

**Zulassungsbedingungen des vdek
zur Erbringung von Leistungen
zur ambulanten
pneumologischen 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	6
1.5	BEHANDLUNGSELEMENTE.....	7
1.6	AUFGABEN DES REHABILITATIONSTEAMS	11
2	PERSONELLE AUSSTATTUNG.....	11
2.1	REHABILITATIONSTEAM UND QUALIFIKATION	11
2.1.1	<i>Arzt.....</i>	<i>12</i>
2.1.2	<i>Physiotherapeut.....</i>	<i>12</i>
2.1.3	<i>Sportlehrer/ Sporttherapeut / Sportwissenschaftler</i>	<i>12</i>
2.1.4	<i>Klinischer Psychologe</i>	<i>12</i>
2.1.5	<i>Ergotherapeut.....</i>	<i>12</i>
2.1.6	<i>Diätassistent / Oecotrophologe</i>	<i>13</i>
2.1.7	<i>Sozialarbeiter / Sozialpädagoge.....</i>	<i>13</i>
2.1.8	<i>Gesundheits- und Krankenpfleger</i>	<i>13</i>
2.1.9	<i>Weiterer Personalbedarf.....</i>	<i>13</i>
2.2	PERSONALBEMESSUNG	13
3	RÄUMLICHE AUSSTATTUNG.....	14
4	APPARATIVE AUSSTATTUNG.....	15

0 Allgemeines

Die pneumologische Rehabilitation ist Bestandteil der Langzeitbehandlung vieler chronischer Erkrankungen der Atmungsorgane. Insbesondere bei der Chronisch Obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) aber auch dem Asthma bronchiale ist die pneumologische Rehabilitation ein essenzieller Teil der leitliniengemäßen Therapie (NVLL COPD und Asthma).

Ambulante pneumologische Rehabilitation kann sowohl in einer stabilen Krankheitsphase indiziert sein als auch direkt nach einer Krankenhausbehandlung (z.B. nach Exazerbation einer COPD, nach einer Pneumonie oder nach einer Lungenoperation) im Sinne einer Anschlussrehabilitation.

Ergänzend können beim Langzeitmanagement weitere ambulante, nichtmedikamentöse Therapiemaßnahmen wie Rehabilitationssport (z.B. Lungensport), ambulante Physiotherapie, Tabakentwöhnung und Patientenschulung angezeigt und sinnvoll sein. Diese ergänzen z.T. als langfristige Einzelmaßnahmen die zeitlich begrenzte, stets komplexe, interdisziplinäre und multiprofessionelle Rehabilitation.

Die ambulant durchgeführte pneumologische Rehabilitation geht ebenso wie die stationäre Form von einem ganzheitlichen Rehabilitationskonzept aus und beinhaltet ein umfassendes, rehabilitationsspezifisches, interdisziplinäres Therapieangebot, das entsprechend der individuellen Situation des Rehabilitanden aus den physischen, psychischen, oecotrophologischen, sozialen und edukativen Komponenten besteht. Wesentlich ist auch die sozialmedizinische Beurteilung.

Die BAR-Rahmenempfehlungen zur ambulanten pneumologischen 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.

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 pneumologischen Rehabilitation.

1 Rehabilitationskonzept

Jede ambulante pneumologische Rehabilitationseinrichtung erstellt ein strukturiertes und standortspezifisches Rehabilitationskonzept evtl. unter Berücksichtigung von Schwerpunkten, das die erforderliche rehabilitative Diagnostik und Behandlung sowie die personelle, räumliche Ausstattung der Einrichtung sowie die Besonderheiten einer wohnortnahen Versorgung enthält.

1.1 Ärztliche Leitung und Verantwortung

Die ambulante pneumologische Rehabilitation steht unter ständiger Leitung und Verantwortung eines Pneumologen / einer Pneumologin*.

Der leitende Arzt muss über mindestens zweijährige vollzeitige (bei Teilzeit entsprechende) rehabilitative und sozialmedizinische Erfahrungen verfügen und sollte die Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen oder Sozialmedizin führen. Er hat neben der Fortbildung auch die Anleitung und Weiterbildung der ärztlichen Mitarbeiter zu gewährleisten. Die indikationsspezifischen Anforderungen der Arbeitsmedizin sind soweit erforderlich zu berücksichtigen.

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.

Ist die ambulante Rehabilitationseinrichtung an eine pneumologische Praxis oder eine pneumologische 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.

* Im Folgenden wird auf die weibliche Form verzichtet.

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 Rehabilitationskonzeptes bezogen auf den einzelnen Rehabilitanden verantwortlich. Dabei ist den im besonderen Teil der BAR-Rahmenempfehlungen zur ambulanten pneumologischen 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 der Rehabilitationsziele sowie des Rehabilitationsplans mit dem Rehabilitanden und dem Rehabilitationsteam
- Durchführung aller für die ambulante Rehabilitation erforderlichen ärztlich-therapeutischen Maßnahmen
- Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln
- Gewährleistung eines Assessments zu notwendigen Hilfsmitteln und des Hilfsmitteltrainings
- Durchführung von Visiten in den Behandlungsräumen und Sprechstundenangebot für den Rehabilitanden
- Koordination, Anpassung und Verlaufskontrolle der Therapiemaßnahmen
- Leitung des Rehabilitationsteams und der Teambesprechung (mindestens einmal pro Woche)
- Information und Beratung des Rehabilitanden unter Einbeziehung der Bezugspersonen
- Erstellung des ärztlichen Entlassungsberichtes mit sozialmedizinischer Beurteilung, Empfehlungen für die Weiterbehandlung unter Einbeziehung der Befundberichte des nicht-ärztlichen Rehabilitationsteams
- Kooperation mit vor- und nachbehandelnden Ärzten, Konsiliarärzten und Konsiliardiensten und den in der Nachsorge eingebundenen Diensten sowie Selbsthilfegruppen
- Qualitätssicherung und Sicherstellung der Dokumentation (insbesondere Diagnostik und durchgeführte Therapie).

1.3 Rehabilitationsdiagnostik

Am Beginn, im Verlauf und am Ende der Rehabilitation ist die indikationsspezifische Rehabilitationsdiagnostik durchzuführen. 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

- Anamnese einschließlich Erfassung von Aktivitäten und Teilhabe
- eingehende körperliche Untersuchung
- Lungenfunktion, Blutgasanalyse.

Spezielle diagnostische Verfahren, die nach individueller Notwendigkeit zum Einsatz kommen, sind insbesondere

- Spirometrie, Peak-Flow-Messung, Ganzkörperplethysmographie
- Blutgasanalyse in Ruhe und bei Belastung
- Pulsoxymetrie
- Messung der Atemmuskelkraft
- Bestimmung der Diffusionskapazität
- Ruhe- und Belastungs-EKG
- Spiroergometrie
- Sechs-Minuten-Gehtest
- Bestimmung von Laborparametern
- allergologische In vivo- und In vitro-Diagnostik
- bildgebende Verfahren (z.B. Röntgen, CT)
- Sonographie
- Echokardiographie
- Diagnostik schlafbezogener Atmungsstörungen
- Erfassung der generischen (z.B. SF-36 Health Survey) und krankheitsspezifischen Lebensqualität (z.B. SGRQ – St. George´s Respiratory Questionnaire)
- psychische Diagnostik (z.B. HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale, BDI–Beck-Depressions-Inventar)
- Analyse der Körperzusammensetzung (z.B. Bioimpedanzanalyse).

1.4 Rehabilitationsplan

Anhand der Ergebnisse der Rehabilitationsdiagnostik wird für jeden Rehabilitanden ein individueller Rehabilitationsplan erstellt und die individuellen Rehabilitationsziele bzw. -teilziele definiert.

Regelmäßige Besprechungen des Rehabilitationsteams geben Auskunft über den Verlauf. Der Rehabilitationsplan ist dem Verlauf anzupassen. Änderungen im Bereich der Körperfunktionen und Körperstrukturen, der Aktivitäten sowie der Teilhabe 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 Arztes und unter Beteiligung des Rehabilitanden.

Die wesentlichen Behandlungselemente der pneumologischen Rehabilitation sind:

- ärztliche Beratung und Betreuung
- sozialmedizinische Beurteilung
- medikamentöse Therapie
- Gesundheitsbildung / Gesundheitstraining
- strukturierte Raucherentwöhnung
- Medizinische Trainingstherapie (Ausdauer, Kraft, Koordination, Beweglichkeit)
- Physiotherapie / Atemtherapie
- Atemmuskeltraining
- Ernährungsberatung / Lehrküche
- psychologische Betreuung (Einzel- / Gruppenbetreuung, Psychotherapie)
- Entspannungstherapie / -techniken
- Sozialberatung, Leistungerschließung
- Initiierung von Nachsorgeleistungen (u.a. ambulante Lungensportgruppen, Selbsthilfegruppen, Fortführung der Raucherentwöhnung)
- Ergotherapie
- Gesundheits- und Krankenpflege
- Beratung hinsichtlich weiterführender Leistungen (u.a. Anregung von berufsfördernden Leistungen, Wohnraumgestaltung).

Gesundheitsbildung / 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 in ein Basisprogramm zur allgemeinen Gesundheitsinformation und in spezielle Kurse gegliedert sein. Es kann in Form von Vorträgen, Schulungen, Gruppengesprächen und Einzelberatungen angeboten werden. Die Prinzipien der Erwachsenenbildung sollten dabei handlungsorientiert realisiert werden. Aktuelle Filme und Literatur können zur Unterstützung herangezogen werden. Die Einbeziehung von Bezugspersonen/Familienangehörigen ist wünschenswert.

Inhalte des Gesundheitstrainings sollten u.a. sein:

- Einführung in die pneumologische Rehabilitation
- obligat sind getrennte Patientenschulungen für Asthma und COPD, die mindestens den Kriterien der für das Disease-Management-Programm Asthma / COPD (DMP) akkreditierten Schulungsprogramme entsprechen, also strukturiert, evaluiert, zielgruppenspezifisch und publiziert sind (z.B. NASA – Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für Erwachsene Asthmatiker und COBRA – Chronisch obstruktive Bronchitis mit und ohne Emphyse – Ambulantes Schulungsprogramm für COPD-Patienten)
- Information über Aufbau und Funktion der Lunge und der Atemmuskulatur
- Kenntnisvermittlung über Ursachen und pathologische Veränderungen der jeweils relevanten Krankheiten
- positiv und negativ wirkende Kontextfaktoren
- Gewichtsoptimierung (Unter- und Übergewicht)
- Zusammenhänge von Übergewicht, Bewegungsmangel, Ernährung und Stress
- geeignete Kontrollmechanismen der Erkrankung (z.B. Peak-Flow-Messung, Borg-Skala)
- Monitoring der Symptome (Führen von Asthma- / COPD-Tagebüchern)
- Medikamentenwirkung und unerwünschte Wirkungen
- Inhalationstechniken mit praktischen Übungen
- Verhalten im Notfall (Erstellen eines Notfallplanes)
- Hilfsmittelberatung und -training bei speziellen Indikationen (z.B. O₂-Langzeittherapie, Flüssigsauerstofftherapie, Beatmungstherapien)
- Lungenerkrankungen und Sexualität
- häufige Komorbiditäten
- Schlafstörungen und Schnarchen.

Tabakentwöhnung

Tabakentwöhnungsprogramme in der pneumologischen Rehabilitation sind obligat. Sie umfassen multimodale Raucherentwöhnungsprogramme mit sozialer Unterstützung und die Beratung zur Behandlung der Nikotinabhängigkeit.

Physiotherapie / Atemtherapie

Hauptziele der Atemphysiotherapie sind eine Erleichterung der erschwerten Atmung in Ruhe und unter Belastung, eine Verbesserung der Hustentechnik und der Sekretelimination. Selbsthilfetechniken bei Atemnot sind vor allem die „atemerleichternden Körperstellungen“ und die „dosierte Lippenbremse“. Wesentlich ist das Erlernen dieser Maßnahmen im beschwerdearmen Intervall. Wichtig ist die Anwendung der Techniken unter alltagsrelevanten Belastungen. Eine Erleichterung und Förderung der Sekretelimination werden erreicht durch Hustentechniken und Anwendung von spezifischen oder dafür entwickelten Hilfsmitteln.

Medizinische Trainingstherapie

Diese Therapie zielt darauf hin, die muskuloskeletal bedingten Schädigungen zu vermindern, die Belastbarkeit anzuheben, die Atemnot zu reduzieren, die Lebensqualität zu bessern. Bei dem Krankheitsbild der COPD kann die Morbidität reduziert werden. Es wird die krankheitsbezogene Ängstlichkeit und Depression verbessert sowie der akutmedizinische Ressourcenverbrauch verringert.

Feste Bestandteile dieser Therapiemaßnahme sind das Training der Ausdauer, der Kraft, der Beweglichkeit und der Koordination. Im Rahmen des Krafttrainings können z.B. die Übungen an Bewegungsabläufe angeglichen werden, wie sie bei Aktivitäten des täglichen Lebens auftreten. Voraussetzung der Trainingstherapie sind die Beherrschung und regelhafte Anwendung von Atemtechniken. Ein wichtiges Ziel ist die Vorbereitung auf das Weiterführen dieses Trainings nach der Rehabilitation. Hierzu dient ein individueller Trainingsplan für daheim unter den dort herrschenden Bedingungen und ggf. die Vermittlung in ambulante Lungensportgruppen.

Ernährungsberatung

Die Ernährungsberatung wird in Gruppen und in Einzelberatung durchgeführt. Vorträge zur gesunden Ernährung und zum kräftesparenden Kochen und Einkaufen erfolgen in der Gruppe. In Einzelgesprächen werden Strategien zu krankheitsspezifischen Problemen, wie Gewichtszunahme (Muskelaufbau) und Gewichtsabnahme (Körperfettabbau) erarbeitet ggf. unter Einbeziehung der Bezugspersonen.

Psychologische / psychotherapeutische Betreuung

Inhalte bei der psychologischen / psychotherapeutischen Betreuung sind emotionale Entlastung bei Krisen, Hilfe bei der Krankheitsverarbeitung und bei der Suche nach Zukunftsperspektiven, Angst vor Asthmaanfällen, Angst vor dem Erstickten, Unterstützung bei erforderlichen Einstellungs- und Verhaltensänderungen zur Realisierung eines gesundheitsfördernden Lebensstils, Hilfe bei der Bewältigung von Problemen in der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Sie umfasst auch Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation und Schulungen zur Stressbewältigung. Es muss davon ausgegangen werden, dass bei einem wesentlichen Teil der Rehabilitanden ein spezieller psychologischer Beratungs- und Interventionsbedarf vorliegt.

Ergotherapie

Aufgabe der Ergotherapie ist:

- die Verbesserung, Wiederherstellung und Kompensation von beeinträchtigten Fähigkeiten und Funktionen mit den Möglichkeiten der Verbesserung von Selbständigkeit und Handlungsaktivitäten für den häuslichen Alltag und den Arbeitsplatz
- die Hilfsmittelberatung in Form von Herstellung und Erprobung von Adaptationen und Hilfsmitteln
- die Möglichkeiten zum Einüben kompensatorischer Bewegungsabläufe und evt. Wohnraumanpassung und zur ergonomischen Arbeitsplatzgestaltung.

Sozialberatung

Sie beinhaltet insbesondere:

- Beratung im Hinblick auf Sozialleistungen
- Hilfen zur Reintegration in Alltag und Beruf
- Vermittlung in eine geeignete Lungensportgruppe oder Selbsthilfegruppe.

Medikamentöse Therapie

Sie umfasst die Planung des medikamentösen Behandlungskonzeptes. Dabei werden anerkannte Therapiestrategien an die individuelle Situation hinsichtlich Wirksamkeit, Interaktion und unerwünschter Wirkungen adaptiert. Die Rehabilitationseinrichtung überprüft, ob der Rehabilitand einen Plan für eine Notfalltherapie bei obstruktiven Atemwegserkrankungen (schriftlicher Notfallplan inklusive Ausgabe der entsprechenden Notfallmedikamente) erhalten hat und stellt diesen ggf. aus.

Gesundheits- und Krankenpflege

Aufgaben der Gesundheits- und Krankenpflege sind die notwendigen pflegerischen Verrichtungen (z.B. Verbände, Dokumentation) sowie die qualifizierte Mitarbeit und Assistenz bei Diagnostik und Therapie.

1.6 Aufgaben des Rehabilitationsteams

Die Umsetzung des ganzheitlichen umfassenden Rehabilitationskonzeptes ist Aufgabe des gesamten Rehabilitationsteams, das sich aus den in Kapitel 2 aufgeführten ärztlichen und nichtärztlichen Fachkräften zusammensetzt. Es finden regelmäßige Teambesprechungen (mindestens einmal pro Woche) statt. Die Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen erfolgen nach dem vom leitenden Arzt unter Mitwirkung des Rehabilitationsteams erstellten Rehabilitationsplan und werden dem Rehabilitationsverlauf nach Absprache angepasst. Wo dies möglich ist, finden Beratungen oder Behandlungen in der Gruppe statt. Bei therapeutischen Gruppen darf die Gruppengröße 10 bis maximal 15 Teilnehmer nicht übersteigen.

Bei Bedarf sind Besuche vor Ort (Wohnung, Arbeitsplatz) durchzuführen. Die Angehörigen / Bezugspersonen und der Betriebsarzt sind, soweit für die Erreichung des Rehabilitationszieles erforderlich, in die Rehabilitation einzubeziehen.

2 Personelle Ausstattung

2.1 Rehabilitationsteam und Qualifikation

Die ambulante pneumologische Rehabilitation erfordert ein interdisziplinäres Rehabilitationsteam, dessen Mitglieder über die nachstehend aufgeführte Qualifikation und Berufserfahrung in der Regel verfügen müssen. Bei Teilzeitkräften verlängert sich der Zeitraum der erforderlichen Berufserfahrung entsprechend. Mindestens ein Mitglied der jeweiligen Berufsgruppe des Rehabilitationsteams muss über die geforderte Berufserfahrung verfügen.

Das Team der ambulanten Rehabilitationseinrichtung bilden grundsätzlich fest angestellte Mitarbeiter mit der oben definierten Qualifikation. Die Präsenz ist im Einzelfall nachzuweisen. 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. Alle Mitglieder des Rehabilitationsteams sollten über Kenntnisse im Notfallmanagement verfügen.

2.1.1 Arzt

Für den leitenden Arzt und seinen Stellvertreter gelten die unter Ziffer 1.1 genannten Ausführungen. Neben dem ärztlichen Leiter sind weitere Ärzte, möglichst mit der Gebietsbezeichnung Pneumologie oder entsprechend klinischer Erfahrung vorzusehen, von denen einer als ständiger Vertreter zu benennen ist. Die Anzahl der weiteren Ärzte orientiert sich an den vorgesehenen Rehabilitandenzahlen.

2.1.2 Physiotherapeut

- Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut und
- indikationsspezifische Zusatzqualifikation oder Weiterbildung und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Physiotherapeut in einer Rehabilitationseinrichtung.

2.1.3 Sportlehrer/ Sporttherapeut / Sportwissenschaftler

- mind. ein Diplom-Sportlehrer oder Sportwissenschaftler / Master of Arts in Sports oder vergleichbarer Master-Abschluss
- für weitere Sportlehrer / Sporttherapeuten / Sportwissenschaftler mind. Bachelor of Arts oder vergleichbarer Bachelor-Abschluss
- Studium mit medizinischer Ausrichtung (z.B. Fachrichtung Rehabilitation) oder Zusatzqualifikation Bewegungs- / Sporttherapie und
- indikationsspezifische Zusatzqualifikation oder Weiterbildung und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Sportlehrer / Sporttherapeut / Sportwissenschaftler in einer Rehabilitationseinrichtung.

2.1.4 Klinischer Psychologe

- Diplom-Psychologe / Master of Science in Psychologie oder vergleichbarer Master-Abschluss mit Schwerpunkt klinische Psychologie und
- psychotherapeutische Zusatzqualifikation, möglichst verhaltenstherapeutischer Ausrichtung und
- Zusatzqualifikation in Entspannungs- und Stressbewältigungstechniken (z.B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung nach Jacobson) und
- Erfahrung in der Leitung von Gruppen und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Psychologe in einer Rehabilitationseinrichtung.

2.1.5 Ergotherapeut

- Staatliche Anerkennung als Ergotherapeut ggf. mit indikationsspezifischer Zusatzqualifikation oder Weiterbildung und

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

2.1.6 Diätassistent / Oecotrophologe

- Staatliche Anerkennung als Diätassistent oder Diplom als Oecotrophologe / Bachelor of Science Oecotrophologie oder vergleichbarer Bachelor-Abschluss und
- indikationsspezifische Zusatzqualifikation und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung in der Diät- und Ernährungsberatung.

2.1.7 Sozialarbeiter / Sozialpädagoge

- Diplom / staatliche Anerkennung als Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge / mind. Bachelor of Arts Soziale Arbeit oder vergleichbarer Bachelor-Abschluss und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge mit ausreichender rehabilitativer Erfahrung und
- Aus-, Fort- und Weiterbildung im Gesundheitswesen.

2.1.8 Gesundheits- und Krankenpfleger

- Staatliche Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger
- mind. 2 Jahre vollzeitige klinische Berufserfahrung als Gesundheits- und Krankenpfleger in einer medizinischen Einrichtung und
- Erfahrung in der fachlichen Beratung, Anleitung und praktischen Unterstützung von medizinischen Laien
- wünschenswert: Weiterbildung / Erfahrung in der Rehabilitationspflege.

2.1.9 Weiterer Personalbedarf

- Medizinische Assistenten (Arzthelfer, Arzthelfer Pneumologie).

2.2 Personalbemessung

Die Berechnung des Personalschlüssels einer ambulanten pneumologischen Rehabilitation orientiert sich an der Zahl der Therapieplätze und dem Rehabilitationskonzept, z.B. Frequenz und Dauer der unterschiedlichen Therapieeinheiten, der Gruppengröße, dem eventuellen Anteil an Einzeltherapien und dem zeitlichen Aufwand für Teamkonferenzen, Visiten und weiteren Aufgaben von Therapeuten und Ärzten.

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

Arzt	1 : 15 – 1 : 20
Sportlehrer / Sporttherapeut / Sportwissenschaftler	1 : 40
Klinischer Psychologe	1 : 40 – 1 : 60
Diätassistent / Ökotrophologe	1 : 70
Ergotherapeut	1 : 80
Gesundheits- und Krankenpfleger	1 : 40
Sozialarbeiter / Sozialpädagoge	1 : 80
Physiotherapeut	1 : 20

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

3 Räumliche Ausstattung

Die räumliche Ausstattung muss so bemessen und beschaffen sein, dass das Rehabilitationskonzept umgesetzt werden kann.

Es sollte angepasst an die Anzahl der Rehabilitanden vorhanden sein:

- ein ausreichend großer Raum für die medizinische Trainingstherapie (Fahrradergometer, Laufbänder, Krafttrainingsgeräte)
- Seminarräume mit audiovisuellen Medien
- Räume für die Einzelberatung
- Räume für Ergotherapie und Arbeitsplatzberatung
- Räume für Gruppentherapie
- ein Raum für Funktionsdiagnostik / Notfallversorgung
- Räume für physiotherapeutische Einzelbehandlung
- Umkleieräume, Wasch- bzw. Duschplätze und WC, davon in ausreichender Anzahl mit barrierefreier Gestaltung sowie abschließbare Schrankfächer für jeden Rehabilitanden

- Lehrküche (auch extern bei guter Erreichbarkeit und organisatorischer Gewährleistung)
- Personalaufenthaltsraum
- Sekretariat
- Patientenannahme / Archiv
- Untersuchungszimmer.

Für die Rehabilitanden:

- Aufenthalts- und Ruheraum
- Speiseraum für gesundheitsorientierte Mahlzeiten.

Die o.g. räumlichen Anforderungen können ggf. in Form von Multifunktionsräumen erfüllt werden. Die Räume müssen barrierefrei zugänglich sein. Die Räume, in denen sich der Rehabilitand alleine aufhält, sind mit einem Notrufsystem auszustatten.

4 Apparative Ausstattung

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

Medizinische Geräte:

- Spirometrie / Ganzkörperplethysmographie
- Atemmuskelkraftmessung
- Blutgasanalyse
- Oximetrie
- TLCO (Lungen-Transferfaktor für CO)
- Ruhe-EKG
- Belastungs-EKG
- Laborscreening
- Sonographiezugang
- Spiroergometrie
- Röntgenzugang
- Defibrillator
- Notfallkoffer
- Sauerstoff (Konzentrator / Flüssigsauerstoff)
- Inhalationsgeräte.

Der Zugang zu weiterführender Diagnostik ist jederzeit sicherzustellen.

Trainings- und Sportgeräte:

- Geräte für das Ausdauertraining
 - Fahrradergometer
 - Laufband
 - Handkurbelergometer
- Geräte für das Krafttraining
 - der oberen Extremitäten
 - der unteren Extremitäten
 - des Rumpfes
- Geräte für das Atemmuskeltraining
- Geräte für das Koordinationstraining
- Kleingeräte für die Gestaltung eines angepassten bewegungstherapeutischen Angebotes.