

**Zulassungsbedingungen des vdek
zur Erbringung von Leistungen
zur ambulanten Rehabilitation
bei psychischen und psychosomatischen
Erkrankungen**

Stand: 12.05.2011

0	ALLGEMEINES.....	3
1	REHABILITATIONSKONZEPT	4
1.1	STRUKTURELLE UND ORGANISATORISCHE ANFORDERUNGEN	5
1.2	ÄRZTLICHE LEITUNG UND VERANTWORTUNG	5
1.3	AUFGABEN DER ÄRZTLICHEN UND / ODER PSYCHOLOGISCHEN THERAPEUTEN	6
1.4	REHABILITATIONSDIAGNOSTIK.....	7
1.5	REHABILITATIONSPLAN.....	8
1.6	BEHANDLUNGSELEMENTE	8
2	PERSONELLE AUSSTATTUNG	9
2.1	REHABILITATIONSTEAM UND QUALIFIKATION	9
2.1.1	<i>Arzt</i>	<i>10</i>
2.1.2	<i>Psychologischer Psychotherapeut / Diplom-Psychologe</i>	<i>10</i>
2.1.3	<i>Ergotherapeut / fakultativ auch Kreativtherapeut</i>	<i>10</i>
2.1.4	<i>Sozialarbeiter / Sozialpädagoge</i>	<i>10</i>
2.1.5	<i>Sportlehrer / Sporttherapeut</i>	<i>10</i>
2.1.6	<i>Physiotherapeut / Krankengymnast.....</i>	<i>10</i>
2.1.7	<i>Gesundheits- und Krankenpfleger / Arzthelferin.....</i>	<i>10</i>
2.1.8	<i>Diätassistent / Diplom-Oecotrophologe.....</i>	<i>10</i>
2.2	PERSONALBEMESSUNG.....	10
3	RÄUMLICHE AUSSTATTUNG.....	11
4	APPARATIVE AUSSTATTUNG	12

0 Allgemeines

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

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

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

Die stationäre und ambulante Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen unterscheiden sich bezüglich der Zielgruppe und der Behandlungsmaßnahmen von der ambulanten, teilstationären und stationären Krankenbehandlung und der Rehabilitation psychisch kranker und behinderter Menschen in stationären bzw. ambulanten Einrichtungen zur Rehabilitation psychisch Kranker (RPK). Das ambulante Rehabilitationskonzept sieht sich nicht in Konkurrenz zu diesen etablierten Behandlungsmöglichkeiten und stellt diese nicht in Frage.

Die Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen 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 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 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 Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen.

1 Rehabilitationskonzept

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

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

1.1 Strukturelle und organisatorische Anforderungen

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

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

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

1.2 Ärztliche Leitung und Verantwortung

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

- eines Facharztes/einer Fachärztin¹ für Psychotherapeutische Medizin oder
- eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie.

Der leitende Arzt muss über mindestens zweijährige vollzeitige (bei Teilzeit entsprechende) rehabilitative und sozialmedizinische Erfahrungen verfügen und die Zusatzbezeichnung Sozialmedizin und/oder Rehabilitationswesen erworben haben.

¹ Im Folgenden wird auf die weibliche Form der Berufsbezeichnung verzichtet.

Der leitende Arzt hat neben der eigenen gebietsbezogenen und sozialmedizinischen Fortbildung auch die ständige Fortbildung seiner Mitarbeiter zu gewährleisten.

Der leitende Arzt ist für die Umsetzung des umfassenden Rehabilitationskonzepts im Rahmen der Vorgaben der Leistungsträger bezogen auf den einzelnen Rehabilitanden verantwortlich. Dabei ist den o.g. Krankheitsdimensionen, den darauf bezogenen Rehabilitationszielen sowie der langfristigen Rehabilitationsprognose und den nach der Rehabilitation ggf. einzuleitenden Maßnahmen Rechnung zu tragen. Er leitet das interdisziplinäre Rehabilitationsteam, stellt regelmäßige (mindestens 1 mal pro Woche) Teambesprechungen sicher und verantwortet den Entlassungsbericht, insbesondere die sozialmedizinische Beurteilung (vgl. Allgemeiner Teil der Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation, 9.5 Ärztliche Leitung und Verantwortung).

Der leitende Arzt oder sein benannter ständiger Vertreter müssen während der Öffnungszeiten der Einrichtung präsent und verfügbar sein. Der Vertreter des leitenden Arztes muss über eine vergleichbare Qualifikation wie der leitende Arzt der Einrichtung verfügen.

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

Ist die ambulante Rehabilitationseinrichtung an eine Praxis oder Fachabteilung angebunden, muss eine räumliche und organisatorische Trennung gegeben sein. Gleiches gilt auch für die Anbindung an ein gemäß § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus und eine Rehabilitationseinrichtung gemäß § 111 SGB V.

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.

1.3 Aufgaben der ärztlichen und / oder psychologischen Therapeuten

Zu den Aufgaben beider Berufsgruppen gehören:

- Aufnahme-, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen,
- Durchführung bzw. Veranlassung und Auswertung der Rehabilitationsdiagnostik mit Konkretisierung des Behandlungsbedarfs,

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

In der spezifischen Verantwortung der ärztlichen Mitarbeiter liegen hierbei:

- die körperliche Aufnahme- und ggf. Abschlussuntersuchung,
- die Erhebung der medizinisch relevanten Anamnesedaten,
- die Sichtung medizinischer Vorbefunde, ggf. die Veranlassung weiterer diagnostischer bzw. differentialdiagnostischer Maßnahmen,
- Erstellung und Anpassung des Rehabilitationsplans,
- die Verordnung von Medikamenten (inklusive Aufklärung der Rehabilitanden über Wirkung und Nebenwirkungen), insbesondere die Verantwortung für die Psychopharmakotherapie,
- die enge Abstimmung hierüber mit dem behandelnden (Haus-)Arzt; Kooperation mit Konsiliarärzten und Konsiliardiensten,
- ggf. Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln und/oder diätetischer Maßnahmen,
- kollegiale Beratung der psychologischen Bezugstherapeuten zu den medizinischen Aspekten der von ihnen betreuten Rehabilitanden,
- Erstellung des Entlassungsberichtes mit sozialmedizinischer Beurteilung.

1.4 Rehabilitationsdiagnostik

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

Am Beginn, im Verlauf und am Ende der Rehabilitation ist die Rehabilitationsdiagnostik durchzuführen. Die Befunde der Vorfelddiagnostik sind zu berücksichtigen. Die Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen), Beeinträchtigung der Aktivitäten und drohende bzw. manifeste Beeinträchtigungen der Teilhabe sowie die relevanten Kontextfaktoren sind zu beschreiben und zu bewerten; zeitnahe Befunde sind zu berücksichtigen.

Die Diagnostik umfasst obligatorisch:

- medizinische und soziale Anamnese,
- eingehende körperliche allgemeine Untersuchung,
- psychischen bzw. psychopathologischen Befund,
- psychologische Diagnostik einschließlich einer psychometrischen Basisdiagnostik,
- Ruhe-EKG,
- Bestimmung von relevanten Laborparametern.

Fakultativ:

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

Bei Bedarf müssen konsiliarische Untersuchungen sichergestellt sein.

1.5 Rehabilitationsplan

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

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

1.6 Behandlungselemente

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

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

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

An die Gestaltung von Gruppentherapien sind besondere Anforderungen zu stellen. So sollte es geschlossene und/oder offene Gruppen mit maximal zehn Teilnehmern geben. Für einzelne Störungsbilder sollen je nach Größe der Einrichtung und Schwerpunktsetzung spezielle Gruppentherapien zur Anwendung kommen.

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

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

2 Personelle Ausstattung

2.1 Rehabilitationsteam und Qualifikation

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

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

2.1.1 Arzt

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

2.1.2 Psychologischer Psychotherapeut / Diplom–Psychologe

Mindestens ein approbierter psychologischer Psychotherapeut sowie weitere Diplom–Psychologen in psychotherapeutischer Aus– oder Weiterbildung.

2.1.3 Ergotherapeut / fakultativ auch Kreativtherapeut

(z.B. KTL definiert⁴)

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

2.1.4 Sozialarbeiter / Sozialpädagoge

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

2.1.5 Sportlehrer / Sporttherapeut

- Diplom–Sportlehrer mit möglichst rehabilitationsspezifischer Qualifikation

2.1.6 Physiotherapeut / Krankengymnast

- Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut/Krankengymnast.

2.1.7 Gesundheits– und Krankenpfleger / Arzthelferin

- Staatliche Ausbildung.

2.1.8 Diätassistent / Diplom–Oecotrophologe

- Staatlich anerkannte Berufsausbildung.

2.2 Personalbemessung

Die personelle Ausstattung der ambulanten Rehabilitationseinrichtung orientiert sich an der Zahl der Therapieplätze und dem Rehabilitationskonzept, z.B. Frequenz und

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

Dauer der unterschiedlichen Therapieeinheiten, der Gruppengröße, dem eventuellen Anteil an Einzeltherapien und dem zeitlichen Aufwand für Teamkonferenzen, Visiten und weitere Aufgaben von Therapeuten und Ärzten.

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

ARZT	1 : 16 ⁵
PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUT/DIPLOM-PSYCHOLOGE	1 : 20 ⁵
Ergotherapeut/fakultativ auch Kreativtherapeut	1 : 40
Sozialarbeiter/Sozialpädagoge	1 : 60 – 1 : 40
Sportlehrer/Sporttherapeut	1 : 80
Physiotherapeut/Krankengymnast	1 : 80
GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER/Arzthelferin	1 : 40 – 1 : 20
DIÄTASSISTENT/DIPLOM-OECOTROPHOLOGE	1 : 80

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

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

Zusätzlich sind Verwaltungsaufgaben, Urlaubs- und Krankheitsvertretung zu gewährleisten.

3 Räumliche Ausstattung

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

Es sollten angemessene Räumlichkeiten vorhanden sein:

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

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

Die Räume müssen barrierefrei zugänglich sein.

4 Apparative Ausstattung

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

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

Der Zugang zu weiterführender Diagnostik muss jederzeit gewährleistet sein.