

Rehabilitation für psychisch kranke Menschen (RPK)

RPK-Empfehlungsvereinbarung

Impressum

Herausgeber:

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR)
Solmsstraße 18 | 60486 Frankfurt am Main | Telefon: +49 69 605018-0
info@bar-frankfurt.de | www.bar-frankfurt.de

Nachdruck nur auszugsweise mit Quellenangabe gestattet.
Frankfurt am Main, August 2024
ISBN 978-3-943714-74-6

Anmerkung:

Wir schätzen Diversität sehr und verwenden daher eine gendersensible Sprache. In Einzelfällen ist dies aus Gründen der besseren Lesbarkeit nicht möglich. Wir meinen im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich alle Geschlechter. Eine verkürzte Sprachform hat ausschließlich redaktionelle Gründe.

Die BAR in Frankfurt

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) ist der Zusammenschluss der Reha-Träger. Seit 1969 fördert sie im gegliederten Sozialleistungssystem die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen. Die BAR koordiniert und unterstützt das Zusammenwirken der Reha-Träger, vermittelt Wissen und arbeitet mit an der Weiterentwicklung von Rehabilitation und Teilhabe. Ihre Mitglieder sind die Träger der Gesetzlichen Renten-, Kranken- und Unfallversicherung, die Bundesagentur für Arbeit, die Bundesländer, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie die Sozialpartner.

Rehabilitation für psychisch kranke Menschen (RPK)

RPK-Empfehlungsvereinbarung

über die Zusammenarbeit der Kranken-, Renten- und Unfallversicherungsträger sowie der Bundesagentur für Arbeit bei der Gewährung von Leistungen zur Teilhabe in Rehabilitationseinrichtungen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen

Vorwort

Die vorliegende RPK-Empfehlungsvereinbarung wurde umfassend überarbeitet. Als gemeinsame Handlungsgrundlage der Rehabilitationsträger schafft sie einen trägerübergreifenden und konzeptionellen Rahmen, um die Grundlagen für eine einheitliche Versorgungsstruktur sicherzustellen. Gleichzeitig dient die RPK-Empfehlungsvereinbarung den Leistungserbringern als ein vereinbarter Leistungsrahmen.

Die Bedeutung und Relevanz dieser Empfehlungsvereinbarung ist angesichts bisheriger und aktueller Entwicklungen nach wie vor unverändert hoch:

Psychische Erkrankungen sind kein Randphänomen. Im Jahr 2022 werden sie als dritthäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit in Deutschland angeführt. Für Menschen, die von einer psychischen Erkrankung betroffen sind, kann sich diese auf unterschiedliche Lebensbereiche auswirken, darunter auf gesellschaftliche Teilhabe und auf Erwerbsbiografien. Nur durch ein starkes Netz an Leistungen wird es gelingen, dass diese Menschen nachhaltig an Arbeit und Gesellschaft teilhaben können. Das Rehabilitationssystem in Deutschland hält dafür verschiedene Möglichkeiten bereit und bietet den Zugang zu qualitativ hochwertigen Dienstleistungen, wie denen der „Rehabilitation für psychisch kranke Menschen (RPK)“.

Aktuell gibt es in Deutschland über 60 RPK-Einrichtungen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Dabei werden Leistungen der medizinischen Rehabilitation (medizinische Phase) mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Phase) kombiniert. Ziel ist es, die Folgen der psychischen Beeinträchtigung zu mindern oder zu bewältigen und somit das langfristige Teilhabeziel „Arbeit und Beschäftigung“ zu erreichen. Hierbei sind alle Akteure mehr denn je gefragt, dieser Herausforderung zu begegnen und Menschen, die diese Hilfe benötigen, durch eine individuelle Teilhabeleistung in einem definierten Setting zu unterstützen.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation bedankt sich bei allen Beteiligten, die mit ihrer Fachexpertise an der Überarbeitung und Weiterentwicklung dieser RPK-Empfehlungsvereinbarung engagiert mitgewirkt haben.

Frankfurt am Main, August 2024



Gülcan Miyanyedi
Geschäftsführerin der BAR

Inhalt

Vorwort	6
Präambel	8
1 Konzeptioneller und sozialrechtlicher Bezugsrahmen	9
1.1 UN-Behindertenrechtskonvention	9
1.1.1 Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung (Artikel 5 UN-BRK)	9
1.1.2 Barrierefreiheit (Artikel 9 UN-BRK)	9
1.1.3 Schutz vor Gewalt und Missbrauch (Artikel 16 Abs. 1 UN-BRK)	10
1.1.4 Recht auf Arbeit (Artikel 27 UN-BRK)	10
1.2 Sozialrechtliche Grundlagen	10
1.3 Das bio-psycho-soziale Modell der WHO	11
1.4 Rehabilitationsansatz	12
1.5 Merkmale der RPK-Einrichtung	14
2 Indikationsstellung	14
2.1 Diagnosen nach ICD-10	15
2.2 Rehabilitationsspezifische Befunde	15
2.3 Sozialmedizinische Voraussetzungen	17
2.4 Differentialindikation: ambulant – stationär	18
2.5 Ausschlusskriterien	19
3 Rehabilitationsziele	20
3.1 Allgemeine Rehabilitationsziele	20
3.2 Trägerspezifische Rehabilitationsziele	20
4 Dauer und Umfang der Leistung	21
5 Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung	22
5.1 Rehabilitationskonzept	22
5.2 Elemente der medizinischen und beruflichen Rehabilitation	23
5.2.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	23
5.2.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	24
5.3 Rehabilitationsdiagnostik	26
5.4 Rehabilitationsplan	26
5.5 Ärztliche Leitung und Verantwortung	27
6 Personelle und strukturelle Anforderungen	28
6.1 Rehabilitationsteam und Qualifikation	28
6.1.1 Ärztin/Arzt	28
6.1.2 Psychologin/Psychologe	29
6.1.3 Psychotherapeutin/Psychotherapeut (auch in der Personalunion unter 6.1.1 und 6.1.2.)	29
6.1.4 Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter, Sozialpädagogin/Sozialpädagoge, Rehabilitationspädagogin/Rehabilitationspädagoge	29
6.1.5 Ergotherapeutin/Ergotherapeut und Arbeitserzieherin/Arbeitserzieher	29

6.1.6 Fachkräfte in der beruflichen Rehabilitation und betriebliche Fachanleiterinnen/-Fachanleiter	29
6.1.7 Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Pflegefachfrau/Pflegefachmann	29
6.1.8 Fachkräfte mit Sport- und bewegungstherapeutischer Kompetenz	29
6.2 Personalbemessung	30
6.3 Räumliche und apparative Ausstattung	30
7 Regionale Einbindung / Verbundstrukturen / Rehabilitandenbezogene Kooperation	31
.....	
8 Zuständigkeit der Rehabilitationsträger	32
.....	
9 Verfahren bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	32
.....	
9.1 Verfahren bei Einleitung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	32
9.2 Zwischenbericht	33
9.2.1 Weiteres Verfahren in den Fällen der Einleitung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch den Rentenversicherungsträger	34
9.2.2 Weiteres Verfahren in den Fällen der Einleitung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch den Krankenversicherungsträger	34
9.3 Abschluss der medizinischen Rehabilitation	35
10 Verfahren bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	36
.....	
10.1 Einleitung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	36
10.2 Abschluss der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	37
11 Abbruch oder Beendigung der Leistungen zur Teilhabe	37
.....	
12 Nachgehende Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolgs nach der beruflichen Phase: Nachbetreuung	38
.....	
13 Dokumentation	39
.....	
14 Datenschutz	39
.....	
15 Qualitätsmanagement	40
.....	
16 Qualitätssicherung	40
.....	
16.1 Strukturqualität	40
16.2 Prozessqualität	40
16.3 Ergebnisqualität	40
17. Anerkennung als RPK	41
.....	
18. Inkrafttreten und Kündigung	41
.....	
Anhang	42
Verzeichnis der Mitwirkenden	44

Präambel

RPK-Einrichtungen sind Rehabilitationseinrichtungen für Menschen mit einer Beeinträchtigung aufgrund einer psychischen Störung (im Weiteren „psychische Beeinträchtigungen“ genannt); diese bieten Leistungen zur Rehabilitation und 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 Leistung durch ein multiprofessionelles Rehabilitationsteam unter ärztlicher Leitung und Verantwortung vorhalten.

Als Grundlage für eine gemeinsam zu nutzende, bedarfsgerechte Rehabilitationsstruktur und zur Gewährleistung einer an einheitlichen Grundsätzen ausgerichteten und zielorientierten Leistungserbringung geben daher

- der AOK-Bundesverband, Berlin
- der BKK Dachverband e. V., Berlin
- die Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e. V., Berlin
- die KNAPPSCHAFT, Bochum
- der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin
- die Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Bochum
- die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel
- die Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg
- die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV), Berlin

nach Beratungen auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) unter Mitwirkung der Sozialmedizinischen Expertengruppe „Leistungsbeurteilung/Teilhabe“ der MD-Gemeinschaft, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, der Bundesarbeitsgemeinschaft Landesjugendämter, der Konferenz der Spitzenverbände der Reha-Leistungserbringer und des Deutschen Behindertenrats die folgende Empfehlung.¹

Die RPK-Empfehlungsvereinbarung schreibt die Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesagentur für Arbeit bei der Gewährung von Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen (RPK-Empfehlungsvereinbarung) vom 17. November 1986 und 29. September 2005 fort.

Sie greift damit die zwischenzeitlich gewonnenen Erfahrungen und veränderten Verhältnisse auf, indem 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 (vgl. §§ 1 und 4 Abs. 1 SGB IX).

1 Besondere Regelungen der Unfallversicherung bleiben unberührt.

2 Der Begriff ambulante Rehabilitation umfasst auch die ganztägig ambulante Rehabilitation.

1 Konzeptioneller und sozialrechtlicher Bezugsrahmen

1.1 UN-Behindertenrechtskonvention

Das „Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ (UN-Behindertenrechtskonvention) stellt klar, dass die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen ein Menschenrecht ist. Die UN-Behindertenrechtskonvention fokussiert insbesondere auf Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung (Artikel 5), Barrierefreiheit (Artikel 9), Gesundheit (Artikel 25), Rehabilitation (Artikel 26), Arbeit und Beschäftigung (Artikel 27). Nationales Recht, insbesondere das SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“, ist vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention auszulegen.

1.1.1 Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung (Artikel 5 UN-BRK)

Aufgrund von gesellschaftlicher Exklusion und Stigma-Erfahrungen von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist die Förderung von Empowerment und Entstigmatisierung in der RPK von besonderer Bedeutung³. Partizipation und Selbstbeteiligung bei der Unterstützung der Entscheidungsfindung im Sinne des Artikels 14 UN-BRK sind dabei von essenzieller Bedeutung in allen Rehabilitationsphasen.

1.1.2 Barrierefreiheit (Artikel 9 UN-BRK)

Psychosoziale Barrieren haben für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in der Realisierung ihrer gesellschaftlichen Teilhabe eine besondere Bedeutung. Dabei können insbesondere krankheitsbedingte Ängste, Stigmatisierungsprozesse und soziale Unsicherheiten die Inanspruchnahme von Rehabilitationsangeboten erschweren. „Stigma ist ein Hindernis bei der Inanspruchnahme von Hilfe.“⁴. Der Zugang zu Rehabilitation öffnet sich für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen durch eine persönliche, verbindliche und niedrigschwellige Unterstützung der Wahrnehmung ihrer eigenen Interessen. Eine individuelle Rehabilitationsberatung hat daher schon im Vorfeld zur RPK einen hohen Stellenwert, um psychosoziale Barrieren abzubauen.

Auch strukturell und architektonisch ergeben sich Anforderungen für eine barrierefreie RPK. Wohnortnahe und aufsuchende Rehabilitationsangebote im eigenen sozialen Umfeld bauen Barrieren ab. Als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben kann die betriebliche Rehabilitation die gesellschaftliche Teilhabe fördern. Psychosoziale Barrieren werden durch kleine und übersichtliche Rehabilitationseinheiten reduziert. Eine freundliche und beziehungsorientierte architektonische Raumgestaltung ist für ein barrierearmes therapeutisches Milieu wichtig.⁵

3 DGPPN (2018): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. 2. Auflage Berlin. S. 62.

4 DGPPN (2018): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. 2. Auflage Berlin. S. 60

5 www.behindertenrechtskonvention.info

1.1.3 Schutz vor Gewalt und Missbrauch (Artikel 16 Abs. 1 UN-BRK)

Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sind häufig in ihrer Lebensgeschichte in einem besonderen Maße Gewalt- und Missbrauchserfahrungen ausgesetzt. In der RPK hat daher der Schutz vor diesen einen hohen Stellenwert.

Die Träger von Rehabilitationseinrichtungen schaffen die Voraussetzungen sowie geeignete Strukturen und die RPK-Einrichtungen sind angehalten, vorbeugende Maßnahmen zu treffen, damit es nicht zu Gewalt und Missbrauch gegenüber Rehabilitandinnen und Rehabilitanden kommen kann. Präventionskonzepte sowie Schulungen und Fortbildungen sollen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in RPK-Einrichtungen entsprechend sensibilisieren.

1.1.4 Recht auf Arbeit (Artikel 27 UN-BRK)

Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen können in der Teilhabe am Arbeitsleben beeinträchtigt und somit im besonderen Ausmaß von Erwerbslosigkeit betroffen sein.⁶ Je schwerwiegender die psychische Beeinträchtigung ist, umso schwieriger gestalten sich der Einstieg und der Zugang ins Arbeitsleben.⁷ Bereits heute stellen psychische Beeinträchtigungen den Hauptgrund (ca. 41,5 %) für eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit dar.⁸

RPK-Einrichtungen verfolgen in besonderer Weise bereits zu Beginn der medizinischen RPK-Phase das Ziel, die erstmalige oder erneute Eingliederung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in das Erwerbsleben entsprechend der individuellen Neigungen, Fähigkeiten und Funktionseinschränkungen vorzubereiten.

1.2 Sozialrechtliche Grundlagen

In § 1 SGB IX heißt es: „Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen [] nach den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.“

Leistungen zur Teilhabe werden für chronisch kranke, behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen erbracht. Das Sozialgesetzbuch IX definiert den Behinderungsbegriff in § 2 Absatz 1 SGB IX. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf den Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitsproblem einer Person und dem für diese Person relevanten Lebenshintergrund. Demnach gelten Menschen als behindert, die „körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Geisteszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.“

6 Gühne, Uta; Stein, J.; Riedel-Heller, Steffi G.: „Die Arbeitssituation psychisch kranker Menschen – Die aktuelle Situation in Deutschland“, Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin (ASU), Stuttgart, Heft 6, 2016.

7 S-3 Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, 2018

8 DRV: Rentenversicherung in Zahlen, 2021, S. 57 Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ (BAR, in der aktuell gültigen Fassung)

Aufbauend auf dem SGB IX und entsprechend der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“⁹ ist der gesamte Reha-Prozess von der Bedarfserkennung über die Durchführung bis zu nachgehenden Hilfen zügig, nahtlos und „wie aus einer Hand“ zu gestalten. Der Reha-Prozess ist ein individuell zu gestaltender dynamischer Prozess, in dem die unterschiedlichen Phasen ineinandergreifen, sich überschneiden, sich wiederholen oder auch ganz wegfallen können. Die frühzeitige Bedarfserkennung und die individuelle, funktionsbezogene und umfassende Bedarfsermittlung haben eine zentrale Bedeutung und werden durch die Rehabilitationsträger mit geeigneten Instrumenten durchgeführt. Relevanten Einflussfaktoren aus dem Lebenshintergrund der betroffenen Person ist dabei Rechnung zu tragen.¹⁰

Die RPK kombiniert eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation (§ 42 SGB IX) mit einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 49 SGB IX). Hierfür können grundsätzlich unterschiedliche Rehabilitationsträger nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen zuständig sein.¹¹ Nach § 14 SGB IX gibt es einen leistenden Rehabilitationsträger, der insbesondere für die Koordination der Leistungen und als Ansprechpartner gegenüber den Leistungsberechtigten zuständig ist. Die Festlegung des leistenden Rehabilitationsträgers erfolgt im Rahmen der Zuständigkeitsklärung nach § 14 SGB IX i.V.m. §§ 19ff. Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess.

Wird die Erforderlichkeit von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben während der medizinischen Rehabilitation erkannt und der Antrag im Verlauf oder zum Ende der Leistung zur medizinischen Rehabilitation gestellt, kann die Teilhabeplanung der Zusammenführung der Verwaltungsverfahren dienen. Hierfür prüft der leistende Rehabilitationsträger die Erstellung eines Teilhabeplans (§ 25 Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess). Sofern die verschiedenen Verwaltungsverfahren sachlich oder zeitlich so weit auseinanderliegen, dass ihre Verknüpfung über die Teilhabeplanung keine verbesserte Erreichung des Teilhabeziels der Antragstellerin/des Antragstellers ermöglicht, wird keine Teilhabeplanung durchgeführt. Auch in diesen Fällen besteht die Pflicht zur abgestimmten Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger nach § 86 SGB X, auch i.S.e. Übergabemanagements. Unabhängig von der möglichen Vornahme eines Teilhabeplans durch den leistenden Rehabilitationsträger erstellt die RPK-Einrichtung einen Rehabilitationsplan.

Bei der Leistungsentscheidung ist darauf zu achten, eine wohnortnahe Inanspruchnahme der RPK zu ermöglichen. Das Wunsch- und Wahlrecht ist zu berücksichtigen.

1.3 Das bio-psycho-soziale Modell der WHO

Mit der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland haben das bio-psycho-soziale Modell und die darauf basierende ICF an Bedeutung gewonnen. Dies wird durch das novellierte SGB IX nochmals gestärkt.

Auch für die RPK ist das bio-psycho-soziale Modell der Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF¹² als Bezugssystem eine wesentliche Grundlage.

Die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschlossene Systematik dient einer standardisierten Beschreibung von Gesundheitszuständen und mit Gesundheit zusammenhängenden Aspekten einschließlich der Aktivitäten und Teilhabe. Dabei schafft sie u. a. eine Sprache, die die Kommunikationen zwischen ver-

9 Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ (BAR, in der aktuell gültigen Fassung)

10 Arbeitshilfe „Kontextfaktoren bei der Ermittlung von Teilhabebedarfen“ (BAR, in der aktuell gültigen Fassung)

11 Für die Orientierung über die Zuständigkeiten im gegliederten System siehe den BAR-Reha-Zuständigkeitsnavigator: www.reha-navi.de

12 ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (DIMDI/WHO, 2005)

schiedenen Akteuren wie Fachleuten im Gesundheitswesen, den Rehabilitandinnen/Rehabilitanden selbst, aber auch Wissenschaftlerinnen/Wissenschaftlern und Politikerinnen/Politikern erleichtern soll¹³. Für eine umfassende Beschreibung relevanter Einflussfaktoren aus dem Lebenshintergrund der Rehabilitandinnen/des Rehabilitanden müssen Anwenderinnen/Anwender für die Beschreibung personbezogener Faktoren auf nationale Lösungen zurückgreifen.¹⁴

Die umfassende Bedarfsermittlung im Vorfeld und während einer Leistung zur RPK hat auf der Basis des bio-psycho-sozialen Modells zu erfolgen. Nur so kann sichergestellt werden, dass neben dem Erkennen und der Behandlung von krankheits- und/oder behinderungsbedingten Auswirkungen auf die Aktivitäten auch die für die drohende oder bereits bestehende Teilhabebeeinträchtigung relevanten Einflussfaktoren aus dem Lebenshintergrund der betroffenen Person betrachtet werden. Bedeutsame hemmende wie förderliche Einflüsse (umwelt- und personbezogene Faktoren) sind mit Blick auf größtmögliche Autonomie in den für die Rehabilitandin/den Rehabilitanden wichtigen Teilhabebereichen zu identifizieren und bei der Planung des Reha-Prozesses einschließlich der Interventionen zu berücksichtigen. Dieses Vorgehen ist die Voraussetzung für einen bestmöglichen Rehabilitationserfolg.

Es ist zu unterscheiden zwischen dem Kontext, der als gesamter Lebenshintergrund einer Person definiert ist und den Kontextfaktoren, die Einflussfaktoren aus diesem Lebenshintergrund darstellen. Umwelt- und personbezogene Faktoren können krankheits-/behinderungsbedingte Auswirkungen auf allen Ebenen der Funktionsfähigkeit (Ebene der Körperfunktionen und -strukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe) positiv wie negativ beeinflussen. Bedeutsam im Rehabilitationsprozess ist aber nur die Wirkung eines Kontextfaktors als Förderfaktor oder Barriere für die Aktivitäten und die Teilhabe eines Menschen. Ohne Relevanz für die Bedarfsermittlung dürfen diese Faktoren nicht erhoben und nicht dokumentiert werden.

1.4 Rehabilitationsansatz

Die Rehabilitationseinrichtung erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (vgl. § 42 SGB IX) und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (vgl. § 49 SGB IX) für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen nahtlos wie aus einer Hand.

Die RPK

- kombiniert Leistungen der medizinischen Rehabilitation (medizinische Phase) mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Phase)
- verfolgt durchgängig das Ziel, die Folgen der psychischen Beeinträchtigung zu mindern und zu bewältigen
- verfolgt bereits mit dem Beginn der medizinischen RPK-Phase das langfristige Teilhabeziel Arbeit und Beschäftigung¹⁵
- aktiviert gezielt Ressourcen und die Weiterentwicklung der individuellen Leistungsfähigkeit
- orientiert sich an den individuellen Neigungen, Fähigkeiten und Funktionseinschränkungen
- erfolgt ambulant oder stationär
- bezieht das berufliche und persönliche Lebensumfeld mit ein
- kooperiert eng mit den Unternehmen des regionalen Arbeitsmarktes

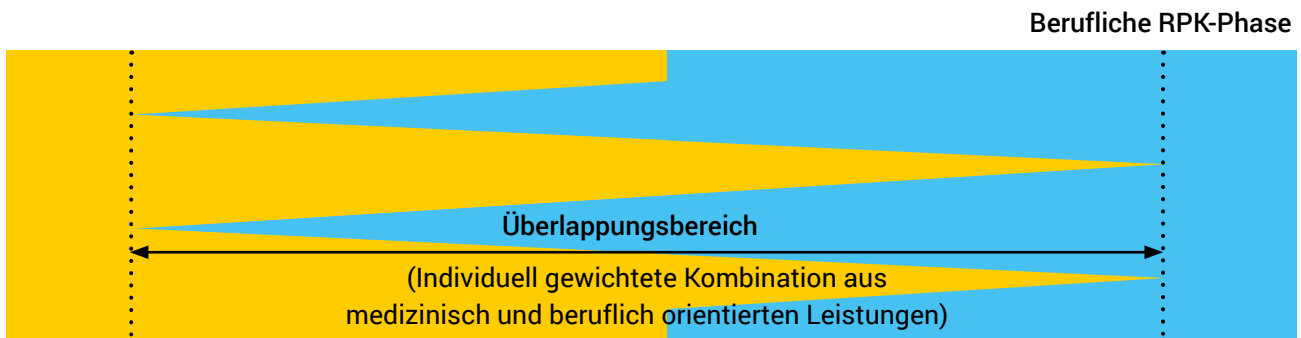
¹³ ICF-Praxis-Leitfäden der BAR (in der aktuell gültigen Fassung)

¹⁴ Personbezogene Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO (DGSMP 2019), Gesundheitswesen 2020,82: 107-116
www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/a-1011-3161.pdf

¹⁵ vgl. ICF Kapitel 8 Bedeutende Lebensbereiche: „Arbeit und Beschäftigung“

- arbeitet vernetzt mit der Hausärztin/dem Hausarzt der Rehabilitandin/des Rehabilitanden, Fachärztinnen/Fachärzten des psychiatrischen Versorgungssystems, nicht-ärztlichen Therapeutinnen/Therapeuten, wichtigen Helfergruppen in Betrieben und Bildungseinrichtungen, Diensten zur Bewältigung psychosozialer Problemlagen sowie der Selbsthilfe.

Die nachfolgende Abbildung soll den Einsatz von medizinischen (gelb) sowie Leistungen der beruflichen Rehabilitation (blau) verdeutlichen.



Medizinische RPK-Phase

Der Fokus der RPK liegt initial auf den schädigungsbedingten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (vgl. Ziffer 5.2.1), wechselt im Verlauf der RPK aber durch eine zunehmende Stabilisierung des Gesundheitszustandes hin zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben. Unter einer ganzheitlichen Betrachtungsweise werden bereits in der medizinischen Phase Elemente der beruflichen Rehabilitation eingesetzt, die insbesondere auf Beeinträchtigung bedeutender Lebensbereiche abzielen (Arbeit und Beschäftigung), mit dem Ziel der Teilhabe am Arbeitsleben. Entsprechend finden sich Elemente der medizinischen und beruflichen Rehabilitation in der Regel in umgekehrt proportionalen Anteilen über den gesamten Zeitraum der RPK.

Bei der RPK handelt es sich um ein rehabilitatives, integratives Gesamtkonzept (vgl. Ziffer 5.1). Leistungen werden individuell und bedarfsgerecht erbracht und folgen keinem linearen Ablauf. Abhängig vom individuellen Rehabilitationsverlauf werden zur Sicherung der erreichten Teilziele und zur Stabilisierung der vorhandenen Rehabilitationsfähigkeit die Elemente der medizinischen und beruflichen Rehabilitation (vgl. Ziffer 5.2) flexibel kombiniert, stufenweise aufgebaut und ggf. wiederholt. Dabei erfolgt die Leistungserbringung durch ein interdisziplinäres Rehabilitationsteam.

Eine strikte inhaltliche Trennung zwischen der medizinischen und der beruflichen Rehabilitationsphase ist nicht vorgesehen. Über die inhaltliche Schwerpunktsetzung (vgl. Ziffer 5.2) erfolgt die leistungsrechtliche Zuordnung zu den jeweiligen Rehabilitationsträgern (vgl. Ziffer 8).

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

Zur längerfristigen Sicherung und Aufrechterhaltung der Rehabilitations- und Integrationserfolge sind nachgehende Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auf der Basis einer therapeutischen Kontinuität und der erarbeiteten rehabilitativen Strategien auch nach dem Ende der RPK bedarfsgerecht zu prüfen (vgl. Ziffer 12). Damit sollen eine förderliche Beziehungskonstanz gewährleistet und Schnittstellen vermieden werden.

Der besondere Ansatz einer RPK ist im Rehabilitationskonzept der Einrichtung (vgl. Ziffer 5.1) darzustellen.

1.5 Merkmale der RPK-Einrichtung

Die RPK ist eine im regionalen Versorgungssystem eigenständige Organisationseinheit. Dieser Einrichtungstypus ermöglicht, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter einem Dach kontinuierlich miteinander verknüpft und wie Leistungen aus einer Hand gestaltet werden. Die Leistungen der RPK werden ambulant und stationär erbracht. Das Angebot sollte möglichst wohnortnah und vernetzt realisiert werden. Die strukturelle Einbindung der RPK in die regionale Versorgung ist dabei sicherzustellen.

Die Rehabilitationseinrichtung steht unter ständiger fachärztlicher Leitung und Verantwortung. Die Leistungen zur Rehabilitation werden als kombinierte Leistung bedarfs- und sozialraumbezogen realisiert. Die Leistungen des interdisziplinären Rehabilitationsteams werden sowohl in der Rehabilitationseinrichtung erbracht (z. B. Psychotherapie oder Einzel- bzw. Gruppentherapien wie soziales Kompetenztraining oder Skills-Training) als auch in der Lebenswelt der Rehabilitandinnen/Rehabilitanden (z. B. Training der Fähigkeiten zur selbstbestimmten Lebensführung, Training arbeitsbezogener Fähigkeiten auch im betrieblichen Umfeld). Die Erforderlichkeit von Trainings- und Erprobungsmöglichkeiten im betrieblichen oder häuslichen Umfeld wird frühzeitig von der Einrichtung geprüft und bedarfsgerecht erbracht.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden in der Einrichtung selbst oder in Kooperation mit Betrieben und Einrichtungen in der Region erbracht, wobei die rehabilitationsspezifische Begleitung und Unterstützung der Rehabilitandin/des Rehabilitanden und ihrer/seiner Bezugspersonen am Arbeits- und Ausbildungsplatz sowie in anderen Einrichtungen durch das Fachpersonal der RPK-Einrichtung erfolgt.

2 Indikationsstellung

Die Indikation zu einer Rehabilitation hat nicht allein die Diagnose einer psychischen Erkrankung zur Voraussetzung, sondern ergibt sich vor allem aus der zusammenfassenden Analyse und Bewertung von Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen), der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe sowie der Kontextfaktoren der Rehabilitandin /des Rehabilitanden im Rahmen der umfassenden Bedarfsermittlung. Aufgrund der sehr unterschiedlichen Auswirkungen einer Erkrankung mit gleicher ICD-10 Diagnose auf die Funktionsfähigkeit ist den Teilhabebeeinträchtigungen gegenüber ICD-Diagnosen prioritäre Bedeutung beizumessen.

Dies trifft insbesondere zu für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen,

- die nach klinischer Behandlung zur Stabilisierung und Anpassung an die Anforderungen des Alltags auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie zur Teilhabe am Arbeitsleben bedürfen
- die durch ihre Krankheit oder Behinderung Leistungen zur Teilhabe benötigen, welche die Selbstversorgungsfähigkeiten und soziale Kompetenzen stärken, Versagensängste abbauen, Selbstvertrauen fördern und die Motivation zur Eingliederung in Gesellschaft, Schule, Arbeit und Beruf aufbauen
- die nach mehreren psychiatrischen Krankenhausaufenthalten zunächst wieder an den Arbeitsplatz, in Schule, Ausbildung oder Studium zurückkehren, aber wegen Überforderung Rückfälle erleiden und bei denen schulischer und beruflicher Abstieg oder Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit droht oder eingetreten ist
- die vor Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einer Stabilisierung des Leistungsvermögens bedürfen
- die während der Schul- oder Berufsausbildung durch psychische Beeinträchtigungen gescheitert sind, unregelmäßig gearbeitet haben und somit keinen Standort im Berufsleben gefunden haben
- die als Folge ihrer psychischen Erkrankung und daraus resultierenden Beeinträchtigungen nicht zu einem möglichst selbstständigen Leben gekommen sind, notwendige tragfähige Beziehungen zu Verwandten,

Freundinnen/Freunden, Partnerinnen/Partnern und Kolleginnen/Kollegen aufbauen konnten und daher von Isolation verbunden mit erhöhtem Rückfallrisiko bedroht sind.

2.1 Diagnosen nach ICD-10

Insbesondere Diagnosen aus den folgenden Kategorien können bei Berücksichtigung der Wechselwirkung von schwerwiegenden Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen sowie Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe Anlass für eine Leistung nach dieser Empfehlungsvereinbarung sein:

- Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)
- affektive Störungen (F30-F39)
- neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (exklusive im Vordergrund stehende schwere Störungen im Sozialverhalten bzw. dissoziale Störungen) (F90-F98)
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, in Einzelfällen Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (F07)
- sonstige psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (F06)

Intelligenzminderung, Entwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren sind für sich allein genommen kein Anlass für eine Leistung der RPK, müssen jedoch im Zusammenhang mit anderen Diagnosen in Wechselwirkung mit Schädigungen, Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe berücksichtigt werden.

Bei primär durch psychotrope Substanzen entstandene Störungen sei verwiesen auf die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001.¹⁶ Schädlicher Gebrauch sowie Abhängigkeit, jedoch gegenwärtig abstinenz, sind bei sonst vorliegender Indikation als komplizierende Faktoren (Komorbidität) zu berücksichtigen.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen der RPK-Empfehlungsvereinbarung kommen vor allem für Menschen mit psychischen Erkrankungen/Störungen und daraus resultierenden individuellen Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe in Betracht.

Die RPK als kombinierte Leistung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation ist von der indikationsspezifischen medizinischen Rehabilitation bei psychosomatischen Erkrankungen abzugrenzen.¹⁷ In Bezug auf die Diagnosen kann allerdings eine Überschneidung gegeben sein. Das unterscheidende Kriterium für die Zuordnung in die medizinische Phase der RPK ist insbesondere die Ausprägung der psychischen Erkrankung und den dadurch erforderlichen besonderen Rehabilitationsansatz.

2.2 Rehabilitationsspezifische Befunde

Für die medizinische und berufliche Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen sind **Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen)** insbesondere folgender Funktionen von Bedeutung:

¹⁶ Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001 Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker

¹⁷ Arbeitshilfe „Rehabilitation und Teilhabe psychisch erkrankter und beeinträchtigter Menschen“ (BAR, in der aktuell gültigen Fassung)

- Funktionen von Temperament und Persönlichkeit b126 (z. B. mangelnde psychische Stabilität, gestörtes Vertrauen)
- Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs b130 (z. B. Antriebsstörung)
- Funktionen des Schlafes b134 (z. B. gestörte Funktionen, bezüglich Schlafdauer, Schlafbeginn, Aufrechterhaltung des Schlafs, Schlafqualität und Schlafzyklus)
- Funktionen der Aufmerksamkeit b140 (z. B. Konzentrationsstörungen)
- Funktionen des Gedächtnisses b144 (z. B. Abrufen von Gedächtnisinhalten)
- Psychomotorische Funktionen b147 (Störungen, die die psychomotorische Kontrolle betreffen, wie bei psychomotorischer Retardierung, Erregung und Agitiertheit, Ambitendenz)
- emotionale Funktionen b 152 (z. B. Störung der affektiven Kontrolle, depressive Verstimmung)
- Funktionen der Wahrnehmung b 156 (z. B. Halluzinationen)
- Funktionen des Denkens b160 (z. B. Störungen des formalen und inhaltlichen Ablaufs des Denkens, Störungen wie Wahn, überwertige Ideen und Somatisierung)
- höhere kognitive Funktionen b164 (z. B. Störungen des Einsichts- und Urteilsvermögens, des Zeitmanagements, des Organisierens und Planens)
- Kognitiv-sprachliche Funktionen b167 und das Rechnen betreffende Funktionen (z. B. Sprachverständnis, einfaches und Komplexes Rechnen)
- Selbstwahrnehmung und Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen b180 (z. B. Störung des Körperschemas, gestörte Selbstwahrnehmung).

In Folge der o. g. Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen) können **Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe** auftreten:

- **Lernen und Wissensanwendung** (z. B. Aufmerksamkeit fokussieren d160, Denken d163, Probleme lösen d175, Entscheidungen treffen d177)
- **Allgemeine Aufgaben und Anforderungen** (z. B. Mehrfachaufgaben übernehmen d220, Die tägliche Routine durchführen d230, Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen d240)
- **Selbstversorgung** (z. B. Seine Körperteile pflegen d520, Auf seine Gesundheit achten d570)
- **Häusliches Leben** (z. B. Haushaltsaufgaben d630-d649, Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen d650-d669)
- **Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen** (z. B. Allgemeine interpersonelle Interaktionen d710-d729, Besondere interpersonelle Beziehungen d730-d779)
- **Bedeutende Lebensbereiche** (z. B. Erziehung/Bildung d810-d839, Arbeit und Beschäftigung d840-d859, Wirtschaftliches Leben d860-d879)
- **Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben** (z. B. Gemeinschaftsleben d910, Erholung und Freizeit d920, Religion und Spiritualität d930).

Die zuvor beschriebenen Ebenen sind nicht unabhängig voneinander, sondern stehen entsprechend dem bio-psycho-sozialen Modell in einer komplexen Wechselbeziehung. Dabei hängen Art und Ausmaß der aus den Schädigungen der Körperfunktionen und Körperstrukturen (einschließlich psychischer Funktionen) resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe ganz entscheidend von den **Kontextfaktoren** (Umwelt- und personbezogene Faktoren) ab.

Relevante **Umweltfaktoren** finden sich in der ICF¹⁸:

Kapitel 1: Produkte und Technologien

Kapitel 2: Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt

Kapitel 3: Unterstützung und Beziehungen

18 ICF: www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICF/_node.html

Kapitel 4: Einstellungen

Kapitel 5: Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze

Personbezogene Faktoren sind in der ICF nicht klassifiziert. In Deutschland kann für die Klassifizierung der personbezogenen Faktoren auf die Systematik der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) verwiesen werden.¹⁹ Personbezogene Faktoren sind unterteilt in fünf Kapitel²⁰:

Kapitel 1: Allgemeine Merkmale

Kapitel 2: Physische Faktoren

Kapitel 3: Mentale Faktoren

Kapitel 4: Einstellungen, Handlungskompetenz und Gewohnheiten

Kapitel 5: Lebenslage

Kontextfaktoren können einen positiven, fördernden Einfluss (Förderfaktoren) auf die krankheits-/behinderungsbedingten Auswirkungen auf die Teilhabe haben. Daher gilt es, diese möglichst früh zu erkennen und ihre rehabilitationsfördernde Wirkung zu nutzen (Ressourcenkonzept der Rehabilitation).²¹ Kontextfaktoren können aber auch einen negativen, hemmenden Einfluss (Barrieren) auf die Teilhabe haben. Einige solcher negativ wirkenden Kontextfaktoren stellen Risikofaktoren dar (z. B. Rauchen, Übergewicht, Alkohol).

2.3 Sozialmedizinische Voraussetzungen

Zur Klärung der Notwendigkeit und der Zielsetzung von RPK-Leistungen ist die Indikation – unter Beachtung der folgenden Voraussetzungen sowie trägerspezifischer gesetzlicher Regelungen – sozialmedizinisch zu prüfen:

Rehabilitationsbedürftigkeit

Rehabilitationsbedürftigkeit liegt vor, wenn krankheits- oder behinderungsbedingt eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht oder bereits besteht, sodass über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz von Leistungen zur Teilhabe erforderlich ist.

Rehabilitationsfähigkeit

Der Begriff der Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die somatische und psychische Belastbarkeit der Rehabilitandin /des Rehabilitanden für die Teilnahme an einer geeigneten Leistung zur Teilhabe.

Rehabilitationsprognose

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für das Erreichen der mit der Rehabilitandin oder dem Rehabilitanden abgestimmten Rehabilitationsziele

- auf der Basis der Erkrankung und den damit einhergehenden Beeinträchtigungen, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotenzials/ der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller Ressourcen (Rehabilitationspotenzial einschließlich psychosozialer Faktoren),
- vor dem Hintergrund der individuell relevanten Umwelt- und personbezogenen Faktoren (z. B. Assistenzen, Unterstützung durch Familienangehörige, Motivierbarkeit) (vgl. Ziffer 2.2),
- durch eine geeignete Leistung zur Teilhabe und
- in einem notwendigen Zeitraum.

19 „Personbezogene Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO“: www.dgsmp.de/die-gesellschaft/systematik-der-dgsmp/

20 Gliederungsebenen, vgl. Anhang.

21 Arbeitshilfe „Kontextfaktoren bei der Ermittlung von Teilhabebedarfen“ (BAR, in der aktuellen Fassung)

Die Rehabilitationsprognose ist auf die allgemeinen und trägerspezifischen Rehabilitationsziele zu beziehen und erhält hierdurch die Bedeutung einer trägerspezifischen Erfolgsprognose (vgl. Ziffern 3.1 und 3.2).

Besonderheiten der Rehabilitationsprognose bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind indiziert, wenn Leistungen zur medizinischen Rehabilitation alleine nicht ausreichen, eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit zu beseitigen und die Wiedereingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu ermöglichen.

Die Träger der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben berücksichtigen für die Auswahl dieser Leistungen auch Kriterien wie Eignung, Neigung, bisherige Tätigkeit sowie ausreichende berufliche Vermittlungschancen und Belastbarkeit.

2.4 Differentialindikation: ambulant – stationär

Sofern Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu erbringen sind, sollen die folgenden Kriterien in die Entscheidungsfindung, ob eine ambulante oder stationäre Leistung angezeigt ist, einbezogen werden. Diese Entscheidung setzt ausreichende Informationen über die Rehabilitandin/den Rehabilitanden, ihren/seinen aktuellen physischen und psychischen Zustand, den Verlauf ihrer/seiner Erkrankung in Kenntnis der individuell relevanten umwelt- und personbezogenen Faktoren 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 der Rehabilitandin/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.
 - Die Rehabilitandin/der Rehabilitand ist beruflich (noch) ausreichend integriert. Jedoch schließen Arbeitslosigkeit, fehlende Erwerbstätigkeit oder Langzeitarbeitsunfähigkeit ambulante Leistungen 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 Therapieplans

in Bezug auf die Anforderungen einer ambulanten Rehabilitation vorhanden sind.

- Ausreichende Mobilität ist vorhanden, d. h. die tägliche An- und Abfahrt z. B. mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist möglich. Die Rehabilitandin/der Rehabilitand muss in der Lage sein, innerhalb einer individuell zumutbaren Zeit (i.d.R. maximal 60 Minuten) die Einrichtung zu erreichen bzw. nach Hause zurückzukehren. In der Phase der beruflichen Rehabilitation gelten grundsätzlich die Anhaltswerte des § 140 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 infrage stellen.
- Die Herausnahme aus einem sozialen Umfeld (z. B. bei massiven familiären Konflikten oder destruktiven Paarbeziehungen oder fortgesetzter psychischer oder körperlicher Gewalt) ist erforderlich, um den Rehabilitationserfolg zu sichern.
- Das soziale Umfeld der Rehabilitandin/des Rehabilitanden hat keine unterstützende Funktion.
- Die Rehabilitandin/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 Krankheitsverlauf während der Rehabilitation 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.
- Eine Krankenhausbehandlung ist erforderlich.
- Eine ausschließliche Störung, hervorgerufen durch den fortgesetzten Gebrauch psychotroper Substanzen, liegt vor.
- Eine ausschließlich geistige Behinderung liegt vor.

3 Rehabilitationsziele

3.1 Allgemeine Rehabilitationsziele

Ziel der Rehabilitation ist es, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, insbesondere im Arbeitsleben abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Die Rehabilitandin/der Rehabilitand soll durch die frühzeitige Einleitung der Leistung zur Teilhabe (wieder) befähigt werden, den für sie/ihn relevanten Aktivitäten insbesondere Arbeit und Beschäftigung möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für diesen Menschen in ihrem oder seinem persönlichen Lebenskontext als typisch erachtet werden.

Rehabilitationsziele in Bezug auf die Erreichung individueller Teilhabeziele sind zu Beginn der Rehabilitationsleistung mit der Rehabilitandin/dem Rehabilitanden gemeinsam zu entwickeln und festzulegen. Rehabilitationsziele sollen individuell, alltagsrelevant und realistisch unter Berücksichtigung der jeweiligen trägerspezifischen Zielsetzung formuliert werden. Dieser partizipative Ansatz ist eine wesentliche Voraussetzung zur Erreichung der individuellen Teilhabeziele.

Die Rehabilitationsziele können durch die der Rehabilitationsfähigkeit angepassten folgenden Strategien erreicht werden:

- Vollständige Wiederherstellung des ursprünglichen Aktivitätsniveaus (Restitutio ad integrum)
- Größtmögliche Wiederherstellung der Aktivitäten (Restitutio ad optimum)
- Erarbeitung von Ersatzstrategien bzw. Nutzung verbleibender Funktionen und Aktivitäten (Kompensation)
- Anpassung der Umweltbedingungen an die bestehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder der Teilhabe der Rehabilitandin/des Rehabilitanden (Adaption).

Um die vereinbarten Rehabilitationsziele zu erreichen, sind die Krankheitsauswirkungen und deren Beeinflussung bei der Rehabilitation zu berücksichtigen.

Beispiele für individuelle Rehabilitationsziele können sein:

- Körperliche und psychische Stabilisierung
- Selbstständigkeit in der Lebensführung
- (Re)Integration in das Wohnumfeld
- Aktivierung des Selbsthilfepotentials
- Abklärung der beruflichen Neigung und Eignung
- Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten zum Berufseinstieg oder zur beruflichen Anpassung.

3.2 Trägerspezifische Rehabilitationsziele

In der **Krankenversicherung** zielen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation darauf ab, 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 ab, 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.

Die **Unfallversicherung** erbringt alle medizinischen und außermedizinischen Leistungen zur Rehabilitation einschließlich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen. Dabei soll möglichst frühzeitig mit allen geeigneten Mitteln das Gesundheitsproblem beseitigt oder gebessert, seine Verschlimmerung verhütet und seine Folgen gemildert werden.

Grundsätzlich entspricht auch der Erhalt oder die Wiederherstellung von Teilleistungsfähigkeit (Teilerwerbsfähigkeit) bzw. die Verhinderung einer vollen Erwerbsminderung den Zielsetzungen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben.

4 Dauer und Umfang der Leistung

Je nach Schweregrad der individuellen Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen), Beeinträchtigungen der Aktivitäten sowie der Teilhabe und den sich daraus ergebenden Rehabilitationszielen gestalten sich die 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. Die Rehabilitandin / der Rehabilitand sollte Gelegenheit haben, einen vollschichtigen Arbeitstag bzw. eine Arbeitssituation in Schule und Studium unter regulären Anforderungsbedingungen zu erproben. Neben der individuellen Belastbarkeit der Rehabilitandin/des Rehabilitanden ist auch auf angemessene Ruhepausen zu achten.

Mit jeder Rehabilitandin/jedem Rehabilitanden wird ein Rehabilitationsplan bzw. Reha-Förderplan²² auf Basis der partizipativ vereinbarten Teilhabeziele 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 mit Blick auf das Rehabilitationsziel auf die dafür erforderlichen Teilziele 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 Leistungen, bei denen die Verlängerung entsprechend der individuellen Konstellation gewährleistet sein muss, um das trägerspezifische Rehabilitationsziel erreichen zu können. Abhängig von den Voraussetzungen und Fähigkeiten des Einzelfalls können die medizinische Rehabilitation oder/und die berufliche RPK-Phase jeweils zwischen drei bis maximal 12 Monate dauern.

Unterbrechungen sind in der medizinischen Rehabilitation im Einzelfall nur bei Vorliegen bedeutsamer sozialer und/oder medizinischer Gründe und in Abstimmung mit dem zuständigen Rehabilitationsträger generell

²² Das entsprechende Instrument der Bundesagentur für Arbeit ist die Förderplanung. Diese ist im weiteren Text auch ohne explizite Nennung immer miteinbezogen.

möglich, solange dies dem Reha-Erfolg nicht entgegensteht. Eine Unterbrechung ist abhängig von der Dauer der medizinischen Rehabilitation und den Regelungen oder den individuell vertraglichen Vereinbarungen der einzelnen Rehabilitationsträger.

Die Leistung zur medizinischen Rehabilitation endet während der RPK, wenn die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben überwiegt. Ist in einem solchen Fall für die Fortsetzung der Rehabilitation ein anderer Rehabilitationsträger (z. B. die Bundesagentur für Arbeit) zuständig, stimmen sich die beiden Rehabilitationsträger mit Blick auf eine frühzeitige Planung und nahtlose Erbringung der Leistung ab. Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden in der Regel in der jeweiligen RPK-Einrichtung selbst bzw. in Kooperation mit anderen Rehabilitationseinrichtungen oder mit Betrieben durchgeführt.

Im Sinne einer Flexibilisierung sollte bei der Durchführung der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben die ambulante Rehabilitation in geeigneten Fällen mit einer reduzierten oder abgestuften täglichen Dauer durchgeführt werden können, wobei die tägliche Mindestdauer von möglichst sechs Stunden anzustreben ist, 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 in Abstimmung mit dem zuständigen Träger auch die Intervallbehandlung, bei der die Behandlung auf mehrere Behandlungsabschnitte verteilt ist.

5 Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung

Die RPK wird von qualifizierten Einrichtungen erbracht, die auf der Grundlage der aktuell verfügbaren Evidenz die Inhalte und Ziele der medizinischen und beruflichen Rehabilitation nach den Prinzipien Komplexität, Interdisziplinarität und Individualität definieren.

5.1 Rehabilitationskonzept

Im Konzept der Einrichtung ist darzulegen, wie und mit welchen Elementen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft verbessert sowie die Krankheitsverarbeitung unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren unterstützt werden kann.

Die RPK muss über ein strukturiertes, auf der Basis des bio-psycho-sozialen Modells erstelltes Rehabilitationskonzept verfügen, das den spezifischen Anforderungen der zu behandelnden Rehabilitandinnen/Rehabilitanden wie auch den Anforderungen des jeweiligen Rehabilitationsträgers entspricht. Für die trägerspezifische Qualitätssicherung und Sicherung der erforderlichen Verwaltungsabläufe ist es notwendig, dass bei der konzeptionellen Darstellung auf die beiden Phasen der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation getrennt voneinander eingegangen wird. Davon unabhängig findet die Durchführung einer RPK-Maßnahme immer als Verzahnung beider Phasen statt. Dies ist im Rehabilitationskonzept darzustellen. Das Rehabilitationskonzept ist regelmäßig zu aktualisieren und den Rehabilitationsträgern zur Verfügung zu stellen.

Vor Beginn der Rehabilitation soll die erforderliche medizinische (Differenzial-)Diagnostik von den vorgelagerten Systemen (z. B. vertragsärztliche oder Krankenhausversorgung) bereits durchgeführt sein. Zur Eingangsdagnostik in der RPK-Einrichtung gehört neben einer umfassenden Sozial- und Arbeitsanamnese ergänzend die indikationsspezifische Rehabilitationsdiagnostik.

Aufwendige Diagnostik im Verlauf der RPK-Maßnahme (z. B. bildgebende Verfahren oder konsiliarische Untersuchungen) kann in Kooperation mit anderen Leistungserbringern (z. B. vertragsärztliche oder Krankenhausversorgung) durchgeführt werden.

Neben den Angaben zur personellen, räumlichen und apparativen Ausstattung der Einrichtung enthält das Konzept auch Aussagen zur durchschnittlichen Behandlungsdauer. Das RPK-Einrichtungskonzept umfasst auch die spezifischen Qualitätsmerkmale, Beschreibungen zu berufsbezogenen und fachlichen Inhalten sowie zur Unterstützung beim Übergang in den Arbeitsmarkt im Rahmen der beruflichen RPK-Phase so wie sie in dieser Empfehlungsvereinbarung beschrieben sind und berücksichtigt hierbei die Gemeinsame Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ nach § 51 SGB IX in der jeweils gültigen Fassung (vgl. Ziffer 15).

Neben den funktionsbezogenen Therapieansätzen ist im Konzept der Einrichtung darauf hinzuwirken, dem psychisch beeinträchtigten Menschen eine möglichst selbstständige Lebensführung mit der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Darüber hinaus sind 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.

Darüber hinaus stellt das RPK-Einrichtungskonzept dar, wie die Besonderheiten der übergreifend ausgerichteten Rehabilitation der RPK-Einrichtungen (vgl. Ziffern 1.4 und 1.5) umgesetzt werden. Es ist insbesondere konzeptionell auszuführen, wie

- ein therapeutisches Milieu in der Einrichtung und ein förderndes Milieu im privaten und beruflichen Lebensumfeld, indem die Rehabilitationsziele geübt und erprobt und ihre Ergebnisse langfristig genutzt werden, geschaffen und
- die enge Vernetzung im Prozess der RPK mit den vorher und nachher behandelnden Fach- und Hausärztinnen/-ärzten sowie Therapeutinnen/Therapeuten und Diensten zur Bewältigung psychosozialer Problemlagen sowie der Selbsthilfe umgesetzt wird.

Im Weiteren ist die Beschreibung von Handlungsschritten für ein Krisen- und Notfallmanagement integraler Bestandteil des Konzeptes.

5.2 Elemente der medizinischen und beruflichen Rehabilitation

Die Rehabilitationsplanung bzw. die Koordinierung der einzelnen Leistungen erfolgen durch das interdisziplinäre Therapeutinnenteam/Therapeutenteam unter der Verantwortung der leitenden Ärztin/des leitenden Arztes und unter Beteiligung der Rehabilitandin/des Rehabilitanden.

5.2.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation zählen vorrangig – neben der ärztlichen Behandlung und Betreuung, Planung, Überwachung sowie Anpassung des Rehabilitationsplans, ggf. unter Einbeziehung der An-/Zugehörigen, und der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln – insbesondere

- Physiotherapie einschließlich Physikalischer Therapie, Sport- und Bewegungstherapie

- Ergotherapie, Arbeits- und Belastungserprobung
- Sozial- und Rehabilitationsberatung zu sozialen, persönlichen, finanziellen und sozialrechtlichen Fragen z. B.
 - Beratung und Hilfestellung bei der sozialen Integration
 - Beratung und Vorbereitung der nachgehenden ambulanten Versorgung
 - Beratung zur wirtschaftlichen Sicherung (z. B. Kranken-/Übergangsgeld)
 - Entlassungsplanung und Organisation der häuslichen Versorgung nach der Rehabilitation
 - Motivation zur Inanspruchnahme von Selbsthilfeangeboten und Vermittlung zu einer Selbsthilfegruppe
 - Beratung und Hilfestellung zu arbeits- und berufsbezogenen Problemlagen
- Psychosoziale Beratung und Betreuung
- Klinische Psychologie
 - Psychologische Beratung und Gruppenarbeit störungsspezifisch
 - Diagnoseübergreifende Gruppenarbeit z. B. Training sozialer Kompetenzen, Entspannungstraining, Suchtprävention
 - Psychoedukative Arbeit
 - Psychotherapeutische Intervention
 - Psychotherapie (z. B. psychodynamisch, verhaltenstherapeutisch, systemisch)
- Gesundheitsinformation und -bildung, Motivation, Schulungen
- Ernährungsberatung und ggf. hauswirtschaftliches Training
- psychiatrische Pflege

Angebote werden entsprechend der individuellen Bedarfe in Einzel- oder Gruppenangeboten erbracht.

Aber auch Leistungselemente der beruflichen Phase (arbeitsbezogene Intervention) sollten frühestmöglich, d. h. bei einer ausreichend stabilen psychischen Belastbarkeit in die medizinische Phase integriert werden, wie es andererseits z. B. in Krisensituationen während der beruflichen Phase erforderlich sein kann, erneut auf Behandlungselemente der medizinischen Phase zurückgreifen zu müssen. Der Übergang ist somit fließend und die Phasen definieren sich über die vorrangig eingesetzten Behandlungselemente und Elemente der beruflichen Rehabilitationsphase.

5.2.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

5.2.2.1 Grundlagen der beruflichen Phase der RPK

Grundlage der beruflichen RPK-Phase sind die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, wie sie in § 49 SGB IX insbesondere den Absätzen 3 bis 7 beschrieben sind. Der § 49 SGB IX beinhaltet sowohl die Ziele sowie einen – nicht abschließenden – Katalog von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben als auch die Kriterien für die Auswahl dieser Leistungen. In diesem Kapitel erfolgt die Darstellung der konkreten Leistungen in einer RPK sowie der Einordnung dieser in das Gesamtkonzept der medizinisch beruflichen Leistungen.

Die Leistungserbringung erfolgt unter dem Ziel, die Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern (§ 49 Abs. 1 SGB IX) und ist die Zielvorgabe für die berufliche Phase. Dies bedeutet, dass durch Leistungen zur Teilhabe Rehabilitandinnen und Rehabilitanden befähigt werden sollen, das individuelle Leistungsvermögen (wieder) erwerbswirksam auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einzusetzen.

Eine Besonderheit ist, dass die in der medizinischen Phase erfolgende weitergehende Diagnostik während des gesamten Rehabilitationsverlaufs fortgesetzt wird. In der beruflichen Phase verlagert sich der Schwerpunkt hin zu einer Abklärung von beruflichen Parametern, wie zum Beispiel der LTA-Fähigkeit oder der Belastung für

bestimmte Tätigkeiten. Insbesondere der Wechsel von der medizinischen in die berufliche Phase wird unter diesen Gesichtspunkten betrachtet.

In Fortführung der medizinischen RPK-Phase und unter Berücksichtigung der bis dahin erstellte Befunde wird zu Beginn der beruflichen RPK-Phase der individuelle Förder- und Unterstützungsbedarf mit den Rehabilitandinnen/Rehabilitanden abgestimmt und im individuellen Reha-Förderplan bzw. Rehabilitationsplan²³ fortgeschrieben²⁴.

Die RPK als Einrichtung nach § 51 SGB IX unterscheidet sich von anderen vergleichbaren Einrichtungen durch die besonderen Bedarfe der Zielgruppe sowie den durchgehend notwendigen Einsatz spezifischer fachpsychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen.

Für die therapeutisch-rehabilitative Ausgestaltung dieses primär auf die Teilhabe am Arbeitsleben ausgerichteten Rehabilitationsprozesses werden spezifische Leistungen nach § 49 SGB IX erbracht:

- Maßnahmen zur Eignungsabklärung und Arbeitserprobung nach § 49 Abs. 4 SGB IX
- Maßnahmen zur Vorbereitung beruflicher Qualifikationen nach § 49 Abs. 3 Nr. 2 SGB IX (Reha-Vorbereitung)
- Maßnahmen zur beruflichen Weiterbildung und Anpassung nach § 49 Abs. 3 Nr. 4 SGB IX bzw. Integrationsmaßnahmen

Für die Zielgruppe der jungen Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen können diese Leistungen ebenfalls in Betracht kommen. Neben dem RPK-Konzept sind keine weiteren Fachkonzepte erforderlich. Bezogen auf den Einzelfall ist die konkrete Förderung mit dem zuständigen Rehabilitationsträger abzustimmen.

5.2.2.2 Inhalte der beruflichen Phase der RPK

Zentrale Leistungsinhalte der beruflichen Phase der RPK sind neben den in den Einrichtungen erbrachten Leistungen vor allem Praktika in Betrieben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Im Rahmen dieser Erprobungen werden durch die Wahl des Erprobungsumfeldes bzw. -platzes und durch die Ergänzung des rehabilitativen Angebotes mithilfe der am individuellen Bedarf orientierten Leistungen die individuellen Fragestellungen zur beruflichen Teilhabe bearbeitet.

Die bei den Grundlagen der beruflichen Phase der RPK beschriebenen Leistungen werden im Folgenden hinsichtlich ihrer konkreten Ausgestaltung näher beschrieben. Es handelt sich hierbei nicht um eine abschließende Aufzählung. Der Fokus der beruflichen Phase liegt auf Inhalten, die aufeinanderfolgen, um eine Steigerung der beruflichen Belastbarkeit zu erreichen, entsprechend der individuellen Bedarfe überlappen und auch wiederholt werden können:

- Fortführung der arbeitsbezogenen Leistungsdiagnostik zur Erarbeitung eines Leistungsbildes und Vorbereitung einer passgenauen Integration
- Spezifische Gruppenangebote auf der Basis störungsspezifischer Behandlung zum Abbau beruflicher Hemmnisse und zur beruflichen Orientierung
- Kontinuierliches Bewerbungstraining und Beratung, einzeln und in Gruppen während des gesamten Prozesses beruflicher Orientierung
- Abbau individueller arbeitsbezogener Hemmnisse durch die Verzahnung psychiatrisch-psychotherapeutischer Interventionen mit arbeitsspezifischen Erfahrungen

²³ Rehabilitationsplan (Instrument innerhalb der medizinischen Phase. Darüber hinaus in der beruflichen Phase der Deutschen Rentenversicherung) bzw. Reha-Förderplan/Förderplanung (Instrument innerhalb der beruflichen Phase der Bundesagentur für Arbeit)

²⁴ Vgl. § 9 Gemeinsame Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (BAR, in der aktuell gültigen Fassung)

- Belastungstraining und Belastungssteigerung unter betrieblichen Bedingungen durch niederschwellige betriebliche Praktika, deren Sinn die betriebliche Erprobung und noch nicht notwendigerweise die betriebliche Integration darstellt. Im Vordergrund stehen die Anpassung und Erprobung allgemeiner Arbeitsfähigkeit und arbeitsplatzbezogener Verhaltensweisen
- Vermittlung von branchenüblichen fachlichen Kenntnissen und Fertigkeiten
- Individuelle Förderung von Lernmethoden und Kompetenzen, auch insofern sie auf einen schulischen oder hochschulischen Abschluss vorbereiten
- Fortführung des Rehabilitationsplans bzw. Reha-Förderplans
- Berufsorientierende und berufstrainierende Leistungen in externen Arbeitsfeldern: Insbesondere Durchführung berufsspezifischer Praktika in Betrieben mit der gezielten Erprobung fachlicher Kompetenzen. Im Vordergrund steht die Rollenübernahme als potenzielle Mitarbeiterin oder potenzieller Mitarbeiter und die Herstellung von betrieblichen Kontakten mit dem Ziel der beruflichen Integration in den Praktikumsbetrieb
- Begleitung der Rehabilitandinnen/Rehabilitanden während der Belastungserprobungen in der Einrichtung und insbesondere auch am externen Arbeitsplatz
- Vermittlung in Ausbildung und Arbeit.

Begleitend über die gesamte Phase der LTA werden Leistungen wie medizinisch-psychiatrische, psychologische/psychotherapeutische und pädagogische Hilfen zur Krankheitsbewältigung, Stabilisierung, Krisenbewältigung, Alltagstraining, Stressbewältigung am Arbeitsplatz und zum Abbau arbeitsplatzbezogener Ängste durchgeführt (vgl. Ziffer 5.2.1).

5.3 Rehabilitationsdiagnostik

Rehabilitationsdiagnostik muss sich unter Berücksichtigung der Krankheitsdiagnose vor allem auf die persönlichen, beruflichen und sozialen Auswirkungen der Erkrankung konkret beziehen. Die mehrdimensionale Diagnostik auf der Grundlage von ICF erfasst die Beeinträchtigungen und Ressourcen auf den Ebenen: Körperfunktion – Aktivität – Teilhabe mit ihren Wechselwirkungen und berücksichtigt dabei auch personbezogene und umweltbedingte Kontextfaktoren. Zentrale Bedeutung haben das Selbstbild, die Biografie und die sozialen Bezüge der Rehabilitandin/des Rehabilitanden.

Während es eine Reihe von Kriterien gibt (z. B. Dauer der Erkrankung, Ausmaß und Grad von Beeinträchtigungen), vor deren Hintergrund eine Prognose möglich ist, kann die individuelle Diagnostik und Zielbestimmung nur erfolgen für einen jeweils überschaubaren Zeitraum und mit Einbeziehung praktischer Erprobungen – im eigenen Lebensumfeld und im Betrieb. Diese setzen 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 der Rehabilitandin/des Rehabilitanden ein individueller Rehabilitationsplan in der medizinischen Phase erstellt und die individuellen Rehabilitationsziele bzw. -teilziele definiert. In der Fortschreibung des Rehabilitationsplans ist der Übergang von der medizinischen Rehabilitation zur Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben zu berücksichtigen.

Zu jeder Therapieleistung 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 angepasst. 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 Ärztliche Leitung und Verantwortung

Die Rehabilitation für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung steht unter ständiger Leitung und Verantwortung einer Ärztin/eines Arztes mit der Gebietsbezeichnung Psychiatrie und Psychotherapie (alternativ Ärztin/Arzt für Psychiatrie oder Nervenärztin/Nervenarzt).

Die leitende Ärztin/ 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.²⁵ Die leitende Ärztin/der leitende Arzt hat neben der eigenen gebietsbezogenen und sozialmedizinischen Fortbildung auch die ständige Fortbildung seiner Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter zu gewährleisten.

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.

Die leitende Ärztin/der leitende Arzt ist für die Umsetzung des umfassenden Rehabilitationskonzepts im Rahmen der Vorgaben der Leistungsträger bezogen auf die einzelne Rehabilitandin/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. Sie/er leitet das interdisziplinäre Rehabilitationsteam, stellt regelmäßige (mindestens einmal pro Woche) Teambesprechungen sicher und verantwortet den Entlassungsbericht, insbesondere die sozialmedizinische Beurteilung.

Die leitende Ärztin/der leitende Arzt oder die benannte ständige Vertretung müssen den überwiegenden Anteil der Therapie-/Behandlungszeiten in der Einrichtung präsent sein. Die Vertreterin/der Vertreter der leitenden Ärztin/des leitenden Arztes muss über eine vergleichbare Qualifikation verfügen wie die leitende Ärztin/der leitende Arzt der Einrichtung.

Aufgaben und Verantwortungsbereiche der leitenden Ärztin/des leitenden Arztes sind insbesondere

- Leitung des Rehabilitationsteams
- Koordination und Abstimmung der Rehabilitationsplanung
- Durchführung von regelmäßigen (mindestens einmal pro Woche) rehabilitandenbezogenen und interdisziplinären Teambesprechungen
- Kooperation mit vor- und nachbehandelnden Ärztinnen/Ärzten, Konsiliarärztinnen/Konsiliarärzten und Konsiliardiensten

²⁵ Oder alternativ die Kurse der Weiterbildung Sozialmedizin/Rehabilitationswesen abgeschlossen haben, wenn die klinischen Anerkennungszeiten nicht erreicht werden können.

- Durchführung von Zwischenuntersuchungen und Anpassung des Rehabilitationsplans
- Durchführung einer Abschlussuntersuchung
- Erstellung des Entlassungsberichts mit sozialmedizinischer Beurteilung und Hinweisen für weiterführende Leistungen im Rahmen der Nachsorge.

Die leitende Ärztin oder der leitende Arzt hat die Aufgabe, erforderliche rehabilitationsdiagnostische Maßnahmen durchzuführen bzw. zu veranlassen, die individuell geeigneten Leistungen zur Teilhabe abzustimmen, ihre Qualität zu sichern und die Rehabilitandin bzw. den Rehabilitanden rehabilitationsspezifisch zu behandeln und zu beraten.

6 Personelle und strukturelle Anforderungen

6.1 Rehabilitationsteam und Qualifikation

Die in einer RPK vorzuhaltenden ärztlichen und nicht ärztlichen Fachkräfte arbeiten in einem interdisziplinären Rehabilitationsteam. Die beschriebenen fachspezifischen Qualifikationen sind die Mindestanforderungen, die jede Mitarbeiterin/jeder Mitarbeiter in der entsprechenden Berufsgruppe erfüllen muss.

Generell wird eine ausreichende rehabilitative Kompetenz und berufliche Qualifikation bei den Mitgliedern des Rehabilitationsteams gefordert. Bei einer zweijährigen Berufserfahrung in einer Rehabilitationseinrichtung wird diese Kompetenz als gegeben angenommen. Andernfalls legt die leitende Ärztin oder der leitende Arzt dar, inwiefern trotzdem die ausreichende rehabilitative Kompetenz gegeben ist bzw. wie die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter beim Erwerb dieser Kompetenz begleitet wird. Sind mehrere Mitglieder einer Berufsgruppe in der Rehabilitationseinrichtung / Fachabteilung tätig, verfügt zumindest die Leitung dieser Berufsgruppe über eine mindestens zweijährige vollzeitige (bei Teilzeit entsprechend längere) Berufserfahrung in einer Rehabilitationseinrichtung.

Im Hinblick auf sich stetig weiter ausdifferenzierte Ausbildungs- und Studiengänge ist es wichtig, die erforderlichen inhaltlichen Schlüsselqualifikationen und Tätigkeitsmerkmale für die RPK zu berücksichtigen.

Der Personaleinsatz des Rehabilitationsteams erfolgt so, dass neben den zugrunde liegenden Schädigungen insbesondere relevante Teilhabebereiche (ICF-Domänen) für die Rehabilitationsplanung handlungsleitend sind. Dieses ist im Einrichtungskonzept darzulegen.

Dem interdisziplinären Rehabilitationsteam gehören folgende Berufsgruppen an:

6.1.1 Ärztin/Arzt

- Hinsichtlich der leitenden Ärztin/des leitenden Arztes und ihrer Stellvertreterin/seines Stellvertreters wird auf Ziffer 5.5 verwiesen.
- Die weiteren Ärztinnen/Ärzte müssen über die mit der Gebietsbezeichnung festgelegte Qualifikation bzw. klinische Erfahrung verfügen.

6.1.2 Psychologin/Psychologe

- (Rehabilitations-) Psychologin/Psychologe (Diplom oder Masterabschluss)

6.1.3 Psychotherapeutin/Psychotherapeut (auch in der Personalunion unter 6.1.1 und 6.1.2.)

- Ärztlich oder psychologisch approbierte Psychotherapeutin/Psychotherapeut

6.1.4 Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter, Sozialpädagogin/Sozialpädagoge, Rehabilitationspädagogin/Rehabilitationspädagoge

- Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter (Diplom oder Bachelorabschluss mit staatlicher Anerkennung) oder
- Sozialpädagogin/Sozialpädagoge (Diplom oder Bachelorabschluss mit staatlicher Anerkennung) oder
- Rehabilitationspädagogin/Rehabilitationspädagoge (Diplom oder Bachelorabschluss)

6.1.5 Ergotherapeutin/Ergotherapeut und Arbeitserzieherin/Arbeitserzieher

- Ergotherapeutin/Ergotherapeut (mit staatlicher Anerkennung) oder
- Arbeitserzieherin/Arbeitserzieher (mit staatlicher Anerkennung)

6.1.6 Fachkräfte in der beruflichen Rehabilitation und betriebliche Fachanleiterinnen/-Fachanleiter

- Abgeschlossene Berufsausbildung
- Zusätzliche pädagogische Qualifikation

6.1.7 Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Pflegefachfrau/Pflegefachmann

- Gesundheits- und Krankenpfleger/in (mit staatlicher Anerkennung und Berufserfahrung in der Psychiatrie) oder Pflegefachfrau/Pflegefachmann (mit staatlicher Anerkennung und Berufserfahrung in der Psychiatrie) oder
- Pflegestudium (Bachelorabschluss und Berufserfahrung in der Psychiatrie).

6.1.8 Fachkräfte mit Sport- und bewegungstherapeutischer Kompetenz

- Physiotherapeutin/Physiotherapeut (mit staatlicher Anerkennung) oder
- Sportlehrerin/Sportlehrer (Diplom) oder
- Sportwissenschaftlerin/Sportwissenschaftler mit indikationsspezifischer bewegungstherapeutischer Ausrichtung (Diplom- oder Bachelorabschluss) oder
- Staatlich geprüfte Gymnastiklehrerin/Gymnastiklehrer

6.2 Personalbemessung

Für eine Rehabilitationseinrichtung mit 20 Rehabilitandinnen/Rehabilitanden mit ganztägiger Rehabilitation wird folgender Personalschlüssel empfohlen²⁶:

Ärztin/Arzt	1:20 ²⁷
Psychologin/Psychologe	1:20 ²⁷
Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin bzw. Sozialarbeiter/Sozialpädagoge bzw. Rehabilitationspädagogin/Rehabilitationspädagoge	1:10 – 1:15
Ergotherapeutin/Arbeitserzieherin bzw. Ergotherapeut/Arbeitserzieher	1:10 – 1:20
Fachkräfte für die berufliche Rehabilitation und betriebliche Fachanleiterin/Fachanleiter	1:10
Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger und Pflegefachfrau/Pflegefachmann	1:10 – 1:20
Fachkräfte mit Sport- und bewegungstherapeutischer Kompetenz	1:40 – 1:60

Im Rahmen der angegebenen Korridore der Personalschlüssel ist eine unterschiedliche Gewichtung der Berufsgruppen möglich.

Der Personalschlüssel umfasst zu erwartende Ausfallzeiten durch Urlaub und Krankenstand.

Für stationäre Rehabilitationseinrichtungen besteht in den Abend- und Nachtstunden sowie am Wochenende ein zusätzlicher Personalbedarf in der Pflege. Eine ärztliche Bereitschaft ist sicherzustellen.²⁸ Die Sicherstellung ist im Einrichtungskonzept darzulegen.

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
- Einzeltherapie
- Bewegungstherapie

26 Eine Abweichung von der vereinbarten Personalbemessung nach erfolgter Zulassung soll mit dem zuständigen Träger abgestimmt werden.

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

28 Die ärztliche Präsenz ist während der Therapiezeiten sicherzustellen.

- Ergotherapie
- interne oder externe Plätze für berufliche Trainingsangebote und Unterricht
- Notfallversorgung und spezielle Diagnostik
- medizinisches Untersuchungszimmer
- Sanitärbereich (in ausreichender Anzahl barrierefrei gestaltet)
- 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
- 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, zum Beispiel:

- Notfallausrüstung
- Ausstattung für psychologische Testdiagnostik und Übungen (inklusive PC gestützt)
- Ergotherapeutische Ausstattung inklusive EDV-Trainingsplätzen
- Ausstattung für Bewegungs- und Physiotherapie.

7 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 Rehabilitandinnen/Rehabilitanden beiträgt. Dazu gehört auch, die Rehabilitandinnen/Rehabilitanden bereits während der Rehabilitation an eine aktive Teilhabe am sozialen Leben unter Berücksichtigung des individuellen Rehabilitationsverlaufs und persönlichen Bedarfs zu befähigen. Die RPK kooperiert dabei rehabilitandenbezogen mit Einrichtungen und Diensten am Wohnort der Rehabilitandin/der Rehabilitanden.

Als eigenständige Einrichtung vernetzt sich die RPK mit den Diensten und Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation, Arbeitgebern sowie den betrieblichen und weiteren Diensten in der Region und kooperiert mit den Selbsthilfegruppen. Sie beteiligt sich am Gemeindepsychiatrischen Verbund im Sinne der regionalen Qualitätssicherung und Steuerung. Sofern diese Strukturen noch nicht vorhanden sind, wirkt die RPK-Einrichtung an deren Aufbau mit.

8 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
- bei erheblich gefährdeter Erwerbsfähigkeit des psychisch erkrankten oder in der Teilhabe beeinträchtigten Menschen eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden kann
 - oder
 - bei einer bereits geminderten Erwerbsfähigkeit des psychisch erkrankten oder in der Teilhabe beeinträchtigten Menschen diese wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder 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.
- c) der Unfallversicherungsträger, wenn die psychische Störung Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit ist.

Anstelle eines Rehabilitationsträgers können im Einzelfall auch die Beihilfe oder eine private Krankenversicherung für die Kostenübernahme einer RPK-Leistung zuständig sein.

Für **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** ist bei Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der gesetzlichen Rentenversicherung der Rentenversicherungsträger²⁹ zuständig. Die Bundesagentur für Arbeit (Agentur für Arbeit) kann Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringen, sofern nicht ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist. Der Unfallversicherungsträger ist zuständig, wenn die psychische Störung infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit auftritt.

9 Verfahren bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

9.1 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 (vgl. Ziffer 1.2).

Ergänzend zum Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

²⁹ Die Landwirtschaftliche Alterskasse erbringt keine Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

- Gutachten/Stellungnahmen des bisher behandelnden psychiatrischen Krankenhauses oder der bisher behandelnden psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses oder der bisher vorbehandelnden Fachärztin/des Facharztes³⁰
- gegebenenfalls weitere relevante 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).

Das Gutachten der RPK-Einrichtung orientiert sich an den Inhalten und der Gliederung gemäß der Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“³¹. Danach sind Angaben zu den folgenden Gliederungspunkten unverzichtbar:

- psychiatrische Diagnose nach ICD 10-GM
- Funktionsdiagnose (Beschreibung der aus dem Gesundheitsproblem resultierenden relevanten Schädigungen sowie Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigung in kompakter Form)
- Beschreibung relevanter Einflüsse aus dem Lebenshintergrund des Menschen mit psychischer Beeinträchtigung (positiv wie negativ wirkende Umwelt – und personbezogene Faktoren), z. B. Unterstützung durch Familie und Freunde, Einstellung zu Hilfen
- Allgemeine Anamnese mit Relevanz für die RPK, z. B. Krankheitsvorgeschichte einschließlich Diagnostik, aktueller medizinischer Befunde, bisher durchgeführter und gegenwärtig laufender Leistungen
- Biografische Anamnese, z. B. schulischer und beruflicher Werdegang

Neben der Aussage zu Indikationskriterien (Rehabilitationsfähigkeit, -bedürftigkeit, -prognose und zu Rehabilitationszielen, vgl. Ziffer 2.3 und Ziffer 3) werden erste Aussagen zu einer Erwerbsprognose gestellt.

9.2 Zwischenbericht

Die RPK-Einrichtung 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 Leistungen und deren Ergebnisse. Dieser enthält zudem eine ausführliche Stellungnahme über die Rehabilitationsfähigkeit der Rehabilitandin/des Rehabilitanden sowie insbesondere eine Prognose über den weiteren Rehabilitationsverlauf und die Erwerbsfähigkeit.

Regelmäßig ist bei der Erstellung eines Zwischenberichts zu prüfen, ob eine Verlängerung der medizinischen Rehabilitation oder ein Wechsel in die berufliche Phase erforderlich ist. Wenn Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben angezeigt sind, erfolgt unverzüglich durch die RPK-Einrichtung eine Hinwirkung auf die Antragsstellung und bei vorliegender Einwilligung der Rehabilitandin/des Rehabilitanden die Vornahme dieser beim voraussichtlichen zuständigen Rehabilitationsträger.

³⁰ Die trägerspezifischen Verfahren und die jeweiligen Datenschutzbestimmungen sind zu berücksichtigen.

³¹ Vgl. Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“ (BAR, in der aktuell gültigen Fassung). Weitere Ausführungen vgl. DRV Bund „Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung bei psychischen und Verhaltensstörungen“ Leitfaden August 2012 inklusive Update 2018

9.2.1 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 weitere 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 Zwischenbericht mit einem entsprechenden Rehabilitationsantrag (Verlängerungsantrag) der Rehabilitandin/des Rehabilitanden sowie allen Gutachten umgehend an den zuständigen Krankenversicherungsträger weiter und macht einen Erstattungsanspruch nach § 105 SGB X ab dem Datum des Zwischenberichtes geltend. Zugleich informiert er die RPK-Einrichtung über die Weiterleitung an den Krankenversicherungsträger. Der Rentenversicherungsträger entscheidet ggf. über die Umdeutung des Rehabilitationsantrages in einen Rentenantrag gemäß § 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. Im Falle der Leistungszuständigkeit des Trägers der Krankenversicherung prüft dieser unabhängig von der Mitteilung an den Rentenversicherungsträger, ob die Leistung als RPK-Leistung weitergeführt werden soll. Über das Ergebnis der Prüfung informiert der Krankenversicherungsträger unverzüglich die RPK-Einrichtung.

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.

9.2.2 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 weitere Leistungszuständigkeit. Hält er die gesetzlichen Leistungsvoraussetzungen der Rentenversicherung für gegeben, leitet er den Zwischenbericht mit einem entsprechenden Rehabilitationsantrag (Verlängerungsantrag) des Rehabilitanden/der Rehabilitandin sowie allen Gutachten umgehend an den zuständigen Rentenversicherungsträger weiter und macht einen Erstattungsanspruch nach § 105 SGB X ab dem Datum des Zwischenberichtes geltend. Zugleich informiert er die RPK-Einrichtung über die Weiterleitung an den Rentenversicherungsträger.

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. Über das Ergebnis der Prüfung informiert der Rentenversicherungsträger unverzüglich die RPK-Einrichtung. Liegen die Voraussetzungen der §§ 10 und 11 SGB VI nicht vor, prüft der Krankenversicherungsträger, ob weiterhin die Voraussetzungen für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach den §§ 11 SGB V i.V.m. 40 SGB V gegeben sind und ob diese als RPK-Leistung weitergeführt werden sollen. Über das Ergebnis der Prüfung informiert der Krankenversicherungsträger unverzüglich die RPK-Einrichtung. Der Rentenversicherungsträger entscheidet ggf. über die Umdeutung des Rehabilitationsantrages in einen Rentenantrag gem. § 116 SGB VI.

9.3 Abschluss der medizinischen Rehabilitation

Die RPK-Einrichtung legt dem Rehabilitationsträger der medizinischen Rehabilitation in der Regel spätestens sechs Wochen vor Beendigung der medizinischen Leistungen einen Befundbericht mit ausführlich begründeten Aussagen zur Belastbarkeit vor, aus dem sich ergibt, ob und ggf. welche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach Abschluss der medizinischen Leistung angeregt werden. Wenn Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben notwendig sind, ist – sofern noch nicht erfolgt – frühestmöglich vor Ablauf der Leistung zur medizinischen Rehabilitation durch die RPK-Einrichtung auf eine Antragsstellung hinzuwirken und mit Einwilligung des/der Rehabilitand/in beim voraussichtlich zuständigen Rehabilitationsträger vorzunehmen. Dadurch soll ein nahtloser Übergang in die Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben ermöglicht werden. Der Träger der Leistung zur medizinischen Rehabilitation wird darüber informiert, ob eine Antragsstellung erfolgt ist.

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 zum Ende der medizinischen Phase eine positive Prognose hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit vorliegt oder eine Rente wegen Erwerbsminderung bezogen wird, ist der Rentenversicherungsträger für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben voraussichtlich zuständig. Wenn Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben angezeigt sind, erfolgt unverzüglich durch die RPK-Einrichtung eine Hinwirkung auf die Antragsstellung und bei vorliegender Einwilligung der/des Versicherten die Vornahme dieser beim voraussichtlich zuständigen Rehabilitationsträger.

Im Weiteren erstellt die Rehabilitationseinrichtung am Ende der Leistung zur medizinischen Rehabilitation unter Berücksichtigung der trägerspezifischen Anforderungen³² einen Abschluss-/Entlassungsbericht über den Verlauf der Leistung.

Schwerpunkte sind:

- rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen einschließlich ICD Diagnoseschlüssel
- durchgeführte Leistungen
- sozialmedizinische Beurteilung einschließlich einer Empfehlung für die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Rehabilitationsergebnis mit Empfehlungen für weitere Leistungen

Soweit zum Ende der Leistung der medizinischen Rehabilitation der Abschluss-/Entlassungsbericht noch nicht fertiggestellt ist, ist ein vorläufiger Abschluss-/Entlassungsbericht zu erstellen. Dieser muss mindestens folgende Angaben enthalten:

- Stammdaten der Rehabilitandin/des Rehabilitanden
- Aufnahmebefund
- Abschlussbefund und Rehabilitationsergebnis
- Empfehlung für nachgehende/weiterführende Maßnahmen
- Ggf. die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei erwerbstätigen Rehabilitandinnen/Rehabilitanden
- Kennzeichnung als „vorläufiger Abschluss-/Entlassungsbericht“

Spätestens 14 Tage nach Abschluss der Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist der vollständige Abschluss-/Entlassungsbericht zu erstellen.

³² vgl. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2015 – Stand:01/2022 bzw. für die GKV: Rahmenvertrag Entlassmanagement Reha sowie - Rehabilitations- Richtlinien

Mit Einwilligung der Rehabilitandin oder des Rehabilitanden wird sowohl der vorläufige als auch der finale Abschluss-/Entlassungsbericht der behandelnden Haus-/Fachärztin oder dem behandelnden Haus-/Facharzt durch die RPK-Einrichtung zugesandt.

So weit keine Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Betracht kommen, sollen bei Bedarf frühzeitig nachgehende Leistungen eingeleitet oder vorbereitet werden. Wird die Leistung zur medizinischen Rehabilitation als stationäre Leistung zulasten der Krankenversicherung durchgeführt, ist die Vornahme des Entlassmanagements³³ zu prüfen und so weit die Voraussetzungen gegeben sind durchzuführen.

10 Verfahren bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

10.1 Einleitung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Der Übergang zwischen den Phasen - von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben - erfolgt nahtlos (vgl. Ziffer 9.2 ff.). Zuständig für die Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben in der RPK können insbesondere die Träger der Deutschen Rentenversicherung, der Bundesagentur für Arbeit oder der Unfallversicherung sein (vgl. Ziffer 8).

Auf der Basis der Ergebnisse der medizinischen Rehabilitation sowie der ermittelten individuellen Teilhabe und Leistungsziele wird mit Beginn der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben von der RPK-Einrichtung gemeinsam mit der Rehabilitandin/dem Rehabilitanden der individuelle Rehabilitationsplan fortgeschrieben. Wenn die Bundesagentur für Arbeit die Kostenträgerin der beruflichen Rehapphase ist, wird der Rehaplan um einen individuellen genehmigungspflichtigen beruflichen Reha-Förderplan ergänzt. Hierbei wird insbesondere auf eine langfristige Integration in den Arbeitsmarkt abgezielt.

Im Reha-Förderplan sind Art und Umfang der erforderlichen besonderen Hilfen sowie die vorgesehene Ausführung der Leistung in Betrieben oder Dienststellen des allgemeinen Arbeitsmarktes zu berücksichtigen. Dieser Reha-Förderplan wird kontinuierlich unter Berücksichtigung der individuellen Entwicklung fortgeschrieben. Auf Anforderung des zuständigen Rehabilitationsträgers wird ein Zwischenbericht erstellt. Im Falle eines Verlängerungswunsches wird dem zuständigen Rehabilitationsträger ein Bericht sechs Wochen vor Ablauf des Bewilligungszeitraums übermittelt. Der Bericht soll unter anderem Aussagen zum bisherigen Verlauf, zur Prognose der Ziele, eine Begründung für die Verlängerung sowie zu den konkreten Leistungen die erbracht werden sollen, enthalten.

33 Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha vom 01.02.2019 in der jeweils aktuell gültigen Fassung

10.2 Abschluss der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Am Ende der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erstellt die RPK-Einrichtung innerhalb von zwei Wochen nach Abschluss der Leistung einen Bericht über den Verlauf und das Ergebnis. Der Abschlussbericht ist dem zuständigen Rehabilitationsträger vorzulegen.

Liegt zum Entlassungstag noch kein Abschlussbericht vor, erstellt die RPK-Einrichtung einen vorläufigen Abschlussbericht mit allen relevanten medizinischen Daten und Empfehlungen für nachgehende/weiterzuführende Maßnahmen. Mit Einwilligung der Rehabilitandin/des Rehabilitanden wird sowohl der vorläufige als auch der finale Abschlussbericht der behandelnden Haus-/Fachärztin oder dem behandelnden Haus-/Facharzt durch die RPK-Einrichtung zugesandt.

Neben Aussagen zum bisherigen Verlauf, zum aktuellen Gesundheitszustand und diesbezüglich weiteren Empfehlungen bilden sozialmedizinische Aussagen zur Erwerbsfähigkeit, zu Voraussetzungen einer möglichst langfristig erfolgreichen beruflichen Eingliederung und zu dem tatsächlichen Stand der beruflichen und sozialen Integration einen weiteren Schwerpunkt.

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 erfolversprechend erscheint. Sind weitere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach Ende der RPK-Leistung angezeigt, ist frühestmöglich mit dem zuständigen Rehabilitationsträger der Bedarf zu kommunizieren und das weitere Vorgehen abzustimmen. Die Rehabilitanden sind auf eine ggf. anschließende Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben vorzubereiten und werden nach Möglichkeit bei der Überleitung durch die RPK-Einrichtung begleitet.

Sofern keine nahtlose Arbeitsaufnahme zu erwarten ist, wirkt die RPK-Einrichtung darauf hin, dass die Rehabilitandin/der Rehabilitand mindestens drei Monate vor Maßnahmenende mit der für ihren/seinen Wohnort zuständige Agentur für Arbeit oder dem Jobcenter zur Einleitung der Vermittlungsaktivitäten Kontakt aufnimmt³⁴.

11 Abbruch oder Beendigung der Leistungen zur Teilhabe

Muss die Rehabilitandin/der Rehabilitand die RPK aus gesundheitlichen Gründen abbrechen oder möchte diese aus anderen Gründen abbrechen, führt i.d.R. die leitende Ärztin/der leitende Arzt ein Gespräch mit der Rehabilitandin/dem Rehabilitanden, um die Gründe, die medizinischen und weiteren Auswirkungen sowie den bisherigen Erfolg der Maßnahme zu erörtern. Bleibt die Rehabilitandin/der Rehabilitand bei dem Wunsch nach

³⁴ vgl. § 10 Gemeinsame Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (BAR, in der aktuell gültigen Fassung) i.V.m. § 51 SGB IX

einem Abbruch, erörtert der Sozialdienst die Auswirkungen auf eine weitere Bewilligung einer Rehabilitationsmaßnahme und weitere Sozialleistungen. Soll eine Leistung abgebrochen werden, ist durch die RPK-Einrichtung Kontakt zum zuständigen Leistungsträger aufzunehmen und das weitere Vorgehen abzustimmen.

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.

12 Nachgehende Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolgs nach der beruflichen Phase: Nachbetreuung

Für die Zielgruppe der Rehabilitandinnen/ der Rehabilitanden in einer RPK-Einrichtung ist die Nachbetreuung von zentraler Bedeutung.

Für alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die erfolgreich vermittelt wurden, kann sich nach der beruflichen Phase der RPK eine sechsmonatige Nachbetreuung analog zu § 10 der Gemeinsamen Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ zur individuellen Unterstützung der beruflichen Integration anschließen.³⁵ Die RPK-Konzeption verfolgt den rehabilitativen Grundsatz einer frühzeitigen lebensweltbezogenen Integration und der rehabilitativen Grundhaltung einer konsequenten Förderung der Selbstbestimmung der Rehabilitandinnen/der Rehabilitanden. Die Übernahme in eine Ausbildung oder Erwerbstätigkeit ist in der beruflichen Phase das zentrale Ziel der RPK. Die Vernetzung mit dem regionalen Arbeitsmarkt ermöglicht eine passgenaue Platzierung mit einem arbeitsplatzbezogenen Training unter Berücksichtigung von Neigungen und Fähigkeiten.

Die Nachbetreuung ist Teil des Rehabilitationskonzeptes und in ihrer Umsetzung zu beschreiben. Insbesondere auf die durch die RPK-Einrichtungen zu erbringenden Leistungen und deren Dokumentation ist einzugehen. Konkretisierende regionale Absprachen werden berücksichtigt.

Die Nachbetreuung gestaltet sich individuell und bedarfsgerecht durch den modularen Einsatz unterschiedlicher Leistungen. Mögliche Leistungen sind z. B.

- Individuelles Unterstützungsgespräch Nachbetreuung
- Individuelle Unterstützung bei Arbeitsplatzsuche oder Arbeitsplatzwechsel
- Individuelles Bewerbungstraining
- Individuelle Unterstützung bei Arbeitsplatzverlust
- Sozialberatung
- Psychosoziale Beratung
- Beratung am Arbeitsplatz zur Integration (Rehabilitanden/innen, Arbeitgeber/innen, Kollegen/innen)
- Ressourcenaktivierung

³⁵ Die personellen Ressourcen der Nachbetreuung sind für die spezifische Zielgruppe der RPK zwischen Leistungsträgern und RPK-Einrichtungen abzustimmen.

Die Nachbetreuung wird durch die in der Bezugstherapie eingesetzten Berufsgruppen erbracht sowie darüber hinaus von allen im interdisziplinären RPK-Team vorgehaltenen Berufsgruppen, insbesondere auch Ärztinnen/Ärzte, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten oder Psychologinnen/Psychogen.

Geht der Bedarf der Rehabilitandin oder des Rehabilitanden an Nachbetreuung über die in § 10 der Gemeinsamen Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ beschriebene Dauer von sechs Monaten hinaus, sind mit dem zuständigen Rehabilitationsträger für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einzelfallbezogene Fördermöglichkeiten abzustimmen.

13 Dokumentation

Für jede Rehabilitandin/jeden Rehabilitanden ist eine Dokumentation anzulegen, aus der alle rehabilitationsrelevanten Diagnosen mit den daraus resultierenden Auswirkungen auf Funktionsfähigkeit, Befunde sowie die durchgeführten/geplanten Therapieformen entnommen werden können, um den Rehabilitationsverlauf transparent und vergleichbar zu machen.

Die Dokumentation muss insbesondere umfassen

- den individuellen Rehabilitationsplan der Rehabilitandin/des Rehabilitanden betreffend Art, Häufigkeit und Intensität der Behandlungselemente
- die Teilnahme der Rehabilitandin/des Rehabilitanden an den medizinischen und beruflichen Rehabilitationsleistungen (Anwesenheitslisten beziehungsweise Teilnahmelisten, z. B. in einem Behandlungsheft, Rehabilitationstagebuch oder per digitaler Unterschrift auf dem Signaturpad) im Gesamtverlauf der RPK
- sämtliche erhobene anamnestiche Daten, klinische Befunde und deren Interpretation
- das individuell vereinbarte Rehabilitationsziel und die Bewertung des Rehabilitationserfolges durch Zwischenuntersuchungen in bestimmten Zeitabständen sowie die Abschlussuntersuchung/-befundung
- die Angaben zu den Visiten und Teambesprechungen/Fallkonferenzen
- bei Abbruch der RPK-Leistung die Gründe und die dazu geführten Gespräche
- den Abschluss-/Entlassungsbericht inklusive sozialmedizinischer Leistungsbeurteilung sowohl nach Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation als auch der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben

14 Datenschutz

Für eine sachgerechte Fallsteuerung ist es erforderlich, Informationen zwischen den am Reha-Prozess beteiligten Akteuren auszutauschen. Bei der Verarbeitung von Daten sind die gesetzlichen Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes zu beachten.

15 Qualitätsmanagement

Die RPK-Einrichtungen sind gemäß § 37 SGB IX verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement vorzuhalten. Die „Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement“ (BAR, 2015) sieht vor, dass alle stationären Rehabilitationseinrichtungen an einem von der BAR anerkannten Qualitätsmanagement-Verfahren teilnehmen. Ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen müssen im Rahmen der Prüfung der Strukturqualität dem Rehabilitationsträger nachweisen, dass sie ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement durchführen.

16 Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung bezogen auf RPK-Einrichtungen orientiert sich an der jeweils gültigen Fassung der „Gemeinsamen Empfehlung Qualitätssicherung nach § 37 Abs. 1 SGB IX“.

16.1 Strukturqualität

Zur Sicherung der Strukturqualität der RPK müssen die in der jeweils gültigen Fassung RPK-Empfehlungsvereinbarung gestellten Anforderungen an die personelle, räumliche und apparative Ausstattung der RPK-Einrichtungen erfüllt sein. Die Hinweise gemäß der Ziffer 1.1.2 zur Barrierefreiheit sollen dabei als Orientierung dienen.

16.2 Prozessqualität

Vorgaben für den qualitätsgesicherten Verlauf der RPK sind das Rehabilitationskonzept der Einrichtung und die individuellen Rehabilitations- und Reha-Förderpläne der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Die Einhaltung der Rehabilitations- und Reha-Förderpläne (Art, Häufigkeit, Dauer und Intensität der Maßnahmen) ist anhand einer rehabilitandenbezogenen standardisierten Dokumentation zu gewährleisten.

16.3 Ergebnisqualität

Im Rahmen der Zwischenuntersuchungen und der Abschlussbefundung ist zu überprüfen und zu dokumentieren, ob und in welchem Ausmaß das im individuellen Rehabilitationsplan und Reha-Förderplan definierte Rehabilitationsziel erreicht wurde. Falls aus medizinischen Gründen oder sonstigen Gründen (z. B. mangelndes Arbeitsplatzangebot) notwendig, werden Rehabilitationsziel und/oder Rehabilitationsplan und/oder Reha-Förderplan modifiziert.

17. Anerkennung als RPK

Zur Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen einer kombinierten Leistung in einer RPK-Einrichtung ist das Vorliegen eines Vertrages über die Durchführung der Leistung erforderlich.

Grundlage dafür ist das Rehabilitationskonzept, das die RPK-Empfehlungsvereinbarung in der jeweils gültigen Fassung sowie für die berufliche Phase zusätzlich die Gemeinsame Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ nach § 51 SGB IX (vgl. § 1 Abs. 5)³⁶ berücksichtigt. Die zuständigen Stellen der Vereinbarungspartner verständigen sich darauf, welche Einrichtungen die sich daraus ergebenden Anforderungen erfüllen. Die Verständigung gilt bezüglich der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben als einvernehmliche Bewertung dieser als vergleichbare Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation im Sinne des § 51 SGB IX.

18. Inkrafttreten und Kündigung

Diese Vereinbarung tritt am 1. August 2024 in Kraft und ersetzt die „RPK-Empfehlungsvereinbarung 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“ vom 29. September 2005 sowie die Handlungsempfehlungen für die praktische Umsetzung der RPK-Empfehlungsvereinbarung vom 4. November 2010.

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

³⁶ Ein separates Qualitäts- und Leistungshandbuch (entsprechend § 13 der die Gemeinsame Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ nach § 51 SGB IX) ist aufgrund des umfassenden Gesamtkonzeptes der RPK-Einrichtungen nicht erforderlich.

Anhang

Personbezogene Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO: Systematik der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) 2019³⁷

Diese beinhaltet folgende Gliederung:

Kapitel 1 – Allgemeine Merkmale:

- Alter (i110-119)
- Geschlecht (i120-129)

Kapitel 2 – Physische Faktoren

- i 210 Körpermaße, Körperform und Körperzusammensetzung
- i 220 Bewegungsbezogene Faktoren
- i 221 Faktoren des Herz-, Kreislauf- und Atmungssystems
- i 222 Faktoren des Stoffwechsels
- i 223 Faktoren der Sinnesorgane

Kapitel 3 – Mentale Faktoren

Faktoren der Persönlichkeit (i310-349)

- i 310 Extraversion
- i 315 Faktoren der Emotionalität
- i 320 Gewissenhaftigkeit
- i 325 Offenheit
- i 330 Umgänglichkeit
- i 335 Selbstvertrauen
- i 340 Optimismus

Kognitive und mnestische Faktoren (i350-369)

- i 350 Faktoren der Intelligenz
- i 355 Kognitive Faktoren
- i 360 Mnestiche Faktoren

Kapitel 4 – Einstellungen, Handlungskompetenz und Gewohnheiten

Einstellungen (i410-429)

- i 410 Weltanschauung
- i 411 Einstellung zur eigenen Person
- i 413 Lebenszufriedenheit
- i 416 Einstellung zu Gesundheit, Krankheit und Behinderung
- i 418 Einstellung zur Unterstützung durch andere Personen
- i 419 Einstellung zu Interventionen und technischen Hilfen
- i 420 Einstellung zu finanziellen Versicherungs- und Versorgungsleistungen
- i 421 Einstellung zur Bildung
- i 422 Einstellung zur Arbeit
- i 425 Einstellung zum sozialen Leben und zur Gesellschaft

37 Vgl. Personbezogene Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO: www.dgsmp.de/systematk-der-dgsmp/

Handlungskompetenz (i430-449)

- i 430 Sozialkompetenz
- i 431 Sprachkompetenz
- i 433 Methodenkompetenz
- i 436 Selbstkompetenz (Empowerment)
- i 438 Fachkompetenz
- i 442 Medienkompetenz

Gewohnheiten (i 450-479)

- i 450 Ernährungsgewohnheiten
- i 453 Gewohnheiten beim Konsum von Genussmitteln
- i 456 Bewegungsgewohnheiten
- i 459 Gewohnheiten in alltäglichen Routinen
- i 460 Freizeitgewohnheiten
- i 462 Sexualgewohnheiten
- i 468 Hygienegewohnheiten
- i 471 Gewohnheiten im Umgang mit Geld und materiellen Gütern

Kapitel 5 – Lebenslage

- i510 Familiärer Status
- i513 Status im unmittelbaren und weiteren sozialen Kontext
- i515 Wohnsituation
- i520 Beschäftigungsstatus
- i525 Wirtschaftlicher Status
- i 527 Rechtlicher Status
- i530 Gesellschaftlicher Status
- i535 Kultureller Status
- i540 Zugehörigkeit zu ethnischen Gruppen
- i550 Bildungsstatus

Verzeichnis der Mitwirkenden

An der Überarbeitung der RPK-Empfehlungsvereinbarung haben mitgewirkt:

Aktion Psychisch Kranke e.V., Jörg Holke

beta89 e.V., Annette Theißing

Bezirk Oberbayern, Andreas Grauer

Bundesagentur für Arbeit, Claudia Hübner

Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Ivana Rosemann (Mai 2022)

Deutsche Rentenversicherung Bund, Klaus Wedemann (bis Januar 2024), Dr. Carolin Canan Ågren

Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Norbert Gödecker-Geenen (bis Juli 2021), Alexander Nolte (ab Mai 2021), Jaqueline Brieke (Februar 2021)

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Dirk Scholtysik (bis Oktober 2021),

Roman Hartkamp (ab Oktober 2021),

GKV-Spitzenverband, Irmgard Backes

ISL e.V., Thomas Künneke (bis Juli 2021)

Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Christoph Grünenwald

Landeswohlfahrtsverband Hessen, Karl-Heinz Schön

MD-Kompetenz-Centrum für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. Wiebke Martinsohn-Schittkowski

SEG 1 der MD Gemeinschaft, Dr. Sabine Grotkamp (bis Juni 2023), Dr. Marlies Treichel (ab Juli 2023)

SPI Paderborn e. V., Ulrich Saur

SRH RPK Karlsbad GmbH, Dr. Gustav Wirtz

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Susanne Müllenhagen

Werkstatträte Deutschland, Kristina Schulz (bis Juli 2021)

Verantwortlich bei der **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V., Frankfurt am Main:**

Dr. Regina Ernst

Mariola Barreda Perez

Reha Grundlagen

Praxisorientiertes und konzeptionelles Wissen bietet Orientierung zu Leistungen und dem System der Rehabilitation.

REHA
Grundlagen

Reha Vereinbarungen

Trägerübergreifende Vorgaben und gemeinsame Empfehlungen konkretisieren die Zusammenarbeit in der Rehabilitation sowie die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

REHA
Vereinbarungen

Reha Entwicklungen

Positionen, Stellungnahmen und Projekte geben Impulse zur Weiterentwicklung von Rehabilitation und Teilhabe.

REHA
Entwicklungen

BAR Report

Die BAR berichtet über Themen und Aktivitäten, darunter z. B. Tagungsbericht, Geschäftsbericht und Orientierungsrahmen.

BAR
Report



Downloads und weitere Informationen unter
www.bar-frankfurt.de/publikationen/

