

Anforderungsprofil für stationäre Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation mit Zulassung zum AHB-Verfahren

→ **Dezernat 8023, Zusammenarbeit mit Reha-Einrichtungen, Medizin/Psychologie, Abteilung Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung Bund, 01.01.2018**

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| 1. ART UND UMFANG DER LEISTUNG | 2 |
| 2. ALLGEMEINE ANFORDERUNGEN AN REHABILITATIONSEINRICHTUNGEN | 5 |
| 2.1. Qualitätssicherung | 5 |
| 2.1.1. Externe Qualitätssicherung | 5 |
| 2.1.2. Interne Qualitätssicherung | 5 |
| 2.2. Fort- und Weiterbildung | 5 |
| 2.3. Hygiene | 6 |
| 2.4. Arzneimittelkommission | 6 |
| 2.5. EDV | 6 |
| 3. PERSONELLE ANFORDERUNGEN | 6 |
| 3.1. Ärztinnen/Ärzte | 6 |
| 3.2. Diplom- und Master Psychologinnen/Psychologen | 8 |
| 3.3. Physiotherapeutinnen/-therapeuten | 9 |
| 3.4. Diplom-, Sport- und Gymnastiklehrerinnen/-lehrer | 10 |
| 3.5. Ergotherapeutinnen/-therapeuten | 10 |
| 3.6. Gesundheits- und Krankenpflegepersonal | 10 |
| 3.7. Diätassistent/-in bzw. Ökotrophologe/-in (Diplom, MA, BA) | 11 |
| 3.8. Sozialarbeiterinnen/-arbeiter und Sozialpädagoginnen/-en (Diplom, MA, BA) | 11 |
| 3.9. Weitere Berufsgruppen | 12 |
| 3.10. Personalbemessung | 12 |
| 4. THERAPEUTISCHE LEISTUNGEN | 12 |
| 5. SPEZIELLE ANFORDERUNGEN | 13 |
| 5.1. Indikationen | 13 |
| 5.2. Mustertherapiepläne | 14 |
| 5.3. Apparative Ausstattung zur Diagnostik | 14 |
| 5.4. Räumliche Voraussetzungen | 15 |
| 5.4.1. Allgemeines | 15 |
| 5.4.2. Beispielhaftes Orientierungsraumprogramm | 15 |
| ANSPRECHPARTNER | 16 |
| LITERATUR | 16 |

1. Art und Umfang der Leistung

Nach dem gesetzlichen Auftrag erbringt die Rentenversicherung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen zur Rehabilitation. Ziel dieser Leistungen ist, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderungen auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern (§ 9 Sozialgesetzbuch VI, SGB VI). Richtungweisend für die in der Rehabilitation tätigen Sozialmediziner/innen und das Reha-Team sind das Ausmaß der sozialen und beruflichen Beeinträchtigung sowie die daraus resultierende Gefährdung der Erwerbsfähigkeit. Die medizinische Rehabilitation beinhaltet die Diagnostik und Therapie gesundheitlicher Schädigungen und der daraus resultierenden Fähigkeitsstörungen, unterstützt bei der Krankheitsbewältigung und hilft, das Gesundheitsverhalten zu verbessern. Die Einbeziehung des sozialen und beruflichen Umfeldes ist für die Therapieplangestaltung erforderlich. Aufgrund des gesetzlichen Auftrages ist die medizinische Rehabilitation berufsorientiert.

Zur Klärung der Notwendigkeit und der Zielsetzung einer Maßnahme der medizinischen Rehabilitation sind versicherungsrechtliche und sozialmedizinische Voraussetzungen zu prüfen:

- die Rehabilitationsbedürftigkeit,
- die Rehabilitationsfähigkeit (hier gelten die auf Seite 6 im AHB-Katalog gesondert für Anschlussrehabilitation definierten Kriterien!) und
- die Rehabilitationsprognose.

Die Rehabilitation kann stationär oder ambulant durchgeführt werden.

Es gibt verschiedene Zugangswege zur Rehabilitation.

Voraussetzung ist immer eine Antragstellung durch die/den Versicherte/n. Diese erfolgt unter anderem auch auf Empfehlung der Haus- oder Fach- beziehungsweise Betriebsärzte/-ärztinnen. Nach § 51 SGB V werden langzeitarbeitsunfähige Rehabilitanden/ Rehabilitandinnen vom Medizinischen Dienst der Krankenkasse aufgefordert, einen Antrag zur Rehabilitation zu stellen. Im Rentenantragsverfahren prüfen Sozialmediziner/innen, ob durch Rehabilitationsleistungen die Erwerbsminderung abgewendet werden kann. Im Rahmen des internen Begutachtungsverfahrens werden die Rehabilitanden/ Rehabilitandinnen vom Leistungsträger einer Rehabilitationseinrichtung zugewiesen.

Für die Anschlussrehabilitation (AHB) ist die Antragstellung so modifiziert, dass Rehabilitanden/ Rehabilitandinnen - wenn die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind - bei gegebener AHB-Indikation entsprechend dem AHB-Katalog zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung Bund von Akutkliniken direkt in Rehabilitationseinrichtungen vermittelt werden können.

In der Regel werden Rehabilitationsleistungen in den somatischen Indikationen für 21 Tage bewilligt. Eine Verlängerung oder Verkürzung kann bei vorliegender medizinischer Notwendigkeit im Rahmen vorgegebener Richtwerte erfolgen. Der Umfang der zu erbringenden Leistungen orientiert sich am individuellen Leistungsvermögen des/der Rehabilitanden/Rehabilitandin. Dies bezieht sich sowohl auf die Anzahl der Rehabilitationstage als auch auf Art und Umfang der zu erbringenden therapeutischen Leistungen. Es wird von einer ganztägigen interdisziplinären Rehabilitation ausgegangen. Richtwert für die Therapiedichte sind deshalb vier bis sechs Therapieleistungen pro Tag. Die wöchentliche Therapiezeit beträgt somit mindestens 20 bis 25 Stunden. Darin sind sowohl aktivierende, psychosoziale als auch balneophysikalische Leistungen enthalten. Die therapiefreie Zeit ermöglicht eine Reflektion des Erlebten und bietet Gelegenheit, das Gelernte umzusetzen. Unterstützt wird dieser Prozess durch die Kommunikation mit den anderen Rehabilitanden/Rehabilitandinnen und in gemeinsamen Freizeitaktivitäten. Angehörige in den Rehabilitationsprozess einzubeziehen, ist ausdrücklich erwünscht.

Die medizinische Rehabilitation wird mit einem ärztlichen Entlassungsbericht abgeschlossen, der zeitnah (innerhalb von 14 Tagen) auf dem rentenversicherungsträgerübergreifenden, abgestimmten Formular (Formularnummer G810, www.deutsche-rentenversicherung.de; Pfad: Service > Formulare & Anträge > Reha-Einrichtungen) zu versenden ist und die sozialmedizinische Beurteilung enthält. Empfehlungen für die weitere Therapie durch die behandelnden Ärzte und Ärztinnen am Wohnort zur langfristigen Sicherung des Reha-Erfolges werden gegeben. Gegebenenfalls werden auch Empfehlungen für Leistungen zur beruflichen Wiedereingliederung ausgesprochen.

Für die weitergehende, auch berufsbegleitende, Nachsorge zur Sicherung und zum Erhalt des Rehabilitationserfolges wurden Reha-Nachsorgeangebote für die Indikationen Orthopädie, Kardiologie, Stoffwechselerkrankungen, Neurologie und Psychosomatik entwickelt und inzwischen auf andere Indikationen erweitert (z.B. Intensivierte Rehabilitationsnachsorge IRENA, Reha-Sport) (vgl. Rahmenkonzept zur Nachsorge für medizinische Rehabilitation nach § 15 SGB VI, 2017).

Wesentliche Bedeutung kommt der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung während der gesamten Rehabilitation zu. In der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung (zu finden im Formularteil des Reha-Entlassungsberichts und in der sozialmedizinischen Epikrise) muss auf der Grundlage der während der Rehabilitationsmaßnahmen gewonnenen medizinischen Informationen dargestellt werden, über welches berufliche Leistungsvermögen der Rehabilitand/die Rehabilitandin nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation verfügt. Diese Leistungsbeurteilung umfasst:

- die Stellungnahme zum quantitativen Leistungsvermögen der Versicherten im zuletzt ausgeübten Beruf,
- die Darstellung des positiven und negativen Leistungsbildes,
- die Stellungnahme zum quantitativen Leistungsvermögen für eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsbild auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt,

- weitere rehabilitative Möglichkeiten, zum Beispiel Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- den Zeitpunkt und Grund des Beginns einer Leistungsminderung,
- die voraussichtliche Dauer einer Leistungsminderung.

Hierzu wird auf den "Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung" (2015) verwiesen. Um alle Aspekte der funktionellen Fähigkeit und Teilhabefähigkeit zum Ende der Rehabilitation fundiert beurteilen zu können, bedarf es einer engen fachlichen Zusammenarbeit im multidisziplinären Reha-Team. In die ärztliche Beurteilung sollten die fachbezogenen Leistungseinschätzungen der Therapeuten/ Therapeutinnen des Reha-Teams einbezogen werden.

Mit der Entwicklung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) und ihrer Beschreibung der Funktionsfähigkeit und deren Beeinträchtigungen ist ein wichtiger Schritt zum besseren Verständnis des ganzheitlichen Ansatzes der Rehabilitation vollzogen worden. Ein zentraler Begriff in diesem Zusammenhang ist der Begriff der funktionalen Gesundheit. Eine Person gilt als funktional gesund, wenn - vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der Kontextfaktoren: Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren) -

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen),
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen).

Vor dem Hintergrund dieses ganzheitlichen Rehabilitationsansatzes sind folgende Ziele von besonderer Bedeutung:

- Verbesserung des Gesundheitszustandes mit dem Ziel, die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen,
- Entwicklung von Krankheitsbewältigungsstrategien,
- Abklärung von Eignung und Neigung, insbesondere im Hinblick auf gegebenenfalls erforderliche weiterführende Leistungen, zum Beispiel im beruflichen Bereich,
- Abbau von Barrieren und Aufbau von Förderfaktoren (einschließlich Nutzung und Erhalt von Ressourcen).

Auf der Grundlage dieses bio-psycho-sozialen Rehabilitationsverständnisses können die für den Rehabilitationszugang erforderlichen sozialmedizinischen Voraussetzungen trägerübergreifend definiert werden. Weiterhin ist die Konzeption der ICF auch als Grundlage für die Zuordnung der Rehabilitationsdiagnostik und der Rehabilitationsziele zu den einzelnen Ebenen des bio-psycho-sozialen Modells geeignet.

2. Allgemeine Anforderungen an Rehabilitationseinrichtungen

2.1. Qualitätssicherung

2.1.1. Externe Qualitätssicherung

Alle Rehabilitationseinrichtungen, die vom Rentenversicherungsträger belegt werden, nehmen am Qualitätssicherungsprogramm teil. Sie erhalten in regelmäßigen Abständen mit den Berichten zur Qualitätssicherung die Grundlagen unter anderem für Qualitätszirkel im Rahmen des internen Qualitätsmanagements.

2.1.2. Interne Qualitätssicherung

Jede Klinik hat ein strukturiertes internes Qualitätsmanagementsystem einzuführen und kontinuierlich zu aktualisieren. Interne Fragebögen zur Zufriedenheit der Rehabilitanden erfassen darüber hinaus auch hauseigene Daten für das interne Qualitätsmanagement.

Ein indikationsspezifisches Klinikkonzept, das Angaben zu Therapieangeboten, Therapiezielen und der Qualifikation des medizinischen und therapeutischen Personals enthält, wird erwartet. Den Mitarbeitern der Klinik soll dieses Konzept bekannt sein, und es soll von ihnen mitgetragen werden.

Die Therapiekonzepte sollen erkrankungs- und störungsspezifisch aufgebaut sein und Angaben zu den angewandten therapeutischen Maßnahmen enthalten (vgl. Orientierungsgliederung für das medizinische Konzept einer Reha-Einrichtung, 2017). Die Orientierungsgliederung kann im Internet als pdf-Datei heruntergeladen werden (www.reha-einrichtungen.de, Pfad: Infos für Reha-Einrichtungen > Grundlagen & Anforderungen > Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation).

2.2. Fort- und Weiterbildung

Der Schulungs- und Fortbildungsbedarf der Mitarbeiter/innen muss von der Klinikleitung regelmäßig ermittelt werden. Es muss ein strukturiertes Fortbildungskonzept vorliegen.

Fortbildung der leitenden Angestellten der verschiedenen Berufsgruppen sollte in erforderlichem Umfang erfolgen. Rehaspezifische Fortbildungen werden auch von der DRV Bund angeboten.

Erste-Hilfe- und Notfallübungen für alle Mitarbeiter sind mindestens jährlich durchzuführen. Ein systematisches Notfallmanagement muss existieren.

2.3. Hygiene

Eine Hygienekommission ist erforderlich, ein Hygieneplan muss vorliegen. Eine Rehabilitationseinrichtung soll in regelmäßigen Abständen - möglicherweise auch in Kooperation mit anderen Einrichtungen - eine Hygienefachkraft hinzuziehen. Ein/e Arzt/Ärztin soll hygienebeauftragte/r Arzt/Ärztin sein. Eine regelmäßige Beratung durch ein Hygieneinstitut wird erwartet.

2.4. Arzneimittelkommission

Ein regelmäßiger fachlicher Austausch zwischen Ärzten/Ärztinnen und Apothekern/Apothekerinnen ist zur Anpassung der medikamentösen Behandlung von Rehabilitanden an wissenschaftliche Standards der Pharmakologie durchzuführen.

2.5. EDV

Zur Ablaufoptimierung und einer optimalen Verfügbarkeit von Daten wird eine EDV für Rehabilitationseinrichtungen vorausgesetzt. Die Datenschutzbestimmungen müssen dabei eingehalten werden.

3. Personelle Anforderungen

3.1. Ärztinnen/Ärzte

Die Leitende Ärztin/der Leitende Arzt trägt die Verantwortung für die gesamte Rehabilitation. Für die Leitung einer Rehabilitationseinrichtung wird ein/e Facharzt/-ärztin der Hauptbelegungsindikation mit der entsprechenden Schwerpunktanerkennung mit Leitungs- und Rehabilitationserfahrung vorausgesetzt. Er/Sie wird in der Regel vertreten durch eine/n Facharzt/-ärztin mit gleicher Qualifikation in der gleichen Indikation. Für eine AHB-Anerkennung werden grundsätzlich zwei Fachärzte/-ärztinnen der AHB-Belegungsindikation in der Einrichtung erwartet, z.B. mindestens jeweils 1 Vollzeitkraft (VK) bei 100 Plätzen.

Die Zusatzbezeichnungen Sozialmedizin oder Rehabilitationswesen sind Voraussetzung. In Ausnahmefällen können die Kenntnisse kurzfristig erworben werden. Andere Zusatzbezeichnungen für das Fachgebiet sind erwünscht.

Die ärztliche Leitung koordiniert und überwacht Diagnostik, Therapieplanung und Gestaltung, Fort- und Weiterbildung und fördert die Kompetenz des multiprofessionellen Teams, das sich aus Ärzten/Ärztinnen, Psychologen/Psychologinnen, Physiotherapeuten/-therapeutinnen, Sport- und Bewegungstherapeuten/-therapeutinnen, Ergotherapeuten/-therapeutinnen, Pflegekräften, Ernährungstherapeuten/-therapeutinnen und Sozialarbeitern/-arbeiterinnen zusammensetzt.

Ärztliche Anwesenheit - 24 Stunden im Haus - ist vorzuhalten. Eine AHB-Zulassung setzt außerdem fachärztlichen Hintergrunddienst in der entsprechenden AHB-Indikation voraus. Die ärztliche Aufnahmeuntersuchung soll am Anreisetag, die erste indikationsspezifische fachärztliche Untersuchung zeitgerecht - bis spätestens am 3. Tag der Reha - erfolgen. Wöchentlich ist für alle Rehabilitanden zumindest eine Facharztvisite durchzuführen, in der die ärztliche Untersuchung, Diagnosestellung, sozialmedizinische Beurteilung und der Therapieverlauf überwacht werden.

Mit den Rehabilitanden/Rehabilitandinnen und gegebenenfalls deren Angehörigen werden die Rehabilitationspläne und -ziele abgestimmt.

Die Dokumentation der Befunde, des Behandlungsverlaufes, der sozialmedizinischen Daten und die zeitnahe Erstellung der Entlassungsberichte müssen sichergestellt sein.

Organisation und Teilnahme an internen und externen Qualitätssicherungsmaßnahmen, rehabilitationswissenschaftliche Kenntnisse und deren Umsetzungsstrategien in den Rehabilitationsalltag sind eine wesentliche Aufgabe der ärztlichen Leitung.

Die ärztliche Leitung ist in die Öffentlichkeitsarbeit eingebunden und pflegt regelmäßige Kontakte mit zuweisenden Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten, wissenschaftlichen Institutionen und Universitäten sowie Selbsthilfegruppen und Krankenkassen. Sie ist dem Rentenversicherungsträger gegenüber im AHB-Verfahren für die Gewährleistung der AHB-Fähigkeit der Rehabilitanden verantwortlich.

Oberärztinnen/-ärzte sind in die Organisation der verschiedenen Abteilungen der Klinik einbezogen. Sie führen gebietsbezogene diagnostische Verfahren und sozialmedizinische Beurteilungen durch, leiten die Stationsärzte/-ärztinnen an, führen Teambesprechungen durch, gestalten das Gesundheitstraining und koordinieren die Fertigung der medizinischen Entlassungsberichte. Zur Vertretung des/der Leitenden Arztes/Ärztin wird ein/e Facharzt/-ärztin der Hauptbelegungsindikation mit entsprechender Schwerpunktanerkennung erwartet. Ein/e Facharzt/-ärztin für Innere Medizin ist zusätzlich wegen der vorliegenden Multimorbidität der Rehabilitanden/ Rehabilitandinnen in orthopädischen oder neurologischen Rehabilitationskliniken immer erforderlich, z.B. für 100 Plätze 1 VK.

Stationsärztinnen/-ärzte sind die ständigen Ansprechpartner für die Rehabilitanden/ Rehabilitandinnen. Von der Aufnahme- bis zur Entlassungsuntersuchung gestalten sie den individuellen Rehabilitationsplan entsprechend den Vorgaben zur Therapiedichte und -art und - sofern vorhanden - den Reha-Therapiestandards (RTS) in der entsprechenden Indikation (vgl. Reha-Therapiestandards, 2016). Ihre Aufgabe ist es nicht nur, Gesundheitszustand und Körperfunktionen und mögliche Beeinträchtigungen der Teilhabe und Aktivitäten zu erfassen, sondern auch die Kontextfaktoren zu prüfen und individuell mit dem/der Rehabilitanden/Rehabilitandin Therapieziele und Rehabilitationsverläufe abzusprechen. Die Erkenntnisse aller an der Rehabilitation beteiligten Berufsgruppen über einen Rehabilitanden fließen in dessen Behandlungsplan ein. Eine Stationsvisite pro Woche sowie tägliche Sprechzeiten sind erforderlich. Insbesondere AHB-Patienten benötigen engmaschige ärztliche Betreuung – auch bei interkurrenten Erkrankungen. Die Ärzte/Ärztinnen sollen unter besonderer Berücksichtigung der Reintegration in das Erwerbsleben, möglichst an den alten Arbeitsplatz, in die Familie und in die Gesellschaft, die Nachsorge organisieren. Hierfür sind unter Umständen nach Absprache mit dem/der Rehabilitanden/Rehabilitandin Kontakte mit Haus-, Betriebs- und Personalärzten/-ärztinnen herzustellen.

Die ärztliche Diagnostik ist unabdingbar für die effiziente Durchführung der Rehabilitation und für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung. Die Schwere der Erkrankungen, die daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Teilhabe und Aktivitäten sowie die relevanten Kontextfaktoren werden festgestellt. Unter Zuhilfenahme der vorliegenden Befunde wird der Umfang der darüber hinaus notwendigen

Untersuchungen festgelegt. Die kardiopulmonale Belastbarkeit, Stoffwechselkrankheiten, neurologische, gastroenterologische und psychische Krankheiten müssen erfasst werden. Neben der fachärztlichen Untersuchung werden in einer Rehabilitationseinrichtung Elektrokardiographie (EKG), Belastungs-EKG, Langzeitblutdruckmessung, Ultraschalluntersuchung (z.B. Abdomen, Schilddrüse, Gelenke) durchgeführt. Die Möglichkeit zur Röntgendiagnostik, klinisch-chemischer Labordiagnostik, gegebenenfalls in Kooperation, und zu fachärztlichen Konsiliaruntersuchungen muss gegeben sein.

Durch den Einsatz von Screening- und Assessmentverfahren kann die Diagnostik ergänzt werden. Psychosoziale Kontextfaktoren des Krankheitsgeschehens, berufliche Beanspruchung, Motivation und die Grenzen der physischen Belastbarkeit können so exakter definiert werden. Daraus folgt ein gezielter Einsatz von Trainingsmaßnahmen. Die entsprechenden Reha-Therapiestandards (RTS) und KTL-Vorgaben (Klassifikation therapeutischer Leistungen, 2015) sollten berücksichtigt werden (vgl. Abschn. 3.2 Therapeutische Leistungen).

3.2. Diplom- und Master Psychologinnen/Psychologen

Psychologinnen/-Psychologen übernehmen einen für die Rehabilitation bedeutsamen Teil der medizinischen Rehabilitation. Themen der psychologischen Tätigkeit sind das unmittelbare Krankheitserleben und -verhalten, psychische Belastungen und Ressourcen sowie die Abklärung psychischer Komorbiditäten. Psychologische Interventionen während der AHB können einen positiven Einfluss auf die langfristige Krankheitsbewältigung haben.

Auch in der somatischen Rehabilitation sollte eine psychotherapeutische Kompetenz vorgehalten werden, deswegen wird die Qualifikation eines Psychologen/einer Psychologin als Psychologische/r Psychotherapeutin/-therapeut ausdrücklich gewünscht (vgl. Praxishilfe Erfassung und Dokumentation psychischer Funktions- und Fähigkeitsbeeinträchtigungen in der somatischen Rehabilitation, DRV Bund 2017).

Interventionsverfahren aus der klinischen, Gesundheits- und Neuropsychologie finden in der medizinischen Rehabilitation Anwendung. Wegen der zeitlichen Begrenzung sind in der Rehabilitation die psychotherapeutischen Möglichkeiten auf Kurzzeitinterventionen beschränkt. In der Einzelbehandlung umfasst das Aufgabenspektrum der Psychologinnen/Psychologen:

- psychologische Diagnostik,
- psychologische Beratung,
- psychotherapeutische Einzelintervention,
- Dokumentation.

Im Ergebnis der psychologischen Diagnostik werden Aussagen getroffen, die für die sozialmedizinische Beurteilung wie auch für die psychologischen und psychotherapeutischen Nachsorgeempfehlungen wichtig sind. Dazu gehören Aussagen

- zur psychischen Befindlichkeit,
- zu Komorbiditäten wie Angst oder Depression,
- zur Motivation, Ausdauer und Belastbarkeit.

Letzteres ist von besonderer Bedeutung bezüglich der berufs- beziehungsweise arbeitsplatzbezogenen Problemanalyse, welche einen Schwerpunkt der Rehabilitation der Rentenversicherung darstellt. Die Ergebnisse der Psychodiagnostik gehen zusammen mit Angaben zum Verlauf der Einzelkontakte und zur Nachsorgeempfehlung, gegebenenfalls mit einem Vorschlag zur Diagnose und zur sozialmedizinischen Beurteilung, in den ärztlichen Entlassungsbericht ein.

Im Gruppenkontext werden psychologische Gruppentherapien, Entspannungstrainings und Schulungen durchgeführt. Psychologische Gruppen sind problembezogen (wie Stressbewältigung oder soziales Kompetenztraining) oder diagnosebezogen (wie Schmerzbewältigungstraining, Adipositasgruppe oder Umgang mit Angst und Depression). Entspannungsgruppen sind üblicherweise Autogenes Training und/oder Progressive Muskelrelaxation. Zu den Schulungen gehören krankheitsübergreifende und –spezifische Vorträge oder Seminare sowie die Beteiligung an den interdisziplinären Patientenschulungen.

Bezüglich des Umfangs der Angebote sind die Vorgaben der KTL (2015) zu berücksichtigen, gegebenenfalls auch die Angaben in den Reha-Therapiestandards. Für AHB-Patienten wird gegebenenfalls von diesen Vorgaben abgewichen.

Psychologen und Psychologinnen mit einem Bachelor-Abschluss können unter der Fachaufsicht von Master und Diplompsychologen psychologische Routinetätigkeiten übernehmen und z.B. Entspannungsverfahren, standardisierte Patientenschulungen und –vorträge und Testdiagnostik durchführen. Psychologen und Psychologinnen mit Bachelor Abschluss können auch in der Funktion der psychologisch-technischen Assistenz eingesetzt werden.

Als weitere wichtige Einsatzgebiete von Psychologen/-innen sind die Mitarbeit im Qualitätsmanagement und die psychologische Fortbildung von Beschäftigten zu nennen.

3.3. Physiotherapeutinnen/-therapeuten

Die Berufsgruppe der Physiotherapeuten umfasst noch Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Krankengymnasten/-gymnastinnen und entsprechend weitergebildete medizinische Bademeister/innen sowie Masseur/Masseurinnen. Physiotherapeutinnen/-therapeuten müssen in der Lage sein, eigenständig Befunde zu erheben und die individuelle Belastbarkeit der Rehabilitanden/Rehabilitandinnen zu berücksichtigen. Durch spezielle Techniken werden leistungsgeminderte Funktionen wieder aufgebaut oder stabilisiert. Diese umfassen indikationsübergreifend zum Beispiel Rückenschule, Manuelle Therapie, Brüggertechnik und Schlingentischtechnik.

Rehabilitanden/ Rehabilitandinnen in der AHB benötigen erfahrungsgemäß ein- bis zweimal täglich Einzelkrankengymnastik für die Mobilisation.

Rehabilitanden/Rehabilitandinnen der Rehabilitation im Antragsverfahren erfordern seltener Einzelkrankengymnastik, nur entsprechend der Funktionseinschränkung. Dafür benötigen diese Rehabilitanden/Rehabilitandinnen täglich indikationsspezifische Gruppenbehandlung, mindestens fünfmal wöchentlich. Im Vordergrund steht die Motivation zum eigenständigen Üben sowohl des Bewegungstrainings als auch von Entspannungsverfahren.

Massagen, Lymphdrainagen, Elektro-, Thermo-, Hydro- und Balneotherapie sind je nach Krankheitsbild erforderlich und werden von Masseurinnen/Masseuren und Medizinischen Bademeisterinnen/-meistern, Wannenbäder von Badehelfern/-helferinnen durchgeführt. Sie kommen nach Bedarf zum Einsatz.

3.4. Diplom-, Sport- und Gymnastiklehrerinnen/-lehrer

Diplom-, Sport- und Gymnastiklehrerinnen/-lehrer führen Sport- und Bewegungstherapie mit dem Ziel der Steigerung von Ausdauer, Koordination, Flexibilität und Kraft zur Erhaltung beziehungsweise zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit ein bis zweimal täglich durch; dieses erfolgt unter anderem als Terraintraining, Ergometer- und Sequenztraining oder im Bewegungsbad. Diese Berufsgruppe ist auch an der Rückenschule und Angeboten der Rekreationstherapie beteiligt.

Gerätegestützte Trainingstherapie ist in der Regel in allen Rehabilitationseinrichtungen etabliert.

3.5. Ergotherapeutinnen/-therapeuten

Die Ergotherapeuten/-therapeutinnen sind das Verbindungsglied zwischen der gezielten krankengymnastischen Therapie und der beruflichen und sozialen Rehabilitation. Die Ergotherapie bietet Arbeitselemente zur Übung von Gebrauchsbewegungen mit dem Ziel der Funktionserhaltung und –wiederherstellung. Wichtig sind das Erkennen, Erarbeiten, Verbessern und Umsetzen ergonomischen Verhaltens im Alltag und im Arbeitsprozess. Bei schweren Funktionsstörungen werden tägliche Einzelleistungen notwendig. In der Regel sind die ergotherapeutischen Leistungen einmal wöchentlich, meist in Gruppen anzubieten, zum Beispiel:

- motorisch-funktionelle Übungen,
- Training zur Selbständigkeit,
- Ergotherapie auf neurophysiologischer Grundlage,
- Erprobung und Anpassung von Hilfsmitteln,
- Schienenherstellung,
- Beratung und Training zum Gelenkschutz,
- Arbeitsmöglichkeiten mit verschiedenen Werkstoffen zur Verbesserung der Koordination und Feinmotorik,
- Arbeitsplatzberatung,
- Arbeitsplatztraining,
- Hirnleistungstraining.

3.6. Gesundheits- und Krankenpflegepersonal

Die Aufgaben des Pflegepersonals in Rehabilitationseinrichtungen unterscheiden sich qualitativ und quantitativ von denen in der Akutmedizin. Die Anleitung zum eigenständigen Gebrauch von Hilfsmitteln, die Mitgestaltung des Gesundheitstrainings, Pflege, Pflegeplanung und Dokumentation gehören zu den Aufgaben dieser Berufsgruppe. Besondere Kenntnisse der Verbandstechnik, der postoperativen Wundversorgung, der Lagerungstechnik und der Hilfsmittelversorgung werden erwartet. Kardiopulmonale Notfälle müssen erkannt und versorgt werden;

Thromboseprophylaxe, die Erstversorgung von Verletzungen, die Pflege und weitere Mobilisation von Rehabilitanden/Rehabilitandinnen nach Operationen muss möglich sein. An Teambesprechungen nimmt die Pflegedienstleitung regelmäßig teil.

24-Stunden-Anwesenheit einer examinierten Pflegekraft ist unbedingt erforderlich. Abhängig von der Indikation werden Zusatzqualifikationen, wie z.B. als Stoma-Fachkraft oder als Wundexperte, erforderlich.

3.7. Diätassistent/-in bzw. Ökotrophologe/-in (Diplom, MA, BA)

Ernährungsberatung und Ernährungstherapie sind integrale Bestandteile der AHB in jeder Indikation. Häufige Komorbiditäten sind Adipositas und metabolisches Syndrom. Daneben kommt gerade in der AHB spezifischen ernährungsmedizinischen Themen eine hohe Bedeutung zu (z.B. Mangelernährung, Schluckstörungen oder Stomata bei Tumorerkrankungen). Eine krankheitsangepasste Ernährung ist Teil des medizinischen Gesamtkonzeptes und sollte einen hohen Stellenwert haben (vgl. Handbuch Ernährungsmedizin in der Rehabilitation, 2013). Die Ernährungsfachkräfte sind zuständig für die Ermittlung der speziellen Bedürfnisse der Rehabilitanden/Rehabilitandinnen und stimmen besondere Kostformen mit der Küche ab. Sie führen Einzel- sowie Gruppenberatungen durch. Sie halten indikative Schulungen ab, bieten Buffetberatungen an und halten Vorträge über gesunde Ernährung. Lehrküchenveranstaltungen gehören obligatorisch in jede Rehabilitationseinrichtung. Abhängig von den Gegebenheiten wird mit den Rehabilitanden Einkaufstraining durchgeführt. Ebenso wichtig ist die Beratung und Unterstützung diätetischer Maßnahmen in der Nachsorge, auch unter Einbeziehung von Angehörigen. „Ernährungsbeauftragte Ärztinnen/Ärzte“ und „diätetisch geschulte Köchinnen/Köche“ vervollständigen das Rehabilitationsteam.

3.8. Sozialarbeiterinnen/-arbeiter und Sozialpädagoginnen/-en (Diplom, MA, BA)

Sozialrechtliche Beratung mit dem Ziel der Wiedereingliederung in den Beruf und das soziale Umfeld muss für jede/n Rehabilitanden/Rehabilitandin zugänglich sein, der/die sie benötigt. Zusätzlich beraten Rehabilitationsberaterinnen/-berater der Leistungsträger und vermitteln spezielle Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Hilfen zur beruflichen Reintegration. Um gegebenenfalls den möglichst nahtlosen Übergang in eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben nach einer vorangegangenen medizinischen Rehabilitation für einen geeigneten Personenkreis zu ermöglichen, können Vorfeldmaßnahmen indiziert sein. Ziel ist die möglichst schnelle Wiedereingliederung des Versicherten ins Erwerbsleben ohne eine zeitliche Verzögerung. Um die Entscheidungsfindung vorzubereiten und das sozialmedizinische Votum abzusichern, sollten diese bereits im Rahmen der medizinischen Rehabilitation oder im unmittelbaren Anschluss daran durchgeführt werden. Berufsförderungswerke, Bildungszentren und andere Institutionen bieten eine Kooperation an. In Zusammenarbeit mit diesen Einrichtungen können als Vorfeldmaßnahmen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation in Anspruch genommen werden:

- Belastungserprobung und
- psychologische Eignungsuntersuchung.

Die Indikationsstellung erfolgt möglichst frühzeitig während der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme durch die Ärzte/Ärztinnen der Rehabilitationseinrichtung. Eine zuverlässige Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeitern/-arbeiterinnen, Rehabilitationsberatern/-beraterinnen und Klinikärzten/-ärztinnen muss vorausgesetzt werden, um eine zeitgerechte Durchführung indikationsentsprechend für die Rehabilitanden/Rehabilitandinnen einzuplanen, denen eine Minderung der Leistungsfähigkeit am alten Arbeitsplatz oder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ohne Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben droht (vgl. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung, 2009).

Nach der AHB kann auch eine stufenweise Wiedereingliederung zu Lasten der DRV eingeleitet werden.

3.9. Weitere Berufsgruppen

Bei einigen Indikationen sind weitere Berufsgruppen erforderlich, z.B. Logopäden/Sprachtherapeuten bei Neurologie und HNO.

3.10. Personalbemessung

Die Personalbemessung für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation mit 100 Rehabilitationsplätzen und Zulassung zum AHB-Verfahren kann den Strukturanforderungen der DRV (2014) entnommen werden. Erfahrungsgemäß ist der Bedarf an Pflegekräften in Einrichtungen mit hohem AHB-Anteil höher als dort aufgeführt.

Das multiprofessionelle Rehabilitationsteam muss in allen rehabilitationsrelevanten Berufsgruppen ausreichend und qualifiziert besetzt sein.

4. Therapeutische Leistungen

Die Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) für die medizinische Rehabilitation wurde im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms der Deutschen Rentenversicherung erarbeitet.

Die individuell erbrachten therapeutischen Leistungen sollen entsprechend der definierten Qualitätsmerkmale mit Angabe ihrer Häufigkeit und Dauer dokumentiert werden. Routineabläufe (z.B. Untersuchungen, Visiten, Diagnostik, pflegerische Grundversorgung, Mahlzeiten u.a.) und Eigentrainings ohne Anwesenheit eines Therapeuten werden nicht kodiert.

Das Gesundheitstraining findet in Form von Vorträgen, Schulungen und Seminaren täglich statt. Allgemein anerkanntes Ziel ist es, während einer Rehabilitationsmaßnahme die Kompetenz der Rehabilitanden/Rehabilitandinnen im Umgang mit ihren Krankheiten beziehungsweise Behinderungen zu verbessern und eine Korrektur im Umgang mit Risikofaktoren einzuleiten. Dazu gehören unter anderem Vorträge zur Entstehung und zum Verlauf von Krankheiten, zur gesunden Ernährung, zu den Prinzipien einer angemessenen Bewegung und Freizeitgestaltung, psychologische Gruppen zur Tabakentwöhnung, zur Stressbewältigung, zur Anleitung zum selbständigen Üben von Entspannungsverfahren sowie Seminare zum Gebrauch von Blutdruckmessgeräten und zur Blutzuckerkontrolle ebenso wie die Rückenschule und Übungen in der Lehrküche.

Das Gesundheitstrainingsprogramm der Deutschen Rentenversicherung Bund stellt Curricula für krankheitsspezifische und krankheitsübergreifende Patientenschulungsprogramme im Internet zur Verfügung (www.reha-einrichtungen.de; Pfad: Infos für Reha-Einrichtungen > Patientenschulung und Beratung > Gesundheitstraining). Diese können als pdf-Datei heruntergeladen werden oder als Broschüre (gesundheitstraining@drv-bund.de) bestellt werden.

Mit den Reha-Therapiestandards für die medizinische Rehabilitation leistet die Rentenversicherung einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätssicherung. Dementsprechend sollen diese der Therapieplanung zugrunde gelegt werden. Die Reha-Therapiestandards können im Internet eingesehen und als pdf-Datei heruntergeladen werden (www.reha-einrichtungen.de; Pfad: Infos für Reha-Einrichtungen > Grundlagen & Anforderungen > Reha-Therapiestandards).

5. Spezielle Anforderungen

5.1. Indikationen

AHB-Indikationen entsprechend AHB-Katalog der Deutschen Rentenversicherung 2018 (17. Auflage):

- 1 Krankheiten des Herzens und des Kreislaufsystems
- 2 Krankheiten der Gefäße
- 3 entzündlich-rheumatische Erkrankungen
- 4 konservativ und operativ behandelte Erkrankungen des Bewegungsapparates und Unfallfolgen
- 5 gastroenterologische Erkrankungen einschließlich Operationen an den Verdauungsorganen
- 6 Endokrine Erkrankungen
- 7 Krankheiten der Atmungsorgane einschließlich Operationen
- 8 nephrologische Erkrankungen
- 9 urologische Erkrankungen
- 10 neurologische Krankheiten einschließlich Operationen an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven
- 11 onkologische Krankheiten
- 12 gynäkologische Krankheiten einschließlich Operationen am weiblichen Genitale
- 13 Organ-Transplantationen und -Unterstützungssysteme

Kontraindikationen sind zum Beispiel:

- akutmedizinischer Behandlungsbedarf,
- fehlende Rehabilitationsfähigkeit bzw.
- mangelnde Bereitschaft oder Fähigkeit zur Mitarbeit.

5.2. Mustertherapiepläne

Die Mustertherapiepläne müssen entsprechend der Indikationen der Reha-Einrichtung unter Berücksichtigung des hauseigenen Konzeptes gestaltet werden. Soweit Reha-Therapiestandards (RTS) zutreffen, sollten sich diese in den Mustertherapieplänen abbilden. Die Mustertherapiepläne sollen die wöchentliche Therapiedichte wiedergeben und auch die Komorbiditäten der Rehabilitanden berücksichtigen.

Ärztliche Aufnahme- und Entlassungsuntersuchung, Facharztvisite, Stationsarztvisite sowie z.B. Zeiten für indikationsabhängige Diagnostik sollten im Plan aufgeführt werden.

Anforderungen an die Qualitätsmerkmale der therapeutischen Leistungen werden von der Deutschen Rentenversicherung in der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) beschrieben. Die Qualitätsmerkmale beinhalten Mindeststandards zur durchführenden Berufsgruppe, möglichen Zusatzqualifikationen, dem medizinischen Fachgebiet, in dem die therapeutische Leistung erbracht werden soll, Indikation, Therapieziel, Mindestdauer, Mindestanzahl an Leistungen im angegebenen Zeitraum (Frequenz), Maximalangabe für die Größe der Rehabilitandengruppe sowie weitere Hinweise zu Leistungsinhalten und ähnliche Leistungen. Die Erfüllung der Qualitätsmerkmale dient der Sicherstellung einer professionellen Leistungserbringung und eines positiven Effektes der Therapie. Sie sollen in den Mustertherapieplänen und bei der Durchführung der Leistungen Anwendung finden.

5.3. Apparative Ausstattung zur Diagnostik

Mindestausstattung wie folgt:

- Mehrkanal-EKG,
- Belastungs-EKG,
- Langzeitblutdruckmesssystem,
- kleine Lungenfunktion,
- indikationsspezifische Sonographie (Gelenke, Abdomen, Schilddrüse usw.),
- Röntgen, möglich auch in Kooperation mit anderen Einrichtungen, wenn kurzfristig erreichbar,
- klinisch-chemisches Labor,
- Ergometermessplatz mit ärztlicher Überwachung und Defibrillator,
- Möglichkeit zu Punktionen,
- psychologische Testverfahren.

Zusätzliche Diagnostik ist indikationsspezifisch vorzuhalten und beinhaltet zum Beispiel:

- Endoskopie,
- Doppler-/Duplexsonographie,
- Echokardiographie,
- Langzeit-EKG,
- Blutgasanalyse,
- Isokinetik und Ganganalyse,

- Elektromyographie (EMG),
- Bodyplethysmographie.

5.4. Räumliche Voraussetzungen

5.4.1. Allgemeines

Jede Rehabilitationseinrichtung soll barrierearm eingerichtet sein.

Außerdem sollten einige behindertengerechte Zimmer mit behindertengerechten Nasszellen für Rollstuhlfahrer/innen eingerichtet sein. Für die AHB-Zulassung gilt dies in besonderem Maße (z. B. in der Orthopädie höhenverstellbare Betten für Rehabilitanden/Rehabilitandinnen mit Hüftgelenkersatz oder Geländer in den Gängen, Gehstützenhalterungen in den Speisesälen etc.).

Ergonomische Gestaltung von Mobiliar und Sanitäreinrichtungen sind erforderlich.

5.4.2. Beispielhaftes Orientierungsraumprogramm

Ein Orientierungsraumprogramm mit denkbarer multifunktionale Nutzung einiger Räume beinhaltet zum Beispiel:

- Einzelzimmer mit Nasszellen, darunter auch behindertengerechte Einzelzimmer,
- ein Überwachungszimmer für Notfälle mit Geräten zur Reanimation und Überwachung,
- Raum für Injektionen,
- Raum für Wundversorgung,
- Vortragssaal,
- zwei Seminarräume,
- gegebenenfalls Raum für orthopädietechnische Versorgung,
- Räume für Einzelkrankengymnastik mit Schlingentisch beziehungsweise Deckenschlingengeräten,
- Räume für Gruppengymnastik, Rücken- und Gelenkschulung,
- Räume für Isokinetik und Sequenztraining (gerätegestützte Trainingstherapie),
- Raum für Belastungserprobung und Arbeitsplatzberatung,
- Bewegungsbad (mit Hebelifter) und unterschiedlicher Niveauhöhe für Wassergymnastik und Schwimmunterricht,
- behindertengerechte Toilette im Therapiebereich,
- Möglichkeit zum Terraintraining, zum Beispiel Gehschule,
- Räume für Masseur/Masseurinnen, medizinische Bäder und Elektrotherapie,
- Räume für Ergotherapie,
- ein Raum für psychologische Gruppenarbeit (schallgeschützt),
- Räume für Sozialarbeiter/innen und Reha-Fachberater/innen,
- Räume für Ernährungsfachkräfte und Lehrküche,

- gegebenenfalls Ruheräume und Umkleieräume für ambulante und IRENA-Patienten/Patientinnen,
- Speisesaal,
- Ausstattung mit festinstallierter Notrufanlage (alle Bereiche, in denen sich Rehabilitanden/Rehabilitandinnen alleine aufhalten, müssen mit Notrufen versehen sein, die auch für gestürzte Rehabilitanden erreichbar sind),
- Arbeitszimmer (Ärzte/Ärztinnen, Psychologen/Psychologinnen, Therapeuten/Therapeutinnen),
- Raum für Therapieplanung.

Akutnotfälle sind häufiger bei AHB-Patienten/Patientinnen, deshalb wird hierauf ein besonderes Augenmerk gelegt. Gleiches gilt für die Wundversorgungsausstattung.

Ansprechpartner

Bitte wenden Sie sich bei Fragen zum Anforderungsprofil an den Häuserbetreuer/ die Häuserbetreuerin für Ihre Reha-Einrichtung aus dem Dezernat 8023 Zusammenarbeit mit Rehabilitationseinrichtungen Medizin/Psychologie der DRV Bund.

Wenn Sie keine/n Häuserbetreuer/in haben, werden Ihre Fragen unter der Telefonnummer 030- 865 82091 beantwortet.

Autorinnen:

Dipl.-Med. Antje Bertholdt, Dr. med. Christiane Niehues, Dr. med. Sabine Schrag

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Medizinische Voraussetzungen der Anschlussrehabilitation (AHB). AHB-Indikationskatalog. Berlin. 2017.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation der BAR. 2016.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. Berlin. 2015.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Reha-Therapiestandards. Berlin. 2016.

Deutsche Rentenversicherung Bund. Einführung in das Gesundheitstrainingsprogramm der DRV Bund. Berlin. 2018.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Curricula des Gesundheitstrainingsprogramm der DRV Bund. Berlin.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Der Ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Leitfaden der gesetzlichen Rentenversicherung. Berlin. 2015.

Deutsche Rentenversicherung Bund. Praxishilfe. Erfassung und Dokumentation psychischer Funktions- und Fähigkeitsbeeinträchtigungen in der somatischen Rehabilitation. Berlin. 2017.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Handbuch: Ernährungsmedizin in der Rehabilitation. Berlin. 2013.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Rahmenkonzept zur Nachsorge für medizinische Rehabilitation nach § 15 SGB VI. Berlin. 2017.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Erkrankungen der Bewegungsorgane. Schriftenreihe BAR, Heft 5.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung. Berlin. 2014.

Internet:

AHB-Indikationskatalog:

www.deutsche-rentenversicherung.de

(Pfad: Infos für Experten > Sozialmedizin & Forschung > Sozialmedizin > Fachinformationen Rehabilitation > Informationen für Ärzte zum Rehabilitationsverfahren)

Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung:

www.reha-einrichtungen.de

(Pfad: Infos für Reha-Einrichtungen > Grundlagen & Anforderungen > Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation)

Tagungen und Fortbildungen der Deutschen Rentenversicherung:

www.reha-einrichtungen.de

(Pfad: Infos für Reha-Einrichtungen > Tagungen, Fort- und Weiterbildung)

Orientierungsgliederung für das medizinische Konzept einer Rehabilitations-Einrichtung:

www.reha-einrichtungen.de

(Pfad: Infos für Reha-Einrichtungen > Grundlagen & Anforderungen > Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation)