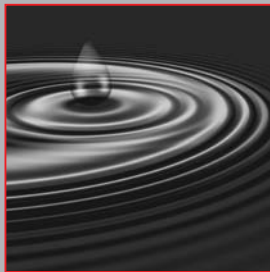




RAHMENEMPFEHLUNGEN

zur ambulanten
pneumologischen Rehabilitation





RAHMENEMPFEHLUNGEN

zur ambulanten
pneumologischen Rehabilitation
vom 06. Juni 2008

VORWORT	8
I. ALLGEMEINER TEIL	
Präambel	9
1. Vorbemerkung	10
2. Grundsätze	10
2.1 Begriffsbestimmung	10
2.2 Komponenten der ICF	12
2.3 Rehabilitationsansatz	15
2.4 Abgrenzung zur kurativen Versorgung	16
2.5 Grundlage	17
3. Indikationsstellung / Medizinische Voraussetzungen	17
3.1 Rehabilitationsbedürftigkeit	17
3.2 Rehabilitationsfähigkeit	18
3.3 Rehabilitationsprognose	18
4. Individuelle Voraussetzungen	18
5. Rehabilitationsziele	18
5.1 Allgemeines Rehabilitationsziel	18
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	23
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	26
9.6.6 Klinischer Psychologe	26
9.6.7 Sozialarbeiter/Sozialpädagoge	26

Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR)
Walter-Kolb-Straße 9-11
60594 Frankfurt am Main
Telefon 069.6050180
Telefax 069.60501829
info@bar-frankfurt.de
www.bar-frankfurt.de

Frankfurt am Main - Februar 2009
ISSN 0933-8462



9.6.8	Diätassistent	26
9.6.9	Gesundheits- und Krankenpfleger	27
9.6.10	Sportlehrer/Sporttherapeut	27
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 pneumologischen Rehabilitation	33
1.	Allgemeines	34
2.	Indikationsstellung / Medizinische Voraussetzungen	34
2.1	Vorbedingungen / Diagnosen	35
2.2	Anforderung an die medizinische Diagnostik vor Einleitung der Rehabilitation	35
2.3	Körperfunktionen und Körperstrukturen	36
2.4	Aktivitäten / Teilhabe	37
2.5	Kontextfaktoren	37
2.6	Individuelle Voraussetzungen	39
3.	Rehabilitationsziele	39
3.1	Rehabilitationsziele bezogen auf Körperfunktionen und Körperstrukturen	40
3.2	Rehabilitationsziele bezogen auf Aktivitäten / Teilhabe	41
3.3	Rehabilitationsziele bezogen auf Kontextfaktoren	41
4.	Behandlungsfrequenz und Rehabilitationsdauer	43

5.	Ausschlusskriterien	43
6.	Anforderung an die ambulante Rehabilitationseinrichtung	43
6.1	Rehabilitationskonzept	43
6.2	Ärztliche Leitung und Verantwortung	44
6.3	Ärztliche Aufgaben	44
6.4	Rehabilitationsdiagnostik	45
6.5	Rehabilitationsplan	46
6.6	Behandlungselemente	47
6.7	Aufgaben des Rehabilitationsteams	51
7.	Personelle Ausstattung	52
7.1	Rehabilitationsteam und Qualifikation	52
7.2	Personalbemessung	54
8.	Räumliche Ausstattung	55
9.	Apparative Ausstattung	56
10.	Verlängerungskriterien	57
11.	Beendigung der Maßnahme	57

MITARBEIT/NOTIZEN	58
--------------------------	----

■ Vorwort

Bei der Erarbeitung der indikationsspezifischen Rahmenempfehlungen zur ambulanten pneumologischen Rehabilitation hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. 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, neurologischen dermatologischen, onkologischen Rehabilitation, zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen 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 beschreiben, 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, person-bezogene 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. Petri U. Vömel

■ 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. Gleichmaßen 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, Berlin
- der Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen
- der IKK-Bundesverband, Bergisch-Gladbach
- die Knappschaft-Bahn-See, Bochum
- der Verband der Ersatzkassen e.V., Siegburg
- die Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, Berlin
- der Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Kassel

¹ Der Begriff ambulante medizinische Rehabilitation umfasst auch teilstationäre Rehabilitation.

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.

■ 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 onkologischen und dermatologischen 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 psychosozialen Komponenten umfassen, besondere Beachtung (s. Abbildung). Im Sinne der ICF ist Behinderung vor allem eine 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.

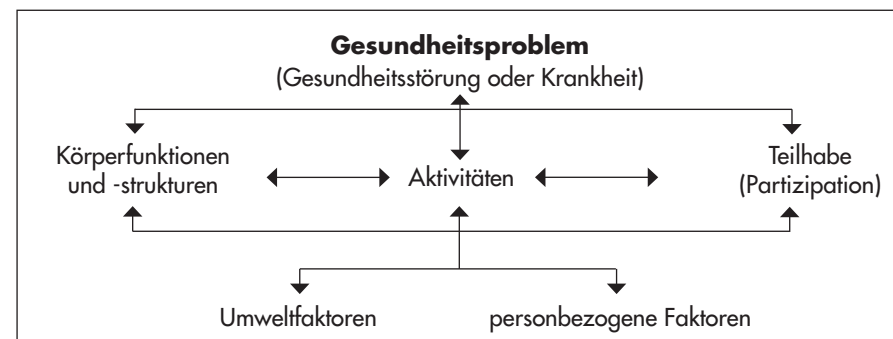


Abbildung: Das bio-psycho-soziale Modell der Komponenten der Gesundheit

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 ICDH 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.

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

² Besondere Regelungen der Unfallversicherung bleiben unberührt.

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

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.



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)
- 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 Stimmungs-

lage; 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 Einbezogen-seins 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 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, z.B. Hilfsmittel zur Selbstversorgung 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 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

nären 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 ma-

nifesten 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 wiederinzugliedern



- 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 (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 not-

wendig 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 Re-

habilitationskonzept 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 Rehabi-



litionswesen oder Sozialmedizin führen soll.

Sind im Ausnahmefall die formalen Voraussetzungen nicht erfüllt, beurteilen die Leistungsträger die für die Einrichtung notwendigen fachgebietsspezifischen 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 rehabilitationsspezifisch 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/Ärztin⁶

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

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

- 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.

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 Aufbau- 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 Rehabilitationskonzept umgesetzt werden kann.

■ 11. Apparative Ausstattung

Die apparative Ausstattung muss die Durchführung der speziellen indikationsbezogenen 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 insbesondere

- ärztliche Behandlung und Betreuung, Planung und Überwachung des Rehabilitationsprogramms
- 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. Belastungserprobung, 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, Verletzengeld)
- 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 Teilhabe am Arbeitsleben zu prüfen, z.B. durch eine stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess oder um andere Maßnahmen der beruflichen Integration 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 Krankenakte 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 individuellen Rehabilitationsplan definierte Rehabilitationsziel erreicht wurde. Falls aus medizinischen Gründen notwendig, werden Rehabilitationsziel und/oder Rehabilitationsplan modifiziert.

Katamnestische Erhebungen mit dem Ziel des Erkenntnisgewinns über die Realisierung vorgeschlagener Maßnahmen und Empfehlungen sind anzu-



streben. 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.

Konzeption zur ambulanten pneumologischen Rehabilitation

■ 1. Allgemeines

Die pneumologische Rehabilitation ist Bestandteil der Langzeitbehandlung vieler chronischer Erkrankungen der Atmungsorgane. Insbesondere bei der Chronisch Obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) aber auch dem Asthma bronchiale ist die pneumologische Rehabilitation ein essenzieller Teil der leitliniengemäßen Therapie (NVLL COPD und Asthma, Leitlinie zur Rehabilitation von Patienten mit COPD der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) und der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)).

Ambulante pneumologische Rehabilitation kann sowohl in einer stabilen Krankheitsphase indiziert sein, als auch direkt nach einer Krankenhausbehandlung (z.B. nach Exazerbation einer COPD, nach einer Pneumonie oder nach einer Lungenoperation) im Sinne einer Anschluss-Rehabilitation / Heilbehandlung.

Ergänzend können beim Langzeitmanagement weitere ambulante, nicht-medikamentöse Therapiemaßnahmen wie Rehabilitationssport (z.B. Lungensport), ambulante Physiotherapie, Tabakentwöhnung und Patientenschulung angezeigt und sinnvoll sein. Diese ergänzen z.T. als langfristige Einzelmaßnahmen die zeitlich begrenzte, stets komplexe, interdisziplinäre und multiprofessionelle Rehabilitation.

Die ambulant durchgeführte pneumologische Rehabilitation ist ebenso wie die stationäre Form an einem ganzheitlichen Rehabilitationskonzept orientiert und muss ein umfassendes, rehabilitationsspezifisches, interdisziplinäres Therapieangebot beinhalten, das entsprechend der individuellen Situation des Rehabilitanden auf die physischen, psychischen und sozialen Komponenten abzielt einschließlich eines edukatorischen Anteils. Wesentlich ist auch die sozialmedizinische Beurteilung.

■ 2. Indikationsstellung / Medizinische Voraussetzungen

Die ambulante Rehabilitation bei pneumologischen Erkrankungen ist indiziert, wenn

- Rehabilitationsbedürftigkeit besteht
- Rehabilitationsfähigkeit besteht
- eine positive Rehabilitationsprognose gestellt werden kann

- die individuellen Voraussetzungen erfüllt sind.

Die vorstehenden Begriffe sind im Allgemeinen Teil definiert.

Die (sozial-)medizinische Indikation zu einer ambulanten pneumologischen Rehabilitation hat also nicht allein das Vorliegen einer Erkrankung 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.

2.1 Vorbedingungen / Diagnosen

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

- Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- Asthma bronchiale
- Lungengerüsterkrankungen (einschließlich Sarkoidose, Asbestose)
- Bronchiektasen
- maligne Erkrankungen der Atmungsorgane (z.B. nach Operation bzw. nach Chemotherapie und/oder Bestrahlung)
- Lungenoperationen (z.B. nach Volumenresektion, Lungentransplantation, Pleuraempyem, Lungenabzeß)
- nach entzündlichen Prozessen der Lunge und der Pleura
- Thoraxwanderkrankungen
- chronisch respiratorische oder ventilatorische Insuffizienz.

2.2 Anforderung an die medizinische Diagnostik vor Einleitung der Rehabilitation

Die medizinische Diagnostik der Grunderkrankung, der Schädigung 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 eine ambulante Rehabilitation vorliegen.

Neben der klinischen Untersuchung sollten je nach Schädigung z.B. folgende Untersuchungen durchgeführt worden sein



- Lungenfunktionsuntersuchungen (z.B. Spirometrie, Bodyplethysmographie, Peak-Flow-Messung)
- Blutgasanalyse in Ruhe und bei Belastung
- bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen, CT)
- Sonographie
- Ruhe- und Belastungs-EKG
- Spiroergometrie
- Echokardiographie
- allergologische Diagnostik
- Bestimmung von Laborparametern.

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

2.3 Körperfunktionen und Körperstrukturen

Pneumologische Erkrankungen führen meist zu charakteristischen Schädigungen, die akut oder auch als Verschlechterungen im chronischen Verlauf auftreten können. Überschneidungen sind dabei möglich. Schädigungen bei pneumologischen Erkrankungen sind definiert als Verlust oder Normabweichung in der Körperstruktur und/oder -funktion der Atemwege und der Lunge und damit direkt im Zusammenhang stehende Komorbidität.

Schädigungen treten z.B. auf als

- verminderte Ventilation
- verminderter Gasaustausch
- Atemnot
- chronischer Husten
- schlafbezogene Atmungsstörungen
- muskuläre Dysfunktion (Atem- und Skelettmuskulatur)
- Ernährungsstörungen
- verminderte kardiopulmonale Leistungsfähigkeit
- thorakalen Schmerzen
- psychische Krankheitsfolgen.

Die durch pneumologische Erkrankungen verursachten Schädigungen führen häufig zu Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe.

2.4 Aktivitäten / Teilhabe

In Folge der o.g. Schädigungen und deren Auswirkungen können sowohl Beeinträchtigungen der Aktivitäten als auch der Teilhabe auftreten u.a. in

- der Mobilität (z.B. Gehen, Treppensteigen, Heben und Tragen von Gegenständen, Fortbewegung in der Umgebung mit und ohne Transportmittel)
- der Selbstversorgung (z.B. Waschen, An- / Auskleiden, Körperpflege, Achten auf die eigene Gesundheit z.B. im Hinblick auf Medikation und Ernährung, Behördengänge, Arztbesuche)
- dem häuslichen Leben (z.B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeiten)
- interpersonelle Beziehungen (z.B. in Familie, Beruf und Freizeit, soziale Integration / Reintegration)
- dem Umgang mit Stress und anderen psychischen Anforderungen
- bedeutenden Lebensbereichen (z.B. Schulbildung, Ausbildung, Erwerbstätigkeit, Ausmaß der körperlichen und/oder geistigen Belastung im Arbeitsleben, wirtschaftliche Eigenständigkeit)
- dem Gemeinschafts- / sozialen und staatsbürgerlichen Leben (z.B. Gemeinschaftsleben, Erholung, Freizeit und Sport).

2.5 Kontextfaktoren

Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie umfassen alle Umweltfaktoren und personbezogenen 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, Gewohn-

heiten, Erziehung, Bewältigung von Krankheit, Stress und psychischen Anforderungen, Beruf sowie vergangene und gegenwärtige Erlebnisse. Personbezogene Faktoren sind bislang in der ICF nicht klassifiziert.

Kontextfaktoren können einen positiven, fördernden Einfluss (Förderfaktoren) auf alle Komponenten der Funktionsfähigkeit (im Sinne der ICF) 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 Funktionsfähigkeit haben. Einige solcher negativ wirkenden Kontextfaktoren bedeuten sogar Gesundheits- bzw. Krankheitsrisiken, wobei die Wirkungsmechanismen nicht immer hinreichend geklärt sind. Rauchen als personbezogener Faktor ist neben Bewegungsmangel besonders bei einem Teil der Lungenerkrankungen von zentraler Bedeutung. Kontextfaktoren bestimmen maßgeblich, ob eine Rehabilitation ambulant durchgeführt werden kann.

Positiv und negativ wirkende Kontextfaktoren sind deshalb im Rahmen der Indikationsstellung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation zu berücksichtigen. Sie sind ebenso bei der Wahl der geeigneten Rehabilitationseinrichtung, bei der Durchführung sowie der sozialmedizinischen Beurteilung zu beachten. 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.

Umweltbezogene Kontextfaktoren, die bei den Erkrankungen der Lungen und der Atemwege eine besondere Rolle spielen können, sind z. B.

- Produkte und Substanzen für den persönlichen Gebrauch (z.B. Lebensmittel, Medikamente, Therapie- und Trainingsgeräte, Fahrzeuge). Hierzu gehören insbesondere auch Geräte zur Sauerstofflangzeittherapie, Heimbeatmung, Atemphysiotherapie.
- persönliche Unterstützung und Beziehungen (z.B. Familienmitglieder, Freunde, Bekannte, Kollegen, Hilfs- und Pflegepersonen, professionelle Personen in der medizinischen Versorgung, Tiere)
- Wohnumfeld
- Systeme der sozialen Sicherung und soziale Einrichtungen

(z.B. Gesundheitsbildung und Präventionen, (kurativ-)medizinische Versorgung, Rehabilitation, Nachsorge, Arbeitsmarkt, Freizeit- und Sportorganisationen)

- natürliche Umwelt (z.B. Geographie, Klima, Licht, Lärm, Luftqualität).

2.6 Individuelle Voraussetzungen

Die Entscheidung, ob eine pneumologische Rehabilitation ambulant oder stationär in Betracht kommt, ist neben den unter Ziffer 2 genannten Voraussetzungen abhängig von der notwendigen medizinischen Überwachungsbedürftigkeit, den Begleiterkrankungen, vom sozialen Umfeld, den berechtigten Wünschen des Rehabilitanden und dem Vorhandensein einer den Qualitätskriterien entsprechenden Einrichtung.

Neben den medizinischen Voraussetzungen muss der Rehabilitand für eine ambulante Rehabilitation

- 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 Kooperations-, Handlungs- und Lernfähigkeit verfügen
- über eine ausreichende Compliance und Motivation / Motivierbarkeit verfügen.

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

■ 3. Rehabilitationsziele

Ziele der medizinischen Rehabilitation sind, die drohende oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft durch frühzeitige Einleitung der gebotenen Rehabilitationsleistungen abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, eine 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.

Diese Ziele können in der ambulanten pneumologischen Rehabilitation erreicht werden durch Beseitigung oder Verminderung der Schädigung und Wiederherstellung oder Verbesserung beeinträchtigter Aktivitäten unter Heranziehung von Kompensationsstrategien, Adaptation und verbesserter Krankheitsverarbeitung.

Zeigt sich während der Rehabilitation, dass bestimmte Schädigungen, Aktivitäten und Teilhabe nicht zu verbessern sind, so sollten bei der Rehabilitation insbesondere auch Ersatzstrategien und der Erwerb neuer Kenntnisse, Fertigkeiten und Verhaltensweisen zum Einsatz kommen.

3.1 Rehabilitationsziele bezogen auf Körperfunktionen und Körperstrukturen

Ziele sind, drohende oder bereits manifeste Schädigungen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten unter Berücksichtigung der unter Ziffer 2.1 genannten Diagnosen, insbesondere bezüglich

- Steigerung der pulmokardialen Belastbarkeit
- Kräftigung der Muskulatur (Stamm- Extremitäten und Atemmuskulatur)
- Verbesserung der Koordination
- Optimierung der Kopplung von Bewegung / Belastung und Atmung
- Verminderung der Atemnot
- Reduzierung des unproduktiven Hustens
- Verbesserung der Sekretelimination
- Erlernen von geeigneten Atemtechniken
- Erlernen von atemerleichternden Stellungen
- Gewichtsnormalisierung
- Vermeidung der pulmonalen Kachexie
- Verminderung von Symptomen der Depressivität (wie z.B. gedrückter Stimmung, Antriebsarmut, Interessen- und Freudlosigkeit, Konzentrationsschwäche, Müdigkeit und Schlaflosigkeit)
- Verminderung der Angst
- Verbesserung der Motivation
- Verbesserung der Vigilanz (Wachheit)
- Verbesserung der Körper- und Atemwahrnehmung

- Verbesserung des Selbstwertgefühls (Wiedererlangen von Selbstvertrauen und Optimismus).

3.2 Rehabilitationsziele bezogen auf Aktivitäten / Teilhabe

Ziele sind, nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten und / oder drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigungen der Teilhabe zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten, insbesondere die

- Verbesserung der Mobilität (z.B. Treppensteigen, Verlängerung der Gehstrecke, Intensivierung der sportlichen Aktivitäten, Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel)
- Verbesserung / Erhalt der Selbständigkeit, Selbstversorgung
- Verbesserung der Selbständigkeit im häuslichen Leben (z.B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeiten)
- Verbesserung interpersoneller Beziehungen (z.B. Familie, Beruf und Freizeit, soziale Integration / Reintegration)
- Verbesserung von Fähigkeiten in bedeutenden Lebensbereichen (z.B. Schulbildung, Ausbildung, Erwerbstätigkeit, wirtschaftliche Eigenständigkeit, Erholung und Freizeit)
- Verbesserung der Wissensanwendung (z.B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)
- Verbesserung der allgemeinen Aufgaben und Anforderungen (z.B. Umgang mit Stress).

Zur Erreichung der Rehabilitationsziele sind die Bezugspersonen nach Möglichkeit einzubeziehen.

3.3 Rehabilitationsziele bezogen auf Kontextfaktoren

Art und Ausmaß der Funktionsfähigkeit können durch umwelt- und personbezogene Kontextfaktoren 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, dem Betriebsarzt bzw. den Bezugspersonen erforderlich sein mit dem Ziel, die Umweltbedingungen an verbleibende Beeinträchtigungen

der Aktivitäten bzw. Teilhabe des Rehabilitanden anzupassen (Adaptation), z.B. durch

- Planung von Arbeitsplatzanpassung / -umsetzung (einschließlich technischer und personeller Hilfen)
- Planung und Einleitung weiterführender berufsfördernder Maßnahmen (z.B. Weiterbildungsmaßnahmen)
- Gestaltung der häuslichen Umgebung
- Anpassung von Hilfsmitteln.

Unter Berücksichtigung personbezogener Faktoren ist es auch Aufgabe der Rehabilitation, somatische, psychische und soziale Auswirkungen der Erkrankungen abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhindern oder ihre Folgen zu mildern. Der Rehabilitand ist anzuleiten, mit Krankheitsauswirkungen zu leben (Coping), negativ wirkende Kontextfaktoren zu vermeiden, zu beseitigen bzw. deren Wirkung zu vermindern und die positiv wirkenden zu unterstützen und ihren Einfluss bestmöglich nutzbar zu machen.

Rehabilitationsziele in diesem Sinne sind die Verbesserung z.B.

- des Krankheitsverständnisses und der Selbstmanagementfähigkeit
- der Fähigkeit zur Erkennung und zum Umgang mit Infekten
- der Krankheitsbewältigung
- des Informationsstandes über die Erkrankung
- im Umgang mit Notfallsituationen (Atemnotanfälle, Exazerbation)
- in der Entwicklung von Strategien zum Abbau des Risikoverhaltens (z.B. Rauchen, Fehlernährung, Untergewicht, Übergewicht, Bewegungsmangel, inadäquates Freizeitverhalten, körperliche und psychische Überforderung)
- in der Unterweisung in Techniken zur Selbstkontrolle (Peak-Flow-Messung, Asthmatagebuch, Ampelschema, COPD-Tagebuch)
- im Hilfsmittelumgang und -training (z.B. Sauerstoffgeräte, Beatmungsgeräte, Rollator)
- beim Stressabbau und -beseitigung
- der Entspannungsfähigkeit
- in der Teilnahme an Sport- und Freizeitaktivitäten.

■ 4. Behandlungsfrequenz und Rehabilitationsdauer

Je nach Schweregrad der Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten sowie der Teilhabe und den sich daraus ergebenden Rehabilitationszielen gestaltet sich die individuell erforderliche Rehabilitationsdauer und Therapiedichte. In der Regel ist eine tägliche Therapiezeit von 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 der Flexibilisierung des zeitlichen Ablaufs der ambulanten pneumologischen Rehabilitation bei gleichwertigem Rehabilitationsprogramm können die unterschiedlichen Rehabilitationskomponenten zum Erreichen der Rehabilitationsziele ggf. über einen längeren Zeitraum gestreckt erbracht werden.

■ 5. Ausschlusskriterien

Über die allgemeinen Ausschlusskriterien (Ziffer 8 Allgemeiner Teil) hinaus sprechen gegen eine ambulante pneumologische Rehabilitation z.B. folgende Kriterien

- Akute Exazerbation (nicht aber die Anschlussrehabilitation nach Exazerbation)
- Notwendigkeit von temporärer Allergenkenz und Luftschadstoffarmut
- fehlende pulmokardiale Belastbarkeit
- schwere pulmonale Hypertonie.

■ 6. Anforderung an die ambulante Rehabilitationseinrichtung

6.1 Rehabilitationskonzept

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



6.2 Ärztliche Leitung und Verantwortung

Die ambulante pneumologische Rehabilitation steht unter ständiger Leitung und Verantwortung eines Pneumologen / einer Pneumologin⁷.

Der leitende Arzt muss über mindestens zweijährige vollzeitige (bei Teilzeit entsprechende) rehabilitative und sozialmedizinische Erfahrungen verfügen und sollte die Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen oder Sozialmedizin führen. Er hat neben der Fortbildung auch die Anleitung und Weiterbildung der ärztlichen Mitarbeiter zu gewährleisten. Die indikationsspezifischen Anforderungen der Arbeitsmedizin sind soweit erforderlich zu berücksichtigen.

Der leitende Arzt oder sein benannter ständiger Vertreter müssen während der Öffnungszeiten 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 ambulante Rehabilitationseinrichtung an eine pneumologische Praxis oder an eine pneumologische Fachabteilung angebunden, muss eine räumliche und organisatorische Trennung gegeben sein.

Der behandelnde Arzt ist in die Einleitung, Ausführung und Nachsorge der Rehabilitationsleistungen einzubinden (Ziffer 9.5 Allgemeiner Teil). 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 Rehabilitationskonzeptes bezogen auf den einzelnen Rehabilitanden verantwortlich. Dabei ist den o.g. durch Krankheit verursachten Aktivitäts- / Teilhabebeeinträchtigungen unter Berücksichtigung des individuellen Kontextes, 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 der Rehabilitationsziele sowie des Rehabilitationsplans mit dem Rehabilitanden und dem Rehabilitationsteam
- Durchführung aller für die ambulante Rehabilitation erforderlichen ärztlich-therapeutischen Maßnahmen
- Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln
- Gewährleistung eines Assessments zu notwendigen Hilfsmitteln und des Hilfsmitteltrainings
- Durchführung von Visiten in den Behandlungsräumen und Sprechstundenangebot für den Rehabilitanden
- Koordination, Anpassung und Verlaufskontrolle der Therapiemaßnahmen
- Leitung des Rehabilitationsteams und der Teambesprechung (mindestens einmal pro Woche)
- Information und Beratung des Rehabilitanden unter Einbeziehung der Bezugspersonen
- Erstellung des ärztlichen Entlassungsberichtes 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 (insbesondere Diagnostik und durchgeführte Therapie).

6.4 Rehabilitationsdiagnostik

Am Beginn, im Verlauf und am Ende der Rehabilitation ist die indikationsspezifische 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

⁷ Im Folgenden wird auf die weibliche Form der Berufsbezeichnung verzichtet.

- Anamnese einschließlich Erfassung von Aktivitäten und Teilhabe
- eingehende körperliche Untersuchung
- Lungenfunktion, Blutgasanalyse.

Spezielle diagnostische Verfahren, die nach individueller Notwendigkeit zum Einsatz kommen, sind

- Spirometrie, Peak-Flow-Messung, Ganzkörperplethysmographie
- Blutgasanalyse in Ruhe und bei Belastung
- Pulsoxymetrie
- Messung der Atemmuskulaturkraft
- Bestimmung der Diffusionskapazität
- Ruhe- und Belastungs-EKG
- Spiroergometrie
- Sechs-Minuten-Gehtest
- Bestimmung von Laborparametern
- allergologische In vivo- und In vitro-Diagnostik
- bildgebende Verfahren (z.B. Röntgen, CT)
- Sonographie
- Echokardiographie
- Diagnostik schlafbezogener Atmungsstörungen
- Erfassung der generischen (z.B. SF-36 Health Survey) und krankheitsspezifischen Lebensqualität (z.B. SGRQ – St. George's Respiratory Questionnaire)
- psychische Diagnostik (z.B. HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale, BDI-Beck-Depressions-Inventar)
- Analyse der Körperzusammensetzung (z.B. Bioimpedanzanalyse).

6.5 Rehabilitationsplan

Anhand der Ergebnisse der Rehabilitationsdiagnostik wird für jeden Rehabilitanden ein individueller Rehabilitationsplan erstellt und die individuellen Rehabilitationsziele bzw. -teilziele definiert.

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

6.6 Behandlungselemente

Die Rehabilitationsplanung bzw. die Koordinierung der einzelnen Behandlungselemente erfolgen durch das interdisziplinäre Therapeutenteam unter der Verantwortung des leitenden Pneumologen und unter Beteiligung des Rehabilitanden.

Die wesentlichen Behandlungselemente der pneumologischen Rehabilitation sind

- ärztliche Beratung und Betreuung
- sozialmedizinische Beurteilung
- medikamentöse Therapie
- Gesundheitsbildung / Gesundheitstraining
- strukturierte Raucherentwöhnung
- Medizinische Trainingstherapie (Ausdauer, Kraft, Koordination, Beweglichkeit)
- Physiotherapie / Atemtherapie
- Atemmuskulaturtraining
- Ernährungsberatung / Lehrküche
- psychologische Betreuung (Einzel- / Gruppenbetreuung, Psychotherapie)
- Entspannungstherapie / -techniken
- Sozialberatung, Leistungerschließung
- Initiierung von Nachsorgeleistungen (u.a. ambulante Lungensportgruppen, Selbsthilfegruppen, Fortführung der Raucherentwöhnung)
- Ergotherapie
- Gesundheits- und Krankenpflege
- Beratung hinsichtlich weiterführender Leistungen (u.a. Anregung von berufsfördernden Leistungen, Wohnraumgestaltung).

Gesundheitsbildung / Gesundheitstraining

Das Gesundheitstraining schließt die Vermittlung krankheitsbezogener Informationen, Motivierung und Erhöhung von Eigenaktivität, Vermittlung und Einübung von Kompensationsmöglichkeiten, Strategien zur Krankheitsverarbeitung sowie die Erweiterung von Selbstverantwortung und Selbstmanagement ein. Dies gilt auch für die Zeit nach der Rehabilitation. Damit soll dem Rehabilitanden ein höheres Maß an Selbstbestimmung für seine



Gesundheit ermöglicht und ein wesentlicher Beitrag zur Stärkung seiner Gesundheit und Verbesserung der Lebensqualität erreicht werden.

Das Gesundheitstraining sollte in ein Basisprogramm zur allgemeinen Gesundheitsinformation und in spezielle Kurse gegliedert sein. Es kann in Form von Vorträgen, Schulungen, Gruppengesprächen und Einzelberatungen angeboten werden. Die Prinzipien der Erwachsenenbildung sollten dabei handlungsorientiert realisiert werden. Aktuelle Filme und Literatur können zur Unterstützung herangezogen werden. Die Einbeziehung von Bezugspersonen / Familienangehörigen ist wünschenswert.

Inhalte des Gesundheitstrainings sollten u.a. sein

- Einführung in die pneumologische Rehabilitation
- obligat sind getrennte Patientenschulungen für Asthma und COPD, die mindestens den Kriterien der für das Disease-Management-Programm Asthma / COPD (DMP) akkreditierten Schulungsprogramme entsprechen, also strukturiert, evaluiert, zielgruppenspezifisch und publiziert sind (z.B. NASA - Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für Erwachsene Asthmatiker und COBRA - Chronisch obstruktive Bronchitis mit und ohne Emphyse – Ambulantes Schulungsprogramm für COPD-Patienten)
- Information über Aufbau und Funktion der Lunge und der Atemmuskulatur
- Kenntnisvermittlung über Ursachen und pathologische Veränderungen der jeweils relevanten Krankheiten
- positiv und negativ wirkende Kontextfaktoren
- Gewichtsoptimierung (Unter- und Übergewicht)
- Zusammenhänge von Übergewicht, Bewegungsmangel, Ernährung und Stress
- geeignete Kontrollmechanismen der Erkrankung (z.B. Peak-Flow-Messung, Borg-Skala)
- Monitoring der Symptome (Führen von Asthma- / COPD-Tagebüchern)
- Medikamentenwirkung und unerwünschte Wirkungen
- Inhalationstechniken mit praktischen Übungen
- Verhalten im Notfall (Erstellen eines Notfallplanes)
- Hilfsmittelberatung und -training bei speziellen Indikationen

(z.B. O₂-Langzeittherapie, Flüssigsauerstofftherapie, Beatmungs-therapien)

- Lungenerkrankungen und Sexualität
- häufige Komorbiditäten
- Schlafstörungen und Schnarchen.

Tabakentwöhnung

Tabakentwöhnungsprogramme in der pneumologischen Rehabilitation sind obligat. Sie umfassen multimodale Raucherentwöhnungsprogramme mit sozialer Unterstützung und die Beratung zur Behandlung der Nikotinabhängigkeit.

Physiotherapie / Atemtherapie

Hauptziele der Atemphysiotherapie sind eine Erleichterung der erschwerten Atmung in Ruhe und unter Belastung, eine Verbesserung der Hustentechnik und der Sekretelimination. Selbsthilfetechniken bei Atemnot sind vor allem die „atemerleichternden Körperstellungen“ und die „dosierte Lippenbremse“. Wesentlich ist das Erlernen dieser Maßnahmen im beschwerdearmen Intervall. Wichtig ist die Anwendung der Techniken unter alltagsrelevanten Belastungen. Eine Erleichterung und Förderung der Sekretelimination werden erreicht durch Hustentechniken und Anwendung von spezifischen oder dafür entwickelten Hilfsmitteln.

Medizinische Trainingstherapie

Diese Therapie zielt darauf hin, die muskuloskeletal bedingten Schädigungen zu vermindern, die Belastbarkeit anzuheben, die Atemnot zu reduzieren, die Lebensqualität zu bessern. Bei dem Krankheitsbild der COPD kann die Morbidität reduziert werden, es wird die krankheitsbezogene Ängstlichkeit und Depression verbessert sowie der akutmedizinische Ressourcenverbrauch verringert.

Feste Bestandteile dieser Therapiemaßnahme sind das Training der Ausdauer, der Kraft, der Beweglichkeit und der Koordination. Im Rahmen des Krafttrainings können z.B. die Übungen an Bewegungsabläufe angeglichen werden, wie sie bei Aktivitäten des täglichen Lebens auftreten. Voraussetzung der Trainingstherapie sind die Beherrschung und regelhafte

Anwendung von Atemtechniken. Ein wichtiges Ziel ist die Vorbereitung auf das Weiterführen dieses Trainings nach der Rehabilitation. Hierzu dient ein individueller Trainingsplan für daheim unter den dort herrschenden Bedingungen und ggf. die Vermittlung in ambulante Lungensportgruppen.

Ernährungsberatung

Die Ernährungsberatung wird in Gruppen und in Einzelberatung durchgeführt. Vorträge zur gesunden Ernährung und zum kräftesparenden Kochen und Einkaufen erfolgen in der Gruppe. In Einzelgesprächen werden Strategien zu krankheitsspezifischen Problemen, wie Gewichtszunahme (Muskelaufbau) und Gewichtsabnahme (Körperfettabbau) erarbeitet ggf. unter Einbeziehung der Bezugspersonen.

Psychologische / psychotherapeutische Betreuung

Inhalte bei der psychologischen / psychotherapeutischen Betreuung sind emotionale Entlastung bei Krisen, Hilfe bei der Krankheitsverarbeitung und bei der Suche nach Zukunftsperspektiven, Angst vor Asthmaanfällen, Angst vor dem Ersticken, Unterstützung bei erforderlichen Einstellungs- und Verhaltensänderungen zur Realisierung eines gesundheitsfördernden Lebensstils, Hilfe bei der Bewältigung von Problemen in der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Sie umfasst auch Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation und Schulungen zur Stressbewältigung. Es muss davon ausgegangen werden, dass bei einem wesentlichen Teil der Rehabilitanden ein spezieller psychologischer Beratungs- und Interventionsbedarf vorliegt.

Ergotherapie

Aufgabe der Ergotherapie ist

- die Verbesserung, Wiederherstellung und Kompensation von beeinträchtigten Fähigkeiten und Funktionen mit den Möglichkeiten der Verbesserung von Selbständigkeit und Handlungsaktivitäten für den häuslichen Alltag und den Arbeitsplatz
- die Hilfsmittelberatung in Form von Herstellung und Erprobung von Adaptationen und Hilfsmitteln
- die Möglichkeiten zum Einüben kompensatorischer Bewegungsabläufe und evt. Wohnraumanpassung und zur ergonomischen Arbeitsplatzgestaltung.

Sozialberatung

Sie beinhaltet insbesondere

- Beratung im Hinblick auf Sozialleistungen
- Hilfen zur Reintegration in Alltag und Beruf
- Vermittlung in eine geeignete Lungensportgruppe oder Selbsthilfegruppe.

Medikamentöse Therapie

Sie umfasst die Planung des medikamentösen Behandlungskonzeptes. Dabei werden anerkannte Therapiestrategien an die individuelle Situation hinsichtlich Wirksamkeit, Interaktion und unerwünschter Wirkungen adaptiert. Die Rehabilitationseinrichtung überprüft, ob der Rehabilitand einen Plan für eine Notfalltherapie bei obstruktiven Atemwegserkrankungen (schriftlicher Notfallplan inklusive Ausgabe der entsprechenden Notfallmedikamente) erhalten hat und stellt diesen ggf. aus.

Gesundheits- und Krankenpflege

Aufgaben der Gesundheits- und Krankenpflege sind die notwendigen pflegerischen Verrichtungen (z.B. Verbände, Dokumentation) sowie die qualifizierte Mitarbeit und Assistenz bei Diagnostik und Therapie.

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 regelmäßige Teambesprechungen (mindestens einmal pro Woche) statt. Die Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen erfolgen nach dem vom leitenden Arzt unter Mitwirkung des Rehabilitationsteams erstellten Rehabilitationsplan und werden dem Rehabilitationsverlauf nach Absprache angepasst. Wo dies möglich ist, finden Beratungen oder Behandlungen in der Gruppe statt. Bei therapeutischen Gruppen darf die Gruppengröße 10 bis maximal 15 Teilnehmer nicht übersteigen.

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



einzu beziehen.

■ 7. Personelle Ausstattung

7.1 Rehabilitationsteam und Qualifikation

Die ambulante pneumologische Rehabilitation erfordert ein interdisziplinäres Rehabilitationsteam, dessen Mitglieder über die nachstehend aufgeführte Qualifikation und Berufserfahrung in der Regel verfügen müssen. Bei Teilzeitkräften verlängert sich der Zeitraum der erforderlichen Berufserfahrung entsprechend. Mindestens ein Mitglied der jeweiligen Berufsgruppe des Rehabilitationsteams muss über die geforderte Berufserfahrung verfügen.

Arzt

Für den leitenden Arzt und seinen Stellvertreter gelten die unter Ziffer 6.2 genannten Ausführungen. Neben dem ärztlichen Leiter sind weitere Ärzte, möglichst mit der Gebietsbezeichnung der Hauptindikation oder entsprechend klinischer Erfahrung vorzusehen, von denen einer als ständiger Vertreter zu benennen ist. Die Anzahl der weiteren Ärzte orientiert sich an den vorgesehenen Rehabilitandenzahlen.

Physiotherapeut

- Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut und
- indikationsspezifische Zusatzqualifikation oder Weiterbildung und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Physiotherapeut in einer Rehabilitationseinrichtung.

Sportlehrer / Sporttherapeut / Sportwissenschaftler

- mind. ein Diplom-Sportlehrer oder Sportwissenschaftler / Master of Arts in Sports oder vergleichbarer Master-Abschluss
- für weitere Sportlehrer / Sporttherapeuten / Sportwissenschaftler mind. Bachelor of Arts oder vergleichbarer Bachelor-Abschluss
- Studium mit medizinischer Ausrichtung (z.B. Fachrichtung Rehabilitation) oder Zusatzqualifikation Bewegungs- / Sporttherapie und
- indikationsspezifische Zusatzqualifikation oder Weiterbildung und

- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Sportlehrer / Sporttherapeut / Sportwissenschaftler in einer Rehabilitationseinrichtung.

Klinischer Psychologe

- Diplom-Psychologe / Master of Science in Psychologie oder vergleichbarer Master-Abschluss mit Schwerpunkt klinische Psychologie und
- psychotherapeutische Zusatzqualifikation, möglichst verhaltenstherapeutischer Ausrichtung und
- Zusatzqualifikation in Entspannungs- und Stressbewältigungstechniken (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.

Ergotherapeut

- Staatliche Anerkennung als Ergotherapeut ggf. mit indikationsspezifischer Zusatzqualifikation oder Weiterbildung 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.

Diätassistent / Ökotrophologe

- Staatliche Anerkennung als Diätassistent oder Diplom als Ökotrophologe / Bachelor of Science Ökotrophologie oder vergleichbarer Bachelor-Abschluss und
- indikationsspezifische Zusatzqualifikation und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung in der Diät- und Ernährungsberatung.

Sozialarbeiter / Sozialpädagoge

- Diplom / staatliche Anerkennung als Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge / mind. Bachelor of Arts Soziale Arbeit oder vergleichbarer Bachelor-Abschluss und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge mit ausreichender rehabilitativer Erfahrung und
- Aus-, Fort- und Weiterbildung im Gesundheitswesen.

Gesundheits- und Krankenpfleger

- Staatliche Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger
- 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 der Rehabilitationspflege.

Weiterer Personalbedarf:

- Medizinische Assistenten (Arzthelfer, Arzthelfer Pneumologie).

Das Team der ambulanten Rehabilitationseinrichtung bilden grundsätzlich fest angestellte Mitarbeiter mit definierter Qualifikation. Die Präsenz ist im Einzelfall nachzuweisen. 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. Alle Mitglieder des Rehabilitationsteams sollten über Kenntnisse im Notfallmanagement verfügen.

7.2 Personalbemessung

Die Berechnung des Personalschlüssels einer ambulanten pneumologischen Rehabilitation orientiert sich an der Zahl der Therapieplätze und dem Rehabilitationskonzept, z.B. Frequenz und Dauer der unterschiedlichen Therapieeinheiten, der Gruppengröße, dem eventuellen Anteil an Einzeltherapien und dem zeitlichen Aufwand für Teamkonferenzen, Visiten und weiteren Aufgaben von Therapeuten und Ärzten.

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

Arzt	1 : 15 – 1 : 20
Sportlehrer / Sporttherapeut / Sportwissenschaftler	1 : 40
Klinischer Psychologe	1 : 40 – 1 : 60
Diätassistent / Ökotrophologe	1 : 70
Ergotherapeut	1 : 80
Gesundheits- und Krankenpfleger	1 : 40
Sozialarbeiter / Sozialpädagoge	1 : 80
Physiotherapeut	1 : 20

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

■ 8. Räumliche Ausstattung

Die räumliche Ausstattung muss so bemessen und beschaffen sein, dass das Rehabilitationskonzept umgesetzt werden kann.

Es sollte angepasst an die Anzahl der Rehabilitanden vorhanden sein

- ein ausreichend großer Raum für die medizinische Trainingstherapie (Fahrradergometer, Laufbänder, Krafttrainingsgeräte)
- Seminarräume mit audiovisuellen Medien
- Räume für die Einzelberatung
- Räume für Ergotherapie und Arbeitsplatzberatung
- Räume für Gruppentherapie
- ein Raum für Funktionsdiagnostik / Notfallversorgung
- Räume für physiotherapeutische Einzelbehandlung
- Umkleieräume, Wasch- bzw. Duschplätze und WC, davon in ausreichender Anzahl mit barrierefreier Gestaltung sowie abschließbare Schrankfächer für jeden Rehabilitanden
- Lehrküche (auch extern bei guter Erreichbarkeit und organisatorischer Gewährleistung)
- Personalaufenthaltsraum
- Sekretariat



- Patientenannahme / Archiv
- Untersuchungszimmer.

Für die Rehabilitanden:

- Aufenthalts- und Ruheraum
- Speiseraum für gesundheitsorientierte Mahlzeiten.

Die o.g. räumlichen Anforderungen können ggf. in Form von Multifunktionsräumen erfüllt werden.

Die Räume müssen barrierefrei zugänglich sein. Die Räume, in denen sich der Rehabilitand alleine aufhält, sind mit einem Notrufsystem auszustatten.

■ 9. Apparative Ausstattung

Die apparative Ausstattung muss die Diagnostik und Therapie der speziellen Funktionsstörung nach aktuellem medizinischem Wissensstand gewährleisten.

Medizinische Geräte

- Spirometrie / Ganzkörperplethysmographie
- Atemmuskelfortmessung
- Blutgasanalyse
- Oximetrie
- TLCO (Lungen-Transferfaktor für CO)
- Ruhe-EKG
- Belastungs-EKG
- Laborscreening
- Sonographiezugang
- Spiroergometrie
- Röntgenzugang
- Defibrillator
- Notfallkoffer
- Sauerstoff (Konzentrator / Flüssigsauerstoff)
- Inhalationsgeräte.

Der Zugang zu weiterführender Diagnostik (vgl. insbesondere Ziffer 6.4) ist jederzeit sicherzustellen.

Trainings- und Sportgeräte

Geräte für das Ausdauertraining

- Fahrradergometer
- Laufband
- Handkurbelergometer

Geräte für das Krafttraining

- der oberen Extremitäten
- der unteren Extremitäten
- des Rumpfes

Geräte für das Atemmuskeltraining

Geräte für das Koordinationstraining

Kleingeräte für die Gestaltung eines angepassten bewegungstherapeutischen Angebotes.

■ 10. Verlängerungskriterien

Unter dem Gesichtspunkt einer individualisierten und ergebnisorientierten Rehabilitation ist auch im ambulanten Bereich entsprechend der Genehmigungsverfahren der jeweiligen Kostenträger in begründeten Fällen eine Verlängerung möglich bei

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

■ 11. Beendigung der Maßnahme

Die ambulante pneumologische 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.

MITARBEIT

An der Erarbeitung der Rahmenempfehlungen zur ambulanten pneumologischen Rehabilitation auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. waren beteiligt

- Dr. Karin Taube, Hamburg
- Dr. Konrad Schultze, Bad Reichenhall
sowie Vertreter/innen der
- Krankenversicherung
- Rentenversicherung
- Unfallversicherung
- Kassenärztlichen Bundesvereinigung
- und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung.

NOTIZEN



Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. – Wer wir sind

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. ist die gemeinsame Repräsentanz der Verbände der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung, der Deutschen Rentenversicherung Bund, des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, der Bundesagentur für Arbeit, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.
