

Rahmen- empfehlungen

zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen 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



**Rahmenempfehlungen
zur ambulanten Rehabilitation
bei psychischen und
psychosomatischen
Erkrankungen**

vom 22. Januar 2004

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 psychischen und psychosomatischen Erkrankungen

1. Allgemeines	35
2. Indikationsstellung / Medizinische Voraussetzungen	36
2.1 Diagnosespektrum nach ICD-10	37
2.2 Anforderungen an die medizinische Diagnostik vor Einleitung der Rehabilitation	37
2.3 Körperfunktionen und Körperstrukturen (einschließlich psychischer Funktionen)	37
2.4 Aktivitäten	38
2.5 Teilhabe	38
2.6 Kontextfaktoren	39
2.7 Individuelle Voraussetzungen / differenzielle Indikation	40
3. Rehabilitationsziele	41
3.1 Rehabilitationsziele bezogen auf Körperfunktionen und Körperstrukturen (einschließlich psychischer Funktionen)	42
3.2 Rehabilitationsziele bezogen auf Aktivitäten	42
3.3 Rehabilitationsziele bezogen auf Teilhabe	43
3.4 Rehabilitationsziele bezogen auf Kontextfaktoren	43

4. Behandlungsfrequenz und Rehabilitationsdauer	44
5. Ausschlusskriterien	45
6. Anforderungen an die ambulante Rehabilitationseinrichtung	46
6.1 Rehabilitationskonzept und Leistungsangebot	46
6.2 Strukturelle und organisatorische Anforderungen	46
6.3 Ärztliche Leitung und Verantwortung	47
6.4 Aufgaben der ärztlichen und / oder psychologischen (Psycho-)Therapeuten	48
6.5 Rehabilitationsdiagnostik	49
6.6 Rehabilitationsplan	50
6.7 Behandlungselemente	50
7. Personelle Ausstattung	51
7.1 Rehabilitationsteam und Qualifikation	51
7.2 Personalbemessung	52
8. Räumliche Ausstattung	53
9. Apparative Ausstattung	54
10. Verlängerungskriterien	54
11. Beendigung der Maßnahme	55

Vorwort

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

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

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

Geschäftsführer

B. Steinke

U. Vömel

I. Allgemeiner Teil

Präambel

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

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

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

Ebenso wie die stationäre Rehabilitation geht auch die ambulante medizinische 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, Bonn
- der Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen
- der IKK-Bundesverband, Bergisch-Gladbach
- die See-Krankenkasse, Hamburg
- der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
- die Bundesknappschaft, Bochum
- der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg

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

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

nach Beratungen auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation unter Mitwirkung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen die folgenden 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

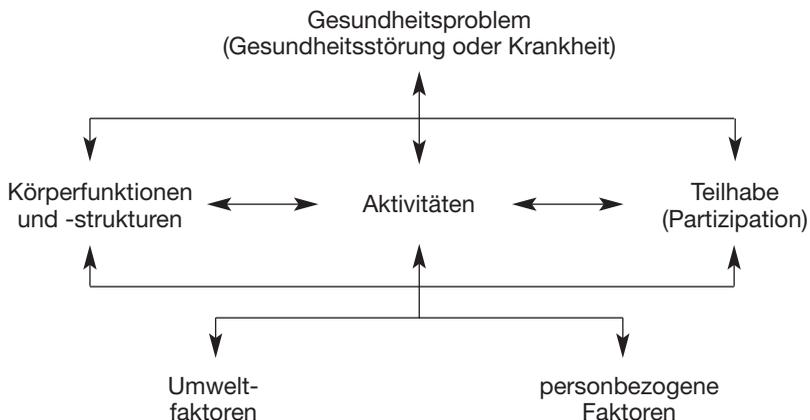


Abbildung: Das bio-psycho-soziale Modell der Komponenten der Gesundheit.

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 anamnestiche Daten, klinische Befunde und deren Interpretation
 - das definierte Rehabilitationsziel und die Bewertung des Rehabilitationserfolges durch Zwischenuntersuchungen in bestimmten Zeitabständen sowie die Abschlussuntersuchung/-befundung
 - die Angaben zu den Visiten und Teambesprechungen/Fallkonferenzen
 - den Entlassungsbericht.

19. Qualitätssicherung

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

19.1 Strukturqualität

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

19.2 Prozessqualität

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

19.3 Ergebnisqualität

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

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

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

20. Beendigung der Maßnahme

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

II Besonderer Teil

Konzeption zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen

1. Allgemeines

Psychische und psychosomatische Erkrankungen im Erwachsenenalter sind häufig durch chronische Verläufe, rezidivierende Verschlechterungen und ein vielfältiges Komorbiditätsspektrum geprägt. Die Behandlung kann abhängig vom akuten Schweregrad, der individuellen Verlaufsform, den notwendigen Behandlungsmitteln und den spezifischen Zielsetzungen kurativ oder rehabilitativ erfolgen. Reichen ambulante ärztliche Behandlungen und Psychotherapie nicht aus, die Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen) und ihre Symptomatik zu bessern, können teilstationäre und vollstationäre Krankenhausbehandlungen notwendig sein. Haben diese krankheitsbedingten Schädigungen zu nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten geführt und/oder beeinträchtigen sie die Teilhabe, so kann eine medizinische Rehabilitation indiziert sein. Diese erfordert ein umfassendes, ganzheitlich angelegtes und interdisziplinäres Rehabilitationskonzept, unabhängig davon, ob dies in stationärer oder ambulanter Form erbracht wird.

Im stationären Bereich hat sich in den letzten Jahrzehnten für den Indikationsbereich, für den das vorliegende ambulante Rehabilitationskonzept entwickelt wurde, der Begriff „psychosomatische Rehabilitation“ etabliert. Dieser wurde allerdings immer wieder kritisch hinterfragt, weil er nahe legt, dass die Hauptzielgruppe dieses Rehabilitationsangebots Personen mit psychosomatischen Erkrankungen im engeren (klassischen) Verständnis von Psychosomatik seien. Die „Psychosomatosen“ stellen aber bezüglich der in den stationären Rehabilitationseinrichtungen behandelten Patientengruppen umfangmäßig nur eine begrenzte Teilgruppe dar; andere psychische Störungen wie depressive Episoden oder Angststörungen sind wesentlich häufiger vertreten. Die Spezifität der gegenwärtigen „psychosomatischen Rehabilitation“ ist also weniger über Diagnosegruppen, sondern vielmehr durch die Art des Behandlungsangebots und die Ausrichtung auf die trägerspezifischen Rehabilitationsziele bestimmt. Es handelt sich um einen spezifischen Angebotstyp der medizinischen Rehabilitation, bei dem im Rahmen eines ganzheitlichen Rehabilitationskonzepts psychotherapeutischen Interventionen ein besonderer Stellenwert zukommt.

Das hier ausgearbeitete Konzept der ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen überträgt das seit vielen Jahren erfolgreich praktizierte Konzept der stationären psychosomatischen Rehabilitation auf das ambulante (wohnnah) Setting. Es orientiert sich hinsichtlich des Störungsspektrums der Rehabilitanden, der Art und Dichte der rehabilitativen Maßnahmen sowie der Qualitätsstandards an der stationären psychosomatischen Rehabilitation.

Die stationäre und ambulante Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen unterscheiden sich bezüglich der Zielgruppe und der Behandlungsmaßnahmen von der ambulanten, teilstationären und stationären

Krankenbehandlung und der Rehabilitation psychisch kranker und behinderter Menschen in stationären bzw. ambulanten Einrichtungen zur Rehabilitation psychisch kranker Menschen (RPK). Das ambulante Rehabilitationskonzept sieht sich nicht in Konkurrenz zu diesen etablierten Behandlungsmöglichkeiten und stellt diese nicht in Frage.

2. Indikationsstellung / Medizinische Voraussetzungen

Die ambulante Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen setzt voraus, dass

- Rehabilitationsbedürftigkeit und
- Rehabilitationsfähigkeit bestehen
- eine positive Rehabilitationsprognose gestellt werden kann und
- die individuellen Voraussetzungen erfüllt sind.

Die vorstehenden Begriffe sind im Allgemeinen Teil definiert.

Eine Rehabilitationsfähigkeit ist bei der ambulanten Rehabilitation psychisch und psychosomatisch erkrankter Menschen nicht gegeben bei fehlenden Sprachkenntnissen zur Teilnahme an rehabilitativen Angeboten, nicht ausreichenden sozialen, kognitiven oder emotionalen Ressourcen und bei ausgeprägter Pflegebedürftigkeit, die in ambulanten Rehabilitationseinrichtungen nicht versorgt werden kann. Ambulante und stationäre Rehabilitationsleistungen sind grundsätzlich nicht indiziert bei Patienten, die aufgrund der Schwere ihrer akuten Erkrankungsphase der besonderen Mittel stationärer oder teilstationärer psychiatrischer oder sonstiger Krankenhausbehandlung bedürfen.

Die sozialmedizinische Indikation zu einer ambulanten Rehabilitation hat nicht allein eine medizinische Diagnose zur Voraussetzung, sondern ergibt sich vor allem aus der zusammenfassenden Analyse und Bewertung von Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen), Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Beeinträchtigungen der Teilhabe sowie der Lebenssituation des Rehabilitanden.

2.1 Diagnosespektrum nach ICD – 10

Das ambulante rehabilitative Angebot für psychisch und psychosomatisch erkrankte Menschen eignet sich nach den bisherigen Erfahrungen mit dem eingangs charakterisierten Angebotstyp vor allem für Rehabilitanden mit

- depressiven Störungen
- Belastungs- und Anpassungsstörungen
- Angststörungen
- somatoformen Störungen
- psychosomatischen Erkrankungen (wie z.B. Essstörungen) und
- körperlichen Störungen, bei denen psychische Faktoren eine wesentliche Rolle spielen.

Dieses Angebot hat sich darüber hinaus bei Teilgruppen anderer psychischer Störungen (z.B. Persönlichkeitsstörungen) als hilfreich und wirksam erwiesen.

Eine Rehabilitation nach der vorliegenden Konzeption ist nicht indiziert bei akuten Psychosen, bei chronischen psychotischen Prozessen, bei manifester Suizidalität, stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen oder fremdgefährdendem dissozialem Verhalten.

2.2 Anforderungen an die medizinische Diagnostik vor Einleitung der Rehabilitation

Vor Einleitung der Rehabilitation sollte die krankheitsbezogene Diagnostik/Differentialdiagnostik der Grundkrankheit einschließlich evtl. vorliegender Begleiterkrankungen abgeschlossen sein, so dass die Indikation für die geeignete Rehabilitationsform gestellt werden kann. Im Rahmen einer umfassenden klinischen Untersuchung, psychologischen Diagnostik sowie sozialmedizinischen Einschätzung ist dabei einerseits eine detaillierte sorgfältige diagnostische Einordnung (vgl. Ziffer 2.1) vorzunehmen, andererseits sind in Anlehnung an die rehabilitationsspezifischen Klassifikationssysteme (insbesondere ICF) weitere diagnostische Befunde (vgl. Ziffer 2.3) zu erheben.

2.3 Körperfunktionen und Körperstrukturen (einschließlich psychischer Funktionen)

Im Zusammenhang mit der ambulanten Rehabilitation psychisch und psychosomatisch erkrankter Menschen sind Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen) in folgenden Bereichen von Bedeutung

- Dimensionen der Persönlichkeit (z.B. mangelnde psychische Stabilität, gestörtes Vertrauen)
- emotionale Funktionen (z.B. Störung der affektiven Kontrolle, depressive Verstimmung)
- Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs (z.B. mangelnde Impulskontrolle)
- Funktionen der Selbstwahrnehmung (z.B. Störung des Körperbilds, mangelnde Selbstakzeptanz)
- höhere kognitive Leistungen (z.B. Störung des Einsichtsvermögens, Störung des Zeitmanagements)
- Denkfunktionen (z.B. Zwangsgedanken und Aufmerksamkeitsfunktionen, Konzentrationsstörungen)
- Körperfunktionen (z.B. als Somatisierungsstörung oder als primär somatische Störung)
- Schlaffunktionen (z.B. gestörter Schlafrhythmus)
- psychomotorische Funktionen.

2.4 Aktivitäten

In Folge der o.g. Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen) können Beeinträchtigungen der Aktivitäten auftreten. Diese betreffen insbesondere folgende Bereiche

- alltägliches Verhalten (z.B. in Familie, Beruf, Freizeit)
- psychische Belastbarkeit (z.B. Schwierigkeiten beim Umgang mit Anforderungen des Alltags)
- interpersonelle Beziehungen und Interaktionen (z.B. Störungen bei der Aufnahme und Aufrechterhaltung von Beziehungen)
- Problemlösefähigkeit und der Entscheidungsfindung
- Umstellung (z.B. auf neue Berufssituation)
- Krankheitsbewältigung.

2.5 Teilhabe

In Folge der o.g. Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen) und Beeinträchtigungen der Aktivitäten können Beeinträchtigungen der Teilhabe insbesondere in folgenden Bereichen auftreten

-
- der physischen Unabhängigkeit
 - der psychischen Unabhängigkeit
 - in der sozialen Integration/Reintegration
 - der wirtschaftlichen Eigenständigkeit.

Die zuvor beschriebenen Ebenen sind nicht unabhängig voneinander, sondern stehen entsprechend dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell in einer komplexen Wechselbeziehung. Dabei hängen Art und Ausmaß der aus den Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen) resultierenden Beeinträchtigungen der Teilhabe vom Verarbeitungsprozess ab. Dieser wiederum wird durch unterschiedlich wirkende Kontextfaktoren beeinflusst.

2.6 Kontextfaktoren

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

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

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

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

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

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

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.

Als relevante Kontextfaktoren bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen sind u.a. zu nennen

- persönliche Unterstützung und tragfähige Beziehungen (z.B. Familienmitglieder, Freunde, Bekannte, Kollegen, Hilfs- und Pflegepersonen, professionelle Helfer, Selbsthilfegruppen, Tiere)
- individuelle Arbeitssituation
- Zugang und Nutzung sozialer Einrichtungen, soziale Absicherung
- soziokulturelle Strukturen (z.B. Familie, Verwandtschaft, Gemeinschaften)
- natürliche Umwelt (z.B. Geographie, Klima, Licht, Lärm, Luftqualität)
- persönliche Umwelt (z.B. Gestaltung der Wohnung)
- Einstellungen und Wertesysteme (z.B. Religiosität).

2.7. Individuelle Voraussetzungen / differenzielle Indikation

Ob eine Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen ambulant, stationär oder in einer Kombination beider Modalitäten durchgeführt werden soll, ist abhängig von Art und Ausmaß der Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen), der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der (drohenden) Beeinträchtigungen der Teilhabe in Folge der Krankheit, vom sozialen und beruflichen Umfeld, von den Einstellungen des Rehabilitanden, den fachlichen Einschätzungen der Behandler/Gutachter sowie dem Vorhandensein einer den Rahmenempfehlungen entsprechenden Einrichtung.

Neben den medizinischen Voraussetzungen für eine ambulante Rehabilitation muss

- der Rehabilitand über die zur Inanspruchnahme der Rehabilitation erforderliche Mobilität und physische sowie psychische Belastbarkeit verfügen
- der Rehabilitand die ambulante Rehabilitationseinrichtung in einer zumutbaren Fahrzeit (maximal 45 bis 60 Minuten) erreichen können
- die häusliche Versorgung des Rehabilitanden sowie seine sonstige medizinische Versorgung sichergestellt sein
- das Verbleiben im häuslichen Umfeld/familiären Beziehungsrahmen rehabilitationsförderlich sein.

Eine ambulante Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen ist vor allem indiziert, wenn folgende Aspekte und Zielsetzungen berücksichtigt werden.

Notwendigkeit zur

- Nutzung eines gesundheitsförderlichen häuslichen Umfelds (Familie) zum Erreichen des Rehabilitationsziels
- Einbeziehung von Angehörigen/Bezugspersonen in Schulungsprogramme
- Wahrnehmung von nicht delegierbaren häuslichen Pflichten (z.B. Kinderbetreuung)
- Fortführung bereits laufender Hilfsangebote (z.B. Selbsthilfegruppen) und gezielte Initiierung von Nachsorgeaktivitäten
- Belastungserprobung im häuslichen Bereich, alltagsnahem Training (z.B. auch Konfliktlösung) und Berücksichtigung im Rehabilitationsprozess
- persönlichen Kontaktaufnahme mit dem Betrieb, Einbeziehung von Betriebsarzt und betrieblichem Sozialdienst, Belastungserprobung am Arbeitsplatz während der Rehabilitation, Kontaktaufnahme zur regionalen Agentur für Arbeit während der Rehabilitation, Vernetzung mit spezifischen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- speziellen Einbindung der behandelnden Ärzte in die Rehabilitationskette.

3. Rehabilitationsziele

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

Diese Ziele können in der ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen erreicht werden durch

- Behebung oder Verminderung der Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen)

- Verminderung des Schweregrads der Beeinträchtigung der Aktivitäten oder Wiederherstellung gestörter Fähigkeiten
- Kompensation (Ersatzstrategien)
- Adaptation/Krankheitsverarbeitung.

3.1 Rehabilitationsziele bezogen auf Körperfunktionen und Körperstrukturen (einschließlich psychischer Funktionen)

Als Rehabilitationsziele können allgemein die Abwendung, Beseitigung, Minderung, Verhütung der Verschlimmerung oder Milderung der Folgen von Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen) genannt werden. Hierzu zählen beispielsweise

- psychische Stabilisierung
- Verminderung von negativen Affekten wie Depression und Angst
- Verbesserung der Selbstwahrnehmung
- Verbesserung von Selbstakzeptanz und Selbstwertgefühl
- Korrektur dysfunktionaler Kognitionsmuster
- Reduzierung von körperlichen Krankheitssymptomen
- Erkennen möglicher funktionaler Aspekte von Krankheitssymptomen
- Verbesserung der eigenen Kompetenz im Management von Funktionsstörungen.

3.2 Rehabilitationsziele bezogen auf Aktivitäten

Als Rehabilitationsziele können allgemein die Abwendung, Beseitigung, Minderung, Verhütung der Verschlimmerung oder Milderung der Folgen einer Zunahme der Beeinträchtigungen der Aktivitäten genannt werden. Hierzu zählen beispielsweise

- Erweiterung des Verhaltensrepertoires
- Verbesserung des Kommunikationsverhaltens
- Aufbau sozialer Kompetenz
- Verbesserung der Beziehungsfähigkeit
- Erwerb von Problemlösefähigkeiten
- Optimierung der Krankheitsbewältigung (Coping)

-
- Verbesserung der Fähigkeit zur Freizeitgestaltung
 - verbesserter Umgang mit Belastungssituationen.

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. Aus den unter Ziffer 2.5 aufgeführten Beeinträchtigungen lassen sich folgende Rehabilitationsziele ableiten.

Erhalt oder Verbesserung

- der psychischen Unabhängigkeit
- der physischen Unabhängigkeit
- der Mobilität
- der sozialen Integration/Reintegration
- im Bereich der Beschäftigung
- der wirtschaftlichen Eigenständigkeit.

Zur Erreichung der Rehabilitationsziele sind die Bezugspersonen nach Möglichkeit einzubeziehen.

3.4 Rehabilitationsziele bezogen auf Kontextfaktoren

Art und Ausmaß der funktionalen Problematik¹ können durch Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren) verstärkt oder vermindert werden, so dass diese bei der Bestimmung der Rehabilitationsziele und in der Gestaltung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu berücksichtigen sind. Dies kann z.B. geschehen durch

- Arbeitsplatzbegehung, Arbeitsplatzanpassung und -umsetzung, Arbeitsorganisation
- Planung und Einleitung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Umschulungen, berufliche Wiedereingliederung
- Anleitung zur gesundheitsbewussten Ernährung und Motivation zur Lebensstiländerung, einschließlich Abbau von Risikoverhalten
- Anleitung zu Stressabbau/Stressbewältigung

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

- Wohnraumbesichtigungen, Planung von Veränderungen in der häuslichen Umgebung
- Einleitung von Anpassung an Freizeitaktivitäten.

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

Rehabilitationsziele in diesem Sinne sind

- Verbesserung des Informationsstandes über die Krankheit
- Umgang mit Notfallsituationen (z.B. bei Panikanfällen)
- Entwicklung von Strategien zum Abbau von Risikoverhalten (z.B. Rauchen, Alkoholmissbrauch, Fehlernährung, Bewegungsmangel, inadäquates Freizeitverhalten, körperliche und psychische Überforderung)
- Unterweisen in Techniken zur Selbstkontrolle (z.B. Impulskontrollverlust, Aufmerksamkeitslenkung, Schmerz)
- Erlernen von Entspannungstechniken.

4. Behandlungsfrequenz und Rehabilitationsdauer

Je nach Schweregrad der Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen), Beeinträchtigungen der Aktivitäten sowie der Teilhabe und den sich daraus ergebenden Rehabilitationszielen gestalten sich die individuell erforderliche Rehabilitationsdauer und Therapiedichte. Im Rahmen eines interdisziplinären Behandlungssettings sind in der Regel täglich mindestens vier bis maximal sechs Stunden Therapiezeit an fünf bis sechs Tagen in der Woche einzuhalten. Neben der individuellen Belastbarkeit des Rehabilitanden ist auch auf angemessene Ruhepausen zu achten.

Im Sinne einer Flexibilisierung sollte die ambulante Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen in geeigneten Fällen mit einer reduzierten oder abgestuften täglichen Dauer durchgeführt werden können, z.B. zum Ende der Rehabilitationsmaßnahme im Sinne eines Ausschleichens oder bei berufsbegleitenden Maßnahmen (z.B. bei arbeitsfähigen Teilzeitbeschäftigten). Eine weitere Möglichkeit der Flexibilisierung ist auch die Intervallbehandlung, bei der die Behandlung auf mehrere Behandlungsabschnitte verteilt ist.

5. Ausschlusskriterien

Eine ambulante Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen ist über die allgemeinen Kontraindikationen (vgl. Ziffer 8 Allgemeiner Teil), hinaus nicht angezeigt, wenn

- eine stark ausgeprägte psychische und/oder somatische Komorbidität intensiver klinischer Mitbehandlung bedarf, die im Rahmen der ambulanten Rehabilitation nicht abgedeckt werden kann
- wegen verminderter psychophysischer Belastbarkeit durchgängige Stützung und Strukturierung durch das stationäre Setting notwendig sind
- eine die Rehabilitationsziele gefährdende Fortführung beruflicher Aktivitäten zu erwarten ist
- die Verbesserung sozialer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit nur durch Integration in ein vollstationäres Setting (therapeutische Gemeinschaft als Lern- und Übungsfeld) erreicht werden kann
- durch die therapeutischen Maßnahmen eine emotionale Labilisierung zu erwarten ist, welche die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten überfordert
- eine ausreichende Compliance bei der Einnahme von Medikamenten und eine konstruktive Mitarbeit nur durch stationäre Anleitung und Beaufsichtigung sichergestellt werden können
- die Symptomatik oder Verhaltensstörung so ausgeprägt sind, dass eine engmaschige Betreuung, Behandlung und die kontinuierliche Verfügbarkeit von Kriseninterventionsmöglichkeiten unverzichtbar sind (z.B. bei bulimischer oder anorektischer Symptomatik, hochfrequenten Panikattacken, Selbstverletzungen, dissoziativen Zuständen) [zu prüfen ist, ob eine stationäre Krankenhausbehandlung oder Rehabilitation indiziert ist]
- die Fremdkontrolle von schädlichen Verhaltensweisen (z.B. Substanzmissbrauch, Spiel- oder Kaufsucht) notwendig ist und Defizite im Bereich der Impulskontrolle einen durchgängig haltgewährenden und steuernden Rahmen erforderlich machen [zu prüfen ist, ob eine stationäre Krankenhausbehandlung oder Rehabilitation indiziert ist].

6. Anforderungen an die ambulante Rehabilitationseinrichtung

6.1 Rehabilitationskonzept und Leistungsangebot

Jede ambulante Rehabilitationseinrichtung erstellt ein strukturiertes Rehabilitationskonzept evtl. unter Berücksichtigung von indikativen Schwerpunkten. Dies beschreibt das verfolgte Rehabilitationsverständnis, die angebotene rehabilitative Diagnostik und Behandlung sowie die personelle, räumliche und apparative Ausstattung der Einrichtung und Angaben zur voraussichtlichen Behandlungsdauer.

Konzeptionell von besonderer Bedeutung für die ambulante Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen ist die Schaffung eines therapeutischen Milieus. Die Behandlung erfolgt neben den erforderlichen Einzelbehandlungen und -beratungen in Gruppen, der dabei ein besonderer Stellenwert zukommt.

6.2 Strukturelle und organisatorische Anforderungen

Um den umfassenden und interdisziplinären Rehabilitationsansatz durch ein eng kooperierendes Rehabilitationsteam umsetzen zu können, müssen die Behandlungsmaßnahmen und sonstigen Leistungen der ambulanten Rehabilitation in der Regel in einer Einrichtung durchgeführt werden (Prinzip der „Einheit des Ortes“). Ausnahmen können z.B. für bestimmte diagnostische Maßnahmen sinnvoll sein, die seltener veranlasst werden müssen. Aus Wirtschaftlichkeitsgründen und um der häufig anzutreffenden Komorbidität gerecht werden zu können, empfiehlt sich die Anbindung an eine ambulante Rehabilitationseinrichtung mit weiteren Indikationen oder an eine stationäre Rehabilitationseinrichtung.

Für den Fall, dass in einer Einrichtung unterschiedliche Leistungsbereiche erbracht werden (z.B. neben ambulanter Rehabilitation auch vertragsärztliche Leistungen), muss für den Bereich der ambulanten Rehabilitation eine räumliche und organisatorische Trennung von den übrigen Leistungsbereichen gegeben sein.

Bei der räumlichen und organisatorischen Ausgestaltung der ambulanten Rehabilitation ist auf eine sinnvolle Zuordnung der Funktionsräume, Überschaubarkeit für den Rehabilitanden sowie eine insgesamt „reha-motivations-fördernde“ Atmosphäre zu achten. Hierzu gehören auch Möglichkeiten zum Austausch und zum Rückzug.

6.3 Ärztliche Leitung und Verantwortung

Die ambulante Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen steht unter ständiger Leitung und Verantwortung

- eines Facharztes/einer Fachärztin² für Psychotherapeutische Medizin oder
- eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie.

Der leitende Arzt muss über mindestens zweijährige vollzeitige (bei Teilzeit entsprechende) rehabilitative und sozialmedizinische Erfahrungen verfügen und die Zusatzbezeichnung Sozialmedizin und/oder Rehabilitationswesen erworben haben. Der leitende Arzt hat neben der eigenen gebietsbezogenen und sozialmedizinischen Fortbildung auch die ständige Fortbildung seiner Mitarbeiter zu gewährleisten.

Der leitende Arzt ist für die Umsetzung des umfassenden Rehabilitationskonzepts im Rahmen der Vorgaben der Leistungsträger 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. Er leitet das interdisziplinäre Rehabilitationsteam, stellt regelmäßige (mind. einmal pro Woche) Teambesprechungen sicher und verantwortet den Entlassungsbericht, insbesondere die sozialmedizinische Beurteilung (vgl. Allgemeiner Teil, 9.5 Ärztliche Leitung und Verantwortung).

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.

Die Kompetenz im Gebiet der Psychiatrie/Psychotherapie ist ebenso sicherzustellen wie im Gebiet der Psychotherapeutischen Medizin.

Ist die Rehabilitationseinrichtung an eine Praxis angebunden, muss eine räumliche und organisatorische Trennung gegeben sein.

Für die Betreuung außerhalb der Rehabilitation muss der Hausarzt entsprechend informiert werden. Die während der ambulanten Rehabilitation gewonnenen medizinischen Daten müssen anderen berechtigten Personen/Stellen unter Berücksichtigung des Datenschutzes bei Bedarf zugänglich sein.

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

6.4 Aufgaben der ärztlichen und / oder psychologischen (Psycho-) Therapeuten

Zu den Aufgaben beider Berufsgruppen gehören

- Aufnahme-, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen
- Durchführung bzw. Veranlassung und Auswertung der Rehabilitationsdiagnostik mit Konkretisierung des Behandlungsbedarfs
- die Einschätzung psychopathologischer Befunde, insbesondere im Hinblick auf Suizidalität (ggf. unter Berücksichtigung entsprechender fachärztlicher Kompetenz)
- Abstimmung des Rehabilitationsziels sowie des Rehabilitationsplans mit dem Rehabilitanden und dem Rehabilitationsteam
- Durchführung der einzel- und gruppenpsychotherapeutischen Maßnahmen, ggf. inklusive Paar- bzw. Familiengesprächen
- Information und Beratung des Rehabilitanden unter Einbeziehung der Bezugspersonen
- Mitwirkung beim Entlassungsbericht mit sozialmedizinischer Beurteilung
- Empfehlungen für die Weiterbehandlung unter Einbeziehung der Berichte der Rehabilitationsteam-Mitglieder
- Kooperation mit vor- und nachbehandelnden Ärzten, (Psycho-) Therapeuten, Beratungsstellen und den in der Nachsorge eingebundenen sozialen Diensten sowie Selbsthilfegruppen
- Dokumentation der therapeutischen Leistungen und Durchführung der notwendigen Qualitätssicherungsmaßnahmen.

In der spezifischen Verantwortung der ärztlichen Mitarbeiter liegen hierbei

- die körperliche Aufnahme- und ggf. Abschlussuntersuchung
- die Erhebung der medizinisch relevanten Anamnesedaten
- die Sichtung medizinischer Vorbefunde, ggf. die Veranlassung weiterer diagnostischer bzw. differentialdiagnostischer Maßnahmen
- Erstellung und Anpassung des Rehabilitationsplans
- die Verordnung von Medikamenten (inklusive Aufklärung der Rehabilitanden über Wirkung und Nebenwirkungen), insbesondere die Verantwortung für die Psychopharmakotherapie
- die enge Abstimmung hierüber mit dem behandelnden (Haus-)Arzt; Kooperation mit Konsiliarärzten und Konsiliardiensten

-
- ggf. Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln und/oder diätetischer Maßnahmen
 - kollegiale Beratung der psychologischen Bezugstherapeuten zu den medizinischen Aspekten der von ihnen betreuten Rehabilitanden
 - Erstellung des Entlassungsberichtes mit sozialmedizinischer Beurteilung.

6.5 Rehabilitationsdiagnostik

Die Aufgabe einer angemessenen Rehabilitationsdiagnostik besteht darin, die Einschränkungen auf den verschiedenen Ebenen und die Potentiale zu beschreiben, die Einflussfaktoren und die Wechselbeziehungen zu analysieren und diese Information für eine individuelle Rehabilitationsplanung zu nutzen.

Am Beginn, im Verlauf und am Ende der Rehabilitation ist die Rehabilitationsdiagnostik durchzuführen. Die Befunde der Vorfelddiagnostik sind zu berücksichtigen. Die Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen), 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 soziale Anamnese
- eingehende körperliche allgemeine Untersuchung
- psychischen bzw. psychopathologischen Befund
- psychologische Diagnostik einschließlich einer psychometrischen Basisdiagnostik
- Ruhe-EKG
- Bestimmung von relevanten Laborparametern.

Fakultativ

- spezielle technische Untersuchungen
- spezielle psychologische Diagnostik (einschließlich Leistungsdiagnostik).

Bei Bedarf müssen konsiliarische Untersuchungen sichergestellt sein.

6.6 Rehabilitationsplan

Auf der Grundlage der Ergebnisse der Rehabilitationsdiagnostik wird unter Beteiligung des Rehabilitanden ein individueller Rehabilitationsplan erstellt und das individuelle Rehabilitationsziel bzw. -teilziel definiert.

Besprechungen des Rehabilitationsteams zum Verlauf sind regelmäßig durchzuführen. Der Rehabilitationsplan ist dem Verlauf anzupassen. Änderungen im Bereich der Körperfunktionen und Körperstrukturen (einschließlich psychischer Funktionen), der Aktivitäten sowie ggf. der Teilhabe sind in regelmäßigen Abständen unter Nutzung der relevanten Untersuchungsmethoden zu dokumentieren.

6.7 Behandlungselemente

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

Die wesentlichen Behandlungselemente der ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen sind

- Psychotherapie (Einzel- und Gruppentherapie nach anerkannten Interventionsmethoden ggf. unter Einbeziehung von Angehörigen/Bezugspersonen)
- medikamentöse Therapie
- sozialtherapeutische Betreuung, Sozialberatung und Hilfestellung zur Reintegration in Alltag und Beruf
- arbeitsbezogene Trainingsmaßnahmen
- Training alltäglicher Fertigkeiten
- Ergotherapie/fakultativ Kreativtherapie
- Sport- und Bewegungstherapie
- Physiotherapie
- Entspannungsverfahren
- Ernährungsberatung
- Gesundheitsbildung
- Beratung und Initiierung hinsichtlich weiterführender Maßnahmen und Nachsorge (u.a. Anregung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Wohnraumgestaltung).

An die Gestaltung von Gruppentherapien sind besondere Anforderungen zu stellen. So sollte es geschlossene und/oder offene Gruppen mit maximal zehn

Teilnehmern geben. Für einzelne Störungsbilder sollen je nach Größe der Einrichtung und Schwerpunktsetzung spezielle Gruppentherapien zur Anwendung kommen.

Die ambulante Rehabilitation sollte bei der Gestaltung der Maßnahmen die lokal gegebenen Möglichkeiten durch Einbeziehung des familiären Umfelds, des Arbeitsumfelds und der Vor- und Nachbehandler nutzen. Im Bedarfsfall sind Besuche vor Ort (Wohnung, Arbeitsplatz) durchzuführen.

Die Qualität der Rehabilitationsbehandlung ist durch interne oder ggf. durch externe Supervision sicherzustellen.

7. Personelle Ausstattung

7.1 Rehabilitationsteam und Qualifikation

Dem interdisziplinären Rehabilitationsteam gehören folgende Berufsgruppen an, die eine qualifizierte Ausbildung besitzen und mehrheitlich über Berufserfahrung³ in der Rehabilitation verfügen.

Arzt

Neben dem ärztlichen Leiter und seinem Stellvertreter mit den o.g. Gebietsbezeichnungen sollen sich die weiteren Ärzte in psychotherapeutischer Weiterbildung befinden und möglichst 2 Jahre Berufserfahrung in einer Rehabilitationseinrichtung haben.

Psychologischer Psychotherapeut/Diplom-Psychologe

- mindestens ein approbierter Psychologischer Psychotherapeut sowie weitere Diplom-Psychologen in psychotherapeutischer Aus- oder Weiterbildung.

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

Ergotherapeut/fakultativ auch Kreativtherapeut (z. B. KTL definiert⁴)

- Staatlich anerkannte Berufsausbildung und
- Grundlagenkenntnisse in arbeitsrehabilitativen Maßnahmen, Ergonomie, Arbeitsplatzanpassung und
- Beratung zur Belastungserprobung und einschlägige Erfahrungen in der berufsorientierten Arbeitstherapie.

Sozialarbeiter/Sozialpädagoge

- Diplom/staatliche Anerkennung als Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge mit mind. 2 Jahren vollzeitiger Berufserfahrung.

Sportlehrer/Sporttherapeut

- Diplom-Sportlehrer mit möglichst rehabilitationspezifischer Qualifikation.

Physiotherapeut/Krankengymnast

- Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut/Krankengymnast.

Gesundheits- und Krankenpfleger/Arzthelferin

- Staatliche Ausbildung.

Diätassistent/Diplom-Oecotrophologe

- Staatlich anerkannte Berufsausbildung.

7.2 Personalbemessung

Die personelle Ausstattung der ambulanten Rehabilitationseinrichtung 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 weitere Aufgaben von Therapeuten und Ärzten.

4) Vgl. Kreativtherapie in: Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL), Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg.), 4. Auflage 2000.

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

Arzt	1 : 16 ⁵
Psychologischer Psychotherapeut/Diplom-Psychologe	1 : 20 ⁵
Ergotherapeut/fakultativ auch Kreativtherapeut	1 : 40
Sozialarbeiter/Sozialpädagoge	1 : 60 – 1 : 40
Sportlehrer/Sporttherapeut	1 : 80
Physiotherapeut/Krankengymnast	1 : 80
Gesundheits- und Krankenpfleger/Arzthelferin	1 : 40 – 1 : 20
Diätassistent/Diplom-Oecotrophologe	1 : 80

Bei kleineren ambulanten Rehabilitationseinrichtungen ist der Anteil an der therapeutischen Versorgung durch die Ärztliche Leitung in der Regel zur Hälfte anzurechnen.

Die personelle Ausstattung der weiteren Berufsgruppen richtet sich nach dem jeweiligen therapeutischen Konzept/Schwerpunkt der Einrichtung. Eine unterschiedliche Gewichtung zwischen den Berufsgruppen ist möglich. Die Teilnahme der Mitarbeiter an Teambesprechungen ist sicherzustellen.

Zusätzlich sind Verwaltungsaufgaben, Urlaubs- und Krankheitsvertretung zu gewährleisten.

8. Räumliche Ausstattung

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

Es sollten angemessene Räumlichkeiten vorhanden sein

- für Gruppentherapie
- für Einzeltherapie
- für Bewegungstherapie

5) Die Relation beider Berufsgruppen zu den Rehabilitanden soll zusammengenommen 1 zu 9 nicht unterschreiten. Beide Berufsgruppen sollten in etwa zu gleichen Anteilen vertreten sein.

- für Ergotherapie/Kreativtherapie
- Notfallversorgung und spezielle Diagnostik
- medizinisches Untersuchungszimmer
- Sanitärbereich (in ausreichender Anzahl barrierefrei gestaltet) mit Umkleieräumen für Damen und Herren mit abschließbaren Schrankfächern
- Lehrküche (auch extern, bei guter Erreichbarkeit und organisatorischer Gewährleistung)
- Empfangs- und Wartebereich
- Ruhe-, Entspannungs-, Regenerationsbereich
- Aufenthalts- und Versorgungsbereich
- externe Bewegungsmöglichkeiten durch Einbeziehung von Freigelände
- Personalaufenthaltsraum
- für Verwaltungsaufgaben.

Die Räume müssen barrierefrei zugänglich sein.

9. Apparative Ausstattung

Die apparative Ausstattung muss die Diagnostik und Therapie der speziellen Gesundheitsprobleme nach aktuellem Wissensstand sowie die Notfallversorgung gewährleisten.

Medizinische Geräte

- Ruhe-EKG
- für Notfälle (Notfallkoffer, Defibrillator, Sauerstoffflasche).

Der Zugang zu weiterführender Diagnostik muss jederzeit gewährleistet sein.

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

11. Beendigung der Maßnahme

Die ambulante Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen 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.

Die ambulante Rehabilitation sollte abgebrochen werden, wenn

- die Maßnahme ohne zwingenden Grund nicht regelmäßig, pünktlich und vollständig in Anspruch genommen wird
- die Compliance bei der Einnahme von Medikamenten und/oder aktiven Mitwirkung am Rehabilitationsprozess nicht ausreicht
- die Zielsetzung der Rehabilitation auch bei Berücksichtigung adäquater Verlängerungsmöglichkeiten nicht innerhalb der vorgesehenen/abschließend bewilligten Frist erreichbar ist
- eine interkurrente Erkrankung oder Verschlimmerung der zu rehabilitierenden Erkrankung eintritt, die eine ausreichende Teilnahme/Mitwirkung an der Rehabilitation verhindert
- nicht kurzfristig veränderbare schädliche Verhaltensweisen auftreten, die den eigenen Rehabilitationserfolg oder den der anderen Rehabilitanden gefährden.

An der Erarbeitung der Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation waren beteiligt

- Prof. Dr. Dr. Uwe Koch, Hamburg
- Dr. Klaus Limbacher, Bad Dürkheim
- Dr. Gerhard H. Paar, Geldern
- Prof. Dr. Heinz Rüdgel, Bad Kreuznach
sowie Vertreter/innen der
- Krankenversicherung
- Rentenversicherung
- Unfallversicherung
- Kassenärztlichen Bundesvereinigung
- und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung.

Weitere Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation

- Rahmenempfehlungen zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation
- Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation
- Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen
- Rahmenempfehlungen zur ambulanten dermatologischen Rehabilitation
- Rahmenempfehlungen zur ambulanten onkologischen Rehabilitation

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 – Mai 2004
ISSN: 0933-8462