

# Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Erwachsenen mit psychosomatischen und psychischen Störungen

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

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. ART UND UMFANG DER LEISTUNG</b> .....	4
1.1. Sozialrechtliche Voraussetzungen .....	4
1.2. Konzeptionelle Voraussetzungen .....	5
1.3. Persönliche Voraussetzungen .....	6
1.4. Zugangswege.....	6
1.5. Dauer von Rehabilitationsmaßnahmen .....	6
1.6. Entlassmanagement und Reha-Entlassungsbericht .....	7
<b>2. ALLGEMEINE ANFORDERUNGEN</b> .....	8
2.1. Qualitätsmanagement.....	8
2.1.1. Internes Qualitätsmanagement .....	8
2.1.2. Externe Qualitätssicherung .....	8
2.2. Fort- und Weiterbildung .....	9
2.3. Arzneimittelkommission.....	9
2.4. Hygiene.....	9
2.5. EDV .....	9
<b>3. REHABILITATIONSZIELE</b> .....	10
3.1. Rehabilitationsziele bezogen auf Körperfunktionen und –strukturen (einschließlich psychischer Funktionen) .....	10
3.2. Rehabilitationsziele bezogen auf die Dimension Aktivitäten .....	10
3.3. Rehabilitationsziele bezogen auf die Dimension Teilhabe.....	10
3.4. Rehabilitationsziele bezogen auf die Dimension Kontextfaktoren.....	11
<b>4. INDIKATIONSSPEKTRUM</b> .....	11
<b>5. INDIKATIONSSPEZIFISCHE ANFORDERUNGEN AN EINE STATIONÄRE REHABILITATIONSEINRICHTUNG FÜR PSYCHISCHE UND PSYCHOSOMATISCHE STÖRUNGEN MIT 100 BEHANDLUNGSPLÄTZEN</b> .....	13
5.1. Therapiespektrum.....	13
5.2. Apparative und räumliche Voraussetzungen.....	14
5.2.1. Apparative Ausstattung zur Diagnostik.....	14
5.2.2. Örtliche und räumliche Voraussetzungen .....	16
5.2.3. Beispielhaftes Orientierungsraumprogramm .....	16
<b>6. DIAGNOSTIK</b> .....	17
6.1. Anforderungen an das diagnostische Vorgehen .....	17
6.1.1. Körperfunktionen und -strukturen (einschließlich psychischer Befunde) .....	18
6.1.2. Aktivitäten .....	18
6.1.3. Teilhabe.....	19
6.1.4. Kontextfaktoren .....	19

6.2.	Medizinische Diagnostik .....	20
6.3.	Psychodiagnostik .....	20
<b>7.</b>	<b>PERSONELLE ANFORDERUNGEN</b> .....	<b>21</b>
7.1.	Qualitative Anforderungen an das Rehabilitationsteam .....	21
7.2.	Ärzte/Ärztinnen .....	21
7.2.1.	Klinische Aufgaben .....	21
7.2.2.	Ärzte/Ärztinnen als Einzel- und Gruppentherapeuten/innen .....	24
7.3.	Diplom-/ Master Psychologen/Psychologinnen .....	24
7.3.1.	Diplom-/ Master Psychologen/Psychologinnen in Einzel- und Gruppenpsychotherapie .....	25
7.3.2.	Psychologisch-technische Assistentinnen und Assistenten und Bachelor-Psychologen/Psychologinnen .....	25
7.4.	Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagogen/Sozialpädagoginnen (Diplom, Master, Bachelor) .....	25
7.5.	Bewegungs- und Sporttherapie, gerätegestützte Trainingstherapie .....	26
7.5.1.	Physiotherapeuten/innen .....	26
7.5.2.	Sport- und Gymnastiklehrer/innen (mind. mit Bachelor Abschluss) .....	27
7.6.	Ergotherapie, Arbeitstherapie .....	27
7.6.1.	Künstlerische Therapien .....	28
7.7.	Gesundheits- und Krankenpflege .....	28
7.8.	Ernährungsberatung .....	29
<b>8.</b>	<b>PERSONALBEMESSUNG</b> .....	<b>29</b>
	<b>ANSPRECHPARTNER</b> .....	<b>30</b>
	<b>LITERATUR</b> .....	<b>30</b>

## **Einleitung**

In der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung haben psychische und psychosomatische Störungen eine erhebliche Bedeutung. So entfielen im Jahr 2016 21% der bewilligten stationären Rehabilitationen bei Frauen und 13% bei Männern auf dieses Indikationsspektrum. Die durchschnittliche Rehabilitationsdauer betrug 2016 37 Tage bei Frauen und 38 Tage bei Männern für die stationäre Rehabilitation.

Bei den Einrichtungen der psychosomatischen Rehabilitation unterschiedlicher Größe und unterschiedlicher konzeptioneller Orientierung kommt der berufsgruppenübergreifenden Arbeit im Reha-Team unter Leitung eines/einer psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutisch erfahrenen Arztes/Ärztin besondere Bedeutung zu. Es sollte eine längerfristige Erfahrung in der Rehabilitation und sozialmedizinische Kompetenz vorliegen.

Die stationäre Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Störungen unterscheidet sich bezüglich der Zielgruppe und der Behandlungsmaßnahmen sowohl von der durch die Krankenkassen getragenen stationären Krankenbehandlung als auch von der Rehabilitation psychisch kranker und behinderter Menschen in den stationären beziehungsweise ganztägig ambulanten Einrichtungen zur Rehabilitation psychisch kranker Menschen (RPK).

Das vorliegende Anforderungsprofil beschreibt Rahmenbedingungen für die Durchführung einer qualitativ gesicherten medizinischen Rehabilitation psychisch und psychosomatisch erkrankter Versicherter unter Berücksichtigung der Besonderheiten unterschiedlicher Behandlungskonzepte. Dabei sollen räumliche Gestaltung sowie personelle und organisatorische Ausstattung an den indikationsspezifischen Bedürfnissen ausgerichtet sein (Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung, 2014).

### **1. Art und Umfang der Leistung**

#### **1.1. Sozialrechtliche Voraussetzungen**

Nach dem gesetzlichen Auftrag erbringt die Rentenversicherung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen, um den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung 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). Reichen ambulante ärztliche Behandlung und Psychotherapie nicht aus, die Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen) und ihre Symptomatik zu bessern, und haben diese zu nicht nur zu vorübergehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten geführt und/oder beeinträchtigen sie die Teilhabe, so kann eine medizinische Rehabilitation indiziert sein.

Die Umsetzung des biopsychosozialen Modells der Komponenten von Gesundheit gemäß ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation WHO, deutschsprachige Fassung

Oktober 2015) erfordert ein umfassendes, ganzheitlich angelegtes und interdisziplinäres Rehabilitationskonzept.

Dabei sind nicht nur die zur Rehabilitation führenden Leiden, sondern alle körperlichen und psychischen Einschränkungen beziehungsweise Fähigkeitsstörungen, die zu Beeinträchtigungen führen, zu berücksichtigen. Hierzu zählen auch ein gesundheitsgefährdender Lebensstil sowie eine defizitäre Krankheitsbewältigung. Auch die Einbeziehung des sozialen und beruflichen Umfeldes ist für die Rehabilitationsplanung erforderlich (Eckpunkte arbeitsbezogener Strategien bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, DRV 2007). Aufgrund des gesetzlichen Auftrages ist die medizinische Rehabilitation in der Rentenversicherung am Kriterium der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben orientiert und somit arbeitsweltbezogen. Durch den Einsatz bewährter Screening- und Assessmentverfahren wie zum Beispiel Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt (IMBA), Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit (MELBA), Verfahren zur Erfassung von Verhaltens- und Erlebensweisen gegenüber Arbeit und Beruf (AVEM = Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebens-Muster) oder auch von klinikintern entwickelten Instrumenten, soll die Diagnostik berufsorientiert ergänzt werden. Psychosoziale Faktoren des Krankheitsgeschehens, berufliche Beanspruchung, Motivation und die Grenzen der physischen und psychischen Belastbarkeit können so exakter definiert werden. Bei Rehabilitanden/Rehabilitandinnen mit erkennbar hohen Defiziten im beruflichen Bereich sind die gezielte Reintegration am bisherigen Arbeitsplatz oder eine Neuorientierung vorzubereiten. Hierzu ist die Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) implementiert worden (Anforderungsprofil zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung, Stand 2015).

## **1.2. Konzeptionelle Voraussetzungen**

Die Rehabilitation für psychosomatisch und psychisch Kranke ist ein spezifisches Angebot der medizinischen Rehabilitation, bei dem im Rahmen eines multimodalen Rehabilitationskonzeptes psychotherapeutische Interventionen im Gruppen- und Einzelsetting, Ergotherapie, Arbeitstherapie, Entspannungsverfahren, Physio- und Sporttherapie sowie konzeptionsabhängig kreativtherapeutische Verfahren und körperzentrierte Arbeit ein besonderes Gewicht haben. Somatische Therapieangebote sind ebenso integriert, wie selbstverständlich Angebote der Ernährungstherapie und der Sozialen Arbeit. Schwerpunkt der stationären Rehabilitation ist die Behandlung von Rehabilitanden und Rehabilitandinnen mit ausgeprägten psychischen/psychosomatischen Störungen, aber auch körperlicher Komorbidität und/oder sozialer Begleitsymptomatik, die sich teilweise bereits in einem fortgeschrittenen Stadium der Chronifizierung befinden. Ausschlaggebend für die Indikation zur stationären psychosomatischen Rehabilitation sind die aus der Erkrankung resultierenden Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit beziehungsweise die Teilhabe am beruflichen und sozialen Leben.

### **1.3. Persönliche Voraussetzungen**

Zur Klärung der Notwendigkeit und der Zielsetzung einer Maßnahme der medizinischen Rehabilitation sind neben versicherungsrechtlichen vor allem auch persönliche und sozialmedizinische Voraussetzungen zu prüfen:

- die Rehabilitationsbedürftigkeit,
- die Rehabilitationsfähigkeit und
- die Rehabilitationsprognose.

Die Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei psychischen Störungen für den beratungsärztlichen Dienst der DRV enthalten entsprechende Kriterien.

### **1.4. Zugangswege**

Es gibt verschiedene Zugangswege zur Rehabilitation. Voraussetzung ist immer ein Antrag der/des Versicherten. Für den Bereich der psychischen und psychosomatischen Störungen gelten folgende Verfahrensweisen: In der Regel ergänzt ein haus- oder fachärztlicher Befundbericht den Antrag der/des Versicherten, zusätzlich können Berichte von Psychologischen Psychotherapeuten/-therapeutinnen beziehungsweise von Betriebsärzten/-ärztinnen beigelegt werden. Der Befundbericht sollte die vorliegenden funktionellen Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe sowie Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit enthalten. Nach § 51 SGB V werden langzeitarbeitsunfähige Patienten und Patientinnen von der Krankenkasse aufgefordert, einen Antrag zur Rehabilitation zu stellen. Nach § 145 SGB III erfolgt die Aufforderung an arbeitsunfähige Arbeitslose, einen Antrag auf Rehabilitationsleistungen zu stellen, durch die Agentur für Arbeit. Im Rentenantragsverfahren prüfen Sozialmediziner und Sozialmedizinerinnen der Rentenversicherung, ob durch Rehabilitationsleistungen voraussichtlich die drohende Minderung oder die bereits geminderte Erwerbsfähigkeit abgewehrt werden kann.

### **1.5. Dauer von Rehabilitationsmaßnahmen**

Während in der Regel die Dauer von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen in den somatischen Indikationen 21 Tage beträgt, werden im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation länger dauernde Leistungen durchgeführt. Dabei orientiert sich der Umfang der zu erbringenden Leistungen am individuellen Rehabilitationsbedarf der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen. Dies bezieht sich sowohl auf die Dauer als auch auf Art und Umfang der therapeutischen Leistungen.

Zur Erreichung des Rehabilitationsziels wird meist ein Zeitraum von fünf Wochen veranschlagt. Diese Rehabilitationsdauer erscheint hinsichtlich des Rehabilitationsergebnisses erfolgversprechender als eine kürzere Maßnahme und der Rehabilitationserfolg wird auch seitens der Rehabilitanden/Rehabilitandinnen bei längerem stationärem Aufenthalt positiver eingeschätzt. Bei Vorliegen bestimmter individueller und sozialmedizinischer Konstellationen kann aber auch die Durchführung einer auf vier Wochen begrenzten Rehabilitation angezeigt sein. Dies kann zum Beispiel erfolgen bei rehabilitativer beziehungsweise spezifischer psychotherapeutischer Vorerfahrung, aber auch bei überwiegend körperlichem Krankheitsverständnis beziehungsweise unklarer Motivation zur Psychotherapie. In jedem Fall wird der Bewilligungszeitraum unter Abwägung von allen sozialmedizinischen und fachlichen

Aspekten individuell festgelegt (Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung: Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen, 2012).

Eine Verlängerung oder Verkürzung der stationären Rehabilitationsdauer kann bei vorliegender medizinischer Notwendigkeit und in Abhängigkeit von der Prognose im Rahmen der den Einrichtungen vorgegebenen Richtwerten (Zeitbudget) erfolgen, die Fortführung einer im stationären Setting begonnenen Behandlung im ganztägig ambulanten Rehabilitationsmodus ist auf Antrag möglich.

### **1.6. Entlassmanagement und Reha-Entlassungsbericht**

Die medizinische Rehabilitation wird mit einem ärztlichen Entlassungsbericht abgeschlossen, der spätestens 14 Tage nach der Entlassung auf dem rentenversicherungsträger-übergreifenden Formular vorliegen soll (Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung, 2015). Dieser enthält unter anderem Angaben zu Diagnose, Anamnese, Befunden, Rehabilitationsverlauf und sozialmedizinischer Leistungsbeurteilung, einschließlich der Verschlüsselung von Art und Anzahl sowie der Dauer der Behandlungseinheiten anhand der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL).

Für die weitergehende, unter Umständen auch berufsbegleitende Nachsorge zur Sicherung und zum langfristigen Erhalt des Rehabilitationserfolges nach der stationären Rehabilitation können für die Rehabilitanden/Rehabilitandinnen unterschiedliche Angebote beziehungsweise Hilfen angezeigt sein (ambulante Nachsorgeleistungen gemäß IRENA-Rahmenkonzeption oder des Curriculum Hannover, ab 2019 PsyRENA, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Selbsthilfegruppen) (Rahmenkonzept zur Nachsorge für die medizinische Rehabilitation nach § 15 SGB VI, 2018). Kontakte zu den Nachsorgeeinrichtungen und den Selbsthilfegruppen sollen bereits während der medizinischen Rehabilitation hergestellt werden. Falls erforderlich, werden auch Maßnahmen zur stufenweisen beruflichen Wiedereingliederung § 44 SGB IX von der Rehabilitationseinrichtung eingeleitet. Hierbei werden im Einzelfall, meist nach länger andauernder schwerer Krankheit, zeitnah im Anschluss an die Rehabilitation weiter arbeitsunfähige Beschäftigte schrittweise an die volle Arbeitsbelastung herangeführt. In Abstimmung mit den Rehabilitanden/Rehabilitandinnen, dem/der behandelnden Arzt/Ärztin am Wohnort und/oder Betriebsarzt/-ärztin sowie dem/der Arbeitgeber/in wird ein Stufenplan über die tägliche berufliche Belastung aufgestellt, der innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der Rehabilitation beginnen soll. Während der stufenweisen Wiedereingliederung besteht Anspruch auf die Zahlung von Übergangsgeld durch die Rentenversicherung.

Wesentliche Bedeutung kommt der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung während der gesamten Rehabilitation zu. In der abschließenden sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung im Rahmen der Epikrise und des Formulareils des Rehabilitationsentlassungsberichtes muss auf der Grundlage aller während der Rehabilitationsleistung gewonnenen Informationen dargestellt werden, über welches qualitative und quantitative berufliche Leistungsvermögen die Rehabilitanden/Rehabilitandinnen nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation verfügen. Hier wird auf die entsprechenden Vorgaben verwiesen (Leitfaden zum Einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung, 2015).

Die Leistungsbeurteilung umfasst:

- die Stellungnahme zum quantitativen Leistungsvermögen der/des Versicherten im zuletzt versicherungspflichtig ausgeübten Beruf,
- die Darstellung des positiven und negativen Leistungsbildes und
- die Stellungnahme zum quantitativen Leistungsvermögen für eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsbild auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sowie
- weitere rehabilitative Möglichkeiten, zum Beispiel Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA).

## **2. Allgemeine Anforderungen**

### **2.1. Qualitätsmanagement**

#### **2.1.1. Internes Qualitätsmanagement**

Die Facheinrichtungen sind gemäß § 37 SGB IX verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement vorzuhalten, welches zielgerichtet und systematisch die Qualität der Versorgung gewährleistet und diese kontinuierlich verbessert und weiterentwickelt. Von jeder Rehabilitationseinrichtung werden indikationsspezifische, wissenschaftlich fundierte Rehabilitationskonzepte erstellt, die Angaben zu spezifischen Therapieangeboten, Therapiezielen und der Anzahl sowie der Qualifikation des medizinischen und therapeutischen Personals enthalten.

Regelmäßige wöchentliche Fall- und Teambesprechungen sowie interne und externe Supervision gehören zum Qualitätsstandard.

Die Therapiekonzepte sind regelmäßig alle drei Jahre zu aktualisieren und dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand anzupassen. Art und Form der Konzepterstellung ist durch ein einheitliches Schema standardisiert ([www.reha-einrichtungen.de](http://www.reha-einrichtungen.de); Pfad: Infos für Reha-Einrichtungen > Grundlagen & Anforderungen > Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation)

Mustertherapiepläne für die wichtigsten Störungsbilder sind zu erstellen.

Interne Rehabilitandenfragebögen zu Rehabilitandenzufriedenheit und subjektivem Behandlungserfolg erfassen auch hauseigene Daten der Facheinrichtungen für das interne Qualitätsmanagement.

Ein systematisches Beschwerdemanagement ist erforderlich.

#### **2.1.2. Externe Qualitätssicherung**

Rehabilitationseinrichtungen, die von einem Rentenversicherungsträger belegt werden, nehmen am Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger teil und erhalten in regelmäßigen Berichten Auswertungen der Rehabilitandenbefragung und des Peer-Review-Verfahrens, sowie darüber hinaus von der Deutschen Rentenversicherung Bund Auswertungen aus Entlassungsberichten zu den therapeutischen Leistungen als Grundlage für Qualitätszirkel im Rahmen des internen Qualitätsmanagements.



Die nach standardisierten Verfahren durchgeführten Visitationen der Deutschen Rentenversicherung Bund knüpfen an die Auswertungen des externen Qualitätssicherungsprogramms an und dokumentieren den aktuellen Qualitätsstandard vor Ort. Die Rehabilitationseinrichtungen erhalten unmittelbare Rückmeldung verbunden mit einer Beratung zur Qualitätsoptimierung gegebenenfalls mit Auflagen. Dreimal im Jahr sind Stellenpläne zu Anzahl und Qualifikation des medizinischen und therapeutischen Personals zur Prüfung dem federführenden Rentenversicherungsträger einzureichen.

## **2.2. Fort- und Weiterbildung**

Zusätzlich zu den regelmäßigen Teambesprechungen mit Abteilungs- und Teamleitern/-leiterinnen und ihren Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen werden Fort- und Weiterbildung von den Angehörigen aller Berufsgruppen erwartet.

Der Schulungs- und Fortbildungsbedarf der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen muss von der Leitung der Rehabilitationseinrichtung regelmäßig ermittelt werden und den Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen ist angemessen Gelegenheit zu externer Fort- und Weiterbildung zu geben. Externe Supervision wird vorausgesetzt. Es muss ein strukturiertes Fortbildungskonzept vorliegen.

Jährliche Fortbildungen sollen im erforderlichen Umfang erfolgen.

Erste-Hilfe- und Notfallübungen in Theorie und Praxis sind mindestens zweimal jährlich durchzuführen.

## **2.3. Arzneimittelkommission**

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

## **2.4. Hygiene**

Nach den Richtlinien des Robert-Koch-Institutes ist eine Hygienekommission erforderlich, ein Hygieneplan muss vorliegen. Eine Rehabilitationseinrichtung sollte eine Hygienefachkraft in regelmäßigen Abständen hinzuziehen. Ein/e Ärztin/Arzt sollte hygienebeauftragte/r Ärztin/Arzt sein. Eine regelmäßige Beratung durch ein Hygieneinstitut ist erforderlich.

## **2.5. EDV**

Um eine optimale Verfügbarkeit von Daten zu gewährleisten sowie zur Rationalisierung und Ablaufoptimierung ist eine EDV für Rehabilitationseinrichtungen unerlässlich.

Als Anwendungen sind beispielhaft zu nennen: Bescheid- und Entlassungsberichtsdatenübermittlung in der Kommunikation mit dem Rentenversicherungsträger, gegebenenfalls Belegungsdisposition und Therapieplanung sowie die Labordatenkommunikation und nicht zuletzt die Abrechnungsverfahren.

### **3. Rehabilitationsziele**

Ziele der Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen auf der Basis des im SGB VI und SGB IX formulierten Auftrags und in Anlehnung an die ICF sind:

- vollständige oder größtmögliche Wiederherstellung der ursprünglichen Struktur und Funktion beziehungsweise Aktivitäten und der Teilhabe,
- Wiederherstellung und Erhaltung der Erwerbsfähigkeit,
- Planung und Einleitung weiterer Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben (z.B. Anpassung des Arbeitsplatzes, Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes),
- Kompensation (Ersatzstrategien),
- Adaptation/Krankheitsverarbeitung.

Das trägerspezifische Ziel der Rehabilitation in der Rentenversicherung ist es, den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit entgegen zu wirken, sie zu überwinden, oder zu mindern und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederinzugliedern.

#### **3.1. Rehabilitationsziele bezogen auf Körperfunktionen und –strukturen (einschließlich psychischer Funktionen)**

Zu den Rehabilitationszielen bezogen auf die körperlichen und seelischen Funktionen zählen beispielsweise psychische Stabilisierung, Verminderung von negativen Affekten wie Depression und Angst, Verbesserung der Selbstwahrnehmung, Verbesserung von Selbstakzeptanz und Selbstwertgefühl, Korrektur dysfunktionaler Kognitionsmuster, Reduzierung von körperlichen Krankheitssymptomen, Erkennen möglicher funktionaler Aspekte von Krankheitssymptomen und Verbesserung der eigenen Kompetenz im Umgang mit Funktionsstörungen.

#### **3.2. Rehabilitationsziele bezogen auf die Dimension Aktivitäten**

Als Rehabilitationsziele bezogen auf Aktivitäten gelten die Erweiterung des Verhaltensrepertoires, Verbesserung des Kommunikationsverhaltens, Aufbau sozialer Kompetenz, Verbesserung der Beziehungsfähigkeit, Erwerb von Problemlösefähigkeiten, Optimierung der Krankheitsbewältigung (Coping), Verbesserung der Fähigkeit zu Freizeitgestaltung und verbesserter Umgang mit Belastungssituationen.

#### **3.3. Rehabilitationsziele bezogen auf die Dimension Teilhabe**

Ziele bezogen auf Teilhabe sind zum Beispiel Erhalt oder Verbesserung der psychischen Unabhängigkeit, der physischen Unabhängigkeit, der Mobilität sowie der sozialen Integration/Reintegration im Bereich der Beschäftigung und der wirtschaftlichen Eigenständigkeit.

Zur Erreichung der Rehabilitationsziele sind nach Möglichkeit die Bezugspersonen („Die Rolle der Angehörigen in der medizinischen Rehabilitation: Aufgaben-Erwar-

tungen-Empfehlungen“, [www.reha-einrichtungen.de](http://www.reha-einrichtungen.de); Pfad: Infos für Reha-Einrichtungen > Infos für das Reha-Team) gegebenenfalls auch der/die Arbeitgeber/in frühzeitig einzubeziehen.

### **3.4. Rehabilitationsziele bezogen auf die Dimension Kontextfaktoren**

Art und Ausmaß der funktionalen Problematik können durch Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren) verstärkt oder vermindert werden. Bei der Bestimmung der Rehabilitationsziele und in der Gestaltung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sind diese zu berücksichtigen. Dies kann zum Beispiel durch Arbeitsplatzbegehung, Arbeitsplatzanpassung und -umsetzung, Veränderung der Arbeitsorganisation geschehen. Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Umschulung, berufliche Wiedereingliederung können eingeleitet werden. Gesundheitsbewusste Ernährung und Motivation zur Lebensstiländerung einschließlich Abbau von Risikoverhalten, Anleitung zu Stressabbau/Stressbewältigung sollen vermittelt werden. Wohnraumbesichtigungen, Planung von Veränderungen in der häuslichen Umgebung, aber auch Einleitung angemessener Freizeitaktivitäten kommen grundsätzlich in Betracht. Die Rehabilitanden/Rehabilitandinnen sind darin zu unterstützen, mit den Folgen ihrer Erkrankung beziehungsweise ihrer Behinderung zu leben (Coping), und negativ wirkende Kontextfaktoren zu vermeiden, zu beseitigen beziehungsweise deren Wirkungen zu vermindern.

## **4. Indikationsspektrum**

Für das stationäre Setting sprechen nach den Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit für den ärztlichen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Bund eine ausgeprägte psychische Störung und/oder somatische Komorbidität, die intensiver rehabilitationsklinischer (Mit-) Behandlung bedürfen.

Von entscheidender Relevanz ist die Unterscheidung von Krankenhausbehandlung gemäß SGB V und medizinischer Rehabilitation nach SGB IX.

Leistungen zur Teilhabe im Sinne einer stationären medizinischen Rehabilitation sind z.B. indiziert, wenn

- Förderung der Auseinandersetzung mit der Erkrankung und ihren Folgen,
- Auseinandersetzung und Förderung der Bewältigung aus der Erkrankung resultierender Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe,
- Rückbildung bzw. Minderung gesundheitsbedingter Beeinträchtigungen, die die Teilhabe am Erwerbsleben und die Integration in die Arbeitswelt behindern,
- Förderung der Kompetenz im Sinne der Wahrnehmung und Nutzung von Ressourcen,
- Förderung von Alltagskompetenz und sozialer Integration

erforderlich sind und es hierzu eines hochfrequenten multiprofessionellen Therapiesettings bedarf.

Weitere Informationen hierzu können den Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung: Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen, 2012, sowie den Reha-Therapiestandards der DRV entnommen werden.

Hauptindikationen nach der derzeit gültigen Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD, 10. Revision) sind:

- neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–F48),
- affektive Störungen (F30–F39) mit Ausnahme akuter Manien,
- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, darunter Essstörungen (F50–F59),
- psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Krankheiten (F 54, zum Beispiel Colitis ulcerosa F54 und K51.x), essentielle Hypertonie (F54 und I10), Migräne (F54 und G43),
- Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen in Remission (F20.x5-F29.x5),
- Beschwerdebilder, die mit psychischen Symptomen einhergehen können (Chronic Fatigue-Syndrom, umweltbezogene Körperbeschwerden, Tinnitus aurium, Fibromyalgie),
- Persönlichkeitsstörungen (F60-F69), aber auch z.B. Autismus-Spektrum-Störungen. Diese stellen für sich genommen in der Regel keine Indikation für eine Rehabilitationsbehandlung dar. Da es sich bei diesen Störungen um in Kindheit bzw. Jugend beginnende Entwicklungsstörungen handelt, die sich im Erwachsenenalter durch fest in der Persönlichkeit verankerte und therapeutisch schwer und nur über lange Behandlungszeiträume zu beeinflussende pathologische Verhaltensmuster handelt. Sie bedürfen einer langen ambulanten Behandlung mit steter Verhaltensmodifikation unter Alltagskontrolle. Jedoch führen diese Störungen/Erkrankungen oft zu konsekutiver Entwicklung einer psychischen Symptomatik wie z.B. einer Angstsymptomatik, depressiven Symptomatik bis hin zu depressiven Episoden, Anpassungsstörungen etc., die eine Rehabilitationsbedürftigkeit begründen können.

**Weitere rehabilitationsrelevante Nebenindikationen:**

- schädlicher Gebrauch von psychotropen Substanzen ohne Abhängigkeit (F10.1, F12.1),
- schädlicher Gebrauch von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen, z.B. Schmerzmittel, Laxantien (F55),
- Krankheiten des Nervensystems (Polyneuropathie, Epilepsie, Encephalomyelitis disseminata),
- Krankheiten des Verdauungssystems,
- Krankheiten des Bewegungsapparates,
- onkologische Krankheiten in Remission,
- Krankheiten des Atmungssystems,
- Herz-Kreislauf-Krankheiten,
- endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten,
- dermatologische Krankheiten,
- Verletzungsfolgen.

## **Kontraindikationen:**

- akute Suizidalität,
- floride schizophrene, schizotype oder schizophreniforme Psychosen, akute Manie,
- gravierende hirnorganische Schädigung,
- Intelligenzminderung mit gravierender Beeinträchtigung der kognitiven und emotionalen Einsichts- und Introspektionsfähigkeit,
- stoffgebundene Abhängigkeit,
- vorrangig akutmedizinischer Behandlungsbedarf,
- Pflegebedürftigkeit.

## **5. Indikationsspezifische Anforderungen an eine stationäre Rehabilitationseinrichtung für psychische und psychosomatische Störungen mit 100 Behandlungsplätzen**

### **5.1. Therapiespektrum**

Die Anforderungen an eine psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitationseinrichtung sind geprägt von dem aktuellen Erkenntnisstand der Rehabilitationsforschung und -praxis bezüglich einer qualitativ und quantitativ optimalen Therapiedichte. Hierbei ist die stetige Weiterentwicklung der konzeptionellen Inhalte, insbesondere im Hinblick auf die Integration arbeitsplatzbezogener Strategien in die medizinische Rehabilitation, zu berücksichtigen.

Therapiemaßnahmen, die über die ärztliche Behandlung hinausgehen, sind in der von der DRV erarbeiteten Klassifikation der therapeutischen Leistungen (KTL) beschrieben. Diese wird als verbindlich angesehen. Sie enthält Angaben zu Indikationsstellung, Berufsgruppen der Therapeuten, Dauer, Frequenz, Gruppenstärke und Mindestanforderungen an Raum und Geräte.

Alle erbrachten therapeutischen Leistungen sind im Entlassungsbericht nach der KTL zu verschlüsseln.

Alle für die Rehabilitationsdurchführung erforderlichen Behandlungsmodule werden in der Einrichtung durchgeführt. Es wird von einer ganztägigen, multimodalen, berufsgruppenübergreifenden Rehabilitation ausgegangen, in der durchschnittlich vier bis sechs Therapieeinheiten täglich erfolgen, summarisch ca. 22 Leistungen wöchentlich. Die wöchentliche Therapiezeit sollte 20 bis 25 Stunden betragen. Hierin sind ärztliche, psychotherapeutische und ergotherapeutische Leistungen, körperlich aktivierende Elemente, Entspannungsverfahren und auch Physiotherapie und balneologisch-physikalische Leistungen enthalten. Die therapiefreie Zeit ermöglicht Reflektion des Erlebten und bietet Gelegenheit, das Gelernte umzusetzen und die Therapieergebnisse zu erproben. Unterstützt wird dieser Prozess unter anderem durch die Kommunikation mit Rehabilitanden, im Gruppensetting ohne Therapeuten, durch Einbeziehen von Angehörigen, in der Vollversammlung aller Rehabilitandinnen/Rehabilitanden und an der Rehabilitation Mitwirkenden, und in gemeinsamen Freizeitaktivitäten.

In der Regel werden pro Rehabilitand/Rehabilitandin viermal wöchentlich Gruppenpsychotherapie einschließlich indikativer Gruppen und einmal wöchentlich eine einzelpsychotherapeutische Leistung erbracht.

Gesundheitstraining findet je nach Behandlungsschwerpunkt im Hinblick auf die somatische Komorbidität, aber auch indikationsspezifisch in Form von Schulungen, Seminaren, Vorträgen sowie integriert in psychologische und psychotherapeutisch orientierte Leistungen statt. Allgemein anerkanntes Ziel ist es, während einer Rehabilitationsmaßnahme die Kompetenz der Rehabilitanden im Umgang mit ihren Krankheiten beziehungsweise Behinderungen zu fördern und eine Korrektur im Umgang mit Risikofaktoren einzuleiten. Dazu gehören Informationen zur Entstehung und zum Verlauf von Krankheiten, zur gesunden Ernährung einschließlich praktischer Anleitung in der Lehrküche (Ernährungsmedizin in der Rehabilitation, DRV Bund, 2013), zu den Prinzipien einer angemessenen Bewegung und Freizeitgestaltung, Seminare zur Raucherentwöhnung, zur Stressbewältigung, Anleitung zum selbstständigen Üben von Entspannungsverfahren, zum Gebrauch von Blutdruckmessgeräten und zur Blutzuckerkontrolle ebenso wie die Rückenschule und Übungen in der Lehrküche. An der praktischen Umsetzung des Gesundheitstrainings sollten alle in der Rehabilitation tätigen Berufsgruppen beteiligt werden.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat allen Rehabilitationseinrichtungen hierzu das modulartig aufgebaute indikationsbezogene „Gesundheitstraining in der medizinischen Rehabilitation“ zur Verfügung gestellt, auf dessen Grundlage das jeweilige therapeutische Programm auch in der Rehabilitation psychisch und psychosomatisch Kranker an deren individuelle Bedürfnisse angepasst werden kann ([www.reha-einrichtungen.de](http://www.reha-einrichtungen.de); Pfad: Infos für Reha-Einrichtungen > Patientenschulung & Beratung).

Durch den Einsatz moderner Medien werden Attraktivität und Effektivität dieser Veranstaltungen erhöht. Zu denken ist dabei auch an Schulungen im Umgang mit elektronischen Medien, um den Rehabilitanden/Rehabilitandinnen die kritische Nutzung gesundheitsrelevanter Informationen aus dem Internet zu ermöglichen.

Evidenzbasierte Reha-Therapiestandards werden von der Deutschen Rentenversicherung unter wissenschaftlicher Begleitung entwickelt und evaluiert ([www.reha-einrichtungen.de](http://www.reha-einrichtungen.de); Pfad: Infos für Reha-Einrichtungen > Grundlagen & Anforderungen).

## **5.2. Apparative und räumliche Voraussetzungen**

### **5.2.1. Apparative Ausstattung zur Diagnostik**

#### **Basisausstattung:**

- Ruhe-EKG (Elektrokardiogramm),
- kleine Lungenfunktion,
- Belastungs-EKG,
- Abdomensonographie, ggf. in Kooperation,

- Labor (wenn extern, dann ein Notfalllabor in der Rehabilitationseinrichtung, sowie Alco-Test, Medikamenten- und Drogenscreening) gegebenenfalls extern in Kooperation mit vertraglich eingebundenem Konsiliarpartner/-partnerin,
- Langzeit-EKG,
- Langzeit-Blutdruckmessung.

#### **Zusätzliche Qualitätsmerkmale:**

- EMG/ENG (Elektromyographie, Elektroneurographie),
- EEG (Elektroenzephalogramm),
- EVP (evozierte Potentiale),
- Posturographie,
- Zusatzdiagnostik bei Spezialisierung auf medizinische Gebiete und Teilgebiete (internistisch, neurologisch, orthopädisch, dermatologisch, gynäkologisch).

Weitere Möglichkeiten externer fachärztlicher Mitversorgung einschließlich Röntgendiagnostik sind zu benennen.

#### **Notfallausstattung:**

- regelmäßig gewarteter Notfallkoffer nach Vorschrift, Sauerstoffflasche und Intubationsbesteck oder geeignetem Material zur suffizienten Beatmung bis zum Eintreffen des Notarztes,
- Defibrillator,
- Notfallraum mit Überwachungsmöglichkeit.
- Örtlichkeiten und Abläufe einer Notfallversorgung sind schriftlich darzulegen.
- Ausstattung aller Zimmer und von Rehabilitanden/Rehabilitandinnen allein genutzten Räume mit einer Notrufanlage.

#### **Ausstattung zu Psychotherapie und Psychodiagnostik:**

- Fachbücher und –zeitschriften: Eine Handbibliothek mit den wichtigsten Nachschlagewerken zu Psychosomatik, Psychiatrie, Psychodiagnostik und Psychotherapie sowie wichtigen Zeitschriften zu den in der Rehabilitationseinrichtung vertretenen Fachgebieten und Zugang zum Internet gehören zur Grundausstattung.
- Psychometrie: Testpsychologische Untersuchungen zur Querschnittsdiagnostik und zur Längsschnittdiagnostik, psychophysiologische Belastungsdiagnostik (mittels PC-gestützter Geräte zur Beurteilung der psychophysischen Belastungsfähigkeit unter simulierten Belastungsbedingungen),
- Psychologisches Testmaterial: Umfang und Inhalt der psychologischen Testbibliothek richten sich nach dem Indikationsspektrum der Rehabilitation. Zur Grundausstattung gehören Persönlichkeitsdiagnostik, Befindlichkeitskalen, Beschwerdelisten, Angst- und Depressionsskalen, Verfahren zur Messung von Konzentrationsleistungen, Krankheitsbewältigungsstilen und diverse Tests zur Erfassung der psychophysischen Symptomatik, Symptomchecklis-

ten sowie standardisierte Verfahren zur berufsbezogenen Diagnostik, gegebenenfalls auch PC-gestützt, zum Beispiel SIMBO-C, Sibar, WAI, AVEM (Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebens-Muster), IMBA, MELBA.

- Biofeedbackgeräte: Die Biofeedbackgeräte mit mehreren Modulen zur Erfassung verschiedener Biosignale. Empfehlenswert sind zum Beispiel Myofeedback, Thermofeedback und Hautwiderstand.

### **5.2.2. Örtliche und räumliche Voraussetzungen**

Eine gute Verkehrsanbindung oder ein Fahrdienst sind erforderlich. Die Rehabilitationseinrichtung soll gegebenenfalls auch für ambulante Rehabilitation im ganztägig-ambulanten Modus und für Nachsorgeleistungen geeignet sein und über ein entsprechendes Raumangebot, so auch getrennte Ruheräume für Frauen und Männer, verfügen. Die Lage soll die Vernetzung mit anderen Angebotsformen des Gesundheitssystems nicht beeinträchtigen.

Auf Barrierefreiheit (§ 19 SGB IX) ist zu achten (Anfahrt durch Krankentransport möglich, behindertengerechter Zugang, Verfügbarkeit höhenverstellbarer Betten, alle Zimmer mit Notrufanlage ausgestattet, etc.). Insbesondere sind behindertengerechte Zimmer mit behindertengerechten Nasszellen in ausreichender Anzahl vorzuhalten. Von besonderem Vorteil ist eine rollstuhlgerechte Umgebung der Klinik.

Die Mitnahme von Begleitkindern und gegebenenfalls anderer Begleitpersonen kann konzeptabhängig ermöglicht werden.

In den Rehabilitationseinrichtungen sind Rauchverbot und Alkoholverbot zu beachten.

### **5.2.3. Beispielhaftes Orientierungsraumprogramm**

Die multifunktionale Nutzung einiger Räume ist denkbar, zum Beispiel:

- Einzelzimmer (gegebenenfalls auch einzelne Doppelzimmer bei Mitnahme von Begleitpersonen) mit Nasszellen, davon auch Einzelzimmer für behinderte Menschen,
- ein Überwachungszimmer für Notfälle mit Geräten zur Reanimation und Überwachung,
- Raum für Injektionen, Infiltrationen, Labordiagnostik und Wundversorgung,
- Vortragsraum,
- Seminar- beziehungsweise Gruppenräume für Gruppentherapie und Entspannungstraining (ausreichend schallgeschützt),
- Räume für psychotherapeutische Einzelgespräche, auch als Arbeitszimmer Ärzte/Ärztinnen und Psychologen/Psychologinnen,
- Räume für therapeutisch orientierte, apparativ gestützte Methoden wie psychologische Diagnostik, Biofeedback, kognitive Trainingsverfahren (ausreichend schallgeschützt).
- Räume für Einzelkrankengymnastik,
- Räume für Gruppengymnastik, Rücken- und Gelenkschulung, Sequenztraining oder gerätegestützte Trainingstherapie,
- Räume für Masseur/in, medizinische Bäder, Elektrotherapie,



- Bewegungsbad, gegebenenfalls mit Hebe-Lift für Gehbehinderte (auch in Kooperation möglich),
- Räume für Ergotherapie/Kreativtherapie/Arbeitstherapie/Arbeitsplatzberatung,
- Räume für Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen und Rehabilitationsfachberater/innen,
- Seminarraum zur Beratung und Schulung im Rahmen des Gesundheitstrainings,
- Lehrküche,
- Büro und Einzelberatungsraum Ernährungsberatung,
- Sanitarräume im Therapiebereich einschließlich behindertengerechter Toilette,
- gegebenenfalls Ruhe- und Sanitarräume für ambulant-teilstationäre Rehabilitanden/Rehabilitandinnen (getrennt nach Geschlechtern),
- Arbeitszimmer (Ärzte/Ärztinnen, Psychologen/Psychologinnen, Therapeuten/Therapeutinnen),
- Speisesaal,
- Ausstattung mit Notrufanlage in allen Zimmern und Nasszellen sowie von Rehabilitanden/Rehabilitandinnen allein genutzten Räumen,
- Raum für Therapieplanung,
- Gemeinschaftsräume für die Freizeitgestaltung der Rehabilitanden/Rehabilitandinnen,
- Möglichkeiten für Sport und Bewegungstherapie im Freien,
- Sport- oder Gymnastikhalle.

Ausstattung und Struktur der Therapieräume müssen für die Rehabilitanden/Rehabilitandinnen das Aufsuchen einer therapeutischen beziehungsweise Arbeitssituation erkennbar machen. Zu beachten ist, dass bei Nutzung der Arbeitsräume des ärztlichen, psychologischen und sozialarbeiterischen Personals diese nicht zu klein sein dürfen sowie für die Einzeltherapie über eine Sitzgruppe, angenehme Beleuchtung und Schallschutz verfügen müssen. Datenschutzrechtliche Voraussetzungen sind zu beachten, z.B. keine Namen an Rehabilitandenzimmern anzubringen oder im Speisesaal aufzustellen.

## **6. Diagnostik**

### **6.1. Anforderungen an das diagnostische Vorgehen**

Ein wesentliches Merkmal und Voraussetzung für eine integrierte medizinische Rehabilitation ist die Zusammenschau aller diagnostischen Ergebnisse der beteiligten Berufsgruppen. Sie muss daher in Form regelmäßiger Teambesprechungen institutionalisiert sein und liegt in der Verantwortung des/der zuständigen Stationsarztes/-ärztin unter Supervision des/der zuständigen Oberarztes/-ärztin. Diese Zusammenschau ermöglicht eine kontinuierliche Überprüfung und gegebenenfalls auch Korrektur der Rehabilitationsziele und des Rehabilitationsplanes insbesondere

auch im Hinblick auf sozialmedizinische Problemstellungen. Sie ist eine Voraussetzung für die sozialmedizinische Beurteilung. In diesen Prozess ist der/die Rehabilitand/Rehabilitandin einzubeziehen. Die Bedeutung der diagnostischen Erkenntnisse der verschiedenen Berufsgruppen für Therapieplanung und -gestaltung und für die sozialmedizinische Würdigung muss aus der Dokumentation im ärztlichen Entlassungsbericht zu erkennen sein.

Die Diagnostik und Analyse der berufs- beziehungsweise arbeitsplatzbezogenen Probleme ist ein besonderer Schwerpunkt der Rehabilitation der Rentenversicherung und kann nur in der Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen. Rehabilitationsfachberater/innen der Leistungsträger sind einzubeziehen.

### **6.1.1. Körperfunktionen und -strukturen (einschließlich psychischer Befunde)**

In Anlehnung an die Klassifikationssysteme (insbesondere die ICF) sind spezifische rehabilitationsdiagnostische Befunde zu erheben, wobei Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen (einschließlich psychischer Funktionen) unter anderem in folgenden Bereichen zu berücksichtigen sind:

- Dimensionen der Persönlichkeit (zum Beispiel mangelnde psychische Stabilität, gestörtes Vertrauen),
- Emotionale Funktionen (zum Beispiel Störung der affektiven Kontrolle, depressive Verstimmung),
- Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs (zum Beispiel mangelnder Antrieb),
- Funktionen der Selbstwahrnehmung (zum Beispiel Störung des Körperbildes, mangelnde Selbstakzeptanz),
- Höhere kognitive Leistungen (zum Beispiel Störungen des Einsichtsvermögens; Störung des Zeitmanagements),
- Denkfunktionen (zum Beispiel Zwangsgedanken und Aufmerksamkeitsfunktionen, Konzentrationsstörungen),
- Körperfunktionen (zum Beispiel als somatisches Syndrom),
- Schlaffunktionen (zum Beispiel gestörter Schlafrhythmus),
- Psychomotorische Funktionen.

### **6.1.2. Aktivitäten**

Infolge von Störungen (einschließlich psychischer Funktionen) in den oben genannten Bereichen können Beeinträchtigungen der Aktivitäten auftreten. Diese betreffen insbesondere folgende Bereiche:

- alltägliches Verhalten (zum Beispiel Familie, Beruf, Freizeit),
- psychische Belastbarkeit (zum Beispiel Schwierigkeiten im Umgang mit Anforderungen des Alltags),
- interpersonelle Beziehungen und Interaktionen (zum Beispiel Störungen bei der Aufnahme und Aufrechterhaltung von Beziehungen),
- Problemlösefähigkeit und Entscheidungsfindung,
- Umstellung (zum Beispiel auf neue Berufssituation) und Anpassungsfähigkeit,

- Krankheitsbewältigung.

### **6.1.3. Teilhabe**

Infolge von Störungen (einschließlich psychischer Funktionen) in den oben genannten Bereichen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten können Beeinträchtigungen der Teilhabe insbesondere auftreten bezüglich:

- der physischen Unabhängigkeit,
- der psychischen Unabhängigkeit,
- der sozialen Integration/Reintegration,
- der wirtschaftlichen Eigenständigkeit.

### **6.1.4. Kontextfaktoren**

Die zuvor beschriebenen Ebenen sind nicht unabhängig voneinander, sondern stehen entsprechend dem bio-psycho-sozialen Modell der Komponenten von Gesundheit in einer komplexen Wechselbeziehung. Art und Ausmaß der aus Störungen (einschließlich psychischer Funktionen) resultierenden Beeinträchtigungen der Teilhabe hängen vom individuellen Bewältigungsprozess einschließlich der Nutzung eigener Ressourcen ab. Dieser Bewältigungsprozess wiederum wird durch unterschiedlich wirkende Kontextfaktoren beeinflusst.

Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie umfassen alle Umweltfaktoren und personbezogenen 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).

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

Als relevante Kontextfaktoren bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen sind unter anderem zu nennen:

- persönliche Unterstützung und tragfähige Beziehungen (zum Beispiel Familienmitglieder, Freunde/Freundinnen, Bekannte, Kollegen/Kolleginnen, Hilfs- und Pflegepersonen, professionelle Helfer/innen, Selbsthilfegruppen, Tiere),
- individuelle Arbeitssituation,
- Zugang und Nutzung sozialer Einrichtungen, soziale Absicherung,
- soziokulturelle Strukturen (zum Beispiel Familie, Verwandtschaft, Gemeinschaften),
- natürliche Umwelt (zum Beispiel Demographie, Klima, Licht, Lärm, Luftqualität),
- persönliche Umwelt (zum Beispiel Gestaltung der Wohnung),
- Einstellungen und Wertesysteme (zum Beispiel Religiosität).

## 6.2. Medizinische Diagnostik

Vor Bewilligung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation muss die Indikation dazu durch entsprechende Diagnostik festgestellt sein. Die krankheitsbezogene Diagnostik/Differenzialdiagnostik der Grundkrankheit einschließlich vorliegender Begleiterkrankungen sollte vor der Rehabilitation abgeschlossen sein.

## 6.3. Psychodiagnostik

Die Psychodiagnostik soll – wie die organmedizinische Diagnostik – dazu beitragen, bei Rehabilitanden/Rehabilitandinnen auf der Basis zumindest teilweise objektivierter Befunde die Rehabilitationsziele zu definieren, den Rehabilitationsplan zu erstellen und die sozialmedizinische Beurteilung in der psychosozialen Dimension abzusichern. Hierzu stehen unterschiedliche Verfahren zur Verfügung, die von den beiden psychotherapeutisch tätigen Berufsgruppen (Ärzte/Ärztinnen, approbierte psychologische Psychotherapeuten/-therapeutinnen) genutzt werden. Die Psychodiagnostik soll helfen, psychische beziehungsweise psychopathologische Befunde zu quantifizieren und damit einer vergleichenden Dokumentation zugänglich zu machen. Dabei soll sie sich auf die rehabilitationsrelevanten Symptome und Dimensionen der Persönlichkeit, des Erlebens und Verhaltens beschränken, die Anlass der Rehabilitationsmaßnahme sind oder in einem unmittelbaren Zusammenhang dazu gesehen werden. Die Versicherten dürfen nur in Abstimmung mit der Rentenversicherung in wissenschaftliche Studien einbezogen werden ([www.deutsche-renten-versicherung.de](http://www.deutsche-renten-versicherung.de); Pfad: Sozialmedizin & Forschung / Reha-Wissenschaften / Forschungsförderung / Einbezug von Versicherten). Hierbei müssen im Interesse der Rehabilitanden/Rehabilitandinnen ein möglichst reibungsloser Ablauf der Rehabilitation und das angestrebte Rehabilitationsziel im Vordergrund stehen. Erhebungen zu wissenschaftlichen Zwecken dürfen nicht belastend sein. Die Ergebnisse und Relevanz für die Rehabilitationsplanung müssen im Entlassungsbericht nachvollziehbar dokumentiert werden.

Psychodiagnostische Instrumente und Techniken sind neben den bereits genannten psychometrischen Verfahren:

- die tiefenpsychologische Exploration: Erhebung einer biographischen Anamnese unter neurosenpsychologischen beziehungsweise psychodynamischen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung,
- operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD),
- die Verhaltens- und Bedingungsanalyse: Erhebung der störungsspezifischen Anamnese unter lerntheoretischen Gesichtspunkten,
- die Verhaltensbeobachtung im Rahmen der Verhaltenstherapie,
- die Verlaufsbeobachtung,
- die Nutzung der Gegenübertragung als Diagnostikum: Die Gesamtheit aller emotionalen Wahrnehmungen der Therapeuten/Therapeutinnen und des therapeutischen Teams bezogen auf Rehabilitanden/Rehabilitandinnen. Bei qualifizierter Supervision lässt sich die Gegenübertragung als diagnostisches Instrument einsetzen.

## **7. Personelle Anforderungen**

### **7.1. Qualitative Anforderungen an das Rehabilitationsteam**

Berufsgruppen, Anzahl und spezifische Qualifikation der einzel- und gruppentherapeutisch Tätigen lassen sich aus der KTL 2015 orientierend ableiten. So sind vorgegebene Therapiegruppengrößen nach KTL in der psychoanalytisch orientierten Gruppentherapie 8 bis maximal 12 Rehabilitanden/Rehabilitandinnen, ebenso in der Verhaltenstherapie. Die durch Mindestanforderungen spezifizierten Leistungseinheiten sind zu beziehen zum Beispiel auf Psychotherapierichtlinien und -vereinbarungen des gemeinsamen Bundesausschusses, die Standards maßgeblicher Fachgesellschaften, Leitlinien und das Psychotherapeutengesetz über die Berufsausübung psychologischer Psychotherapeuten.

Als Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen qualifiziert sind ausschließlich approbierte Ärzte/Ärztinnen mit psychotherapeutischer Weiterbildung sowie Master und Diplom-Psychologen/Psychologinnen mit Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten. Ärzte/Ärztinnen mit begonnener psychotherapeutischer Weiterbildung können unter fachärztlicher Supervision therapeutisch tätig werden. Master und Diplom-Psychologen und -Psychologinnen in psychotherapeutischer Ausbildung können unter der Voraussetzung der fortgeschrittenen Ausbildung (mindestens erfolgreich absolvierte Zwischenprüfung) und unter engmaschiger Supervision eines Facharztes/Fachärztin oder eines/einer approbierten psychologischen Psychotherapeuten/Psychotherapeutin therapeutisch eingesetzt werden, wobei das Verhältnis approbierter psychologischer Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen zu Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen in Ausbildung maximal 1:1 betragen soll.

Als geeignete Aus- beziehungsweise Weiterbildung auf dem Gebiet der Psychotherapie kommen grundsätzlich in Betracht:

- für Ärzte/Ärztinnen die Facharztanerkennung Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder der Erwerb einer von der Ärztekammer anerkannten psychotherapeutischen Weiterbildung, die mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie abgeschlossen wird, oder der Erwerb der Facharztqualifikation für Psychiatrie und Psychotherapie beziehungsweise Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.
- für Diplom-Psychologen/-Psychologinnen bzw. Master Psychologen/Psychologinnen die abgeschlossene Weiterbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten/Psychotherapeutin nach dem Psychotherapeutengesetz.

### **7.2. Ärzte/Ärztinnen**

#### **7.2.1. Klinische Aufgaben**

**Der leitende Arzt/die Leitende Ärztin** der Einrichtung oder der Fachabteilung trägt die Verantwortung für die gesamte Rehabilitation. Er/sie soll entweder Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse, für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychiatrie mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse, für psychosomatische

Medizin und Psychotherapie sein. Leitungs- und Rehabilitationserfahrung werden vorausgesetzt. Die Zusatzbezeichnungen Sozialmedizin und gegebenenfalls Rehabilitationswesen sind grundsätzliche Voraussetzungen. Bei Fehlen der formalen Qualifikation muss die inhaltliche sozialmedizinische Kompetenz deutlich werden und die formale Qualifikation schnellstmöglich (innerhalb von zwei Jahren) erworben werden.

Der Leitende Arzt/die Leitende Ärztin (auf Leitungsebene soll zumindest eine Facharztqualifikation Psychiatrie vorgehalten werden) erstellt das Einrichtungskonzept, überarbeitet es regelmäßig und aktualisiert es entsprechend neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und Vorgaben der Leistungsträger. Ferner gehört zum Aufgabenbereich die Erstellung von Therapiekonzepten einschließlich der Vorgaben für das Gesundheitstraining.

Die ärztliche Leitung koordiniert und verantwortet Diagnostik, Therapieplanung und Therapiegestaltung, die Fort-, Aus- und Weiterbildung in fachlicher, sozialmedizinischer und rehabilitationsmedizinischer Hinsicht, und steht für die Kompetenz und interdisziplinäre Zusammenarbeit des multiprofessionellen therapeutischen Teams.

Hierzu gehören unter anderem Durchführen regelmäßiger Konferenzen der Leitung der Einrichtung, die Überwachung des Pflegekonzeptes, der direkte Einbezug in die Rehabilitandenversorgung durch regelmäßige Visiten, Durchführen spezieller diagnostischer und therapeutischer Verfahren (zum Beispiel indikative Gruppen, Einzelpsychotherapie), Leitung von Fallbesprechungen und -vorstellungen. In der Leitungsverantwortung liegt die ärztliche Dokumentation der Befunde, der sozialmedizinischen Daten und des Behandlungsverlaufs. Hierbei sollten standardisierte und evaluierte Instrumente der Basisdokumentation Anwendung finden. Ferner obliegen der Leitungsverantwortung die Inhalte, das Zeichnen und die zeitgerechte Erstellung und Versendung der ärztlichen Entlassungsberichte.

Weiterhin gehören zum Aufgabenbereich der ärztlichen Leitung die Organisation von und Teilnahme an internen und externen Qualitätssicherungsmaßnahmen, die Durchführung von Evaluation und gegebenenfalls wissenschaftlicher Begleitung.

Ein ärztlicher Bereitschaftsdienst ist zu sichern, Rufbereitschaft eines Facharztes/einer Fachärztin (siehe oben) ist Voraussetzung.

Wöchentlich ist für alle Rehabilitanden/Rehabilitandinnen zumindest eine Facharztvisite durchzuführen, in der die ärztliche Untersuchung, Diagnosestellung, sozialmedizinische Beurteilung und der Therapieverlauf überwacht und der psychotherapeutische Prozess berücksichtigt werden. Ein neu aufgenommener Rehabilitand/Rehabilitandin muss nach der regulären medizinischen Aufnahmeuntersuchung innerhalb von drei Tagen auch fachärztlich untersucht werden.

Für Rehabilitanden/Rehabilitandinnen und deren Angehörige werden Veranstaltungen zu Rehabilitationsplänen und -zielen, Krankheitsentstehung, Krankheitsbewältigung und gesundheitsbildenden Maßnahmen angeboten. Dabei sollen Konzeption und Durchführung des Gesundheitstrainings interdisziplinär gestaltet sein. Um den Rehabilitanden/Rehabilitandinnen die Bedeutung des Gesundheitstrainings aufzuzeigen, ist die aktive Mitwirkung des/der Leitenden Arztes/Ärztin und der Oberärzte/Oberärztinnen an der praktischen Durchführung erforderlich.

Die ärztliche Leitung ist in die Öffentlichkeitsarbeit eingebunden und pflegt regelmäßige Kontakte mit zuweisenden Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten/Ärztinnen, den Leistungsträgern, wissenschaftlichen Institutionen und Universitäten sowie Selbsthilfegruppen und Krankenkassen.

**Oberärzte/Oberärztinnen** sind in die Organisation der verschiedenen Abteilungen der Rehabilitationseinrichtung einbezogen. Sie führen die speziellen diagnostischen Verfahren und die sozialmedizinischen Beurteilungen durch, leiten die Stationsärzte/-ärztinnen an, führen Teambesprechungen durch, gestalten das Gesundheitstraining konzeptionell und supervidierend und koordinieren inhaltlich und zeitlich die Fertigung der ärztlichen Entlassungsberichte.

Bei 100 Behandlungsplätze sind vorgesehenen zwei Oberärzte/Oberärztinnen, davon soll eine/r „Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“ oder „Fachärztin/Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ oder „Facharzt/Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin“ sein und die Vertretung des Chefarztes/der Chefarztin übernehmen. Der/die zweite Oberarzt/-ärztin soll wegen der oft vorliegenden Multimorbidität Internist/Internistin oder internistisch erfahrener Allgemeinmediziner/Allgemeinmedizinerin mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ sein.

Die Zusatzbezeichnung Sozialmedizin wird grundsätzlich gefordert. Liegt sie nicht vor, sind inhaltlich äquivalente Qualifikationen, zum Beispiel Rehabilitationswesen zu akzeptieren. Die Zusatzbezeichnung Sozialmedizin sollte in angemessener Zeit erworben werden.

Auf Leitungsebene sollte zumindest eine Facharztqualifikation Psychiatrie vorgehalten werden.

**Stationsärztinnen/-ärzte** sind die ständigen ärztlichen Ansprechpartner/innen für die Rehabilitanden/Rehabilitandinnen ihrer Station und für diese von der Aufnahme bis zur Entlassungsuntersuchung verantwortlich. Sie legen auf der Grundlage aller diagnostischen Erkenntnisse der verschiedenen Fachbereiche und in Absprache mit den Rehabilitanden/Rehabilitandinnen die Rehabilitationsziele fest, erstellen auf der Grundlage des dokumentierten Rehabilitationskonzeptes der Einrichtung gemeinsam mit den Rehabilitanden/Rehabilitandinnen den individuellen Rehabilitationsplan und sind zuständig für dessen Durchführung. Dies betrifft auch die adäquate Pharmakotherapie, die in einer Rehabilitationseinrichtung gegeben sein muss. Sie muss dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse entsprechen.

Bei den Stationsärzten/-ärztinnen fließen kontinuierlich die Erkenntnisse aller an der Rehabilitation beteiligten Berufsgruppen über eine/n Rehabilitandin/Rehabilitanden zusammen, die sie in geeigneter Form verantwortlich in den Behandlungsplan einbringen. Über diesen Prozess wird der Behandlungsplan ständig angepasst. Diese Anpassungen sind mit den Rehabilitanden/Rehabilitandinnen abzusprechen.

Zu ihren Aufgaben gehört es auch, in Kooperation mit den anderen am therapeutischen Prozess beteiligten Berufsgruppen Indikationen zur weitergehenden ambulanten Psychotherapie beziehungsweise Nachsorge zu stellen und gegebenenfalls

entsprechende Kontakte vorzubereiten. Dazu sind in Absprache mit den Rehabilitanden/Rehabilitandinnen gegebenenfalls Kontakte mit Hausärzten/-ärztinnen, Fachärztinnen und Fachärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Betriebs-, Werks- und Personalärzten/-ärztinnen aufzunehmen.

Die Stationsärzte/-ärztinnen haben wöchentlich eine Stationsvisite durchzuführen und regelmäßig „offene“ Sprechstunden anzubieten.

Rehabilitative, psychiatrische und/oder psychosomatische Berufserfahrung ist wünschenswert. Bei psychotherapeutischer Ausbildung sind sie – je nach Ausbildungsstand – als Co-Therapeuten/-Therapeutinnen oder Gruppen- und Einzeltherapeuten/-therapeutinnen tätig (siehe oben).

### **7.2.2. Ärzte/Ärztinnen als Einzel- und Gruppentherapeuten/innen**

Ärztinnen/Ärzte übernehmen als Einzel- und Gruppentherapeuten/-therapeutinnen einen bedeutsamen Teil der psychosomatischen Rehabilitation. Voraussetzung hierfür sind die begonnene Weiterbildung zum/zur Arzt/Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, zum/zur Arzt/Ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder der Erwerb der Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse. Die Gewichtung und der Umfang der ärztlichen psychotherapeutischen Betreuung sind vom Klinikkonzept abhängig.

Als anerkannte psychotherapeutische Verfahren gemäß Richtlinienvorgaben des SGB V und des Psychotherapeutengesetzes (1999 einschließlich späterer Ergänzungen) gelten derzeit die analytische, tiefenpsychologische beziehungsweise konfliktbearbeitende Psychotherapie, die Verhaltenstherapie sowie Gesprächspsychotherapie. Nur diese werden in der Regel schwerpunktmäßig in den Einrichtungen durchgeführt. Sie bilden gleichzeitig den Rahmen für integrative psychotherapeutische Ansätze, die zunehmend umgesetzt werden.

### **7.3. Diplom-/ Master Psychologen/Psychologinnen**

Diplom- und Master Psychologen/-Psychologinnen übernehmen einen für die Rehabilitation bedeutsamen Teil des rehabilitativen Prozesses. Sie bewirken durch psychologische Interventionen einen Wandel in der Wahrnehmung und Interpretation von Erlebnissen, im Denken, Fühlen und Verhalten, wenn bewusste oder unbewusste Prozesse in diesem Bereich zu stark beeinträchtigenden Störungen geführt haben.

Zur rehabilitativen Psychologie gehören unter anderem die Bereiche:

- psychologische Diagnostik und Dokumentation,
- psychologische Beratung/Intervention,
- Psychoedukation (Gesundheitstraining).

Die von den Psychologen/Psychologinnen erstellte Diagnostik soll unter anderem Aussagen zur psychischen Befindlichkeit, zur Motivation, Ausdauer und Belastbarkeit des/der Rehabilitanden/Rehabilitandin enthalten, die in die sozialmedizinische Beurteilung einfließen. Psychologen/Psychologinnen führen testpsychologische Verfahren nach dem aktuellen Erkenntnisstand der Wissenschaft durch. Diese sind in der Einrichtung vorzuhalten, anzuwenden und die Ergebnisse dem rehabilitativen Prozess zur Verfügung zu stellen.



Zu den psychologischen Interventionen gehören zum Beispiel Motivationsförderung, Training von Bewältigungsstrategien (Stressbewältigung und anderes mehr) und Verhaltensänderung (unter anderem Raucherentwöhnungstraining), Planung von Alltagstransfer.

### **7.3.1. Diplom-/ Master Psychologen/Psychologinnen in Einzel- und Gruppenpsychotherapie**

Diplom- bzw. Master Psychologinnen/Psychologen übernehmen als Einzel- und Gruppentherapeuten/-therapeutinnen einen bedeutsamen Teil der psychosomatischen Rehabilitation. Voraussetzung hierfür ist grundsätzlich die Approbation als Psychologischer Psychotherapeut/Psychologische Psychotherapeutin (zum möglichen Einsatz von Psychologen in fortgeschrittener Ausbildung siehe oben). Die Gewichtung und der Umfang der psychologisch-psychotherapeutischen Betreuung sind vom Einrichtungskonzept abhängig.

### **7.3.2. Psychologisch-technische Assistentinnen und Assistenten und Bachelor-Psychologen/Psychologinnen**

Psychologisch-technische Assistentinnen und Assistenten können – abhängig von ihrer Qualifikation – unter Anleitung von Diplom- und Master Psychologinnen/Psychologen sowie Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten psychometrische Testverfahren, die progressive Muskelrelaxation oder Biofeedbackverfahren durchführen. Darüber hinaus beteiligen sie sich an der Therapieplanung und der Dokumentation.

### **7.4. Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagogen/Sozialpädagoginnen (Diplom, Master, Bachelor)**

Soziale Problemkonstellationen bilden oft ein wesentliches Thema in der Rehabilitation bei psychischen Störungen. In den psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen übernehmen die genannten Berufsgruppen daher einen für die Rehabilitation bedeutsamen Teil im rehabilitativen Prozess beziehungsweise im Rehabilitationsteam. Sie sind hierbei sowohl mit den typischen Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit als auch teilweise mit der Durchführung berufsbezogener Therapiemodule betraut. Rehabilitationsbezogene Berufserfahrung wird erwartet.

Sie leisten Beratung und Hilfestellung bei sozialen und sozialrechtlichen Problemen mit dem Ziel der möglichst kurzfristigen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben und das soziale Umfeld. So vermitteln und begleiten sie nach Indikationsstellung durch die Ärzte/Ärztinnen der Rehabilitationseinrichtung externe Vorfeldmaßnahmen, um gegebenenfalls den möglichst nahtlosen Übergang in eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben nach einer vorangegangenen medizinischen Rehabilitation zu ermöglichen. Um die Entscheidung über gegebenenfalls erforderliche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vorzubereiten und das sozialmedizinische Votum abzusichern, sollten die Vorfeldmaßnahmen bereits im Rahmen der medizinischen Rehabilitation oder spätestens im unmittelbaren Anschluss daran durchgeführt werden. Eine Kooperation ist möglich mit Betrieben der Umgebung, Berufsförderungswerken, Bildungszentren, Phase II-Einrichtungen (medizinisch-berufliche

Rehabilitation), RPK (Rehabilitation Psychisch Kranker)-Einrichtungen und anderen Institutionen. Ferner fördern sie die Eingliederung des/der Versicherten in den Arbeitsprozess, zum Beispiel durch die Beschaffung einer Praktikantenstelle oder durch Hilfestellung bei der Vermittlung eines Arbeitsplatzes.

Nach sozialmedizinischer Indikationsstellung durch die Ärzte/Ärztinnen und in Zusammenarbeit mit den Rehabilitationsberatern/-beraterinnen der Leistungsträger üben sie eine Beratungs- und gegebenenfalls Vermittlungsfunktion für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (wie zum Beispiel Hilfen zur beruflichen Reintegration) aus, um eine zeitnahe Durchführung für Rehabilitanden zu ermöglichen, denen eine krankheitsbedingte Minderung der Leistungsfähigkeit am alten Arbeitsplatz oder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt droht.

Ferner erfolgt sozialarbeiterische Unterstützung bei der Wiedereingliederung in das soziale Umfeld (zum Beispiel Vermittlung professioneller Schuldnerberatung, Wohnungssuche und so weiter).

Hierfür sind regelmäßige Sprechstunden vorzuhalten.

Ihnen obliegt gegebenenfalls die soziale Gruppenarbeit psychoedukativen Charakters mit Themenschwerpunkten wie Arbeitslosigkeit, berufliche Orientierung und anderes mehr.

## **7.5. Bewegungs- und Sporttherapie, gerätegestützte Trainingstherapie**

Sie erfolgt durch Physiotherapeuten/-therapeutinnen, Diplom-/Bachelor-Sportlehrer/-Sportlehrerinnen, Gymnastiklehrer/Gymnastiklehrerinnen, entsprechend fortgebildete medizinische Bademeister/innen/Masseure/innen. Sie beinhaltet die rehabilitative Behandlung von begleitend aufgetretenen Erkrankungen des Bewegungsapparates. Ferner dient sie der Stabilisierung beziehungsweise Wiedererlangung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Dieses erfolgt unter anderem als Terraintraining, Frühsport in der Gruppe, Ergometer- und Sequenztraining, im Bewegungsbad, im Rahmen der Rückenschule und der Angebote der Rekreationstherapie. Sie unterstützen den psychotherapeutischen Prozess durch Stärkung sozialer Kompetenz und Erlangung eines positiven Körpergefühls.

### **7.5.1. Physiotherapeuten/innen**

Die Physiotherapeuten/-therapeutinnen müssen in der Lage sein, eigenständige Befunde zu erheben und die individuelle Belastbarkeit der Rehabilitanden/Rehabilitandinnen zu berücksichtigen. Durch spezielle Techniken werden leistungsgeminderte Funktionen wieder aufgebaut oder stabilisiert. Diese umfassen zum Beispiel Rückenschule, Manuelle Therapie, PNF (propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation), Schlingentischtechnik. Einzelkrankengymnastik ist bei entsprechender Komorbidität beziehungsweise Funktionseinschränkung erforderlich. Im Vordergrund stehen Gruppenbehandlung, Bewegungstraining und die Motivierung zum eigenständigen Üben. Diese trainierenden Maßnahmen sollen in individuell größtmöglichem Umfang durchgeführt werden.

### **7.5.2. Sport- und Gymnastiklehrer/innen (mind. mit Bachelor Abschluss)**

Sie führen mit pädagogischer Kompetenz Sport- und Bewegungstherapie durch. Ziel ist hierbei vorrangig die Steigerung von Ausdauer, Koordination, Flexibilität und Kraft zur Erhaltung beziehungsweise zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit.

### **7.6. Ergotherapie, Arbeitstherapie**

Ergotherapeutische Strategien, einschließlich der Berücksichtigung neuropsychologischer Aspekte, und die jeweilige Entwicklung eines individualspezifischen medizinisch-beruflichen Behandlungsansatzes sind zentrale Elemente der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. Dies ist auch die Grundlage der Vereinbarung bezüglich der Stellen für Ergotherapeuten.

Sie decken die Bandbreite zwischen Ergotherapie und beruflichen und reintegrationsbezogenen Rehabilitationsanteilen ab. Rehabilitationsspezifische Berufserfahrung wird erwartet.

Stets ist dabei die inhaltliche Verknüpfung mit den sonstigen medizinisch-psychotherapeutischen Behandlungsangeboten erforderlich, denn der Stellenwert der arbeitsbezogenen medizinischen Rehabilitationsanteile innerhalb der Therapie ist gleichrangig, die Teilnahme verbindlich. Inhalte, individuelle Schwierigkeiten bei der Umsetzung und Ergebnisse der tätigkeitsorientierten Ergotherapie müssen in die Gesamtrehabilitation einfließen und vom therapeutischen Team berücksichtigt werden. Es ist auf die Bedeutung arbeitsbezogener Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer psychischen Störung zu achten. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit ergotherapeutischer Angebote zur Übung berufs- und alltagsrelevanter Praktiken.

Meist in Gruppen erfolgen insgesamt zwei- bis fünfmal wöchentlich gemäß KTL-Vorgaben zum Beispiel:

- Funktionstraining in der Kleingruppe,
- Gartentherapie,
- Freies Werken,
- Projektgruppe,
- Verhaltensbeobachtung zur arbeitsbezogenen Leistungsbeurteilung,
- Produktorientiertes Arbeiten,
- Training zur Selbsthilfe,
- PC- und Bewerbungstraining,
- Arbeitsmöglichkeiten mit verschiedenen Werkstoffen zur Verbesserung der Koordination und Feinmotorik,
- Hirnleistungstraining.

Ferner erfolgen als Einzelanwendungen oder in Einzelbetreuung:

- berufsorientierte Belastungserprobung,
- Arbeitsplatztraining,
- Verhaltensbeobachtung zur Leistungsbeurteilung,
- Haushaltstraining,

- motorisch-funktionelle Übungen,
- Hirnleistungstraining,
- Hausbesuch und/oder Arbeitsplatzbesuch.

### **7.6.1. Künstlerische Therapien**

Bei den künstlerischen Therapeuten/Therapeutinnen handelt es sich um eine heterogene Gruppe von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen mit unterschiedlichen Aufgaben und unterschiedlich zu bewertenden Qualifikationen. So werden in einem Teil der psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen neben den Ergo- beziehungsweise Arbeitstherapeuten/-therapeutinnen Kunst-, Musik- und Tanztherapeuten/-therapeutinnen eingesetzt.

Aufgrund konzeptioneller Vorstellungen sind die künstlerischen Therapien in vielen Einrichtungen der Psychosomatik Bestandteil der Rehabilitation. Hierbei ist zu fordern, dass der differentielle Einsatz dieser Therapieformen entsprechend im Konzept dargelegt wird. In diesem Fall sind sie anteilig im Stellenplan im Rahmen der Ergotherapie zu berücksichtigen.

Diese sogenannten adjuvanten Therapieformen sind nicht als eigenständige Therapiemodule einzusetzen, sondern sind stets unter der Verantwortung und Supervision eines/einer ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten/-therapeutin und als ergänzende rehabilitative Leistung durchzuführen. Die Vereinbarungen zur Psychotherapie im engeren Sinne müssen hierbei eingehalten werden (Psychotherapeutengesetz 1999). Wie Kenntnisse und Ergebnisse dieser adjuvanten Therapieangebote in dem gesamten Rehabilitationsprozess berücksichtigt werden, welche adjuvanten Therapieformen eingesetzt werden sollen, und über welche Qualifikationen die betreffenden Mitarbeiter/innen verfügen, ist konzeptionell darzustellen und darf nicht zu Lasten der erforderlichen ergotherapeutischen Ressourcen beziehungsweise Leistungen erfolgen.

### **7.7. Gesundheits- und Krankenpflege**

Die Aufgaben der Pflegekräfte in Rehabilitationseinrichtungen unterscheiden sich qualitativ und quantitativ von denen in der Akutmedizin. In der psychosomatischen Rehabilitation kommt ihnen eine besondere Funktion bei der Gestaltung des rehabilitativen Milieus zu. Besondere Kenntnisse im Umgang mit psychisch Kranken werden erwartet und sollen durch die Kliniken gefördert werden z.B. durch Weiterbildung psychosomatische Grundversorgung oder Fachpflege Psychiatrie. Besondere pflegerische Leistungen werden zur Unterstützung der Ziele der psychotherapeutischen Behandlung und von Belastungserprobungen geleistet. Psychotherapeutische Tätigkeiten im engeren Sinn gehören nicht zum Aufgabenspektrum des Pflegepersonals. Examierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte sollen mindestens zwei Drittel des Pflegepersonals stellen. Sie können bei angemessener Fortbildung im Therapiekonzept der Einrichtung, außerhalb der Psychotherapie selbstständig die Leitung von Gruppen zur Stations- und zur Alltagsstrukturierung übernehmen und supportive pflegerische Gespräche führen.

Die Pflege, Pflegeplanung und Dokumentation, auch die Mitwirkung am Gesundheitstraining, gehören zu den Aufgaben dieser Berufsgruppe. Insbesondere bei der

Behandlung der Begleit- und Folgeerkrankungen haben die Gesundheits- und Krankenpfleger/-pflegerinnen umfassende Aufgaben. Kardiopulmonale und gastrointestinale Notfälle sowie epileptische Anfälle müssen erkannt werden, die medizinische Versorgung eingeleitet und die entsprechende Notfallversorgung veranlasst werden. An Teambesprechungen nehmen die Gesundheits- und Krankenpfleger/-pflegerinnen regelmäßig teil.

Tägliche 24-Stunden-Anwesenheit einer examinierten Gesundheits- und Krankenpflege ist erforderlich.

Die Übernahme der genuinen Aufgaben der Gesundheits- und Krankenpflege durch medizinische Fachangestellte ist nicht möglich.

### **7.8. Ernährungsberatung**

Gastrointestinale und fehlernährungsbedingte Begleiterkrankungen sind bei psychosomatischen und psychischen Störungen häufig. Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2 und arterielle Gefäßerkrankungen sind weit verbreitete Zivilisationskrankheiten und ebenfalls durch falsche Ernährung beeinflusst. Gewichtsregulierung und Anleitung zum selbstverantwortlichen Umgang mit Stoffwechselkrankheiten oder Osteoporose, Veränderung von schädigenden Essgewohnheiten einschließlich Vermittlung von Kenntnissen über Nahrungsmittel und gegebenenfalls auch deren Zubereitung sind Teil der Therapieziele auch einer psychosomatischen Rehabilitation aus. Ferner ist die Ernährungsberatung konzeptionell und therapeutisch besonders in die Rehabilitation bei Essstörungen eingebunden. Kontinuierlich werden während der gesamten Rehabilitationsmaßnahme Fragen der gesunden Ernährung thematisiert. Diätassistenten/-assistentinnen bzw. Ökotrophologen/Ökotrophologinnen gehören daher zum Rehabilitationsteam. Sie sollen 80% ihrer Tätigkeit im Patientenkontakt ausüben. Regelmäßige Ernährungsberatung ist ebenso wie eine Lehrküche erforderlich (Ernährungsmedizin in der Rehabilitation, DRV Bund 2013).

## **8. Personalbemessung**

Das therapeutische Setting in der psychosomatischen Rehabilitation ist überwiegend von einem gruppentherapeutischen Konzept geprägt. Die Stellenplangestaltung basiert daher weitgehend auf den Vorgaben für unterschiedliche Gruppenstärken in der Psychotherapie sowie den Erfordernissen der Rehabilitation arbeitsbezogener Störungen und somatischer Begleiterkrankungen. Der Stellenplan stellt im Wesentlichen die Basis dar, auf der konzeptabhängig die Einhaltung von fachlich fundierten Anforderungen gewährleistet werden kann.

Orientierungsstellenpläne dienen als Rahmen für die Definition einrichtungsspezifischer Sollstellenpläne. Auch ganztägig ambulante Rehabilitation ist hierbei anteilig zu berücksichtigen.

Sowohl hinsichtlich der weiteren Entwicklung im Rehabilitationsbereich und als auch hinsichtlich individuell ausgestalteter Therapiekonzepte können Modifikationen erfolgen.

Spezielle Differenzierungen durch Stärkung der einen oder anderen Berufsgruppe und Verschiebung der Schwerpunkte sind denkbar und werden jeweils konzeptabhängig geprüft.

Die Mindestanforderungen für die Personalbemessung sind zu entnehmen aus: Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung, Juli 2014.

## **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.

## **Aktualisierung des Anforderungsprofils 2017:**

Dr. Med. Beatrice Müller, Dr. med. Bodo Liese, Christoph Scheideler

## **Literatur**

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei psychischen Störungen. Berlin, 2005.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Eckpunkte arbeitsbezogener Strategien bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Berlin, 2007.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung. 2009.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung. Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen. Berlin. 2012.

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.). Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung. Berlin. 2014.

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

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

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

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

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

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung, Berlin, 2018.

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

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Rahmenkonzept zur Nachsorge für die medizinische Rehabilitation nach § 15 SGB VI. Berlin, 2018.

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

Bürger, W., Deck, R.: Screening-Instrument für Beruf und Arbeit in der Rehabilitation (SIBAR). 2007.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen (Hrsg.). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. WHO Genf, 2015.

Föhres et al. Merkmalsprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit (MELBA). 2003. [www.medizinisch-berufliche-orientierung.de](http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de) (Zugriff: 12.2.2018).

Glatz & Schian. Integration von Menschen mit Behinderung in die Arbeitswelt (IMBA). 2007. [www.medizinisch-berufliche-orientierung.de](http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de) (Zugriff: 12.2.2018).

Ilmarinen, J. et al. Work Ability Index (WAI). 2006. frei verfügbar beim WAI Netzwerk unter [http://www.arbeitsfaehig.com/de/work-ability-index-\(wai\)-382.html](http://www.arbeitsfaehig.com/de/work-ability-index-(wai)-382.html) (Zugriff: Januar 2018)

Schaarschmidt, U., Fischer, A.. Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM). Frankfurt am Main: Pearson Assessment. 2008.

Streibelt, M.. Screening-Instrument zur Erkennung des Bedarfs an Medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation (SIMBO-C). 2012. frei verfügbar unter [www.medizinisch-berufliche-orientierung.de](http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de) (Zugriff: Januar 2018).

#### Internet:

Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung:

[www.reha-einrichtungen.de](http://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](http://www.reha-einrichtungen.de)

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

Rolle der Angehörigen in der medizinischen Rehabilitation:

[www.reha-einrichtungen.de](http://www.reha-einrichtungen.de)

(Pfad: Infos für Reha-Einrichtungen > Infos für das Reha-Team)

Das medizinische Konzept einer Reha-Einrichtung:

[www.reha-einrichtungen.de](http://www.reha-einrichtungen.de)

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