

Rahmen- empfehlungen

zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen

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



Weitere Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation

- Rahmenempfehlungen zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation
- Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation
- Rahmenempfehlungen zur ambulanten dermatologischen Rehabilitation
- 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
Internet: www.bar-frankfurt.de

Frankfurt am Main – Dezember 2005
ISSN: 0933-8462

**Rahmenempfehlungen
zur ambulanten Rehabilitation
bei muskuloskeletalen
Erkrankungen**

vom 08. September 2005

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	7
I. Allgemeiner Teil	9
Präambel	9
1. Vorbemerkung	11
2. Grundsätze	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
3. Indikationsstellung / Medizinische Voraussetzungen	17
3.1 Rehabilitationsbedürftigkeit	18
3.2 Rehabilitationsfähigkeit	18
3.3 Rehabilitationsprognose	18
4. Individuelle Voraussetzungen	18
5. Rehabilitationsziele	19
5.1 Allgemeines Rehabilitationsziel	19
5.2 Trägerspezifische Rehabilitationsziele	19
6. Zweckbestimmung der ambulanten Rehabilitation	20
7. Angebotsstruktur der ambulanten Rehabilitation	21
8. Ausschlusskriterien	21
9. Anforderungen an die ambulante Rehabilitationseinrichtung	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

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

II Besonderer Teil

Konzeption zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen

1. Allgemeines	35
2. Indikationsstellung / Medizinische Voraussetzungen	35
2.1 Vorbedingung / Diagnosen	36
2.1.1 Entzündungs- und stoffwechselbedingte muskuloskeletale Krankheiten	36
2.1.2 Degenerative muskuloskeletale Krankheiten	36
2.1.3 Angeborene oder erworbene Krankheiten durch Fehlbildung, Fehlstatik oder Dysfunktion der Bewegungsorgane	36
2.1.4 Folgen von Verletzungen der Bewegungsorgane	37
2.2 Anforderungen an die medizinische Diagnostik vor Einleitung der Rehabilitation	37
2.3 Körperfunktionen und Körperstrukturen	38
2.4 Aktivitäten	40
2.5 Teilhabe	41
2.6 Kontextfaktoren	41
2.7 Individuelle Voraussetzungen	43

3. Rehabilitationsziele	43
3.1 Rehabilitationsziele bezogen auf Körperfunktionen und Körperstrukturen	44
3.2 Rehabilitationsziele bezogen auf Aktivitäten	44
3.3 Rehabilitationsziele bezogen auf Teilhabe	45
3.4 Rehabilitationsziele bezogen auf Kontextfaktoren	46
4. Behandlungsfrequenz und Rehabilitationsdauer	47
5. Ausschlusskriterien	47
6. Anforderungen an die ambulante Rehabilitationseinrichtung	48
6.1 Rehabilitationskonzept	48
6.2 Ärztliche Leitung und Verantwortung	48
6.3 Ärztliche Aufgaben	49
6.4 Rehabilitationsdiagnostik	50
6.5 Rehabilitationsplan	51
6.6 Behandlungselemente	51
6.7 Aufgaben des Rehabilitationsteams	52
7. Personelle Ausstattung	52
7.1 Rehabilitationsteam und Qualifikation	52
7.2 Personalbemessung	55
8. Räumliche Ausstattung	56
9. Apparative Ausstattung	57
9.1 Diagnostik	57
9.2 Therapie	58
10. Verlängerungskriterien	59
11. Beendigung der Maßnahme	59

Vorwort

Die Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen und zur ambulanten neurologischen sowie ambulanten kardiologischen Rehabilitation sind schon seit dem Jahr 2000 in Kraft. Als begriffliches Bezugssystem hierfür diente damals die ICIDH (Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen), die Vorgängerin der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit). Das bio-psycho-soziale Modell, auf dem die ICF basiert, wurde gegenüber dem Krankheitsfolgemodell der ICIDH erheblich erweitert und damit der Lebenswirklichkeit betroffener Menschen besser angepasst. Insbesondere wird nun der gesamte Lebenshintergrund der Betroffenen berücksichtigt (Kontextfaktoren: Umweltfaktoren, personbezogene Faktoren). Die ICF ermöglicht, die biologischen, psychosozialen und individuellen Aspekte eines Gesundheitsproblems miteinander zu verknüpfen (Modell der Wechselwirkung).

Die drei neueren Rahmenempfehlungen für die Indikationen Dermatologie, Psychosomatik und Onkologie wurden bereits auf der Basis der ICF erstellt und zum 01. April 2004 zusammen mit dem an die ICF angepassten allgemeinen Teil der Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation in Kraft gesetzt. Deshalb ergab sich die Notwendigkeit einer ICF-Anpassung der drei Rahmenempfehlungen aus dem Jahr 2000. Die Überarbeitung erfolgte auf BAREbene unter Einbindung der Arbeitsgruppe „Umsetzung der ICF“ und der Beratung im Sachverständigenrat der Ärzte. Somit liegen nun sämtliche Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation im Allgemeinen Teil und in den jeweiligen (indikationsspezifischen) Besonderen Teilen in einer ICF angepassten Form vor.

Vorstand und Geschäftsführung danken allen Beteiligten, die an der Anpassung mitgewirkt haben, so dass die Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen und zur ambulanten neurologischen sowie zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation am 01. Dezember 2005 in Kraft treten konnten.

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 Rehabilitation¹ 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 Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, 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
- die Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- 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 Empfehlungen².

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 ICF³ 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

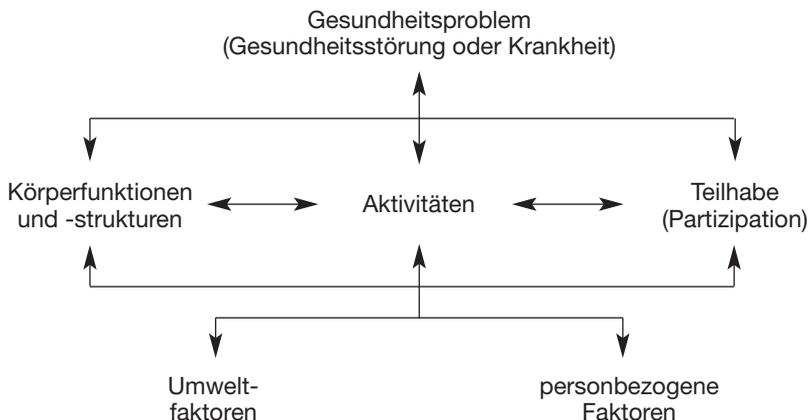


Abbildung: Das bio-psycho-soziale Modell der Komponenten der Gesundheit.

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

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 übernommen⁴.

Funktionale Gesundheit

Der Begriff der Gesundheit im Titel der ICF zeigt an, dass die ICF zu den gesundheitsbezogenen Klassifikationen gehört, wie auch die ICD⁵. 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 Einbezogeneins 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*⁶

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 anamnestische 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 Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen

1. Allgemeines

Die Konzeption zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen umfasst die ambulante rheumatologische und orthopädische Rehabilitation. Die Konzeption trägt dem chronischen, oft schubweisen oder kontinuierlich progredienten Verlauf dieser Krankheiten Rechnung, der eine an den wechselhaften Krankheitsverlauf und die Krankheitsauswirkungen angepasste Rehabilitation erfordert¹⁾.

2. Indikationsstellung / Medizinische Voraussetzungen

Die ambulante Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen ist indiziert, wenn

- als Folge von Schädigungen und/oder Beeinträchtigungen der Aktivitäten, die durch muskuloskeletale Erkrankungen oder Verletzungsfolgen verursacht sind, Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen oder bereits manifest sind, d.h. Rehabilitationsbedürftigkeit besteht
- Rehabilitationsfähigkeit besteht
- eine positive Rehabilitationsprognose gestellt werden kann
- die individuellen Voraussetzungen erfüllt sind.

Die vorstehenden Begriffe sind im Allgemeinen Teil definiert.

Die sozialmedizinische Indikation zu einer ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen 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 der Teilhabe unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren.

1) In der Unfallversicherung ist die Indikation zur Versorgungsform der Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP) zu prüfen.

2.1 Vorbedingung / Diagnosen

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

2.1.1 *Entzündungs- und stoffwechselbedingte muskuloskeletale Krankheiten,*

insbesondere

- rheumatische Gelenk- und Wirbelsäulenkrankheiten (z.B. chronische Polyarthritis, Spondylarthritiden)
- Kollagenosen
- systemische Vaskulitiden
- Kristallablagerungskrankheiten
- infektbedingte rheumatische Krankheiten
- Knochenstoffwechselkrankheiten
- weichteilrheumatische Krankheiten
- Zustand nach Operation wegen entzündungs- oder stoffwechselbedingter muskuloskeletaler Krankheiten.

2.1.2 *Degenerative muskuloskeletale Krankheiten,*

insbesondere

- Arthrosen der peripheren Gelenke
- bandscheibenbedingte Erkrankungen und andere degenerative Erkrankungen der peripheren Gelenke und der Wirbelsäule (z.B. Periarthropathien, Diskopathien, Spondylarthrosen)
- Zustand nach Operation wegen degenerativer muskuloskeletaler Krankheiten.

2.1.3 *Angeborene oder erworbene Krankheiten durch Fehlbildung, Fehlstatik oder Dysfunktion der Bewegungsorgane,*

insbesondere

- Muskelerkrankungen
- Zustand nach Operation in Bezug auf die Grunderkrankung.

2.1.4 Folgen von Verletzungen der Bewegungsorgane,

insbesondere

- Frakturen im Bereich von Extremitäten, Wirbelsäule und Becken
- Gelenkluxationen
- Sehnen- und Bandrupturen
- Muskelverletzungen
- posttraumatische Nervenläsionen
- Gliedmaßenverlust
- andere Verletzungsfolgen
- Zustand nach Operation verletzter Bewegungsorgane.

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. Dabei ist die Vorlage dieser medizinischen Unterlagen bedeutsam

- zur Beurteilung der Ausschlusskriterien für ein ambulantes Rehabilitationsprogramm
- zur frühzeitigen Beurteilung bzw. Auswahl einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung
- zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen im Hinblick auf die Feststellung von Funktionsstörungen bzw. einer notwendigen Belastungsfähigkeit während der Rehabilitationsmaßnahme.

Dabei sollten je nach Schädigung folgende Untersuchungen durchgeführt worden sein und Unterlagen vorliegen

- bildgebende Untersuchungsverfahren
- konventionelle Röntgenuntersuchung, Tomographien, ggf. CT-/MRT-Befunde, ggf. szintigraphische Vorbefunde
- arthrosonographische Befunde
- Ruhe- und ggf. Belastungs-EKG

- ggf. vorhandene neurologische Untersuchungsberichte einschl. EMG-/NLG-Untersuchungen
- internistische Vorbefunde von Bedeutung
- Bestimmung von Laborparametern, speziell Ergebnisse rheumaserologischer Untersuchungen, Knochenstoffwechsel-Untersuchungsergebnisse
- ggf. Ergebnisse von Knochendichtemessungen
- Ergebnisse von Punktaten etc.
- alle zusätzlichen Befunde, die für die Einschätzung der Schädigungen durch Nebenerkrankungen von Bedeutung sind.

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 muskuloskeletalen Erkrankungen sind definiert als ein Verlust oder eine Normabweichung in der Körperstruktur und/oder -funktion der Bewegungsorgane.

Im Bereich der Bewegungsorgane können Schädigungen verursacht werden durch

- Entzündungen und nachfolgende Destruktion
- Degeneration
- Trauma und seine Folgen
- angeborene oder erworbene Fehlstellung/Fehlform
- Über-, Unter- oder Fehlbeanspruchung
- stoffwechselbedingte Störungen
- endokrine Störungen
- Tumoren
- Kompressionssyndrome des Rückenmarkes oder peripherer Nerven
- Schmerzen bzw. Störungen der Schmerzverarbeitung (Schmerzkrankheit)
- Durchblutungsstörungen
- Fibrose
- unerwünschte Folgen von Therapiemaßnahmen (Operation, Medikamente).

Im Einzelnen können insbesondere folgende Schädigungen auftreten, im Bereich

- der peripheren Gelenke: reflektorische Bewegungseinschränkungen, Kontrakturen, Ankylosen, Instabilität, Schwellung, Fehlstellungen, Schmerzen
- der Knochen: Fehlstellungen, Frakturen, Atrophie, Nekrose, Schmerzen
- der Muskulatur: Beeinträchtigung von Kraft, Koordination, Ausdauer, Schnelligkeit, Beweglichkeit; Atrophie, Dystrophie, Änderung des Muskeltonus, Änderung der Muskelstruktur (z.B. Myogelosen, Verkürzung), Lähmung, Schmerzen
- von Sehnen und Bändern: Elongation, Verkürzung, Vernarbung, Verminderung der Elastizität, Destruktion bzw. Ruptur mit Instabilität, Schmerzen
- des paraartikulären Gleit- und Bindegewebes (z.B. Schleimbeutel, Sehnen-scheiden): Schwellung, Elastizitätsminderung, Gleitstörungen, Schmerzen mit daraus resultierenden Bewegungseinschränkungen
- der Wirbelsäule: Bewegungseinschränkungen und Einschränkungen der Belastbarkeit, Fehlstellung, Fehlform (Skoliose), Instabilität/Hypermobilität, Schmerzen.

Als unmittelbare Folgen können im Bereich des Nervensystems auftreten: z.B. Sensibilitätsstörungen, reflektorische Bewegungseinschränkungen, Lähmung, Schmerzen, vegetative Störungen (einschl. Schlafstörungen).

Insbesondere bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen sind häufig weitere Organsysteme betroffen (Systemcharakter)

- Haut und Schleimhäute
- Herz-Kreislaufsystem
- Lunge und Atemwege
- Niere und ableitende Harnwege, Geschlechtsorgane
- Verdauungssystem (Magen, Darm, Leber etc.), exokrine Drüsen
- Nervensystem (einschl. vegetatives Nervensystem)
- Sinnesorgane (Augen, Ohren etc.)
- blutbildendes System
- Immunsystem.

Schädigungen der Bewegungsorgane sind oft irreversibel und häufig verbunden mit einem chronischen, rezidivierenden, bei entzündlicher Ursache oft schubweisem und progredienten Krankheitsverlauf. Schädigungen und ihre Folgen

können Rückwirkungen auf den psychophysischen Gesamtzustand, Ausdauer und Belastbarkeit und die Art des Umgangs mit der Krankheit (Krankheitsbewältigung) haben, z.B. auf Antrieb, psychomotorische Aktivität, Emotionen.

2.4 Aktivitäten

Beeinträchtigungen der Aktivitäten bei muskuloskeletalen Erkrankungen zeigen sich primär im Bereich der Mobilität als Einschränkung oder Verlust der Fähigkeit, Aktivitäten mit Hilfe der Bewegungsorgane in als normal angesehenem Umfang durchzuführen.

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

- in der Aufrechterhaltung oder Veränderung der Körperhaltung, z.B. Stehen, Sitzen, Liegen, Lagewechsel
- in der Beweglichkeit, Fortbewegung, Geschicklichkeit, z.B. beim
 - Gehen, Laufen, Stehen, Liegen, Drehen, Steigen (Treppen, Leitern)
 - Gehen auf unebenem Boden bzw. bei anderen Hindernissen
 - Bücken, Knien, Überkopfarbeiten
 - Greifen (verschiedene Greifformen), Loslassen, Halten, Heben, Tragen
 - Hantieren mit oder an Gegenständen, (z.B. an Schaltern)
- in der Ausübung von Kulturtechniken: Schreiben, Lesen, Rechnen, Bedienung von Büro- und Kommunikationsgeräten
- in der Ausübung von Aktivitäten gemäß den Anforderungen der beruflichen Tätigkeit (z.B. im Hinblick auf den Weg von und zur Arbeit, längerfristiges Verbleiben in einer Körperposition, Einnehmen von Zwangshaltungen, feinmotorischer Arm- und Handgebrauch)
- in der Ausübung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL): Waschen, An-/Ausziehen, Körperpflege, Haushaltsführung, Einkauf, Nahrungszubereitung/ Essen, Toilettenbenutzung u.a.
- im notwendigen Krankheitsmanagement (Medikamente, Kontrolle der Nebenwirkungen, Eigenübungen, Tages- und Hilfeplanung)
- in Krankheitsbewältigungs- bzw. Kompensationsstrategien (z.B. durch erzwungene Immobilität, schmerzbedingte Störungen des Antriebs, der Emotion, rasche Ermüdbarkeit psychischer Kräfte).

Beeinträchtigungen der Aktivitäten treten bei muskuloskeletalen Erkrankungen in der Regel multipel auf, wobei sich die Auswirkungen häufig potenzieren. Zu

berücksichtigen sind aber die Möglichkeiten der individuellen Adaptation und Kompensation.

2.5 Teilhabe

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

- in der körperlichen Unabhängigkeit, d.h. eine normale Existenz kann nur durch Hilfsmittel, Vorrichtungen, Anpassung der Umgebung und die Hilfe anderer (Förderfaktoren) voll

oder teilweise aufrechterhalten werden

- in der Selbständigkeit und Selbstversorgung im Alltag, d.h. Abhängigsein von Fremdhilfe, persönlicher Assistenz oder Pflege
- in der Mobilität als Vermögen, sein persönliches Umfeld zu erschließen und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, d.h. Einschränkungen in der Bewegung in der Nachbarschaft, der Gemeinde, im Fernbereich, bei Reisen, bei der Benutzung von Pkw und öffentlichem Personennahverkehr (ÖPNV)
- in der Beschäftigung, d.h. der Fähigkeit, seine Zeit in der für sein Geschlecht, Alter und Neigungen kulturüblichen Weise zu verbringen, z.B. Beeinträchtigungen in den Bereichen
 - Schule, Ausbildung, Erwerbstätigkeit
 - Häusliches Leben
 - Freizeit und Sport
- in der sozialen Integration
- in 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 und 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. Kontextfaktoren bestimmen demnach maßgeblich, ob eine Rehabilitation ambulant durchgeführt werden kann.

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. Zu den häufig negativ wirkenden Umweltfaktoren bei muskuloskeletalen Krankheiten gehören insbesondere ungünstige Arbeitsbedingungen, wie z.B.

- schwere körperliche Arbeit (z.B. mit Heben und Tragen von Lasten)
- repetitive Arbeit und Monotonie
- Zwangshaltungen
- ungünstige Arbeitsorganisation
- Bewegungsmangel
- psychosoziale Faktoren (z.B. Stress)
- Einwirkung von Kälte, Nässe, Zugluft
- geringe Handlungsspielräume.

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, eine Verschlimmerung zu verhindern 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.

Dieses Ziel kann in der ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen erreicht werden durch

- Beseitigung oder Verminderung der Schädigungen
- Wiederherstellung oder Verbesserung gestörter Fähigkeiten (Ebene der Aktivitäten)
- Kompensation (Ersatzstrategien)
- Adaptation/Krankheitsverarbeitung.

3.1 Rehabilitationsziele bezogen auf Körperfunktionen und Körperstrukturen

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

- Deformationen, Fehlstellungen
- Instabilität
- Bewegungseinschränkungen, Kontrakturen
- Schmerzzuständen
- Ausdauerleistungsdefizit (einschließlich kardiorespiratorischer Belastbarkeit)
- verminderter psychischer Stabilität (Ängstlichkeit und Depressivität)

durch

- Verminderung der Krankheitsaktivität entzündlich-rheumatischer Erkrankungen, insbesondere der Arthritis, und deren Progredienz einschließlich der Verminderung von Schädigungen an anderen beteiligten Organen (z.B. am bronchopulmonalen System)
- Förderung der Durchblutung und der Trophik
- Verbesserung der Muskel- und Gelenkfunktionen (Muskellockerung, Verbesserung der Koordination, Zunahme der Muskelkraft, Verbesserung der Muskelausdauer)
- Training zur Verbesserung der körperlichen Ausdauer (Kondition)
- Versorgung mit Hilfsmitteln und Gebrauchsschulung
- Schmerzlinderung
- Entspannungstraining.

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 in folgenden Bereichen

- Mobilität, z.B. in den Bereichen
 - Fortbewegung (z.B. beim Gehen auf unebenem Boden bzw. bei anderen Hindernissen, beim Treppensteigen, bei der Transferfähigkeit, bei der Verkehrsmittelbenutzung)

-
- Änderung und Aufrechterhalten der Körperposition (z.B. beim Aufheben, Greifen und Ziehen, beim Hocken, Knien und Bücken, in der gleichgewichtigen Körperhaltung und Koordination der Körperteile)
 - Heben, Tragen und Bewegen von Gegenständen
 - feinmotorischer Handgebrauch (z.B. beim Umgang mit Handgriffen, Verschlüssen, Schlüsseln, Telefon, Geld und in der Fußkontrolle)
 - Selbstversorgung (z.B. bei hygienischen Verrichtungen, beim An- und Auskleiden, bei der Nahrungszubereitung und der Nahrungsaufnahme)
 - Krankheitsbewältigung, z.B.
 - Bewältigung von chronischen Schmerzzuständen und Stress
 - gelenk- und rüchenschonendes Verhalten
 - Erlernen von Kompensationsstrategien
 - Förderung der Compliance
 - situationsbedingten Anforderungen an die Leistungsfähigkeit, z.B. hinsichtlich
 - Ausdauer im Sitzen und Stehen
 - Dauer oder Spitzenbelastbarkeit bei verschiedenen Aktivitäten in Beruf, Haushalt, Erziehung, Familienleben und Freizeit.

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 (z.B. Fortbewegung in der Umgebung)
- Beschäftigung (Ausbildung, Erwerbstätigkeit, Haushaltsführung, Freizeit)
- sozialen Integration/Reintegration
- wirtschaftlichen Eigenständigkeit (in Bezug auf die Sicherung des Lebensunterhaltes).

3.4 Rehabilitationsziele bezogen auf Kontextfaktoren

Art und Ausmaß der funktionalen Problematik²⁾ können durch Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren) verstärkt oder vermindert werden, so dass diese bei der Bestimmung der Rehabilitationsziele zu berücksichtigen sind.

Im Hinblick auf die umweltbezogenen Faktoren 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), z.B. durch

- Ausstattung mit Mobilitätshilfen und technischen Hilfen
- geeignete Gestaltung der häuslichen Umgebung
- Planung ergonomischer Arbeitsplatzanpassung.

Auch unter Berücksichtigung personbezogener Faktoren ist es Aufgabe der Rehabilitation, somatische, psychische und soziale Auswirkungen der Erkrankung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Rehabilitand ist anzuleiten, mit Krankheitsauswirkungen zu leben (Coping), negativ wirkende Kontextfaktoren zu vermeiden, zu beseitigen bzw. deren Wirkungen zu vermindern und positiv wirkende Kontextfaktoren individuell bestmöglich zu unterstützen und nutzbar zu machen.

Rehabilitationsziele in diesem Sinne sind z.B.

- Verbesserung des Informationsstandes über die Krankheit
- Entwicklung von Strategien zum Abbau von Risikoverhalten (z.B. Rauchen, Alkoholmissbrauch, Übergewicht, Fehlernährung, Bewegungsmangel, körperliche und psychische Überforderung)
- Erlernen und Anwendung von Entspannungstechniken.

2) Die funktionale Problematik kennzeichnet den aktuellen Status der funktionalen Befunde und Symptome auf den Ebenen der Körperfunktionen und Körperstrukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe.

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 Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen 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 Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen sind

- die allgemeinen Ausschlusskriterien (Ziffer 8 Allgemeiner Teil)
- fehlende Kooperation.

Eine Kontraindikation für eine ambulante Rehabilitation besteht auch, wenn durch den Transport zur Rehabilitationseinrichtung oder durch den Verbleib im häuslichen Umfeld eine Verschlimmerung der Schädigungen oder Beeinträchtigung der Aktivitäten zu befürchten ist, z.B. bei mangelnder Stabilität der Bewegungsorgane, bei Luxations-, Lockerungs- und Frakturgefahr, unzureichender Sitzfähigkeit, Schmerzprogression.

6. Anforderungen an die ambulante Rehabilitationseinrichtung

6.1 Rehabilitationskonzept

Jede ambulante Einrichtung zur Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen 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 Ärztin³⁾ mit der Gebietsbezeichnung entsprechend dem Indikationsschwerpunkt (Diagnosengruppe) der Einrichtung stehen.

Dabei gilt folgende Zuordnung

Diagnosengruppe Ziffer 2.1.1

- ein Facharzt für Innere Medizin oder Orthopädie, jeweils mit Abschluss der Weiterbildung im Schwerpunkt Rheumatologie

Diagnosengruppe Ziffer 2.1.2

- ein Facharzt für Innere Medizin mit Abschluss der Weiterbildung im Schwerpunkt Rheumatologie oder ein Facharzt für Orthopädie

Diagnosengruppe Ziffer 2.1.3

- ein Facharzt für Orthopädie

Diagnosengruppe Ziffer 2.1.4

- ein Facharzt für Orthopädie oder ein Facharzt für Chirurgie mit Abschluss der Weiterbildung im Schwerpunkt Unfallchirurgie.

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

Der leitende Arzt muss über mindestens zweijährige vollzeitige (bei Teilzeit entsprechende) rehabilitative und sozialmedizinische Erfahrungen verfügen und die Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen oder Sozialmedizin führen.

Der vertraglich vereinbarte Abwesenheitsvertreter muss über eine dem Indikationsschwerpunkt entsprechende Gebietsbezeichnung verfügen und eine mindestens zweijährige Berufserfahrung besitzen. Er sollte über die Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen oder Sozialmedizin verfügen.

Werden Rehabilitanden mit Diagnosen außerhalb des Schwerpunktes behandelt, muss die ambulante Rehabilitationseinrichtung durch vertragliche Vereinbarung sicherstellen, dass Ärzte mit der Gebietsbezeichnung zur Verfügung stehen, die der o.a. Zuordnung entspricht.

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

Ist die Rehabilitationseinrichtung an eine orthopädisch/rheumatologische Gemeinschaftspraxis angebunden, muss eine räumliche und organisatorische Trennung gegeben sein.

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.

Der Systemcharakter bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen ist besonders zu berücksichtigen.

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 Rehabilitationsziels sowie des Rehabilitationsplans mit dem 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 nachbehandelnden 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
- Ruhe-EKG
- Bestimmung von Laborparametern, insbes. inklusive großem Routinelabor, Bestimmung der alk. Phosphatase, bei Bedarf zusätzlich rheuma-serologische bzw. knochenstoffwechsel-serologische Untersuchungen.

Fakultativ

- psychologische Diagnostik
- Sonographie der Gelenke und Weichteile der Extremitäten
- Sonographie des Abdomens und der Gefäße einschl. doppler-/duplexsonographische Untersuchung
- zusätzliche Röntgendiagnostik, Tomographien
- ggf. endoskopische Untersuchungen, Lungenfunktion
- weiterführende Diagnostik.

Bei Bedarf müssen konsiliarische Untersuchungen sichergestellt sein. Dies betrifft im Bereich des Stütz- und Bewegungsapparates insbesondere neurologische, radiologische, nuklearmedizinische, HNO-ärztliche Zusatzuntersuchungen.

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) werden vom Rehabilitationsteam folgende therapeutische Leistungen erbracht

- Krankengymnastik (in der Regel einzeln, ggf. ergänzt um Gruppenbehandlung) einschließlich Lagerung und Versorgung mit entsprechenden Mobilitätshilfen und Üben in alltagsrelevanten Situationen
- physikalische Therapie (Massagen, Hydro-, Wärme-, Kälte-, Elektrotherapie)
- Ergotherapie einschließlich Gelenkschutz (z.B. temporäre Schienen), Selbsthilfetraining, insbesondere Training von ATL
- medizinische Trainingstherapie
- Ernährungsberatung (z.B. bei stoffwechselbedingten Erkrankungen, Übergewicht)

- psychologische Beratung/Behandlung
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie einschließlich Arbeitsplatzanalyse
- Rehabilitationsfachberatung einschließlich Hilfsmittelberatung, ggf. Wohnraumberatung, Arbeitsplatzberatung
- Sozialberatung, Leistungerschließung
- Krankenpflege
- Patientenschulung und -information
- Gesundheitsbildung, Gesundheitstraining
- Angehörigenberatung/-anleitung.

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 Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen erfordert ein interdisziplinäres Rehabilitationsteam, dessen Mitglieder über die nachstehend aufgeführte Qualifikation und Berufserfahrung⁴⁾ in der Regel verfügen müssen.

4) 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. Z.B.

- Facharzt für Orthopädie/Innere Medizin mit
 - Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen oder Sozialmedizin oder zusätzlich Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin und
 - mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung in einer orthopädisch/rheumatologischen Rehabilitationseinrichtung mit Erfahrung in interdisziplinärer Teamarbeit.

Physiotherapeut / Krankengymnast

- Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut/Krankengymnast und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Physiotherapeut/Krankengymnast in einer Rehabilitationseinrichtung. Zusatzqualifikationen/langjährige Erfahrungen in manueller Therapie und Behandlungen auf neurophysiologischer Grundlage sind erforderlich.

Masseur und Medizinischer Bademeister

- Staatliche Anerkennung als Masseur und Medizinischer Bademeister und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Masseur und Medizinischer Bademeister in einer Rehabilitationseinrichtung.

Ergotherapeut

- Staatliche Anerkennung als Ergotherapeut und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Ergotherapeut in einer Rehabilitationseinrichtung und
- Grundlagenkenntnisse in arbeitsrehabilitativen Maßnahmen, Ergonomie, Arbeitsplatzanpassung und
- einschlägige Erfahrungen in der berufsorientierten Arbeitstherapie
- wenn in hauptverantwortlicher Stellung mind. 3 Jahre vollzeitige einschlägige Erfahrung in der speziellen rheumatologischen Ergotherapie einschließlich Gelenkschutzprogrammen und Orthesenherstellung.

Klinischer Psychologe

- Diplom als Psychologe, 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.

Sozialarbeiter / Sozialpädagoge

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

Diätassistent

- Staatliche Anerkennung als Diätassistent und
- mind. 2 Jahre vollzeitige klinische Berufserfahrung in Diät- und Ernährungsberatung.

Gesundheits- und Krankenpfleger

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

Sportlehrer / Sporttherapeut

- Diplom-Sportlehrer mit medizinischer Ausrichtung (z.B. Fachrichtung Rehabilitation) oder Zusatzqualifikation Bewegungs-/Sporttherapie und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Sportlehrer in einer Rehabilitationseinrichtung mit spezieller Erfahrung im Umgang mit medizinischer Trainingstherapie.

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

Belastungserprobung und Arbeitstherapie sowie die qualifizierte Beratung hinsichtlich beruflicher Fragestellungen müssen durch die personelle Ausstattung sichergestellt sein.

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.

Über das o.a. Team hinaus sind feste Kooperationen zu vereinbaren mit

- Orthopädietechniker
- Orthopädieschuhtechniker.

7.2 Personalbemessung

Die personelle Ausstattung muss die Umsetzung des Rehabilitationskonzeptes ermöglichen.

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

Arzt	1 : 20
Physiotherapeut/Krankengymnast	1 : 10
Masseur und Medizinischer Bademeister	1 : 20 - 1 : 40
Ergotherapeut	1 : 20 - 1 : 40
Klinischer Psychologe	1 : 60 - 1 : 80
Diätassistent	1 : 120
Gesundheits- und Krankenpfleger, entsprechend Bedarf an Rehabilitationsfachpflege	1 : 40 - 1 : 80
Sportlehrer/Sporttherapeut	1 : 40 - 1 : 80
Sozialarbeiter/Sozialpädagoge	1 : 80 - 1 : 120

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 Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen sind Räume mit ausreichender Grundfläche und sachgerechter Ausstattung vorzusehen, insbesondere

- Räume für Einzelkrankengymnastik
- krankengymnastische Therapiefläche mit der Möglichkeit der Gruppenbehandlung
- Therapiefläche für gerätetechnisch gestützte Diagnostik und medizinische Trainingstherapie
- Funktionsräume (z.B. für Ergotherapie, physikalische Therapie)
- Funktionsräume für Krankenpflege
- Raum für Anpassung von Hilfsmitteln durch Orthopädietechniker
- Arztzimmer mit Untersuchungsraum
- Injektionsraum
- Notfallraum
- multifunktionaler Raum für Teambesprechungen, Gruppenschulungen usw.
- Umkleieräume, Wasch- bzw. Duschplätze und WC, davon in ausreichender Zahl mit barrierefreier Gestaltung
- Empfangs- und Wartebereich
- Ruhe-, Entspannungs-, Regenerationsbereich
- Aufenthalts- und Versorgungsbereich
- Bewegungsbad⁵⁾.

Die Räume müssen barrierefrei zugänglich sein.

5) Kann ggf. bei Betreuung durch das Rehabilitationsteam auch in räumlicher Nähe durch Kooperation sichergestellt werden.

9. Apparative Ausstattung

9.1 Diagnostik

In der Einrichtung müssen folgende apparative diagnostische Verfahren durchgeführt werden können

- Sonographie
- EKG, Ergometrie
- 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 einschließlich Synovia-Analyse
- Röntgen
- Computertomographie
- Magnet-Resonanz-Tomographie
- Szintigraphie
- Osteodensitometrie
- isokinetische Diagnostik
- EMG
- ENG
- EEG
- Langzeit-Blutdruckmessung
- Langzeit-EKG
- Gefäßdiagnostik (z.B. Doppler- bzw. Duplex-Sonographie)
- Endoskopie.

9.2 Therapie

Für die Therapie sind bereit zu stellen

- Therapieliegen, höhenverstellbar, auch für Chirotherapie und Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage
- Therapiesitze (mindestens zwei)
- Schlingentisch/Schlingenbehandlungsgerät
- Entstauungsgeräte (zur adjuvanten Therapie)
- Kälte- und Wärmetherapie-Geräte
- Elektro- und Elektromechano-Therapiegeräte
 - Elektrostimulationsgeräte/EMS
 - Gleichstrom-/Iontophorese, galvanische Bäder
 - Nieder-, Mittel-, und Hochfrequenztherapiegeräte, TENS
- Ultraschallgerät
- Bodenmatten
- Sprossenwand
- Zusatzgeräte (Manschetten, Hanteln, elastische Bänder, Expander, Medizinbälle, Keulen etc.)
- Gehbarren
- Spiegel (körperhoch)
- Balance-/Gleichgewichtsgeräte (z.B. Kreisel, instabile Flächen, Minitrampolin)
- dynamisches Hand- und Fußkurbelergometer
- auxotone Trainingsgeräte, Sequenzgeräte (Hebel- und Seilzugapparate) für die großen Muskelgruppen
- dynamisches Treppensteiggerät (Stepper)
- Laufband
- motorisierte Bewegungsschienen (CPM) für obere und untere Extremitäten, ggf. Aktivschienen.

10. 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 Rehabilitationszieles bei bestehender positiver Rehabilitationsprognose und gegebener Rehabilitationsfähigkeit (z.B. interkurrente Erkrankungen).

11. Beendigung der Maßnahme

Die ambulante Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen 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.

