

**Zulassungsbedingungen des vdek
zur Erbringung von Leistungen
zur ambulanten
geriatrischen 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	REHABILITATIONSDIAGNOSTIK	6
1.4	REHABILITATIONSPLAN	7
1.5	BEHANDLUNGSELEMENTE.....	8
2	PERSONELLE AUSSTATTUNG.....	12
2.1	REHABILITATIONSTEAM UND QUALIFIKATION	12
2.2	PERSONALBEMESSUNG	14
3	RÄUMLICHE AUSSTATTUNG.....	15
4	APPARATIVE AUSSTATTUNG.....	15

0 Allgemeines

Der alte Mensch hat einen Anspruch auf ein eigenständiges, selbstbestimmtes Leben. Die medizinische Rehabilitation ist – neben der Akutversorgung und der Pflege – ein wichtiger Bestandteil der geriatrischen Versorgung. Medizinische Rehabilitation kann auch beim alten Menschen hinsichtlich der Alltagskompetenz erfolgreich sein. Ihr Ziel ist, eine Behinderung einschließlich Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Neben der indikationsspezifischen Rehabilitation hat sich in Deutschland die geriatrische Rehabilitation etabliert.

Eine leistungsfähige und auf den individuellen Bedarf des alten Menschen abgestimmte Rehabilitation erfordert eine weitere Flexibilisierung des Versorgungsangebotes. Es ist daher geboten, im Bereich der geriatrischen Rehabilitation neben stationären auch ambulante Rehabilitationsangebote zu schaffen, die eine effiziente Versorgung unter Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten sichern.

Ebenso wie die stationäre geht die ambulante geriatrische Rehabilitation¹ von einem ganzheitlichen Ansatz aus, der die physischen, psychischen und sozialen Aspekte der Rehabilitation umfasst. Gleichmaßen gelten die Grundsätze der Finalität, Komplexität, der Interdisziplinarität und der Individualität.

Die Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 01.01.2004 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.: 12 KR 33) nach einer Zulassung ambulanter Rehabilitationseinrichtungen, wenn die Qualitätsanforderungen hierfür erfüllt und nachgewiesen sind. Grundlage für diese Qualitätsanforderungen sind die Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zur ambulanten geriatrischen 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 medizinische Rehabilitation.

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

1 Rehabilitationskonzept

Jede ambulante geriatrische Rehabilitationseinrichtung muss ein strukturiertes Rehabilitationskonzept evtl. unter Berücksichtigung von Behandlungsschwerpunkten vorlegen, das die erforderliche rehabilitative Diagnostik und Behandlung sowie die personelle, räumliche und apparative Ausstattung der Einrichtung und Angaben zu Behandlungsstandards (Musterpläne) für verschiedene typische geriatrische Rehabilitandengruppen enthält. Im Konzept muss klar erkennbar sein, dass die eingangs dargestellten medizinischen Grundlagen bezüglich geriatrischer Syndrome, geriatrischer Rehabilitation und die ICDH/ICF-Begrifflichkeiten maßgeblich sind. Das Konzept muss auf die einzusetzenden Maßnahmen und Behandlungselemente eingehen. Es berücksichtigt das Lernverhalten des geriatrischen Rehabilitanden, die in der Regel verminderte Belastbarkeit und die verlangsamte Wiedererlangung körperlicher, geistiger und seelischer Funktionen sowie alltagsrelevanter Fähigkeiten.

Ist die Rehabilitationseinrichtung an eine andere Einrichtung (z.B. Praxis, Rehabilitationsklinik, Krankenhaus) angebunden, muss eine räumliche, organisatorische und wirtschaftliche Trennung gegeben sein. Dies ist im Konzept nachvollziehbar darzustellen.

Die gemeinsame Nutzung von Therapieeinrichtungen ist möglich.

1.1 Ärztliche Leitung und Verantwortung

Die ambulante geriatrische Rehabilitationseinrichtung sollte unter ständiger Leitung und Verantwortung eines Internisten* mit der fakultativen Weiterbildung "Klinische Geriatrie" stehen.

In Ausnahmefällen kann die ambulante geriatrische Rehabilitationseinrichtung auch unter der ärztlichen Leitung eines Neurologen oder Allgemeinmediziners mit der fakultativen Weiterbildung "Klinische Geriatrie" stehen.

* im Folgenden wird auf die weibliche Form verzichtet

In jedem Fall muss während der Öffnungszeiten ein Arzt mit internistischer und geriatrischer Fachkompetenz in der Einrichtung präsent und verfügbar sein.

Der ärztliche Leiter oder sein Stellvertreter müssen während der Öffnungszeiten präsent und verfügbar sein. Der Vertreter des Leiters der Einrichtung muss Facharzt für Innere Medizin, Neurologie oder Allgemeinmedizin mit der fakultativen Weiterbildung "Klinische Geriatrie" sein.

Ist fachärztliche Kompetenz, z.B. orthopädische, nicht verfügbar, muss im Bedarfsfall eine konsiliarische Zusammenarbeit mit einem entsprechenden Facharzt durch Kooperationsverträge sichergestellt sein.

Ist die ambulante Rehabilitationseinrichtung an eine geriatrische 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 und kontinuierliche Überwachung des Rehabilitationskonzepts im Rahmen der Trägervorgaben bezogen auf den einzelnen Rehabilitanden verantwortlich. Dabei ist den oben genannten Krankheitsdimensionen, den darauf bezogenen Rehabilitationszielen sowie der langfristigen Rehabilitationsprognose und den nach der Rehabilitation ggf. einzuleitenden Maßnahmen Rechnung zu tragen. Zu den ärztlichen Aufgaben gehören:

- Aufnahme-, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen,
- Durchführung bzw. Veranlassung und Auswertung der Rehabilitationsdiagnostik einschließlich geriatrischem Assessment mit der Verpflichtung, eine Fehlallokation zu vermeiden und ggf. in Absprache mit dem Rehabilitationsträger rückgängig zu machen,
- Erstellung und Anpassung des Rehabilitationsplans,
- Abstimmung des Rehabilitationsziels sowie des Rehabilitationsplans mit dem Rehabilitanden, dem Rehabilitationsteam und ggf. mit den Angehörigen,

- Durchführung aller für die ambulante Rehabilitation erforderlichen ärztlich-therapeutischen Maßnahmen einschließlich der Behandlung von kognitiven und depressiven Störungen,
- Versorgung mit Arznei-, Verbands- und Hilfsmitteln,
- Durchführung von Visiten in den Behandlungsräumen und Sprechstundenangebot für den Rehabilitanden,
- Koordination, Anpassung und Verlaufskontrolle der Therapiemaßnahmen,
- Leitung des Rehabilitationsteams und der Teambesprechungen (mind. 1 x pro Woche),
- Information und Beratung des Rehabilitanden unter Einbeziehung der Angehörigen,
- Erstellung von Verlängerungsanträgen,
- Erstellung des ärztlichen Entlassungsberichts mit sozialmedizinischer Beurteilung, Empfehlungen für die Weiterbehandlung unter Einbeziehung der Befundberichte der nicht-ärztlichen Therapeuten des Rehabilitationsteams,
- Kooperation mit vor- und nachbehandelnden Ärzten, Konsiliarärzten und Konsiliardiensten und den an der Nachsorge beteiligten Diensten sowie Selbsthilfegruppen,
- Qualitätssicherung.

1.3 Rehabilitationsdiagnostik

Die Rehabilitationsdiagnostik erfolgt bei Rehabilitationsbeginn durch klinische Untersuchung einschließlich notwendiger apparativer Untersuchungsverfahren sowie durch individuell erforderliche Elemente des "geriatrischen Assessments".

Unter geriatrischem Assessment versteht man einen multi-dimensionalen und interdisziplinären diagnostischen Prozess. Durch das Assessment werden die medizinischen, psychosozialen und funktionellen Probleme und Ressourcen des Patienten erfasst. Gleichzeitig wird durch das Assessment die Grundlage für die Formulierung alltagsrelevanter Rehabilitationsziele und des daraus abgeleiteten Rehabilitationsplans gelegt.

Bei der Eingangsuntersuchung sind die Befunde der Vorfelddiagnostik zu berücksichtigen (siehe Punkt 3 der Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation).

Unverzichtbar sind ein aktueller Barthel-² oder FIM-Index. Es müssen standardisierte geriatrische Assessments aus den Bereichen Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion und soziale Versorgung vorliegen oder

² Hamburger Modifikation, Bundesarbeitsgemeinschaft Geriatrie, 12/2002

durchgeführt werden, z.B. Timed-up-and-go-/Tinetti-Test, MMSE³, GDS⁴ und SoS⁵ (nach Nikolaus). Bei Bedarf müssen weitere Assessments angewandt werden (z.B. für die Bereiche Ernährung, sprachliche Kommunikation). Wenn ein Teil dieser bzw. vergleichbarer Tests nicht durchführbar ist, bedarf dies einer medizinischen Begründung und Dokumentation.

Im Verlauf sind die rehabilitationsrelevanten Untersuchungen und Assessment-Verfahren wöchentlich und am Ende der Rehabilitationsmaßnahme durchzuführen und deren Ergebnisse zu dokumentieren.

Wird eine diagnostische Klärung weiterer Erkrankungen notwendig, sind erforderlichenfalls entsprechende Fachärzte einzuschalten.

1.4 Rehabilitationsplan

Anhand der Ergebnisse der Rehabilitationsdiagnostik einschließlich des Assessments ist für jeden Rehabilitanden ein detaillierter individueller Rehabilitationsplan zu erstellen, der die Zielsetzungen der verschiedenen Therapiebereiche mit einschließt und sich an einer langfristigen Strategie zur Bewältigung des geriatrischen Syndroms und seiner Folgen orientiert. Der Rehabilitationsplan ist vom Arzt unter Mitwirkung der anderen Mitglieder des Rehabilitationsteams zu erstellen. Auf Anfrage ist dem verordnenden/behandelnden Vertragsarzt der aktuelle Rehabilitationsplan zur Verfügung zu stellen.

Zur Erstellung des Rehabilitationsplans gehört auch die Berücksichtigung weiterführender Maßnahmen, d.h. auch die Beratung bei einer notwendigen Wohnungsumgestaltung, bei der Auswahl von Hilfsmitteln und bei der Gestaltung der häuslichen Versorgung. Darüber hinaus sollte ggf. Kontakt zu einer relevanten Selbsthilfegruppe hergestellt werden.

Der Rehabilitationsplan berücksichtigt neben der Art und dem Schweregrad der geriatritypischen Multimorbidität sowie der Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen auch die bisherige Lebenssituation, das bisherige soziale Umfeld und die weitere Lebensplanung. Er entspricht den berechtigten Wünschen und Rehabilitationszielen des Patienten. Daher sind der Rehabilitand und ggf. seine Bezugspersonen bei der Erstellung des Rehabilitationsplans einzubeziehen.

³ MMSE: Mini Mental State Examination

⁴ GDS: Geriatrische Depressions-Skala

⁵ SoS: Soziale Situation

Wöchentliche Besprechungen des geriatrischen Rehabilitationsteams dienen der Verlaufsbeobachtung. Der Rehabilitationsplan ist dem Verlauf anzupassen. Der relevante Inhalt dieser Besprechungen einschließlich der Änderungen im Bereich der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen ist unter Nutzung der relevanten Untersuchungsmethoden zu dokumentieren.

1.5 Behandlungselemente

Die ambulante geriatrische Rehabilitation behandelt Schädigungen und daraus resultierende Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren. Dazu stehen ärztliche Leistungen, medikamentöse Therapie und folgende Therapieformen, die vom gesamten Rehabilitationsteam mit unterschiedlicher Schwerpunktbildung durchgeführt werden, zur Verfügung: Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Pflege, physikalische Therapie, Neuropsychologie, Sozialarbeit und Ernährungsberatung.

Die Inhalte der Therapieformen unterscheiden sich nicht grundsätzlich von denen in indikationsspezifischen Rehabilitationseinrichtungen.

Die Besonderheiten des geriatrischen Patienten bedingen aber eine umfassendere, vorsichtiger und langsam anforderungssteigernde Behandlung, deren Elemente an die Bedürfnisse des einzelnen Patienten angepasst werden müssen. Daher ist Gruppentherapie im Vergleich zu indikationsspezifischer Rehabilitation oft nicht möglich, Einzeltherapie ist vorrangig.

Verzahnung der Therapieformen

Die ambulante geriatrische Rehabilitation zeichnet sich durch das Ausmaß der gegenseitigen Verzahnung der einzelnen Therapieformen, einerseits wegen der Häufigkeit von Störungen der Kognition neben der generellen Multimorbidität und andererseits durch die Betonung neurophysiologischer und neuropsychologischer Therapieformen. Bei Bedarf ist das häusliche Umfeld zu prüfen. Wesentliche Behandlungselemente der ambulanten geriatrischen Rehabilitation sind:

Medikamentöse Behandlung

Die Multimorbidität des geriatrischen Rehabilitanden führt in aller Regel zur Vielfachmedikation. Die veränderte biologische Reaktion auf Medikamente, aber auch die geringe Compliance erhöhen die Raten der Neben-, Wechsel- und Fehlwirkungen. Eine wesentliche Aufgabe auch während der ambulanten geriatrischen Rehabilitation ist daher, die Medikation des geriatrischen Patienten kontinuierlich und in Abstimmung mit dem behandelnden Vertragsarzt individuell zu überprüfen und ggf. anzupassen. Ebenso gehören zur medikamentösen

Behandlung auch das Training und die Anleitung der regelmäßigen Einnahme von Arzneimitteln im Rahmen der Tagesstrukturierung.

Physiotherapie (Krankengymnastik)

Aufgaben der Physiotherapie sind Rückgewinnung, Verbesserung und Erhaltung der Selbstständigkeit im Bereich der Mobilität. Bewegungsabläufe dürfen aber nicht isoliert gesehen werden, denn es besteht gerade bei geriatrischen Rehabilitanden ein enger Zusammenhang zwischen Wahrnehmung und Denken einerseits und Bewegung als Zielgröße andererseits. Schädigungen in den Bereichen der Sinnesorgane und Wahrnehmung sowie kognitive Einschränkungen liegen insbesondere beim geriatrischen Patienten häufig vor und müssen daher stärker als in der indikationsspezifischen Rehabilitation berücksichtigt werden.

Zu beachten im Vergleich zu indikationsspezifischer ambulanter Rehabilitation ist außerdem die eingeschränkte Belastbarkeit geriatrischer Patienten infolge des Einflusses der geriatritypischen Multimorbidität auf die Bewegungsfunktion.

In der ambulanten geriatrischen Rehabilitation wird die Physiotherapie meist in Einzeltherapien durchgeführt. Therapiesitzungen in angemessen homogenen Gruppen sind wegen der Vielzahl der unterschiedlichen Krankheitsfolgen bei geriatrischen Rehabilitanden selten möglich.

Ergotherapie

Die Ergotherapie hat in der geriatrischen Rehabilitation immer einen direkten Bezug zu den ATL⁶, z.B. beim Wasch- und Anziehtraining sowie Training von Aktivitäten der Haushaltsführung.

Schwerpunkte sind die Mobilisierung und Regulierung des Muskeltonus in den Bereichen der Hand, der Schulter und des Rumpfes. Ziele sind z.B. Rückgewinnung von Rumpfkontrolle und Feinmotorik oder auch Gleichgewichtsschulung.

Weiterhin unterstützt die Ergotherapie das Training zur Minderung alltagsrelevanter Störungen der Kognition. Auch die Anpassung von und das Training mit Hilfsmitteln im Bereich der oberen Körperhälfte und im Bereich von ATL-Einschränkungen gehören zu den Aufgaben der Ergotherapeuten.

Logopädie

Die Aufgaben der Logopädie sind Diagnostik und Behandlung der Sprech- und Sprach- sowie Ess- und Schluckstörungen. Dazu gehört auch die Kommunikation,

⁶ ATL: Aktivitäten des täglichen Lebens oder ADL: Activities of daily living

Lesen und Schreiben, Kommunikation mit Gesten, Mimik und eventuell Kommunikationstafeln.

Wegen des spezifischen Einzelkontakts im Hinblick auf Sprache, Kommunikation und soziale Integration sind Logopäden z.B. in Vorgänge der Krankheitsverarbeitung und –bewältigung oft intensiver eingebunden als die anderen Teammitglieder und sie erhalten oft zusätzliche Informationen.

Die Therapie im Gesichts-, Mund- und Schlundbereich, insbesondere das Schlucktraining – orofaziale Therapie – ist bei entsprechenden Ausfällen oft von vitaler Indikation wegen der Aspirationsgefahr⁷, die beim abwehrgeschwächten und gebrechlichen geriatrischen Rehabilitanden häufiger zu Komplikationen, z.B. Pneumonien, führt. Zur Durchführung der orofazialen Therapie können auch speziell ausgebildete Ergotherapeuten oder Pflegekräfte einbezogen werden.

Rehabilitative geriatrische Pflege

Rehabilitative geriatrische Pflege darf sich nicht allein nach den Wünschen und Einschätzungen des Patienten richten, vielmehr hat sie fachlich begründete eigenständige Ziele, die mit denen des Patienten abzugleichen sind.

Aufgabe der Pflege ist es auch, die anderen Teammitglieder zu unterstützen und damit dazu beizutragen, Selbstbestimmung und Selbstständigkeit des Patienten bei den Alltagsverrichtungen wieder zu ermöglichen.

In die rehabilitative geriatrische Pflege sind die Angehörigen ggf. einzubeziehen.

Pflege hat somit in der geriatrischen Rehabilitation einen höheren Stellenwert als in einer indikationsspezifischen Rehabilitation. Dies gilt auch für die ambulante geriatrische Rehabilitation, insbesondere im Hinblick auf das Ziel größtmöglicher Autonomie des Patienten hinsichtlich der ATL in einem Stadium, in dem eine stationäre Rehabilitation mit wesentlich größeren Anteilen an "passiver" Pflege nicht (mehr) erforderlich ist.

Physikalische Therapie

Die physikalischen Verfahren⁸ dienen der Regulation des Muskeltonus und der Schmerzbekämpfung. Sie sind auch effektive Mittel zur Verbesserung von Stimmung, Motivation und Lebensmut. Einen wesentlichen Stellenwert haben Lymphdrainage und Narbenbehandlung. Bei der Schmerzbekämpfung kann die

⁷ Gefahr des Verschluckens

⁸ Z.B. Massagen, Anwendung von Kälte und Wärme, Bäder, Strom, Ultraschall, Lymphdrainage

physikalische Therapie die medikamentöse Behandlung reduzieren. Wegen reduzierter Kompensationsbreite und verminderter eigener Reaktionsmöglichkeiten geriatrischer Rehabilitanden sind diese Maßnahmen bei entsprechendem Bedarf bedeutsamer als bei jüngeren Patienten bei indikationsspezifischer Rehabilitation.

Neuropsychologie

Die neuropsychologische Untersuchung liefert ein differenziertes Leistungsprofil der kognitiven Fähigkeiten im Bereich Intelligenz, Gedächtnis, Konzentration, Raumverarbeitung und Planungsvermögen. Sie ermöglicht z.B.:

- eine Abgrenzung zwischen normaler und pathologischer Hirnalterung,
- eine diagnostische Präzisierung von Hirnleistungsstörungen insbesondere mit psychometrischen Testverfahren (auch zur Erkennung von Demenzen/Depressionen).

Die Neuropsychologie trainiert die verbliebenen Fähigkeiten insbesondere in Zusammenarbeit mit der Ergotherapie, ggf. auch mit der Logopädie.

Der Neuropsychologe ist auch Behandler bzw. Mitbehandler von kognitiven sowie depressiven Störungen und übernimmt Aufgaben der psychologischen Unterstützung (z.B. bei der Krankheitsbewältigung).

Sozialarbeit

Der Sozialdienst berät Patienten und Angehörige, unterstützt die Rehabilitanden bei der Krankheitsverarbeitung und bereitet die Entlassung vor. Weitere Aufgaben sind

- Beratung und Vermittlung häuslicher Hilfen,
- Heimberatung und -vermittlung,
- Beratung über Sozialhilfeleistungen/Leistungen der Pflegeversicherung,
- Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen des Gesundheits- und sozialen Versorgungssystems,
- Hausbesuche,
- Kostenregelungen.

Ernährungsberatung

Die Ernährungsberatung beinhaltet Schulungen über Ernährungsfragen für Angehörige und Rehabilitanden und Beratungen bei Fehl- und Mangelernährung, ggf. im Sinne von Prävention und bei Sonderkostformen, z.B. auch bei Schluckstörungen.

Kooperation

Die ambulante geriatrische Rehabilitationseinrichtung kooperiert mit dem Hausarzt und den anderen an der Versorgung der Rehabilitanden Beteiligten (z.B. Akutkrankenhäuser, Rehabilitationskliniken, Sozialstationen, Pflegedienste, Selbsthilfegruppen).

Durch zweckmäßige Organisations- und Kooperationsformen ist sicherzustellen, dass die ambulante Rehabilitation als integrativer Bestandteil der regionalen Versorgungsstruktur zur möglichst raschen und dauerhaften (Wieder-)Eingliederung der Rehabilitanden in das soziale Umfeld beiträgt.

2 Personelle Ausstattung

2.1 Rehabilitationsteam und Qualifikation

Der ganzheitliche Ansatz ambulanter geriatrischer Rehabilitation setzt ein interdisziplinäres Team rehabilitativ geschulter Therapeuten und Fachkräfte unter ärztlicher Leitung und Verantwortung voraus.

Zu den Aufgaben im Rahmen der Teamarbeit zählen insbesondere:

- Durchführung des geriatrischen Assessments,
- Festlegung des individuellen Rehabilitationszieles und dessen Anpassung,
- Erstellung des Rehabilitationsplans und dessen Anpassung,
- Koordination und Überwachung der Therapie,
- Fallbesprechungen (mindestens wöchentlich),
- Versorgung, Beratung und Anpassung sowie Training bezüglich der Hilfsmittel und technischen Hilfen unter Berücksichtigung des häuslichen Umfelds und im Bedarfsfall Wohnungsbegehung,
- Beratung und Schulung von Patienten und Angehörigen,
- Organisation der Weiterversorgung/Nachsorge (insbesondere durch Sozialarbeiter),
- Dokumentation des Rehabilitationsprozesses,
- Erstellung eines umfassenden Abschlussberichts.

Diesem interdisziplinären Rehabilitationsteam gehören neben dem Arzt die im Folgenden aufgeführten Berufsgruppen mit den genannten erforderlichen Qualifikationen und staatlichen Anerkennungen an. Im Team sind Therapeuten mit nachgewiesener Bobath- oder vergleichbarer Qualifikation vorzuhalten. Zumindest

hauptverantwortliche bzw. leitende Therapeuten müssen über eine mindestens zweijährige vollzeitige Berufserfahrung in einer geriatrischen Einrichtung verfügen oder eine vollzeitige Berufserfahrung von mindestens 12 Monaten in einer geriatrischen Einrichtung und 12 Monaten in einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung besitzen. Für alle Berufsgruppen gilt gemeinsam die Anforderung der regelmäßigen Fort- und Weiterbildung.

- **Arzt**
Für den leitenden Arzt und den Stellvertreter gelten die unter Ziffer 1.1 genannten Ausführungen.
- **Pflegefachkraft**
 - Erfahrung in fachlicher Beratung, Anleitung und Unterstützung medizinischer Laien.
 - Leitung: nach Möglichkeit geriatrische Fachpflegekraft.
- **Ergotherapeut**
- **Physiotherapeut**
- **Masseur und medizinischer Bademeister**
- **Logopäde**
 - einschließlich nachgewiesener Erfahrung in Diagnostik und Therapie von Kau- und Schluckstörungen
- **Neuropsychologe**
 - Diplom als Psychologe und
 - Anerkennung als klinischer Neuropsychologe durch Fachgesellschaften oder
 - Kenntnisse und Erfahrung im Bereich der klinischen Neuropsychologie durch mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung im Bereich neurologischer Rehabilitation und Kenntnisse und Erfahrung in psychologischer und neuropsychologischer Diagnostik und Psychotherapie;
 - Erfahrungen in Entspannungstechniken (z.B. autogenes Training, progressive Muskelentspannung nach Jacobsen).

Die Aufgaben der klinischen Neuropsychologie können auch durch einen Arzt mit Weiterbildung in Neuropsychologie übernommen werden, wenn er eine Anerkennung durch eine Fachgesellschaft nachweisen kann und in der neurologischen Rehabilitation tätig war.

- Sozialarbeiter
 - Diplom als Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge,
 - Erfahrung in der Einzelfallhilfe mit Kenntnissen/Erfahrungen der regionalen Versorgungs-/Hilfestruckturen

2.2 Personalbemessung

Die personelle Ausstattung muss die Umsetzung des Rehabilitationskonzeptes ermöglichen. Sie ist abhängig von den Behandlungsschwerpunkten und von der Anzahl der Therapieplätze und den Angaben im Rehabilitationskonzept. Das Rehabilitationskonzept sollte den erforderlichen Aufwand transparent machen. Notwendig sind daher Angaben

- zur Frequenz und dem zeitlichen Umfang aller therapeutischen Leistungen,
- zum prozentualen Anteil an Einzeltherapien,
- zu den benötigten Rüstzeiten (Vor- und Nachbereiten von Therapieterminen),
- zum zeitlichen Aufwand für Teamkonferenzen,
- zum zeitlichen Aufwand für ärztliche Aufgaben,
- ggf. zur Gruppengröße.

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

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

Ärzte	1 : 20
Pflegekräfte (bei etwa gleichem Anteil von Kranken- und Altenpflegekräften); Leitungskräfte sollten geriatrische Fachpflegequalifikation besitzen	1 : 10 - 40
Physiotherapeuten	1 : 10 - 15
Ergotherapeuten	1 : 10 - 15
Neuropsychologen	1 : 40 - 80
Masseure und medizinische Bademeister(innen)	1 : 40
Logopäden	1 : 20 - 40
Sozialarbeiter	1 : 50 - 80
Ernährungsberater (Diätassistent/Ökotrophologe)	1 : 100

3 Räumliche Ausstattung

Die räumliche Ausstattung der ambulanten Rehabilitationseinrichtung muss die Umsetzung des Rehabilitationskonzeptes ermöglichen. Für die speziellen Gegebenheiten der ambulanten geriatrischen Rehabilitation sind Räume mit ausreichender Grundfläche und sachgerechter Ausstattung vorzusehen, insbesondere

- Raum für ärztliche Untersuchung und rehabilitationsspezifische Diagnostik,
- Notfallzimmer,
- Einzeltherapieräume,
- Gruppentherapieräume, auch geeignet für Schulungen und Seminare,
- Aufenthalts- und Ruheräume mit ausreichender Anzahl von Sitz- und Liegeplätzen,
- Patientenumkleideräume mit Duschen, WC, abschließbares Schrankfach für jeden Rehabilitanden,
- Rezeption und Raum für Patientenaufnahme, Kartei/Archiv, Verwaltung und sonstige Infrastruktur,
- Wartebereich mit ausreichenden Sitzgelegenheiten,
- Abstellraum, Geräteraum,
- Personalaufenthaltsraum,
- Personalumkleideraum mit Dusche, WC und abschließbarem Schrankraum.

Die Räume müssen barrierefrei zugänglich sein und sollten Orientierungshilfen bieten.

Allen therapeutischen Professionen muss außer der typischen Einrichtung und dem berufüblichen Arbeitsmaterial die sich aus dem Rehabilitationskonzept ergebende räumliche und gerätetechnische Ausstattung zur Verfügung stehen.

4 Apparative Ausstattung

Die Geräte müssen in geeigneter Ausführung (sicherheitstechnische Standards, TÜV/S MedGV) vorhanden sein. Über die vorhandenen Geräte ist eine aktuelle Geräteliste zu führen. Je nach Schwerpunktbildung und indikationsbezogenen Rehabilitationskonzepten verändern sich die Anforderungen an die Art und Anzahl der Apparate.

Im Rehabilitationskonzept sind die für die einzelnen Funktionstherapien (z.B. Krankengymnastik, Logopädie/Sprachtherapie, Neuropsychologie, Ergotherapie)

entsprechend verwendeten Untersuchungs-, Test- und Therapiemethoden einschließlich der hierfür technischen Ausstattung zu benennen.

Dazu zählen u.a.:

- Therapieliegen (für Krankengymnastik/Physiotherapie, Ergotherapie und physikalische Therapie nutzbar, bei Bedarf höhenverstellbar/variabel),
- Arbeitstische, adaptierbar,
- Arbeitsstühle, adaptierbar,
- Bodenmatten,
- Sprossenwand,
- Gehbarren,
- Spiegel (körperhoch für Physiotherapie und Ergotherapie),
- Laken, Tücher, Lagerungskissen, Polster und Decken,
- Geräte für Therapie und Diagnostik in der Physiotherapie:
 - je nach Indikation Muskeltrainingsgeräte,
 - je nach Indikation Geräte zur Muskelkraftmessung,
 - passive Bewegungsgeräte mit Spastikschtaltung,
 - Balance-/Gleichgewichtsgeräte (z.B. Kreisel, instabile Flächen),
Gehschulmöglichkeiten auf unterschiedlichen Oberflächen,
- Thermo- (Kryo-Wärmetherapie) Geräte,
- Elektro- und Elektromecho-Therapiegeräte,
- Geräte (z.B. Matten, Liegen, Stühle) für Entspannungsübungen oder für spastiksenkende Lagerung,
- Materialien für Alltags- und Haushaltstraining,
- Übungsbad,
- Übungsküche,
- Diagnostik- und Therapiematerial für mental/kognitive, psychische und/oder cerebral bedingte Sprach- und Sprechstörungen (u.a. auch für computergestützte und apparative Diagnostik und Therapie),
- Werkzeug und Materialien für unterschiedliche funktionelle Therapien (z.B. für sensomotorische, mental/kognitive Therapie),
- Hilfsmittel, Pflegehilfsmittel zur Erprobung,
- Artikulationsspiegel,
- Sehtrainingstherapiemöglichkeiten,
- Spiele und Spielmaterial,
- Material zur Herstellung von Schienenmaterial oder Hilfen für den Alltag,
- Werkzeuge,
- Videoaufzeichnungs- und Wiedergabemöglichkeit,
- Projektionsmöglichkeiten,
- Tonband/Kassettenrecorder.