

**BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT  
FÜR REHABILITATION**

**II Besonderer Teil**

**Konzeption zur ambulanten Rehabilitation  
bei muskuloskeletalen Erkrankungen**

(Stand: 11. 04. 2005)

## Inhaltsverzeichnis

1.	Allgemeines .....	4
2.	Indikationsstellung / Medizinische Voraussetzungen .....	4
2.1	Vorbedingung / Diagnosen .....	5
2.1.1	Entzündungs- und stoffwechselbedingte muskuloskeletale Krankheiten .....	5
2.1.2	Degenerative muskuloskeletale Krankheiten .....	5
2.1.3	Angeborene oder erworbene Krankheiten durch Fehlbildung, Fehlstatik oder Dysfunktion der Bewegungsorgane .....	5
2.1.4	Folgen von Verletzungen der Bewegungsorgane .....	6
2.2	Anforderungen an die medizinische Diagnostik vor Einleitung der Rehabilitation .....	6
2.3	Körperfunktionen und Körperstrukturen .....	7
2.4	Aktivitäten .....	9
2.5	Teilhabe .....	10
2.6	Kontextfaktoren .....	10
2.7	Individuelle Voraussetzungen .....	12
3.	Rehabilitationsziele .....	12
3.1	Rehabilitationsziele bezogen auf Körperfunktionen und Körperstrukturen .....	13
3.2	Rehabilitationsziele bezogen auf Aktivitäten .....	13
3.3	Rehabilitationsziele bezogen auf Teilhabe .....	14
3.4	Rehabilitationsziele bezogen auf Kontextfaktoren .....	15
4.	Behandlungsfrequenz und Rehabilitationsdauer .....	16
5.	Ausschlusskriterien .....	16
6.	Anforderungen an die ambulante Rehabilitationseinrichtung .....	16
6.1	Rehabilitationskonzept .....	16
6.2	Ärztliche Leitung und Verantwortung .....	17
6.3	Ärztliche Aufgaben .....	18
6.4	Rehabilitationsdiagnostik .....	19
6.5	Rehabilitationsplan .....	20
6.6	Behandlungselemente .....	20

7.	Personelle Ausstattung .....	21
7.1	Rehabilitationsteam und Qualifikation .....	21
7.2	Personalbemessung.....	24
8.	Räumliche Ausstattung .....	24
9.	Apparative Ausstattung .....	25
9.1	Diagnostik.....	25
9.2	Therapie .....	26
10.	Verlängerungskriterien .....	27
11.	Beendigung der Maßnahme.....	27

## 1. Allgemeines

Die Konzeption zur ambulanten<sup>1)</sup> Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen umfasst die ambulante rheumatologische und orthopädische Rehabilitation. Die Konzeption trägt dem chronischen, oft schubweisen oder kontinuierlich progredienten Verlauf dieser Krankheiten Rechnung, der eine an den wechselhaften Krankheitsverlauf und die Krankheitsauswirkungen angepasste Rehabilitation erfordert<sup>2)</sup>.

## 2. Indikationsstellung / Medizinische Voraussetzungen

Die ambulante Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen ist indiziert, wenn

- als Folge von Schädigungen und/oder beeinträchtigten Aktivitäten, die durch muskuloskeletale Erkrankungen oder Verletzungsfolgen verursacht sind, Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen oder bereits manifest sind, d.h. Rehabilitationsbedürftigkeit besteht
- Rehabilitationsfähigkeit besteht
- eine positive Rehabilitationsprognose gestellt werden kann
- die individuellen Voraussetzungen erfüllt sind.

Die vorstehenden Begriffe sind im Allgemeinen Teil definiert.

Die sozialmedizinische Indikation zu einer ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen hat also nicht allein eine medizinische Diagnose zur Voraussetzung, sondern ergibt sich erst aus der zusammenfassenden Analyse und Bewertung der unter Ziffer 2.3 bis 2.6 beschriebenen Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Beeinträchtigungen der Teilhabe unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren.

---

<sup>1)</sup> Der Begriff ambulante Rehabilitation umfasst auch die teilstationäre Rehabilitation.

<sup>2)</sup> In der Unfallversicherung ist die Indikation zur Versorgungsform der Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP) zu prüfen.

## **2.1 Vorbedingung / Diagnosen**

Vorbedingung für die ambulante Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen ist das Vorliegen mindestens einer der nachfolgenden Krankheiten.

### **2.1.1 Entzündungs- und stoffwechselbedingte muskuloskeletale Krankheiten,** insbesondere

- rheumatische Gelenk- und Wirbelsäulenkrankheiten (z.B. chronische Polyarthritis, Spondarthritis)
- Kollagenosen
- systemische Vaskulitiden
- Kristallablagerungskrankheiten
- infektbedingte rheumatische Krankheiten
- Knochenstoffwechselkrankheiten
- weichteilrheumatische Krankheiten
- Zustand nach Operation wegen entzündungs- oder stoffwechselbedingter muskuloskeletaler Krankheiten.

### **2.1.2 Degenerative muskuloskeletale Krankheiten,** insbesondere

- Arthrosen der peripheren Gelenke
- bandscheibenbedingte Erkrankungen und andere degenerative Erkrankungen der peripheren Gelenke und der Wirbelsäule (z.B. Periarthropathien, Diskopathien, Spondylarthrosen)
- Zustand nach Operation wegen degenerativer muskuloskeletaler Krankheiten.

### **2.1.3 Angeborene oder erworbene Krankheiten durch Fehlbildung, Fehlstatik oder Dysfunktion der Bewegungsorgane**

- Muskelerkrankungen
- Zustand nach Operation in Bezug auf die Grunderkrankung.

### **2.1.4 Folgen von Verletzungen der Bewegungsorgane**

- Frakturen im Bereich von Extremitäten, Wirbelsäule und Becken
- Gelenkluxationen
- Sehnen- und Bandrupturen
- Muskelverletzungen
- posttraumatische Nervenläsionen
- Gliedmaßenverlust
- andere Verletzungsfolgen
- Zustand nach Operation verletzter Bewegungsorgane.

### **2.2 Anforderungen an die medizinische Diagnostik vor Einleitung der Rehabilitation**

Die medizinische Diagnostik der Grundkrankheit, der Schädigungen einschließlich evtl. vorliegender Begleiterkrankungen sollte so weit abgeschlossen sein, dass die Indikation für die geeignete Rehabilitationsform gestellt, d.h. beurteilt werden kann, ob Ausschlusskriterien für ein ambulantes Rehabilitationsprogramm vorliegen. Dabei ist die Vorlage dieser medizinischen Unterlagen bedeutsam

- zur Beurteilung der Ausschlusskriterien für ein ambulantes Rehabilitationsprogramm
- zur frühzeitigen Beurteilung bzw. Auswahl einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung
- zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen im Hinblick auf die Feststellung von Funktionsstörungen bzw. einer notwendigen Belastungsfähigkeit während der Rehabilitationsmaßnahme.

Dabei sollten je nach Schädigung folgende Untersuchungen durchgeführt worden sein und Unterlagen vorliegen

- bildgebende Untersuchungsverfahren
- konventionelle Röntgenuntersuchung, Tomographien, ggf. CT-/MRT-Befunde, ggf. szintigraphische Vorbefunde
- arthrosonographische Befunde
- Ruhe- und ggf. Belastungs-EKG
- ggf. vorhandene neurologische Untersuchungsberichte einschl. EMG-/NLG-Untersuchungen
- internistische Vorbefunde von Bedeutung

- Bestimmung von Laborparametern, speziell Ergebnisse rheumaserologischer Untersuchungen, Knochenstoffwechsel-Untersuchungsergebnisse
- ggf. Ergebnisse von Knochendichtemessungen
- Ergebnisse von Punktaten etc.
- alle zusätzlichen Befunde, die für die Einschätzung der Schädigungen durch Nebenerkrankungen von Bedeutung sind.

### **2.3 Körperfunktionen und Körperstrukturen**

Schädigungen bei muskuloskeletalen Erkrankungen sind definiert als ein Verlust oder eine Normabweichung der Struktur und/oder Funktion der Bewegungsorgane.

Im Bereich der Bewegungsorgane können Schädigungen verursacht werden durch

- Entzündungen und nachfolgende Destruktion
- Degeneration
- Trauma und seine Folgen
- angeborene oder erworbene Fehlstellung/Fehlform
- Über-, Unter- oder Fehlbeanspruchung
- stoffwechselbedingte Störungen
- endokrine Störungen
- Tumoren
- Kompressionssyndrome des Rückenmarkes oder peripherer Nerven
- Schmerzen bzw. Störungen der Schmerzverarbeitung (Schmerzkrankheit)
- Durchblutungsstörungen
- Fibrose
- unerwünschte Folgen von Therapiemaßnahmen (Operation, Medikamente).

Im Einzelnen können insbesondere folgende Schädigungen auftreten, im Bereich

- der peripheren Gelenke: reflektorische Bewegungseinschränkungen, Kontrakturen, Ankylosen, Instabilität, Schwellung, Fehlstellungen, Schmerzen
- der Knochen: Fehlstellungen, Frakturen, Atrophie, Nekrose, Schmerzen
- der Muskulatur: Beeinträchtigung von Kraft, Koordination, Ausdauer, Schnelligkeit, Beweglichkeit; Atrophie, Dystrophie, Änderung des Muskeltonus, Änderung der Muskelstruktur (z.B. Myogelosen, Verkürzung), Lähmung, Schmerzen

- von Sehnen und Bändern: Elongation, Verkürzung, Vernarbung, Verminderung der Elastizität, Destruktion bzw. Ruptur mit Instabilität, Schmerzen
- des paraartikulären Gleit- und Bindegewebes (z.B. Schleimbeutel, Sehnenscheiden): Schwellung, Elastizitätsminderung, Gleitstörungen, Schmerzen mit daraus resultierenden Bewegungseinschränkungen
- der Wirbelsäule: Bewegungseinschränkungen und Einschränkungen der Belastbarkeit, Fehlstellung, Fehlform (Skoliose), Instabilität/Hypermobilität, Schmerzen.

Als unmittelbare Folgen können im Bereich des Nervensystems auftreten: z.B. Sensibilitätsstörungen, reflektorische Bewegungseinschränkungen, Lähmung, Schmerzen, vegetative Störungen (einschl. Schlafstörungen).

Insbesondere bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen sind häufig weitere Organsysteme betroffen (Systemcharakter)

- Haut und Schleimhäute
- Herz-Kreislaufsystem
- Lunge und Atemwege
- Niere und ableitende Harnwege, Geschlechtsorgane
- Verdauungssystem (Magen, Darm, Leber etc.), exokrine Drüsen
- Nervensystem (einschl. vegetatives Nervensystem)
- Sinnesorgane (Augen, Ohren etc.)
- blutbildendes System
- Immunsystem.

Schädigungen der Bewegungsorgane sind oft irreversibel und häufig verbunden mit einem chronischen, rezidivierenden, bei entzündlicher Ursache oft schubweisem und progredienten Krankheitsverlauf. Schädigungen und ihre Folgen können Rückwirkungen auf den psychophysischen Gesamtzustand, Ausdauer und Belastbarkeit und die Art des Umgangs mit der Krankheit (Krankheitsbewältigung) haben, z.B. auf Antrieb, psychomotorische Aktivität, Emotionen.

## 2.4 Aktivitäten

Beeinträchtigungen der Aktivitäten bei muskuloskeletalen Erkrankungen zeigen sich primär im Bereich der Mobilität als Einschränkung oder Verlust der Fähigkeit, Aktivitäten mit Hilfe der Bewegungsorgane in als normal angesehenem Umfang durchzuführen. Aber auch Auswirkungen auf zahlreiche andere Aktivitätsbereiche (s. u.) sind möglich, sowohl in direktem Zusammenhang mit der beeinträchtigten Mobilität als auch unabhängig davon (z.B. durch therapieresistente Schmerzen und/oder reduzierte kardiopulmonale Belastbarkeit).

Infolge der muskuloskeletalen Erkrankung können Beeinträchtigungen der Aktivitäten beispielsweise auftreten

- in der Aufrechterhaltung oder Veränderung der Körperhaltung, z.B. Stehen, Sitzen, Liegen, Lagewechsel
- in der Beweglichkeit, Fortbewegung, Geschicklichkeit, z.B. beim
  - Gehen, Laufen, Stehen, Liegen, Drehen, Steigen (Treppen, Leitern)
  - Gehen auf unebenem Boden bzw. bei anderen Hindernissen
  - Bücken, Knien, Überkopfarbeiten
  - Greifen (verschiedene Greifformen), Loslassen, Halten, Heben, Tragen
  - Hantieren mit oder an Gegenständen, (z.B. an Schaltern)
- in der Ausübung von Kulturtechniken: Schreiben, Lesen, Rechnen, Bedienung von Büro- und Kommunikationsgeräten,
- in der Ausübung von Aktivitäten gemäß den Anforderungen der beruflichen Tätigkeit, z.B. im Hinblick auf den Weg von und zur Arbeit, längerfristiges Verbleiben in einer Körperposition, Einnehmen von Zwangshaltungen, feinmotorischer Arm- und Handgebrauch)
- der Ausübung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL): Waschen, An-/Ausziehen, Körperpflege, Haushaltsführung, Einkauf, Nahrungszubereitung/Essen, Toilettenbenutzung u.a.
- im notwendigen Krankheitsmanagement (Medikamente, Kontrolle der Nebenwirkungen, Eigenübungen, Tages- und Hilfeplanung)
- in Krankheitsbewältigungs- bzw. Kompensationsstrategien (z.B. durch erzwungene Immobilität, schmerzbedingte Störungen des Antriebs, der Emotion, rasche Ermüdbarkeit psychischer Kräfte).

Beeinträchtigungen der Aktivitäten treten bei muskuloskeletalen Erkrankungen in der Regel multipel auf, wobei sich die Auswirkungen häufig potenzieren. Zu berücksichtigen sind aber die Möglichkeiten der individuellen Adaptation und Kompensation.

## **2.5 Teilhabe**

Infolge der muskuloskeletalen Erkrankung können Beeinträchtigungen der Teilhabe in folgenden unterschiedlichen Bereichen auftreten:

- der körperlichen Unabhängigkeit, d.h. eine normale Existenz kann nur durch Hilfsmittel, Vorrichtungen, Anpassung der Umgebung und die Hilfe anderer (Förderfaktoren) voll oder teilweise aufrechterhalten werden
- der Selbständigkeit und Selbstversorgung im Alltag, d.h. Abhängigsein von Fremdhilfe, persönlicher Assistenz oder Pflege
- der Mobilität als Vermögen, sein persönliches Umfeld zu erschließen und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, d.h. Einschränkungen in der Bewegung in der Nachbarschaft, der Gemeinde, im Fernbereich, bei Reisen, bei der Benutzung von Pkw und öffentlichem Personennahverkehr (ÖPNV)
- der Beschäftigung, d.h. der Fähigkeit, seine Zeit in der für sein Geschlecht, Alter und Neigungen kulturüblichen Weise zu verbringen, z.B. Beeinträchtigungen in den Bereichen
  - Schule, Ausbildung, Erwerbstätigkeit
  - Häusliches Leben
  - Freizeit und Sport
- der sozialen Integration
- der wirtschaftlichen Eigenständigkeit.

## **2.6 Kontextfaktoren**

Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie umfassen alle Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren, die für die Gesundheit einer Person von Bedeutung sind. Die Kontextfaktoren stehen in Wechselwirkung mit allen Komponenten der ICF (Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe).

Umweltfaktoren beziehen sich auf die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der die Menschen ihr Leben gestalten.

Personbezogene Faktoren sind die Attribute oder Eigenschaften der Person, z.B. Alter, Ge-

schlecht, Bildung und Ausbildung, Erfahrung, Persönlichkeit und Charakter, andere Gesundheitsprobleme, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, Beruf sowie vergangene und gegenwärtige Erlebnisse.

Kontextfaktoren können einen positiven, fördernden Einfluss (Förderfaktoren) auf alle Komponenten der funktionalen Gesundheit und somit auf den Rehabilitationsverlauf haben. Daher gilt es, diese möglichst früh zu erkennen und ihre rehabilitationsfördernde Wirkung zu nutzen (Ressourcenkonzept der Rehabilitation).

Kontextfaktoren können auch einen negativen, hemmenden Einfluss (Barrieren) auf alle Komponenten der funktionalen Gesundheit haben. Einige solcher negativ wirkenden Kontextfaktoren bedeuten sogar Gesundheits- bzw. Krankheitsrisiken, wobei die Wirkungsmechanismen nicht immer hinreichend geklärt sind. Im Rahmen der negativ wirkenden Kontextfaktoren ist auch das etablierte Risikofaktorenkonzept der Rehabilitationsmedizin (z.B. Übergewicht, Rauchen, Alkohol) zu beachten.

Positiv und negativ wirkende Kontextfaktoren sind deshalb bei der Indikationsstellung für die ambulante medizinische Rehabilitation, bei deren Durchführung und bei der sozialmedizinischen Beurteilung zu berücksichtigen. Auf diese Weise werden die individuelle Lebenssituation und der Bewältigungsstil des Rehabilitanden sowie die Einflussmöglichkeiten auf das soziale Netzwerk und die sozialen Unterstützungsformen (Social support) einbezogen.

Eine auf die individuellen Fähigkeiten des Rehabilitanden fördernd oder hemmend wirkende physikalische oder soziale Umwelt beeinflusst den Rehabilitationserfolg nachhaltig. Zu den häufig negativ wirkenden Umweltfaktoren bei muskuloskeletalen Krankheiten gehören insbesondere ungünstige Arbeitsbedingungen, wie z.B.

- schwere körperliche Arbeit (z.B. mit Heben und Tragen von Lasten)
- repetitive Arbeit und Monotonie
- Zwangshaltungen
- ungünstige Arbeitsorganisation
- Bewegungsmangel
- psychosoziale Faktoren (z.B. Stress)
- Einwirkung von Kälte, Nässe, Zugluft
- geringe Handlungsspielräume.

## **2.7 Individuelle Voraussetzungen**

Neben den unter Ziffer 2 genannten medizinischen Voraussetzungen muss der Rehabilitand für eine ambulante Rehabilitation rehabilitationsfähig sein, d.h.

- über die zur Inanspruchnahme der Rehabilitation erforderliche Mobilität und physische und psychische Belastbarkeit verfügen
- die ambulante Rehabilitationseinrichtung in einer zumutbaren Fahrzeit erreichen können.

Die häusliche Versorgung des Rehabilitanden sowie seine sonstige medizinische Versorgung müssen sichergestellt sein.

## **3. Rehabilitationsziele**

Ziele der medizinischen Rehabilitation sind, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft durch frühzeitige Einleitung der gebotenen Rehabilitationsmaßnahmen abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Rehabilitand soll durch die Rehabilitation (wieder) befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit und/oder bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für diesen Menschen als „normal“ (für seinen persönlichen Lebenskontext typisch) erachtet werden.

Dieses Ziel kann in der ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen erreicht werden durch

- Beseitigung oder Verminderung der Schädigungen
- Wiederherstellung oder Verbesserung gestörter Fähigkeiten (Ebene der Aktivitäten)
- Kompensation (Ersatzstrategien)
- Adaptation/Krankheitsverarbeitung.

### **3.1 Rehabilitationsziele bezogen auf Körperfunktionen und Körperstrukturen**

Ziele sind die Beseitigung, Minderung, Verhütung der Verschlimmerung oder Milderung der Folgen von Schädigungen der primär befallenen Abschnitte des Bewegungssystems und die Vermeidung oder Verminderung sekundärer Schäden, insbesondere bezüglich

- Deformationen, Fehlstellungen

- Instabilität
- Bewegungseinschränkungen, Kontrakturen
- Schmerzzuständen
- reduzierter Ausdauerleistung (einschließlich kardiorespiratorischer Belastbarkeit)
- verminderter psychischer Stabilität (Ängstlichkeit und Depressivität)

durch

- Verminderung der Krankheitsaktivität entzündlich-rheumatischer Erkrankungen, insbesondere der Arthritis, und deren Progredienz einschließlich der Verminderung von Schädigungen an anderen beteiligten Organen (z.B. am bronchopulmonalen System)
- Förderung der Durchblutung und der Trophik
- Verbesserung der Muskel- und Gelenkfunktionen (Muskellockerung, Verbesserung der Koordination, Zunahme der Muskelkraft, Verbesserung der Muskelausdauer)
- Training zur Verbesserung der körperlichen Ausdauer (Kondition)
- Versorgung mit Hilfsmitteln und Gebrauchsschulung
- Schmerzlinderung
- Entspannungstraining.

### **3.2 Rehabilitationsziele bezogen auf Aktivitäten**

Ziele sind die Abwendung, Beseitigung, Minderung, Verhütung der Verschlimmerung oder Milderung der Folgen von Beeinträchtigungen der Aktivitäten, insbesondere in folgenden Bereichen:

- Mobilität, z.B. in den Bereichen
  - Fortbewegung, z.B. beim Gehen auf unebenem Boden bzw. bei anderen Hindernissen, beim Treppensteigen, bei der Transferfähigkeit, bei der Verkehrsmittelbenutzung,
  - Änderung und Aufrechterhalten der Körperposition, z.B. beim Aufheben, Greifen und Ziehen, beim Hocken, Knien und Bücken, in der gleichgewichtigen Körperhaltung und Koordination der Körperteile
  - Heben, Tragen und Bewegen von Gegenständen
  - feinmotorischer Handgebrauch, z.B. beim Umgang mit Handgriffen, Verschlüssen, Schlüsseln, Telefon, Geld und in der Fußkontrolle
  - Selbstversorgung, z.B. bei hygienischen Verrichtungen, beim An- und Auskleiden, bei der Nahrungszubereitung und der Nahrungsaufnahme

- Krankheitsbewältigung, z.B.
  - Bewältigung von chronischen Schmerzzuständen und Stress
  - gelenk- und rüchenschonendes Verhalten
  - Erlernen von Kompensationsstrategien
  - Förderung der Compliance
  
- situationsbedingte Anforderungen an die Leistungsfähigkeit, z.B. hinsichtlich
  - Ausdauer im Sitzen und Stehen,
  - Dauer- oder Spitzenbelastbarkeit bei verschiedenen Aktivitäten in Beruf, Haushalt, Erziehung, Familienleben und Freizeit.

### **3.3 Rehabilitationsziele bezogen auf Teilhabe**

Ziele sind, drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigungen der Teilhabe abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, deren Zunahme zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern insbesondere im Bereich der

- physischen Unabhängigkeit (in Bezug auf Selbstversorgung)
- Mobilität (z.B. Fortbewegung in der Umgebung)
- Beschäftigung (Ausbildung, Erwerbstätigkeit, Haushaltsführung, Freizeit)
- sozialen Integration/Reintegration
- wirtschaftlichen Eigenständigkeit (in Bezug auf die Sicherung des Lebensunterhaltes).

### **3.4 Rehabilitationsziele bezogen auf Kontextfaktoren**

Art und Ausmaß der funktionalen Problematik<sup>3)</sup> können durch Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren) verstärkt oder vermindert werden, so dass diese bei der Bestimmung der Rehabilitationsziele zu berücksichtigen sind.

Im Hinblick auf die umweltbezogenen Faktoren können u.a. Arbeitsplatzbegehungen, Wohnraumbesichtigungen und Gespräche mit dem Arbeitgeber bzw. den Bezugspersonen erforderlich sein, mit dem Ziel, die Umweltbedingungen an verbleibende Beeinträchtigungen der Aktivitäten des Rehabilitanden anzupassen (Adaptation), z.B. durch

---

<sup>3)</sup> Die funktionale Problematik kennzeichnet den aktuellen Status der funktionalen Befunde und Symptome auf den Ebenen der Körperfunktionen und Körperstrukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe.

- Ausstattung mit Mobilitätshilfen und technischen Hilfen
- geeignete Gestaltung der häuslichen Umgebung
- Planung ergonomischer Arbeitsplatzanpassung.

Auch unter Berücksichtigung personbezogener Faktoren ist es Aufgabe der Rehabilitation, somatische, psychische und soziale Auswirkungen der Erkrankung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Rehabilitand ist anzuleiten, mit Krankheitsauswirkungen zu leben (Coping), negativ wirkende Kontextfaktoren zu vermeiden, zu beseitigen bzw. deren Einfluss zu vermindern und positiv wirkende Kontextfaktoren individuell bestmöglich zu unterstützen und nutzbar zu machen.

Rehabilitationsziele in diesem Sinne sind z.B.

- Verbesserung des Informationsstandes über die Krankheit
- Entwicklung von Strategien zum Abbau von Risikoverhalten (z.B. Rauchen, Alkoholmissbrauch, Fehlernährung, Bewegungsmangel, körperliche und psychische Überforderung)
- Erlernen und Anwendung von Entspannungstechniken.

#### **4. Behandlungsfrequenz und Rehabilitationsdauer**

Je nach Schweregrad der Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten sowie der Teilhabe und den sich daraus ergebenden Rehabilitationszielen gestalten sich die individuell erforderliche Rehabilitationsdauer und Therapiedichte. In der Regel ist eine Therapiezeit von täglich mindestens vier bis maximal sechs Stunden an fünf bis sechs Tagen in der Woche einzuhalten. Auf die individuelle Belastbarkeit des Rehabilitanden ist dabei Rücksicht zu nehmen.

Unter dem Gesichtspunkt einer Flexibilisierung des zeitlichen Ablaufs der ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen bei gleichwertigem Rehabilitationsprogramm können die unterschiedlichen Rehabilitationskomponenten zum Erreichen des Rehabilitationszieles ggf. über einen längeren Zeitraum gestreckt erbracht werden.

#### **5. Ausschlusskriterien**

Ausschlusskriterien für die ambulante Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen sind

- die allgemeinen Ausschlusskriterien (Ziffer 8 Allgemeiner Teil)
- fehlende Kooperation
- mangelnde Compliance des Rehabilitanden.

Eine Kontraindikation für eine ambulante Rehabilitation besteht auch, wenn durch den Transport zur Rehabilitationseinrichtung oder durch den Verbleib im häuslichen Umfeld eine Verschlimmerung der Schädigungen oder Beeinträchtigung der Aktivitäten zu befürchten ist, z.B. bei mangelnder Stabilität der Bewegungsorgane, bei Luxations-, Lockerungs- und Frakturgefahr, unzureichender Sitzfähigkeit, Schmerzprogression.

## **6. Anforderungen an die ambulante Rehabilitationseinrichtung**

### **6.1 Rehabilitationskonzept**

Jede ambulante Einrichtung zur Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen erstellt ein strukturiertes Rehabilitationskonzept evtl. unter Berücksichtigung von Schwerpunkten, das die erforderliche rehabilitative Diagnostik und Behandlung sowie die personelle, räumliche und apparative Ausstattung der Einrichtung und Angaben zur voraussichtlichen Behandlungsdauer enthält.

### **6.2 Ärztliche Leitung und Verantwortung**

Die ambulante Rehabilitationseinrichtung muss unter Leitung und Verantwortung eines Arztes/einer Ärztin<sup>4)</sup> mit der Gebietsbezeichnung entsprechend dem Indikationsschwerpunkt (Diagnosengruppe) der Einrichtung stehen.

Dabei gilt folgende Zuordnung

Diagnosengruppe Ziffer 2.1.1

- ein Facharzt für Innere Medizin oder Orthopädie, jeweils mit Abschluss der Weiterbildung im Schwerpunkt Rheumatologie

Diagnosengruppe Ziffer 2.1.2

- ein Facharzt für Innere Medizin mit Abschluss der Weiterbildung im Schwerpunkt Rheumatologie oder ein Facharzt für Orthopädie

---

<sup>4)</sup> Im Folgenden wird auf die weibliche Form der Berufsbezeichnung verzichtet.

#### Diagnosengruppe Ziffer 2.1.3

- ein Facharzt für Orthopädie

#### Diagnosengruppe Ziffer 2.1.4

- ein Facharzt für Orthopädie oder ein Facharzt für Chirurgie mit Abschluss der Weiterbildung im Schwerpunkt Unfallchirurgie.

Der leitende Arzt muss über mindestens zweijährige vollzeitige (bei Teilzeit entsprechende) rehabilitative und sozialmedizinische Erfahrungen verfügen und die Zusatzbezeichnung Reha-bilitationswesen oder Sozialmedizin führen.

Der vertraglich vereinbarte Abwesenheitsvertreter muss über eine dem Indikationsschwerpunkt entsprechende Gebietsbezeichnung verfügen und eine mindestens zweijährige Berufserfahrung besitzen. Er sollte über die Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen oder Sozialmedizin verfügen.

Werden Rehabilitanden mit Diagnosen außerhalb des Schwerpunktes behandelt, muss die ambulante Rehabilitationseinrichtung durch vertragliche Vereinbarung sicherstellen, dass Ärzte mit der Gebietsbezeichnung zur Verfügung stehen, die der o.a. Zuordnung entspricht.

Der leitende Arzt oder sein benannter ständiger Vertreter müssen während der Öffnungszeiten der Einrichtung präsent und verfügbar sein.

Ist die Rehabilitationseinrichtung an eine orthopädisch/rheumatologische Gemeinschaftspraxis angebunden, muss eine räumliche und organisatorische Trennung gegeben sein.

Für die Betreuung außerhalb der Rehabilitation muss der weiterbehandelnde Arzt entsprechend informiert werden. Die während der ambulanten Rehabilitation gewonnenen medizinischen Daten müssen anderen behandelnden Ärzten bei Bedarf zugänglich sein.

### **6.3 Ärztliche Aufgaben**

Der leitende Arzt ist für die Umsetzung eines ganzheitlichen und umfassenden Reha-bilitationskonzepts, entsprechend den Zielen des jeweiligen Rehabilitationsträgers und 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.

Der Systemcharakter bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen ist besonders zu berücksichtigen.

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 Rehabilitationsziels sowie des Rehabilitationsplans mit dem 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 (mind. einmal 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 nachbehandelnden Ärzten, Konsiliarärzten und Konsiliardiensten und den in der Nachsorge eingebundenen Diensten sowie Selbsthilfegruppen
- Qualitätssicherung und Sicherstellung der Dokumentation.

#### **6.4 Rehabilitationsdiagnostik**

Am Beginn, im Verlauf und am Ende der Rehabilitation ist die 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

- medizinische und psychosoziale Anamnese

- eingehende körperliche allgemeine Untersuchung
- eingehende fachspezifische Untersuchungen
- Ruhe-EKG
- Bestimmung von Laborparametern, insbes. inklusive großem Routinelabor, Bestimmung der alk. Phosphatase, bei Bedarf zusätzlich rheuma-serologische bzw. knochenstoffwechsel-serologische Untersuchungen.

#### Fakultativ

- psychologische Diagnostik
- Sonographie der Gelenke und Weichteile der Extremitäten
- Sonographie des Abdomens und der Gefäße einschl. doppler-/duplexsonographische Untersuchung
- zusätzliche Röntgendiagnostik, Tomographien
- ggf. endoskopische Untersuchungen, Lungenfunktion
- weiterführende Diagnostik.

Bei Bedarf müssen konsiliarische Untersuchungen sichergestellt sein. Dies betrifft im Bereich des Stütz- und Bewegungsapparates insbesondere neurologische, radiologische, nuklearmedizinische, HNO-ärztliche Zusatzuntersuchungen.

## **6.5 Rehabilitationsplan**

Anhand der Ergebnisse der Rehabilitationsdiagnostik werden für jeden Rehabilitanden ein individueller Rehabilitationsplan erstellt und das individuelle Rehabilitationsziel bzw. –teilziel definiert.

Regelmäßige Besprechungen des Rehabilitationsteams geben Auskunft über den Verlauf. Der Rehabilitationsplan ist dem Verlauf anzupassen. Änderungen im Bereich der Körperfunktionen und Körperstrukturen, der Fähigkeiten/Aktivitäten und ggf. der Teilhabe sind in regelmäßigen Abständen unter Nutzung der relevanten Untersuchungsmethoden zu dokumentieren.

## **6.6 Behandlungselemente**

Neben den vom Arzt erbrachten Leistungen (Ziffer 6.3) werden vom Rehabilitationsteam folgende therapeutische Leistungen erbracht

- Krankengymnastik (in der Regel einzeln, ggf. ergänzt um Gruppenbehandlung) einschließlich Lagerung und Versorgung mit entsprechenden Mobilitätshilfen und Üben in alltagsrelevanten Situationen
- physikalische Therapie (Massagen, Hydro-, Wärme-, Kälte-, Elektrotherapie)
- Ergotherapie einschließlich Gelenkschutz (z.B. temporäre Schienen), Selbsthilfetraining, insbesondere Training von ATL
- medizinische Trainingstherapie
- Ernährungsberatung (z.B. bei stoffwechselbedingten Erkrankungen, Übergewicht)
- psychologische Beratung/Behandlung
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie einschließlich Arbeitsplatzanalyse
- Rehabilitationsfachberatung einschl. Hilfsmittelberatung, ggf. Wohnraumberatung, Arbeitsplatzberatung
- Sozialberatung, Leistungerschließung
- Krankenpflege
- Patientenschulung und -information
- Gesundheitsbildung, Gesundheitstraining
- Angehörigenberatung/-anleitung.

Im Bedarfsfalle sind Besuche vor Ort (Wohnung, Arbeitsplatz) durchzuführen. Die Angehörigen/Bezugspersonen sind, soweit für die Erreichung des Rehabilitationszieles erforderlich, in die Rehabilitation einzubeziehen.

## **7. Personelle Ausstattung**

### **7.1 Rehabilitationsteam und Qualifikation**

Die ambulante Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen erfordert ein interdisziplinäres Rehabilitationsteam, dessen Mitglieder über die nachstehend aufgeführte Qualifikation und Berufserfahrung<sup>5)</sup> in der Regel verfügen müssen.

---

<sup>5)</sup> Bei Teilzeitkräften verlängert sich der Zeitraum der erforderlichen Berufserfahrung entsprechend.

### *Arzt*

Für den leitenden Arzt und seinen Stellvertreter gelten die unter Ziffer 6.2 genannten Ausführungen. Für die weiteren Ärzte gilt, dass sie möglichst in der fortgeschrittenen Facharztausbildung sind. Z.B.

- Facharzt für Orthopädie / Innere Medizin mit
  - Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen oder Sozialmedizin oder zusätzlich Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin und
  - mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung in einer orthopädisch/rheumatologischen Rehabilitationseinrichtung mit Erfahrung in interdisziplinärer Teamarbeit.

### *Physiotherapeut / Krankengymnast*

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

### *Masseur und Medizinischer Bademeister*

- Staatliche Anerkennung als Masseur und Medizinischer Bademeister und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Masseur und Medizinischer Bademeister in einer Rehabilitationseinrichtung.

### *Ergotherapeut*

- Staatliche Anerkennung als Ergotherapeut 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
- wenn in hauptverantwortlicher Stellung mind. 3 Jahre vollzeitige einschlägige Erfahrung in der speziellen rheumatologischen Ergotherapie einschließlich Gelenkschutzprogrammen und Orthesenherstellung.

### *Klinischer Psychologe*

- Diplom als Psychologe, ggf. psychotherapeutische Zusatzqualifikation und
- Zusatzqualifikation in Entspannungstechniken (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.

#### *Sozialarbeiter / Sozialpädagoge*

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

#### *Diätassistent*

- Staatliche Anerkennung als Diätassistent und
- mind. 2 Jahre vollzeitige klinische Berufserfahrung in Diät- und Ernährungsberatung.

#### *Gesundheits- und Krankenpfleger*

- Staatliche Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger und
- 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 Rehabilitationspflege.

#### *Sportlehrer/Sporttherapeut*

- Diplom-Sportlehrer mit medizinischer Ausrichtung (z.B. Fachrichtung Rehabilitation) oder Zusatzqualifikation Bewegungs-/Sporttherapie und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Sportlehrer in einer Rehabilitationseinrichtung mit spezieller Erfahrung im Umgang mit medizinischer Trainingstherapie.

Die nichtärztlichen Therapeuten müssen bei Bedarf über indikationsspezifische Zusatzqualifikationen oder Weiterbildungen verfügen.

Belastungserprobung und Arbeitstherapie sowie die qualifizierte Beratung hinsichtlich beruflicher Fragestellungen müssen durch die personelle Ausstattung sichergestellt sein.

Das Team der ambulanten Rehabilitationseinrichtung bilden festangestellte Mitarbeiter mit definierter Qualifikation. 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.

Über das o.a. Team hinaus sind feste Kooperationen zu vereinbaren mit

- Orthopädietechniker
- Orthopädieschuhtechniker.

## 7.2 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 : 20
Physiotherapeut / Krankengymnast	1 : 10
Masseur und Med. Bademeister	1 : 20 - 1 : 40
Ergotherapeut	1 : 20 - 1 : 40
Klinischer Psychologe	1 : 60 – 1 : 80
Diätassistent	1 : 120
Gesundheits- und Krankenpfleger, entsprechend Bedarf an Rehabilitationsfachpflege	1 : 40 - 1 : 80
Sportlehrer / Sporttherapeut	1 : 40 - 1 : 80
Sozialarbeiter / Sozialpädagoge	1 : 80 - 1 : 120

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

## 8. Räumliche Ausstattung

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

Für die speziellen Gegebenheiten der ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen sind Räume mit ausreichender Grundfläche und sachgerechter Ausstattung vorzusehen, insbesondere

- Räume für Einzelkrankengymnastik
- krankengymnastische Therapiefläche mit der Möglichkeit der Gruppenbehandlung
- Therapiefläche für gerätetechnisch gestützte Diagnostik und medizinische Trainingstherapie
- Funktionsräume (z.B. für Ergotherapie, physikalische Therapie)
- Funktionsräume für Krankenpflege
- Raum für Anpassung von Hilfsmitteln durch Orthopädietechniker
- Arztzimmer mit Untersuchungsraum
- Injektionsraum
- Notfallraum
- multifunktionaler Raum für Teambesprechungen, Gruppenschulungen usw.
- Umkleideräume, Wasch- bzw. Duschplätze und WC, davon in ausreichender Zahl rollstuhlgerechte Ausführungen
- Empfangs- und Wartebereich
- Ruhe-, Entspannungs-, Regenerationsbereich
- Aufenthalts- und Versorgungstrakt
- Bewegungsbad<sup>6)</sup>.

Die Räume müssen barrierefrei zugänglich sein.

---

<sup>6)</sup> Kann ggf. bei Betreuung durch das Rehabilitationsteam auch in räumlicher Nähe durch Kooperation sichergestellt werden.

## **9. Apparative Ausstattung**

### **9.1 Diagnostik**

In der Einrichtung müssen folgende apparative diagnostische Verfahren durchgeführt werden können

- Sonographie
- EKG, Ergometrie
- Spirometrie.

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

- Laboruntersuchungen einschließlich Synovia-Analyse
- Röntgen
- Computertomographie
- Magnet-Resonanz-Tomographie
- Szintigraphie
- Osteodensitometrie
- isokinetische Diagnostik
- EMG
- ENG
- EEG
- Langzeit-Blutdruckmessung
- Langzeit-EKG
- Gefäßdiagnostik (z.B. Doppler- bzw. Duplex-Sonographie)
- Endoskopie.

### **9.2 Therapie**

Für die Therapie sind bereit zu stellen

- Therapieliegen, höhenverstellbar, auch für Chirotherapie und Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage
- Therapiesitze (mindestens zwei)

- Schlingentisch/Schlingenbehandlungsgerät
- Entstauungsgeräte (zur adjuvanten Therapie)
- Kälte- und Wärmetherapie-Geräte
- Elektro- und Elektromechano-Therapiegeräte
  - Elektrostimulationsgeräte / EMS
  - Gleichstrom-/Iontophorese, galvanische Bäder
  - Nieder-, Mittel-, und Hochfrequenztherapiegeräte, TENS
- Ultraschallgerät
- Bodenmatten
- Sprossenwand
- Zusatzgeräte (Manschetten, Hanteln, elastische Bänder, Expander, Medizinbälle, Keulen etc.)
- Gehbarren
- Spiegel (körperhoch)
- Balance-/Gleichgewichtsgeräte (z.B. Kreisel, instabile Flächen, Minitrampolin)
- dynamisches Hand- und Fußkurbelergometer
- auxotone Trainingsgeräte, Sequenzgeräte (Hebel- und Seilzugapparate) für die großen Muskelgruppen
- dynamisches Treppensteiggerät (Stepper)
- Laufband
- motorisierte Bewegungsschienen (CPM) für obere und untere Extremitäten, ggf. Aktivschienen.

## **10. Verlängerungskriterien**

Unter dem Gesichtspunkt einer individualisierten und ergebnisorientierten Rehabilitation ist auch im ambulanten Bereich nach vorheriger Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger in begründeten Fällen eine Verlängerung möglich bei

- Verzögerung im Erreichen des Rehabilitationszieles bei bestehender positiver Rehabilitationsprognose und gegebener Rehabilitationsfähigkeit (z.B. interkurrente Erkrankungen).

## **11. Beendigung der Maßnahme**

Die ambulante Rehabilitationsmaßnahme ist zu beenden, wenn sich erst während der Rehabilitationsmaßnahme die unter Ziffer 5 genannten Ausschlusskriterien zeigen, oder wenn das

Rehabilitationsziel erreicht ist, oder die medizinischen Voraussetzungen nicht mehr vorliegen.