

QUALITÄTS- UND LEISTUNGSKRITERIEN

für die ambulante und teilstationäre Rehabilitation

Foto: Klinik Barmelweid



SWISS REHA, Vereinigung der Rehabilitationskliniken der Schweiz, Postfach, 5001 Aarau, Telefon 062 836 40 90, info@swiss-reha.com, www.swiss-reha.com

Foto: RehaClinic



1.	Einleitung	2
2.	Abgrenzung Rehabilitation – Übergangspflege – Kur – ambulante Therapie	3
3.	Abgrenzung stationäre – teilstationäre – ambulante Rehabilitation	5
3.1.	Ambulante interdisziplinäre Rehabilitation	5
3.2.	Teilstationäre Rehabilitation	6
3.3.	Profilbeschreibung stationäre – teilstationäre – ambulante Rehabilitation	8
3.4.	Übersicht: Medizinische Notwendigkeit einer stationären – teilstationären – ambulanten Rehabilitation	11
4.	Definition teilstationäre Rehabilitation	15
5.	Ambulante Rehabilitation	15
5.1.	Fachspezifische Aspekte der ambulanten Rehabilitation	16
6.	Voraussetzungen für die ambulante Rehabilitation	17
6.1.	Fachliche Voraussetzungen (Kompetenz je nach Art des rehabilitativen Fachgebiets)	17
6.2.	Organisatorische Voraussetzungen	17
6.3.	Qualitative Voraussetzungen	17
6.4.	Geriatrische Rehabilitation	20
6.5.	Internistische und onkologische Rehabilitation	22
6.6.	Kardiovaskuläre Rehabilitation	24
6.7.	Muskuloskelettale Rehabilitation	26
6.8.	Neurologische Rehabilitation	28
6.9.	Pädiatrische Rehabilitation	30
6.10.	Paraplegiologische Rehabilitation	32
6.11.	Psychosomatische Rehabilitation	34
6.12.	Pulmonale Rehabilitation	36

1. Einleitung

Ziel dieses Konzepts zur ambulanten Rehabilitation ist es, schweizweit vergleichbare Qualitätskriterien für die ambulante und teilstationäre Rehabilitation in Ergänzung zur stationären Rehabilitation zu etablieren. Dazu sollen fachliche, organisatorische und qualitative Voraussetzungen erarbeitet werden. Die möglichst offenen Formulierungen sollen helfen, keinen Eindruck eines eng geschnürten Korsetts oder übermässiger Administration zu machen, sondern Raum für gute, erfolgreiche Rehabilitation, patientenzentriertes Arbeiten und neue Entwicklungen offenzulassen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert die Rehabilitation 2012 folgendermassen: «Rehabilitation of people with disabilities is a process aimed at enabling them to reach and maintain their optimal physical, sensory, intellectual, psychological and social function levels. Rehabilitation provides disabled people with the tools they need to attain independence and selfdetermination» [1].

Die letzten Jahre haben eine Entwicklung zur Ergänzung der etablierten, mehrheitlich stationären Rehabilitationsangebote (häufig aus ehemaligen Bäderkliniken, Tuberkulosekliniken oder peripheren Akutspitälern entwickelte moderne Rehabilitationskliniken) mit ambulanten, wohnortnahen Konzepten gezeigt. Grundsätzlich sind die Voraussetzungen sowohl ambulant wie

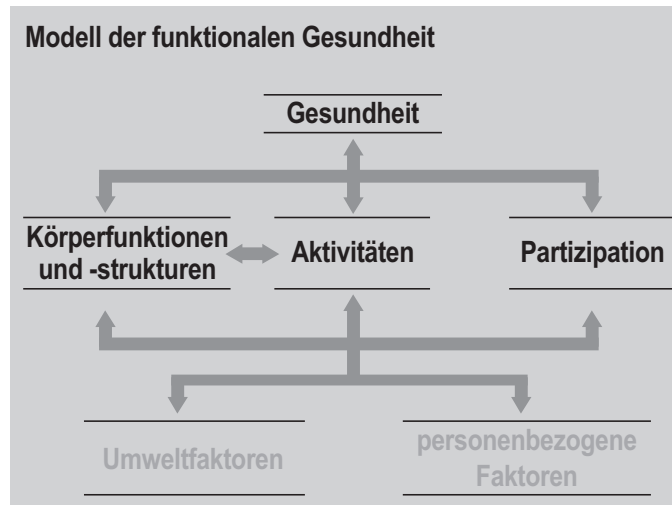


Abb. 1: Modell der funktionalen Gesundheit gemäss ICF-Kriterien (DefReha®)

stationär dieselben, und insbesondere basieren die Überlegungen in der Rehabilitation des Erwachsenen auf der **International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)** (Abb. 1) und im Kindes- und Jugendalter auf der **International**

Classification of Functioning, Disability and Health, Children & Youth Version. Hierbei steht die Wiedererlangung der Partizipationsfähigkeit des zu rehabilitierenden Individuums im Zentrum des Interesses, welche mit einem interdisziplinären, integrativen, das Individuum ganzheitlich betrachtenden Ansatz am besten erreicht werden kann.

Dementsprechend und um ein bereits rollendes Rad nicht neu zu erfinden, lehnt sich dieses vorliegende Konzept an Schweizer Bemühungen um die stationäre Rehabilitation in den letzten Jahren, insbesondere an das Dokument DefReha® Version 1.0 vom 19.9.2013 [2], an. Zur Vermeidung von Doppelspurigkeiten werden die Vorgaben von ST Reha (Spitaltaxmodell Rehabilitation) und dem Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sowie TarReha (Tarifvertrag betreffend Erbringung und Abgeltung ambulanter, interdisziplinärer, nicht ärztlicher Leistungen in der Neurorehabilitation und in der muskuloskelettalen Rehabilitation) [3] berücksichtigt.

2. Abgrenzung Rehabilitation –

Übergangspflege – Kur – ambulante Therapie

Bevor innerhalb der Rehabilitation eine Abgrenzung zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Leistungserbringung gemacht wird, soll im Rahmen dieses Papiers der guten Ordnung halber auch geklärt werden, was

nicht Rehabilitation darstellt, obwohl es teilweise bewusst oder unbewusst so genannt wird.

■ Leistungen der Akut- und Übergangspflege nach Art. 25a Abs. 2 KVG, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenversicherung und vom Wohnkanton des Versicherten während längstens zweier Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a KVG) vergütet. Dabei beziehen sich diese Regeln ausschliesslich auf die pflegerischen Leistungen, nicht jedoch auf die Kosten für die Hotellerie. Übergangspflege findet dann statt, wenn

- die medizinisch oder psychiatrisch pflegerische Situation der Patienten stabil ist;
- ein Austritt aus dem Akutspital stattfinden soll;
- weiterhin mobilisierende und somatische oder psychiatrische Pflege notwendig ist, die ein Spitalarzt verordnet und diese im Vordergrund steht;
- kein Langzeitpflegeaufenthalt absehbar ist;
- keine Indikation für eine Rehabilitation vorliegt;
- die Übergangspflege zeitlich begrenzt ist;

- der Wille des Patienten zur Übergangspflege und zur Wiedererlangung der Autonomie und Selbstversorgung vorliegt.

Übergangspflege verfügt in der Regel über keine ärztliche Leistung. Es besteht in der Regel auch keine Therapie-Programm-Akkreditierung als Grundlage.

Bzgl. der Finanzierungsströme nach KVG kann die Situation der Akut- und Übergangspflege wie folgt dargestellt werden:

Tabelle 1: Finanzierungsregeln nach Krankenversicherungsgesetz (KVG)

	Spital (Somatik, Rehabilitation, Psychiatrie, Spezialkliniken)	Akut- und Übergangspflege	Langzeitpflege	Arzt/Spital ambulant
Pflege (i.w.S.)	Listenspital: – Kanton mind. 55 % – Krankenversicherer max. 45 % Vertragsspital: – Krankenversicherer max. 45 % – Rest: VVG oder Selbstzahlung	Maximal während 2 Wochen analog zum Akutspital	Krankenversicherer leistet Beitrag an die Pflege (Patientenanteil bis zu 20 %, mit Höchstgrenze)	Krankenversicherer gemäss Tarif
Betreuung	Analog wie Pflege	Patient (subsidiär öffentliche Hand)	Patient (subsidiär öffentliche Hand)	
Hotellerie	Analog wie Pflege	Patient (subsidiär öffentliche Hand)	Patient (subsidiär öffentliche Hand)	

- Bei Kuren stehen in der Regel die Vorsorge bzw. Stärkung einer (geschwächten) Gesundheit oder die Unterstützung der Genesung bei Krankheiten und Leiden verschiedener Art durch die Anwendung ortsspezifischer Heilmittel (z. B. Quellen, Puloide, Klima, Meerwasser) im Rahmen des Aufenthalts in einem Kurort oder Heilbad im Vordergrund. Gemäss eidgenössischem Krankenversicherungsgesetz (KVG) wird für Kurverfahren ein Beitrag von CHF 10 pro Tag (pauschal) für maximal 21 Tage pro Kalenderjahr entrichtet, zuzüglich Kosten für Arzt, Medikamente und Physiotherapien.
- Ambulante Therapieangebote (monodisziplinäre Einzelpraxen oder auch «Therapiezentren») unterscheiden sich von ambulanten Rehabilitationszentren insbesondere dadurch, dass sie keine interdisziplinär koordinierten Dienste anbieten bzw. nicht unter ärztlicher Leitung stehen.

3. Abgrenzung stationäre – teilstationäre – ambulante Rehabilitation

Es ist grundsätzlich zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Rehabilitation im Sinne eines abgestuften Leistungskonzeptes zu unterscheiden. Es bestehen Gemeinsamkeiten dieser drei Stufen hinsichtlich des Verständnisses von Rehabilitation und insbesondere des interdisziplinären Ansatzes sowie des Denkens in den Kategorien der ICF.

3.1. Ambulante interdisziplinäre Rehabilitation

Die ambulante Rehabilitation grenzt sich von einer monodisziplinären und oftmals eindimensional ausgerichteten Behandlungsmodalität wie beispielsweise einer ambulanten Physio- oder Ergotherapie respektive Logopädie ab. Die ambulante interdisziplinäre Rehabilitation vereint rehabilitationsmedizinisch relevante Berufsgruppen wie Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie, Sozialdienst und ärztliche Leistungen unter einem Dach. Es werden in regelmässigen Teamsitzungen gemeinsame Ziele festgelegt. Der Verlauf wird dokumentiert und von einem Rehabilitationsarzt koordiniert. Es finden mehrere Therapieeinheiten pro Tag unter dem gleichen Dach und unter koordinierter, strukturierter Organisation statt. Zudem sind die Funktionseinschränkungen der betroffenen Personen so ausgeprägt, dass ein monodisziplinärer Ansatz mit zwei bis drei Behandlungsstunden pro Woche nicht ausreichend ist.

Die ambulante Rehabilitation ist vielfältiger als die stationäre oder teilstationäre Rehabilitation und kennt auch Spezialgebiete wie die Rehabilitation von Menschen mit Seheinschränkungen oder Hör- oder Sprachbehinderungen. Auch die Mitbeachtung präventiver Aspekte im Rahmen des interdisziplinären Ansatzes ist sinnvoll. Zudem sind neue Programme (z. B. Diafit, PAVK-Rehabilitation) in Entwicklung. Hingegen ist der Schwere-

grad von Krankheiten und der Grad der Funktionseinschränkungen der Patienten in der ambulanten Rehabilitation – und somit die Behandlungsintensität – geringer als in der stationären oder teilstationären Rehabilitation.

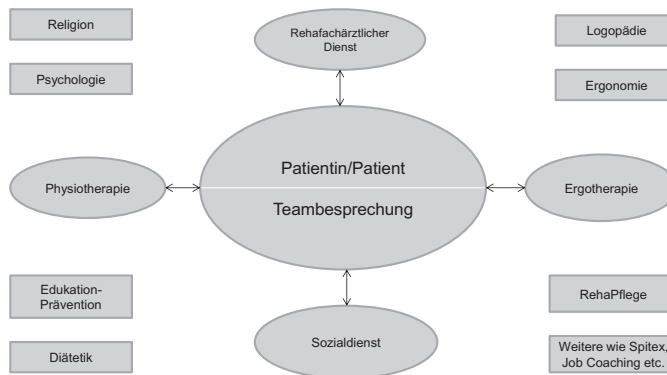
3.2. Teilstationäre Rehabilitation

Die teilstationäre Rehabilitation grenzt sich ebenso wie die ambulante Rehabilitation von einer monodisziplinären, eher eindimensional ausgerichteten Behandlungsmodalität ab. Im Gegensatz zu der ambulanten Rehabilitation ist die teilstationäre Rehabilitation stärker an die stationären Behandlungskonzepte angelehnt und weist in der Regel höhere Behandlungsintensitäten pro Woche auf. Dennoch sind der Schweregrad von Krankheiten und der Grad der Funktionseinschränkungen bei einer Gesamtbetrachtung des einzelnen Patienten in der teilstationären Rehabilitation geringer als in der stationären Rehabilitation.

Die wichtigen Definitionen, welche beispielsweise auch im Dokument DefReha® (Seiten 9–10) [2] beschrieben sind, wie der Rehabilitationsbedarf, die Rehabilitationsfähigkeit, das Rehabilitationspotenzial, die Rehabilitationsprognose sowie die generellen Ziele der Rehabilitation gelten gleichermaßen für die ambulante und teilstationäre Rehabilitation.

Heute ist die stationäre Rehabilitation – abgesehen von direkten Hausarztzuweisungen – vorwiegend eingebettet in einen

Abb. 2 Netzwerk in der Rehabilitation



Patientenpfad (eine Abbildung solcher Patientenpfade besteht für einzelne Erkrankungen und wäre generell wünschenswert, sprengt aber den Rahmen des vorliegenden Papiers), der meistens vom Akutspital über die Rehabilitationsklinik zur Selbstständigkeit führt; dementsprechend sind die Schnittstellen zwischen Akutsomatik und Rehabilitation entscheidende Punkte, welche in DefReha® eingehend beschrieben sind.

Zunehmend wird auch der Übergang vom Akutspital in eine ambulante oder teilstationäre Rehabilitation möglich sein und dürfte auch in Patientenpfade eingebettet werden. Daneben werden diese Angebote auch Patientinnen und Patienten zugute kommen, die nicht unbedingt vorgängig in einem Akutspital hospitalisiert waren. Insofern ist der Zielsetzung und der Behandlungsplanung sowie einem initialen Assessment zu Beginn der ambulanten bzw. teilstationären Rehabilitation und im Verlauf grosse Bedeutung zuzumessen.

Die ambulante und teilstationäre Rehabilitation kann grundsätzlich in folgenden Situationen in Betracht kommen:

- Bei fehlender Spitalbedürftigkeit anstelle einer stationären Rehabilitationsmassnahme als eigenständiges interdisziplinäres Konzept bei Patienten, bei denen die Schwere von Krankheiten bzw. der Grad an Funktionseinschränkungen weniger stark ausgeprägt ist;
- zur Verkürzung einer stationären Rehabilitationsmassnahme dank ambulanter Fortsetzung eines stationär begonnenen Rehabilitationsprogramms;
- im Anschluss an eine stationäre Rehabilitationsmassnahme.

Die Entwicklung der ambulanten und teilstationären Rehabilitation in der Schweiz wird aktuell noch behindert, da koordinierte rehabilitative Leistungen nicht tarifiert sind (Ausnahme: TarReha) [3]. Aus den Einzelleistungen ergibt sich jedoch selten eine kostendeckende Finanzierung. Zudem beteiligt sich im stationären Bereich der Wohnortkanton des Versicherten bei Listenspitälern ab dem Jahr 2017 mit mindestens 55 Prozent an den leistungsorientierten Pauschalen für die KVG-pflichtigen Leistungen (vorher kann es je nach Kanton auch weniger als 55 Prozent sein), während im ambulanten Bereich der Versicherer die volle Finanzierung übernimmt.

Das vorliegende Konzept soll dazu beitragen, Leistungsdefinitionen zu schaffen, welche in Zukunft mit entsprechenden Tarifen hinterlegt werden können.

Für den Entscheid zwischen einer stationären oder ambulanten oder teilstationären Rehabilitation ist die Spitalbedürftigkeit (Schweregrad der Krankheiten und Ausmass der Funktionseinschränkung, Therapieintensität, Unselbstständigkeit, Pflege- und Betreuungsbedarf, sozialmedizinischer Kontext) ein wichtiges Kriterium. An dieser Schnittstelle kommt dem Rehabilitationsmediziner eine bedeutende Funktion zu.

3.3. Profilbeschreibung stationäre – teilstationäre – ambulante Rehabilitation

Tabelle 2: Profilbeschreibung nach Leistungsarten

	Einzeltherapie	Rehabilitation		
	Ambulante Physio-, Ergo- oder weitere Therapie	Ambulante Rehabilitation	Teilstationäre Rehabilitation	Stationäre Rehabilitation
Fachlich	Eine Fachdisziplin (mono-disziplinär)	Minimale (4) Anzahl von Fachdisziplinen	Minimale (4) Anzahl von Fachdisziplinen	Minimale (4) Anzahl von Fachdisziplinen
Organisatorisch	Organisatorisch selbstständig; auf ärztliche Anordnung oder im ärztlichen Auftrag tätig	Unter rehabilitativ-ärztlicher Leitung; Vernetzung der einzelnen Disziplinen – Informationsfluss – Teambesprechung	Unter rehabilitativ-ärztlicher Leitung; an eine Rehabilitationsklinik oder an eine Rehabilitations-Abteilung räumlich angegliedert, welche die SW!SS-Reha-Qualitätskriterien erfüllt; Vernetzung der einzelnen Disziplinen vor Ort – Informationsfluss – Teambesprechung	Unter rehabilitativ-ärztlicher Leitung; an eine Rehabilitationsklinik oder an eine Rehabilitationsabteilung räumlich angegliedert, welche die SW!SS-Reha-Qualitäts-Kriterien erfüllt; Vernetzung der einzelnen Disziplinen vor Ort – Informationsfluss – Teambesprechung

	Einzeltherapie	Rehabilitation		
	Ambulante Physio-, Ergo- oder weitere Therapie	Ambulante Rehabilitation	Teilstationäre Rehabilitation	Stationäre Rehabilitation
Qualitativ	Fachdisziplinbezogenes Assessment	Standardisiertes multi- oder interdisziplinäres Assessment. Strukturierter Zielsetzungsprozess.	Standardisiertes multi- oder interdisziplinäres Assessment. Strukturierter Zielsetzungsprozess.	Standardisiertes multi- oder interdisziplinäres Assessment. Strukturierter Zielsetzungsprozess.
Patientinnen- und Patientenbezogen	«Unimodale» Behinderung; bei Selbstständigkeit; der/die Patient/-in kommt für die ambulante Behandlung und geht danach wieder nach Hause	Komplexe Behandlung; moderate Therapieintensität; oft bei Selbstständigkeit; der/die Patient/in. kommt für die Rehabilitationseinheiten und geht danach wieder nach Hause	Keine Spitalbedürftigkeit aus medizinischer und pflegerisch-therapeutischer Sicht; komplexe Behandlung; moderate Therapieintensität; oft bei eingeschränkter Selbstständigkeit, jedoch ausreichender medizinischer Stabilität;	Spitalbedürftigkeit; komplexe Behandlung; bis maximale Therapieintensität; bei weitgehender Unselbstständigkeit (Pflegebedürftigkeit) oder bei intensiver Motivationsbedürftigkeit (z. B. Schmerz, psychosomatisch);

QUALITÄTS- UND LEISTUNGSKRITERIEN

für die ambulante und teilstationäre Rehabilitation

	Einzeltherapie	Rehabilitation		
	Ambulante Physio-, Ergo- oder weitere Therapie	Ambulante Rehabilitation	Teilstationäre Rehabilitation	Stationäre Rehabilitation
			der/die Patient/-in kommt morgens und geht gleichentags abends nach Hause, sofern keine Verschlechterung des Gesundheitszustands eintritt (in diesem Fall erfolgte eine stationäre Aufnahme); er/sie verfügt über eine feste Tagesstruktur an der Rehabilitationsklinik/-abteilung	der/die Patient/-in bleibt über Nacht in der Rehabilitationsklinik/-abteilung, weil er/sie spitalbedürftig ist.
Vorteile	Einfach, wo angebracht kosteneffizient	Wohnortnähe; Einbezug des sozialen Umfeldes; Job Coaching	Optimale Variante mit gesteigerter Therapieintensität einschliesslich Simulation und teilweise echtem Einbezug von Alltag und Beruf	Optimale Variante mit grösstmöglicher Therapieintensität und Motivation, Pflegeangebot

3.4 Übersicht: Medizinische Notwendigkeit einer stationären – teilstationären – ambulanten Rehabilitation

Die Feststellung der medizinischen Notwendigkeit einer stationären, teilstationären oder ambulanten Rehabilitation bestimmt sich grundsätzlich nach objektiven Massstäben aufgrund des Wissens- und Kenntnisstandes des verantwortlichen Arztes zum Zeitpunkt der Behandlung. Der Entscheid über die Behandlungsform erfolgt idealerweise im Rahmen einer interdisziplinären Gesamtschau. Unterschiedliche Merkmalsausprägungen können ausschlaggebend für die Zuteilung sein (Korrektive aufgrund medizinischer Notwendigkeit).

Wie bereits oben erwähnt kann eine teilstationäre Rehabilitation Behandlungsintensitäten abdecken, welche mit einem stationären Setting vergleichbar sind. Unterscheidungsmerkmal bildet dabei in der Regel die höhere Partizipationsfähigkeit des Patienten, die mehr Autonomie und damit auch erst die teilstationäre Behandlung ermöglicht.

Die Rehabilitationsbedürftigkeit und das erforderliche Rehabilitationssetting leiten sich neben sozialen Kriterien insbesondere aus der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen **Gesamtsicht** ab.

Tabelle 3: Rehabilitationsleistungspalette

Kriterium	Ambulante Rehabilitation	Teilstationäre Rehabilitation	Stationäre Rehabilitation
Aufenthaltsdauer pro Tag	einzelne Behandlungssettings	< 24 Stunden	24 Stunden
Notwendigkeit einer Tagesstruktur	nein	ja	ja
Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld	nein	ja	i.R. kein Kriterium
Unterkunft	nein	nein (Ruheraum)	ja
Verpflegung	nein	ja (i.d.R. 1 gemeinsame Mahlzeit)	ja (Vollpension)

Kriterium	Ambulante Rehabilitation	Teilstationäre Rehabilitation	Stationäre Rehabilitation
Ärztlicher Support/Notwendigkeit ständiger ärztlicher Überwachung planbar	planbar	planbar und während der Behandlungsphasen jederzeit rasch verfügbar	24 Stunden pro Tag/kurze Interventionszeit/engmaschige ärztliche Überwachung
(Rehabilitations-) Pflegerischer Support/Überwachung/Notwendigkeit pflegerischer Betreuung	i.d.R. nicht notwendig	teilweise notwendig/planbar/Training bzw. Anleitung der Betroffenen und Angehörigen	24 Stunden pro Tag/kurze Interventionszeit/aktivierende Rehabilitationspflege
Rund-um-die-Uhr-Versorgung/kontinuierliche Überwachung der Vitalparameter/ununterbrochene Anwesenheit des Patienten notwendig	nein	nein	Rund-um-die-Uhr-Versorgung: ja; Überwachung der Vitalparameter: teilweise; ununterbrochene Anwesenheit: teilweise; stundenweise Abwesenheit in Begleitung (Fachperson oder nach spezieller Instruktion)
Klinischer Zustand	stabil	weitestgehend stabil	instabil oder noch unsichere Stabilität
Behandlungs-/Therapieintensität	eine oder mehrere Einzel-/Gruppensitzungen über gewissen Zeitraum	über gewissen Zeitraum in einzelnen Intervallen (Behandlungstage/regelmässig wiederkehrend)	über gewissen Zeitraum ununterbrochen sichergestellte Behandlung resp. Beobachtung

Kriterium	Ambulante Rehabilitation	Teilstationäre Rehabilitation	Stationäre Rehabilitation
Komplikationsrisiko	gering	gering bis mittel	mittel bis hoch
Belastbarkeit physisch	z. B. 6-Minuten-Gehtest/ Balance Assessments/Back Performance Scale/EFL/HAQ	z. B. 6-Minuten-Gehtest/ Balance Assessments/Back Performance Scale/EFL	z. B. 6-Minuten-Gehtest/ Balance Assessments/Back Performance Scale/EFL
Belastbarkeit psychisch/psychische Stabilität/Partizipationsgrad	z. B. FIM: kognitive Beeinträch- tigung Punkte 30–35 (minimal bis leicht)	z. B. FIM: kognitive Beein- trächtigung Punkte 11–29 (mittel bis schwer)/Punkte 30–35 (leicht) (kann leicht sein, z. B. bei kardiovaskulärem Reha-Tages- programm)	z. B. FIM: kognitive Beein- trächtigung (leicht bis schwer) (keine Einschränkung, da u. a. z. B. bei kardiovaskulärer Reha der kognitive FIM auch leicht sein kann)
Autonomie/Selbständigkeit	z. B. Assessment wie FIM 6–7 (pro Item)	z. B. Assessment wie FIM ca. 4–7 (pro Item)	z.B. Assessment wie FIM 1–7 (pro Item)
Morbidität (CIRS-G)	gering (CIRS-G bis Stufe 2)	mittelgradig (CIRS-G bis Stufe 3)	hoch (CIRS-G bis Stufe 4)

Kriterium	Ambulante Rehabilitation	Teilstationäre Rehabilitation	Stationäre Rehabilitation
Komorbiditäten/relevante Begleiterkrankungen	nein	mit bis mittelgradiger Auswirkung auf Beeinträchtigung	ja
Beeinträchtigung durch Schmerzen (falls zutreffend; nach SF-36)	bis gering	bis mittelgradig	bis ausgeprägt
Beeinträchtigung durch verminderte Mobilität/Kontrakturen (nach SF-36)	bis gering	bis mittelgradig	bis ausgeprägt
Kontextfaktoren (Umwelt- und personenbezogene Faktoren)	keine schweren, negativ wirkenden umwelt- oder personenbezogenen Kontextfaktoren	keine schweren, negativ wirkenden umwelt- oder personenbezogenen Kontextfaktoren	Auch schwere, negativ wirkende umwelt- oder personenbezogene Kontextfaktoren können vorhanden sein.
Versorgung im Rahmen rehabilitativer Spezialangebote: u. a. interdisziplinäre Therapieprogramme wie z. B. kardiovaskuläres Programm/Schmerzprogramme usw.	nein	ja	ja

4. Definition teilstationäre Rehabilitation

Die teilstationäre Rehabilitation ist definiert als Rehabilitationsprozess, der in eine Tagesstruktur mit permanenter ärztlicher, therapeutischer und wenn notwendig auch pflegerischer Betreuung integriert ist. Sie benötigt eine eigenständige behindertengerechte Infrastruktur mit Räumlichkeiten für die begleitenden therapeutischen Aktivitäten, Raum für gemeinsames Essen, idealerweise als therapeutische Struktur eine eigene Küche, eigene Duschen und Toiletten sowie Räume mit Liegen für die Ruhephasen.

Es müssen alle rehabilitativen Therapiefachbereiche inklusive Sozialdienst unmittelbar erreichbar zur Verfügung stehen in der gleichen Qualität, wie sie für die stationäre Rehabilitation gefordert ist. Das Rehabilitationsteam steht unter ärztlicher Leitung, wobei dieselben fachlichen Qualifikationen wie für das entsprechende Fachgebiet der stationären Rehabilitation gefordert sind. Auch die Prozessqualität unterscheidet sich nicht von der stationären Rehabilitation.

Die Rehabilitationsindikationen betreffen medizinisch ausreichend stabile Patientinnen und Patienten, die Zu Hause wohnen und übernachten können. Es bestehen Einschränkungen in den ADL oder anderweitige (dann meist) kognitive Funktionsdefizite mit ausgewiesenem Rehabilitationspotenzial, die zusätzlich zu multimodalen Therapieprogrammen auch eine therapeutische

Tagesstruktur benötigen. Die Tagesstruktur beinhaltet neben den spezifischen Therapien Alltagstraining, Sozial- und Verkehrstraining, berufsbezogenes Training sowie vorüberflüchtige Eingliederungsmassnahmen. Der Transport zwischen Wohnort und der teilstationären Institution muss sichergestellt sein.

Die teilstationäre Rehabilitation ist zwischen der ambulanten und der stationären Rehabilitation anzusiedeln. Auch wenn im eidgenössischen Krankenversicherungsgesetz dieser Begriff mit der Neuregelung der Spitalfinanzierung gestrichen worden ist, kann eine Abgrenzung zu ambulanten und stationären Behandlungen vollzogen werden, wie die Tabellen 2 und 3 zeigen. Wesentlichen Unterschied zur ambulanten Rehabilitation bildet der Umstand, dass teilstationäre Rehabilitation in der aktuellen juristischen Definition einer Klinikstruktur bedarf; wesentlicher Unterschied zur stationären Behandlung, dass der Schweregrad von Krankheiten und der Grad der Funktionseinschränkungen der Patienten geringer ist und die Patienten nicht über Nacht bleiben müssen.

5. Ambulante Rehabilitation

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf die ambulante Rehabilitation. Diese Voraussetzungen gelten auch sinngemäss für die teilstationäre Rehabilitation.

Die besondere Ausrichtung und die Vorteile der ambulanten Rehabilitation liegen in der Wohnortnähe mit unmittelbarem Einbezug des Umfeldes sowohl der Bezugspersonen und der betreuerisch notwendigen Ressourcen wie auch der ergonomischen Anpassung der örtlichen Verhältnisse und dem direkten Umsetzen von Aktivitäten und Partizipation. Die Möglichkeit der Integration des persönlichen Umfeldes in der ambulanten Rehabilitation stellt einen medizinischen Vorteil dar. Zudem kann – wenn auch nicht im KVG verankert – in der ambulanten Rehabilitation das Ziel, den Krankheitsverlauf längerfristig günstig zu beeinflussen, mit präventionsorientierten Programmen angesteuert werden. Ökonomisch dürfte sich das Potenzial der Wohnortnähe auch hinsichtlich Arbeitsplatzgestaltung und Arbeitswiedereingliederung (Job Coaching vor Ort) vorteilhaft niederschlagen.

5.1. Fachspezifische Aspekte der ambulanten Rehabilitation

Um optimale Synergien zu schaffen, lehnt sich dieses Konzept mit Qualitäts- und Leistungskriterien für die ambulante Rehabilitation eng an das 3. Kapitel des Dokumentes DefReha® [2] an. Somit hält es sich an die Abfolge der in der Schweiz aufgezählten Rehabilitationsarten (1.– 9.) und übernimmt in stark gekürzter Form die Definition der Rehabilitationsart und die Ziele der Behandlung.

Für die ambulante Rehabilitation werden – entscheidend – die fachlichen, organisatorischen und qualitativen Voraussetzungen angeführt.

Absicht des vorliegenden Konzepts ist es, den Schwerpunkt auf Qualitätsmerkmale und das fachspezifische Assessment zu setzen. Die strukturellen Merkmale sollen bei der ambulanten Rehabilitation möglichst offen und entwickelbar gehalten werden.

Literatur

[1] <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>
(01.05.2014)

Definition der WHO von 2012 (auf Website unter «Health Topics»)

Frühere Version: WHO: Disability prevention and rehabilitation. Technical Report Series 668. Genf. 1981. Seite 9.

[2] DefReha® Version 1.0 vom 19.09.2013
http://www.hplus.ch/de/publikationen/fachpublikationen/einzelansicht_produkte/nocache/1/?productuid=273

[3] TarReha
http://www.hplus.ch/de/dienstleistungen/andere_tarife/andere_ambulante_tarife/tarreha_uv_iv_mv/

6. Voraussetzungen für die ambulante Rehabilitation

6.1. Fachliche Voraussetzungen (Kompetenz je nach Art des rehabilitativen Fachgebiets)

- Fachärzte/Fachärztinnen mit mindestens 2-jähriger Rehabilitationserfahrung, in fester Anstellung von minimal 50 % und den jeweils genannten Facharzttiteln, Schwerpunkten oder Fähigkeitsausweisen
- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Ergonomie
- Arbeitsintegration/Berufstherapie
- Orthopädietechnik
- Psychologie/Neuropsychologie
- Logopädie
- Ernährungsberatung
- Sozialarbeit
- Rehabilitationspflege (z. B. spezialisierte Spitex)
- Minimale Anzahl: **mindestens 4** der oben genannten Fachdisziplinen bilden den festen Bestandteil des Rehabilitationsteams, welches unter **ärztlicher Leitung** steht.

6.2. Organisatorische Voraussetzungen

- Dokumentierte Koordination und Informationsfluss im Rehabilitationsteam
- Minimale Intensität von Behandlungseinheiten: mindestens wöchentlich 10 Behandlungseinheiten pro Patient während der Phase der ambulanten Rehabilitation¹
- Vernetzung der einzelnen Fachdisziplinen, mindestens einmal monatlich Teambesprechung/Teammeeting/zielorientierte Behandlungskoordination

6.3. Qualitative Voraussetzungen

- Minimal 2 der jeweils genannten Assessments pro Patient und Phase
- Generisches und fachspezifisches Assessment initial
- Generisches und fachspezifisches Assessment im Verlauf (ca. alle 4 Wochen)
- Generisches und fachspezifisches Assessment final
- Strukturierter Zielsetzungsprozess, welcher Struktur- und Funktionsziele in einen klaren Bezug zu übergeordneten Aktivitäts- und Partizipationszielen setzt und diese zeitlich etappiert und kontrolliert

¹ Danach ist z. B. eine Behandlung mit ambulanter Einzeltherapie möglich.





6.4. Geriatrische Rehabilitation



(a) Definition

Die geriatrische Rehabilitation befasst sich mit Menschen im höheren Lebensalter, deren Rehabilitationsbedarf sich aus der aktiven Multimorbidität und Gebrechlichkeit ergibt. Das Vorliegen eines weiteren geriatrischen Merkmals, der Instabilität, kann rehabilitative Massnahmen erschweren, insbesondere in einem ambulanten Umfeld.

(b) Ziele

Erreichen der grösstmöglichen Selbstständigkeit und Unabhängigkeit des Menschen in seinem Lebensumfeld sowie Reduktion von Pflege- und Betreuungsaufwand. Vermeiden einer Pflegeheimplatzierung. Grösstmögliche Teilhabe am sozialen Leben.

(c) Fachliche Voraussetzungen

(1) Obligatorisch:

- minimale Anzahl der genannten Disziplinen: 4
- Facharzt/Fachärztin mit Schwerpunkt Geriatrie und mindestens 2 Jahren Rehabilitationserfahrung oder Facharzt/Fachärztin PMR mit Erfahrung in Geriatrie
- Physiotherapie und/oder Ergotherapie

(2) Vertraglich geregelter Zugang zu:

- Ergonomie
- Arbeitsintegration/Berufstherapie
- Orthopädietechnik
- Psychologie
- Logopädie
- Ernährungsberatung
- Sozialarbeit
- Rehabilitationspflege (z. B. spezialisierte Spitex)

- (d) Organisatorische Voraussetzungen
 - geregelter Informationsfluss
 - mindestens 10 Behandlungseinheiten pro Woche und Patient
 - mindestens 1 Teambesprechung pro Monat

- (e) Qualitative Voraussetzungen
 - minimal 2 der genannten Assessments, je ein generisches und fachspezifisches
 - Health Assessment Questionnaire (HAQ) oder PPT 7
 - Fear Avoidance Belief Questionnaire (FABQ)
 - 6-Minuten-Gehtest
 - Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
 - Demenzscreening (z.B. MMS, Uhrtest, DemDect etc.)
 - Nutritional Risk Screen
 - Depressionsscreening

6.5. Internistische und onkologische Rehabilitation



(a) Definition

Die internistische sowie die onkologische Rehabilitation befassen sich mit Menschen, welche wegen mehrerer internmedizinischer oder onkologisch/hämatologischer Krankheitsbilder, Komorbiditäten oder als Folge deren Behandlungen einschliesslich chirurgischer Eingriffe einen koordinierten, interdisziplinären Rehabilitationsansatz unter ärztlicher Führung und Überwachung benötigen.

(b) Ziele

Verbesserung der funktionellen Einschränkungen sowie Verbesserung der Aktivitäten im Alltag, in der Berufswelt und in der Partizipation.

(c) Fachliche Voraussetzungen

(1) Obligatorisch:

- minimale Anzahl der genannten Disziplinen: 4
- Facharzt/Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin (AIM) oder Facharzt/Fachärztin Onkologie mit mindestens 2 Jahren Rehabilitationserfahrung oder Facharzt/Fachärztin PMR mit mindestens 2 Jahren Erfahrung in AIM
- Physiotherapie und/oder Ergotherapie

(2) Vertraglich geregelter Zugang zu:

- Ergonomie
- Arbeitsintegration/Berufstherapie
- Orthopädietechnik
- Psychologie
- Logopädie
- Ernährungsberatung
- Sozialarbeit
- Rehabilitationspflege (z. B. spezialisierte Spitex)

- (d) Organisatorische Voraussetzungen
 - geregelter Informationsfluss
 - minimal 10 Behandlungseinheiten pro Woche und Patient
 - mindestens eine Teambesprechung pro Monat

- (e) Qualitative Voraussetzungen
 - minimal 2 der genannten Assessments, je ein generisches und fachspezifisches
 - ESAS-Score, allenfalls WHODAS II
 - ECOG/Karnofsky oder adaptierter ECOG
 - 6-Minuten-Gehtest
 - Timed get up and go test
 - EFL
 - weitere Assessments je nach Problematik

6.6. Kardiovaskuläre Rehabilitation



Foto: RehaClinic

(a) Definition

Die kardiovaskuläre Rehabilitation und Prävention befasst sich mit Menschen mit primär kardiovaskulären Erkrankungen wie Infarkt, akutes Koronarsyndrom, stabile KHK, nach Operationen am Herzen und an den Gefässen, beim Vorhandensein multipler Risikofaktoren (ausgeprägtes Risikoprofil), bei Herzinsuffizienz und bei anderen durch Rehabilitation günstig zu beeinflussenden Herz-Kreislaufkrankheiten (z. B. PAVK, Lungenembolie).

(b) Ziele

Verbesserung der Lebensqualität, Verbesserung der Prognose und Beitrag zur Kostenstabilität.

(c) Fachliche Voraussetzungen (gem. Richtlinien SAKR)

(1) Obligatorisch:

- Leitung durch Facharzt/Fachärztin Kardiologie mit Aus- und Fortbildung in kardiovaskulärer Rehabilitation und Prävention und mindestens 2 Jahren Rehabilitationserfahrung
- Physiotherapie:
 - mindestens Leitung der Bewegungstherapie durch speziell ausgebildete Herztherapeuten/innen (SAKR oder eine äquivalente, von der SAKR anerkannte Ausbildung), der während der Aktivitäten in der Regel präsent sein muss. Es müssen 16 h/Credits anerkannte Fortbildung per 2 Jahre absolviert werden (automatisch anerkannt: Europrevent, SGK-Jahresversammlung, SKG-anerkannte Fortbildungen im Rehabereich, Fortbildungen der Swiss Cardiovascular Therapists (SCT).
- Edukation, Prävention (durch Arzt oder Pflegende mit spezialisierter Nachdiplomausbildung in kardiovaskulärer Prävention und Beratung)
- Ernährungsberatung

- Psychologe (Umgang mit Stress, Krankheitsverarbeitung, Depressionsscreening)
- (2) Vertraglich geregelter Zugang zu:
 - Sozialarbeit
 - Rauchstoppberatung
- (d) Organisatorische Voraussetzungen
 - geregelter Informationsfluss
 - Reanimationsbereitschaft während der Aktivitäten: mindestens 2 Personen anwesend, welche in CPR inkl. Defibrillation ausgebildet sind. Defibrillator vor Ort. Regelmässige Schulung der beteiligten Mitarbeiter in BLS (4x/Jahr).
 - Die Dauer eines ambulanten Rehabilitationsprogramms beträgt je nach Intensität des Behandlungsangebotes zwischen zwei und sechs Monaten. Es beinhaltet mindestens 36 nicht ärztliche Sitzungen à 2 Einheiten, d. h. 72 Einheiten mit:
 - 64 Einheiten Physiotherapie (Ausdauer, Kraft, Koordination/ Gleichgewicht, Aussenaktivität), davon 1 Einheit Entspannung pro Woche (in den 36 Sitzungen eingeschlossen);
 - 6 Einheiten Ernährungsberatung;
 - 2 Einheiten psychologische Gruppenberatung.
 - 1 Einheit ärztliche Gruppenkonsultation/Woche (Präventionsschulung oder Gruppenbegleitung)
 - zusätzlich für Raucher Rauchstoppberatung individuell oder in Gruppen, im Programm selber oder in Zusammenarbeit mit einer qualifizierten Einrichtung
- (e) Qualitative Voraussetzungen
 - Messung der Outcomequalität:
 - Fahrrad-Ergometrie oder 6-Minuten-Gehtest bei Ein- und Austritt
 - Messung der Lebensqualität: MacNew Heart oder HeartQoL bei Ein- und Austritt
 - Risikoprofil bei Ein- und Austritt
 - Teilnahme an der jährlichen Datenerhebung der SAKR (SAKR-Statistik)
 - Ein- und Austrittsuntersuchung, Abschlussbericht inkl. Empfehlungen für die weitere Betreuung

6.7. Muskuloskelettale Rehabilitation



(a) Definition

Die muskuloskelettale Rehabilitation befasst sich mit Menschen mit teils chronischen, teils akuten ossären, artikulären, vertebralen und/oder Weichteil bezogenen teils entzündlichen, teils degenerativen, teils postoperativen sowie posttraumatischen muskuloskelettalen Beeinträchtigungen.

(b) Ziele

Möglichst vollständige Wiedererlangung der ursprünglichen Funktionsfähigkeit sowie Erlernen eines ergonomisch günstigen Verhaltens und Prophylaxe.

(c) Fachliche Voraussetzungen

(1) Obligatorisch:

- minimale Anzahl der genannten Disziplinen: 4
- Facharzt/Fachärztin PMR oder Facharzt/Fachärztin Rheumatologie mit mindestens 2 Jahren Rehabilitationserfahrung oder Facharzt/Fachärztin Orthopädie mit mindestens 2 Jahren Rehabilitationserfahrung
- Physiotherapie und/oder Ergotherapie

(2) Vertraglich geregelter Zugang zu:

- Ergonomie
- Arbeitsintegration/Berufstherapie
- Orthopädietechnik
- Psychologie
- Ernährungsberatung
- Sozialarbeit
- Rehabilitationspflege (z. B. spezialisierte Spitex)

- (d) Organisatorische Voraussetzungen
 - geregelter Informationsfluss
 - minimal 10 Behandlungseinheiten pro Woche und Patient
 - mindestens eine Teambesprechung pro Monat

- (e) Qualitative Voraussetzungen
 - minimal 2 der genannten Assessments,
je ein generisches und fachspezifisches
 - FIM oder PPT 7 oder Health Assessment Questionnaire (HAQ)
 - Erweiterter Barthel Index (EBI)
 - Fear Avoidance Belief Questionnaire (FABQ)
 - 6-Minuten-Gehtest
 - Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
 - Basis EFL

6.8. Neurologische Rehabilitation



Foto: Reha Rheinfelden

(a) Definition

Die Neurorehabilitation befasst sich mit Menschen mit Erkrankungen und Schädigungen des zentralen und peripheren Nervensystems sowie den Folgen von neuromuskulären Erkrankungen.

(b) Ziele

Bestmögliche Wiederherstellung der körperlichen und seelischen Integrität.

(c) Fachliche Voraussetzungen

(1) Obligatorisch:

- minimale Anzahl der genannten Disziplinen: 4
- Facharzt/Fachärztin Neurologie mit mindestens 2 Jahren Rehabilitationserfahrung oder Facharzt/Fachärztin PMR mit mindestens 2 Jahren Erfahrung in Neurorehabilitation
- Physiotherapie und/oder Ergotherapie

(2) Vertraglich geregelter Zugang zu:

- Ergonomie
- Arbeitsintegration/Berufstherapie
- Orthopädietechnik
- Psychologie
- Neuropsychologie

- Logopädie
- Ernährungsberatung
- Sozialarbeit
- Rehabilitationspflege (z. B. spezialisierte Spitex)

(d) Organisatorische Voraussetzungen

- geregelter Informationsfluss
- minimal 10 Behandlungseinheiten pro Woche und Patient
- mindestens eine Teambesprechung pro Monat

(e) Qualitative Voraussetzungen

- minimal 2 der genannten Assessments,
je ein generisches und fachspezifisches
- Functional Independence Measure (FIM)
- erweiterter Barthel-Index (EBI)
- Health Assessment Questionnaire (HAQ)
- Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
- Berg Balance Scale (BBS)

6.9. Pädiatrische Rehabilitation



(a) Definition

Die pädiatrische Rehabilitation befasst sich mit Menschen mit angeborenen und erworbenen Krankheiten und Schädigungen von Organen und Organsystemen bei Kindern und Jugendlichen. Analog zu den unterschiedlichen Leistungsbereichen in der Erwachsenenrehabilitation orientiert sich die pädiatrische Rehabilitation auch an den Organ- und Organsystem bezogenen Krankheiten und Schädigungen mit spezialisierten Kindes- und

jugendlichengerechten Rehabilitationskonzepten, wie Neurologische Rehabilitation, neuroorthopädische Rehabilitation, muskuloskelettale Rehabilitation, pulmonale inklusive allergologische Rehabilitation, kardiale Rehabilitation, onkologische Rehabilitation oder dermatologische Rehabilitation.

(b) Ziele

Krankheiten, Krankheitssymptome und Schädigungen von Organen und Organsystemen sind bestmöglich geheilt. Die altersgemäss grösstmögliche Selbstständigkeit und Partizipationsfähigkeit, die Integration in eine adäquate Schule und die Aufnahmefähigkeit durch die Familie oder eine Nachfolgeinstitution, sind in Absprache mit den Eltern oder dem gesetzlichen Vertreter erreicht.

(c) Fachliche Voraussetzungen

(1) Obligatorisch:

- minimale Anzahl der genannten Disziplinen: 4
- Facharzt/Fachärztin Pädiatrie mit mindestens 2 Jahren Rehabilitations-erfahrung
- Physiotherapie und/oder Ergotherapie

(2) Vertraglich geregelter Zugang zu:

- Ergonomie

- Arbeitsintegration/Berufstherapie
 - Orthopädietechnik
 - Psychologie
 - Neuropsychologie
 - Logopädie
 - Ernährungsberatung
 - Sozialarbeit
 - Rehabilitationspflege (z. B. spezialisierte Kinderspitem)
- (d) Organisatorische Voraussetzungen
- geregelter Informationsfluss
 - minimal 10 Behandlungseinheiten pro Woche und Patient
 - mindestens eine Teambesprechung pro Monat
- (e) Qualitative Voraussetzungen
- minimal 2 fachlich adäquate Assessments,
je ein generisches und fachspezifisches

6.10. Paraplegiologische Rehabilitation



Foto: Schweizer Paraplegiker-Zentrum

(a) Definition

Die paraplegiologische Rehabilitation befasst sich mit Menschen mit Lähmungen an den oberen und unteren Extremitäten sowie am Rumpf, die in der Regel durch eine Störung im Bereich des Rückenmarks und der Cauda equina ausgelöst werden.

(b) Ziele

Sicherung und langfristige Stabilisierung der pulmonalen und

kardialen Vitalfunktionen, des autonomen Nervensystems und der Darmfunktion sowie weitestgehende Wiederherstellung der Blasenfunktion. Berufliche und soziale Reintegration, grösstmögliche Selbstständigkeit und vor allem Unabhängigkeit im Alltag in Abhängigkeit von der Lähmungshöhe und -ausprägung.

(c) Fachliche Voraussetzungen

(1) Obligatorisch:

- minimale Anzahl der genannten Disziplinen: 4
- Facharzt/Fachärztin PMR oder Innere Medizin oder Neurologie mit mindestens 2 Jahren Erfahrung in Paraplegiologie
- Physiotherapie und/oder Ergotherapie

(2) Vertraglich geregelter Zugang zu:

- Ergonomie
- Arbeitsintegration/Berufstherapie
- Orthopädietechnik
- Psychologie
- Neuropsychologie
- Logopädie
- Ernährungsberatung
- Sozialarbeit

- Rehabilitationspflege (z. B. spezialisierte Spitex)
- Arbeitsagogen, Berufs- und Laufbahnberater

(d) Organisatorische Voraussetzungen

- geregelter Informationsfluss
- minimal 10 Behandlungseinheiten pro Woche und Patient
- mindestens eine Teambesprechung pro Monat
- fachliche Anbindung an ein Querschnittszentrum, wobei die dezentrale Leistungserbringung durch spezialisierte Teams möglich ist

(e) Qualitative Voraussetzungen

- minimal 2 der genannten Assessments, je ein generisches und fachspezifisches
- ASIA-Klassifikation (American Spinal Injury Association)
- SCIM (spinal cord independence measure)
- Functional Independence Measure (FIM)
- erweiterter Barthel-Index (EBI)
- Muskel- und Gelenkstatus
- Grasp and Release Test im Zusammenhang mit Tetrahandchirurgie
- urodynamische Untersuchungen und neurourologische Therapien
- weitere Assessments je nach Problematik

6.11. Psychosomatische Rehabilitation



Foto: Klinik Barmelweid

(a) Definition

Die psychosomatische Rehabilitation befasst sich mit Menschen mit psychosomatischen oder somatopsychischen Erkrankungen. Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell entsprechend der ICF Definition bildet die konzeptuelle Grundlage der ambulanten psychosomatischen Rehabilitation.

(b) Ziele

Verbesserung des integralen körperlich-seelischen Gesundheitszustandes, Verbesserung der Krankheitsbewältigung, Aktivierung von eigenen Ressourcen und Ressourcen im Umfeld sowie Wiederherstellung/Verbesserung der Funktionsfähigkeit im Alltag, in Ausbildung und Beruf sowie in der sozialen Partizipation.

(c) Fachliche Voraussetzungen

(1) Obligatorisch:

- minimale Anzahl der genannten Disziplinen: 4
- Facharzt / Fachärztin PMR oder Allgemeine Innere Medizin oder Psychiatrie und Psychotherapie mit Fähigkeitsausweis SAPPm und mindestens 2 Jahren Rehabilitationserfahrung
- Physiotherapie und /oder Ergotherapie

(2) Vertraglich geregelter Zugang zur:

- Ergonomie
- Arbeitsintegration/Berufstherapie
- Orthopädietechnik
- Psychologie
- Neuropsychologie
- Logopädie

- Ernährungsberatung
 - Sozialarbeit
 - Musiktherapie
 - Kreativtherapie
 - Rehabilitationspflege (z. B. spezialisierte Spitex)
- (d) Organisatorische Voraussetzungen
- geregelter Informationsfluss
 - minimal 10 Behandlungseinheiten pro Woche und Patient
 - mindestens eine Teambesprechung pro Monat
 - Vernetzung der einzelnen Disziplinen einschliesslich monatlich zusätzlich zu einem Teammeeting eine interdisziplinäre Fallsupervision durch externe/n Supervisor/in
- (e) Qualitative Voraussetzungen
- minimal 2 fachlich adäquate Assessments, je ein generisches und fachspezifisches

6.12. Pulmonale Rehabilitation

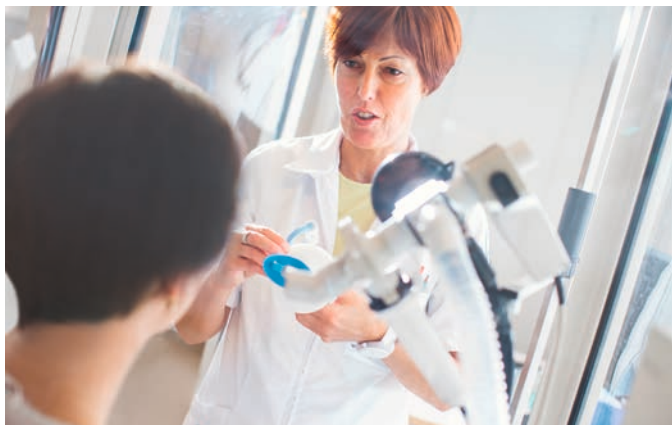


Foto: Klinik Barmelweid

(a) Definition

Die pulmonale Rehabilitation befasst sich mit Menschen mit akuten oder chronischen pulmonalen Erkrankungen.

(b) Ziele

Verbesserung der pulmonalen Symptomatik, Rückbildung der

Ateminvalidität, grösstmögliche Selbstständigkeit im Alltag sowie im Umgang mit der Behinderung.

(c) Fachliche Voraussetzungen

(1) Obligatorisch:

- minimale Anzahl der genannten Disziplinen: 4
- Facharzt/Fachärztin Pneumologie mit mindestens 2 Jahren Rehabilitationserfahrung
- Physiotherapie und/oder Ergotherapie

(2) Vertraglich geregelter Zugang zu:

- Psychologie
- Neuropsychologie
- Ernährungsberatung
- Sozialarbeit
- Rehabilitationspflege (z. B. spezialisierte Spitex)

(d) Organisatorische Voraussetzungen

- geregelter Informationsfluss
- minimal 10 Behandlungseinheiten pro Woche und Patient
- mindestens eine Teambesprechung pro Monat
- Trainingsangebote (Turnhalle, Kraftraum etc.)

- (e) Qualitative Voraussetzungen
- minimal 2 der genannten Assessments,
je ein generisches und fachspezifisches
 - Fahrrad-Ergometrie
 - 6-Minuten-Gehtest
 - Feeling Thermometer
 - Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)

Ausgabe 2016, genehmigt an der a. o. Generalversammlung
SW!SS REHA vom 17. November 2015

SW!SS REHA, Vereinigung der Rehabilitationskliniken der Schweiz
Postfach, 5001 Aarau
Telefon 062 836 40 90
info@swiss-reha.com, www.swiss-reha.com

Die führenden Rehabilitationskliniken der Schweiz

**SW!SS
REHA**