

Anforderungsprofil für stationäre Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit 100 Rehabilitationsplätzen

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

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| 1. VORAUSSETZUNG UND UMFANG DER LEISTUNG | 3 |
| 1.1. Versicherungsrechtliche Voraussetzungen | 4 |
| 1.2. Persönliche Voraussetzungen..... | 4 |
| 1.3. Konzeptionelle Voraussetzungen | 5 |
| 1.4. Umfang..... | 6 |
| 1.5. Dauer..... | 6 |
| 1.6. Reha-Entlassungsbericht..... | 6 |
| 2. ALLGEMEINE ANFORDERUNGEN AN REHABILITATIONSEINRICHTUNGEN | 7 |
| 2.1. Qualitätssicherung | 7 |
| 2.1.1. Externe Qualitätssicherung | 7 |
| 2.1.2. Interne Qualitätssicherung | 7 |
| 2.2. Fort- und Weiterbildung | 7 |
| 2.3. Hygiene | 8 |
| 2.4. Arzneimittelkommission | 8 |
| 2.5. EDV..... | 8 |
| 3. KONTRAINDIKATIONEN | 8 |
| 4. ALLGEMEINE ANFORDERUNGEN | 8 |
| 4.1. Diagnostik..... | 8 |
| 4.2. Therapeutische Leistungen | 9 |
| 5. PERSONELLE ANFORDERUNGEN | 10 |
| 5.1. Ärztinnen/Ärzte | 10 |
| 5.2. Diplom- und Master Psychologinnen/-Psychologen | 11 |
| 5.3. Physiotherapeutinnen/-therapeuten | 12 |
| 5.4. Diplom-/Sport- und Gymnastiklehrerinnen/-lehrer | 12 |
| 5.5. Ergotherapeutinnen/-therapeuten | 12 |
| 5.6. Fachpflegekräfte | 13 |
| 5.7. Diätassistenten/-innen bzw. Ökotrophologen/-innen | 13 |
| 5.8. Erzieher/Erzieherinnen und Sozialpädagogen/Sozialpädagoginnen | 14 |
| 5.9. Sozialarbeiterinnen/-arbeiter | 14 |
| 5.10. Lehrkräfte..... | 14 |
| 6. PERSONALBEMESSUNG | 14 |
| 7. SPEZIELLE ANFORDERUNGEN | 15 |
| 7.1. Apparative Ausstattung zur Diagnostik..... | 15 |
| 7.2. Räumliche Voraussetzungen..... | 16 |
| ANSPRECHPARTNER | 17 |
| LITERATUR | 17 |

Einleitung

Ihrem gesetzlichen Auftrag entsprechend erbringt die Deutsche Rentenversicherung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, um den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden.

Bei Kindern und Jugendlichen ist es das Ziel der medizinischen Rehabilitation, durch Wiederherstellung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit eine erfolgreiche (Re-)integration in Schule und Alltag zu erreichen und damit deren Eintritt in das Erwerbsleben überhaupt zu ermöglichen.

Grundlage hierfür sind die im §15a SGB VI, dem sogenannten Flexirentengesetz, formulierten Leistungen. Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche kommen in Betracht, wenn hierdurch voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder eine schon beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und das Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit haben kann (sog. persönliche Voraussetzungen). In den Richtlinien für Kinderheilbehandlungen werden diese Voraussetzungen konkretisiert.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes gibt es etwa 15 Millionen Kinder und Jugendliche im Alter unter 18 Jahren in Deutschland. Wie gesund bzw. wie krank diese Kinder und Jugendlichen sind, ist seit dem Vorliegen der Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys, einer Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland aus dem Jahr 2006 (kurz „KiGGS“ genannt) bekannt. Hiernach sind 15% der Kinder und Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren übergewichtig (6% von ihnen sind adipös), 17% leiden an allergischen Erkrankungen und 17% der 11 bis 17jährigen sind psychisch auffällig. Deutlich mehr als die Hälfte aller Befragten ernähren sich ungesund.

Allein diese Zahlen machen deutlich, wie hoch der Prozentsatz derer ist, deren Erwerbsfähigkeit einmal gefährdet sein könnte.

1. Voraussetzung und Umfang der Leistung

Rehabilitationen für Kinder und Jugendliche können sowohl stationär als auch ambulant erbracht werden. Darüber hinaus können auch Nachsorgeleistungen verordnet werden, allerdings sind die dafür notwendigen Strukturen noch im Aufbau. Das betrifft ebenfalls die Möglichkeit ambulanter Rehabilitationen. Im Folgenden wird deshalb nur auf die stationären Rehabilitationen eingegangen.

Rehabilitationsziel

Kinderrehabilitationen werden für Kinder und Jugendliche erbracht, um hierdurch voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit zu beseitigen oder die insbesondere durch chronische Erkrankungen beeinträchtigte Gesundheit wesentlich zu bessern oder wiederherzustellen und unter Berücksichtigung der altersentsprechenden Entwicklung von Kindern und Jugendlichen die spätere Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die Aussicht besteht, gesundheitliche Einschränkungen, die eine Teilhabe an Schule und Ausbildung mit dem Ziel der Erreichung des allgemeinen

Arbeitsmarkts erschweren, durch medizinische Rehabilitationsleistungen zu beseitigen oder weitgehend zu kompensieren.

Eine Besonderheit ist, dass es sich nicht ausschließlich um Kinder und Jugendliche handelt, die im Rahmen des § 15a SGB VI rehabilitiert werden. Es betrifft auch Jugendliche und junge Erwachsene, die über ihre Angehörigen versichert sind, die Rehabilitanden können also bis 27 Jahre alt sein.

1.1. Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Voraussetzung für die Bewilligung einer Rehabilitationsleistung ist immer eine Antragstellung durch die/den Versicherte/n. Diese erfolgt unter anderem auch auf Empfehlung der betreuenden Kinder- oder Hausärzte/-ärztinnen.

Sind die persönlichen (s. unten) und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, können die Angehörigen der/des Versicherten Rehabilitationsleistungen in Anspruch nehmen. Diese Voraussetzungen sind erfüllt, wenn

- in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung 6 Kalendermonate Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit gezahlt wurden oder
- der/die Versicherte innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt hat oder nach einer solchen Beschäftigung arbeitsunfähig oder arbeitslos war oder
- der/die Versicherte eine Rente wegen Alters oder wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bezieht oder
- das Kind Waisenrente bezieht.

1.2. Persönliche Voraussetzungen

Zur Klärung der Notwendigkeit und der Zielsetzung einer Leistung der medizinischen Rehabilitation sind neben versicherungsrechtlichen auch die medizinischen und sozialmedizinischen Voraussetzungen zu prüfen.

Kinderrehabilitationen werden für Kinder und Jugendliche erbracht, wenn hierdurch das in unter 1 genannte Rehabilitationsziel erreicht werden kann sowie Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsbedürftigkeit gegeben sind.

Rehabilitationsfähigkeit

Rehabilitationsfähigkeit liegt vor, wenn eine ausreichende körperliche und psychosoziale Belastbarkeit gegeben ist und keine Anhaltspunkte vorliegen, dass eine soziale Integrationsfähigkeit (Gruppenfähigkeit) nicht besteht.

Rehabilitationsbedürftigkeit

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht

- bei Vorliegen einer chronischen Krankheit oder
- einer beeinträchtigten Gesundheit oder
- einer erheblichen Gesundheitsgefährdung,

die in Abhängigkeit von Funktionsstörungen und Kontextfaktoren im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

(ICF) zu Teilhabestörungen und zu einer Gefährdung der späteren Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt führen kann.

In den „Leitlinien zur sozialmedizinischen Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit“ der Deutschen Rentenversicherung Bund werden entsprechende Kriterien für Kinder und Jugendliche dargestellt.

Rehabilitationsprognose

Schwere, Dauer, Verlaufsform und Risikofaktoren müssen berücksichtigt werden. Die Komplexität aller körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren und deren wechselseitige Rückwirkung sind entscheidend für die Prognose.

1.3. Konzeptionelle Voraussetzungen

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. Die ICF ist bisher für Erwachsene konzipiert, eine Klassifikation speziell für Kinder und Jugendliche liegt in einer englischsprachigen Version vor und wird derzeit übersetzt. Ein zentraler Begriff im Zusammenhang mit der ICF ist der Begriff der **funktionalen Gesundheit**. Eine Person gilt als funktional gesund, wenn - vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der **Kontextfaktoren**) -

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 Rehabilitationsansatzes sind folgende Ziele von besonderer Bedeutung:

- Verbesserung des Gesundheitszustandes mit Auswirkungen auf der Ebene der Aktivitäten und Teilhabe mit dem Ziel der Erlangung der Erwerbsfähigkeit,
- Entwicklung von Krankheitseinsicht und Krankheitsbewältigungsstrategien,
- Abklärung von Eignung und Neigung, insbesondere im Hinblick auf ggf. erforderliche weiterführende Leistungen, z. B. im Rahmen der Berufsausbildung,
- Abbau von Barrieren und Aufbau von Förderfaktoren (einschließlich Nutzung und Erhalt von Ressourcen).

Auf der Grundlage eines an der ICF orientierten Rehabilitationsverständnisses können die für die Rehabilitationsbedürftigkeit 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 der ICF geeignet.

1.4. Umfang

Der Umfang der zu erbringenden Leistungen orientiert sich am individuellen Leistungsvermögen der Rehabilitanden. Dies bezieht sich sowohl auf die Anzahl der Rehabilitationstage als auch auf Art und Umfang der zu erbringenden therapeutischen Leistungen. Kinder und Jugendliche benötigen eine Adaptationsphase nach dem Wechsel aus dem häuslichen Milieu in eine Rehabilitationseinrichtung. Die Therapiedichte kann nicht so hoch wie bei Erwachsenen sein, Freiräume sind zu gewährleisten. Zudem muss der Überbrückungsunterricht in den Therapieplan mit eingearbeitet werden. Sowohl die Untersuchungen als auch die Therapien sind in der Regel zeitaufwendiger als bei Erwachsenen.

Die schulische Betreuung muss in Form eines sogenannten Überbrückungsunterrichts gewährleistet sein. Dieser umfasst insgesamt mindestens 10 Wochenstunden in den Fächern Deutsch und Mathematik und einem dritten Fach. Der Unterricht soll in das interdisziplinäre Gesamtkonzept mit eingebunden sein. Das pädagogische Personal sollte hinsichtlich Verhaltensbeobachtungen, Aufdeckung von Schulleistungsstörungen etc. eng mit dem Reha-Team zusammen arbeiten.

Richtungweisend für die in der Rehabilitation tätigen Sozialmediziner/innen und das Rehabilitationsteam sind das Ausmaß der gesundheitlichen, sozialen und schulischen Beeinträchtigung sowie die daraus mittel- oder langfristig resultierende Gefährdung der Erwerbsfähigkeit. Sie müssen neben der zur Rehabilitation führenden Erkrankung alle körperlichen und psychischen Einschränkungen bzw. Fähigkeitsstörungen berücksichtigen und die Änderung eines gesundheitsgefährdenden Lebensstils sowie die Krankheitsbewältigung unterstützen. Die Einbeziehung des sozialen und schulischen Umfeldes ist bei der Therapieplanung erforderlich.

1.5. Dauer

Den Besonderheiten des Entwicklungsstandes der Kinder und Jugendlichen Rechnung tragend beträgt die Dauer einer Rehabilitationsleistung grundsätzlich mindestens 4 Wochen. Die tatsächliche Dauer wird von der Rehabilitationseinrichtung festgelegt.

1.6. Reha-Entlassungsbericht

Die medizinische Rehabilitation wird mit einem ärztlichen Entlassungsbericht zeitnah abgeschlossen, so dass er spätestens zwei Wochen nach Entlassung dem Rentenversicherungsträger vorliegt. Hierzu wird auf den "Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2015" verwiesen. In Form und Inhalt hat der Entlassungsbericht sich an diesem Leitfaden zu orientieren. Empfehlungen für die weitere Therapie durch die behandelnden Ärzte/Ärztinnen am Wohnort, zur Nachsorge und für ergänzende Leistungen zur langfristigen Sicherung des Rehabilitationserfolges sollen gegeben bzw. verordnet werden und sind entsprechend zu verschlüsseln.

Besonderheit:

Das Ausfüllen der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung (Blatt 1a) kann bei Kindern und Jugendlichen bis zum 14. Lebensjahr entfallen. Im textlichen Teil des Entlassungsberichtes sind jedoch Aussagen zum Leistungsvermögen dahingehend zu formulieren, ob z. B. Kindergartenfähigkeit besteht bzw. sollten bei Jugendlichen Aussagen zur Beurteilung oder zur Beratung hinsichtlich des Berufswunsches getroffen werden. Bei Jugendlichen ab dem 14. Lebensjahr ist das erwerbsbezogene Leistungsvermögen in der Epikrise bzw. sozialmedizinischen Beurteilung darzustellen. Angaben zum negativen Leistungsvermögen können hierbei sinnvoll sein.

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 die Berichte zur Qualitätssicherung über die Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung, zur Rehabilitandenstruktur, KTL-Daten (Klassifikation therapeutischer Leistungen) und Reha-Therapiestandards.

Ein weiteres Instrument der externen Qualitätssicherung ist die bundesweite Strukturerhebung.

Regelmäßige Visitationen dienen der Überprüfung der Wirksamkeit des internen Qualitätsmanagements sowie der unmittelbaren Beratung der Einrichtungen.

2.1.2. Interne Qualitätssicherung

Jede Klinik hat ein strukturiertes internes Qualitätsmanagementsystem einzuführen und kontinuierlich zu aktualisieren. Interne Rehabilitandenfragebögen zur Rehabilitandenzufriedenheit 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 sollte dieses Konzept bekannt sein und es sollte von ihnen mitgetragen werden.

Die Therapiekonzepte sollen entsprechend der von der Deutschen Rentenversicherung vorgegebenen Orientierungsgliederung aufgebaut sein (vgl. Orientierungsgliederung für das medizinische Konzept einer Reha-Einrichtung, 2017).

2.2. Fort- und Weiterbildung

Im Rahmen regelmäßiger Teambesprechungen mit Abteilungs- und Gruppenleitern/-leiterinnen und ihren Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen werden Fort- und Weiterbildung erwartet.

Der Schulungs- und Fortbildungsbedarf der Mitarbeiter/innen soll von der Klinikleitung regelmäßig ermittelt werden. Unabdingbar ist ein strukturiertes Fortbildungskonzept.

Fortbildung der leitenden Angestellten der verschiedenen Berufsgruppen sollte in erforderlichem Umfang erfolgen.

Erste-Hilfe- und Notfallübungen für das gesamte Rehabilitationsteam sind mindestens jährlich durchzuführen. Ein systematisches Notfallmanagement muss existieren.

2.3. Hygiene

Eine Hygienekommission ist erforderlich, ein Hygieneplan muss vorliegen. Eine Rehabilitationseinrichtung sollte in regelmäßigen Abständen - möglicherweise auch in Kooperation mit anderen Einrichtungen - eine Hygienefachkraft hinzuziehen. Ein/e Arzt/Ärztin sollte 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 Rationalisierung und Ablaufoptimierung und zur Gewährleistung einer optimalen Verfügbarkeit von Daten ist die EDV für Rehabilitationseinrichtungen unerlässlich.

Als Anwendungen sind beispielhaft zu nennen: Bescheid- und Entlassungsberichtsdatenübermittlung an den Rentenversicherungsträger, zur Belegungsdisposition und Therapieplanung, für Labordaten-Übermittlung, zur KTL-Erfassung und nicht zuletzt im Abrechnungsverfahren.

3. Kontraindikationen

- akutmedizinischer Behandlungsbedarf
- akute Infektionskrankheiten
- fehlende Rehabilitationsfähigkeit

4. Allgemeine Anforderungen

4.1. Diagnostik

Eine apparative Grundausstattung zur Diagnostik der für die Indikationsgruppe typischen Krankheitsbilder und Schädigungen muss vorhanden sein.

Durch eine Funktions- und Leistungsdiagnostik soll ermittelt werden, in welchem Umfang Beeinträchtigungen der Fähigkeiten und Aktivitäten im täglichen Leben vorhanden sind. Psychosoziale und ausbildungs-/berufsbezogene Diagnostik soll orientierend durch den/der untersuchenden Arzt/Ärztin im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung erfolgen. Weiterführende psychodiagnostische Verfahren werden durch den Psychologen/die Psychologin durchgeführt, z. B. Erfassung

- kognitiver Kapazitäten und Potentiale sowie deren Einschränkungen,
- des Status und der Fähigkeiten der Krankheitsverarbeitung,
- psychischer Beeinträchtigungen.

4.2. Therapeutische Leistungen

Therapeutische Leistungen sollen ganztägig erfolgen. Sie enthalten ärztliche, physio- und sporttherapeutische, balneologisch-physikalische Leistungen, psychologische Interventionen und Entspannungsverfahren, Ergo- und Kreativtherapie sowie Maßnahmen im Rahmen des Gesundheitstrainings.

Therapiemaßnahmen sind im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherung in der von der Deutschen Rentenversicherung Bund erarbeiteten Klassifikation der therapeutischen Leistungen (KTL) aufgeführt. Sie enthält unter anderem Angaben zur Indikation, zu Berufsgruppen, Therapiezielen, Dauer, Frequenz, Gruppenstärke und Mindestanforderungen an Raum und Geräte.

Alle therapeutischen Leistungen sind nach KTL zu verschlüsseln.

Das indikationsbezogene Gesundheitstraining der Deutschen Rentenversicherung Bund bietet umfassende Anleitungen und ist im Internet verfügbar (www.deutsche-rentenversicherung-bund.de). Darüber hinaus wurden für die Krankheitsbilder Asthma bronchiale, Neurodermitis und Adipositas Schulungsprogramme durch die Fachgesellschaften etabliert (AGAS, AGNES etc.).

Gesundheitstraining findet in Form von Vorträgen, Schulungen und Seminaren täglich statt. Allgemein anerkanntes Ziel ist es, während einer Rehabilitationsleistung die Kompetenz der Kinder und Jugendlichen bzw. deren Begleitpersonen im Umgang mit den Krankheiten bzw. Behinderungen zu erhalten bzw. zu fördern und eine Korrektur im Umgang mit Risikofaktoren einzuleiten. Dazu gehören Vorträge zur Entstehung und zum Verlauf von Krankheiten, zur gesunden Ernährung, Übungen in der Lehrküche, zu den Prinzipien einer angemessenen Bewegung und Freizeitgestaltung, Anleitung zum selbständigen Üben von Entspannungsverfahren, zur Blutzuckerkontrolle ebenso wie die Auseinandersetzung mit Alltagsdrogen.

Für Kinder, die noch nicht beschulungsfähig sind, werden entsprechende Vorträge für die Begleitpersonen angeboten und als solche auch verschlüsselt.

Mit Reha-Therapiestandards für die medizinische Rehabilitation strebt die Deutsche Rentenversicherung einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätssicherung an. Bislang stehen solche Standards für die Rehabilitation von Rehabilitanden mit Adipositas, Asthma bronchiale und Neurodermitis zur Verfügung. Ziel ist es, deren Rehabilitation auf eine wissenschaftliche, evidenzbasierte Grundlage zu stellen.

5. Personelle Anforderungen

5.1. Ärztinnen/Ärzte

Die **Leitende Ärztin/der Leitende Arzt** trägt die Verantwortung für die gesamte Rehabilitation. Für die Leitung einer Rehabilitationseinrichtung wird grundsätzlich ein/e Fachärztin/-arzt für Kinder- und Jugendmedizin bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (alternativ Fachärztin/-arzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugendpsychotherapie) mit Leitungs- und Rehabilitationserfahrung vorausgesetzt. Er/Sie wird in der Regel vertreten durch eine/n Facharzt/-ärztin mit gleicher Qualifikation in der gleichen Indikation.

Die Zusatzbezeichnungen Sozialmedizin oder Rehabilitationswesen werden erwartet; 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 steht für die Kompetenz des multiprofessionellen Teams, das sich aus Ärzten/Ärztinnen, Psychologen/Psychologinnen, Physiotherapeuten/-therapeutinnen, Ergotherapeuten/-therapeutinnen, Pflegekräften, Erziehern, Diätassistenten/-assistentinnen und Sozialarbeitern/-arbeiterinnen zusammensetzt.

Ein ärztlicher Bereitschaftsdienst ist vorzuhalten.

Wöchentlich ist für alle Rehabilitanden zumindest eine Facharztvisite durchzuführen, in der die ärztliche Untersuchung, Diagnosestellung und der Therapieverlauf überwacht werden.

Mit den Rehabilitanden und ggf. deren Begleitpersonen 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, Kenntnisse der Aktivitäten des Förderschwerpunktes Rehabilitationswissenschaften 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 niedergelassenen Ärzten/Ärztinnen, wissenschaftlichen Institutionen und Universitäten sowie Selbsthilfegruppen und Krankenkassen.

Oberärztinnen/-ärzte sind in die Organisation der verschiedenen Abteilungen der Klinik einbezogen. Sie führen die speziellen diagnostischen Verfahren 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.

Stationsärztinnen/-ärzte sind die ständigen Ansprechpartner für die Rehabilitanden ihrer Station. Von der Aufnahme- bis zur Entlassungsuntersuchung gestalten sie den individuellen Rehabilitationsplan entsprechend den Vorgaben zur Therapie-dichte und -art und - sofern vorhanden - den Rehabilitationsleitlinien in der entsprechenden Indikation. Ihre Aufgabe ist es nicht nur, Gesundheitszustand und Körperfunktionen sowie mögliche Beeinträchtigungen der Teilhabe und Aktivitäten zu erfassen, sondern auch die Kontextfaktoren zu prüfen und individuell mit den Rehabilitanden bzw. deren Begleitpersonen 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.

Die ärztliche Diagnostik ist unabdingbar für die Durchführung der Rehabilitationsleistung. Durch den Einsatz von Screening- und Assessmentverfahren sollte die Diagnostik ergänzt werden. Psychosoziale Kontextfaktoren des Krankheitsgeschehens, schulische / ausbildungsbedingte Beanspruchung, Motivation und die Grenzen der physischen Belastbarkeit können so exakter definiert werden. Daraus folgt ein gezielter Einsatz von Trainingsmaßnahmen.

Ärztinnen/Ärzte sollten – wie die Vertreter anderer Berufsgruppen ebenfalls – zusätzlich als Asthma-, Neurodermitis- bzw. Adipositrainer/in qualifiziert sein, sofern die Einrichtung auf die Rehabilitation von Rehabilitanden mit diesen Krankheitsbildern ausgerichtet ist.

5.2. Diplom- und Master Psychologinnen/-Psychologen

Diplom- und Master Psychologinnen/-Psychologen übernehmen einen für die Rehabilitation bedeutsamen Teil. Sie wirken auf einen Wandel in der Wahrnehmung und Interpretation von Erlebnissen sowie im Denken, Fühlen und Verhalten hin, wenn Prozesse in diesem Bereich zu beeinträchtigenden Störungen geführt haben.

Es besteht die Notwendigkeit, auch in der somatischen Rehabilitation psychologisch-psychotherapeutische Kompetenz vorzuhalten, wobei letztere die Qualifikation zur/zum Psychologischen Kinder- und Jugendpsychotherapeutin/-therapeuten voraussetzt.

Allgemeine Interventionsverfahren aus der Klinischen und Sozial-Psychologie finden Anwendung. Wegen der zeitlichen Begrenzung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation sind die Möglichkeiten auf psychotherapeutische Kurzinterventionen beschränkt.

Zur Klinischen Psychologie gehören unter anderem die Bereiche:

- psychologische Diagnostik,
- psychologische Beratung einschließlich Angehörigenberatung,
- psychologisch-therapeutische Betreuung
- Dokumentation.

Die psychologische Diagnostik ermöglicht Aussagen zur Motivation, Ausdauer und Belastbarkeit für die sozialmedizinische Beurteilung.

Die psychologisch therapeutische Betreuung umfasst verschiedene Leistungen, die eine Rehabilitationseinrichtung anbieten muss.

Als regelmäßige Angebote werden erwartet:

- psychologische Gruppenarbeit,
- psychologische Einzeltherapie falls erforderlich,
- Entspannungstraining zwei- bis dreimal wöchentlich (Voraussetzung ist eine sorgfältige Indikationsstellung).

5.3. Physiotherapeutinnen/-therapeuten

Die Berufsgruppe der Physiotherapeuten umfasst Krankengymnasten/-gymnastinnen und entsprechend weitergebildete Bademeister/innen sowie Masseur/Masseurinnen. Krankengymnasten/-gymnastinnen müssen in der Lage sein, eigenständig krankengymnastische Befunde speziell bei Kindern und Jugendlichen zu erheben und die individuelle Belastbarkeit der Rehabilitanden zu berücksichtigen. Durch spezielle Techniken werden leistungsgeminderte Funktionen wieder aufgebaut oder stabilisiert.

Massagen, Lymphdrainagen, Elektro-, Thermo-, Hydro- und Balneotherapie sind je nach Krankheitsbild erforderlich und werden von Masseurinnen/Masseuren und Medizinischen Bademeisterinnen/-meistern, Wannenküper von Badehelfern/-helferinnen durchgeführt. Wichtig ist, die Kinder und Jugendlichen bzw. deren Bezugspersonen so anzuleiten, dass die erforderlichen Übungen auch zuhause fortgesetzt werden können.

5.4. 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 bzw. zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit sowie auch zur besseren sozialen Integration ein- bis zweimal täglich durch; dieses erfolgt unter anderem als Terraintraining, Ergometer- und Sequenztraining oder im Bewegungsbad.

Gerätegestützte Trainingstherapie ist in der Regel in allen Rehabilitationseinrichtungen etabliert.

5.5. Ergotherapeutinnen/-therapeuten

Die Ergotherapeuten/-therapeutinnen leisten die Verbindung zwischen der gezielten krankengymnastischen Therapie und der sozialen Integration. Die Ergotherapie bietet Arbeitselemente zur Übung von Gebrauchsbewegungen mit dem Ziel der Verbesserung der Feinmotorik, Funktionserhaltung und -wiederherstellung. Sie soll unter anderem strukturierende Funktionen vermitteln hinsichtlich Handlungsplanung und -ablauf, die Konzentrationsfähigkeit und Kreativität verbessern sowie das Durchhaltevermögen fördern.

Zum Angebot zählen

- motorisch-funktionelle Übungen,
- Training zur Selbständigkeit,
- sensomotorisch-perzeptive Behandlung,
- Schienenherstellung,
- Beratung und Training zum Gelenkschutz,
- Arbeitsmöglichkeiten mit verschiedenen Werkstoffen zur Verbesserung der Koordination und Feinmotorik,
- Hirnleistungstraining,
- Erprobung und Anpassung von Hilfsmitteln.

Zu den Aufgaben der Ergotherapeuten können auch Kreativ- und Beschäftigungstherapie gehören. Hierbei sollen Kreativität und Selbstwertgefühl gefördert und Anregungen zu Freizeitaktivitäten vermittelt werden.

5.6. Fachpflegekräfte

Die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger stellen zusammen mit den Erziehern die engsten Bezugspersonen – besonders für allein reisende Kinder und Jugendliche – dar. Die Aufgaben des Pflegepersonals in Rehabilitationseinrichtungen unterscheiden sich qualitativ und quantitativ von denen in der Akutmedizin. Ihre Tätigkeit ist neben dem rein pflegerischen Aspekt darauf ausgerichtet, durch gezielte Beobachtung und Gesprächskontakte die Selbständigkeit der Rehabilitanden im Rahmen ihrer individuellen Ressourcen zu erkennen und zu fördern. Die Anleitung zum eigenständigen Gebrauch von Hilfsmitteln (Inhalationstechnik, Bronchialtoilette, Blutzuckerselbstmessung etc.), die Mitgestaltung des Gesundheitstrainings, Pflege, Pflegeplanung und Dokumentation gehören zu den Aufgaben dieser Berufsgruppe. An Teambesprechungen nimmt die Pflegedienstleitung regelmäßig teil.

Tägliche und 24-Stunden-Anwesenheit einer examinierten Pflegekraft ist unbedingt erforderlich.

5.7. Diätassistenten/-innen bzw. Ökotrophologen/-innen

Das Ernährungsverhalten spielt eine bedeutende Rolle für Gesundheit und Wohlbefinden. Bereits im Kindes- und Jugendalter entwickeln sich Ernährungsgewohnheiten, die bis ins Erwachsenenalter bestehen bleiben und die Gesundheit beeinflussen. Adipositas bzw. Übergewicht und – oft daraus resultierende - Komorbiditäten wie Diabetes mellitus Typ 2 und das Metabolische Syndrom sind inzwischen klassische Zivilisationskrankheiten und fast immer auf falsche Ernährung zurückzuführen. Somit sind Ernährungsberatung und Diätetik wichtige Bestandteile der Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter, um den Krankheitsverlauf zu mildern bzw. der Manifestation vorzubeugen. Gewichtsreduktion und selbstverantwortlicher Umgang mit Stoffwechselkrankheiten machen einen Teil der Therapieziele einer Rehabilitationsmaßnahme aus. Kontinuierlich während der gesamten Reha-Maßnahme werden Fragen der gesunden Ernährung thematisiert. Diätassistentinnen/

-assistenten und Ökotrophologinnen/Ökotrophologen gehören zum Rehabilitationsteam. „Ernährungsbeauftragte Ärztinnen/Ärzte“ und „diätetisch geschulte Köchinnen/Köche“ ergänzen ein Rehabilitationsteam qualifiziert. Es sollen während einer Rehabilitationsleistung mindestens zwei Leistungen in der Ernährungsberatung und eine in der Lehrküche angeboten werden.

Auf das Handbuch für „Ernährungsmedizin in der Rehabilitation“ mit einem speziellen Kapitel für Kinder und Jugendliche wird verwiesen.

5.8. Erzieher/Erzieherinnen und Sozialpädagogen/Sozialpädagoginnen

Sie stellen neben den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern die Gruppe der engen Bezugspersonen für die Kinder und Jugendlichen dar. Ihre Aufgabe besteht in der Schaffung eines geeigneten therapeutischen Klimas, das die Besonderheiten des Kindes- und Jugendalters berücksichtigt. Sie vermitteln individuelle Bewältigungsstrategien, die sich an realen Alltagssituationen orientieren. Weitere Inhalte der pädagogischen Betreuung beziehen sich unter anderem auf die tägliche Körperpflege, auf behutsames Eingehen bei individuellen Problemen (Heimweh, Streit mit Mitpatienten etc.) und auf die Strukturierung des Tagesablaufes. Sie sollen einen Transfer von krankheitsspezifischem Verhalten in den Alltag fördern und - soweit möglich - hierzu auch die Eltern/Bezugspersonen mit einbeziehen.

5.9. Sozialarbeiterinnen/-arbeiter

Sozialrechtliche Beratung mit dem Ziel der sozialen Hilfestellung bzw. der Wiedereingliederung in das soziale Umfeld muss für jeden Rehabilitanden zugänglich sein, der sie benötigt.

Sozialarbeiterinnen/-arbeiter übernehmen diese Funktion. Im Bedarfsfall sollen sie bei älteren Rehabilitanden im Rahmen der Ausbildungs- bzw. Berufsberatung den Kontakt zu den entsprechenden Trägern herstellen.

5.10. Lehrkräfte

Der Überbrückungsunterricht stellt die „Belastungserprobung“ für Kinder und Jugendliche dar und sollte schulpädagogische Anregungen für die nachbetreuende Institution geben. Der Unterricht in kleinen Gruppen soll sich am individuellen Wissens- und Lernstand der Kinder und Jugendlichen orientieren.

Die Erteilung von Schulunterricht ist eine Leistung der Länder. Ihnen obliegen die Schulaufsicht und die Aufstellung der Lehrpläne. Lehrkräfte sind ihnen dienstrechtlich unterstellt.

6. Personalbemessung

Bei der Personalbemessung sind die Besonderheiten von Einrichtungen für Kinder und Jugendliche zu berücksichtigen:

- es gibt in der Regel keine Aufteilung in indikationsspezifische Abteilungen, so dass Mischkalkulationen vorgenommen werden müssen - als Grundlage hierfür sollten die Qualitätssicherungsdaten dienen,

- die Kapazität für die Aufnahme von Begleitpersonen, die in die Betreuung und in die therapeutischen Prozesse mit einbezogen werden, ist sehr unterschiedlich.

Die quantitativen Anforderungen für die Personalbemessung in den einzelnen Indikationen orientieren sich an den in der Broschüre „Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung“ (2014) hinterlegten Zahlen.

Zusätzlich sind indikationsabhängig notwendig: Logopäden, Kreativtherapeuten.

Abwesenheitsvertretungen (Krankheit, Urlaub) sind konkret und mit entsprechenden Fachkräften/Mitarbeitern zu regeln.

Zusätzlich zum oben genannten Personal sind Verwaltungsaufgaben, Internes Qualitätsmanagement und Laborleistungen sicherzustellen.

Das den Überbrückungsunterricht durchführende Lehrpersonal ist nicht berücksichtigt. Für den Unterricht ist das Bundesland zuständig, in dem sich die Rehabilitationseinrichtung befindet.

7. Spezielle Anforderungen

7.1. Apparative Ausstattung zur Diagnostik

Mindestausstattung:

- Mehrkanal-EKG
- kleine Lungenfunktion
- klinisch-chemisches Labor, möglich auch in Kooperation mit anderen Einrichtungen, ebenso Röntgen
- psychologische Testverfahren

Zusätzliche Diagnostik ist indikationsspezifisch vorzuhalten z. B.:

- Duplexsonographie
- Echokardiographie
- Langzeit-EKG
- Langzeit-Blutdruckmessung
- Schweißtest
- Bodyplethysmographie
- Blutgasanalyse
- Allergologische Testverfahren
- EEG
- Isokinetik und Ganganalyse
- Elektromyographie (EMG)

7.2. Räumliche Voraussetzungen

Jede Rehabilitationsklinik sollte barrierefrei eingerichtet sein.

Außerdem sollten einige behindertengerechte Zimmer mit behindertengerechten Nasszellen für Rollstuhlfahrer/innen eingerichtet sein.

Die ergonomische Gestaltung von Betten, Möbeln und WC ist erforderlich. Beispielhaftes Orientierungsraumprogramm, eine multifunktionale Nutzung einiger Räume ist möglich:

- maximal 4-Bettzimmer,
- ein Überwachungszimmer für Notfälle,
- Spielzimmer, Aufenthaltsräume,
- Räume für Physiotherapie (u.a. Räume für Inhalation, Salbenzimmer mit Spiegeln),
- Räume für Ergotherapie,
- Raum für psychologische Gruppenarbeit,
- Räume für Diätassistenten/-assistentinnen und Lehrküche,
- Räume für Gruppengymnastik,
- Räume für Einzelkrankengymnastik,
- Seminarräume,
- Schulräume,
- Vortragssaal,
- Räume für Isokinetik und Sequenztraining (gerätegestützte Trainingstherapie),
- Bewegungsbad mit Hebelifter¹ und unterschiedlicher Niveauhöhe für Wassergymnastik und Schwimmunterricht,
- behindertengerechte Toilette im Therapiebereich,
- Räume für Masseur/Masseurinnen, medizinische Bäder und Elektrotherapie,
- Raum für Sozialarbeiter/innen,
- Speisesaal,
- Ausstattung mit fest installierter Notrufanlage in allen Gruppenbereichen und Patientenzimmern¹,
- Arbeitszimmer (Ärzte/Ärztinnen, Psychologen/Psychologinnen, Therapeuten/Therapeutinnen),
- Raum für Therapieplanung,
- ggf. Raum für orthopädiotechnische Versorgung,
- Spiel-/Sportplatz.

¹ indikationsabhängig, Basiskriterium in neurologischen Einrichtungen

Ansprechpartner

Dr. Ralph Jäger, Deutsche Rentenversicherung Bund, Abteilung Rehabilitation, Hohenzollerndamm 47, 10713 Berlin

Tel.: 030 / 865 - 82091

Autor

Dr. Ralph Jäger

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR. Gemeinsames Rahmenkonzept der Gesetzlichen Krankenkassen und der Gesetzlichen Rentenversicherung für die Durchführung stationärer medizinischer Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche der BAR. Frankfurt am Main, 2008.

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

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

Robert Koch Institut. Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland („KIGGS“). 2007. www.kiggs-studie.de (Zugriff: 02.02.2018).

Internet:

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)