

MEDIZINISCHES LEISTUNGSPROFIL

Fachbereich Stütz- und Bewegungsapparat Rehabilitation

STRUKTUR-, PROZESS- UND ERGEBNISQUALITÄT

in Ergänzung des Erhebungsformulares des Hauptverbandes der
Österreichischen Sozialversicherungsträger und des Vertrages

Stand 09/2015

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
1. ALLGEMEINES	3
Ziele der stationären orthopädischen Rehabilitation (WHO – Phase II)	3
Rehabilitationsbedürftigkeit	3
Rehabilitationspotenzial	4
Rehabilitationsfähigkeit	4
Erstellung der Rehabilitationsziele	4
Krankengeschichte	5
Mitarbeit des Patienten	5
Mindest-Anforderungsprofil	5
Reguläre Dauer eines Rehabilitationsaufenthaltes	5
2. EINWEISUNGSKRITERIEN	6
Voraussetzungen	6
Indikationen	6
Absolute Kontraindikationen	6
Relative Kontraindikationen	6
3. STRUKTUR	7
Medizinisches Personal	7
Diagnostische Ausstattung / Diagnostik	9
Therapie	10
Räumliche Ausstattung	14
4. PROZESSQUALITÄT	14
Ärztliche Betreuung	15
Diagnostik	16
Therapie	17
Pflege	22
5. ERGEBNISQUALITÄT	23
Entlassungsbericht	23
Ergebnisanalyse	24
Patientenfragebögen	26
6. BEILAGEN	26
Entlassungsbericht	23
Ergebnisanalyse	24
Patientenfragebögen	26

MEDIZINISCHES LEISTUNGSPROFIL

Fachbereich Stütz- und Bewegungsapparat Rehabilitation

Soweit personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

1. ALLGEMEINES

ZIELE DER STATIONÄREN ORTHOPÄDISCHEN REHABILITATION (WHO – PHASE II)

- Bestmögliche Wiederherstellung der Gesundheit im Sinne des biopsychosozialen Krankheitsmodells (Restitutio ad Optimum) durch Einsatz eines interdisziplinären Rehabilitationsteams.
Im Sinne des ICF-Modells sollen dabei Schädigungen/Funktionsstörungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen der Teilhabe beseitigt, verbessert oder hintangehalten werden.
- Erstellung weiterführender Therapiekonzepte
- Kompetenzsteigerung (Empowerment) des Rehabilitanden im Umgang mit der Erkrankung durch Schulung und Entwicklung von Coping-Strategien
- Präventive Maßnahmen
- Möglichst weitgehende Reintegration in das soziale und berufliche Umfeld
- Vermeidung bzw. Verminderung der Pflegebedürftigkeit

1.2. REHABILITATIONSBEDÜRFTIGKEIT

Rehabilitationsbedürftigkeit ist dann gegeben, wenn bei Vorliegen von voraussichtlich nicht nur vorübergehenden Aktivitätsbeeinträchtigungen oder einer drohenden bzw. bereits eingetretenen Minderung der Leistungsfähigkeit ein umfassendes, multimodales, interdisziplinäres Rehabilitationskonzept im Rahmen der medizinischen Rehabilitation über die kurative Versorgung hinaus erforderlich ist, um ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern bzw. den Betroffenen möglichst dauerhaft (und möglichst ohne Betreuung und Hilfe) in das Erwerbsleben, die Gesellschaft und die Familie wieder einzugliedern.

1.3. REHABILITATIONSPOTENZIAL

Rehabilitationspotenzial ist dann gegeben, wenn durch Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation derartige Fähigkeitsstörungen und/oder soziale Beeinträchtigungen verhindert, beseitigt oder zumindest verringert werden können.

1.4. REHABILITATIONSFÄHIGKEIT

Rehabilitationsfähigkeit bedeutet, dass der Rehabilitand aufgrund seiner körperlichen und psychischen/geistigen Voraussetzungen in der Lage ist, an einer geeigneten medizinischen Rehabilitation aktiv teilzunehmen und mitzuarbeiten, um das Rehabilitationsziel (s. Punkt 1.5.) zu erreichen. Der Rehabilitand muss rehabilitationsmedizinische Maßnahmen in dem unter Punkt 4. beschriebenen Umfang absolvieren können.

Nichtvorhandensein bzw. Verlust der Rehabilitationsfähigkeit:

Ist primär oder im Verlauf des Rehabilitationsaufenthaltes erkennbar, dass keine Rehabilitationsfähigkeit (mehr) gegeben ist, hat der Ärztliche Leiter bzw. der verantwortliche Arzt einen vorzeitigen Abbruch aus medizinischen Gründen in Erwägung zu ziehen und umgehend einen Zwischenbericht an die Abteilung X-HSt. – Erweiterte Heilbehandlung und Rehabilitation der BVA zur weiteren Entscheidung zu senden. (Interimistische Erkrankungen, die in der Einrichtung behandelbar sind und deren Abklingen in 3-5 Tagen absehbar ist, fallen nicht unter diese Regelung.)

1.5. ERSTELLUNG DER REHABILITATIONSZIELE

Diese werden, unter Führung des Arztes, durch das Rehabilitationsteam (Punkt 3.1.8.) und den Rehabilitanden gemeinsam zu Beginn des Rehabilitations-Verfahrens erstellt – gegebenenfalls auch unter Miteinbeziehung der Angehörigen.

Dabei sind insbesondere folgende Punkte zu berücksichtigen:

- Patientenorientierte Therapiezielvereinbarungen, die die volle Zustimmung der Rehabilitanden haben.
- Erreichbarkeit
- Festlegung der zeitlichen Dimension (kurz-, mittel- und langfristige Ziele)
- Konsens im und Transparenz für das gesamte Rehabilitationsteam
- Dynamische Zielfestlegung, die Zieldefinition ist als Prozess zu sehen. Ziele können im Laufe der Rehabilitation modifiziert, aufgegeben und durch andere ersetzt werden. Adaptierungen der Rehabilitationsziele sind im Entlassungsbericht entsprechend zu dokumentieren und zu begründen.

1.6. KRANKENGESCHICHTEN

Der Rehabilitationsverlauf, sämtliche Untersuchungsergebnisse und

therapeutischen Maßnahmen sowie sonstige relevante Ereignisse (z. B. auch eventuelles Nichteinhalten medizinischer Anordnungen seitens des Rehabilitanden) sind durch Führung von Krankengeschichten zu dokumentieren. Dokumentation sowie die Aufbewahrung aller Unterlagen haben gemäß den gesetzlichen Bestimmungen zu erfolgen.

1.7. MITARBEIT DES PATIENTEN

Die Rehabilitanden sind entsprechend darüber zu informieren, dass ihre aktive Mitarbeit notwendig ist um die Rehabilitationsziele erreichen zu können. Es versteht sich von selbst, dass Therapie nicht gegen den Willen des Rehabilitanden realisierbar ist („Prinzip der Freiwilligkeit“). Eine entsprechende Mitarbeit des Rehabilitanden kann dadurch sichergestellt werden, dass das Prinzip der Freiwilligkeit in allen Schritten betont und realisiert wird.

1.8. MINDEST-ANFORDERUNGSPROFIL

Das dargestellte medizinische Leistungsprofil für Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates versteht sich als Mindest-Anforderungsprofil.

Indikationsspezifische Erweiterungen der Angebote in allen Bereichen tragen wesentlich zur Qualitätssteigerung bei und sind daher anzustreben.

Die personelle, räumliche und technische Ausstattung sowie das diagnostische, therapeutische und pflegerische Leistungsangebot müssen die Umsetzung des Rehabilitationskonzeptes ermöglichen und der Patientenzahl Rechnung tragen.

1.9. REGULÄRE DAUER EINES REHABILITATIONSAUFENTHALTES

Die reguläre Aufenthaltsdauer beträgt für Anschlussheilverfahren sowie für Nicht-Anschlussheilverfahren 22 Tage. (Frequenzangaben pro Aufenthalt bzw. pro Heilverfahren beziehen sich auf die reguläre Dauer und sind bei verlängerten Aufenthalten entsprechend anzupassen.)

Möglichkeit der Verlängerung eines Rehabilitationsaufenthaltes:

Wird das Rehabilitationspotenzial innerhalb der bewilligten Aufenthaltsdauer nicht ausgeschöpft, so kann bei der zuweisenden Landesstelle unter Vorlage eines Zwischenberichtes um Verlängerung angesucht werden.

2. EINWEISUNGSKRITERIEN

2.1. VORAUSSETZUNGEN

- Rehabilitationsbedürftigkeit

- Rehabilitationsfähigkeit / Therapiemotivation
- Positive Rehabilitationsprognose

2.2. INDIKATIONEN

- Entzündliche und degenerative Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates
- Zustand nach operativen Eingriffen am Stütz- und Bewegungsapparat inklusive Zustand nach Gliedmaßenamputation
- Verletzungsfolgen am Stütz- und Bewegungsapparat

2.3. ABSOLUTE KONTRAINDIKATIONEN

- Akute oder dekompensierte Krankheitszustände mit schweren Funktionseinschränkungen diverser Organsysteme, (z. B. Herz-, Nieren- und Leberinsuffizienz, akutes Querschnittsyndrom, unbehandelte hormonelle Entgleisungen, akute psychische Störungen)
- Floride Infektionskrankheiten und akute Entzündungsprozesse
- Belastende und intensive Therapieformen, die die Rehabilitationsfähigkeit wesentlich beeinträchtigen (z. B. nach Malignom)
- Marasmus
- Rehabilitanden, die auf Grund körperlicher oder psychischer/geistiger Beeinträchtigung nicht ausreichend belastbar und/oder nicht mobilisierbar sind, und daher die Einrichtungen der Rehabilitation nicht aktiv nützen können

2.4. RELATIVE KONTRAINDIKATIONEN

Erfordern eine individuelle Einschätzung der Rehabilitationsprognose bzw. eine individuelle Prüfung der Risiko-Konstellation durch die BVA, gegebenenfalls in Abstimmung mit der Einrichtung.

- Nicht ausreichende diagnostische Abklärung
- Dialysepatienten (enge Zusammenarbeit zwischen Rehabilitand, KV-Träger, Vertragseinrichtung und Dialysestation)
- Manifeste Immunschwäche
- Drogenabhängigkeit und Alkoholkrankheit
- Gravidität
- Massive Inkontinenz
- Malignome (gemäß 2.3.)
- Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (MRSA) -Träger: Aufnahme nur nach 3 negativen Abstrichen
- Extended spectrum β -Lactamase-Bildner (ESBL) -Träger
- In relevantem Ausmaß herabgesetztes Kommunikationsvermögen (z. B. fehlendes Sprachverständnis, Taub(stumm)heit), sodass ärztliche oder

therapeutische Anweisungen nicht zweifelsfrei verstanden und Auskünfte zur persönlichen Befindlichkeit nicht eindeutig gegeben werden können.

3. STRUKTUR

3.2. THERAPIE

3.3.1. Medikamentöse Therapie

Optimierung der medikamentösen Therapie des Grundleidens und eventueller Begleit- bzw. Folgeerkrankungen gemäß dem aktuellen (evidenzbasierten) medizinischen Wissensstand, den Leitlinien relevanter österreichischer Fachgesellschaften sowie unter Berücksichtigung allfälliger Empfehlungen der Konsiliarfachärzte.

Die Medikamente sind seitens der Vertragseinrichtung bereit zu stellen, wenn ein ursächlicher Zusammenhang mit dem Rehabilitationsaufenthalt besteht.

3.3.2. Sonstiges therapeutisches Angebot

Die folgenden Therapiegruppen sind dem Erhebungsformular des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger entnommen. Da in diesem Formular ein für alle Indikationen geltendes, eher breites Spektrum an Therapiemöglichkeiten aufgelistet wird, im Folgenden jedoch ein Mindestleistungsprofil für die Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates dargestellt wird, ist die Gruppennummerierung keine vollständige. Die Reihenfolge der einzelnen Gruppen entspricht nicht ihrer rehabilitationsmedizinischen Wertigkeit!

	Netto-Behandlungszeit (Minimum)
<u>Gruppe 1 – Heilmassage</u>	
- Manuelle Heilmassage Ganzkörper	25 Minuten
- Manuelle Heilmassage Teilkörper	17 Minuten
- Manuelle Lymphdrainage	25-45 Minuten
- Bindegewebsmassage	25 Minuten
- Apparative Druckwellenmassage	25 Minuten
- Unterwassermassage	20 Minuten
- Reflexzonenmassage	20 Minuten

Gruppe 2 – Heil- bzw. Krankengymnastik/medizinische Trainingstherapie

Heil- bzw. Krankengymnastik

- Heil- bzw. Krankengymnastik – Einzeltherapie 25 Minuten
(allgemeine und indikationsspezifische Bewegungstherapie)
- Heil- bzw. Krankengymnastik – Gruppentherapie 25 Minuten
(allgemeine und indikationsspezifische Bewegungstherapie) (max. 12 Personen)
- Skoliosebehandlung (max. 12 Personen) 25 Minuten
- Koordinations- und Gleichgewichtstraining 25 Minuten
(max. 12 Personen)

Medizinische Trainingstherapie

- Unterwassergehtraining (max. 12 Personen) 25 Minuten
- Fahrrad-Ergometertraining 20 Minuten Tr.HF
(Ausdauertraining) mit Frequenzsteuerung
- Laufband-Ergometertraining 20 Minuten Tr.HF
(Ausdauertraining) mit Frequenzsteuerung
- Nordic Walking (Ausdauertraining) 30-60-90 Minuten
zumindest in 2 Leistungsgruppen
(max. 12 Personen)
- Krafttraining – Einzeltherapie 25 Minuten
- Krafttraining – Gruppentherapie (max. 8 Personen) 25 Minuten

Andere Therapieformen

- Manualtherapeutische Therapiekonzepte 25 Minuten
(z. B. Maitland, Kaltenborn/Evient, Cyriax),
bzw. manuelle Medizin
- Gangschule / Beinprothesengebrauchstraining 25 Minuten

Gruppe 3 – Thermotherapie

- Wärmetherapie (trocken)
 - Wärmetherapie (feucht)
 - Kryotherapie (lokale Applikation)
 - Warm–Kalt–Wechseltherapie
 - Packungen
- } 15 Minuten
bzw.
individuell
nach
Verträglichkeit

Gruppe 4 – Elektrotherapie

- Niederfrequenzstromtherapie 15 Minuten
- Mittelfrequenzstromtherapie 15 Minuten
- Hochfrequenzstromtherapie 15 Minuten

- Kombinierte Anwendung verschiedener Frequenzbereiche inkl. Ultraschall (z. B. Sonodyn) 15 Minuten

Gruppe 5 – Ultraschalltherapie

- Ultraschalltherapie 8 Minuten

Gruppe 7 – Hydrophysikalische Therapie

- Unterwasserheilgymnastik – Einzeltherapie 25 Minuten
- Unterwasserheilgymnastik – Gruppentherapie (max. 8 Personen) 25 Minuten
- Unterwasserdruckstrahlmassage 10 Minuten
- Hydroelektrisches Voll-/Teilbad 15 Minuten
- Moorschwebstoffbad 15 Minuten bzw.
- Kohlensäurebad nach individueller
- Medizinalbad mit Zusätzen (z. B. Moor, Sole) Verträglichkeit

Gruppe 9 – Ergotherapie

- Gelenkschutzunterweisung (Praxis) (max. 6 Personen) 25 Minuten
- Rückenschule bzw. Ergonomieunterweisung (Praxis) (max. 12 Personen) 25 Minuten
- Funktionstraining – Einzeltherapie 25 Minuten
- Funktionstraining – Gruppentherapie (max. 12 Personen) 25 Minuten
- Lagerungsschienen/dynamische Schienen individuell
- Selbsthilfetaining (ADL-Training, s. auch Pflege) individuell
- Hilfsmittelabklärung, -beratung, -training individuell
- Arbeitsplatzberatung individuell

Gruppe 10 – Orthopädietechnik

- Feinabstimmung aller Gehhilfen/Rollstuhl
 - Prothetische Versorgung (Beratung, Anpassung, Versorgung, Training, Kontrolle)
 - Orthesenzurichtung (Beratung, Anpassung, Versorgung, Training, Kontrolle)
 - Funktionsverband
- individuell
nach
Notwendigkeit

Gruppe 12 – Klinische und Gesundheitspsychologie

- Klinisch-psychologische Beratung / Einzel 25 Minuten

- Klinisch-psychologische Beratung / Gruppe (max. 25 Personen) 50 Minuten
- Gesundheitspsychologische Beratung / Einzel 25 Minuten
- Gesundheitspsychologische Beratung / Gruppe (max. 25 Personen) 50 Minuten
- Biofeedback 30 Minuten
- Entspannungsverfahren (max. 15 Personen) 50 Minuten

Gruppe 13 – Ernährung

- Ernährungsberatung – Einzeltherapie 25 Minuten
- Ernährungsberatung – Gruppentherapie (max. 25 Personen) 50 Minuten

Gruppe 15 – Indikationsspezifische Schulungen

Indikationsspezifische und allgemeine Vorträge

(Inhalte siehe Punkt 4.3.5)

- Indikationsspezifische Schulungen / Einzel 25 Minuten
- Indikationsspezifische Schulungen / Gruppe (max. 25 Pers.) 50 Minuten
- Indikationsspezifische Vorträge / Gruppe (über 25 Pers.) 50 Minuten
- Vorträge zur allgemeinen Gesundheitsförderung / Gruppe (über 25 Personen) 50 Minuten
- Raucherberatung 50 Minuten

Gruppe 16 – Sonstiges

- Beratung durch den Sozialarbeiter / Einzel individuell
- Angehörigenberatung / Einzel 30 Min./individuell
- Initiierung von Nachsorgemaßnahmen / Einzel individuell
(z. B. fachärztliche Betreuung, benötigte Heilbehelfe und Hilfsmittel, Psychologische bzw. psychotherapeutische Betreuung, Selbsthilfegruppen)

3.3.3. Therapiebetrieb

Montag bis Freitag: vor- und nachmittags

Samstag und Feiertag: vormittags

Sonntage sowie An- und Abreisetage können therapiefrei bleiben.

3.4. RÄUMLICHE AUSSTATTUNG

3.4.1. Überwachungseinheit

Mindestens 2 Betten mit Überwachungsmöglichkeit.

Gewährleistung der permanenten Patientenüberwachung durch entsprechend qualifiziertes Personal.

3.4.2. Patientenzimmer

Ausstattung mit elektrisch oder hydraulisch verstellbaren Pflegebetten:

Mindestens 2 Betten pro 100 Betten; 2 sind jedenfalls vorzuhalten.

Zumindest teilweise Rollstuhlgängigkeit der Zimmer.

3.4.3 Diagnostik und Therapie

Sämtliche für Diagnostik, Therapie und Pflege gemäß 3.2., 3.3. und 4.2. erforderliche Räumlichkeiten, technische Ausstattung sowie Utensilien.

Insbesondere:

- Räumlichkeiten für ärztliche Untersuchungen, Beratungen und Behandlungen
- Räumlichkeiten für Notfallsbehandlung
- Räumlichkeiten für Pflegemaßnahmen
- Räumlichkeiten für Funktionsdiagnostik (in der Vertragseinrichtung oder in Kooperation mit externen Anbietern – s. Punkt 3.2.2.)
- Räumlichkeiten für Einzel- und Gruppentherapien (Physio- und Ergotherapie)
- Räumlichkeiten für Bewegungs- und medizinische Trainingstherapie inkl. Geräte und Utensilien
- Räumlichkeiten für Einzel- und Gruppenberatungen und Schulungen sowie für Vorträge (mit audiovisuellen Medien)
- Bewegungsbecken und/oder Schwimmbecken für Unterwassertherapie und für freies Schwimmen
- Hublift
- Orthopädiewerkstätte (in der Vertragseinrichtung oder in Kooperation mit externen Anbietern)

4. PROZESSQUALITÄT

Sämtliche rehabilitationsmedizinischen Maßnahmen haben dem jeweils aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft zu entsprechen.

4.1. ÄRZTLICHE BETREUUNG

Der Arzt führt das Rehabilitationsteam und trägt für dieses und die gesamte medizinische Betreuung der Rehabilitanden die Gesamtverantwortung.

Die ärztliche Betreuung umfasst – sowohl hinsichtlich des Grundleidens als auch hinsichtlich eventueller Begleit- und Folgeerkrankungen – die ärztlichen Untersuchungen/Visiten, die Erstellung bzw. Anpassung des medikamentösen Therapieplans sowie die Mitwirkung an der Erstellung bzw. Anpassung des Rehabilitationsplanes.

4.1.1. Ärztliche Untersuchungen / Visiten

Pro Rehabilitand und Rehabilitationsverfahren sind zumindest 5 ärztliche Untersuchungen bzw. Zimmervisiten durchzuführen, 2 davon jedenfalls durch einen Facharzt gemäß 3.1.1.

Bei medizinischer Notwendigkeit hat jederzeit ein (Fach)Arzt für weitere Konsultationen verfügbar zu sein, dies kann auf Angestellten- oder Konsiliarbasis gewährleistet werden.

Erstuntersuchung:

Die ärztliche Erstuntersuchung in Form einer kurzen Anamnese und der je nach anamnestischen Angaben und klinischem Schweregrad der Erkrankung des Rehabilitanden notwendigen Basisuntersuchungen zwecks Sicherstellung einer adäquaten medikamentösen Versorgung und Erkennung potenzieller Risiken hat am Anreisetag zu erfolgen und ist nur erforderlich, wenn die Aufnahmeuntersuchung nicht am Anreisetag möglich ist.

Aufnahmeuntersuchung:

Die umfassende rehabilitationsmedizinische Aufnahmeuntersuchung hat spätestens an dem auf den Anreisetag folgenden Tag zu erfolgen und folgende Schwerpunkte zu umfassen:

- Ausführliche allgemeine Anamnese inklusive Sichtung und Dokumentation mitgebrachter Befunde
- Spezifische Rehabilitationsanamnese
- Berufs-, Sozial- und Familienanamnese
- Kompletter Status: allgemein und indikationsbezogen (inklusive Blutdruck, Bodymass-Index und Bauchumfang)
- Besprechung der Rehabilitationsziele
- Erhebung qualitätsrelevanter Parameter (Ergebnisanalyse siehe Punkt 5.2.)

Zwischenuntersuchung mit folgenden Schwerpunkten:

- Klinische Untersuchung

- Besprechung der eingelangten Untersuchungsergebnisse und der bisher erzielten Erfolge
- Festlegung des weiteren Procedere bzw. allfällig notwendiger Anpassungen der Rehabilitationsziele sowie Therapieänderungen gemeinsam mit dem Rehabilitanden
- Medizinische Beratung

Abschlussuntersuchung mit folgenden Schwerpunkten:

(Durchführung frühestens 48 Stunden vor der Abreise)

- Status: insbesondere Veränderungen gegenüber Aufnahmezustand
- Erhebung qualitätsrelevanter Parameter (Ergebnisanalyse siehe Punkt 5.2.)
- Besprechung des Verlaufes des gesamten stationären Aufenthaltes
- Ergebnis: Besprechung des Ausmaßes der Therapiezielerreichung (Erreichung bzw. Teil- oder Nichterreichung des Rehabilitationszieles)
- Medizinische Beratung
- Empfehlung weiterer diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen mit Schwerpunkt auf Lebensstilmodifikation; Besprechung und Planung von Nachsorgemaßnahmen, gegebenenfalls unter Miteinbeziehung der Angehörigen

4.2. DIAGNOSTIK

Zur Bestimmung der Leistungsfähigkeit des Stütz- und Bewegungsapparates muss eine entsprechende Funktions- und Leistungsdiagnostik erfolgen. Diese stellt die Grundlage für die Planung der Bewegungstherapie und für die Beurteilung der Belastbarkeit des Rehabilitanden im Beruf sowie im täglichen Leben dar.

Die nachfolgenden Untersuchungen/Beurteilungen müssen – im Bedarfsfalle auch in Kooperation mit externen Anbietern – durchgeführt werden können.

4.2.1. **Obligatorische Diagnostik bei jedem Rehabilitanden (durchführende Berufsgruppen: Arzt, Physiotherapeut, Ergotherapeut, DGKP):**

- Ruheblutdruck
- Allgemeine Funktionsdiagnostik in Abhängigkeit von der Haupt-Rehabilitationsindikation:
 - Messung der Gelenkfunktion (Beweglichkeit, Stabilität, Muskelatrophie bzw. Muskelmasse, Kontrakturen, Achsenabweichungen, Längendifferenz)
 - Beurteilung des Aktivitätsgrades einer Arthrose
 - Beurteilung des Stadiums einer Erkrankung
 - Kraftmessung (z. B. für Faustschluss und Spitzgriff)

- Messparameter an der Wirbelsäule (Schober, Ott, Kinn-Sternum-Abstand, Finger-Boden-Abstand etc.)
- Haltung- und Bewegungsanalyse
- Gehstrecke
- Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit im Alltag (ADL) und im Beruf
- Erfassung von auslösenden Belastungs- und Risikofaktoren (z. B. Körpergewicht, schwere Arbeit, sitzende Tätigkeit etc.)

4.2.2. Weiterführende Diagnostik bei medizinischer Notwendigkeit:

- Labor:
 - Allgemeine Basisparameter: komplettes Blutbild, Nüchternblutzucker, Cholesterin, Triglyceride, HDL- und LDL-Cholesterin, Harnsäure, Gamma-GT, Serum-Kreatinin, Kalium
 - Indikationsspezifische Parameter: z. B. Entzündungsparameter, Rheumaserologie
- Röntgendiagnostik
- Ultraschalldiagnostik (Weichteile und Gelenke)
- EMG
- ENG
- NLG
- Ganganalyse
- Ruhe-EKG mit unverzüglicher Befundung
- Ergometrie
- Fachärztliche Konsiliaruntersuchungen
- Beurteilung durch den Sozialarbeiter

4.3. THERAPIE

Der individuelle Rehabilitationsplan und der entsprechende Therapieplan sind nach Einlangen der relevanten Befunde und nach Abstimmung innerhalb des Rehabilitationsteams gemeinsam mit dem Patienten zu erstellen.

Die Therapieanwendungen haben spätestens an dem auf den Aufnahmetag folgenden Tag zu beginnen.

Bei medizinischer Notwendigkeit ist der Therapieplan unverzüglich zu adaptieren.

Über die Teilnahme der Rehabilitanden an sämtlichen Therapien, Schulungen, Beratungen und Vorträgen (4.3.3. bis 4.3.6.) sind schriftliche Aufzeichnungen zu führen, eine allfällige Nichtteilnahme an verordneten rehabilitationsmedizinischen Maßnahmen ist im Entlassungsbericht zu dokumentieren und zu begründen.

Im Rahmen sämtlicher Schulungen, Beratungen und Vorträge ist schriftliches Informationsmaterial auszuhändigen.

4.3.1. Therapieumfang

2 bis 3 Stunden rehabilitationsmedizinische Maßnahmen pro Tag und Patient/Rehabilitand von Montag bis Freitag, an Samstagen und Feiertagen kann die Behandlungsdauer maximal um 2/3 reduziert werden.

Indikationsbezogene Schulungen in interaktiven Kleingruppen bzw. Einzelschulungen aus den Gruppen 13 und 15 sind dabei zeitlich zu berücksichtigen, Vorträge (über 25 Teilnehmer) nicht.

Diese Anforderung ist – unter Berücksichtigung des Rehabilitationszieles – auch bei urlaubs- bzw. krankensstandsbedingten Personalengpässen durch Adaptierung der rehabilitationsmedizinischen Maßnahmen zu erfüllen.

Die Sonntage sowie die An- und Abreisetage können therapiefrei bleiben.

Unterschreitung der täglichen Gesamttherapiedauer, der Einzeltherapiedauer (siehe 3.3.2.) und/oder der unteren Richtwertgrenze (siehe 4.3.2.) ist im Entlassungsbericht zu dokumentieren und zu begründen.

4.3.2. Therapiezusammenstellung

Für jeden Rehabilitanden muss die Therapiezusammenstellung **jedenfalls Anwendungen aus den folgenden Gruppen des therapeutischen Angebotes (lt. Punkt 3.3.) enthalten, und zwar mindestens in der wie folgt angegebenen Häufigkeit:**

HV = 3-wöchiges Heilverfahren (bei verlängerten Aufenthalten ist eine entsprechende Adaptierung der Therapiefrequenzen erforderlich)

Gruppe	Anwendung	Richtwert pro HV (3 Wochen)
Gruppe 1	Heilmassage	6-9x
Gruppe 2	<u>Gruppe 2 insgesamt:</u> Anzustreben sind 2 Therapien täglich (Mo-Fr)	25-30x
	Davon:	
	<u>Heil- bzw. Krankengymnastik: *)</u> davon Einzeltherapie bei Anschlussheilverfahren	13-15x (1x tgl. Mo-Fr) (davon 6-9x Einzeltherapie; bei medizin. Notwendigkeit bis zu 1x täglich Mo-Fr)
	und	
	<u>Medizinische Trainingstherapie:</u> Ausdauer- und/oder Krafttraining	9-12x
	<u>Andere Therapieformen</u>	n. Notwendigkeit

Gruppe 3	Thermotherapie	6-12x
Gruppe 4	Elektrotherapie	6-9x
Gruppe 5	Ultraschalltherapie	6-9x
Gruppe 7	Hydrophysikalische Therapie: Unterwasser-Heilgymnastik *) Andere Therapieformen	n. Notwendigkeit *) 6-9x
Gruppe 9	Ergotherapie: In Abhängigkeit von den Funktionsstörungen: Gelenkschutzunterweisung (Praxis) und/oder Rückenschule (Praxis) Andere Therapieformen	4-5x **) 4-5x **) 1-3x n. Notwend.
Gruppe 10	Orthopädietechnik	n. Notwendigkeit
Gruppe 12	Klinische u. Gesundheitspsychologie	1-3x
Gruppe 13	Ernährungsberatung	1-2x
Gruppe 15	Indikationsspezifische Schulungen Raucherberatung Zusätzliche Vorträge	4x Bei gegebener Indikation ---
Gruppe 16	Sonstiges	n. Notwendigkeit

*) Heil- und Krankengymnastik aus den Gruppen 2 und 7 können alternativ verordnet werden.

**) alternative Verordnung, individuell

Entzündlich-rheumatische Erkrankungen sowie Zustände nach Gliedmaßenamputationen sind in dieser Aufstellung nicht berücksichtigt, da deren Therapieplan eine wesentlich höhere Individualität erfordert.

Sämtliche Therapien sind ausnahmslos vom Arzt auszuwählen und anzuordnen und sowohl hinsichtlich Zusammenstellung als auch Abfolge der Anwendungen unter Berücksichtigung der erforderlichen Ruhezeiten sinnvoll über den Tag zu verteilen.

Die medizinische Trainingstherapie hat nach den Regeln der medizinischen Trainingslehre zu erfolgen.

Der Schwerpunkt ist auf individuell angepasste aktive Bewegungstherapien (Gruppe 2 bzw. 7) zu legen.

Im Sinne der Nachhaltigkeit und der Prävention sind die Patienten insbesondere zur Erlernung gesundheitsförderlichen Bewegungsverhaltens sowie allgemein zur Lebensstilmodifikation zu motivieren.

Einzeltherapien sind in folgenden Bereichen anzustreben:

- Heil- bzw. Krankengymnastik: individuell nach medizinischer Notwendigkeit bis zur Erreichung der Gruppenfähigkeit (bis zu 1x täglich Mo-Fr). Bei Anschlussheilverfahren jedenfalls 6-9x.
- Ergotherapie: nach medizinischer Notwendigkeit.
- Klinische und Gesundheitspsychologie: nach medizinischer Notwendigkeit.
- Ernährungsberatung: nach medizinischer Notwendigkeit.

Grundsätzlich ist jedem Rehabilitanden je nach Behandlungsschwerpunkt ein Physio- und/oder Ergotherapeut für den gesamten Rehabilitationsaufenthalt zuzuordnen. Dieser ist bei allen Teambesprechungen, die von ihm betreute Rehabilitanden betreffen, bei zu ziehen.

4.3.3. Psychologie

Die Teilnahme an psychologischen Angeboten ist prinzipiell freiwillig, es soll jedoch eine entsprechende Motivationsarbeit geleistet werden, um die Rehabilitanden zur Annahme der Angebote zu bewegen.

In zumindest 1 Gruppen-Einführungsberatung pro Rehabilitand und Aufenthalt sind gesundheitspsychologische Aspekte und die Notwendigkeit der eigenverantwortlichen Umsetzung gesundheitsfördernder und krankheitsvermeidender Verhaltensweisen zu vermitteln – mit dem Ziel der Erhöhung der Lebensqualität. Bei Notwendigkeit und Compliance müssen zusätzlich auch Einzeltherapien angeboten werden.

Hilfestellungen hinsichtlich Krankheitsakzeptanz und -bewältigung sind zu geben, Stressbewältigungs- und Entspannungstechniken sind bekannt zu machen. Gegebenenfalls ist insbesondere auch Raucherentwöhnung zu initiieren.

4.3.4. Ernährung

Kostformen: Reduktions-, Diabetes- und Schonkost sowie lipidmodifizierende Kost.

Weitere Spezialkostformen sind gemäß medizinischer Notwendigkeit zu gewährleisten.

Ernährungsmedizinische Beratungen:

Pro Patient mindestens 1 allgemeine Gruppen-Ernährungsberatung durch qualifiziertes Personal (Diätologe). Bei gegebener Indikation muss die Anzahl und Thematik der Ernährungsberatungen dem Risikoprofil angepasst werden (z. B. Hyperlipidämie, Diabetes mellitus Typ I bzw. Typ II, Hyperuricämie, etc.). Die Beratungen sind bei medizinischer Notwendigkeit auch in Form von Einzelschulungen durchzuführen.

Weitere Aufgaben des Diätologen:

- Beratung der Küche – Vorschläge hinsichtlich der Qualität der Zutaten sowie der Zubereitungsart sind von der Küche zu berücksichtigen.
- Hilfestellung für die Rehabilitanden bei der Kalorienberechnung.
- Anwesenheit während der Essenszeiten im Speisesaal (jedenfalls 2 x pro Woche).

4.3.5. **Schulungen / Vorträge**

Pro Patient sind mindestens 4 individuell ausgewählte indikationsspezifische Schulungen (max. 25 Teilnehmer) abzuhalten.

Inhalte der indikationsspezifischen Schulungen (bzw. Vorträge):

- Theoretische Informationen über das jeweilige Krankheitsbild, dessen Ursachen, Diagnostik und Verlauf
- Medikamentöse Therapieformen: Wirkungsweise, Nebenwirkungen, Kontrollen
- Grundzüge sonstiger therapeutischer Maßnahmen
- Schmerzbewältigung
- Gelenkschutz (Theorie)
- Rückenschule (Theorie)
- Sturzprophylaxe
- Hilfsmittel und Körperersatzstücke

Zusätzlich sind die Rehabilitanden zur Teilnahme an indikationsspezifischen Vorträgen und Vorträgen zur allgemeinen Gesundheitsförderung anzuhalten (über 25 Teilnehmer).

Zum Beispiel:

- Gesundheitsförderliches Verhalten (z. B. Bewegung, körperliches Training)
- Allgemeine Risikofaktoren (z. B. Bluthochdruck, Übergewicht)
- Raucherberatung
- Stressbewältigung

Indikationsbezogene Schulungen in interaktiven Kleingruppen bzw. Einzelschulungen aus der Gruppe 15 sind auf die täglich zu erbringende Therapiedauer anzurechnen, Vorträge (über 25 Teilnehmer) nicht.

4.3.6. **Hilfsmittel**

Für die Organisation der Hilfsmittelversorgung sowie einer entsprechenden Nachbetreuung am Wohnort ist Sorge zu tragen.

4.4. PFLEGE

4.4.1. Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich

Insbesondere:

- Pflegeanamnese
- Pflegediagnose
- Erstellung der Pflegeziele und der Pflegeplanung (insbesondere Förderung der Selbständigkeit, ADL-Training)
- Durchführung der Pflegemaßnahmen
- Pflegeevaluation / bei Notwendigkeit Adaptierung der Pflegeplanung
- Pflegedokumentation
- Erstellung des abschließenden Pflegeberichtes

4.4.2. Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich

Insbesondere z. B.:

- Durchführung ärztlicher Verordnungen (z. B. Medikamentenmanagement, Wundmanagement)
- Information über diagnostische und therapeutische Maßnahmen
- Teilnahme an Visiten und Nachbearbeitung

4.4.3. Interdisziplinärer Tätigkeitsbereich

Insbesondere z. B.:

- Teilnahme an Teambesprechungen
- Mitwirkung bei Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit
- Gesundheitsberatung
- Vorbereitung der Rehabilitanden (und deren Angehörigen) auf die Entlassung (Entlassungsmanagement)
- Hilfestellung bezüglich der Weiterbetreuung, der Kontaktaufnahme zu externen Stellen, der Organisation von benötigten Hilfsmitteln

4.4.4. Seitens der Pflegedienstleitung sind bei Rehabilitanden mit Pflegebedarf regelmäßige Visiten durchzuführen (mindestens 1x pro Rehabilitand und Aufenthalt).

5. ERGEBNISQUALITÄT

5.1. ENTLASSUNGSBERICHT

- Vorläufiger Entlassungsbericht
- (Endgültiger) Ärztlicher Entlassungsbericht
- Transferierungsbericht

Der Entlassungsbericht ist dem Rehabilitanden in der Regel bei der Entlassung auszuhändigen, spätestens jedoch binnen 14 Kalendertagen zuzusenden. Gleiches gilt für die Übermittlung an die BVA. Anderen Adressaten darf der Entlassungsbericht nur mit Zustimmung des Rehabilitanden ausgefolgt werden. Sollte der endgültige Entlassungsbericht zum Zeitpunkt der Beendigung des Rehabilitationsaufenthaltes nicht fertig gestellt werden können, muss der Rehabilitand einen vorläufigen Entlassungsbericht (Kurzbericht) erhalten.

Struktur und Layout:

Struktur und Layout haben sich – unter Berücksichtigung der hauseigenen Software – soweit wie möglich an den Mustern laut Beilagen 2, 3 und 4 zu orientieren.

Fixtexte: Die im Muster mit “*FIXTEXT*” bezeichneten Stellen sollen nach Möglichkeit im angeführten Wortlaut übernommen werden.

5.1.1. Inhalt des (endgültigen) ärztlichen Entlassungsberichtes

Aussagen explizit über Arbeits(un)fähigkeit, Berufs(un)fähigkeit oder Invalidität dürfen im Entlassungsbericht nicht enthalten sein. Rein medizinische Leistungskalküle – positiv oder negativ – ohne Bezugnahme auf den konkreten Beruf oder die konkret ausgeübte Tätigkeit des Rehabilitanden können in die Epikrise einfließen (z. B. Arbeitshaltung, Funktionsdefizite).

Angaben auf “Seite 1” (diese kann bzw. muss sich bei Bedarf de facto aus mehreren Seiten zusammensetzen):

- Briefkopf
- Diagnosen mit ICD-10-Codierung der Hauptdiagnose
- Epikrise
- Weitere Empfehlungen hinsichtlich Langzeitprävention (aufgeschlüsselt laut Muster)
- Kontrollen
- Briefende

Seite 2 und Folgeseiten: detaillierter Bericht über den gesamten Rehabilitationsaufenthalt, unterteilt in folgende Kapitel:

- Rehabilitationsziel/e:
Definition mit genauer verbaler Beschreibung.
Ergebnis mit dem *“FIXTEXT”*: “Das/Die Rehabilitationsziel/e wurde/n erreicht/teilweise erreicht/nicht erreicht”.
- Verlauf:
Ärztlicher Bericht über den gesamten Rehabilitationsverlauf mit Begründung bei Nicht- oder Teilerreichung der Rehabilitationsziele
- Ergebnisanalyse:
Dokumentation des Rehabilitationserfolges mit Hilfe von Messgrößen, die zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt erhoben und miteinander verglichen werden (siehe 5.2.)
- Anamnese
- Status: Vergleich zwischen Aufnahme und Entlassung mit Angabe der Veränderungen
- Spezifische Rehabilitationsdiagnostik und Befundübersicht:
(Laborparameter können auf einem eigenen Befundblatt angeführt werden)
- Art und Anzahl der absolvierten Therapien, Schulungen, Beratungen und Vorträge (aufgegliedert gemäß 3.3.2. bzw. 4.3.)
- Medikamentöse Therapie

5.1.2. Inhalt des vorläufigen Entlassungsberichtes

- Diagnosen mit ICD-10 Codierung
- Epikrise
- Therapieempfehlungen
- Empfehlungen bezüglich Prävention
- Kontrollempfehlungen

5.2. ERGEBNISANALYSE

Ist bei jedem Rehabilitanden mit Anschluss-Heilverfahren durchzuführen. Erhebung und Bewertung der Schmerzintensität mittels Visueller Analogskala sowie des für den jeweiligen Rehabilitanden indikationsbezogen zutreffenden Parameters (alle deutsch validiert) zu Beginn und Ende des Heilverfahrens inklusive Diskussion des Ergebnisses mit dem Rehabilitanden sowie Dokumentation im ärztlichen Entlassungsbericht.

D. h., für jeden Rehabilitanden mit Anschluss-Heilverfahren sind zumindest 2 Parameter zu erheben und auszuwerten.

Patientenselbstbewertung

Vor dem Ausfüllen der Fragebögen erhält der Rehabilitand jeweils eine entsprechende Vorinstruktion durch Arzt, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Psychologen.

- **VAS**
(Visuelle Analogskala): Bereich Schmerzintensität mittels Verwendung einer 10 cm langen Messstrecke.
Indikation: Für alle Rehabilitanden
Durchführende Person: Rehabilitand

- **Behinderungsfragebogen Roland - Morris**
Bereiche Schmerz, Beweglichkeit und Alltagsfunktion
Indikation: „Rückenpatienten“
Durchführende Person: Rehabilitand

- **Constant Score**
Bereiche Schmerz, Kraft, Beweglichkeit und Alltagsfunktion, Gesamtpunktescore.
Indikation: „Schulterpatienten“
Durchführende Person: Physiotherapeut bzw. Ergotherapeut

- **WOMAC Score**
(Western Ontario and McMaster University) Osteoarthritis Index:
Bereiche Schmerz, Steifigkeit und körperliche Behinderung, 24 Items, 5-teilige Likertskala.
Indikation: Funktionelle Einschränkungen im Bereich der großen Gelenke der unteren Extremitäten
Durchführende Person: Rehabilitand

- **HAQ Score**
(Health Assessment Questionnaire)
20 Funktionen des täglichen Lebens, 4 Graduierungen.
Indikation: Chronische Polyarthritits in jedem Stadium inkl. Z.n. Gelenkeingriffen
Durchführende Person: Rehabilitand

- **BASFI**
(Bath ankylosing spondylitis functional index): Zur Bewertung der Behinderung bei der Spondylitis ankylosans durch Abfrage von 10 Alltagsverrichtungen.
Durchführende Person: Rehabilitand

5.3. PATIENTENFRAGEBÖGEN

Die von den Kostenträgern zur Verfügung gestellten Patientenfragebögen sind jedem Rehabilitanden gegen Ende des Heilverfahrens auszuhändigen und es sind die Rehabilitanden zur Ausfüllung und Abgabe bzw. Retournierung der Fragebögen an die BVA entsprechend zu motivieren.

6. BEILAGEN

Weitere Lernunterlagen zu jeder Einheit werden in der Fachgruppenfortbildung am 16. Oktober 2015 jedem Teilnehmer ausgehändigt.