabilitation im Falle von Krankheitsbildern mit Behinderung, die auf ein klar umrissenes akutes Ereignis zurückzuführen sind, wie es ein cerebraler Iktus, ein Trauma oder ein chirurgischer Eingriff sind. Der Beginn solcher Aufenthalte fällt unmittelbar in die postakute Phase, also in die ersten 30 Tage nach Entlassung aus Krankenhausabteilungen für Akutranke oder aus Rehabilitationsabteilungen (der II. und III. Stufe).
- **Erhaltungsaufenthalt:** Der Aufenthalt stellt eine Abschlussphase des Wiederherstellungsprozesses und des Rehabilitationsvorhabens dar, kann aber auch der Verbeugung gegen eine weitere Verschlechterung des Krankheitsbildes dienen. Es ist also das Erfordernis der Kontinuität nach der unmittelbaren postakuten Phase gegeben. Der seit der Entlassung aus dem Krankenhaus für Akutranke verstrichene Zeitraum ist länger als 30 Tage.
- **Programmierter Bewertungsaufenthalt:** Geplanter Aufenthalt zum Zwecke der Bewertung, der maximal 10 Tage dauert, einen hohen diagnostisch-medizinischen Aufwand erfordert, der Festlegung des Therapievorhabens dient, um festzustellen, ob tatsächlich die Möglichkeit besteht, das Rehabilitationsprogramm auch durchzuführen.

Letztere Typologie wird sehr wenig verwendet (29 Aufenthalte im Jahr 2019, was 0,9% der gesamten Aufenthalte entspricht).

Für den Code 56 gibt es bis dato keinen cut-off bei der Aufnahme der Patienten.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist sehr unterschiedlich zwischen den Einrichtungen.

Bezüglich der Klassifizierung MDC wird die absolute Geringfügigkeit der kardiologischen Rehabilitation (29 Aufenthalte) und der pneumologischen Rehabilitation (10 Aufenthalte) unterstrichen.

Zudem sind in der Struktur Salus Center zusätzliche 36 Betten für kardiologische Rehabilitation akkreditiert und vertragsgebunden.

2.2 Hochspezialisierte intensive Rehabilitation (Neurorehabilitation) - Code 75

In Südtirol werden keine Betten als Spinaleinheit (Code 28) geführt. Daher werden die Patienten mit spinalen Läsionen außerhalb Südtirols behandelt.

Bezüglich Code 75 wird nachstehend die Situation der Aufenthalte auf die 28 Betten dargestellt:

Tabelle 5 – stationäre und tagesklinische hochspezialisierte intensive Rehabilitationsaufenthalte (Code 75)

Krankenseinrichtung	2017	2018	2019
Krankenhaus Bozen	51	63	55
Krankenhaus Brixen	4	7	4
Krankenhaus Bruneck	24	18	2
Krankenhaus Sterzing	60	82	75
Privatklinik Villa Melitta	19	20	18
Gesamt	158	190	154

Quelle: BSB - Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

Wie bereits vorweggenommen verfügt Südtirol über eine übermäßige Anzahl an Betten im Code 75 (28 Betten statt 11, wie aus gesetzlichen Normen hervorgehen würde). Es handelt sich dabei um hoch spezialisierte Betten, die einen Einsatz an technologisch komplexen Geräten und an hoch spezialisierten Personalressourcen benötigen. Die Bettenverteilung erscheint unausgewogen, mit einer höheren Konzentration der Betten im Krankenhaus Sterzing (18) gegenüber dem Krankenhaus Bozen (8), wo bekanntlich der Großteil der landesweiten Polytraumen eintreffen und wo die Neurochirurgie angesiedelt ist.

In der Stadt Bozen besteht aber eine Konvention zwischen Krankenhaus und Privatklinik Villa Melitta für 3 Betten mit Code 75.

Im Krankenhaus Bruneck sind 2 Betten Code 75 vorhanden.

Bezüglich Tagesklinik im Code 75 verfügt Bozen über 2 Day hospital Betten und tätigt 26 auf insgesamt 55 tagesklinische Aufenthalte. Die anderen Einrichtungen nutzen nicht die Tagesklinik.

Tabelle 6 – Art der Aufnahme in Code 75, Jahr 2019

Krankenseinrichtung	Stationär	tagesklinisch	Gesamt
Krankenhaus Bozen	29	26	55
Krankenhaus Brixen	4		4
Krankenhaus Bruneck	2		2
Krankenhaus Sterzing	75	1	75
Privatklinik Villa Melitta	18		18
Gesamt	128	26	154
in %	83%	17%	100%

Quelle: BSB - Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

2.3 Post-akute Langzeitpflege - Code 60

Tabelle 7 – stationäre Aufenthalte für post akute Langzeitpflege (Code 60)

Krankenseinrichtung	2017	2018	2019
Krankenhaus Brixen	313	337	274
Krankenhaus Bruneck	143	140	180
Krankenhaus Schlanders	124	148	134
Krankenhaus Sterzing	137	173	176
Krankenhaus Innichen	111	114	99
Privatklinik Villa St. Anna	351	386	466
Privatklinik Bonvicini	794	804	737
Privatklinik Villa Melitta	394	419	383
Privatklinik Salus Center	322	324	305
Gesamt	2.689	2.845	2.754

Quelle: BSB - Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist eindeutig höher in den akkreditierten Privatkliniken im Vergleich zu den öffentlichen Einrichtungen (3 Wochen gegen 12 Tage in den öffentlichen Strukturen), wahrscheinlich infolge unangemessener Verlängerung der Aufenthalte in den Akutabteilungen der Krankenhäuser bzw. infolge unangemessener Aufenthalte in der post akuten Langzeitpflege.

Im Krankenhaus Schlanders¹ und in der Privatklinik Salus Center verzeichnet man zahlreiche Aufenthalte mit der Gruppierung MDC 23 "Faktoren, die den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten beeinflussen", eine sehr allgemeine Gruppierung, die es nicht ermöglicht, das Gesundheitsproblem, das behandelt werden muss, zu identifizieren.

Auf staatlicher Ebene ergibt der Bericht über die Krankenhausaufnahmen – Daten KEB 2016 des Gesundheitsministeriums, dass die Aufenthalte in post akuter Langzeitpflege insgesamt um 5,3% und die Aufenthaltstage um 4% reduziert wurden.

¹ Im Jahr 2019 wurden im Krankenhaus Schlanders 82% der Aufenthalte der Gruppierung MDC 23 zugeordnet.

2.4 Passive Mobilität

Die nachstehenden Tabellen geben Einblick in die Aufenthalte in Einrichtungen außerhalb Südtirols und nach Österreich getrennt nach unterschiedlichen Kodierungen

Tabelle 8 - Aufenthalte in Einrichtungen außerhalb Südtirols und nach Österreich

Wohnsitz - Gesundheitsbezirk	Abteilung	Anzahl der Aufenthalte		Tarifwert	
		Andere Regionen Italiens	Österreich	Andere Regionen Italiens €	Österreich €
Bozen	Physische Rehabilitation (Code 56)	170	0	754.032	0
	Neurorehabilitation (Code 75)	4	16	24.975	455.742
	Spinaleinheit (Code 28)	5	0	184.710	0
Gesamt		179	16	963.717	455.742
Meran	Physische Rehabilitation (Code 56)	26	0	136.672	0
	Neurorehabilitation (Code 75)	4	6	21.966	219.483
	Spinaleinheit (Code 28)	3	0	30.080	0
Gesamt		33	6	188.718	219.483
Brixen	Physische Rehabilitation (Code 56)	11	0	43.725	0
	Neurorehabilitation (Code 75)	0	8	0	254.610
Gesamt		11	8	43.725	254.610
Bruneck	Physische Rehabilitation (Code 56)	13	9	44.700	180.412
	Neurorehabilitation (Code 75)	0	1	0	3.046
Gesamt		13	10	44.700	183.457
Gesamt		236	40	1.240.860	1.113.291
Gesamt				276	2.354.151

Quelle: BSB - Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

Tabelle 9 – Aufenthalte in Einrichtungen außerhalb Südtirols und nach Österreich

Jahr 2017	Anzahl der Aufenthalte		Tarifwert	
	Andere Regionen Italiens	Österreich	Andere Regionen Italiens €	Österreich €
Wohnsitz - Gesundheitsbezirk				
Abteilung				
Physische Rehabilitation (Code 56)	162	10	172	371.487
Neurorehabilitation (Code 75)	7	7	14	155.062
Spinaleinheit (Code 28)	1	0	1	0
Gesamt	170	17	187	526.549
Physische Rehabilitation (Code 56)	36	0	36	0
Neurorehabilitation (Code 75)	3	7	10	88.131
Spinaleinheit (Code 28)	1	0	1	0
Gesamt	40	7	47	88.131
Physische Rehabilitation (Code 56)	5	0	5	0
Neurorehabilitation (Code 75)	6	12	18	140.111
Gesamt	11	12	23	140.111
Physische Rehabilitation (Code 56)	17	9	26	123.309
Neurorehabilitation (Code 75)	0	5	5	26.378
Gesamt	17	14	31	149.687
Gesamt	238	50	288	904.478
Gesamt			1.235.025	2.139.503

Quelle: BSB - Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

Der durchschnittliche Tarif für österreichische Aufenthalte ist sehr hoch, da ein anderes Kodifizierungs- und Tarifsysteem gilt.

Aufgrund der vorliegenden Informationen scheinen keine Aufenthalte im Code 28 im Ausland auf.

Verantwortungsbereich des Facharztes liegen, berücksichtigen. Das individuelle Projekt muss mit dem Patienten und dem Caregiver abgestimmt sein.

3.1.2 Krankenhausexterne, vollstationäre, halbstationäre und tagesklinische Betreuung (ex Art. 26, G. 833/1978)

Diese Einrichtungen sozio-sanitärer Natur erbringen Rehabilitationsleistungen auf territorialer Ebene. Bis heute gelten die mit Beschluss der Landesregierung 3300/2000 definierten Zugangskriterien.

Eine Arbeitsgruppe wird sich in Kürze mit ihrer angemessenen Einordnung befassen, zum Zwecke einer korrekten Integrierung im Rehabilitationsnetz.

3.1.3 Wohnortnahe Rehabilitation

Diese Tätigkeit umfasst zwei Arten von Leistungen und Diensten: Die erste besteht aus der Gesamtheit der rehabilitativen Leistungen, die wohnortnah auf dem Territorium zu gewährleisten sind, die zweite bezieht sich auf Leistungen zu Hause, die von Fachpersonal erbracht werden.

Um den Vorgaben des Landesgesundheitsplans zu entsprechen wird ein erster fachärztlicher ambulanter Rehabilitationsdienst am Loew Cadonna Platz (Gesundheits- und Sozialsprengel) in Betrieb genommen, der die Aufgabe hat, die Rehabilitation auf dem Territorium zu koordinieren und begleiten. Dabei werden die Ärzte für Allgemeinmedizin und die Krankenpfleger, die sich am Wohnsitz des Patienten für die Hauspflege begeben, die privaten Physiotherapeuten und die caregiver in Bezug auf die Leistungen, die am Wohnsitz des Patienten zu erbringen sind, unterstützend beraten.

3.1.4 Ambulante Rehabilitationsleistungen

Derzeit beziehen sich die Rehabilitationsleistungen auf spezifische Kodifizierungen des Landestarifverzeichnisses und sind mittels Rezept verschreibbar. Leistungen wie Beratung, Planung und Organisation der klinischen Tätigkeiten sind im Tarifverzeichnis allerdings nicht wiedergegeben. Auch die Leistungen, die mit der Abwicklung und Organisation der Arbeit zusammenhängen, sind nicht enthalten und quantifiziert.

Das ambulante Leistungsangebot ist auszubauen und die Unterschiede zwischen den Gesundheitsbezirken sind auszugleichen. Man sollte auf 1,4 Leistungen pro Einwohner abzielen, so wie vom Beschluss der Landesregierung 1544/2015 vorgesehen ist. Die Leistungen müssen im Verhältnis zur Wohnbevölkerung landesweit verteilt werden.

Die ambulanten Rehabilitationsleistungen beziehen sich auf die Fachbereiche Kardiologie, Pneumologie und andere Fachbereiche, die von einer Arbeitsgruppe definiert werden, welche auch die Angemessenheits- und Zugangskriterien bestimmen wird.

Die Leistungen können im Rahmen eines einzigen Zugangs oder in einem Zyklus erbracht werden. Mehrere Leistungen werden aufgrund von definierten Betreuungspfaden in Leistungspakete gebündelt. Die Verschreibung erfolgt seitens eines Arztes des staatlichen Gesundheitsdienstes.

Wo immer möglich und indiziert, ersetzt die ambulante Tätigkeit die tagesklinische.

Für die Dauer der Aufenthalte gilt folgendes:

Krankenhausaufenthalte in Neurorehabilitation (Code 75) - stationär	Maximale Verweildauer des Rehabilitationsaufenthalts
<i>Schädel-Hirntrauma in Remission</i>	<i>8 Monate</i>
<i>Patienten mit persistierendem Wachkoma nach SHT</i>	<i>6 Monate</i>
<i>Wachkomapatienten nach Hypoxie</i>	<i>6 Monate</i>
<i>Komplexe neurologische Defizite nach Schlaganfall oder nach neurochirurgischen Eingriffen</i>	<i>6 Monate</i>
<i>Spinale Patienten</i>	<i>4 Monate bei Paraplegie 6 Monate bei Tetraplegie</i>
Krankenhausaufenthalte in Neurorehabilitation (Code 75) - tagesklinisch	<i>Es wurde eine Mindestschwelle von 12 Zugängen festgelegt, bei deren Unterschreitung das Risiko einer organisatorischen Unangemessenheit hoch eingeschätzt wird.</i>

Eventuelle Verlängerungen müssen vom verschreibenden Arzt genehmigt werden.

Für jeden Patienten müssen das Rehabilitationsprogramm und das individuelle Rehabilitationsprojekt von einem multidisziplinären Team erstellt werden, welches Ziele, Eingriffe und Ergebnisindikatoren, die im Verantwortungsbereich des Facharztes liegen, berücksichtigt. Das individuelle Projekt muss mit dem Patienten und dem Caregiver abgestimmt sein.

Die Aufenthalte von Bruneck beziehen sich auf Sterzing als Landesbezugseinrichtung, daher werden die Betten im Code 75 in Bruneck geschlossen.

4. Das funktionale Rehabilitationsdepartment Krankenhaus-Territorium

Der am 10. Februar 2011 von der Ständigen Konferenz für die Beziehungen zwischen dem Staat, den Regionen und den Autonomen Provinzen Trient und Bozen verabschiedete Ausrichtungsplan für die Rehabilitation, nach dem sich das gegenständliche Dokument richtet, bestätigt die Grundprinzipien, die das System leiten:

- Die Fallübernahme der Person;
- Die Bewertung des Rehabilitations- und Betreuungsbedarfes;
- Die Ausarbeitung und Umsetzung des individuellen Rehabilitationsprojektes.

Der oben genannte Plan bestätigt insbesondere: „Im Hinblick auf die Komplexität der rehabilitativen Betreuungspfade und ihre Gliederung in unterschiedlichen Betreuungsebenen – Krankenhaus, Territorium, Gesundheit und Soziales – erscheint die Organisation der Rehabilitationstätigkeit in Department als notwendig. Das Rehabilitationsdepartment sichert die Verwirklichung eines angemessenen Betreuungspfades in der Rehabilitation für alle Personen, die es benötigen, und stellt den entscheidenden Moment der Clinical Governance dar: dem Rehabilitationsdepartment müssen die Instrumente zur Verfügung gestellt werden, damit Qualitätsziele klinischer und organisatorischer Natur im Rahmen der verfügbaren Ressourcen erreicht werden können.

Außerdem müssen die Voraussetzungen für die Steuerung der Sicherheit, der Qualität, der Weiterbildung des Personals, des Audits usw. gegeben sein. Damit garantiert das Department eine starke organisatorische Integration mit den eventuell vorhandenen privaten akkreditierten Einrichtungen nach den Grundsätzen der Effizienz und Angemessenheit.“

4.1 Auftrag des Rehabilitationsdepartments

Das Department garantiert die Fallübernahme des Patienten mittels diagnostisch-therapeutischen Betreuungspfaden, welche die Angemessenheit der Behandlung und die Betreuungskontinuität im stationären (Code 56, 60 und 75) und ambulanten Bereich gewährleisten.

Aus diesen Gründen ist das Department im Rahmen des Masterplan Chronic Care ein grundlegendes Instrument für den gemeinsamen Aufbau von homogenen Betreuungspfaden mit den verschiedenen Berufsbildern (Ärzte für Allgemeinmedizin, Physiotherapeuten, Krankenpfleger, Sozialassistenten), einschließlich der sozialen Bedürfnisse, wo diese vertreten sind.

Das funktionale Department Krankenhaus-Territorium muss die Betreuungskontinuität sichern, indem der geeignete Betreuungspfad mit Einbindung aller stationären und ambulanten Einrichtungen des Territoriums, nicht nur jene der Rehabilitation, gewährleistet wird, mit dem Ziel der häuslichen Wiedereingliederung des Patienten.

Daher garantiert das Department:

- Verhandlung mit dem Sanitätsbetrieb der für die Verwaltung erforderlichen Humanressourcen;
- Koordinierung der komplexen und einfachen operativen Einheiten des Krankenhauses und Territoriums, die zum Department gehören, und direkte Verbindung mit den privaten akkreditierten Strukturen für die einheitliche Anwendung der Zugangskriterien zu den unterschiedlichen Betreuungsformen, damit keine Unausgewogenheit in der Leistungserbringung in den verschiedenen Landesgebieten entsteht;
- Integration zwischen Krankenhaus und Territorium mittels Definition von abgestimmten Verfahren zur geschützten Entlassung, mit Einbindung der Ärzte für Allgemeinmedizin und der öffentlichen und privaten territorialen Einrichtungen, mit den Gesundheits- und Sozialsprengeln und ggf. mit den Sozialdiensten;
- Fort- und Weiterbildung des öffentlichen und privaten Personals, mit besonderer Bezugnahme auf die Verwendung der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

4.5 Direktor des Departments

Der Direktor wird vom Generaldirektor des Sanitätsbetriebes unter den Verantwortlichen einer komplexen Struktur für Rehabilitation ernannt und ist für die Zielerreichung verantwortlich, wobei die Ziele auf Betriebsebene und im Einvernehmen mit dem Sanitätsbetrieb aufgrund des Bedarfs bestimmt wurden.

Insbesondere obliegen dem Direktor:

- Die Budgetverhandlungen;
- Die Überprüfung der Qualität und Angemessenheit der von den öffentlichen und privaten Strukturen erbrachten Leistungen;
- Die Überwachung der korrekten Anwendung der Zugangskriterien zu den Strukturen aufgrund von Betreuungspfaden.

4.6 Das Komitee des Departments

Stellt das Führungs- und Koordinierungsgremium des Departments dar, den Vorsitz hat der Direktor des Departments.

Es setzt sich folgendermaßen zusammen:

- Die Direktoren der komplexen öffentlichen Rehabilitationsstrukturen des Departments;
- 1 Direktor der komplexen operativen Einheit in Vertretung aller Direktoren der operativen Einheiten, mit denen das Department zusammenarbeitet (Orthopädie, Pneumologie, Kardiologie, ...);
- 2 Vertretern der 26 vernetzten Gruppenmedizinen der Ärzte für Allgemeinmedizin;
- 1 Sprengeldirektor und 1 territorialer Pflegedienstleiter, die mit der Organisation der primären Betreuung betraut sind;
- 1 territorialer Pflegedienstleiter der sanitären Fachkräfte des Departments, unterstützt von 4 Koordinatoren (1 Krankenpfleger, 1 Physiotherapeut, 1 Ergotherapeut und 1 Logopäde);
- 2 Vertretern der privaten akkreditierten Einrichtungen.

Das Komitee trifft sich 2 Mal jährlich mit folgenden Aufgaben:

- Vorschlag zum Dreijahresplan der Rehabilitation auf der Grundlage der landesweiten Leitlinien und entsprechendem Jahresplan;
- Vorschlag eines Reglements zur Arbeitsweise des Departments;
- Anwendung von geeigneten Organisationsmodellen zur besten Unterbringung der Patienten im Rehabilitationsnetz;
- Koordinierung der klinischen Tätigkeiten, der Weiterbildung, der Studien und Forschungen und Überprüfung der Qualität der Leistungen;
- Aktualisierung oder Abänderung der Zugangskriterien zu den unterschiedlichen Betreuungsebenen;
- Vorschlag an den Sanitätsbetrieb für die Aktivierung von klinischen und translationalen Forschungslinien.

Die klinischen Forschungstätigkeiten richten sich nach der Prävention, Diagnose und Behandlung von neurologischen Krankheiten wie Schlaganfall, Schädeltrauma, Spinalläsionen, multiple Sklerose, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Morbus Parkinson und die häufigsten Ursachen schwerwiegender Behinderungen, und untersuchen dabei die Prinzipien des Ablaufes, der Regenerierung und der Wiedererlangung des Nervensystems, um innovative Therapien mit der Unterstützung fortschrittlicher Technologien zu entwickeln.

Neben den klinischen Forschungslinien können translationale Forschungstätigkeiten in folgenden Bereichen entwickelt werden:

- Beschäftigungs- und ergonomische Medizin und Behinderung (dreidimensionale biomechanische Studien der Bewegung und der Haltung);
- Chronische Pathologien, die Behinderungen verursachen;
- Neuromotorische rehabilitative Medizin;
- Kardiologische und pneumologische Rehabilitation.

- Referenzzentrum für die Koordinierung der Beziehungen mit nationalen und internationalen Einrichtungen, die Patienten in Spinalereinheiten (Code 28), in Neurorehabilitation (Code 75) und intensive Rehabilitation (Code 56) aufnehmen.

Darüber hinaus ist es der Sitz des Zentrums für die Koordinierung der Forschungsaktivitäten, die sowohl am Hauptsitz als auch in den anderen Strukturen des Departments durchgeführt werden, mit besonderem Bezug zur klinischen und translationalen Forschung. Für diese Funktionen muss sich das Krankenhaus mit spezifischen Laboratorien ausstatten, wobei die derzeitige Zusammenarbeit mit nationalen und internationalen Strukturen verstärkt werden muss.

Weitere Funktionen können vom Sanitätsbetrieb auch auf Vorschlag des Departments festgelegt werden, wie z.B. die Bewertung der Aktivierung einer Spinalereinheit im Krankenhaus von Sterzing.

FORSCHUNGSTÄTIGKEIT

Die klinischen Forschungstätigkeiten orientieren sich an der Vorbeugung, Diagnose und Behandlung neurologischer Erkrankungen wie Schlaganfall, Kopfverletzungen, Rückenmarkverletzungen, Multiple Sklerose, ALS, Parkinson und den häufigsten Ursachen schwerer Behinderungen durch die Erforschung der Funktionsprinzipien, der Regeneration und der Wiederherstellung des Nervensystems, um mit Unterstützung modernster Technologien innovative Therapien zu entwickeln.

Neben den Linien der klinischen Forschungstätigkeiten können translationale Forschungstätigkeiten auf den folgenden thematischen Linien entwickelt werden:

- Arbeitsmedizin, Ergonomie und Behinderung (dreidimensionale biomechanische Studien zu Bewegung und Körperhaltung)
- chronisch behindernde Krankheiten
- neuromotorische Rehabilitationsmedizin
- kardiologische und pneumologische Rehabilitation

Die Ziele sind die Entwicklung innovativer und wirksamer Rehabilitationsprotokolle durch den Einsatz verifizierter Technologien.

Neurobiologische Aktivitäten für die translationale Medizin können auch durch das Sammeln von Patientendaten initiiert werden. In diesem Fall muss das Labor für biochemische Analysen (Western Blot, Immunpräzipitation, Bioinformatik, Immunhistochemie und Massen- und Genspektrometrie) ausgerüstet sein.

5. Kontrollsystem

Der Bedarf an Rehabilitationsaufenthalten kann nur quantifiziert werden, wenn die Aufenthalte gewissen Angemessenheits- und Effizienzkriterien entsprechen. Aus diesem Grund müssen die zuständigen Kontrollgremien (beispielsweise die betriebsweite Arbeitsgruppe zur Überprüfung der medizinischen Versorgung „NUVAS“) periodisch die erbrachten Aufenthalte hinsichtlich klinischer und organisatorischer Angemessenheit und Wirksamkeit überprüfen.

Orientierung dazu geben die Kriterien des Gesundheitsministeriums, Departments für Planung und Ordnung des staatlichen Gesundheitsdienstes, die in der Studie “Risultati del tavolo tecnico per la definizione dei criteri-parametri di appropriatezza dei ricoveri post-acuti” vom 31. Oktober 2012 enthalten sind.

Empfohlen werden zudem periodische Kontrollen über die Angemessenheit der Kosten und der Einhaltung der Personalparameter.

6. Aus- und Weiterbildung

Eine gute Ausbildung bietet dem Patienten das breiteste Spektrum an Antworten auf seine gesundheitlichen Bedürfnisse. Die Zukunft liegt sicherlich in der Förderung multidisziplinärer Gruppenschulungen, die vor Ort mit dem Ziel durchgeführt werden, die besten Eingliederungs-/Reintegrationsprotokolle in das familiäre und soziale Umfeld der Patienten zu validieren und wirksam zu machen.

Eine ausgezeichnete Ausbildung ist auch diejenige, die es ermöglicht, die neuen Techniken und Technologien kennen zu lernen und zu vertiefen, die den Patienten in einer Perspektive der Zusammenarbeit auch mit allen Berufsbildern des Territoriums garantiert werden können.

Auf Departementsebene, und daher auch unter Einbeziehung privater Strukturen, sollen diesbezüglich spezifische Richtlinien definiert werden.

7. Qualität und Informatisierung in der Rehabilitation

Im Bereich der Rehabilitation gibt es auf lokaler Ebene zahlreiche Instrumente für die Erhebung der Qualität, doch werden sie nicht in allen Landesdiensten eingesetzt. Auch bezüglich der Informatisierung der Behandlungspfade und der Beziehungen zwischen Krankenhausdiensten und Territorium gibt es unterschiedliche Modelle der Leistungserhebung und Integration. Eine Homogenisierung muss daher stattfinden und eine Arbeitsgruppe wird demnach eingesetzt, um die diesbezüglichen Maßnahmen des IT Masterplans umzusetzen.

Infolge der Einführung neuer Bewertungsskalen (Früh-Reha-Barthel-Index und Barthel-Index) und der Aktualisierung der jeweiligen Einweisungsformulare ist eine Überarbeitung des Informationsflusses SDO_FIM erforderlich, um diesen um zusätzliche Informationen zu den verwendeten Items der Bewertungsskalen zu ergänzen.

8. Bettenverteilung

Die Bettenverteilung zwischen Rehabilitation, post akuter Langzeitpflege und Neurorehabilitation, die im Zeitraum 2020-2025 zu erreichen ist, ist folgende:

Tabelle 11 - Bettenverteilung (Daten 2019 und neue Verteilung)

Krankenhauseinrichtung	Rehabilitation und funktionale Wiederherstellung Code 56	Rehabilitation und funktionale Wiederherstellung Code 56	Post akute Langzeitpflege Code 60	Post akute Langzeitpflege Code 60	Neurorehabilitation Code 75	Neurorehabilitation Code 75	Post akute Langzeitpflege Code 60	Post akute Langzeitpflege Code 60	Gesamt 2019	Neuer Bettenstand
Krankenhaus Bozen	6	10			8				14	
Privatklinik Bonvicini	44	44	42	42					86	
Privatklinik Villa Melitta	41	41	25	25	3				69	
Gesundheitsbezirk Bozen	91	95	67	67	11	10			169	172
Krankenhaus Meran-Schlanders	12	24	4	4					16	
Privatklinik St. Anna			30	30					30	
Privatklinik Salus Center	28	22	18	18					46	
Gesundheitsbezirk Meran	40	46	52	52	0	0			92	91
Krankenhaus Brixen-Sterzing	24	30	20	20	15	20			59	
Gesundheitsbezirk Brixen	24	30	20	20	15	20			59	63
Krankenhaus Bruneck-Innichen	14	33	21	21	0	0			37	
Gesundheitsbezirk Bruneck	14	33	21	21	0	0			37	55
Gesamt	169	204	147	160	28	30			357	381

Sanitätsbetrieb mit den folgenden vorrangigen Bereichen in enger Zusammenarbeit mit dem Ressort für Gesundheit befassen:

- Integration der krankenhausexternen Rehabilitationseinrichtungen ex Art. 26;
- Angemessenheits- und Zugangskriterien zu den ambulanten Leistungen;
- Leitlinien zu Aus- und Weiterbildung;
- Homogenisierung der Indikatoren der Qualität und der Informatisierung der Betreuungspfade.

10. Zu aktualisierende Bestimmungen

Der vorliegende Plan bestätigt die Aufhebung der folgenden Bestimmungen:

- Beschluss der Landesregierung Nr. 247 vom 28. Jänner 2008 "Genehmigung des landesweiten Bettenplans im Bereich der Rehabilitation";
- Beschluss der Landesregierung Nr. 3145 vom 26. Juli 1999, "Errichtung eines Dienstleistungsnetzes für die Erbringung von Rehabilitationsleistungen";
- Beschluss der Landesregierung Nr. 1711 vom 19. November 2012, „Errichtung einer Bettenstation für die Neurorehabilitation im Krankenhaus Sterzing“.

Der Sanitätsbetrieb ist angehalten, alle Verfahren, die nicht mit dem vorliegenden Plan im Einklang stehen, zu revidieren, beginnend mit dem Betriebsverfahren Nr. 2702/16 "Angemessenheitskriterien für post-akute Rehabilitations- und Langzeitpflegeaufenthalte".