

Rahmen- empfehlungen

zur ambulanten onkologischen Rehabilitation

Trägerübergreifende Zusammenarbeit – Koordinierung und Kooperation

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

ISSN 0933-8462



Rahmenempfehlungen zur ambulanten onkologischen Rehabilitation

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 onkologischen Rehabilitation

1. Allgemeines	35
2. Indikationsstellung / Medizinische Voraussetzungen	35
2.1 Vorbedingung / Diagnosen	36
2.2 Anforderungen an die medizinische Diagnostik vor Einleitung der Rehabilitation	37
2.3 Körperfunktionen und Körperstrukturen	37
2.4 Aktivitäten	38
2.5 Teilhabe	39
2.6 Kontextfaktoren	39
2.7 Individuelle Voraussetzungen	41
3. Rehabilitationsziele	42
3.1 Rehabilitationsziele bezogen auf Körperfunktionen und Körperstrukturen	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	45
6.1 Rehabilitationskonzept	45
6.2 Ärztliche Leitung und Verantwortung	46
6.3 Ärztliche Aufgaben	46
6.4 Rehabilitationsdiagnostik	47
6.5 Rehabilitationsplan	48
6.6 Behandlungselemente	49
7. Personelle Ausstattung	53
7.1 Rehabilitationsteam und Qualifikation	53
7.2 Personalbemessung	56
8. Räumliche Ausstattung	56
9. Apparative Ausstattung	57
10. Verlängerungskriterien	58
11. Beendigung der Maßnahme	58

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

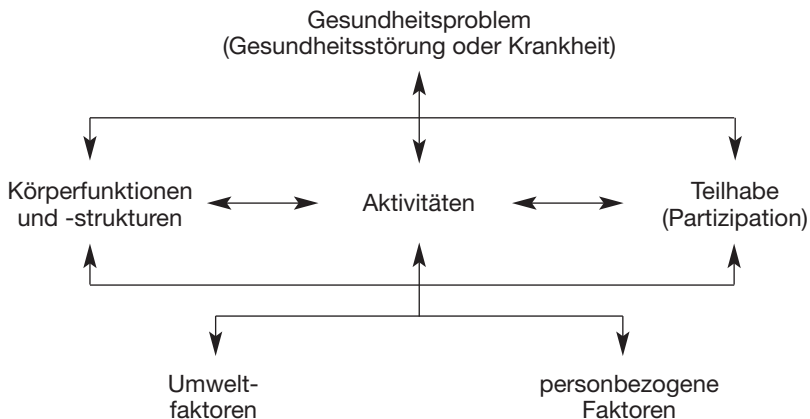


Abbildung: Das bio-psycho-soziale Modell der Komponenten der Gesundheit.

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 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.

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

Danach kann die funktionale Gesundheit einer Person beeinträchtigt sein, wenn

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

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

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

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

2.2 Komponenten der ICF

Körperfunktionen und Körperstrukturen

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

Hierzu zählen insbesondere Schädigungen

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

Aktivitäten

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

Beeinträchtigungen der Aktivität zeigen sich z.B.

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

Teilhabe

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

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

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

Kontextfaktoren

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

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

Zu den Umweltfaktoren zählen

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Rehabilitationsansatz

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

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

2.4 Abgrenzung zur kurativen Versorgung

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

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

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

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

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

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

2.5 Grundlage

Die medizinische Rehabilitation umfasst insbesondere

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

3. Indikationsstellung / Medizinische Voraussetzungen

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

- die Rehabilitationsbedürftigkeit
- die Rehabilitationsfähigkeit
- die Rehabilitationsprognose.

Diese Voraussetzungen sind wie folgt definiert:

3.1 Rehabilitationsbedürftigkeit

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

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

3.2 Rehabilitationsfähigkeit

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

3.3 Rehabilitationsprognose

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

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

4. Individuelle Voraussetzungen

Neben den medizinischen Voraussetzungen muss der Rehabilitand für eine ambulante Rehabilitation

- über die zur Inanspruchnahme der Rehabilitation erforderliche Mobilität verfügen und

- die Rehabilitationseinrichtung in einer zumutbaren Fahrzeit erreichen können.

Die häusliche Versorgung des Rehabilitanden muss sichergestellt sein.

5. Rehabilitationsziele

5.1 Allgemeines Rehabilitationsziel

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

Dieses Ziel kann erreicht werden durch

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

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

5.2 Trägerspezifische Rehabilitationsziele

Die medizinische Rehabilitation zielt

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

- in der **Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte** darauf, den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbslebeniedereinzugliedern
- 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 ambulant 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 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/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 Selbstständigkeit 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.

Katamnestische 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 onkologischen Rehabilitation

1. Allgemeines

Ambulante Leistungen zur onkologischen Rehabilitation sind dadurch gekennzeichnet, dass durch die Nähe zum Wohnort flexibler auf die Bedürfnisse des Rehabilitanden eingegangen werden kann. Bezugspersonen, behandelnde Ärzte oder Probleme am Arbeitsplatz können in das Rehabilitationskonzept einbezogen und Selbsthilfeaktivitäten vor Ort genutzt werden. An die ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind inhaltlich und konzeptionell die gleichen qualitativen Anforderungen zu stellen wie an die Leistungen der stationären onkologischen Rehabilitation. Ambulante Leistungen werden von Rehabilitationskliniken oder Rehabilitationszentren erbracht.

Die ambulante onkologische Rehabilitation verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz, wobei somatische, psychische, soziale und berufliche Hilfen je nach individueller Bedürftigkeit gewichtet und durchgeführt werden. Sowohl kurativ behandelte tumorfreie als auch Rehabilitanden mit noch vorhandener Tumoraktivität können bei bestehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe rehabilitativer Maßnahmen bedürfen.

Am Beginn der ambulanten onkologischen Rehabilitation steht grundsätzlich eine funktionsorientierte Diagnostik, auf deren Grundlage die Rehabilitationsziele und die Effektivitätsparameter (Ergebnisqualität) bestimmt werden und die Planung sowie die Durchführung der Rehabilitation erfolgt. Die hierfür notwendigen Strukturen (Strukturqualität) sind in Abhängigkeit der notwendigen Maßnahmen (Prozessqualität) zur Verfügung zu stellen.

2. Indikationsstellung / Medizinische Voraussetzungen

Die ambulante onkologische Rehabilitation ist indiziert, wenn

- als Folge der malignen Erkrankung und/oder der Therapie Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen bzw. bereits manifest sind
- Rehabilitationsfähigkeit besteht
- eine positive Rehabilitationsprognose gestellt werden kann
- die individuellen Voraussetzungen erfüllt sind.

Die vorstehenden Begriffe sind im Allgemeinen Teil definiert.

Die Eigenheit der onkologischen Erkrankung erfordert es, der Rehabilitationsfähigkeit besondere Bedeutung beizumessen. Der Rehabilitand muss belastbar, motiviert und aufgrund seiner psychischen und geistigen Fähigkeiten in der

Lage sein, aktiv am Rehabilitationsprozess teilzunehmen. Therapieelemente, die möglichst frühzeitig die Rehabilitationsfähigkeit herstellen, sind während der kurativen Phasen einzubeziehen. Die Primärtherapie muss abgeschlossen sein.

Die sozialmedizinische Indikationsstellung für eine ambulante onkologische Rehabilitation hat also nicht allein eine onkologische Diagnose zur Voraussetzung, sondern ergibt sich erst aus der zusammenfassenden Analyse und Bewertung der unter Ziffer 2.3 bis 2.6 beschriebenen Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Beeinträchtigungen der Teilhabe unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren.

2.1 Vorbedingung / Diagnosen

Vorbedingung für die ambulante onkologische Rehabilitation ist das Vorliegen mindestens einer malignen Geschwulst- oder Systemerkrankung, z.B.

- der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx
- der Verdauungsorgane
- der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe
- des Knochens und des Gelenkknorpels
- ein Melanom oder sonstige Neubildungen der Haut
- des mesothelialen Gewebes und des Weichteilgewebes
- der Brustdrüse
- der weiblichen Genitalorgane
- der männlichen Genitalorgane
- der Harnorgane
- des Auges, des Gehirns und sonstiger Teile des Zentralnervensystems
- der Schilddrüse und sonstiger endokriner Drüsen
- Tumoren ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen
- des blutbildenden und lymphatischen Systems
- von Primärtumoren an mehreren Lokalisationen.

Hat eine operative Therapie oder Strahlentherapie stattgefunden, so muss die Behandlung abgeschlossen sein.

Adjuvante und/oder additive Therapien, wozu neben Immuntherapie auch Chemotherapien gehören, können die Rehabilitation begleiten. Wird durch sie aller-

dings die Durchführung einer Rehabilitationsleistung in ihrer Effektivität beeinträchtigt, ist die Rehabilitation zeitlich zu verschieben, da zu diesem Zeitpunkt keine Rehabilitationsfähigkeit besteht.

2.2 Anforderungen an die medizinische Diagnostik vor Einleitung der Rehabilitation

Vor Beginn der Rehabilitation sollte die onkologische Diagnostik einschließlich des Rezidivausschlusses, des Stagings und der Tumoraktivität abgeschlossen sein; ebenso sollte eine adäquate Diagnostik der Begleiterkrankungen erfolgt sein. Es müssen jedoch grundsätzlich die Voraussetzungen zur Durchführung einer Diagnostik vorhanden sein, um auch im Verlauf des Rehabilitationsverfahrens bei Bedarf zeitnah eine diagnostische Abklärung herbeizuführen. Dies kann im ambulanten Bereich bevorzugt durch ein Kooperationsnetz verschiedener Fachdisziplinen erfolgen.

Der Arzt in der ambulanten Rehabilitationseinrichtung muss über die Ergebnisse der Voruntersuchungen informiert sein. Er muss auch wissen, ob und wie weit der Rehabilitand über seine Tumorerkrankung und die sich daraus ergebenden Konsequenzen aufgeklärt ist.

Neben der klinischen Untersuchung sollten je nach Tumoraktivität und Ausmaß der Schädigungen alle erforderlichen Untersuchungen in den letzten drei Monaten durchgeführt sein und deren Ergebnisse sowie Befunde der Rehabilitationseinrichtung schriftlich vorliegen.

2.3 Körperfunktionen und Körperstrukturen

Je nach onkologischer Erkrankung, nach befallenen Organ und nach durchgeführter Tumorthherapie ist mit unterschiedlichen Schädigungen zu rechnen. Diese können auch zeitlich verzögert noch lange nach Abschluss der Therapie auftreten. Da sowohl Rehabilitanden ohne als auch mit Tumoraktivität rehabilitationsbedürftig sein können, sind sowohl tumorbedingte als auch therapiebedingte Schädigungen zu berücksichtigen.

Bei den Auswirkungen der Tumorerkrankung stehen auf somatischer Ebene häufig Schmerzen und spezielle Ernährungsprobleme im Vordergrund, auf psychischer Ebene Probleme der Krankheitsbewältigung, Angst und Depression und auf sozialer Ebene berufliche Integrationsprobleme und das Risiko der Pflegebedürftigkeit. Die therapiebedingten Auswirkungen können sehr unterschiedlich ausgeprägt sein, je nach durchgeführter Operation, Strahlen-, Chemo-, Hormon- oder Immuntherapie.

Bei Rehabilitanden mit

- gastrointestinalem Tumor (Oesophaguskarzinom, Magenkarzinom, Pankreaskarzinom, Colon- und Rektumkarzinom) sind es vorrangig die Passagestörungen mit ihren Auswirkungen auf die Ernährung und körperliche Leistungsfähigkeit
- gynäkologischem Tumor (Mammakarzinom, Ovarialkarzinom, Tubenkarzinom, Endometriumkarzinom, Zervixkarzinom, Vaginalkarzinom, Vulvakarzinom) sind es neben den operationsbedingten Schädigungen wie Lymphödem und Einschränkungen der Schulter-Arm-Beweglichkeit, die Störungen der Sexualfunktionen und der Psyche
- Bronchialkarzinom stehen die Schädigungen mit Einschränkung der Lungenfunktion und die Angst vor allem vor Luftnot und Erstickung im Vordergrund
- hämato-onkologischer Systemerkrankung (akute und chronische Leukämie, malignes Lymphom) sind es häufig die Störungen des Immunsystems
- urogenitalem Tumor (Prostatakarzinom, Blasenkarzinom, Hodenkarzinom) sind es häufig die Auswirkungen der Therapie auf die Sexualfunktion und die Kontinenz.

2.4 Aktivitäten

Die durch die onkologische Erkrankung bzw. Therapie bedingten Schädigungen führen häufig zu nachfolgenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten, insbesondere

- im Bereich der Fortbewegung, Beweglichkeit (z.B. Gehen, Treppensteigen, Bergangehen, schnelles Laufen)
- im Bereich der körperlichen Belastbarkeit (z.B. Arbeitsbelastung, Ausdauer, Haushaltsversorgung, Selbstversorgung, Tragen von Gegenständen)
- im Bereich Verhalten und Kommunikation (z.B. Familie, Beruf, Freizeit)
- in der Ausübung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL): Waschen, An-/Ausziehen, Körperpflege, Haushaltsführung, Einkauf, Nahrungszubereitung, Ernährung, Toilettenbenutzung u.a.
- in den Krankheitsbewältigungs- bzw. Kompensationsstrategien (z.B. durch erzwungene Immobilität, schmerzbedingte Störungen des Antriebs, der Emotion, rasche Ermüdbarkeit somatischer und psychischer Kräfte, Probleme in der Akzeptanz der Erkrankung und/oder der therapiebedingten Ausfälle, Probleme im selbstständigen und sachgerechten Umgang mit Hilfsmitteln).

2.5 Teilhabe

Beeinträchtigungen der Teilhabe können aus den Schädigungen und den Beeinträchtigungen der Aktivitäten resultieren

- im Bereich der physischen/psychischen/sozialen/beruflichen Unabhängigkeit
- im Bereich zwischenmenschlicher Beziehungen
- in der Mobilität
- in der wirtschaftlichen Eigenständigkeit
- in der sozialen Integration/Reintegration
- in der Orientierung
- in der Beschäftigung (z.B. Schulbesuch, Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit, Haushaltsführung, Freizeitaktivitäten)
- in der sozialen Interaktion z.B. durch Störungen der Sprach- bzw. Schluckfunktionen bei Tumoren im Kopf-/Halsbereich (Nasopharynx-, Hypopharynx- und Larynxkarzinome).

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 die Komponenten der funktionalen Gesundheit haben. Einige solcher nega-

tiv wirkenden Kontextfaktoren bedeuten sogar Gesundheits- bzw. Krankheitsrisiken, wobei die Wirkungsmechanismen nicht immer hinreichend geklärt sind.

Im Rahmen der negativ wirkenden Kontextfaktoren ist 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.

Das berufliche Umfeld ist nicht nur aus Gründen der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit zu beachten, sondern auch wegen berufsbedingter kanzerogener Expositionsfaktoren.

Grundlage für die Beurteilung berufsbedingter Tumoren bildet die Berufskrankheitenverordnung.

Die nachfolgende Tabelle stellt lediglich einen Auszug aus der Liste der Berufskrankheiten dar.

Arbeitsstoff	Tumorlokalisation	Gewerbebezweig/ Tätigkeitsbereich	Listen-Nr.
Chrom	Lunge, Nasenhöhle, Nasennebenhöhle	Chromatherstellung	1103
Arsen	Lunge, Haut	Land- und Forstwirtschaft	1108
Aromatische Amine	Harnblase	Farb- und Anilinherstellung	1301
Benzol	Leukämie	Gummi-Industrie	1303
Asbest	Lunge, Kehlkopf, Mesotheliom des Rippenfells, des Bauchfells, des Herzbeutels	Asbestgewinnung und -verarbeitung	4104/ 4105
Nickel	Lunge, Nasenhöhle, Nasennebenhöhle	Akkumulatoren- herstellung	4109
Buchen- und Eichenholz- stäube	Nasenhöhle, Nasennebenhöhle	Holzbearbeitung und Holzverarbeitung	4203

Die Relevanz von Kontextfaktoren bei onkologischen Erkrankungen ist unterschiedlich je nach onkologischer Erkrankung und durchgeführter Therapie. Beispielhaft seien die relevanten Kontextfaktoren für die häufigsten onkologischen Erkrankungen genannt

- Polymorbidität oder Vorliegen weiterer Behinderungen
- psychosozialer Faktoren (z.B. Stress)
- soziale Einbindung (Beruf, soziale Sicherung, Familienmitglieder, Freunde, Bekannte, Selbsthilfegruppen)
- soziale Akzeptanz (im beruflichen und privaten Bereich, insbesondere bei Rehabilitation oder beruflicher Wiedereingliederung trotz Stoma)
- soziale Einrichtungen (z.B. System der sozialen Sicherung)
- Wohnverhältnisse (z.B. welche Etage, Aufzug vorhanden, getrennte Schlafräume, Größe/Trennung von Bad und Toilette), besonders bei Rehabilitanden mit Bronchialkarzinom, hämatologischen Systemerkrankungen, Rektumkarzinom mit künstlichem Darmausgang
- Begleiterscheinungen (z.B. Silikose, COPD, Emphysem, bei Bronchialkarzinom)
- Witterungsverhältnisse (z.B. Einwirkung von Kälte, Nässe, Zugluft sowie Luftverunreinigung, besonders bei Patienten mit Bronchialkarzinom, hämato-onkologischen Systemerkrankungen und Prostatakarzinom)
- Sexualität bei urologischen Tumorpatienten, Patientinnen mit gynäkologischem Tumor und/oder Mammakarzinom, Rektumkarzinompatienten.

2.7 Individuelle Voraussetzungen

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 und
- die ambulante Rehabilitationseinrichtung in einer zumutbaren Fahrzeit erreichen können.

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

3. Rehabilitationsziele

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

Ziele in diesem Sinne sind z.B.

- Wiederherstellung und Erhaltung der Erwerbsfähigkeit
- Planung und Einleitung weiterer Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben (z.B. Arbeitsplatzanpassung, Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes)
- Kompensation (Ersatzstrategien) bei Organverlust
- Adaptation / Krankheitsverarbeitung
- Sicherung der Nachsorge.

3.1 Rehabilitationsziele bezogen auf Körperfunktionen und Körperstrukturen

Ziele sind die Abwendung, Beseitigung, Minderung, Verhütung der Verschlimmerung oder Milderung der Folgen von Schädigungen bei onkologischen Erkrankungen wie unter Ziffer 2.3 beschrieben.

3.2 Rehabilitationsziele bezogen auf Aktivitäten

Ziele sind die Abwendung, Beseitigung, Minderung, Verhütung der Verschlimmerung oder Milderung der Folgen einer Zunahme der unter Ziffer 2.4 genannten Beeinträchtigungen der Aktivitäten wie

- Verbesserung / Erhalt der Selbstständigkeit, Selbstversorgung
- Verbesserung der Fortbewegung / Beweglichkeit (z.B. Treppen steigen)
- Verbesserung der Ausdauer
- Vermeidung / Beseitigung / Verminderung von Beeinträchtigungen der Aktivitäten des täglichen Lebens

- Verbesserung des sachgerechten Umgangs mit Hilfsmitteln
- Optimierung der Krankheitsbewältigung (Coping)
- Verbesserung der Fähigkeit zur Freizeitgestaltung / zu sportlichen Aktivitäten.

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, wie unter Ziffer 2.5 beschrieben, z.B. eine Verbesserung der

- Teilhabe in bedeutenden Lebensbereichen z.B.
 - im Bereich von Arbeit und Beschäftigung
 - im Bereich der Selbstversorgung
 - im Bereich des häuslichen Lebens (z.B. Haushaltsführung)
 - im Bereich des sozialen Lebens (z.B. Freizeitaktivitäten)
- sozialen Integration / Reintegration (z.B. im Bereich Erwerbsleben)
- sozialen Kompetenz
- physischen Unabhängigkeit
- psychischen Unabhängigkeit
- Mobilität.

Bezugspersonen sind nach Möglichkeit einzubeziehen, sofern dies zur Erreichung der Rehabilitationsziele erforderlich ist.

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 zu berücksichtigen sind. Hierzu können u.a. Arbeitsplatzbegehungen, Wohnraumbesichtigungen und Gespräche mit dem Arbeitgeber bzw. den Bezugspersonen erforderlich sein, mit dem Ziel, die Umweltbedingungen an verbleibende Beeinträchtigungen der Aktivitäten des Rehabilitanden anzupassen (Adaptation), z.B. durch

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.

- Planung und Einleitung weiterer Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben (z.B. Arbeitsplatzanpassung, Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes)
- Planung und Einleitung berufsfördernder Maßnahmen, Umschulungen, Rentenanspruchstellung
- Anleitung zur gesundheitsbewussten Ernährung und Motivation zur Lebensstiländerung, einschließlich Abbau von Risikoverhalten
- Anleitung zur Verminderung bzw. Beseitigung von Bewegungsmangel
- Anleitung zu Stressabbau / Stressbewältigung
- Hilfe bei der Findung von Bewältigungsstrategien
- Gestaltung der häuslichen Umgebung
- Einleitung und Anpassung an Sport- und Freizeitaktivitäten.

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

Rehabilitationsziele in diesem Sinne sind

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

4. Behandlungsfrequenz und Rehabilitationsdauer

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

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

5. Ausschlusskriterien

Es gelten die in Ziffer 8 Allgemeiner Teil festgelegten Ausschlusskriterien.

Grundsätzliche Voraussetzungen für eine ambulante onkologische Rehabilitationsmaßnahme ist eine onkologische Erkrankung wie unter Ziffer 2.1 ausgeführt und das Vorliegen von Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und positiver Rehabilitationsprognose. Dabei ist die Rehabilitationsprognose nicht gleichzusetzen mit der Krankheitsprognose.

Mangelnde Kooperation und Compliance sowie eine terminale inkurable Tumorerkrankung schließen eine Rehabilitationsmaßnahme aus.

6. Anforderungen an die ambulante Rehabilitationseinrichtung

6.1 Rehabilitationskonzept

Jede ambulante Einrichtung zur onkologischen Rehabilitation erstellt ein strukturiertes Rehabilitationskonzept, das die erforderliche rehabilitative Diagnostik und Behandlung sowie die personelle, räumliche und apparative Ausstattung der Einrichtung, die Zusammenarbeit mit kurativen Institutionen und Disziplinen sowie Angaben zur voraussichtlichen Behandlungsdauer und zur Nachbetreuung enthält.

Bei den stark divergierenden Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten bei onkologischen Krankheiten empfiehlt es sich bei ambulanten Rehabilitationseinrichtungen indikative Schwerpunkte zu setzen, die eigene Schulinhalte erfordern.

6.2 Ärztliche Leitung und Verantwortung

Die ambulante Rehabilitationseinrichtung muss unter Leitung und Verantwortung eines Facharztes/einer Fachärztin² für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie und nachweisbaren Rehabilitationskenntnissen stehen. Der leitende Arzt muss über mindestens zweijährige vollzeitige rehabilitative und sozialmedizinische Erfahrungen verfügen und sollte die Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen oder Sozialmedizin führen. Die indikationsspezifischen Anforderungen der Arbeitsmedizin, soweit erforderlich, sowie die Anleitung und Weiterbildung der ärztlichen Mitarbeiter sind zu gewährleisten.

Je nach Indikationsspektrum der Einrichtung müssen – in fester vertraglicher Bindung zumindest auf Konsiliarbasis – zusätzlich folgende Ärzte zur Verfügung stehen

- bei Mamma- oder anderen gynäkologischen Tumoren ein Arzt für Gynäkologie
- bei Tumoren des Gastrointestinaltrakts ein Arzt für Innere Medizin, Schwerpunkt Gastroenterologie
- bei HNO-Tumoren ein Arzt für HNO-Heilkunde
- bei ZNS-Tumoren ein Arzt für Neurologie
- bei urogenitalen Tumoren ein Arzt für Urologie.

Der leitende Arzt oder sein benannter Vertreter müssen während der Therapiezeiten in der Einrichtung präsent und verfügbar sein. Im Übrigen muss während der gesamten Öffnungszeit adäquate ärztliche Präsenz gewährleistet sein.

Der Vertreter des leitenden Arztes muss über eine vergleichbare Qualifikation verfügen wie der leitende Arzt der Einrichtung.

Ist die Rehabilitationseinrichtung an einer kurativmedizinisch ausgerichteten onkologischen Klinik / Gemeinschaftspraxis / Praxisgemeinschaft angesiedelt, muss eine räumliche und organisatorische Trennung gegeben sein.

6.3 Ärztliche Aufgaben

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

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

Zu den ärztlichen Aufgaben gehören

- Aufnahme-, Zwischen- und Abschlussuntersuchung sowie Koordination und Überwachung der rehabilitativen Maßnahmen
- Durchführung und Auswertung der Rehabilitationsdiagnostik mit Konkretisierung des somatischen, psychischen, sozialen und beruflichen Rehabilitationsbedarfs
- Erstellung und Anpassung des Rehabilitationsplans
- Abstimmung und Bestimmung des Rehabilitationsziels sowie des Rehabilitationsplans mit dem Rehabilitanden und dem Rehabilitationsteam
- Durchführung aller für die ambulante Rehabilitation erforderlichen ärztlich-therapeutischen Maßnahmen
- Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln
- Versorgung mit Hilfsmitteln
- Durchführung von Visiten in den Behandlungsräumen und Sprechstundenangebot für den Rehabilitanden
- Koordination und Anpassung, Überwachung und Evaluation der Therapiemaßnahmen
- Leitung des Rehabilitationsteams und der Teambesprechungen (mind. einmal pro Woche)
- Information und Beratung des Rehabilitanden unter Einbeziehung der Bezugspersonen
- Erstellung des ärztlichen Entlassungsberichts mit sozialmedizinischer Beurteilung, Empfehlungen für die Weiterbehandlung unter Einbeziehung der Befundberichte des nicht-ärztlichen Rehabilitationsteams
- Kooperation mit vor- und nachbehandelnden Ärzten, Konsiliarärzten und Konsiliardiensten und den in der Nachsorge und Rehabilitation eingebundenen Diensten sowie Selbsthilfegruppen
- Qualitätssicherung unter Berücksichtigung der externen Verfahren der Rehabilitationsträger.

6.4 Rehabilitationsdiagnostik

Bei der Rehabilitationsdiagnostik handelt es sich im Wesentlichen um eine Funktionsdiagnostik. Die Diagnostik hat zu Beginn der Leistung den individuellen Rehabilitationsbedarf festzustellen, woraus die Rehabilitationsziele zu bestimmen und die zur Erreichung dieser Ziele geeigneten Leistungsinhalte nach Art, Umfang und Intensität festzulegen sind. Am Ende der Maßnahme hat

die Rehabilitationsdiagnostik u.a. festzustellen, ob und in welchem Umfang die zu Beginn der Maßnahme festgelegten Rehabilitationsziele erreicht wurden.

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

- eine aktuelle Statusbestimmung der Tumorerkrankung, sofern es für die Rehabilitation erforderlich ist
- medizinische, berufliche und soziale Anamnese
- eingehende körperliche allgemeine Untersuchung
- Prüfung der Indikation für eine psychologische Beratung.

Die Diagnostik umfasst fakultativ

- Ruhe-EKG
- Sonographie
- Bestimmung weiterer Laborparameter, soweit nicht vorhanden
- bildgebende Verfahren, wie z.B. Computertomographien oder NMR-Tomographie
- endoskopische Untersuchungen
- Lungenfunktion, Langzeit-EKG, Langzeit-Blutdruck.

Bei Bedarf müssen weitere konsiliarische Untersuchungen sichergestellt sein.

6.5 Rehabilitationsplan

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

Regelmäßige Besprechungen des onkologischen Rehabilitationsteams geben Auskunft über den Verlauf. Der Rehabilitationsplan ist dem Verlauf anzupassen. Änderungen im Bereich der Körperfunktionen und Körperstrukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe sind in regelmäßigen Abständen unter Nutzung der angemessenen Untersuchungsmethoden ebenso wie die sich hieraus ergebenden Konsequenzen für den weiteren Rehabilitationsprozess zu dokumentieren.

6.6 Behandlungselemente

Zu den wesentlichen Behandlungselementen der ambulanten onkologischen Rehabilitation gehören (in alphabetischer Reihenfolge)

● Beratung und Schulung

Die gezielte Information und Beratung der Rehabilitanden ist eine zentrale Aufgabe in der onkologischen Rehabilitation. Sie bilden eine wichtige Grundlage für das Krankheitsverständnis und damit die Voraussetzung für die Akzeptanz der notwendigen Behandlungs- und Krankheitsbewältigungsstrategien. Im Einzelnen gehören zur Beratung/Schulung in der onkologischen Rehabilitation beispielsweise folgende Elemente

- Schulung von Rehabilitanden mit Stoma (Colostoma-, Ileostoma-, Urostoma-, Trachestomaversorgung) mit Erlernen der Stomaversorgung und -pflege
- Schulung in der Ösophagussprache nach Laryngektomie
- Schulung im Umgang mit Fisteln
- Prothesenberatung (z.B. nach Mammaamputation)
- Gehschule (z.B. nach Extremitätenamputation)
- Beratung bzgl. Sinn und Unsinn von sog. „biologischen und alternativen“ Krebstherapien sowie prophylaktischen Maßnahmen (z.B. „Krebsdiät“)
- Beratung und Anleitung der Bezugspersonen.

Ernährungsberatung

Die Ernährungs-/Diätberatung sollte auf dem anerkannten medizinischen Erkenntnisstand basieren. Sie sollte den Lebenspartner einbeziehen. In der Onkologie wird sie vorrangig dazu eingesetzt, die individuellen Funktionsdefizite beseitigen zu helfen, z.B. bei Rehabilitanden nach Resektion im Bereich des Magen- und Darmtraktes, mit Gewichtsabnahme oder mit Inappetenz (z.B. in Folge von Chemo- oder Strahlentherapie).

Sie kann aber auch im Sinne einer Prävention angezeigt sein, z.B. bei Rehabilitanden mit Colostoma, um durch eine Gewichtsreduktion das Risiko einer Bauchwandhernie reduzieren zu helfen.

Im Rahmen des Gesundheitstrainings soll auch über besondere Diätformen aufgeklärt werden.

Sexualberatung

Störungen des sexuellen Erlebens und Verhaltens treten als Begleit- oder Folgeerkrankung vieler Krebserkrankungen auf und bedeuten für die betroffenen

Menschen oft eine erhebliche Einbuße an Lebensqualität, Selbstwertgefühl und Zufriedenheit in der Partnerbeziehung.

Eine Einbeziehung des Lebenspartners in die Beratung ist anzustreben.

Prothetische Beratung / Hilfsmittel

Die prothetische Beratung muss fachgerecht und individuell erfolgen. Die Rehabilitationseinrichtung hat bei entsprechender Indikation eine fachgerechte Beratung sicherzustellen.

Soziale Beratung und Hilfestellung

Sie umfasst insbesondere

- Hilfen zur Reintegration in Beruf und Alltag
- Beratung im Hinblick auf Sozialleistungen
- Beratung und Hilfen zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit bzw. Hilfen zur weiteren sozialen Versorgung (ggf. einschließlich Pflege)
- Informationen zur Vermittlung von Selbsthilfegruppen, Rehabilitationssport, Tumornachsorge sowie anderen weiterführenden Beratungs- und Hilfsmöglichkeiten am Wohnort oder in der Umgebung.

Berufliche Beratung und Hilfen

Jeder Rehabilitand im erwerbsfähigen Alter ist über die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, insbesondere die berufliche Wiedereingliederung zu beraten, welcher Träger für deren Zuständigkeit in Betracht kommt, wann eine berufliche Neuorientierung sinnvoll und durchführbar sein kann und wo detaillierte Informationen erhältlich sind. Hierzu ist ggf. ein Rehabilitationsberater/Berufshelfer zu beteiligen.

● **Ergotherapie**

Ergotherapie dient im Rahmen der ambulanten onkologischen Rehabilitation vorwiegend der psychischen Stabilisierung z.B. durch Kunst- oder Gestaltungstherapie. Zusätzlich ist die Ergotherapie aber auch – je nach Indikation und Notwendigkeit – für das Training mit Hilfsmitteln, zur ergonomischen Arbeitsplatzgestaltung sowie zum Training der Aktivitäten des täglichen Lebens und der Feinmotorik zuständig.

● 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 nach Möglichkeit in Gruppen erfolgen, wobei Rehabilitanden mit der gleichen Tumorerkrankung bzw. ähnlichen Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten ihre Erfahrungen und Vorstellungen untereinander austauschen können. Am Gesundheitstraining sind alle in der ambulanten onkologischen Rehabilitation tätigen Berufsgruppen zu beteiligen. Grundsätzlich sollten auch Angehörige und Bezugspersonen die Möglichkeit zur Teilnahme am Gesundheitstraining haben. Im Einzelnen umfasst die Gesundheitsbildung in der ambulanten onkologischen Rehabilitation folgende Elemente

- Information über krankheits- bzw. funktionsbezogene Prozesse und negativ wirkender Kontextfaktoren und Vermittlung geeigneter Kompensationsstrategien
- Vermittlung gesundheitsorientierter Lebensführung (z.B. Nichtraucher-Training, Stressbewältigungstraining)
- Erlernen und Einüben angemessener Strategien zur Krankheits- und Schmerzbewältigung
- Training zur Verbesserung der sozialen Kompetenz (einschließlich Selbstsicherheitstraining).

● Inkontinenzbehandlung und Stomaversorgung

Harn- und Stuhlinkontinenz sind nicht nur z.B. bei Rehabilitanden mit Stoma, bei Rehabilitanden mit kontinenzerhaltend operiertem Rektumkarzinom oder prostatektomierten Prostatakarzinompatienten häufig, sondern können in Anbetracht des oft hohen Lebensalters auch als Begleitproblematik auftreten. Entsprechend der Ursache kann die organisch bedingte oder funktionelle Inkontinenz durch gezielte Behandlungselemente beseitigt oder zumindest gelindert werden. Hierzu gehört auch das Erlernen der Beckenbodengymnastik.

Bei der Rehabilitation von Menschen mit Stoma ist das Erlernen der Irrigation bei Colostomie, soweit erforderlich, ggf. auch der Kontakt zu Selbsthilfegruppen eine wichtige Aufgabe.

● **Medikamentöse Therapien**

Sie umfassen die Fortführung schon begonnener kurativer und palliativer Tumorthapien und evtl. notwendige andere medikamentöse Therapien.

● **Physiotherapie / Physikalische Therapie und Sporttherapie**

Mit der Physiotherapie/Physikalischen Therapie und Sporttherapie werden in der ambulanten onkologischen Rehabilitation im Wesentlichen folgende Ziele angestrebt

- die Erhaltung und Besserung der Mobilität und Beweglichkeit sowie
- die Verhütung und Behandlung von Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten.

Im Einzelnen kommen in der ambulanten onkologischen Rehabilitation folgende Elemente zum Einsatz

- Physiotherapie einschließlich Atemgymnastik (bei eingeschränkter Lungenfunktion) und Beckenbodengymnastik (z.B. bei Harninkontinenz)
- Physikalische Maßnahmen einschließlich Lymphdrainage (Lymphödemprophylaxe und -behandlung)
- Sport- und Bewegungstherapie
- Kombination aus physiotherapeutischen und kognitiven Elementen z.B. bei gestörtem Körperbild (Mamma-Amputation) im Sinne eines Körperwahrnehmungstrainings.

● **Psychologische Hilfen / Psychologische Therapie**

In der Auseinandersetzung mit der Erkrankung und der unmittelbaren Lebensbedrohung gibt es verschiedene Formen der Bewältigung (Coping). Diese muss individuell nach den Bedürfnissen des Rehabilitanden festgelegt werden.

Psychoonkologische Therapieelemente zielen darauf ab, die selbstregulatorische Kompetenz des Rehabilitanden, seine Eigenkontrolle zu erhöhen, die Krankheitsverarbeitung zu unterstützen und die Lebensqualität zu verbessern. Voraussetzung ist die Identifizierung behandlungsbedürftiger Rehabilitanden mit psychischer Komorbidität und individuell bedarfsgerechte Interventionsangebote in Gruppen- oder Einzeltherapie, Entspannungstechniken, Biofeedbackverfahren und Gestaltungs- bzw. Musiktherapie.

● Schmerztherapie

Die spezielle Schmerztherapie ist wichtiger Bestandteil der ambulanten onkologischen Rehabilitation. Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung einer adäquaten und differenzierten medikamentösen Schmerztherapie sind wichtig. Charakteristisch für die onkologische Rehabilitation sind zusätzliche ergänzende Maßnahmen, die Schmerzempfindung und Schmerzschwelle beeinflussen. Die Schmerztherapie in der ambulanten onkologischen Rehabilitation setzt sich zusammen aus

- medikamentösen Maßnahmen zur speziellen Schmerztherapie (einschließlich Erlernen des Umgangs mit Schmerzpumpen)
- physikalischen und physiotherapeutischen Verfahren zur speziellen Schmerztherapie
- spezielle psychologische Verfahren zur Schmerztherapie (z.B. Entspannungstechniken)
- psychologischen Unterstützungsmöglichkeiten.

● Selbsthilfe

Motivation zur Eigenhilfe und Hilfe zur Selbsthilfe besitzen einen hohen Stellenwert in der ambulanten onkologischen Rehabilitation.

Die Selbsthilfegruppen erfüllen hierbei eine wesentliche Aufgabe und können differenziertes Erfahrungswissen im alltäglichen Leben mit der chronischen Krankheit vermitteln. Es soll über die Angebote der Selbsthilfegruppen informiert werden und auf Wunsch konkrete Adressen genannt bzw. Kontakte gebahnt werden, so dass der Rehabilitand nach Ende der Maßnahme über weiterführende Unterstützungs- und Hilfeangebote aufgeklärt ist.

7. Personelle Ausstattung

7.1 Rehabilitationsteam und Qualifikation

Die ambulante onkologische Rehabilitation erfordert ein interdisziplinäres Rehabilitationsteam, dessen Mitglieder in der Regel über die nachstehend aufgeführte Qualifikation und Berufserfahrung³ verfügen müssen.

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

Arzt

Für den leitenden Arzt und seinen Stellvertreter gelten die unter Ziffer 6.2 genannten Ausführungen. Die anderen Ärzte sollten sowohl onkologisch-klinische als auch rehabilitative Erfahrungen haben und über psychologisches Einfühlungsvermögen sowie Teamfähigkeit verfügen. Die Anzahl der Ärzte orientiert sich nach den vorgesehenen Rehabilitandenzahlen, siehe auch Ziffer 7.2.

Physiotherapeut/Krankengymnast

- Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut/Krankengymnast und
- Zusatzqualifikation als Lymphtherapeut, sofern Lymphdrainage erforderlich ist, und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Physiotherapeut/Krankengymnast in einer Rehabilitationseinrichtung.

Sportlehrer/Sporttherapeut

- Diplom-Sportlehrer 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 in einer Rehabilitationseinrichtung.

Masseur und Medizinischer Bademeister

- Staatliche Anerkennung als Masseur und Medizinischer Bademeister und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Masseur und Medizinischer Bademeister in einer Rehabilitationseinrichtung und
- Zusatzqualifikation „Lymphdrainage“, sofern vom Indikationsspektrum erforderlich.

Diplom-Psychologe

- Diplom als Psychologe, möglichst mit Erfahrungen in Psychoonkologie 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.

Ergotherapeut

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

Sozialarbeiter/Sozialpädagoge

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

Diätassistent/Ernährungsberater

- Staatliche Anerkennung als Diätassistent bzw. als Diätist und
- mind. 2 Jahre vollzeitige klinische Berufserfahrung in der Diät- und Ernährungsberatung und
- Erfahrungen in der Sondenernährung sind wünschenswert.

Gesundheits- und Krankenpfleger

- Staatliche Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger ggf. mit indikationsspezifischer Zusatzqualifikation oder Weiterbildung und
- bei Zytostatika-Therapie: Ausbildung und Erfahrung im Umgang sowie in der Verabreichung von Zytostatika 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.

Stomatherapeut/Inkontinenzberater

Sofern vom Indikationsspektrum erforderlich – der Stomatherapeut muss eine mind. 3-monatige Ausbildung nachweisen.

Über das o.a. Team hinaus sollten bei Bedarf zur Verfügung stehen

- Prothetikberater
- Seelsorger/Diakon.

7.2 Personalbemessung

Die personelle Ausstattung muss die Umsetzung des Rehabilitationskonzeptes ermöglichen. Für eine ambulante Rehabilitationseinrichtung mit 40 Rehabilitanden mit ganztägiger Rehabilitation wird folgender Personalschlüssel empfohlen:

Arzt	1 : 15 – 1 : 20
Diplom-Psychologe	1 : 50 – 1 : 60
Physiotherapeut/Krankengymnast Sportlehrer/Sporttherapeut Masseur/Medizinischer Bademeister (Lymphdrainage) }	1 : 13 – 1 : 15
Diätassistent/Ernährungsberater	1 : 50 – 1 : 80
Ergotherapeut	1 : 70 – 1 : 90
Sozialarbeiter/Sozialpädagoge	1 : 80 – 1 : 100
Gesundheits- und Krankenpfleger einschließlich Stomatherapeut	1 : 15 – 1 : 20

Indikationsabhängig sind weitere Berufsgruppen (z.B. Logopäde) einzubeziehen.

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

8. Räumliche Ausstattung

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

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

-
- Nutzfläche für gerätetechnisch gestützte Diagnostik
 - Funktionsräume (z.B. für die Bädertherapie)
 - Funktionsräume für die Beratungen und Diagnostik
 - Arztzimmer mit Untersuchungsraum
 - steriler Verbandsraum
 - Möglichkeit zur Notfallbehandlung
 - multifunktionaler Raum für Teambesprechungen, Gruppenschulungen usw.
 - Schulungsraum mit audiovisuellen Medien
 - Umkleieräume, Wasch- bzw. Duschplätze und WC, davon in ausreichender Anzahl mit barrierefreier Gestaltung
 - Empfangs- und Wartebereich
 - Ruhe-, Entspannungs-, Regenerationsbereich
 - Aufenthalts- und Versorgungsbereich, Speiseraum
 - Personalaufenthaltsraum
 - Sekretariat
 - Patientenannahme, Archiv.

Die Räume müssen barrierefrei zugänglich sein.

9. Apparative Ausstattung

Die apparative Ausstattung muss sich prinzipiell an der auch bei Rehabilitanden erforderlichen Basisdiagnostik und ganz besonders an den bei onkologischen Rehabilitanden relativ häufig auftretenden Gesundheitsproblemen orientieren. Deshalb müssen folgende Möglichkeiten gegeben sein, um Komplikationen rechtzeitig zu erfassen und in Krisensituationen rasch adäquat reagieren zu können

- klinisch-chemisches Labor für Routine- und Notfalldiagnostik
- Elektrokardiographie mit Überwachungsmöglichkeiten (Monitor)
- Spirometrie, Ergometrie
- Sonographische Routine- und Notfalldiagnostik

- falls Chemotherapie begleitend stattfindet: Einrichtung für die Durchführung von Zytostatikatherapien
- Möglichkeit der Verlegung zur interventionellen Diagnostik und Therapie.

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

- nuklearmedizinische Untersuchungen
- Magnet-Resonanz-Tomographie
- Computertomographie
- Röntgen
- Endoskopie.

10. Verlängerungskriterien

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

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

11. Beendigung der Maßnahme

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

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

- Prof. Dr. Hermann Delbrück, Wuppertal
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 muskulo-skeletalen Erkrankungen
- Rahmenempfehlungen zur ambulanten dermatologischen Rehabilitation
- Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen

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

Frankfurt am Main – Mai 2004
ISSN: 0933-8462