

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Walter-Kolb-Straße 9-11 · 60594 Frankfurt am Main



Telefon: (069) 60 50 18 - 0
Telefax: (069) 60 50 18 - 29
E-Mail: info@bar-frankfurt.de
Internet: www.bar-frankfurt.de

RPK-Empfehlungsvereinbarung

vom 29. September 2005

über
die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger
und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesagentur für Arbeit
bei der Gewährung von Leistungen zur Teilhabe
in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen

Inhaltsverzeichnis

Präambel	4
1. Grundsätze	5
1.1 Konzeptionelles Bezugssystem	5
1.2. Rehabilitationsansatz	6
1.3 Merkmale der RPK-Einrichtung	7
2. Indikationsstellung	7
2.1 Diagnosen nach ICD-10	8
2.2 Rehabilitationsspezifische Befunde	8
2.3 Sozialmedizinische Voraussetzungen	11
2.4 Differentialindikation: ambulant - stationär	14
2.5 Ausschlusskriterien	15
3. Rehabilitationsziele	16
3.1 Allgemeine Rehabilitationsziele	16
3.2 Trägerspezifische Rehabilitationsziele	17
4. Behandlungsfrequenz und Rehabilitationsdauer	18
5. Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung	19
5.1 Rehabilitationskonzept	19
5.2 Ärztliche Leitung und Verantwortung	20
5.3 Rehabilitationsdiagnostik	22
5.4 Rehabilitationsplan	22
5.5 Behandlungselemente	23
6. Strukturelle Anforderungen	24
6.1 Rehabilitationsteam und Qualifikation	24
6.2 Personalbemessung	25
6.3 Räumliche und apparative Ausstattung	26
6.4 Regionale Einbindung/Verbundstrukturen/ Rehabilitandenbezogene Kooperation	27

7.	Zuständigkeit der Rehabilitationsträger	27
8.	Verfahren bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	28
8.1	Verfahren bei Einleitung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	28
8.2	Zwischenbericht	29
8.3	Weiteres Verfahren in den Fällen der Einleitung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch den Krankenversicherungsträger	29
8.4	Weiteres Verfahren in den Fällen der Einleitung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch den Rentenversicherungsträger	30
8.5	Abschluss der medizinischen Rehabilitation	30
9.	Verfahren bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	31
9.1	Verfahren bei Einleitung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	31
9.2	Abschluss der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	32
10.	Beendigung der Leistungen zur Teilhabe	33
11.	Dokumentation und Qualitätssicherung	33
11.1	Dokumentation	33
11.2	Qualitätssicherung	34
12.	Anerkennung als RPK	33
13.	Überprüfung	34
14.	In-Kraft-Treten und Kündigung	35

Präambel

Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK) bieten Leistungen zur Teilhabe an, für die die Zuständigkeit mehrerer Leistungsträger in Betracht kommt. Sie sind möglichst wohnortnahe Einrichtungen mit einem spezifischen therapeutischen Milieu, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen einer integrierten Komplexleistung durch ein multiprofessionelles Rehabilitationsteam unter ärztlicher Leitung und Verantwortung vorhalten.

Als Grundlage für den Ausbau einer gemeinsam zu nutzenden bedarfsgerechten Rehabilitationsstruktur und zur Gewährleistung einer an einheitlichen Grundsätzen ausgerichteten und zielorientierten Leistungsgewährung geben

der AOK-Bundesverband, Bonn
 der Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen
 der IKK-Bundesverband, Bergisch-Gladbach
 die See-Krankenkasse, Hamburg
 die Knappschaft, Bochum
 der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
 der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg
 der AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg
 die Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
 der Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen, Kassel
 die Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg

nach Beratungen auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation unter Mitwirkung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen die folgenden Empfehlungen¹.

Die RPK-Empfehlungsvereinbarung schreibt die Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesagentur für Arbeit bei der Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (- RPK-Empfehlungsvereinbarung -) vom 17. November 1986 fort.

¹ Besondere Regelungen der Unfallversicherung bleiben unberührt.

Sie greift damit die zwischenzeitlich gewonnenen Erfahrungen und veränderten Verhältnisse auf, in dem bei Erhalt der grundlegenden Konzeption die strukturellen Gegebenheiten modifiziert und flexibilisiert werden. Hiermit können Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in ambulanter² und stationärer Form bedarfsgerecht zur gezielten Anwendung kommen. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen Rechnung getragen (§ 10 Abs. 3 SGB IX).

1. Grundsätze

1.1 Konzeptionelles Bezugssystem

Die ICF³ (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) ist das konzeptionelle Bezugssystem zur Rehabilitation und Teilhabe.

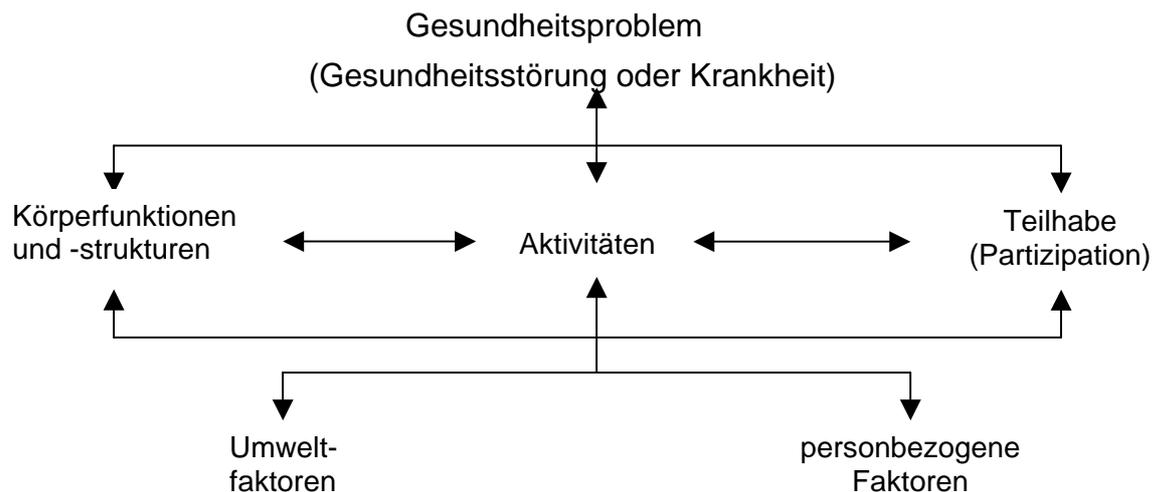


Abbildung: Das bio-psycho-soziale Modell der Komponenten der Gesundheit.

Die wichtigste Grundlage der ICF ist die funktionale Gesundheit. Eine Person ist funktional gesund, wenn – vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der Kontextfaktoren: Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren) –

² Der Begriff ambulante Rehabilitation umfasst auch teilstationäre Rehabilitation.

³ Vgl. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), 2002. www.dimdi.de
Die ICF wurde im Mai 2001 von der WHO als Nachfolgerin der ICIDH verabschiedet.

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereiches) und Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und Körperstrukturen)
2. sie all das tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsprobleme (im Sinn der ICD)⁴ 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 Körperstrukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen).

Die Rehabilitation ist darauf gerichtet, dem psychisch kranken und behinderten Menschen ein möglichst eigenständiges Leben mit Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen⁵.

1.2 Rehabilitationsansatz

Die Rehabilitationseinrichtung erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für psychisch kranke und behinderte Menschen.

Die übergreifend ausgerichtete Rehabilitation

- integriert Leistungen der medizinischen Rehabilitation mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- erfolgt ambulant oder stationär
- bezieht das berufliche sowie persönliche Lebensfeld handlungsorientiert ein
- arbeitet vernetzt mit Facharzt/Hausarzt des Rehabilitanden, Therapeuten, wichtigen Helfergruppen im Betrieb sowie Diensten zur Bewältigung psychosozialer Problemlagen.

Für den Erfolg der Rehabilitation ist es von entscheidender Bedeutung, früh von der RPK aus im betrieblichen und persönlichen sozialen Feld zu therapieren und die Kontinuität der therapeutischen Beziehungen über Leistungsabschnitte und Leistungsträgerwechsel hinweg zu ermöglichen.

⁴ Vgl. Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision, Version 2.0. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), 2000.

⁵ Siehe auch Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen, Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Heft 9, Frankfurt am Main 2003; insbesondere Kapitel 2.3

1.3 Merkmale der RPK-Einrichtung

Die Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke und behinderte Menschen ist eine im regionalen Versorgungssystem eigenständige Organisationseinheit. Durch diesen Einrichtungstypus soll eine sinnvolle Perspektive eröffnet werden, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter einem Dach miteinander zu verknüpfen und in einem Guss zu gestalten. Die RPK soll die Leistungen ambulant oder ambulant und stationär erbringen. Das Angebot sollte möglichst wohnortnah und vernetzt realisiert werden. Die strukturelle Einbindung dieses Einrichtungstypus in die regionale Versorgung ist dabei sicherzustellen.

Die Rehabilitationseinrichtung steht unter ständiger fachärztlicher Leitung und Verantwortung. Die Leistungen zur Rehabilitation werden als Komplexleistung bedarfs- und lebensfeldbezogen realisiert. Die Leistungen des interdisziplinären Rehabilitationsteams werden sowohl in der Rehabilitationseinrichtung erbracht (z.B. Psychotherapie oder soziales Kompetenztraining) als auch von der Rehabilitationseinrichtung aus in den Lebensfeldern der Rehabilitanden (z.B. Training der Fähigkeiten zur selbstbestimmten Lebensführung).

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sollen in Kooperation mit Betrieben und Einrichtungen in der Region stattfinden, wobei die rehabilitationsspezifische Betreuung des Rehabilitanden und seiner Bezugspersonen am Arbeits- und Ausbildungsplatz durch das Fachpersonal der Rehabilitationseinrichtung erfolgt.

2. Indikationsstellung

Die sozialmedizinische Indikation zu einer Rehabilitation hat **nicht allein eine medizinische Diagnose zur Voraussetzung**, sondern ergibt sich vor allem aus der zusammenfassenden Analyse und Bewertung von Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen) und daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe sowie der Kontextfaktoren des Rehabilitanden.

Damit unterscheidet sich die Rehabilitation psychisch kranker Menschen in der RPK von der kurativen Versorgung und den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

2.1 Diagnosen nach ICD-10

Hinsichtlich der Diagnosen stehen im Vordergrund

- Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- affektive Störungen
- schwere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Weiterhin kommen im Einzelfall in Frage

- sonstige psychische Störungen auf Grund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen auf Grund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns
- neurotische Störungen.

Intelligenzminderung und Entwicklungsstörungen sind primär kein Anlass für Rehabilitation, müssen jedoch ggf. im Zusammenhang mit anderen Diagnosen als komplizierende Faktoren berücksichtigt werden.

Bei primär durch psychotrope Substanzen entstandene Störungen sei verwiesen auf die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04. Mai 2001. Schädlicher Gebrauch sowie Abhängigkeit, jedoch gegenwärtig abstinent, sind ggf. bei sonst vorliegender Indikation als komplizierende Faktoren (Komorbidität) zu berücksichtigen. Sofern eine RPK Rehabilitationsangebote für diese Zielgruppe anbietet, hat sie dies in der Rehabilitationskonzeption zu berücksichtigen.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben kommen vor allem für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen/Störungen mit ausgeprägten Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen) und daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe in Betracht. Hieraus ergibt sich die Abgrenzung zu den Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen vom 22. Januar 2004. In Bezug auf die Diagnosen kann teilweise eine Überschneidung gegeben sein.

2.2 Rehabilitationsspezifische Befunde

Für die Rehabilitation psychisch kranker Menschen sind **Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen)** insbesondere in folgenden Bereichen von Bedeutung

- Dimensionen der Persönlichkeit (z.B. mangelnde psychische Stabilität, gestörtes Vertrauen)
- emotionale Funktionen (z.B. Störung der affektiven Kontrolle, depressive Verstimmung)
- Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs (z.B. Antriebsmangel)
- Funktionen der Selbst- und Fremdwahrnehmung (z.B. Störung des Körperbilds, mangelnde Selbsteinschätzung)
- höhere kognitive Leistungen (z.B. Störung des Einsichtsvermögens, Störung des Zeitmanagements, Interpretation der Realität)
- Denkfunktionen (z.B. Urteilsfähigkeit, Aufmerksamkeitsfunktionen, Konzentrationsstörungen, Zwangsgedanken, wahnhaftes Erleben)
- Körperfunktionen (z.B. als Somatisierungsstörung, gestörte Wahrnehmung der eigenen Körperfunktionen)
- Schlaffunktionen (z.B. gestörter Tag/Nacht-Rhythmus)
- psychomotorische Funktionen.

In Folge der o.g. Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen) können **Beeinträchtigungen der Aktivitäten** auftreten. Diese betreffen insbesondere folgende Bereiche

- alltägliches Verhalten (z.B. in Familie, Beruf, Freizeit)
- psychische Belastbarkeit (z.B. Schwierigkeiten beim Umgang mit Anforderungen des Alltags)
- interpersonelle Beziehungen und Interaktionen (z.B. Störungen bei der Aufnahme und Aufrechterhaltung von Beziehungen, Wahrnehmung sozialer Rollen: Eltern, Ehepartner, Arbeitnehmer usw.)
- Problemlösefähigkeit und Entscheidungsfindung
- Umstellung (z.B. auf neue Berufssituation)
- Krankheitsbewältigung.

In Folge der o.g. Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen) und/oder Beeinträchtigungen der Aktivitäten können **Beeinträchtigungen der Teilhabe** insbesondere in folgenden Bereichen auftreten

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

Die zuvor beschriebenen Ebenen sind nicht unabhängig voneinander, sondern stehen entsprechend dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell in einer komplexen Wechselbeziehung. Dabei hängen Art und Ausmaß der aus den Schädigungen der Körperfunktionen und Körperstrukturen (einschließlich psychischer Funktionen) resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten auch vom Verarbeitungsprozess ab. Dieser wiederum wird durch unterschiedlich wirkende Kontextfaktoren beeinflusst.

Diese umfassen alle Umweltfaktoren und personbezogenen Faktoren. Letztere beziehen sich u.a. auf Eigenschaften einer Person wie Alter, Geschlecht, Bildung, Persönlichkeit und Lebensereignisse, körperliche und psychische Belastbarkeit, Gesundheitsprobleme, Bewältigungsstile, berufliche Erfahrungen.

Als **relevante Kontextfaktoren** bei psychischen Erkrankungen sind u.a. zu nennen

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

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

Sie können andererseits aber auch einen negativen, hemmenden Einfluss (Barrieren) auf alle Komponenten der Funktionsfähigkeit haben. Einige solcher negativ wirkenden Kontextfaktoren bedeuten sogar Gesundheits- bzw. Krankheitsrisiken, wobei die Wirkungsmechanismen nicht immer hinreichend geklärt sind. Vor diesem Hintergrund ist auch das in der Rehabilitationsmedizin etablierte Risikofaktorenkonzept (z.B. Rauchen, Übergewicht, Alkohol) zu sehen.

Die individuelle Lebenssituation, die Bewältigungsstile und Ressourcen der Rehabilitanden sowie das soziale Netzwerk sind also als Kontextfaktoren bei der sozialmedizinischen Beur-

teilung zur Indikationsstellung für Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe zu berücksichtigen.

Beispielhaft sind folgende Konstellationen denkbar, die auf einen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe schließen lassen.

Hierbei handelt es sich um psychisch kranke und behinderte Menschen,

- die nach klinischer Behandlung zur Stabilisierung und Anpassung an die Anforderungen des Alltags noch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie zur Teilhabe am Arbeitsleben bedürfen
- die durch ihre Krankheit oder Behinderung rehabilitative Angebote brauchen, welche die Selbstversorgungsfähigkeiten und soziale Kompetenzen stärken, Versagensängste abbauen, Selbstvertrauen fördern und die Motivation zur Eingliederung in Gesellschaft, Arbeit und Beruf aufbauen
- die nach mehreren psychiatrischen Krankenhausaufenthalten zwar zunächst wieder an den Arbeitsplatz zurückkehren, aber wegen Überforderung Rückfälle erleiden und bei denen beruflicher Abstieg oder Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit drohen oder eingetreten sind
- die vor Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einer Stabilisierung des Leistungsvermögens bedürfen
- die während der Schul- oder Berufsausbildung durch psychische Erkrankungen gescheitert sind, unregelmäßig gearbeitet haben und somit keinen Standort im Berufsleben gefunden haben
- die als Folge ihrer psychischen Krankheit oder Behinderung nicht zu einem möglichst selbständigen Leben gekommen sind, notwendige tragfähige Beziehungen zu Verwandten, Freunden, Partnern und Kollegen nicht aufbauen konnten und daher von Isolation, verbunden mit erhöhtem Rückfallrisiko, bedroht sind
- bei denen durch gezielte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Pflegebedürftigkeit vorgebeugt, nach Eintritt beseitigt, gebessert oder eine Verschlimmerung verhütet werden kann.

2.3 Sozialmedizinische Voraussetzungen

Zur Klärung der Notwendigkeit und der Zielsetzung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind folgende Voraussetzungen sozialmedizinisch zu prüfen:

Rehabilitationsbedürftigkeit

Rehabilitationsbedürftigkeit bezieht sich auf eine gesundheitlich bedingte drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe, die über die kurative Versorgung hinaus den mehrdimensionalen und interdisziplinären Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich macht.

Dabei bezieht sich das gesundheitliche Problem auf die Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen) und die Beeinträchtigung der Aktivitäten unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren.

Rehabilitationsfähigkeit

Der Begriff der Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (z.B. Motivation bzw. Motivierbarkeit und Belastbarkeit) für die Teilnahme an einer geeigneten Rehabilitation.

Rehabilitationsprognose

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Rehabilitation

- auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotentials/der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller Ressourcen (Rehabilitationpotential einschließlich psychosozialer Faktoren)
- über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels
- durch eine geeignete Rehabilitationsmaßnahme
- in einem notwendigen Zeitraum
- bei Berücksichtigung der individuellen Ausgangssituation (vgl. Ziffer 2.2).

Die Erfolgsprognose ist auf die allgemeinen und trägerspezifischen Rehabilitationsziele zu beziehen (vgl. Ziffern 3.1 und 3.2).

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind indiziert, wenn Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht ausreichen, eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit zu beseitigen und durch die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben voraussichtlich eine dauerhafte berufliche Eingliederung zu erreichen ist. Voraussetzung für die jeweilige Leistung ist die Eignung, Neigung und eine ausreichende Vermittlungschance.

Für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Bundesagentur für Arbeit muss die Belastbarkeit zur Ausübung einer Beschäftigung im Sinne des § 119 Abs. 5 Nr. 1 SGB III vorliegen.

Diese Grundvoraussetzungen hängen ab von

- konstitutionellen Eigenschaften
- Fähigkeiten, die durch Ausbildung, Training und Erfahrung erworben wurden
- Beeinträchtigung körperlicher, geistiger und seelischer Funktionen durch Krankheit und Behinderung
 - qualitative Einschränkung:
Können eingeschränkte oder aufgehobene Funktionen kompensiert werden?
 - quantitative Einschränkung:
In welchem zeitlichen Umfang kann noch eine berufliche Tätigkeit täglich ausgeführt werden?

Die sozialmedizinische Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und das Votum hinsichtlich ihrer Art setzt eine komplexe Betrachtung der psychischen Erkrankung und ihrer Auswirkungen sowie ihres voraussichtlichen Verlaufes und des aktuellen oder zukünftigen Belastungsprofils voraus. Der wesentliche Aspekt der Prognose in der medizinischen Einschätzung ist besonders schwierig zu operationalisieren und beinhaltet einen hohen Grad an Individualität je nach spezifischem Störungsbild, persönlichen und therapeutischen Bedingungen. Der Zeitraum, der mit hinreichender Sicherheit zu beurteilen ist, kann bis zu 24 Monate umfassen.

Es sind im Wesentlichen folgende komplexe Sachverhalte zu bewerten

- Minderung des Leistungsvermögens auf Grund bestehender Funktionseinschränkungen, die sich auf branchenübliche Belastungen aktuell und auf Dauer auswirken
- Krankheitsbedingte erhebliche Gefährdungen des Leistungsvermögens, die unter branchenüblichen Belastungen das Fortschreiten der Erkrankung begünstigen oder akute Krankheitsschübe provozieren
- Berufliche Anforderungen nach den einschlägigen berufskundlichen und arbeitsmedizinischen Standards.

Ferner müssen hinsichtlich der Aussagen zur Art der in Frage kommenden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben berücksichtigt werden

- das Alter und die verbleibende Zeit im Erwerbsleben
- die Schulungsfähigkeit
- persönliche und regionale Bedingungen.

2.4 Differentialindikation: ambulant - stationär

Sofern Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und/oder zur Teilhabe am Arbeitsleben zu erbringen sind, sollen die folgenden Kriterien in die Entscheidungsfindung, ob eine ambulante oder stationäre Maßnahme angezeigt ist, einbezogen werden. Diese Entscheidung setzt ausreichende Informationen über den Rehabilitanden, den aktuellen physischen und psychischen Zustand, den Verlauf der Erkrankung, seine Motivation und seine soziale Situation voraus.

a) Eine **ambulante** medizinische Rehabilitation bzw. ambulante Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kommen insbesondere in Betracht, wenn folgende Kriterien zutreffen:

- Die Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen), Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe liegen in einem Grad der Ausprägung vor, dass eine ambulante Rehabilitation Erfolg versprechend ist und eine stationäre Rehabilitation nicht oder nicht mehr erforderlich ist.
- Das soziale Umfeld des Rehabilitanden hat (noch) stabilisierende/unterstützende Funktion. Soweit Belastungsfaktoren bestehen, müssen diese durch bedarfsgerechte therapeutische Leistungen aufgearbeitet werden.
- Die Herausnahme aus dem sozialen Umfeld ist nicht oder nicht mehr erforderlich, da hiervon keine maßgeblichen negativen Einflüsse auf den therapeutischen Prozess zu erwarten sind.
- Der Rehabilitand ist beruflich (noch) ausreichend integriert. Jedoch schließen Arbeitslosigkeit, fehlende Erwerbstätigkeit oder Langzeitarbeitsunfähigkeit ambulante Maßnahmen nicht aus. Die sich abzeichnende Notwendigkeit zur Reintegration in das Erwerbsleben wird durch eine wohnortnahe Rehabilitation unterstützt.
- Eine stabile Wohnsituation ist vorhanden.
- Es ist erkennbar, dass die Fähigkeit
 - zur aktiven Mitarbeit
 - zur regelmäßigen Teilnahme und
 - zur Einhaltung des Therapieplansin Bezug auf die Anforderungen einer ambulanten Rehabilitation vorhanden sind.
- Der Rehabilitand ist bereit und in der Lage, am ambulanten Therapieprogramm regelmäßig teilzunehmen.

- Ausreichende Mobilität ist vorhanden, d.h. die tägliche An- und Abfahrt z.B. mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist möglich. Der Rehabilitand muss in der Lage sein, innerhalb einer angemessenen Zeit (maximal 60 Minuten) die Einrichtung zu erreichen bzw. nach Hause zurück zu kehren. In der Phase der beruflichen Rehabilitation gelten grundsätzlich die Anhaltswerte des § 121 SGB III. Abweichungen hiervon bedürfen einer medizinischen Begründung.

b) Eine **stationäre** medizinische Rehabilitation bzw. stationäre Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kommen insbesondere in Betracht, wenn eines oder mehrere der folgenden Kriterien zutreffen:

- Es bestehen ausgeprägte Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen), Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe, die eine erfolgreiche ambulante Rehabilitation in Frage stellen.
- Die Herausnahme aus einem pathogenen sozialen Umfeld (z.B. bei massiven familiären Konflikten oder destruktiven Partnerbeziehungen) ist erforderlich, um den Rehabilitationserfolg zu sichern.
- Das soziale Umfeld des Rehabilitanden hat keine unterstützende Funktion.
- Der Rehabilitand ist beruflich nicht integriert und bedarf infolgedessen spezifischer Leistungen zur Vorbereitung einer beruflichen Wiedereingliederung, die ambulant nicht erbracht werden können.
- Eine stabile Wohnsituation ist nicht vorhanden.
- Es ist erkennbar, dass die Fähigkeiten
 - zur aktiven Mitarbeit
 - zur regelmäßigen Teilnahme oder
 - zur Einhaltung des Therapieplans
 in Bezug auf die Anforderungen einer ambulanten Rehabilitation nicht ausreichend vorhanden sind.

Bei fluktuierendem Rehabilitationsverlauf können ambulante und stationäre Phasen flexibel wechseln bei Konstanz der wichtigen therapeutischen Bezugsperson (Case Management).

2.5 Ausschlusskriterien

Folgende Kriterien sprechen gegen eine Empfehlung zur Rehabilitation:

- Eine ambulante kurative Behandlung (z.B. ärztliche Versorgung, Heilmittelversorgung, Psychotherapie, Soziotherapie) reicht aus.

- Krankenhausbehandlung ist erforderlich.
- Eine ausschließliche Störung, hervorgerufen durch den fortgesetzten Gebrauch psychotroper Substanzen oder eine geistige Behinderung liegt vor.
- Pflegebedürftigkeit, es sei denn, dass sie durch Leistungen zur Rehabilitation vermieden, beseitigt, gebessert oder eine Verschlimmerung verhütet werden kann.

3. Rehabilitationsziele

3.1 Allgemeine Rehabilitationsziele

Ziel der Rehabilitation ist, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben durch frühzeitige Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Der Rehabilitand soll durch die Rehabilitation (wieder) befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit oder bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für diesen Menschen als „normal“ (für seinen persönlichen Lebenskontext typisch) erachtet werden.

Dieses Ziel soll erreicht werden durch die

- vollständige oder größtmögliche Wiederherstellung der ursprünglichen Struktur und Funktion bzw. der Aktivitäten und der Teilhabe
- Entwicklung von „Ersatzstrategien“ bzw. Nutzung verbliebener Funktionen bzw. Aktivitäten (Kompensation)
- Anpassung der Umweltbedingungen (z.B. der Anforderungen und Erwartungen der Bezugspersonen) an die Beeinträchtigung der Aktivitäten bzw. der Teilhabe des Rehabilitanden (Adaptation).

Damit soll insbesondere die Handlungsfähigkeit des Rehabilitanden in seinen Alltagsbezügen im beruflichen und privaten Bereich verbessert werden.

Die Rehabilitation soll insbesondere beitragen zur

- Aktivierung, körperlichen und psychischen Stabilisierung
- selbstständigen Lebensführung und der (Re)Integration in das Wohnumfeld
- Aktivierung des Selbsthilfepotentials des Rehabilitanden und seines sozialen Umfeldes
- Abklärung der beruflichen Neigung und Eignung
- Überleitung in weiterführende Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

- Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten zur beruflichen Anpassung
- Verkürzung von Arbeitsunfähigkeit (z.B. durch gleichzeitige stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess)
- Förderung der beruflichen Wiedereingliederung durch Kontaktaufnahme zum Betrieb zwecks frühzeitiger Einleitung innerbetrieblicher Maßnahmen (Anpassung von Fähigkeiten und Erwartungen am Arbeitsplatz)
- verbesserten Kooperation in der Nachsorge (z.B. Kontaktanbahnung zu Selbsthilfegruppen, Kooperation mit niedergelassenen Ärzten)
- Überleitung in weiterführende Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
- Nutzung eingliederungsfördernder Ressourcen eines vorhandenen komplementären sozialen Netzwerkes von Hilfen (z.B. Betreutes Wohnen, Integrationsfachdienste).

3.2 Trägerspezifische Rehabilitationsziele

In der **Krankenversicherung** zielen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation darauf, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

In der **Rentenversicherung** zielen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben darauf, 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 wiederinzugliedern.

Leistungen der Agentur für Arbeit zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben zielen darauf ab, die Erwerbsfähigkeit behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen zu erhalten, zu bessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern.

4. Behandlungsfrequenz und Rehabilitationsdauer

Je nach Schweregrad der Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen), Beeinträchtigungen der Aktivitäten sowie der Teilhabe und den sich daraus ergebenden Rehabilitationszielen gestalten sich die individuell erforderliche Rehabilitationsdauer und Therapiedichte. Im Rahmen eines interdisziplinären Behandlungssettings sind in der Regel täglich mindestens vier bis acht Stunden Therapiezeit an fünf bis sechs Tagen in der Woche einzuhalten. Der Rehabilitand sollte Gelegenheit haben einen vollschichtigen Arbeitstag zu erproben. Neben der individuellen Belastbarkeit des Rehabilitanden ist auch auf angemessene Ruhepausen zu achten.

Mit jedem Rehabilitanden wird ein Rehabilitations-, Förder- und Integrationsplan erarbeitet (personenzentrierte Therapie- und Hilfeplanung). Dabei ist dem individuellen Hilfebedarf sowie den flexiblen Behandlungsformen Rechnung zu tragen (z.B. Orientierungsphase, gestuftes Vorgehen, Behandlungseinheiten). Dieser Plan wird regelmäßig auf seine Wirksamkeit überprüft, fortgeschrieben und bei Bedarf modifiziert.

Sowohl bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation als auch bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben handelt es sich um längerfristig angelegte, meist mehrmonatige Maßnahmen, bei denen die Verlängerung entsprechend der individuellen Konstellation gewährleistet sein muss, um das trägerspezifische Rehabilitationsziel erreichen zu können. Je nach Lage des Einzelfalls kann die medizinische Rehabilitation zwischen drei bis maximal 12 Monaten dauern. Beginn und Dauer der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden von dem hierfür zuständigen Rehabilitationsträger in Abstimmung mit dem für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zuständigen Rehabilitationsträger festgelegt.

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden in der Regel in Kooperation mit anderen Rehabilitationseinrichtungen oder mit Betrieben durchgeführt. Es kommen insbesondere folgende Leistungen in Betracht:

- a) **Eignungsabklärung und Arbeitserprobung** - Die Dauer einer Eignungsabklärung und Arbeitserprobung beträgt in der Regel vier bis sechs Wochen.

Belastungserprobungen, die im Einzelfall zur Feststellung der gesundheitlichen Belastbarkeit für eine spätere berufliche Bildungsmaßnahme oder Arbeitnehmertätigkeit durchgeführt werden, sind keine Leistung der Arbeitserprobung und Eignungsabklärung. Sie

sind ebenso wie die Arbeitstherapie und die Beschäftigungstherapie den Leistungen der medizinischen Rehabilitation zuzuordnen.

- b) **Berufsvorbereitung** – Die Dauer der Berufsvorbereitung beträgt in der Regel bis zu sechs Monaten. Zur Förderung von Maßnahmen der Berufsvorbereitung (BvB) durch die Bundesagentur für Arbeit gelten die Regelungen des Fachkonzepts BvB der Bundesagentur für Arbeit.
- c) **Berufliche Anpassung** - Die Dauer der Leistung beträgt in der Regel bis zu 9 Monaten.
- d) **Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen** - Der Rehabilitand ist so zu fördern, dass er spätestens nach Teilnahme an Leistungen des Berufsbildungsbereichs in der Lage ist, wenigstens ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung im Sinne des § 136 Abs. 2 SGB IX zu erbringen. Die Dauer der Leistungen beträgt in der Regel im Eingangsverfahren drei Monate und im Berufsbildungsbereich zwei Jahre (§ 40 Abs. 2 und 3 SGB IX).

Im Sinne einer Flexibilisierung sollte die ambulante Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen in geeigneten Fällen mit einer reduzierten oder abgestuften täglichen Dauer durchgeführt werden können, z.B. zum Ende der Rehabilitationsleistung im Sinne eines Ausschleichens oder bei berufsbegleitenden Leistungen (z.B. bei arbeitsfähigen Teilzeitbeschäftigten, stufenweise Wiedereingliederung). Eine weitere Möglichkeit der Flexibilisierung ist auch die Intervallbehandlung, bei der die Behandlung auf mehrere Behandlungsabschnitte verteilt ist.

5. Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung

5.1 Rehabilitationskonzept

Die Rehabilitationseinrichtung erstellt ein strukturiertes Rehabilitationskonzept auf der Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse. Dies beschreibt das Rehabilitationsverständnis, die angebotene rehabilitative Diagnostik und Behandlung sowie die personelle, räumliche und apparative Ausstattung der Einrichtung und enthält Angaben zur durchschnittlichen Behandlungsdauer.

Neben den funktionsbezogenen Therapieansätzen ist im Konzept der Einrichtung darauf hinzuwirken dem psychisch kranken und behinderten Menschen eine möglichst selbstständige Lebensführung mit der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft zu

ermöglichen. Darüber hinaus ist auf die Probleme der Krankheitsverarbeitung sowie der Stress- und Risikofaktoren einzugehen. Dabei ist den regionalen Gegebenheiten zur ambulanten und stationären Behandlung und psycho-sozialen Unterstützung ebenso Rechnung zu tragen wie den konkreten Möglichkeiten des regionalen Arbeitsmarktes.

Die Rehabilitation erstreckt sich auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Diese greifen ineinander und wirken funktional im Rahmen einer Komplexleistung zusammen, wobei die einzelnen Leistungen flexibel kombiniert, entsprechend dem individuellen Bedarf des Rehabilitanden stufenweise aufgebaut und ggf. wiederholt, in der Einrichtung und durch sie möglichst im privaten und beruflichen Leben realisiert werden. Die Leistungserbringung erfolgt nicht additiv durch verschiedene nicht oder nicht eng zusammenarbeitende Einzelleistungserbringer, sondern integriert durch ein multiprofessionelles Rehabilitationsteam. Bei der erforderlichen leistungsrechtlichen Zuordnung zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind die jeweiligen Schwerpunkte zu berücksichtigen.

Konzeptionell von besonderer Bedeutung für die Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen ist deshalb

- die Schaffung eines therapeutischen Milieus in der Einrichtung und eines fördernden Milieus im privaten und beruflichen Lebensfeld, in denen die Rehabilitation geübt und ihre Ergebnisse langfristig genutzt werden
- die enge Kooperation mit den vorher und nachher behandelnden Fach- und Hausärzten sowie Therapeuten und betreuenden sozialen Diensten.

5.2 Ärztliche Leitung und Verantwortung

Die Einrichtung steht unter ständiger Leitung und Verantwortung eines Arztes/einer Ärztin⁶ mit der Gebietsbezeichnung Psychiatrie und Psychotherapie (alternativ Arzt für Psychiatrie oder Nervenarzt).

Der leitende Arzt muss über mindestens zweijährige vollzeitige (bei Teilzeit entsprechende) rehabilitative und sozialmedizinische Erfahrungen verfügen und die Zusatzbezeichnung Sozialmedizin und/oder Rehabilitationswesen erworben haben. Der leitende Arzt hat neben der eigenen gebietsbezogenen und sozialmedizinischen Fortbildung auch die ständige Fortbildung seiner Mitarbeiter zu gewährleisten.

⁶ Im Folgenden wird auf die weibliche Form der Berufsbezeichnung verzichtet.

Sind im Ausnahmefall die formalen Voraussetzungen nicht erfüllt, beurteilen die Leistungsträger die für die Einrichtung notwendigen fachgebietsspezifischen und rehabilitativen Kompetenzen anhand der nachgewiesenen Weiterbildungszeiten und -inhalte. Reichen diese nicht aus, können die Leistungsträger ein entsprechend qualifiziertes Leitungsteam als ärztliche Leitung im Sinne des vorstehenden Absatzes anerkennen.

Der leitende Arzt ist für die Umsetzung des umfassenden Rehabilitationskonzepts im Rahmen der Vorgaben der Leistungsträger bezogen auf den einzelnen Rehabilitanden verantwortlich. Dabei ist den o.g. Krankheitsdimensionen, den darauf bezogenen Rehabilitationszielen sowie der langfristigen Rehabilitationsprognose und den nach der Rehabilitation ggf. einzuleitenden Maßnahmen Rechnung zu tragen. Er leitet das interdisziplinäre Rehabilitationsteam, stellt regelmäßige (mindestens einmal pro Woche) Teambesprechungen sicher und verantwortet den Entlassungsbericht, insbesondere die sozialmedizinische Beurteilung.

Der leitende Arzt oder sein benannter ständiger Vertreter müssen während der Öffnungszeiten der Einrichtung präsent und verfügbar sein. Der Vertreter des leitenden Arztes muss über eine vergleichbare Qualifikation verfügen wie der leitende Arzt der Einrichtung.

Aufgaben des leitenden Arztes sind insbesondere

- Leitung des Rehabilitationsteams
- Koordination und Abstimmung der Rehabilitationsplanung
- Durchführung von regelmäßigen (mindestens einmal pro Woche) patientenbezogenen Teambesprechungen
- Kooperation mit vor- und nachbehandelnden Ärzten, Konsiliarärzten und Konsiliardiensten
- Durchführung von Zwischenuntersuchungen und Anpassung des Rehabilitationsplans
- Abschlussuntersuchung
- Entlassungsbericht mit sozialmedizinischer Beurteilung und Hinweisen für weiterführende Maßnahmen im Rahmen der Nachsorge.

Darüber hinaus beteiligt sich der leitende Arzt an der Erbringung therapeutischer Leistungen (z.B. Durchführung indikationsbezogener Gruppen, Einzelgespräche).

5.3 Rehabilitationsdiagnostik

Rehabilitationsdiagnostik muss unter Berücksichtigung der Krankheitsdiagnose vor allem die persönlichen, beruflichen und sozialen Auswirkungen der Erkrankung konkret beschreiben. Die mehrdimensionale Diagnostik auf der Grundlage von ICF erfasst die Beeinträchtigungen und Ressourcen auf den Ebenen: Funktion – Aktivität – Teilhabe mit ihren Wechselwirkungen und berücksichtigt dabei auch personbezogene und umweltbedingte Kontextfaktoren. Zentrale Bedeutung haben das Selbstbild, die Biografie und die sozialen Bezüge des Rehabilitanden sowie die Erwartungen und Anforderungen ihrer Bezugspersonen im privaten und beruflichen Lebensbereich.

Während es eine Reihe von prognostischen Kriterien gibt (z.B. Dauer der Erkrankung, Ausmaß und Grad von Beeinträchtigungen), vor deren Hintergrund eine statistische Prognose möglich ist, kann die individuelle Diagnostik und Zielbestimmung nur erfolgen für einen jeweils überschaubaren Zeitraum und mit Einbeziehung praktischer Erprobungen – im eigenen Lebensfeld und im Betrieb. Dies setzt im Einzelfall die Ausschöpfung der verfügbaren rehabilitativen Hilfen und angemessene Erprobungszeiträume unter möglichst realitätsnahen Bedingungen voraus.

5.4 Rehabilitationsplan

Auf der Grundlage der Ergebnisse der Rehabilitationsdiagnostik wird unter Beteiligung des Rehabilitanden ein individueller Rehabilitationsplan erstellt und das individuelle Rehabilitationsziel bzw. -teilziel definiert.

Zu jeder Therapiemaßnahme gehört die Überprüfung, ob die geplanten (Zwischen-) ziele erreicht wurden. Diese Ergebnisüberprüfung ist zugleich die diagnostische Ausgangsbasis für die nächste Planungsphase.

Regelmäßige Besprechungen des Rehabilitationsteams geben Auskunft über den individuellen Verlauf der Rehabilitation. Der Rehabilitationsplan ist dem jeweiligen Rehabilitationsverlauf anzupassen. Änderungen im Bereich der Schädigungen der Körperfunktionen und Körperstrukturen (einschließlich psychischer Funktionen), Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe sind in regelmäßigen Abständen unter Nutzung der relevanten Untersuchungsmethoden zu dokumentieren.

5.5 Behandlungselemente

Die wesentlichen Behandlungselemente der Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen sind im Rahmen der

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

- Behandlung durch Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Arzt für Psychiatrie oder Nervenarzt), ggf. einschließlich der Psychopharmakotherapie
- Psychotherapie durch ärztliche und/oder psychologische Psychotherapeuten, einzeln und in Gruppen
- indikative Gruppen: mit Angehörigenbezug, in Bezug auf Arbeit, Krankheitsbewältigung und Therapieverständnis (Psychoedukation)
- Ergotherapie, Arbeitstherapie und Belastungserprobung
- Psychiatrische Krankenpflege
- Physiotherapie/Sport- und Bewegungstherapie
- Psychosoziale Hilfen (psychosoziale Betreuung und Rehabilitationsberatung - auch in Fragen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)
- Gesundheitsbildung.

Teilhabe am Arbeitsleben

- Leistungen zur Abklärung der beruflichen Eignung und Arbeitserprobung
- Trainingsmaßnahmen
- Berufsvorbereitung
- berufliche Anpassung
- psychosoziale Hilfen begleitend zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen.

Der frühen Kooperation mit Betrieben und dem Integrationsfachdienst kommt hohe Bedeutung zu.

Die Rehabilitationseinrichtung stellt sicher, dass der Bezugstherapeut dem Rehabilitanden als persönlicher Ansprechpartner während der ganzen Rehabilitationszeit zur Verfügung steht. Dabei koordiniert er die verschiedenen Behandlungsmodule und bereitet gemeinsam mit dem Rehabilitanden wichtige Weichenstellungen vor.

6. Strukturelle Anforderungen

6.1 Rehabilitationsteam und Qualifikation

Dem interdisziplinären Rehabilitationsteam gehören folgende Berufsgruppen an, die eine qualifizierte Ausbildung besitzen und mehrheitlich über Berufserfahrung in der Rehabilitation verfügen. Mindestens einer der Ärzte bzw. Diplom-Psychologen muss über eine abgeschlossene psychotherapeutische Aus- bzw. Weiterbildung in einem anerkannten Verfahren verfügen.

Arzt

- Hinsichtlich des leitenden Arztes und seines Stellvertreters wird auf Ziffer 5.2 verwiesen.
- Die weiteren Ärzte müssen über die mit der Gebietsbezeichnung festgelegte Qualifikation bzw. klinische Erfahrung verfügen.

Diplom-Psychologe

- möglichst Approbation als Psychologischer Psychotherapeut
- zwei Jahre vollzeitige Berufserfahrung⁷ im Bereich der Rehabilitation
- mit neuropsychologischer Basiskompetenz
- wünschenswert: Anerkennung als klinischer Neuropsychologe durch die Fachgesellschaften.

Sozialarbeiter/Sozialpädagoge

- Diplom/staatliche Anerkennung als Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge mit mindestens zwei Jahren vollzeitiger Berufserfahrung⁷.

Ergotherapeut/ergänzend auch Arbeitserzieher

- Staatliche Anerkennung als Ergotherapeut bzw. staatlich anerkannte Berufsausbildung
- Grundlagenkenntnis in arbeitsrehabilitativen Maßnahmen, Ergonomie, Arbeitsplatzanpassung
- Beratung zur Belastungserprobung und einschlägige Erfahrungen in der berufsorientierten Arbeitstherapie und
- mindestens zwei Jahre vollzeitige Berufserfahrung⁷ als Ergotherapeut im Bereich der Rehabilitation.

⁷ Bei Teilzeitkräften verlängert sich der Zeitraum der erforderlichen Berufserfahrung entsprechend.

Fachkräfte in der beruflichen Rehabilitation und betriebliche Fachanleiter

- Abgeschlossene Berufsausbildung
- zusätzliche pädagogische Qualifikation.

Gesundheits- und Krankenpfleger

- Staatliche Ausbildung
- Berufserfahrung in der Psychiatrie
- möglichst abgeschlossene Weiterbildung in der Fachkrankenpflege Psychiatrie, ersatzweise abgeschlossene Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung (SPZA).

Physiotherapeut und sporttherapeutische Kompetenz

- Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut.

6.2 Personalbemessung

Für eine Rehabilitationseinrichtung mit 20 Rehabilitanden mit ganztägiger Rehabilitation wird folgender Personalschlüssel empfohlen:

Arzt	1:20 ⁸
Diplom-Psychologe	1:20 ⁸
Sozialarbeiter/Sozialpädagoge	1:10 – 1:15
Ergotherapeut/Arbeitserzieher	1:10 – 1:20
Fachkräfte für die berufliche Rehabilitation und betriebliche Fachanleiter	1:10
Gesundheits- und Krankenpfleger	1:10 – 1:20
Physiotherapeut und sporttherapeutische Kompetenz	1:40 – 1:60

Zusätzlicher Personalbedarf an Gesundheits- und Krankenpfleger (mindestens drei Mitarbeiter) besteht für stationäre Rehabilitationseinrichtungen in den Abend- und Nachtstunden.

Eine unterschiedliche Gewichtung zwischen den Berufsgruppen ist möglich. Die Teilnahme der Mitarbeiter an Teambesprechungen ist sicherzustellen.

Zusätzlich sind Verwaltungsaufgaben, Urlaubs- und Krankheitsvertretung zu gewährleisten.

⁸ Die Relation beider Berufsgruppen zu den Rehabilitanden soll zusammengenommen 1 zu 10 nicht unterschreiten. Beide Berufsgruppen sollten in etwa zu gleichen Anteilen vertreten sein.

6.3 Räumliche und apparative Ausstattung

Die **räumliche** Ausstattung der Rehabilitationseinrichtung muss so bemessen und beschaffen sein, dass das jeweilige indikationsspezifische Rehabilitationskonzept umgesetzt werden kann.

Es sollten angemessene Räumlichkeiten vorhanden sein

- für Gruppentherapie
- für Einzeltherapie
- für Bewegungstherapie
- für Ergotherapie
- interne oder externe Plätze für berufliche Trainingsangebote
- Notfallversorgung und spezielle Diagnostik
- medizinisches Untersuchungszimmer
- Sanitärbereich (in ausreichender Anzahl barrierefrei gestaltet) und Umkleideräume für Damen und Herren mit abschließbaren Schrankfächern
- Küche (auch extern, bei guter Erreichbarkeit und organisatorischer Gewährleistung)
- Empfangs- und Wartebereich
- Ruhe-, Entspannungs-, Regenerationsbereich
- Aufenthalts- und Versorgungsbereich
- externe Bewegungsmöglichkeiten durch Einbeziehung von Freigelände
- Personalaufenthaltsraum
- für Verwaltungsaufgaben.

Die Räume müssen barrierefrei zugänglich sein.

Die **apparative** Ausstattung muss die Diagnostik und Therapie der speziellen Funktionsstörungen nach aktuellem Wissensstand sowie die Notfallversorgung gewährleisten, z.B.

- Notfallausrüstung
- Ausstattung für psychologische Testdiagnostik und Übungen (incl. PC gestützt)
- Ergotherapeutische Ausstattung incl. Bürotrainingsplätze
- Ausstattung für Physio- und Bewegungstherapie.

6.4 Regionale Einbindung / Verbundstrukturen / Rehabilitandenbezogene Kooperation

Durch zweckmäßige Organisations- und Kooperationsformen ist sicherzustellen, dass die Rehabilitation als integraler Bestandteil der regionalen Versorgungsstruktur zur möglichst raschen und dauerhaften Eingliederung der Rehabilitanden beiträgt. Die RPK kooperiert rehabilitandenbezogen mit Einrichtungen und Diensten in dessen Wohnort.

Als eigenständige Einrichtung vernetzt sich die RPK mit den niedergelassenen Fachärzten/Psychotherapeuten und Kliniken, den Diensten und Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation sowie den betrieblichen und psychosozialen Diensten in der Region und kooperiert mit den Selbsthilfegruppen. Sie beteiligt sich ggf. am Gemeindepsychiatrischen Verbund.

7. Zuständigkeit der Rehabilitationsträger

Für **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** in der RPK ist bei Erfüllung der jeweiligen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen zuständig

- a) der Rentenversicherungsträger, wenn zu erwarten ist, dass durch die Leistung
 - die erheblich gefährdete oder bereits geminderte Erwerbsfähigkeit des psychisch kranken oder behinderten Menschen wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann
 - oder
 - bei einer bereits geminderten Erwerbsfähigkeit des psychisch kranken oder behinderten Menschen deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann.

- b) der Krankenversicherungsträger, wenn die Voraussetzungen zur Durchführung der medizinischen Rehabilitationsleistungen durch den Rentenversicherungsträger nicht erfüllt sind, die Leistung aber erforderlich ist, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern.

Für **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** ist bei Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der gesetzlichen Rentenversicherung der Rentenversicherungsträger zuständig. In den übrigen Fällen ist dies im Regelfall die Bundesagentur für Arbeit (Agentur für Arbeit), sofern nicht ein anderer Rehabilitationsträger nach § 6 SGB IX zuständig ist.

Daneben können im Einzelfall z.B. die Beihilfe, private Versicherungen auch die Kosten übernehmen.

8. Verfahren bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

8.1 Verfahren bei Einleitung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Der Antrag ist vor Einleitung der beabsichtigten medizinischen Rehabilitationsleistung bei dem voraussichtlich zuständigen Rehabilitationsträger zu stellen. Es gilt das Verfahren nach § 14 SGB IX.

Dem Antrag sind beizufügen

- Gutachten/Stellungnahmen⁹ des bisher behandelnden psychiatrischen Krankenhauses oder der bisher behandelnden psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses oder des bisher behandelnden Facharztes¹⁰
- sonstige vorliegende ärztliche Gutachten und Befundberichte
- Gutachten/Stellungnahmen der voraussichtlich aufnehmenden RPK nach persönlicher Vorstellung

über die medizinische Notwendigkeit der Durchführung der Leistung in einer RPK einschließlich der Prognose auch bezüglich der Erwerbsfähigkeit (vgl. Ziffer 2.3).

Um eine ausreichende sozialmedizinische Qualität zu gewährleisten, müssen Gliederung und Anforderungsprofil der Gutachten/Stellungnahmen den gängigen Standards¹¹ entsprechen. Darin wird in Bezug auf die ICF zu folgenden Bereichen Stellung genommen

- psychiatrische Diagnose nach ICD 10-GM
- Beschreibung der Schädigungen sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe
- Krankheitsvorgeschichte
- schulische und berufliche Vorgeschichte
- aktueller psychopathologischer Befund
- Motivation und Lebensplanung
- Indikation.

⁹ Die trägerspezifischen Verfahren sind zu berücksichtigen.

¹⁰ Hierbei sind insbesondere die in der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Rehabilitations-Richtlinien zu beachten.

¹¹ vgl. Empfehlungen für die sozialmedizinische Beurteilung psychischer Störungen – Hinweise zur Begutachtung, DRV-Schrift Band 30, Oktober 2001; Leitfaden zur Begutachtung von Psychisch Kranken/Behinderten für die Aufnahme in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte (RPK)

Daraus abgeleitet werden Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit, -prognose und zu Rehabilitationszielen.

Fachärztliche psychiatrische Gutachten/Stellungnahmen werden mit dem Rehabilitationsantrag des Betroffenen dem zuständigen Leistungsträger zur Entscheidung vorgelegt.

8.2 Zwischenbericht

Die RPK erstellt jeweils nach Ablauf von drei Monaten, jedoch spätestens zwei Wochen vor Ablauf des Bewilligungszeitraums, bei besonderer Aufforderung auch früher, einen Zwischenbericht über die bisher durchgeführten Maßnahmen und deren Ergebnisse, der eine ausführliche Stellungnahme über die Rehabilitationsfähigkeit des Rehabilitanden sowie insbesondere eine Prognose über den weiteren Rehabilitationsverlauf und die Erwerbsfähigkeit enthält.

Mit dem Zwischenbericht ist von der RPK zugleich ein Vorschlag zur Frage der Verlängerung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ggf. auch ein Vorschlag zur Frage der Einleitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu unterbreiten. Die nach der Lage des Einzelfalls erforderlich gehaltenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind in dem Vorschlag genau zu begründen.

8.3 Weiteres Verfahren in den Fällen der Einleitung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch den Krankenversicherungsträger

Nach Vorliegen des Zwischenberichts überprüft der Krankenversicherungsträger nach Einholung eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes seine Leistungszuständigkeit. Hält er die gesetzlichen Leistungsvoraussetzungen der Rentenversicherung für gegeben, leitet er den Antrag mit allen Gutachten umgehend an den zuständigen Rentenversicherungsträger weiter und macht einen Erstattungsanspruch nach § 105 SGB X ab dem Datum des Zwischenberichtes geltend.

Der Rentenversicherungsträger entscheidet innerhalb von zwei Wochen darüber, ob die Voraussetzungen der §§ 10 und 11 SGB VI erfüllt sind und teilt dieses dem Krankenversicherungsträger mit. Liegen die Voraussetzungen der §§ 10 und 11 SGB VI nicht vor, ent-

scheidet der Krankenversicherungsträger darüber, ob die Leistung zur medizinischen Rehabilitation unter den Voraussetzungen der §§ 11 SGB V i.V.m. 40 SGB V weitergeführt werden können. Der Rentenversicherungsträger entscheidet ggf. über die Umdeutung des Rehabilitationsantrages in einen Rentenanspruch gem. § 116 SGB VI.

8.4 Weiteres Verfahren in den Fällen der Einleitung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch den Rentenversicherungsträger

Nach Vorliegen des Zwischenberichts überprüft der Rentenversicherungsträger – ggf. nach Einholung weiterer Gutachten – seine Leistungszuständigkeit. Hält er die gesetzlichen Leistungsvoraussetzungen der Rentenversicherung weiter für gegeben, führt er die Leistung fort. Sind die gesetzlichen Leistungsvoraussetzungen nicht mehr gegeben, leitet er den Antrag mit allen Gutachten umgehend an den zuständigen Krankenversicherungsträger weiter und macht einen Erstattungsanspruch nach § 105 SGB X ab dem Datum des Zwischenberichtes geltend. Der Rentenversicherungsträger entscheidet ggf. über die Umdeutung des Rehabilitationsantrages in einen Rentenanspruch gem. § 116 SGB VI.

Der Krankenversicherungsträger entscheidet innerhalb von zwei Wochen, ob die Voraussetzungen der §§ 11 SGB V i.V.m. 40 SGB V erfüllt sind, und unterrichtet innerhalb dieser Frist den Rentenversicherungsträger über seine Entscheidung.

Teilt der Krankenversicherungsträger mit, dass die Voraussetzungen der §§ 11 SGB V i.V.m. 40 SGB V nicht erfüllt sind, beendet der Rentenversicherungsträger die Leistung.

8.5 Abschluss der medizinischen Rehabilitation

Am Ende der Leistung erstellt die Rehabilitationseinrichtung unter Berücksichtigung der trägerspezifischen Anforderungen¹² spätestens innerhalb von zwei Wochen einen Bericht über den Verlauf der Leistung.

Schwerpunkte sind

- rehabilitationsbegründete Diagnosen
- Rehabilitationsergebnis mit Empfehlungen für weitere Leistungen

¹² vgl. „Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht – Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung“, BfA, 2001 bzw. Rehabilitations-Richtlinien der gesetzlichen Krankenversicherung

- sozialmedizinische Beurteilung und Prognose für die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- durchgeführte rehabilitativ-therapeutische Leistungen.

Wenn Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben notwendig sind, wird so rechtzeitig vor Ablauf der Leistung zur medizinischen Rehabilitation ein Antrag bei dem zuständigen Leistungsträger gestellt, dass diese sich nahtlos anfügen können.

9. Verfahren bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

9.1 Verfahren bei Einleitung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Auf der Basis der Ergebnisse der medizinischen Rehabilitation wird mit Beginn der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben von der Rehabilitationseinrichtung gemeinsam mit dem Rehabilitanden der individuelle Rehabilitationsplan fortgeschrieben und um einen individuellen beruflichen Förderplan ergänzt, der vom zuständigen Rehabilitationsträger zu genehmigen ist. Dieser wird laufend fortgeschrieben.

Bei der Beantragung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der RPK werden im Sinne einer größtmöglichen Transparenz die Rehabilitanden auf die Zusammenarbeit von Einrichtung, Rentenversicherungsträger und Agentur für Arbeit in ihren unterschiedlichen Formen wie Berichten und Fachausschusssitzungen hingewiesen.

Zur Klärung der Motivation und Mitwirkung der Rehabilitanden sollte schon bei der Erstellung des Förderplans eine Zielvereinbarung, nach Möglichkeit auch schriftlich, abgeschlossen werden.

Die RPK legt dem Träger der medizinischen Rehabilitation in der Regel spätestens sechs Wochen vor Beendigung der medizinischen Leistung einen Befundbericht mit Aussagen zur Belastbarkeit vor, aus dem sich ergibt, ob und ggf. welche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach Abschluss der medizinischen Leistung angeregt werden.

Führt der Rentenversicherungsträger die medizinische Leistung in der RPK durch, sind grundsätzlich auch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gem. § 11 Abs. 2 a Nr. 2 SGB VI erfüllt. Er prüft daher - ggf. unter Hinzuziehung weiterer Gutachten -, ob und wann die Einleitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Betracht kommen und erteilt dem Rehabilitanden einen förmlichen Bescheid.

Führt der Krankenversicherungsträger die medizinische Leistung in der RPK durch und werden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben angeregt, unterrichtet er unverzüglich den voraussichtlich zuständigen Träger der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter Beifügung der vorhandenen Unterlagen.

Sofern die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des § 11 SGB VI für die Leistung zur medizinischen Rehabilitation zwar erfüllt waren, aber die persönlichen Voraussetzungen des § 10 SGB VI zum Zeitpunkt der Beantragung verneint wurden und nunmehr eine positive Prognose hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit vorliegt (Erstattungsfall gemäß Ziffer 8.3), oder eine Rente wegen Erwerbsminderung bezogen wird, ist der Rentenversicherungsträger für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständig. In diesen Fällen leitet der Krankenversicherungsträger den entsprechenden Befundbericht an den Rentenversicherungsträger weiter.

9.2 Abschluss der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Am Ende der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erstellt die Rehabilitationseinrichtung innerhalb von zwei Wochen nach Abschluss der Leistung einen Bericht über den Verlauf und das Ergebnis.

Einen Schwerpunkt bilden sozialmedizinische Aussagen zur Erwerbsfähigkeit, zu Voraussetzungen einer möglichst langfristig erfolgreichen beruflichen Eingliederung und zu dem tatsächlichen Stand der beruflichen und sozialen Integration.

Wesentliche Bestandteile des Abschlussberichts sind weiterhin Aussagen, inwieweit weiterführende Qualifikationsmaßnahmen wie Ausbildung, Umschulung oder Fortbildungen angeschlossen werden sollen. Dies kann z.B. der Fall sein, wenn der Ursprungsberuf krankheits- bzw. behinderungsbedingt nicht mehr ausgeübt werden kann, bisher kein Berufsabschluss erreicht werden konnte und bei Vorliegen einer weiteren Rehabilitationsnotwendigkeit infolge der psychischen Erkrankung eine weiterführende Qualifizierung für eine langfristige Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erfolgversprechend erscheint.

Sofern keine nahtlose Arbeitsaufnahme zu erwarten ist, wird zum Zwecke einer erfolgversprechenden anschließenden Arbeits- und Ausbildungsvermittlung die Bundesagentur für Arbeit ebenfalls über das Ergebnis informiert. Hierzu ist das Einverständnis des Rehabilitanden erforderlich.

10. Beendigung der Leistungen zur Teilhabe

Die Leistungen sind zu beenden, wenn sich erst während der Leistungen zur Teilhabe die unter Ziffer 2.5 genannten Ausschlusskriterien zeigen, oder wenn das Rehabilitationsziel erreicht ist, oder die medizinischen bzw. beruflichen Voraussetzungen nicht mehr vorliegen. Dies gilt auch wenn sich herausstellt, dass das Rehabilitationsziel nicht erreicht werden kann.

11. Dokumentation und Qualitätssicherung

11.1 Dokumentation

Für jeden Rehabilitanden ist eine Dokumentation anzulegen, aus der alle rehabilitationsrelevanten Diagnosen, Befunde sowie die durchgeführten/geplanten Therapieformen entnommen werden können, um den Rehabilitationsprozess transparent und vergleichbar zu machen. Die Dokumentation muss insbesondere umfassen

- den individuellen Rehabilitationsplan des Rehabilitanden betreffend Art, Häufigkeit und Intensität der Behandlungselemente
- die Teilnahmedokumentation des Rehabilitanden in einem Behandlungsheft/Rehabilitationstagebuch
- sämtliche erhobene anamnestische Daten, klinische Befunde und deren Interpretation
- das definierte Rehabilitationsziel und die Bewertung des Rehabilitationserfolges durch Zwischenuntersuchungen in bestimmten Zeitabständen sowie die Abschlussuntersuchung/-befundung
- die Angaben zu den Visiten und Teambesprechungen/Fallkonferenzen
- den Entlassungsbericht.

11.2 Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung bezogen auf RPK-Einrichtungen orientiert sich an der „Gemeinsamen Empfehlung Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 1 SGB IX“, die am 01. Juli 2003 in Kraft getreten ist. Zur Beurteilung der Strukturqualität beschreibt die Rehabilitationseinrichtung ne-

ben ihren Ressourcen das personelle, fachliche, methodische und organisatorische medizinische und berufliche Konzept zur Rehabilitation.

Zur Beurteilung der Prozessqualität wird der Rehabilitationsprozess in den Verlaufsberichten und Abschlussberichten der medizinischen und beruflichen Rehabilitation dokumentiert.

Zur Beurteilung der Ergebnisqualität werden die Prozessergebnisse, das erreichte individuelle Leistungsprofil, die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und die entsprechenden Empfehlungen der Einrichtung individuell im Abschlussbericht der Leistungen zur Teilhabe ausgewertet und an den zuständigen Leistungsträger weitergegeben.

12. Anerkennung als RPK

Die zuständigen Stellen der Vereinbarungspartner verständigen sich darauf, welche Einrichtungen die sich aus dieser RPK-Empfehlungsvereinbarung ergebenden Anforderungen erfüllen.

Hierzu muss sich jede Einrichtung zur Einhaltung der durch die RPK-Empfehlungsvereinbarung und die ergänzenden Regelungen ergebenden Verpflichtungen schriftlich verpflichten, die entsprechenden Vereinbarungen zur Dokumentation und Qualitätssicherung zu erfüllen.

Die Verständigung nach Satz 1 gilt bezüglich der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch als einvernehmliche Bewertung dieser Einrichtungen als vergleichbare Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation im Sinne des § 35 SGB IX.

13. Überprüfung

Die Partner der Vereinbarung werden auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation nach Ablauf von drei Jahren oder auf Antrag eines Vereinbarungspartners auch vorher prüfen, ob die Vereinbarung aufgrund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen verbessert oder wesentlich veränderten Verhältnissen angepasst werden muss.

14. In-Kraft-Treten und Kündigung

Diese Vereinbarung tritt am 01. Juli 2006 in Kraft.

Die Vereinbarung kann von jedem Vereinbarungspartner jeweils bis zum 30. September eines Kalenderjahres gekündigt werden.