

**Zulassungsbedingungen des vdek  
zur Erbringung von Leistungen  
zur ambulanten  
onkologischen 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.....	7
2	PERSONELLE AUSSTATTUNG.....	12
2.1	REHABILITATIONSTEAM UND QUALIFIKATION .....	12
2.1.1	<i>Arzt.....</i>	<i>12</i>
2.1.2	<i>Physiotherapeut / Krankengymnast .....</i>	<i>12</i>
2.1.3	<i>Sportlerer/ Sporttherapeut.....</i>	<i>12</i>
2.1.4	<i>Masseur und Medizinischer Bademeister.....</i>	<i>12</i>
2.1.5	<i>Diplompsychologe .....</i>	<i>12</i>
2.1.6	<i>Ergotherapeut.....</i>	<i>13</i>
2.1.7	<i>Sozialarbeiter / Sozialpädagoge.....</i>	<i>13</i>
2.1.8	<i>Diätassistent / Ernährungsberater.....</i>	<i>13</i>
2.1.9	<i>Gesundheits- / Krankenpfleger .....</i>	<i>13</i>
2.1.10	<i>Stomatherapeut / Inkontinenzberater .....</i>	<i>13</i>
2.2	PERSONALBEMESSUNG .....	14
3	RÄUMLICHE AUSSTATTUNG.....	14
4	APPARATIVE AUSSTATTUNG.....	15

## 0 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 ambulante Rehabilitation sind inhaltlich und konzeptionell die gleichen qualitativen Anforderungen zu stellen wie an die stationären Leistungen zur 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 oder 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.

Die Rahmenempfehlungen zur ambulanten onkologischen Rehabilitation der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) vom 22.01.2004 bilden für die Ersatzkassen die Grundlage für den Ausbau einer gemeinsam zu nutzenden bedarfsgerechten ambulanten Rehabilitationsstruktur und zur Gewährleistung einer an einheitlichen Grundsätzen ausgerichteten 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 onkologischen Rehabilitation in der jeweils geltenden Fassung.

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

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

## 1 Rehabilitationskonzept

Jede ambulante Einrichtung zur onkologischen Rehabilitation legt ein strukturiertes Rehabilitationskonzept vor, 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.

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

### *1.1 Ärztliche Leitung und Verantwortung*

Die ambulante Rehabilitationseinrichtung muss unter Leitung und Verantwortung eines Facharztes/einer Fachärztin<sup>1</sup> für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie sowie 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 Anleitetung 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,

---

<sup>1</sup> Im Folgenden wird auf die weibliche Form der Berufsbezeichnung verzichtet.

- 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 wie der leitende Arzt der Einrichtung verfügen.

Ist die Rehabilitationseinrichtung an einer kurativmedizinischen ausgerichteteten onkologischen Klinik/Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft angesiedelt, muss eine räumliche und organisatorische Trennung gegeben sein. Gleiches gilt auch für ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus oder eine nach §§ 111, 111a SGB V zugelassene stationäre Vorsorge- oder 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 dermatologischen 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 unter Berücksichtigung der externen Verfahren der Rehabilitationsträger.

### ***1.3 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 des Tumorleidens, 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, z.B. Computertomographien oder NMR-Tomographie,
- endoskopische Untersuchungen,
- Lungenfunktion, Langzeit-EKG, Langzeit-Blutdruck.

Bei Bedarf müssen weitere konsiliarische Untersuchungen sichergestellt sein.

### ***1.4 Rehabilitationsplan***

Anhand der Ergebnisse der Rehabilitationsdiagnostik wird 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.

### ***1.5 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 mit Umgang mit Fisteln,
- Prothesenberatung (z.B. nach Mammaamputation),
- Gehschule (z.B. nach Extremitätenamputation),
- Beratung bzgl. Sinn und Unsinn von so genannten "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 Selbsthilfeorganisationen/Gruppen, Rehabilitationssport, Tumornachsorge sowie anderen weiterführenden Beratungs- und Hilfemöglichkeiten 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 stufenweise 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 oder Teilhabe 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 kontinenzershaltend operiertem Rektumkarzinom oder prostata-  
tektomierten Prostatakarzinompatienten häufig, sondern können in Anbetracht des  
oft fortgeschrittenen Alters 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  
Tumorthérapien und evtl. notwendige andere medikamentöse Therapien.

### **Physiotherapie / Physikalische Therapie / Sporttherapie**

Mit der Physiotherapie/Physikalischen Therapie werden in der ambulanten onko-  
logischen 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 Lungenfunk-  
tion) 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 ge-  
störtem Körperbild (Mamma-Amputation) im Sinne eines Körperwahrneh-  
mungstrainings.

## **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.

Psychoonkologie–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,
- speziellen psychologischen 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.

## 2 Personelle Ausstattung

### 2.1 Rehabilitationsteam und Qualifikation

Die ambulante onkologische Rehabilitation erfordert ein interdisziplinäres Rehabilitationsteam, dessen Mitglieder in der Regel über die nachstehend aufgeführte Qualifikation und Berufserfahrung<sup>2</sup> verfügen müssen.

#### 2.1.1 Arzt

Für den leitenden Arzt und seinen Stellvertreter gelten die unter Ziffer 1.1 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 2.2.

#### 2.1.2 Physiotherapeut / Krankengymnast

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

#### 2.1.3 Sportlerer/ Sporttherapeut

- Diplom-Sportlehrer mit medizinischer Ausrichtung (z.B. Fachrichtung Rehabilitation) oder Zusatzqualifikation Bewegungs-/Sporttherapie und
- indikationsspezifische Zusatzqualifikation oder Weiterbildung und
- mindestens 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Sportlehrer/Sporttherapeut in einer Rehabilitationseinrichtung.

#### 2.1.4 Masseur und Medizinischer Bademeister

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

#### 2.1.5 Diplompsychologe

- Diplom als Psychologe, möglichst mit Erfahrungen in Psychoonkologie und

---

<sup>2</sup> Bei Teilzeitkräften verlängert sich der Zeitraum der erforderlichen Berufserfahrung entsprechend.

- Zusatzqualifikation in Entspannungstechniken (z.B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung nach Jacobson) und
- Erfahrung in der Leitung von Gruppen und
- mindestens 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Psychologe in einer Rehabilitationseinrichtung.

### **2.1.6 Ergotherapeut**

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

### **2.1.7 Sozialarbeiter / Sozialpädagoge**

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

### **2.1.8 Diätassistent / Ernährungsberater**

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

### **2.1.9 Gesundheits- / 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
- mindestens 2 Jahre vollzeitige klinische Berufserfahrung als Gesundheits- und Krankenpfleger in einer medizinischen Einrichtung.

### **2.1.10 Stomatherapeut / Inkontinenzberater**

Sofern vom Indikationsspektrum erforderlich, muss der Stomatherapeut eine mindestens 3-monatige Ausbildung nachweisen.

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

- Prothetikberater,
- Seelsorger/Diakon.

## 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 : 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.

## 3 Räumliche Ausstattung

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

Für die speziellen Gegebenheiten der ambulanten onkologischen Rehabilitation sind Räume mit ausreichender Grundfläche und sachgerechter Ausstattung vorzusehen:

- 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.

## 4 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.