

## *Rahmen- empfehlungen*

### *zur ambulanten dermatologischen Rehabilitation*

#### **Trägerübergreifende Zusammenarbeit – Koordinierung und Kooperation**

**Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) ist die gemeinsame Repräsentanz der Verbände der Rehabilitationsträger, der Bundesagentur für Arbeit, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen**

ISSN 0933-8462



**Rahmenempfehlungen  
zur ambulanten dermatologischen  
Rehabilitation**

vom 22. Januar 2004

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	7
<b>I. Allgemeiner Teil</b> .....	9
<b>Präambel</b> .....	9
<b>1. Vorbemerkung</b> .....	11
<b>2. Grundsätze</b> .....	11
2.1 Begriffsbestimmung .....	11
2.2 Komponenten der ICF .....	13
2.3 Rehabilitationsansatz .....	16
2.4 Abgrenzung zur kurativen Versorgung .....	16
2.5 Grundlage .....	17
<b>3. Indikationsstellung / Medizinische Voraussetzungen</b> .....	17
3.1 Rehabilitationsbedürftigkeit .....	18
3.2 Rehabilitationsfähigkeit .....	18
3.3 Rehabilitationsprognose .....	18
<b>4. Individuelle Voraussetzungen</b> .....	18
<b>5. Rehabilitationsziele</b> .....	19
5.1 Allgemeines Rehabilitationsziel .....	19
5.2 Trägerspezifische Rehabilitationsziele .....	19
<b>6. Zweckbestimmung der ambulanten Rehabilitation</b> .....	20
<b>7. Angebotsstruktur der ambulanten Rehabilitation</b> .....	21
<b>8. Ausschlusskriterien</b> .....	21
<b>9. Anforderungen an die ambulante Rehabilitationseinrichtung</b> ....	22
9.1 Ganzheitlicher Ansatz .....	22
9.2 Rehabilitationskonzept .....	22
9.3 Diagnostik .....	23
9.4 Rehabilitationsplan .....	23
9.5 Ärztliche Leitung und Verantwortung .....	23
9.6 Rehabilitationsteam und Qualifikation .....	24
9.6.1 Arzt/Ärztin .....	25
9.6.2 Physiotherapeut/Krankengymnast .....	25
9.6.3 Masseur und Medizinischer Bademeister .....	25
9.6.4 Ergotherapeut .....	25
9.6.5 Logopäde/Sprachtherapeut .....	25
9.6.6 Klinischer Psychologe .....	26
9.6.7 Sozialarbeiter/Sozialpädagoge .....	26
9.6.8 Diätassistent .....	26
9.6.9 Gesundheits- und Krankenpfleger .....	26
9.6.10 Sportlehrer/Sporttherapeut .....	26

<b>10. Räumliche Ausstattung</b> .....	27
<b>11. Apparative Ausstattung</b> .....	27
<b>12. Behandlungselemente</b> .....	27
<b>13. Leistungsbewilligung</b> .....	28
<b>14. Verlängerungskriterien</b> .....	28
<b>15. Teilhabe am Arbeitsleben</b> .....	29
<b>16. Entlassungsbericht</b> .....	29
<b>17. Kooperation</b> .....	30
<b>18. Dokumentation</b> .....	30
<b>19. Qualitätssicherung</b> .....	31
19.1 Strukturqualität .....	31
19.2 Prozessqualität .....	31
19.3 Ergebnisqualität .....	31
<b>20. Beendigung der Maßnahme</b> .....	32

## **II Besonderer Teil**

### **Konzeption zur ambulanten dermatologischen Rehabilitation**

<b>1. Allgemeines</b> .....	35
<b>2. Indikationsstellung / Medizinische Voraussetzungen</b> .....	36
2.1 Vorbedingung / Diagnosen .....	36
2.2 Anforderungen an die medizinische Diagnostik vor Einleitung der Rehabilitation .....	37
2.3 Körperfunktionen und Körperstrukturen .....	38
2.4 Aktivitäten .....	39
2.5 Teilhabe .....	39
2.6 Kontextfaktoren .....	40
2.7 Individuelle Voraussetzungen .....	41
<b>3. Rehabilitationsziele</b> .....	42
3.1 Rehabilitationsziele bezogen auf Körperfunktionen und Körperstrukturen .....	43
3.2 Rehabilitationsziele bezogen auf Aktivitäten .....	43
3.3 Rehabilitationsziele bezogen auf Teilhabe .....	44
3.4 Rehabilitationsziele bezogen auf Kontextfaktoren .....	44
<b>4. Behandlungsfrequenz und Rehabilitationsdauer</b> .....	45

---

<b>5. Ausschlusskriterien</b> .....	45
<b>6. Anforderungen an die ambulante Rehabilitationseinrichtung</b> ....	46
6.1    Rehabilitationskonzept .....	46
6.2    Ärztliche Leitung und Verantwortung .....	46
6.3    Ärztliche Aufgaben .....	47
6.4    Rehabilitationsdiagnostik .....	48
6.5    Rehabilitationsplan .....	48
6.6    Behandlungselemente .....	48
6.7    Aufgaben des Rehabilitationsteams.....	49
<b>7. Personelle Ausstattung</b> .....	49
7.1    Rehabilitationsteam und Qualifikation .....	49
7.2    Personalbemessung .....	52
<b>8. Räumliche Ausstattung</b> .....	52
<b>9. Apparative Ausstattung</b> .....	53
9.1    Diagnostik .....	53
9.2    Therapie .....	54
<b>10. Verlängerungskriterien</b> .....	55
<b>11. Beendigung der Maßnahme</b> .....	55

---

## Vorwort

Bei der Erarbeitung der indikationsspezifischen Rahmenempfehlungen zur ambulanten dermatologischen und onkologischen Rehabilitation sowie zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation neben dem am 01. Juli 2001 in Kraft getretenen SGB IX auch die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit), die eine weiter entwickelte Version der ICIDH darstellt und im Mai 2001 von der Vollversammlung der WHO verabschiedet wurde, berücksichtigt. Beide Klassifikationssysteme beziehen sich auf das bio-psycho-soziale Modell. Dieses lag bereits den Rahmenempfehlungen zur ambulanten kardiologischen und neurologischen Rehabilitation sowie zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen zu Grunde. Dies gilt auch für den Allgemeinen Teil der Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation vom 20. Oktober 2000, mit dessen Anpassung an die ICF daher keine inhaltlichen Veränderungen verbunden sind.

Zu den wesentlichen Neuorientierungen gehört die Entwicklung von einem linearen Modell der Krankheitsfolgen hin zu einem dynamischen Modell der funktionalen Gesundheit bzw. Behinderung. Wurden bisher mit der ICIDH vor allem Krankheitsfolgen unter dem Aspekt der damit verbundenen Defizite beschrieben, besteht mit der ICF die Möglichkeit, sowohl Defizite als auch Ressourcen einzubeziehen. Die so entstehenden Bilder der Funktionsfähigkeit stellen sicher, dass der Blick sich nicht wie bisher nur auf das „Defizitäre“ richtet, sondern sich bewusst auf (noch) vorhandene Ressourcen weitet. Mit diesem Modell der Wechselwirkungen sowohl zwischen den einzelnen Komponenten der funktionalen Gesundheit bzw. deren Beeinträchtigungen als auch zwischen den Gesundheitsproblemen einer Person und ihren Kontextfaktoren (Umweltfaktoren, personbezogene Faktoren) gelingt es, den gesamten Lebenshintergrund der betroffenen Menschen zu berücksichtigen.

Vorstand und Geschäftsführung danken allen Beteiligten, die an der Erarbeitung der indikationsspezifischen Rehabilitationskonzeptionen mitgewirkt haben.

Geschäftsführer

B. Steinke

U. Vömel

# I. Allgemeiner Teil

## Präambel

Der Wandel im Krankheitsspektrum, gekennzeichnet durch die Zunahme chronischer Krankheiten, die demografische Entwicklung mit einer steigenden Zahl älterer Menschen sowie auch die Tendenz zur Verlängerung der Lebensarbeitszeit durch den Gesetzgeber führen zu einem zunehmenden Bedarf an Rehabilitation, der den individuellen Lebensbedingungen und -gewohnheiten Rechnung trägt.

Es ist daher geboten, neben stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtungen ambulante Strukturen zu schaffen, die interdisziplinäre therapeutische Angebote wohnortnah vorhalten und damit die Möglichkeit bieten, die Behandlung den Erfordernissen des Einzelfalles flexibel anzupassen.

Die ambulante Rehabilitation bietet außerdem die Möglichkeit, Personengruppen in die Rehabilitation einzubeziehen, die aus verschiedenen persönlichen Gründen bei entsprechender medizinischer Indikation eine stationäre Rehabilitation nicht in Anspruch nehmen können.

Ebenso wie die stationäre Rehabilitation geht auch die ambulante medizinische Rehabilitation<sup>1</sup> von einem ganzheitlichen Ansatz aus, der die physischen, psychischen und sozialen Aspekte der Rehabilitation umfasst. Gleichermäßen gelten die Grundsätze der Komplexität, der Interdisziplinarität und der Individualität.

Als Grundlage für den Ausbau einer gemeinsam zu nutzenden bedarfsgerechten ambulanten Rehabilitationsstruktur und zur Gewährleistung einer an einheitlichen Grundsätzen ausgerichteten und zielorientierten Leistungsgewährung geben daher

- der AOK-Bundesverband, Bonn
- der Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen
- der IKK-Bundesverband, Bergisch-Gladbach
- die See-Krankenkasse, Hamburg
- der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
- die Bundesknappschaft, Bochum
- der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg

---

1) Der Begriff ambulante medizinische Rehabilitation umfasst auch teilstationäre Rehabilitation.

- der AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg
- der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt am Main
- der Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen, Kassel
- der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Sankt Augustin
- der Bundesverband der Unfallkassen, München
- der Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, Kassel  
und
- die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin

nach Beratungen auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation unter Mitwirkung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen die folgenden Empfehlungen<sup>2</sup>.

---

2) Besondere Regelungen der Unfallversicherung bleiben unberührt.

## 1. Vorbemerkung

Die Rahmenempfehlungen gliedern sich in den Allgemeinen Teil mit den Grundsätzen, Voraussetzungen und Zielen der ambulanten medizinischen Rehabilitation und den Besonderen Teil mit den bereits vorliegenden indikationsspezifischen Konzeptionen zur ambulanten kardiologischen und neurologischen Rehabilitation, zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen, zur ambulanten dermatologischen und onkologischen Rehabilitation und zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen.

## 2. Grundsätze

### 2.1 Begriffsbestimmung

Entsprechend der ICF<sup>3</sup> sind im deutschen Sprachgebrauch unter dem Oberbegriff der Funktionsfähigkeit für die einzelnen Komponenten von Gesundheit die Begriffe Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten, Teilhabe und Kontextfaktoren eingeführt und definiert worden. Auf allen Ebenen finden die unterschiedlichen Wechselwirkungen zwischen Kontextfaktoren und Gesundheitsproblemen, die auch die psycho-sozialen Komponenten umfassen, besondere Beachtung (s. Abbildung). Im Sinne der ICF ist Behinderung vor allem eine

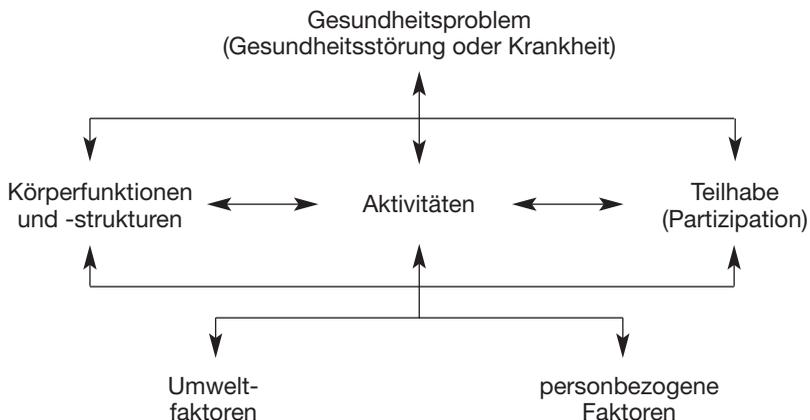


Abbildung: Das bio-psycho-soziale Modell der Komponenten der Gesundheit.

3) Vgl. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), 2002. [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de).

Beeinträchtigung der Teilhabe, nicht mehr nur ein personbezogenes Merkmal, sondern entsteht aus dem ungünstigen Zusammenwirken von gesundheitlichen Problemen einer Person und ihrer Umwelt. Diese Sichtweise wurde im Grundsatz auch in das SGB IX übernommen<sup>4</sup>.

## **Funktionale Gesundheit**

Der Begriff der Gesundheit im Titel der ICF zeigt an, dass die ICF zu den gesundheitsbezogenen Klassifikationen gehört, wie auch die ICD<sup>5</sup>. Zum besseren Verständnis des bio-psycho-sozialen Modells, welches bereits der ICIDH zugrunde lag, wurde im Zusammenhang mit der Einführung der ICF der Begriff der funktionalen Gesundheit etabliert.

Die **funktionale Gesundheit** bezieht sich hierbei sowohl auf die Funktionsfähigkeit als auch auf deren Beeinträchtigungen auf den in der ICF beschriebenen Ebenen

- der Körperfunktionen und Körperstrukturen
- der Aktivitäten und Teilhabe an Lebensbereichen

und geht insofern über den bio-medizinischen Ansatz der ICD hinaus.

Die funktionale Gesundheit einer Person wird dabei vor dem gesamten individuellen Lebenshintergrund (umwelt- und personbezogene Kontextfaktoren) betrachtet und beschreibt das Ergebnis der Interaktion zwischen dem Gesundheitsproblem und den Kontextfaktoren einer Person.

Der Begriff der **Funktionsfähigkeit** wird für Körperstrukturen und Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe einer Person an Lebensbereichen verwendet und umfasst die positiven (oder neutralen) Aspekte der funktionalen Gesundheit.

Der Begriff der **Behinderung** wird ebenfalls für Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe einer Person an Lebensbereichen verwendet, umfasst aber im Gegensatz dazu jede Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit, also die negativen Aspekte der funktionalen Gesundheit.

Danach kann die funktionale Gesundheit einer Person beeinträchtigt sein, wenn

- Schädigungen im Bereich der körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und/oder der Körperstrukturen vorliegen (Beeinträchtigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen)

---

4) Der Behinderungsbegriff der ICF, der Behinderung als „Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit“ umschreibt, ist weiter gefasst als der des SGB IX und umfasst auch jede Schädigung, die weder mit Beeinträchtigungen der Aktivitäten noch der Teilhabe einhergeht. Im Zusammenhang mit Leistungen zur Teilhabe wird daher Behinderung im Sinne der Definition des § 2 SGB IX verstanden.

5) Vgl. Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision, Version 2.0 Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), 2000.

- 
- sie nicht mehr all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (im Sinne der ICD) erwartet wird (Beeinträchtigung der Aktivitäten)
  - sie ihr Dasein in Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, nicht mehr in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigungen der Körperfunktionen oder Körperstrukturen oder der Aktivitäten erwartet werden kann (Beeinträchtigung der Teilhabe an Lebensbereichen).

## **2.2 Komponenten der ICF**

### **Körperfunktionen und Körperstrukturen**

Während mit Körperfunktionen die physiologischen und psychologischen Funktionen von Körpersystemen wie z.B. das Sehvermögen oder der Verstand bezeichnet werden, versteht man unter Körperstrukturen die anatomischen Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile. Mit dem Begriff der „funktionalen/strukturellen Integrität“ auf der Ebene der Körperfunktionen und Körperstrukturen kann die Funktionsfähigkeit einer (gesunden) Person beschrieben werden. „Schädigung“ bezeichnet dabei bei einer Person den Verlust oder eine wesentliche Abweichung auf dieser Ebene.

Hierzu zählen insbesondere Schädigungen

- der inneren Organe oder des Stoffwechsels
- der Sensorik, z.B. Schmerzen
- des Denkens, des Gedächtnisses, des Antriebs und der Stimmungslage; hierzu zählt auch die Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder Drogen
- des Stütz- und Bewegungsapparates, u.a. mit Störungen der aktiven und passiven Bewegungsfähigkeit und Haltung; hierzu zählen auch Extremitätendefekte wie Amputationen
- der Sprach-, Hör- oder Sehfunktion
- der Haut, z. B. durch Brandverletzungen.

### **Aktivitäten**

Aktivität ist die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung (Aktion) durch eine Person. Eine Person ist (auf dieser Ebene) dann funktionsfähig, wenn sie alle Aktivitäten, die von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet werden, ausführen kann. Schwierigkeiten, die eine Person bei der Durchführung einer Aktivität haben kann, werden als Beeinträchtigungen der Aktivität bezeichnet.

Beeinträchtigungen der Aktivität zeigen sich z.B.

- in der Fortbewegung, der allgemeinen körperlichen Beweglichkeit und Geschicklichkeit
- im Verhalten
- in der Kommunikation
- in der Haushaltsführung
- im Umgang mit Stress
- in der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben.

### **Teilhabe**

Mit Teilhabe wird die Entfaltung einer Person im Sinne des Einbezogenenseins in allen ihr wichtigen Lebensbereichen bezeichnet. Eine Beeinträchtigung der Teilhabe liegt vor, wenn eine Person nicht in der Weise und in dem Umfang wie eine Person ohne gesundheitsbedingte Schädigungen oder der Beeinträchtigungen der Aktivitäten an den ihr wichtigen Lebensbereichen teilhaben kann.

Zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe zählen z.B. Einschränkungen in den Möglichkeiten der

- Selbstversorgung
- Mobilität (Fortbewegung in der Umgebung, Reisen)
- Bildung und Ausbildung
- Beschäftigung (Erwerbstätigkeit, Freizeit)
- sozialen Integration
- ökonomischen Eigenständigkeit (in Bezug auf die Sicherung des Lebensunterhaltes).

### **Kontextfaktoren**

Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie umfassen alle Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren, die für die Gesundheit einer Person von Bedeutung sind. Die Kontextfaktoren stehen in Wechselwirkung mit allen Komponenten der ICF (Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe).

Umweltfaktoren beziehen sich auf die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der die Menschen ihr Leben gestalten.

Zu den Umweltfaktoren zählen

- *Erzeugnisse und Technologien*  
z.B. Vorhandensein oder Fehlen von Hilfsmitteln zur Unterstützung bei der Ausübung von Aktivitäten des täglichen Lebens (Hilfsmittel zur Selbstversor-

gung und Haushaltsführung, Hilfsmittel für die persönliche Mobilität, Hilfsmittel zur Kommunikation und Information)

- *Natürliche und von Menschen veränderte Umwelt*  
z.B. barrierefreie Infrastruktur, Wohn-, Geschäfts- und öffentliche Gebäude, Transportwege, Straßen
- *Unterstützung und Beziehungen*  
z.B. Vorhandensein oder Fehlen unterstützender und helfender Personen (Familienmitglieder, Arbeitskollegen, Freunde, Selbsthilfegruppen)
- *Einstellungen, Werte und Überzeugungen*  
z. B. Werte, Normen, Einstellungen, Überzeugungen, die das Verhalten und soziale Leben auf allen Ebenen beeinflussen, wie in zwischenmenschlichen Beziehungen, auf kommunaler Ebene bis hin zu politischen, wirtschaftlichen und rechtlichen Strukturen
- *Dienstleistungen*  
z. B. Vorhandensein oder Fehlen von lokalen oder regionalen Rehabilitationsdiensten öffentlicher oder privater Art
- *Politikfelder einschließlich Organisation und Struktur*  
z. B. Vorhandensein oder Fehlen von Gesetzen, Verordnungen, Vorschriften, Regelungen und Standards, die Leistungen und Dienste, Programme oder andere infrastrukturelle Aktivitäten in verschiedenen Bereichen der Gesellschaft regeln und organisieren.

Personbezogene Faktoren sind die Attribute oder Eigenschaften der Person, z.B. Alter, Geschlecht, Bildung und Ausbildung, Erfahrung, Persönlichkeit und Charakter, andere Gesundheitsprobleme, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, Beruf sowie vergangene oder gegenwärtige Erlebnisse. Personbezogene Faktoren sind nicht in der ICF klassifiziert.

Kontextfaktoren können einen positiven, fördernden Einfluss (Förderfaktoren) auf alle Komponenten der funktionalen Gesundheit und somit auf den Rehabilitationsverlauf haben. Daher gilt es, diese möglichst früh zu erkennen und ihre rehabilitationsfördernde Wirkung zu nutzen (Ressourcenkonzept der Rehabilitation).

Kontextfaktoren können auch einen negativen, hemmenden Einfluss (Barrieren) auf alle Komponenten der funktionalen Gesundheit haben. Einige solcher negativ wirkenden Kontextfaktoren bedeuten sogar Gesundheits- bzw. Krankheitsrisiken, wobei die Wirkungsmechanismen nicht immer hinreichend geklärt sind. Kontextfaktoren sind indikationsspezifisch unterschiedlich zu werten (s. II Besonderer Teil).

Im Rahmen der negativ wirkenden Kontextfaktoren ist auch das etablierte Risikofaktorenkonzept der Rehabilitationsmedizin (z.B. Übergewicht, Rauchen, Alkohol) zu beachten.

Positiv und negativ wirkende Kontextfaktoren sind deshalb bei der Indikationsstellung für die ambulante medizinische Rehabilitation, bei deren Durchführung und bei der sozialmedizinischen Beurteilung zu berücksichtigen. Auf diese Weise werden die individuelle Lebenssituation und der Bewältigungsstil des Rehabilitanden sowie die Einflussmöglichkeiten auf das soziale Netzwerk und die sozialen Unterstützungsformen (Social support) einbezogen.

### **2.3 Rehabilitationsansatz**

Medizinische Rehabilitation umfasst einen ganzheitlichen Ansatz, der über das Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit hinaus die wechselseitigen Beziehungen zwischen den Gesundheitsproblemen einer Person – beschrieben in Form von Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten sowie der Teilhabe – und ihren Kontextfaktoren berücksichtigt, um einen bestmöglichen Rehabilitationserfolg im Sinne der Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben zu erreichen. Dies erfordert insbesondere die umfassende Berücksichtigung der Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt als Voraussetzung für einen bestmöglichen Rehabilitationserfolg.

Dieser Rehabilitationsansatz erfordert – unter Berücksichtigung des Einzelfalls – die Anwendung von komplexen Maßnahmen auf medizinischen, pädagogischen, beruflichen und sozialen Sektoren und die Verzahnung insbesondere der ärztlichen, pflegerischen, physiotherapeutischen, ergotherapeutischen, logopädischen/sprachtherapeutischen, diätetischen und psychotherapeutischen Versorgung unter Einschluss von Hilfen zur Bewältigung der Krankheitsfolgen und zur Verhaltensänderung mit dem Ziel des Abbaus von negativ wirkenden Kontextfaktoren.

### **2.4 Abgrenzung zur kurativen Versorgung**

Auch wenn es eine strikte Trennung der verschiedenen Versorgungsbereiche nicht geben kann und soll, sind doch die besonderen Schwerpunkte und primären Ziele von Kuration und Rehabilitation zu beachten. Schematisch betrachtet ergeben sich folgende Unterschiede:

Die kurative Versorgung i. S. des SGB V ist im Unterschied zur medizinischen Rehabilitation

- primär zentriert auf das klinische Bild als Manifestation einer Krankheit/Schädigung
- und

- 
- zielt auf Heilung bzw. Remission (kausale Therapie) oder bei Krankheiten mit Chronifizierungstendenz auf Vermeidung einer Verschlimmerung sowie Linderung der Krankheitsbeschwerden  
und
  - auf Vermeidung weiterer Krankheitsfolgen ab.

Kurative Versorgung ist a priori kausal orientiert. Ihr konzeptionelles Bezugssystem ist in der Regel das bio-medizinische Krankheitsmodell und die entsprechende Klassifikation die ICD.

Demgegenüber liegt der medizinischen Rehabilitation ein bio-psycho-soziales Modell von funktionaler Gesundheit und deren Beeinträchtigung zugrunde, das Gesundheit und Krankheit als Ergebnis des Ineinandergreifens physiologischer, psychischer und sozialer Vorgänge beschreibt. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass neben Erkenntnissen aus der medizinischen Versorgung auch die gesellschaftlichen Bedingungen, in denen die Rehabilitanden leben, Teil des Prozesses der medizinischen Rehabilitation werden.

## **2.5 Grundlage**

Die medizinische Rehabilitation umfasst insbesondere

- die Rehabilitationsdiagnostik, die die Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe sowie die Kontextfaktoren mit ihrem fördernden oder hemmenden Einfluss beschreibt und bewertet
- den Rehabilitationsplan mit Beschreibung des Rehabilitationsziels
- die Rehabilitationsdurchführung und ihre Überprüfung
- die Dokumentation des Rehabilitationsverlaufs und der -ergebnisse, insbesondere unter Berücksichtigung des Rehabilitationsziels.

## **3. Indikationsstellung / Medizinische Voraussetzungen**

Zur Klärung der Notwendigkeit und der Zielsetzung einer Maßnahme der medizinischen Rehabilitation sind folgende Voraussetzungen sozialmedizinisch zu prüfen

- die Rehabilitationsbedürftigkeit
- die Rehabilitationsfähigkeit
- die Rehabilitationsprognose.

Diese Voraussetzungen sind wie folgt definiert:

### **3.1 Rehabilitationsbedürftigkeit**

Rehabilitationsbedürftigkeit bezieht sich auf eine gesundheitlich bedingte drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe, die über die kurative Versorgung hinaus den mehrdimensionalen und interdisziplinären Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich macht.

Dabei bezieht sich das gesundheitliche Problem auf die Schädigungen und die Beeinträchtigungen der Aktivitäten unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren.

### **3.2 Rehabilitationsfähigkeit**

Der Begriff der Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (z.B. Motivation bzw. Motivierbarkeit und Belastbarkeit) für die Teilnahme an einer geeigneten Rehabilitation.

### **3.3 Rehabilitationsprognose**

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Rehabilitation

- auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotentials/der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller Ressourcen (Rehabilitationspotential einschließlich psychosozialer Faktoren)
- über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels
- durch eine geeignete Rehabilitationsmaßnahme
- in einem notwendigen Zeitraum.

## **4. Individuelle Voraussetzungen**

Neben den medizinischen Voraussetzungen muss der Rehabilitand für eine ambulante Rehabilitation

- über die zur Inanspruchnahme der Rehabilitation erforderliche Mobilität verfügen und

- 
- die Rehabilitationseinrichtung in einer zumutbaren Fahrzeit erreichen können.

Die häusliche Versorgung des Rehabilitanden muss sichergestellt sein.

## 5. Rehabilitationsziele

### 5.1 Allgemeines Rehabilitationsziel

Ziel der medizinischen Rehabilitation ist, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft durch frühzeitige Einleitung der gebotenen Rehabilitationsmaßnahmen abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Rehabilitand soll durch die Rehabilitation (wieder) befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit oder bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für diesen Menschen als „normal“ (für seinen persönlichen Lebenskontext typisch) erachtet werden.

Dieses Ziel kann erreicht werden durch

- vollständige Wiederherstellung der ursprünglichen Struktur und Funktion bzw. Aktivitäten und der Teilhabe
- größtmögliche Wiederherstellung der ursprünglichen Struktur und Funktion bzw. Aktivitäten und der Teilhabe
- Einsatz von „Ersatzstrategien“ bzw. Nutzung verbliebener Funktionen bzw. Aktivitäten (Kompensation)
- Anpassung der Umweltbedingungen an die Beeinträchtigung der Aktivitäten bzw. der Teilhabe des Rehabilitanden (Adaptation).

Das individuelle Rehabilitationsziel wird auf der Grundlage sozialmedizinischer Aussagen zur Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose des Rehabilitanden bestimmt.

### 5.2 Trägerspezifische Rehabilitationsziele

Die medizinische Rehabilitation zielt

- in der **Krankenversicherung** darauf, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern

- in der **Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte** darauf, den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern
- in der **Unfallversicherung** darauf, den durch den Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern, den Rehabilitanden auch dadurch möglichst auf Dauer beruflich einzugliedern.

Hierzu kann die ambulante Form der medizinischen Rehabilitation insbesondere beitragen durch die

- Verkürzung von Arbeitsunfähigkeit, insbesondere durch gleichzeitige stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess
- erleichterte Kontaktaufnahme zum Betrieb zwecks frühzeitiger Einleitung innerbetrieblicher Maßnahmen zur Förderung der beruflichen Wiedereingliederung (z.B. ergonomische Arbeitsplatzgestaltung)
- Förderung der (Re)Integration in das Wohnumfeld
- stärkere Aktivierung des Selbsthilfepotentials des Rehabilitanden durch Einbeziehung der Lebenswirklichkeit (z. B. Familie, Alltagsbelastungen, Arbeitswelt) in die rehabilitativen Bemühungen
- verbesserte Kooperation in der Nachsorge (z. B. Rehabilitationssport, Funktionstraining, Kontaktanbahnung zu Selbsthilfegruppen, Kooperation mit niedergelassenen Ärzten)
- Nutzung eingliederungsfördernder Ressourcen eines vorhandenen komplementären sozialen Netzwerkes von Hilfen (z.B. Sozialstationen, Integrationsfachdienste).

## 6. Zweckbestimmung der ambulanten Rehabilitation

Die ambulante Rehabilitation kann in Betracht kommen

- anstelle einer stationären Rehabilitationsmaßnahme als eigenständiges interdisziplinäres Konzept
- zur Verkürzung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme bei ambulanter Fortsetzung eines stationär begonnenen Rehabilitationsprogramms
- im Anschluss an eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme unter besonderer Berücksichtigung der Teilhabe am Arbeitsleben.

## 7. Angebotsstruktur der ambulanten Rehabilitation

Ein ambulantes wohnortnahes Rehabilitationsangebot mit ausreichender Therapiedichte und gesicherter Qualität, das die Alltagsbedingungen des Rehabilitanden berücksichtigt, vervollständigt in sinnvoller Weise das Angebot der Rehabilitation i.S. einer auf den unterschiedlichen individuellen Rehabilitationsbedarf ausgerichteten flexiblen Versorgungsstruktur.

Aus konzeptionellen und wirtschaftlichen Erwägungen sollte die Durchführung ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen von einem ausreichenden Rehabilitandenaufkommen abhängig gemacht werden, um ein qualifiziertes Rehabilitationsteam vorhalten und Maßnahmen zur Qualitätssicherung effektiv durchführen zu können.

Für eine an diesen Vorgaben ausgerichtete ambulante Rehabilitation ist ein bedarfsgerechtes, differenziertes Leistungsangebot erforderlich, das sich an den für die stationäre Rehabilitation entwickelten Grundsätzen orientiert. Die dort geltenden konzeptionellen Anforderungen an die Rehabilitationsdiagnostik, den Rehabilitationsplan, die Rehabilitationsdurchführung sowie die Erfolgskontrolle und die Dokumentation müssen entsprechend der Aufgabenstellung der ambulanten Rehabilitation umgesetzt werden. Die Beratung des Rehabilitanden, auch zur Vorbereitung auf die vorgesehene Maßnahme, sowie die Qualitätssicherung und die Wirtschaftlichkeit der Maßnahme müssen gewährleistet sein.

Ziele des Ausbaus einer ambulanten Rehabilitationsstruktur sind die Optimierung des Rehabilitationsangebotes für die Rehabilitanden und Entlastungseffekte in anderen Versorgungsbereichen (z. B. in der kurativen Versorgung, in der stationären medizinischen Rehabilitation).

## 8. Ausschlusskriterien

Bei der ambulanten Rehabilitation im Sinne eines komplexen Therapieprogramms sind eine Reihe allgemeiner Ausschlusskriterien zu berücksichtigen.

**Gegen** eine ambulante Rehabilitation sprechen folgende Kriterien

- eine kurative Behandlung einschließlich Heil- und Hilfsmittelversorgung reicht aus
- eine stationäre Behandlung in einer Rehabilitationsklinik ist notwendig wegen
  - der Art oder des Ausmaßes der Schädigungen oder Beeinträchtigungen der Aktivitäten, die durch ambulante Rehabilitation nicht ausreichend behandelt werden können

- stark ausgeprägter Multimorbidität, die unterschiedliche Indikationen betrifft und durch ambulante Rehabilitation nicht ausreichend behandelt werden kann
- mangelnder psychischer Belastbarkeit
- der Notwendigkeit pflegerischer Betreuung und ständiger ärztlicher Überwachung
- der Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld.

Darüber hinaus sind ggf. indikationsspezifische Ausschlusskriterien (s. II Besonderer Teil) zu beachten.

## **9. Anforderungen an die ambulante Rehabilitationseinrichtung**

Die ambulante Rehabilitation wird in qualifizierten Einrichtungen nach indikationsspezifischen Konzepten erbracht, die auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse die Inhalte und Ziele der Rehabilitation nach den Prinzipien Komplexität, Interdisziplinarität und Individualität definieren.

### **9.1 Ganzheitlicher Ansatz**

Neben den indikationsbezogenen Therapieansätzen ist im Konzept der Einrichtung insbesondere auf die Teilhabe am Arbeitsleben und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, die Probleme der Multimorbidität, der Krankheitsverarbeitung sowie auf die positiv und negativ wirkenden Kontextfaktoren einzugehen. Die ambulante Rehabilitation soll daher auch Hilfen zur Änderung eines gesundheitlichen Fehlverhaltens beinhalten, z. B. bei Übergewicht, Bewegungsmangel, Suchtverhalten sowie bei körperlichem und seelischem Stress. Die sozialmedizinische Beurteilung muss gewährleistet sein.

### **9.2 Rehabilitationskonzept**

Ambulante Rehabilitationseinrichtungen müssen über ein strukturiertes Rehabilitationskonzept verfügen, das den spezifischen Anforderungen der zu behandelnden Rehabilitandengruppen (Indikationen) entspricht.

### **9.3 Diagnostik**

Die rehabilitationsspezifische Diagnostik muss in der Einrichtung durchgeführt werden können. Überdies sind eine umfassende Sozialanamnese und ggf. eine Arbeitsanamnese zu erheben.

Vor Beginn der ambulanten Rehabilitation soll die erforderliche medizinische Diagnostik (einschließlich Differentialdiagnostik) bereits durchgeführt sein, um Belastungen des Rehabilitanden, die Einbuße von Therapiezeiten und erhöhte Kosten zu vermeiden.

### **9.4 Rehabilitationsplan**

Für jeden Rehabilitanden ist ein detaillierter individueller Rehabilitationsplan zu erstellen, der die Zielsetzungen der verschiedenen Therapiebereiche mit einschließt und sich an einer langfristigen Strategie zur Bewältigung der (chronischen) Erkrankung/des Gesundheitsproblems orientiert. Der Rehabilitationsplan muss den regionalen Gegebenheiten bezüglich der Therapieangebote Rechnung tragen. Er ist vom Arzt unter Mitwirkung der anderen Mitglieder des Rehabilitationsteams zu erstellen und im Laufe der Behandlung der aktuellen Situation anzupassen. Der Rehabilitand und ggf. seine Angehörigen/Bezugsperson sind bei der Erstellung des Rehabilitationsplans bzw. der Anpassung zu beteiligen.

Zur Erstellung eines Rehabilitationsplans gehört auch die Berücksichtigung weiterführender Maßnahmen, d.h., neben der ggf. erforderlichen Anregung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch die Beratung bei einer notwendigen Wohnungsumgestaltung, bei der Auswahl von Hilfsmitteln und bei der Gestaltung der häuslichen Versorgung. Darüber hinaus sollte Kontakt zur relevanten Selbsthilfegruppe hergestellt werden.

### **9.5 Ärztliche Leitung und Verantwortung**

Ambulante Rehabilitation muss unter Leitung und Verantwortung eines Arztes mit Gebietsbezeichnung der Hauptindikation der Einrichtung stehen, der über mindestens zweijährige vollzeitige rehabilitative und sozialmedizinische Erfahrungen verfügt und die Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen oder Sozialmedizin führen soll.

Sind im Ausnahmefall die formalen Voraussetzungen nicht erfüllt, beurteilen die Leistungsträger die für die Einrichtung notwendigen fachgebietspezifischen

und rehabilitativen Kompetenzen anhand der nachgewiesenen Weiterbildungszeiten und -inhalte. Reichen diese nicht aus, können die Leistungsträger ein entsprechend qualifiziertes Leitungsteam als ärztliche Leitung im Sinne des vorstehenden Absatzes anerkennen.

Der leitende Arzt oder sein benannter ständiger Vertreter müssen während der Öffnungszeiten der Einrichtung präsent und verfügbar sein.

Der leitende Arzt hat die Aufgabe, erforderliche rehabilitationsdiagnostische Maßnahmen durchzuführen bzw. zu veranlassen, die individuell geeigneten Rehabilitationsmaßnahmen festzulegen, ihre Qualität zu sichern und den Rehabilitanden rehabilitationspezifisch zu behandeln und zu betreuen.

Weitere Aufgaben des leitenden Arztes sind insbesondere

- Leitung des Rehabilitationsteams
- Koordination und Abstimmung der Rehabilitationsplanung
- Durchführung von regelmäßigen (mind. einmal pro Woche) patientenbezogenen Teambesprechungen
- Kooperation mit vor- und nachbehandelnden Ärzten, Konsiliarärzten und Konsiliardiensten
- Durchführung von Zwischenuntersuchungen und Anpassung des Rehabilitationsplans
- Abschlussuntersuchung
- Entlassungsbericht mit sozialmedizinischer Beurteilung und Hinweisen für weiterführende Maßnahmen im Rahmen der Nachsorge.

## **9.6 Rehabilitationsteam und Qualifikation**

Das Rehabilitationsteam setzt sich entsprechend den indikationsspezifischen Anforderungen aus Ärzten und nicht-ärztlichen Fachkräften, wie z. B. Physiotherapeuten/Krankengymnasten, Masseuren und Medizinischen Bademeistern, Ergotherapeuten, Logopäden/Sprachtherapeuten, Klinischen Psychologen, Sozialarbeitern/Sozialpädagogen, Sportlehrern/Sporttherapeuten, Diätassistenten und Gesundheits- und Krankenpflegern zusammen.

An die einzelnen Berufsgruppen im Rehabilitationsteam sind die folgenden und ggf. die in den indikationsspezifischen Konzepten (s. II Besonderer Teil) genannten zusätzlichen Anforderungen an Qualifikation und Berufserfahrung zu stellen.

---

### 9.6.1 *Arzt/Ärztin*<sup>6</sup>

Hinsichtlich des leitenden Arztes wird auf Ziffer 9.5 verwiesen. Der Vertreter des leitenden Arztes muss über eine vergleichbare Qualifikation verfügen wie der leitende Arzt der Einrichtung.

Die weiteren Ärzte müssen über die in den indikationsspezifischen Konzeptionen festgelegte Qualifikation bzw. klinische Erfahrung verfügen.

### 9.6.2 *Physiotherapeut/Krankengymnast*

- Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut/Krankengymnast ggf. mit indikationsspezifischer Zusatzqualifikation oder Weiterbildung und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Physiotherapeut/Krankengymnast in einer Rehabilitationseinrichtung.

### 9.6.3 *Masseur und Medizinischer Bademeister*

- Staatliche Anerkennung als Masseur und Medizinischer Bademeister ggf. mit indikationsspezifischer Zusatzqualifikation oder Weiterbildung und
- Grundlagenkenntnisse in Bewegungslehre und medizinischer Aufbau-therapie und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Masseur und Medizinischer Bademeister in einer Rehabilitationseinrichtung.

### 9.6.4 *Ergotherapeut*

- Staatliche Anerkennung als Ergotherapeut ggf. mit indikationsspezifischer Zusatzqualifikation oder Weiterbildung und
- Grundlagenkenntnisse in arbeitsrehabilitativen Maßnahmen, Ergonomie, Arbeitsplatzanpassung und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Ergotherapeut in einer Rehabilitationseinrichtung.

### 9.6.5 *Logopäde/Sprachtherapeut*

- Staatliche Anerkennung als Logopäde/Sprachtherapeut ggf. mit indikationsspezifischer Zusatzqualifikation oder Weiterbildung und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Logopäde/Sprachtherapeut in einer Rehabilitationseinrichtung.

---

6) Im Folgenden wird auf die weibliche Form der Berufsbezeichnung verzichtet

#### 9.6.6 *Klinischer Psychologe*

- Diplom als Psychologe und
- ggf. Anerkennung als klinischer Neuropsychologe durch die Fachgesellschaften und
- ggf. psychotherapeutische Zusatzqualifikation und
- Zusatzqualifikation in Entspannungstechniken (z.B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung nach Jacobson) und
- Erfahrung in der Leitung von Gruppen und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Psychologe in einer Rehabilitationseinrichtung.

#### 9.6.7 *Sozialarbeiter/Sozialpädagoge*

- Diplom/staatliche Anerkennung als Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge und
- Erfahrung in der Einzelfallhilfe und
- Aus-, Fort- und Weiterbildung im Gesundheitswesen und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge in einer Rehabilitationseinrichtung.

#### 9.6.8 *Diätassistent*

- Staatliche Anerkennung als Diätassistent ggf. mit indikationsspezifischer Zusatzqualifikation oder Weiterbildung und
- mind. 2 Jahre vollzeitige klinische Berufserfahrung in der Diät- und Ernährungsberatung.

#### 9.6.9 *Gesundheits- und Krankenpfleger*

- Staatliche Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger ggf. mit indikationsspezifischer Zusatzqualifikation oder Weiterbildung und
- Erfahrung in der fachlichen Beratung, Anleitung und praktischen Unterstützung von medizinischen Laien und
- mind. 2 Jahre vollzeitige klinische Berufserfahrung als Gesundheits- und Krankenpfleger in einer medizinischen Einrichtung.

#### 9.6.10 *Sportlehrer/Sporttherapeut*

- Wissenschaftliche Ausbildung zum Diplom-Sportlehrer mit medizinischer Ausrichtung (z. B. Fachrichtung Rehabilitation) oder Zusatzqualifikation Bewegungstherapie/ Sporttherapie und

- Weiterbildung in medizinischer Aufbautherapie und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Sportlehrer/Sporttherapeut in einer Rehabilitationseinrichtung.

## **10. Räumliche Ausstattung**

Die räumliche Ausstattung der ambulanten Rehabilitationseinrichtung muss so bemessen und beschaffen sein, dass das jeweilige indikationsspezifische Reha-bilitationskonzept umgesetzt werden kann.

## **11. Apparative Ausstattung**

Die apparative Ausstattung muss die Durchführung der speziellen indikations-bezogenen Funktionsdiagnostik und Therapie gewährleisten. Nach Möglichkeit sollen im Funktionsverbund externe Apparate für die ambulante Rehabilitation mitgenutzt werden.

## **12. Behandlungselemente**

Zu den Behandlungselementen der ambulanten Rehabilitation zählen insbeson- dere

- ärztliche Behandlung und Betreuung, Planung und Überwachung des Reha- bilitationsprogramms
- Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln
- Physiotherapie/Krankengymnastik einschließlich Physikalischer Therapie, Bewegungstherapie und Sporttherapie
- Ergotherapie
- Sprachtherapie
- psychologische Beratung/Psychotherapie

- psychosoziale Beratung (auch bei Fragen zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) und Betreuung
- Programme zur Information, Motivation und Schulung (Gesundheitsbildung, -training)
- Krankenpflege
- Maßnahmen in Bezug auf die Teilhabe am Arbeitsleben (z.B. Belastungs-erprobung, Arbeitstherapie)
- Ernährungsberatung.

Die einzusetzenden Behandlungselemente variieren entsprechend der jeweiligen Indikation.

### **13. Leistungsbewilligung**

Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen bedürfen vor Beginn der Bewilligung durch den zuständigen Rehabilitationsträger (Kranken-, Renten-, Unfallversicherungsträger). Umfang, Dauer und Intensität der Maßnahmen richten sich nach den indikationsspezifischen Anforderungen und dem individuellen Rehabilitationsziel.

Als ergänzende Leistungen zur Erreichung und Sicherung des Zieles der ambulanten Rehabilitation kommen insbesondere in Betracht

- Entgeltersatzleistungen (Krankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld)
- Reisekostenerstattung
- Betriebshilfe
- Haushaltshilfe
- Rehabilitationssport, Funktionstraining.

### **14. Verlängerungskriterien**

Unter dem Gesichtspunkt einer individualisierten und ergebnisorientierten Rehabilitation ist auch im ambulanten Bereich nach vorheriger Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger in begründeten Fällen eine Verlängerung möglich bei

- 
- Verzögerung im Erreichen des Rehabilitationsziels bei bestehender positiver Rehabilitationsprognose und gegebener Rehabilitationsfähigkeit (z.B. interkurrente Erkrankungen).

## 15. Teilhabe am Arbeitsleben

Der Rehabilitand im erwerbsfähigen Alter wird bei Bedarf im Verlauf der ambulanten Rehabilitation zur Frage der Teilhabe am Arbeitsleben beraten und unterstützt. Bei Einwilligung des Rehabilitanden kann bereits während der Rehabilitationsmaßnahme vom Rehabilitations-Fachberater der zuständige Betriebsarzt bzw. der Arbeitgeber angesprochen werden, um alle Möglichkeiten der beruflichen Wiedereingliederung zu prüfen, z. B. durch eine stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess oder um Maßnahmen der Teilhabe am Arbeitsleben vorzubereiten.

Ist absehbar, dass der Rehabilitand nicht an seinen alten Arbeitsplatz zurückkehren kann, und kommt auch eine innerbetriebliche Umsetzung auf einen anderen ggf. der Behinderung angepassten Arbeitsplatz voraussichtlich nicht in Betracht, ist der zuständige Träger der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einzuschalten.

Ein Mitglied des Rehabilitationsteams ist als ständiger Ansprechpartner bzw. Kontaktperson für Fragen zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu benennen.

## 16. Entlassungsbericht

Nach Beendigung der ambulanten Rehabilitationsmaßnahme erhalten der behandelnde Arzt und der zuständige Rehabilitationsträger einen Entlassungsbericht, der u.a. folgende Angaben enthalten muss

- Rehabilitationsverlauf unter Angabe der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen
- Ergebnisse der abschließenden Leistungsdiagnostik und der sozialmedizinischen Beurteilung; diese umfassen z.B. die Stellungnahme
  - zur Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben unter Bezugnahme auf den beruflichen Kontext

- zur Leistungsfähigkeit im Alltag bezogen auf die Selbständigkeit bei den Verrichtungen des täglichen Lebens, insbesondere zur psychosozialen Situation und/oder zur Frage der Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit
- zur Krankheitsverarbeitung, zum Lebensstil einschl. der Kontextfaktoren und Motivation zur Lebensstilveränderung
- Empfehlungen für weiterführende Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges (z. B. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Rehabilitationssport und Funktionstraining)
- Empfehlungen zur Wiedereingliederung in das soziale Umfeld bzw. zur psychosozialen Betreuung.

Werden im Entlassungsbericht betriebliche Maßnahmen vorgeschlagen, sollte, mit Einwilligung des Rehabilitanden, auch der betriebsärztliche Dienst den Teil des Entlassungsberichts, der diese Vorschläge enthält, erhalten.

## **17. Kooperation**

Die ambulante Rehabilitationseinrichtung arbeitet mit den anderen an der Versorgung der Rehabilitanden Beteiligten (z.B. niedergelassene Ärzte, Akutkrankenhäuser, Rehabilitationskliniken, Betriebsärzte, öffentlicher Gesundheitsdienst, Sozialstationen, Selbsthilfegruppen) eng zusammen.

Durch zweckmäßige Organisations- und Kooperationsformen ist sicherzustellen, dass die ambulante Rehabilitation als integrativer Bestandteil der regionalen Versorgungsstruktur zur möglichst raschen und dauerhaften Eingliederung der Rehabilitanden beiträgt.

## **18. Dokumentation**

Für jeden Rehabilitanden ist eine Dokumentation anzulegen, aus der alle rehabilitationsrelevanten Diagnosen, Befunde sowie die durchgeführten/geplanten Therapieformen entnommen werden können, um den Rehabilitationsprozess transparent und vergleichbar zu machen. Die Dokumentation muss insbesondere umfassen

- 
- den individuellen Rehabilitationsplan des Rehabilitanden betreffend Art, Häufigkeit und Intensität der Behandlungselemente
  - die Teilnahmedokumentation des Rehabilitanden in einem Behandlungsheft/Rehabilitationstagebuch
  - sämtliche erhobene anamnestiche Daten, klinische Befunde und deren Interpretation
  - das definierte Rehabilitationsziel und die Bewertung des Rehabilitationserfolges durch Zwischenuntersuchungen in bestimmten Zeitabständen sowie die Abschlussuntersuchung/-befundung
  - die Angaben zu den Visiten und Teambesprechungen/Fallkonferenzen
  - den Entlassungsbericht.

## **19. Qualitätssicherung**

Für die ambulanten Rehabilitationseinrichtungen besteht die Verpflichtung, an einem Qualitätssicherungsprogramm der Rehabilitationsträger teilzunehmen.

### **19.1 Strukturqualität**

Zur qualitätsgesicherten Struktur der ambulanten Rehabilitation müssen die in diesen Rahmenempfehlungen gestellten Anforderungen an die personelle, räumliche und apparative Ausstattung der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen indikationsspezifisch erfüllt sein.

### **19.2 Prozessqualität**

Vorgaben für den qualitätsgesicherten Verlauf der ambulanten Rehabilitation sind das Rehabilitationskonzept der Einrichtung und die individuellen Rehabilitationspläne der Rehabilitanden. Die Einhaltung der Rehabilitationspläne (Art, Häufigkeit, Dauer und Intensität der Maßnahmen) ist anhand einer patientenbezogenen standardisierten Dokumentation zu gewährleisten.

### **19.3 Ergebnisqualität**

Im Rahmen der Zwischenuntersuchungen und der Abschlussbefundung ist zu überprüfen und zu dokumentieren, ob und in welchem Ausmaß das im individu-

ellen Rehabilitationsplan definierte Rehabilitationsziel erreicht wurde. Falls aus medizinischen Gründen notwendig, werden Rehabilitationsziel und/oder Rehabilitationsplan modifiziert.

Katamnestiche Erhebungen mit dem Ziel des Erkenntnisgewinns über die Realisierung vorgeschlagener Maßnahmen und Empfehlungen sind anzustreben. Dies gilt auch für die Teilhabe am Arbeitsleben und die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

## **20. Beendigung der Maßnahme**

Die ambulante Rehabilitationsmaßnahme ist zu beenden, wenn sich erst während der Rehabilitationsmaßnahme die unter Ziffer 8 genannten Ausschlusskriterien zeigen, oder wenn das Rehabilitationsziel erreicht ist, oder die medizinischen Voraussetzungen nicht mehr vorliegen.

## **II Besonderer Teil**

### **Konzeption zur ambulanten dermatologischen Rehabilitation**

## 1. Allgemeines

Dermatologische Erkrankungen sind hinsichtlich ihrer Ätiologie, Lokalisation, Ausdehnung und ihres Krankheitsverlaufes heterogen und können zu komplexen Krankheitsverläufen führen. Die exponierte Lage von Hauterkrankungen führt bei vielen Rehabilitanden zu Belastungen im Alltag und Beruf. Die zum Teil entstellenden Veränderungen der Haut, die Sichtbarkeit für die Öffentlichkeit und der vielen dermatologischen Erkrankungen innewohnende schubweise Krankheitsverlauf können zu einer negativ-hilflosen Grundhaltung und depressiven Verstimmung der Rehabilitanden führen. Darüber hinausgehend kann die oft – fälschlicherweise – vermutete Ansteckbarkeit von Hauterkrankungen in Folge der Ablehnung durch die Umwelt den sozialen Rückzug der Rehabilitanden fördern.

Chronisch hautkranke Menschen erleben durch die bestehenden Schädigungen, wie z.B. Hautsymptome, quälender Juckreiz, unterschiedliche Allergien, Gelenkbeschwerden bei Schuppenflechte, zum Teil erhebliche Beeinträchtigungen der Aktivitäten, die sich u.a. in einer deutlich verminderten Belastbarkeit, einem eingeschränkten Ausüben bestimmter Tätigkeiten und auch einer gestörten Kommunikation, bedingt durch die Stigmatisierung, niederschlägt. Hieraus können sich Beeinträchtigungen der Teilhabe entwickeln, die dann bei der Berufswahl und bei der Berufsausübung eine Rolle spielen, oder die zur sozialen Isolierung führen, oder die eine deutliche Belastung in der Partnerschaft bedeuten.

Aufgrund der Vielschichtigkeit der Problematik der chronisch hautkranken Menschen ist ein sehr differenziertes und individualisiertes Rehabilitationskonzept erforderlich.

Die ambulant durchgeführte dermatologische Rehabilitation geht ebenso wie die stationäre Form von einem ganzheitlichen Rehabilitationskonzept einschließlich der sozialmedizinischen Beurteilung aus und beinhaltet ein umfassendes, rehabilitationsspezifisches, interdisziplinäres Therapieangebot, das entsprechend der individuellen Situation des Rehabilitanden aus den physischen, psychischen, oecotrophologischen, sozialen und edukativen Komponenten besteht.

Die Entscheidung darüber, ob bei einem Rehabilitanden eine stationäre oder ambulante dermatologische Rehabilitation durchgeführt wird, ist abhängig vom Ausmaß der Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten, der (drohenden) Beeinträchtigungen der Teilhabe, des dermatologischen Risikos, vom sozialen Umfeld und den berechtigten Wünschen des Rehabilitanden (Rücksichtnahme auf persönliche/familiäre sowie religiöse/weltanschauliche Bedürfnisse und Gegebenheiten) sowie dem Vorhandensein einer den Qualitätskriterien entsprechenden Einrichtung.

## 2. Indikationsstellung / Medizinische Voraussetzungen

Die ambulante dermatologische Rehabilitation ist indiziert, wenn

- Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn also die bei einer gesundheitlich bedingten drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigung der Teilhabe
  - eine für den einzelnen Rehabilitanden erforderliche umfassende kurative Behandlung durch den Facharzt für Dermatologie/Venerologie nicht ausreicht und
  - das ganzheitlich ausgerichtete, interdisziplinäre Konzept der Rehabilitation erforderlich ist
- Rehabilitationsfähigkeit besteht
- eine positive Rehabilitationsprognose gestellt werden kann
- die individuellen Voraussetzungen erfüllt sind.

Die vorstehenden Begriffe sind im Allgemeinen Teil definiert.

Die sozialmedizinische Indikationsstellung für eine ambulante dermatologische Rehabilitation hat also nicht allein eine medizinische Diagnose zur Voraussetzung, sondern ergibt sich erst aus der zusammenfassenden Analyse und Bewertung der unter Ziffer 2.3 bis 2.6 beschriebenen Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Beeinträchtigungen der Teilhabe unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren. Insbesondere sind Ausprägung der klinischen Erscheinungen, Rezidivhäufigkeit der chronischen Hauterkrankung trotz adäquater Therapie, anamnestische Angaben zu stattgehabten stationär behandlungspflichtigen Exazerbationen (Aufflammen) und das Vorliegen von Risikofaktoren für das Auftreten von Rezidiven zu berücksichtigen.

### 2.1 Vorbedingung / Diagnosen

Unter Berücksichtigung der unter Ziffer 2 genannten medizinischen Voraussetzungen kann eine ambulante dermatologische Rehabilitation insbesondere bei einer der nachfolgend aufgeführten Krankheiten angezeigt sein

- atopisches Ekzem und damit assoziierte Erkrankungen
- Allergien, Berufsdermatosen, chronische Ekzeme anderer Genese
- Psoriasis-Formen
- bösartige Neubildungen der Haut
- dermatologische Manifestationen bei chronisch venöser Insuffizienz, Arterieller Verschlusskrankheit, Lymphatischer Symptomenkomplex

- 
- Kollagenosen
  - chronische Wunden
  - großflächige Narbenfelder z.B. als Folge von Verbrennungen oder Operationen
  - genetisch bedingte Hauterkrankungen.

Falls bei dermatologischen Manifestationen primär internistischer Erkrankungen die Indikation für eine ambulante dermatologische Rehabilitation gestellt wird, ist bei der Durchführung der Rehabilitation eine adäquate internistische Mitbehandlung sicherzustellen.

## **2.2 Anforderungen an die medizinische Diagnostik vor Einleitung der Rehabilitation**

Die medizinische Diagnostik der Grunderkrankung, der Schädigungen einschließlich evtl. vorliegender Begleiterkrankungen sollte so weit abgeschlossen sein, dass die Indikation für die geeignete Rehabilitationsform gestellt, d.h. beurteilt werden kann, ob Ausschlusskriterien für ein ambulantes Rehabilitationsprogramm vorliegen.

Zu dieser Diagnostik zählen u.a.

- klinisch dermatologische Untersuchungen (einschl. Scores wie PASI oder SCORAD)
- allergologische Testungen (Prick, i.c., RAST, evtl. nasale/konjunktivale/bronchiale Provokation, Epikutantest)
- Dopplersonographie
- Labor
- Histologie
- Röntgenuntersuchungen

zur Abklärung der Ätiologie und Prognose der Erkrankung.

Bestehen weitere Erkrankungen, die die Rehabilitation beeinflussen können, sollten diese vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme diagnostiziert sein und während der Rehabilitation mit berücksichtigt werden. Dabei sind das Ausmaß der Schädigungen und die sich daraus ergebenden Störungen im Hinblick auf die allgemeine Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit genau zu bezeichnen.

### 2.3 Körperfunktionen und Körperstrukturen

Schädigungen bei dermatologischen Krankheitsbildern sind definiert als ein Verlust oder eine Normabweichung in der psychischen, physiologischen und anatomischen Struktur und/oder Funktion in diesem Indikationsbereich. Sie können sich

- akut
- bei chronischem rezidivierendem Verlauf
- bei chronischem progredientem Verlauf
- mit Besserungstendenz bei chronischem Verlauf

manifestieren, wobei es vielfältige Überschneidungsmöglichkeiten gibt.

In diesem Zusammenhang können Schädigungen z.B. vorliegen in Form von

- Rötung, Schuppung, Rhagaden, Pusteln, Bläschen, Nässen, maximal die gesamte Körperoberfläche betreffend mit daraus resultierenden Einschränkungen wie z.B. juckende, schmerzende Haut mit schwankender Ausprägung
- Juckreiz
- Entzündungen von Haut, Schleimhäuten, anderen Organsystemen
- Allergien (Typ I; Typ IV) gegenüber Nahrungsmitteln, Medikamenten, Stoffen aus der täglichen Umgebung (z.B. Nickel, Duftstoffe, Konservierungsmittel), Berufsstoffen
- vaskuläre Störungen/Schädigungen
- veränderten Reaktionen auf physikalische Reize (z.B. erhöhte Lichtempfindlichkeit, gestörte Wärme-/Kältetoleranz)
- Narbenbildung
- Schmerzen (Haut, Schleimhäute, andere Organsysteme wie z.B. Gelenke)
- klein- bis großflächige, nichtheilende Wunden
- Infektionen der Haut durch Bakterien, Pilze und Viren
- Sklerose der Haut und Unterhaut, Entzündung der Muskulatur mit daraus resultierenden Bewegungseinschränkungen
- Verhornungsstörungen.

Dermatologische Erkrankungen können neben der Haut und den Schleimhäuten generelle Auswirkungen (Systemcharakter) haben, z.B. auf

- Lunge und Atemwege

- 
- Bewegungsapparat
  - Niere und ableitende Harnwege, Geschlechtsorgane
  - Verdauungssystem (Magen, Darm, Leber etc.), exokrine Drüsen
  - Nervensystem (einschl. vegetatives Nervensystem)
  - Psyche
  - Sinnesorgane (Augen, Ohren etc.)
  - Herz-Kreislaufsystem
  - Blutbildendes System
  - Immunsystem.

Schädigungen und ihre Folgen können Rückwirkungen auf den psychophysischen und sozialen Gesamtzustand sowie die Art des Umgangs mit der Krankheit (Krankheitsbewältigung) haben.

## 2.4 Aktivitäten

In Folge der o.g. Schädigungen und deren Auswirkungen können Beeinträchtigungen der Aktivitäten auftreten

- im Verhalten bei persönlichen und sozialen Aktivitäten (z.B. Akzeptanz der Erkrankungen, Selbstbild, Probleme der Stigmatisierung, Fertigkeiten im Umgang mit der Erkrankung, Kompensationsstrategien, Selbstgefährdung, Rolle in der Familie, Motivation und Antrieb im Beruf)
- in der Selbstversorgung (z.B. Haushalt, Reinigung, Einkaufen, Ernährung, Körperpflege, Kleidung)
- in der Fortbewegung, Beweglichkeit und Geschicklichkeit (z.B. manuelle Fähigkeiten, längeres Gehen, Treppensteigen, schnelles Laufen, Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Reisen)
- situationsbedingt (z.B. körperliche Belastbarkeit in Beruf, Freizeit und Alltag hinsichtlich Schwere, Ausdauer, bestimmter Körperpositionen wie langes Stehen, feuchtes Milieu, extreme Kälte/Wärme, Sonnenlicht, Umwelttoxinen).

## 2.5 Teilhabe

In Folge der o.g. Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten können Beeinträchtigungen der Teilhabe in folgenden unterschiedlichen Bereichen auftreten

- der körperlichen Unabhängigkeit (z.B. Notwendigkeit von Hilfsmitteln, Anpassung der Umgebung, Hilfebedürftigkeit durch andere Menschen, per-

- sönliche Assistenz oder Pflege, Abhängigkeit von Fremdhilfe, eingeschränkte Selbstständigkeit oder Selbstversorgung im Alltag)
- der Mobilität (z.B. Einschränkungen in der Bewegung im persönlichen Umfeld, in der Nachbarschaft, der Gemeinde, im Fernbereich, bei Reisen)
  - der Beschäftigung
    - im beruflichen Bereich im Hinblick auf den Weg von und zur Arbeit, den Arbeitsplatzbedingungen (z.B. bei beruflicher Exposition von Hautallergenen und Noxen), Arbeitsorganisation, Qualifikation (Aus-, Fort- und Weiterbildung)
    - in der Haushaltsführung
    - in der Freizeit
  - der psychischen Belastbarkeit
  - der sozialen Integration / Reintegration (z.B. Aufnahme und Aufrechterhaltung von sozialen Beziehungen)
  - der wirtschaftlichen Eigenständigkeit.

## 2.6 Kontextfaktoren

Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie umfassen alle Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren, die für die Gesundheit einer Person von Bedeutung sind. Die Kontextfaktoren stehen in Wechselwirkung mit allen Komponenten der ICF (Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe).

Umweltfaktoren beziehen sich auf die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der die Menschen ihr Leben gestalten.

Personbezogene Faktoren sind die Attribute oder Eigenschaften der Person, z.B. Alter, Geschlecht, Bildung und Ausbildung, Erfahrung, Persönlichkeit und Charakter, andere Gesundheitsprobleme, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, Beruf sowie vergangene oder gegenwärtige Erlebnisse. Personbezogene Faktoren sind nicht in der ICF klassifiziert.

Kontextfaktoren können einen positiven, fördernden Einfluss (Förderfaktoren) auf alle Komponenten der funktionalen Gesundheit und somit auf den Rehabilitationsverlauf haben. Daher gilt es, diese möglichst früh zu erkennen und ihre rehabilitationsfördernde Wirkung zu nutzen (Ressourcenkonzept der Rehabilitation).

Kontextfaktoren können auch einen negativen, hemmenden Einfluss (Barrieren) auf alle Komponenten der funktionalen Gesundheit haben. Einige solcher negativ wirkenden Kontextfaktoren bedeuten sogar Gesundheits- bzw. Krankheitsrisiken, wobei die Wirkungsmechanismen nicht immer hinreichend geklärt sind.

Im Rahmen der negativ wirkenden Kontextfaktoren ist auch das etablierte Risikofaktorenkonzept der Rehabilitationsmedizin (z.B. Übergewicht, Rauchen, Alkohol) zu beachten.

Darüber hinaus können spezielle Risikofaktoren sowohl die Manifestation als auch den Verlauf und die Redizivwahrscheinlichkeit von Hauterkrankungen beeinflussen. Dabei kann es sich um berufliche (z.B. häufige Reinigung oder Desinfektion der Haut, Tätigkeiten mit erhöhtem Infektions- und Verletzungsrisiko, Kontakt mit hautreizenden Stoffen), soziale oder psychische Belastungsfaktoren handeln.

Positiv und negativ wirkende Kontextfaktoren sind deshalb bei der Indikationsstellung für die ambulante medizinische Rehabilitation, bei deren Durchführung und bei der sozialmedizinischen Beurteilung zu berücksichtigen. Auf diese Weise werden die individuelle Lebenssituation und der Bewältigungsstil des Rehabilitanden sowie die Einflussmöglichkeiten auf das soziale Netzwerk und die sozialen Unterstützungsformen (Social support) einbezogen.

Eine auf die individuellen Fähigkeiten des Rehabilitanden fördernd oder hemmend wirkende physikalische oder soziale Umwelt beeinflusst den Rehabilitationserfolg nachhaltig. Hierzu gehören z.B.

- persönliche Unterstützung und Assistenz durch Bezugspersonen
- Einrichtungen zur weiteren rehabilitativen Versorgung
- künstliche physikalische Umwelt mit Gestaltung von Wohn-, Geschäfts- und öffentlichen Gebäuden
- natürliche Umwelt.

## **2.7 Individuelle Voraussetzungen**

Neben den unter Ziffer 2 genannten medizinischen Voraussetzungen muss der Rehabilitand für eine ambulante Rehabilitation rehabilitationsfähig sein, d.h.

- über die zur Inanspruchnahme der Rehabilitation erforderliche Mobilität und physische und psychische Belastbarkeit verfügen
- die ambulante Rehabilitationseinrichtung in einer zumutbaren Fahrzeit erreichen können
- über eine durchgängige Kooperationsfähigkeit und -bereitschaft, Handlungs- und Lernfähigkeit verfügen
- über eine ausreichende Compliance und Motivation verfügen.

Die häusliche Versorgung des Rehabilitanden sowie seine sonstige medizinische Versorgung müssen sichergestellt sein.

### 3. Rehabilitationsziele

Ziele der medizinischen Rehabilitation sind, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft durch frühzeitige Einleitung der gebotenen Rehabilitationsmaßnahmen abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Rehabilitand soll durch die Rehabilitation (wieder) befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit und/oder bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für diesen Menschen als „normal“ (für seinen persönlichen Lebenskontext typisch) erachtet werden.

Ziele in diesem Sinne sind für

- das Erwerbsleben z.B.
  - Wiederherstellung und Erhaltung der Erwerbsfähigkeit
  - Planung von Arbeitsplatzanpassung
  - Erhalt des Arbeitsplatzes
  - Planung und Einleitung von Maßnahmen zur (weiteren) Teilhabe am Arbeitsleben
- die Aktivitäten des täglichen Lebens z.B.
  - Gestaltung der häuslichen Umgebung, Wohnraumanpassung
  - Hilfe bei der Findung von Bewältigungsstrategien
  - Anleitung zur gesundheitsbewussten Ernährung und Motivation zur Lebensstiländerung, einschl. Abbau von negativ wirkenden Kontextfaktoren
  - Einleitung von Anpassung an Sport- und Freizeitaktivitäten.

Die dermatologische Rehabilitation hat für die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft einen besonderen Stellenwert, um die soziale Integration zu fördern. Dieses Ziel kann in der ambulanten dermatologischen Rehabilitation erreicht werden durch

- Behebung oder Verminderung der Schädigungen (z.B. Verlängerung des hauterscheinungsfreien Intervalls)
- Verminderung des Schweregrades der Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder deren Wiederherstellung
- Kompensation (Ersatzstrategien)
- Adaptation/Krankheitsverarbeitung.

---

Dies kann nur durch eine aktive Mitarbeit des Rehabilitanden erreicht werden. Ein wesentliches Rehabilitationsziel ist somit die Motivation zur Krankheitsbewältigung und Verhaltensänderung durch umfassende Anleitung bei der Hautpflege und Lokalthherapie und durch Schulungen. Durch die intensive Beschäftigung und Auseinandersetzung mit der Hauterkrankung und der sie beeinflussenden Faktoren steigt die Krankheitsakzeptanz, der Leidensdruck nimmt ab und die beeinträchtigte Lebensqualität kann wieder zunehmen.

### **3.1 Rehabilitationsziele bezogen auf Körperfunktionen und Körperstrukturen**

Ziele sind die Abwendung, Beseitigung, Minderung, Verhütung der Verschlimmerung oder Milderung der Folgen von Schädigungen des gesamten Hautorgans unter Berücksichtigung der unter Ziffer 2.1 genannten Diagnosen, insbesondere bezüglich

- des klinischen Erscheinungsbildes
- Juckreiz
- Infektionen
- Bewegungseinschränkungen und Kontrakturen.

Im Vordergrund steht hierbei die langfristige Besserung bzw. Stabilisierung des Hautbefundes und ggf. anderer Manifestationen.

### **3.2 Rehabilitationsziele bezogen auf Aktivitäten**

Ziele sind die Abwendung, Beseitigung, Minderung, Verhütung der Verschlimmerung oder Milderung der Folgen einer Zunahme der Beeinträchtigungen der Aktivitäten insbesondere

- im Verhalten (z.B. in der Familie, im Beruf, in der Freizeit, in der Motivation und bei Krisen)
- in der Selbstversorgung (z.B. bei hygienischen Verrichtungen)
- in der Fortbewegung und Beweglichkeit
- in der Krankheitsbewältigung z.B.
  - Verminderung von Ängstlichkeit und Depressivität
  - Bewältigung von chronischen Schmerzzuständen, Juckreiz und Stress
  - Förderung der Compliance
- bei der Optimierung der Krankheitsbewältigung (Coping).

### 3.3 Rehabilitationsziele bezogen auf Teilhabe

Ziele sind, drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigungen der Teilhabe abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, deren Zunahme zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern insbesondere in der

- physischen Unabhängigkeit (in Bezug auf Selbstversorgung)
- Mobilität (Fortbewegung in der Umgebung)
- Beschäftigung (Ausbildung, Erwerbstätigkeit, Haushaltsführung, Freizeit)
- psychischen Stabilität
- sozialen Integration
- wirtschaftlichen Eigenständigkeit (in Bezug auf die Sicherung des Lebensunterhaltes).

Zur Erreichung der Rehabilitationsziele sind die Bezugspersonen nach Möglichkeit einzubeziehen.

### 3.4 Rehabilitationsziele bezogen auf Kontextfaktoren

Art und Ausmaß der funktionalen Problematik<sup>1</sup> können durch Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren) verstärkt oder vermindert werden, so dass diese bei der Bestimmung der Rehabilitationsziele zu berücksichtigen sind. Hierzu können u.a. Arbeitsplatzbegehungen, Wohnraumbesichtigungen und Gespräche mit dem Arbeitgeber bzw. den Bezugspersonen erforderlich sein, mit dem Ziel, die Umweltbedingungen an verbleibende Beeinträchtigungen der Aktivitäten des Rehabilitanden anzupassen (Adaptation).

Es ist auch Aufgabe der Rehabilitation, soziale, somatische und psychische Auswirkungen der dermatologischen Erkrankung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Rehabilitand ist anzuleiten, mit Krankheitsauswirkungen zu leben (Coping) und negativ wirkende Kontextfaktoren zu vermeiden, zu beseitigen bzw. deren Wirkungen zu vermindern.

Rehabilitationsziele in diesem Sinne sind

- Verbesserung des Informationsstandes über die Krankheit
- Erlernen und Anwendung von individuellen Hautschutz- und Hautpflege-techniken
- besserer Umgang mit Notfallsituationen (Schub, Superinfektionen)

---

<sup>1</sup> Die funktionale Problematik kennzeichnet den aktuellen Status der funktionalen Befunde und Symptome auf den Ebenen der Körperfunktionen und Körperstrukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe.

- 
- Entwicklung von Strategien zum Abbau von Risikoverhalten (z.B. Rauchen, Alkoholmissbrauch, Fehlernährung, Bewegungsmangel, inadäquates Freizeitverhalten, körperliche und psychische Überforderung)
  - Erlernen und Anwendung in Techniken zur Selbstkontrolle (z.B. Juckreiz-Kratz-Zirkel)
  - Erlernen und Anwendung von Entspannungstechniken
  - Verbesserung der Körperwahrnehmung
  - verbesserter Umgang mit beruflichen Belastungsfaktoren (z.B. häufige Reinigung oder Desinfektion der Haut, Tätigkeiten mit erhöhtem Infektions- und Verletzungsrisiko, Kontakt mit hautreizenden Stoffen)
  - Reintegration in das Erwerbsleben.

#### **4. Behandlungsfrequenz und Rehabilitationsdauer**

Je nach Schweregrad der Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten sowie der Teilhabe und den sich daraus ergebenden Rehabilitationszielen gestalten sich die individuell erforderliche Rehabilitationsdauer und Therapiedichte. In der Regel ist eine Therapiezeit von täglich mindestens vier bis maximal sechs Stunden an fünf bis sechs Tagen in der Woche einzuhalten. Auf die individuelle Belastbarkeit des Rehabilitanden ist dabei Rücksicht zu nehmen.

Unter dem Gesichtspunkt einer Flexibilisierung des zeitlichen Ablaufs der ambulanten dermatologischen Rehabilitation bei gleichwertigem Rehabilitationsprogramm können die unterschiedlichen Rehabilitationskomponenten zum Erreichen des Rehabilitationszieles ggf. über einen längeren Zeitraum gestreckt erbracht werden.

#### **5. Ausschlusskriterien**

Ausschlusskriterien für die ambulante dermatologische Rehabilitation sind

- die allgemeinen Ausschlusskriterien (Ziffer 8 Allgemeiner Teil)
- fehlende Kooperation
- mangelnde Compliance des Rehabilitanden

- bei Hautkrebs schwerwiegende Operationsfolgen
- Erythrodermie
- schwerwiegende Sekundärinfektionen
- Bewegungseinschränkung als vorherrschendes Symptom.

## **6. Anforderungen an die ambulante Rehabilitationseinrichtung**

### **6.1 Rehabilitationskonzept**

Jede ambulante dermatologische Rehabilitationseinrichtung erstellt ein strukturiertes Rehabilitationskonzept evtl. unter Berücksichtigung von Schwerpunkten, das die erforderliche rehabilitative Diagnostik und Behandlung sowie die personelle, räumliche und apparative Ausstattung der Einrichtung und Angaben zur voraussichtlichen Behandlungsdauer enthält.

### **6.2 Ärztliche Leitung und Verantwortung**

Die ambulante Rehabilitationseinrichtung muss unter Leitung und Verantwortung eines Arztes/einer Ärztin<sup>2</sup> mit der Gebietsbezeichnung „Dermatologie/Venerologie“ stehen.

Der leitende Arzt muss über mindestens zweijährige rehabilitative und sozialmedizinische Erfahrungen verfügen und sollte die Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen oder Sozialmedizin führen. Er hat neben der gebietsbezogenen Fortbildung auch seine Fort- und Weiterbildung in der Sozialmedizin (Absolvierung der sozialmedizinischen Kurse nach der Weiterbildungsordnung/WBO) und zu indikationsspezifischen Anforderungen der Arbeitsmedizin zu gewährleisten, einschließlich der Anleitung und Weiterbildung der ärztlichen Mitarbeiter.

Der leitende Arzt oder sein benannter ständiger Vertreter müssen während der Therapiezeiten der Einrichtung präsent und verfügbar sein. Der Vertreter des leitenden Arztes muss über eine vergleichbare Qualifikation verfügen wie der leitende Arzt der Einrichtung.

Ist die Rehabilitationseinrichtung an eine dermatologische Gemeinschaftspraxis oder an eine vollstationäre dermatologische Einrichtung angebunden, muss eine räumliche und organisatorische Trennung gegeben sein.

---

2) Im Folgenden wird auf die weibliche Form der Berufsbezeichnung verzichtet.

---

Für die Betreuung außerhalb der Rehabilitation muss der weiterbehandelnde Arzt entsprechend informiert werden. Die während der ambulanten Rehabilitation gewonnenen medizinischen Daten müssen anderen behandelnden Ärzten bei Bedarf zugänglich sein.

### 6.3 Ärztliche Aufgaben

Der leitende Arzt ist für die Umsetzung eines ganzheitlichen und umfassenden Rehabilitationskonzepts, entsprechend den Zielen des jeweiligen Rehabilitationsträgers und bezogen auf den einzelnen Rehabilitanden verantwortlich. Dabei ist den o.g. Krankheitsdimensionen, den darauf bezogenen Rehabilitationszielen sowie der langfristigen Rehabilitationsprognose und den nach der Rehabilitation ggf. einzuleitenden Maßnahmen Rechnung zu tragen.

Zu den ärztlichen Aufgaben gehören

- Aufnahme-, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen
- Durchführung bzw. Veranlassung und Auswertung der Rehabilitationsdiagnostik mit Konkretisierung des Behandlungsbedarfs
- Erstellung und Anpassung des Rehabilitationsplans
- Abstimmung des Rehabilitationszieles sowie des Rehabilitationsplans mit den Rehabilitanden und dem Rehabilitationsteam
- Durchführung aller für die ambulante Rehabilitation erforderlichen ärztlich-therapeutischen Maßnahmen
- Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln
- Versorgung mit Hilfsmitteln
- Durchführung von Visiten in den Behandlungsräumen und Sprechstundenangebot für den Rehabilitanden
- Koordination, Anpassung und Verlaufskontrolle der Therapiemaßnahmen
- Leitung des Rehabilitationsteams und der Teambesprechungen (mind. einmal pro Woche)
- Information und Beratung des Rehabilitanden unter Einbeziehung der Bezugspersonen
- Erstellung des ärztlichen Entlassungsberichts mit sozialmedizinischer Beurteilung, Empfehlungen für die Weiterbehandlung unter Einbeziehung der Befundberichte des nicht-ärztlichen Rehabilitationsteams
- Kooperation mit vor- und weiterbehandelnden Ärzten, Konsiliarärzten und Konsiliardiensten und den in der Nachsorge eingebundenen Diensten sowie Selbsthilfegruppen
- Qualitätssicherung und Sicherstellung der Dokumentation.

## 6.4 Rehabilitationsdiagnostik

Am Beginn, im Verlauf und am Ende der Rehabilitation ist die Rehabilitationsdiagnostik durchzuführen. Die Befunde der Vorfelddiagnostik sind zu berücksichtigen. Die Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und drohende bzw. manifeste Beeinträchtigungen der Teilhabe sowie die relevanten Kontextfaktoren sind zu beschreiben und zu bewerten; zeitnahe Befunde sind zu berücksichtigen.

Die Diagnostik umfasst obligatorisch

- medizinische und psychosoziale Anamnese
- eingehende körperliche allgemeine Untersuchung
- eingehende fachspezifische Untersuchungen
- psychologische Diagnostik

Fakultativ

- Ruhe-EKG
- Bestimmung von Laborparametern
- weiterführende Diagnostik.

Bei Bedarf müssen konsiliarische Untersuchungen sichergestellt sein.

## 6.5 Rehabilitationsplan

Anhand der Ergebnisse der Rehabilitationsdiagnostik werden für jeden Rehabilitanden ein individueller Rehabilitationsplan erstellt und das individuelle Rehabilitationsziel bzw. -teilziel definiert.

Regelmäßige Besprechungen des Rehabilitationsteams geben Auskunft über den Verlauf. Der Rehabilitationsplan ist dem Verlauf anzupassen. Änderungen im Bereich der Körperfunktionen und Körperstrukturen, der Aktivitäten sowie ggf. der Teilhabe sind in regelmäßigen Abständen unter Nutzung der relevanten Untersuchungsmethoden zu dokumentieren.

## 6.6 Behandlungselemente

Neben den vom Arzt erbrachten Leistungen (Ziffer 6.3) kommen folgende therapeutische Leistungen in Betracht

- psychologische Beratung/Behandlung
- Rehabilitationsfachberatung einschl. Hilfsmittelberatung, ggf. Wohnraumberatung, Arbeitsplatzberatung

- 
- Sozialberatung, Leistungerschließung
  - Ernährungsberatung
  - Patientenschulung und -information
  - Motivation zur Eigenhilfe/Hilfe zur Selbsthilfe
  - Gesundheitsbildung, Gesundheitstraining
  - Entspannungstraining/Stressbewältigung
  - Angehörigenberatung/-anleitung
  - Ergotherapie
  - Physiotherapie
  - Lichttherapie
  - Krankenpflege
  - medizinische Bäder.

## **6.7 Aufgaben des Rehabilitationsteams**

Die Umsetzung des ganzheitlichen umfassenden Rehabilitationskonzeptes ist Aufgabe des gesamten Rehabilitationsteams, das sich aus den unter Ziffer 7 aufgeführten ärztlichen und nichtärztlichen Fachkräften zusammensetzt. Es finden regelmäßig Teambesprechungen statt. Die Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen erfolgen nach dem vom leitenden Arzt unter Mitwirkung des Rehabilitationsteams erstellten Rehabilitationsplan und werden dem Rehabilitationsverlauf nach Absprache angepasst. Wo möglich finden Beratungen oder Behandlungen in der Gruppe statt.

Bei Bedarf sind Besuche vor Ort (Wohnung, Arbeitsplatz) durchzuführen. Die Angehörigen/Bezugspersonen sind, soweit für die Erreichung des Rehabilitationszieles erforderlich, in die Rehabilitation einzubeziehen.

# **7. Personelle Ausstattung**

## **7.1 Rehabilitationsteam und Qualifikation**

Die ambulante dermatologische Rehabilitation erfordert ein interdisziplinäres Rehabilitationsteam, dessen Mitglieder über die nachstehend aufgeführte Qualifikation und Berufserfahrung<sup>3</sup> in der Regel verfügen müssen.

---

3) Bei Teilzeitkräften verlängert sich der Zeitraum der erforderlichen Berufserfahrung entsprechend.

### *Arzt*

Für den leitenden Arzt und seinen Stellvertreter gelten die unter Ziffer 6.2 genannten Ausführungen. Für die weiteren Ärzte gilt, dass sie möglichst in der fortgeschrittenen Facharztausbildung sind und über nachweisliche Erfahrung in der Betreuung von Rehabilitanden mit den unter Ziffer 2.1 genannten Erkrankungen verfügen.

### *Diplom – Psychologe*

- Diplom als Psychologe, psychologischer Psychotherapeut mit dem Schwerpunkt klinische Psychologie und
- Zusatzqualifikation in Entspannungs-/Stressbewältigungstechniken (z.B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung nach Jacobson) und
- Erfahrung in der Leitung von Gruppen und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Psychologe mit ausreichender rehabilitativer Erfahrung.

### *Oecotrophologe/Diätassistent*

- Diplom als Oecotrophologe, Diätassistent mit Schwerpunkt Nahrungsmittelunverträglichkeit bei der Betreuung von Rehabilitanden mit atopischem Ekzem oder staatliche Anerkennung als Diätassistent und
- mind. 2 Jahre vollzeitige praktische Berufserfahrung in Diät- und Ernährungsberatung.

### *Sozialarbeiter/Sozialpädagoge*

- Diplom/staatliche Anerkennung als Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge mit ausreichender rehabilitativer Erfahrung und
- Erfahrung in Einzelfallhilfe und
- Aus-, Fort- und Weiterbildung im Gesundheitswesen.

### *Physiotherapeut/Krankengymnast*

- Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut/Krankengymnast und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Physiotherapeut/Krankengymnast mit ausreichender rehabilitativer Erfahrung und

- 
- wenn in hauptverantwortlicher Tätigkeit: Erfahrungen mit manueller Lymphdrainage/ entstauenden Massagetechniken.

#### *Gesundheits- und Krankenpfleger/Arzthelferin*

- Staatliche Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger oder Arzthelferin und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung in einer dermatologischen Einrichtung und
- Erfahrung in der fachlichen Beratung, Anleitung und praktischen Unterstützung von medizinischen Laien und
- wünschenswert: Weiterbildung/Erfahrung in der Rehabilitationspflege.

#### *Ergotherapeut*

- Staatliche Anerkennung als Ergotherapeut und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Ergotherapeut mit ausreichender rehabilitativer Erfahrung und
- Grundlagenkenntnisse in arbeitsrehabilitativen Maßnahmen, Ergonomie, Arbeitsplatzanpassung und
- einschlägige Erfahrungen in der berufsorientierten Arbeitstherapie.

#### *Sportlehrer/Sporttherapeut (fakultativ)*

- Diplom-Sportlehrer mit medizinischer Ausrichtung (z.B. Fachrichtung Rehabilitation) oder Zusatzqualifikation Bewegungs-/Sporttherapie und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Sportlehrer/Sporttherapeut mit ausreichender rehabilitativer Erfahrung.

Die nichtärztlichen Therapeuten müssen bei Bedarf über indikationsspezifische Zusatzqualifikationen oder Weiterbildungen verfügen.

Das Team der ambulanten Rehabilitationseinrichtung bilden Mitarbeiter mit definierter Qualifikation. Das Team ist in der Lage, bei Bedarf ein fachspezifisches Assessment durchzuführen und gemeinsam zu den Zieldefinitionen beizutragen, welche im Rehabilitationsplan dokumentiert werden.

Die Fort- und Weiterbildung für alle Teammitglieder sollte in angemessenem Umfang gewährleistet werden.

## 7.2 Personalbemessung

Die personelle Ausstattung muss die Umsetzung des Rehabilitationskonzeptes ermöglichen. Je nach Schwerpunktbildung und indikationsbezogenen Rehabilitationskonzepten verändern sich in Abhängigkeit von Frequenz und Dauer der unterschiedlichen Therapieeinheiten die Anforderungen an das Rehabilitationsteam und den Personalschlüssel.

Für eine ambulante Rehabilitationseinrichtung mit 40 Rehabilitanden mit ganztägiger Rehabilitation wird folgender Personalschlüssel empfohlen:

Arzt	1 : 15 – 1 : 20
Diplom – Psychologe	1 : 30 – 1 : 40
Oecotrophologe/Diätassistent	1 : 40 – 1 : 80
Gesundheits- und Krankenpfleger/Arzthelferin	1 : 20
Sozialarbeiter/Sozialpädagoge	1 : 60 – 1 : 90
Physiotherapeut/Krankengymnast	1 : 20 – 1 : 40
Sportlehrer/Sporttherapeut (fakultativ)	1 : 40 – 1 : 80
Ergotherapeut	1 : 80

Zusätzlich sind Verwaltungsaufgaben, Laboranbindung sowie Urlaubs- und Krankheitsvertretung sicherzustellen.

## 8. Räumliche Ausstattung

Die räumliche Ausstattung der ambulanten Rehabilitationseinrichtung muss die Umsetzung des Rehabilitationskonzeptes ermöglichen.

Für die speziellen Gegebenheiten der ambulanten dermatologischen Rehabilitation sind Räume mit ausreichender Grundfläche und sachgerechter Ausstattung vorzusehen, insbesondere

- Nutzfläche für gerätetechnisch gestützte Diagnostik
- Funktionsräume (z.B. für die Licht- und Bädertherapie)
- Funktionsräume für die Hautpflege
- Funktionsräume für die Beratungen (medizinisch, psychologisch, oecotrophologisch) und Diagnostik

- 
- Arztzimmer mit Untersuchungsraum
  - steriler Verbandsraum
  - Möglichkeit zur Notfallbehandlung
  - multifunktionaler Raum für Teambesprechungen, Gruppenschulungen usw.
  - Schulungsraum mit audiovisuellen Medien
  - Umkleieräume, Wasch- bzw. Duschplätze und WC, davon in ausreichender Anzahl mit barrierefreier Gestaltung
  - Empfangs- und Wartebereich
  - Ruhe-, Entspannungs-, Regenerationsbereich
  - Aufenthalts- und Versorgungsbereich
  - Personalaufenthaltsraum
  - Sekretariat
  - Patientenannahme, Archiv.

Die Räume müssen barrierefrei zugänglich sein.

## **9. Apparative Ausstattung**

### **9.1 Diagnostik**

Die für die diagnostischen Maßnahmen notwendige apparative Ausstattung umfasst folgende Geräte

- Test-Kits für die allergologische Diagnostik Prick, i.c., RAST, nasale/konjunktivale/ bronchiale Provokation, Epikutantest, Indikationen: Atopisches Ekzem, sonstige Allergien, Berufsdermatosen, chronische Ekzeme
- Geräte für UVA und UVB Testuntersuchungen, Indikationen: Atopisches Ekzem, sonstige Allergien, Berufsdermatosen, chronische Ekzeme, Psoriasis, Kollagenosen
- Ultraschallgerät für Dopplersonographie (Gefäßdiagnostik), Indikation: vasculäre Erkrankungen
- EKG
- Spirometrie.

Weitere apparative Diagnostik muss die Einrichtung selbst nicht vorhalten. Es muss jedoch im Rahmen einer festen Kooperation der Rehabilitationseinrichtung mit entsprechenden Partnern gewährleistet sein, dass bei medizinischer Notwendigkeit im Einzelfall die rasche Durchführung weiterer apparativ-gestützter Diagnostik bedarfsgerecht und mit geringem organisatorischen Aufwand möglich ist, wie

- Laboruntersuchungen
- Röntgen
- Computertomographie
- Magnet-Resonanz-Tomographie
- konventionelle Sonographie
- EEG
- Langzeit-Blutdruckmessung
- Langzeit-EKG
- Endoskopie.

## **9.2 Therapie**

Für die Therapie sind je nach Indikation bereitzustellen

- Indikationen atopisches Ekzem, Allergien, Berufsdermatosen, chronische Ekzeme, Psoriasis

speziell:

- Selektive UV-Bestrahlungsgeräte für Ganzkörper-/ Teilkörperbestrahlungen (Hände, Füße, Kopfhaut)
- Wannen zur Durchführung von Teilkörperbädern und Vollbädern mit medizinischen Badezusätzen
- Möglichkeiten zur Durchführung von Ganz- oder Teilkörper Fett-Feucht Verbänden
- Elektrostimulationsgerät

- Indikation chronische venöse Insuffizienz

speziell:

- Gerät für intermittierende Kompressionstherapie.

## **10. Verlängerungskriterien**

Unter dem Gesichtspunkt der individualisierten und ergebnisorientierten Rehabilitation ist auch im ambulanten Bereich nach vorheriger Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger in begründeten Fällen eine Verlängerung möglich bei

- Verzögerung im Erreichen des Rehabilitationszieles bei bestehender positiver Rehabilitationsprognose und gegebener Rehabilitationsfähigkeit (z.B. interkurrente Erkrankungen).

## **11. Beendigung der Maßnahme**

Die ambulante dermatologische Rehabilitation ist zu beenden, wenn sich erst während der Rehabilitationsmaßnahme die unter Ziffer 5 genannten Ausschlusskriterien zeigen, oder wenn das Rehabilitationsziel erreicht ist, oder die medizinischen Voraussetzungen nicht mehr vorliegen.

An der Erarbeitung der Rahmenempfehlungen zur ambulanten dermatologischen Rehabilitation auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation waren beteiligt

- Prof. Dr. E. W. Breitbart, Buxtehude  
sowie Vertreter/innen der
- Krankenversicherung
- Rentenversicherung
- Unfallversicherung
- Kassenärztlichen Bundesvereinigung
- und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung.

## Weitere Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation

- Rahmenempfehlungen zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation
- Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation
- Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen
- Rahmenempfehlungen zur ambulanten onkologischen Rehabilitation
- Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen

Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)  
Walter-Kolb-Straße 9–11  
60594 Frankfurt am Main  
Tel.: 0 69 / 60 50 18 0  
Fax: 069 / 60 50 18 29  
e-mail: [info@bar-frankfurt.de](mailto:info@bar-frankfurt.de)  
Internet: [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)

Frankfurt am Main – Mai 2004  
ISSN: 0933-8462