

**Zulassungsbedingungen des vdek
zur Erbringung von Leistungen
zur ambulanten
kardiologischen Rehabilitation**

Stand: 23.03.2009

0	ALLGEMEINES.....	3
1	REHABILITATIONSKONZEPT	4
1.1	ÄRZTLICHE LEITUNG UND VERANTWORTUNG	4
1.2	ÄRZTLICHE AUFGABEN	5
1.3	REHABILITATIONS DIAGNOSTIK	6
1.4	REHABILITATIONSPLAN	6
1.5	BEHANDLUNGSELEMENTE.....	7
2	PERSONELLE AUSSTATTUNG.....	7
2.1	REHABILITATIONSTEAM UND QUALIFIKATION	7
2.1.1	<i>Arzt.....</i>	<i>8</i>
2.1.2	<i>leitender Physiotherapeut / Krankengymnast.....</i>	<i>8</i>
2.1.3	<i>Krankengymnast.....</i>	<i>8</i>
2.1.4	<i>Diplomsportlehrer / Sporttherapeut.....</i>	<i>9</i>
2.1.5	<i>Klinischer Psychologe</i>	<i>9</i>
2.1.6	<i>Diätassistent / Diplom-Oecootrophologe.....</i>	<i>9</i>
2.1.7	<i>Sozialarbeiter / Sozialpädagoge.....</i>	<i>10</i>
2.1.8	<i>Krankenpflegefachkraft.....</i>	<i>10</i>
2.2	PERSONALBEMESSUNG	10
3	RÄUMLICHE AUSSTATTUNG.....	10
4	APPARATIVE AUSSTATTUNG.....	11

0 Allgemeines

Der Wandel im Krankheitsspektrum, gekennzeichnet durch die Zunahme chronischer Krankheiten, die demographische 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, die 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.

Die BAR-Empfehlungen zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation in ihrer aktuellen Fassung bilden für die Ersatzkassen die Grundlage für den Ausbau einer gemeinsam zu nutzenden bedarfsgerechten ambulanten Rehabilitationsstruktur und zur Gewährleistung einer an einheitlichen Grundsätzen ausgerichteten und zielorientierten ambulanten Rehabilitation.

Diese Zulassungsbedingungen erfüllen gleichfalls auch die Forderung des Bundessozialgerichts vom 05.07.2000 (Az.: B 3 KR 12/99 R) nach einer Zulassung ambulanter Rehabilitationseinrichtungen, wenn die Qualitätsanforderungen hierfür erfüllt und nachgewiesen sind. Grundlage für diese Qualitätsanforderungen sind die BAR-Rahmenempfehlungen zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation in der jeweils geltenden Fassung.

Der Stand der Erkenntnisse über die ambulante Rehabilitation kann dazu führen, dass diese Zulassungsbedingungen weiterentwickelt werden.

¹ Der Begriff ambulante medizinische Rehabilitation umfasst auch teilstationäre Rehabilitation.

Die Zulassungsbedingungen bilden zusammen mit den Vertragsregelungen die Grundlage für die Erbringung der Leistungen zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation.

1 Rehabilitationskonzept

Jede ambulante kardiologische Einrichtung legt ein strukturiertes und standort-spezifisches Rehabilitationskonzept vor evtl. unter Berücksichtigung von Schwerpunkten, das die erforderliche rehabilitative Diagnostik und Behandlung sowie die personelle, räumliche und apparative Ausstattung der Einrichtung und Angaben zur voraussichtlichen Behandlungsdauer enthält und die Besonderheiten einer wohnortnahen Versorgung berücksichtigt.

1.1 Ärztliche Leitung und Verantwortung

Die ambulante kardiologische Rehabilitationseinrichtung muss unter ständiger Leitung und Verantwortung eines Arzt für Inneren Medizin/Kardiologe/ Kardiologin² mit mindestens zweijähriger Weiterbildung in einer anerkannten kardiologischen Rehabilitationsklinik und der Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen oder der Zusatzbezeichnung Sozialmedizin stehen. Führt dieser Kardiologe zusätzlich in seiner Person die Facharztbezeichnung "Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin", gilt er als in diesem Sinne qualifiziert.

Zusätzlich ist ein namentlich benannter Abwesenheitsvertreter nachzuweisen, der die Aufgaben bei Verhinderung des leitenden Arztes übernimmt. Dieser vertraglich vereinbarte Abwesenheitsvertreter muss über eine vergleichbare Ausbildung verfügen und eine mindestens zweijährige Berufserfahrung in einer kardiologischen Rehabilitationseinrichtung besitzen.

Werden Rehabilitanden im Einzelfall ausnahmsweise mit Diagnosen außerhalb des kardiologischen Schwerpunktes behandelt, muss die ambulante Rehabilitationseinrichtung durch vertragliche Vereinbarung sicherstellen, dass Ärzte mit der entsprechenden Gebietsbezeichnung zur Verfügung stehen.

Der leitende Arzt oder sein benannter ständiger Vertreter müssen während der Zeiten in denen Versicherte der Ersatzkassen Leistungen der ambulanten Rehabilitation erhalten präsent und verfügbar sein, um die ärztlichen Aufgaben zu erfüllen. Die Präsenz ist der vdek-Landesvertretung des durch die Vorlage von Dienstplänen nachzuweisen.

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

Ist die Rehabilitationseinrichtung an eine kardiologische Gemeinschaftspraxis angebunden, muss eine räumliche, organisatorische und inhaltliche Trennung gegeben sein. Gleiches gilt auch für die Anbindung an ein gem. § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus und eine gem. § 111 SGB V zugelassene Rehabilitationseinrichtung.

Der behandelnde Arzt ist in die Einleitung, Ausführung und Nachsorge der Rehabilitationsleistungen einzubinden. Die während der ambulanten Rehabilitation gewonnenen medizinischen Daten müssen anderen behandelnden Ärzten bei Bedarf zugänglich sein.

1.2 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 im besonderen Teil BAR-Rahmenempfehlungen zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation aufgelisteten Indikationen bzw. medizinischen Voraussetzungen Rechnung zu tragen. Zu den ärztlichen Aufgaben gehören:

- Aufnahme-, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen,
- Durchführung bzw. Veranlassung und Auswertung der Rehabilitationsdiagnostik mit Konkretisierung des Behandlungsbedarfs,
- Erstellung und Anpassung des Rehabilitationsplans,
- Abstimmung des Rehabilitationszieles sowie des Rehabilitationsplans mit den Rehabilitanden und dem Rehabilitationsteam,
- Durchführung aller für die ambulante Rehabilitation erforderlichen ärztlich-therapeutischen Maßnahmen,
- Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln,
- Versorgung mit Hilfsmitteln,
- Durchführung von Visiten in den Behandlungsräumen und Sprechstundenangebot für den Rehabilitanden,
- Koordination, Anpassung und Verlaufskontrolle der Therapiemaßnahmen,
- Leitung des Rehabilitationsteams und der Teambesprechungen (mindestens 1 mal pro Woche),
- Information und Beratung des Rehabilitanden unter Einbeziehung der Bezugspersonen,
- Erstellung des ärztlichen Entlassungsberichts mit sozialmedizinischer Beurteilung, Empfehlungen für die Weiterbehandlung unter Einbeziehung der Befundberichte des nicht-ärztlichen Rehabilitationsteams,

- Kooperation mit vor- und weiterbehandelnden Ärzten, Konsiliarärzten und Konsiliardiensten und den in der Nachsorge eingebundenen Diensten sowie Selbsthilfegruppen,
- Qualitätssicherung und Sicherstellung der Dokumentation.

1.3 Rehabilitationsdiagnostik

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

Die Diagnostik umfasst obligatorisch:

- medizinische und soziale Anamnese
- eingehende körperliche Untersuchung
- Ruhe- und Belastungs-EKG
- Echokardiographie / Farbdoppler-Echokardiographie
- Langzeit-EKG
- Bestimmung von Laborparametern, insbes. Cholesterin, HDL, LDL, Triglyceride, Creatinin, GOT, GPT, Gamma-GT, Blutzucker, Harnsäure, Elektrolyte, Quick-INR, Blutbild, Blutsenkungsgeschwindigkeit.

Fakultativ:

- psychologische Diagnostik
- Langzeitblutdruckmessung
- Lungenfunktionsuntersuchung
- Sonographie des Abdomens und der Gefäße
- weiterführende Labordiagnostik.

Bei Bedarf müssen konsiliarische Untersuchungen sichergestellt sein.

1.4 Rehabilitationsplan

Anhand der Ergebnisse der Rehabilitationsdiagnostik wird unter Berücksichtigung der in der Akutbehandlung durchgeführten Diagnostik (Verordnung einer medizinischen Rehabilitation) für jeden Rehabilitanden ein individueller Rehabilitationsplan erstellt und das individuelle Rehabilitationsziel bzw. -teilziel definiert.

Regelmäßige Besprechungen des kardiologischen Rehabilitationsteams geben Auskunft über den Verlauf. Der Rehabilitationsplan ist dem Verlauf anzupassen. Änderungen im Bereich der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beein-

trächtigungen sind in regelmäßigen Abständen unter Nutzung der relevanten Untersuchungsmethoden zu dokumentieren.

1.5 Behandlungselemente

Die Rehabilitationsplanung bzw. die Koordinierung der einzelnen Behandlungselemente erfolgen durch das interdisziplinäre Therapeutenteam unter der Verantwortung des leitenden Kardiologen und unter Beteiligung des Rehabilitanden. Die wesentlichen Behandlungselemente der kardiologischen Rehabilitation sind:

- ärztliche Beratung und Betreuung
- sozialmedizinische Beurteilung
- medikamentöse Therapie
- Ausdauer-, Geländetraining
- Bewegungstherapie / Sporttherapie
- Physiotherapie
- psychologische Betreuung (Einzel-/Gruppenbetreuung) / Psychotherapie
- Sozialberatung und Hilfestellung
- Ernährungsberatung
- Gesundheitstraining
- Entspannungstherapie/-techniken
- Initiierung von Nachsorgemaßnahmen (u.a. Ambulante Herzgruppen)
- Beratung hinsichtlich weiterführender Maßnahmen (u.a. Anregung von berufsfördernden Leistungen, Wohnraumgestaltung).

2 Personelle Ausstattung

2.1 Rehabilitationsteam und Qualifikation

Dem interdisziplinären Rehabilitationsteam gehören folgende Berufsgruppen an, die über die nachstehend aufgeführte Qualifikation und Berufserfahrung*) in der Regel verfügen müssen.

Die geforderten Qualifikationen werden durch die Vorlage von Zeugnissen, Berufsurkunden und Abschluss von Zertifikaten nachgewiesen.

Das Team der ambulanten Rehabilitationseinrichtung bilden grundsätzlich fest angestellte Mitarbeiter mit definierter Qualifikation. Die Präsenz ist im Einzelnen nachzuweisen.

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

Das Team ist in der Lage, bei Bedarf ein fachspezifisches Assessment durchzuführen und gemeinsam zu den Zieldefinitionen beizutragen, welche im Rehabilitationsplan dokumentiert werden.

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

2.1.1 Arzt

Für den leitenden Arzt und den Stellvertreter gelten die unter Ziffer 1.1 genannten Ausführungen. Für die weiteren Ärzte gilt, dass sie möglichst in der fortgeschrittenen Facharztausbildung sind. z. B.:

- Facharzt für Innere Medizin/Kardiologie mit
 - Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen oder Sozialmedizin oder zusätzlich Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin und
 - mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung in einer ambulanten oder stationären kardiologischen Rehabilitationseinrichtung mit Erfahrung in interdisziplinärer Teamarbeit³

2.1.2 leitender Physiotherapeut / Krankengymnast

- Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut/Krankengymnast und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Physiotherapeut/Krankengymnast in einer kardiologischen Rehabilitationseinrichtung. Folgende erfolgreich abgeschlossene Zusatzqualifikationen (§ 124 SGB V) sind erforderlich:
 - Manuelle Therapie (Extremitäten und Wirbelsäule)
 - Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage
 - Sportphysiotherapie und funktionelle Anatomie, typische
 - Verletzungsmuster, Stützverbände

2.1.3 Krankengymnast

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

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

2.1.4 Diplomsporthelehrer / Sporttherapeut

- Diplom als Sportlehrer/Sporttherapeut (akademische Ausbildung) mit Studienschwerpunkt Prävention und Rehabilitation
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung nach Abschluss des Studiums als Sportlehrer/Sporttherapeut in einer kardiologischen Rehabilitationseinrichtung.
- Spezialisierung innere Organe
- Spezialisierung Sporttherapie
- (Koronar) S-Lizenz

Andere Sportwissenschaftliche Ausbildungen, wie z.B. Magister, Lehramt bedürfen einer 600 Stunden umfassenden Zusatzausbildung in Anlehnung an das Curriculum der Deutschen Vereinigung für Gesundheitssport (DVGS). Dabei handelt es sich um die Ausbildungsbestandteile

1. Grundlagen der Sporttherapie und
2. Sporttherapie/ Innere Erkrankungen.

Folgende erfolgreich abgeschlossenen Fort- und Weiterbildungen in anerkannten Fort- und Weiterbildungseinrichtungen sind erforderlich:

3. Medizinische Trainingstherapie/Medizinisches Aufbautraining (MTT/MAT)
4. Herzgruppenleiterschein

2.1.5 Klinischer Psychologe

- Diplom als Psychologe, ggf. psychotherapeutische Zusatzqualifikation und
- Zusatzqualifikation in Entspannungstechniken (z.B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung nach Jakobsen, Atemtherapie) und
- Erfahrung in der Leitung von Gruppen und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Psychologe in einer Rehabilitationseinrichtung.

2.1.6 Diätassistent / Diplom-Oecotrophologe

- Staatliche Anerkennung als Diätassistent bzw. Abschluss eines entsprechenden Studiums
- mind. 2 Jahre vollzeitige klinische Berufserfahrung in Diät- und Ernährungsberatung
- Einzel-/Gruppenberatung

2.1.7 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-, Weiter- und Fortbildung in Gesundheitsfürsorge.

2.1.8 Krankenpflegefachkraft

- Staatliche Anerkennung als Krankenpflegefachkraft und
- mind. 2 Jahre vollzeitige klinische Berufserfahrung als Krankenpflegefachkraft in einer medizinischen Einrichtung.
- Erfahrung in der fachlichen Beratung, Anleitung und praktischen Unterstützung von medizinischen Laien.

2.2 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 : 16 – 20
Sporttherapeut/Physiotherapeut	1 : 13 – 15
Klinischer Psychologe	1 : 40
Diätassistent	1 : 80
Krankenpflegefachkraft, entsprechend Bedarf an Rehabilitationsfachpflege	1 : 20
Sozialarbeiter / Sozialpädagoge	1 : 80 – 1 : 120

Zusätzlich sind Verwaltungsaufgaben, Laboranbindung sowie Urlaubs- und Krankheitsvertretung sicher zu stellen.

3 Räumliche Ausstattung

Die räumliche Ausstattung der ambulanten Rehabilitationseinrichtung muss die Umsetzung des Rehabilitationskonzeptes ermöglichen und wird durch Grundrisszeichnungen sowie durch Besichtigung nachgewiesen bzw. geprüft.

Es sollten vorhanden sein:

- ein unterteilbarer Multifunktionsraum oder je ein Einzelraum für die Bewegungstherapie (fahrradergometrisches Training)
- ein Seminarraum mit audiovisuellen Medien
- ein Raum für Einzelberatung
- ein Raum für Funktionsdiagnostik / Notfallversorgung
- Umkleieräume für Damen und Herren mit abschließbaren Schrankfächern
- Duschräume
- Toiletten für Damen und Herren
- Lehrküche (auch extern, bei guter Erreichbarkeit und organisatorischer Gewährleistung)
- Personalaufenthaltsraum
- Sekretariat
- Patientenannahme, Archiv
- Untersuchungszimmer

Wünschenswert sind externe Bewegungsmöglichkeiten durch Einbeziehung von Freigelände.

Bei programmbedingter Aufenthaltsdauer des Rehabilitanden über vier Stunden in der Rehabilitationseinrichtung zusätzlich:

- Ruhe-/Liegerraum
- Speiseraum für gesundheitsorientierte Mahlzeit.

Die o. g. räumlichen Anforderungen können ggf. in Form von Multifunktionsräumen erfüllt werden. Die Räume müssen gem. DIN 18024 Teil II (Bauliche Maßnahmen für behinderte und alte Menschen im öffentlichen Bereich – Planungsgrundlagen öffentlicher zugänglicher Gebäude) barrierefrei zugänglich sein.

4 Apparative Ausstattung

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

Medizinische Geräte:

- Ruhe-EKG, Belastungs-EKG
- Langzeit-EKG
- Fahrradergometer mit EKG-Monitoring

- Langzeit-Blutdruckmessung
- Echokardiographie mit Farbdoppler
- Spirometrie
- Laborscreening
- Sonographie des Abdomen und der großen Gefäße
- für physikalische Therapie (bei entsprechender Indikation)
- für Notfälle (Notfallkoffer, Defibrillator, Sauerstoffflasche).

Der Zugang zu weiterführender Diagnostik muss jederzeit gewährleistet sein.

Trainings- und Sportgeräte:

- Fahrradergometerplätze mit üblicher Ausstattung (drehzahlunabhängige Fahrradergometer mit EKG-Überwachung)
- Kleingeräte für die Gestaltung eines angepassten bewegungstherapeutischen Angebots, z.B. Liegematten, Bälle, Bänder, Seile, bewegungstherapeutische Spielgeräte.