

**Zulassungsbedingungen des VdAK/AEV  
zur Erbringung von Leistungen  
der ambulanten Rehabilitation bei  
muskuloskeletalen Erkrankungen**

**Stand: 02.08.2001**

# Inhaltsverzeichnis

	Seite:
1. Allgemeines.....	3
1.0 Rehabilitationskonzept .....	4
1.1 Ärztliche Leitung und Verantwortung .....	4
1.2 Ärztliche Aufgaben .....	6
1.3 Rehabilitationsdiagnostik .....	7
1.4 Rehabilitationsplan.....	9
1.5 Behandlungselemente .....	9
2. Personelle Ausstattung .....	10
2.1 Rehabilitationsteam und Qualifikation.....	10
2.2 Personalbemessung .....	15
3. Räumliche Ausstattung .....	16
4. Apparative Ausstattung.....	17
4.1 Diagnostik .....	17
4.2 Therapie.....	18

## 1. Allgemeines

Der Wandel im Krankheitsspektrum, gekennzeichnet durch die Zunahme chronischer Krankheiten, die demographische Entwicklung mit einer steigenden Zahl älterer Menschen sowie auch die Tendenz zur Verlängerung der Lebensarbeitszeit durch den Gesetzgeber führen zu einem zunehmenden Bedarf an Rehabilitation, die den individuellen Lebensbedingungen und -gewohnheiten Rechnung trägt.

Es ist daher geboten, neben stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtungen ambulante Strukturen zu schaffen, die interdisziplinäre therapeutische Angebote wohnortnah vorhalten und damit die Möglichkeit bieten, die Behandlung den Erfordernissen des Einzelfalles flexibel anzupassen.

Die ambulante Rehabilitation bietet außerdem die Möglichkeit, Personengruppen in die Rehabilitation einzubeziehen, die aus verschiedenen persönlichen Gründen bei entsprechender medizinischer Indikation eine stationäre Rehabilitation nicht in Anspruch nehmen können.

Ebenso wie die stationäre Rehabilitation geht auch die ambulante medizinische Rehabilitation<sup>\*)</sup> von einem ganzheitlichen Ansatz aus, der die physischen, psychischen und sozialen Aspekte der Rehabilitation umfasst. Gleichmaßen gelten die Grundsätze der Komplexität, der Interdisziplinarität und der Individualität.

Die BAR-Empfehlungen zur ambulanten Rehabilitation vom 20.10.2000 bilden für die Mitgliedskassen des VdAK/AEV die Grundlage für den Ausbau einer gemeinsam zu nutzenden bedarfsgerechten ambulanten Rehabilitationsstruktur und zur Gewährleistung einer an einheitlichen Grundsätzen ausgerichteten und zielorientierten ambulanten Rehabilitation.

---

\*) Der Begriff ambulante medizinische Rehabilitation umfasst auch teilstationäre Rehabilitation.

Diese Zulassungsbedingungen erfüllen gleichfalls auch die Forderung des Bundessozialgerichts vom 05.07.2000 (Az.: 12 KR 33) nach einer Zulassung ambulanter Rehabilitationseinrichtungen, wenn die Qualitätsanforderungen hierfür erfüllt und nachgewiesen sind. Grundlage für diese Qualitätsanforderungen sind die BAR-Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation mit dem Besonderen Teil II zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen in der jeweils geltenden Fassung. Der Stand der Erkenntnisse über die ambulante Rehabilitation kann dazu führen, dass diese Zulassungsbedingungen weiterentwickelt werden.

Die Zulassungsbedingungen bilden zusammen mit den Vertragsregelungen die Grundlage für die Erbringung der Leistungen zur ambulanten Rehabilitation. Dabei wird insbesondere auf die Regelungen zu Nr. 2 des Besonderen Teils "Indikationsstellung/medizinische Voraussetzungen und Rehabilitationsziele" verwiesen.

## **1.0 Rehabilitationskonzept**

Jede ambulante Einrichtung zur Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen legt ein strukturiertes Rehabilitationskonzept vor evtl. unter Berücksichtigung von Schwerpunkten, das die erforderliche rehabilitative Diagnostik und Behandlung sowie die personelle, räumliche und apparative Ausstattung der Einrichtung und Angaben zur voraussichtlichen Behandlungsdauer enthält.

### **1.1 Ärztliche Leitung und Verantwortung**

Die ambulante Rehabilitationseinrichtung muss unter ständiger Leitung und Verantwortung eines Arztes/einer Ärztin<sup>\*)</sup> mit der Gebietsbezeichnung entsprechend dem Indikationsschwerpunkt (Diagnosengruppe) der Einrichtung stehen. Dabei gilt folgende Zuordnung:

---

<sup>\*)</sup> Im Folgenden wird auf die weibliche Form der Berufsbezeichnung verzichtet.

## **Entzündungs- und stoffwechselbedingte muskuloskeletale Krankheiten (2.1.1)**

- ein Facharzt für Innere Medizin oder Orthopädie, jeweils mit Abschluss der Weiterbildung im Schwerpunkt Rheumatologie

## **Degenerative muskuloskeletale Krankheiten (2.1.2)**

- ein Facharzt für Innere Medizin mit Abschluss der Weiterbildung im Schwerpunkt Rheumatologie oder ein Facharzt für Orthopädie

## **Angeborene Krankheiten durch Fehlbildungen, Fehlstatik der Dysfunktion der Bewegungsorgane (2.1.3)**

- ein Facharzt für Orthopädie

## **Folgen von Verletzungen der Bewegungsorgane (2.1.4)**

- ein Facharzt für Orthopädie oder ein Facharzt für Chirurgie mit Abschluss der Weiterbildung im Schwerpunkt Unfallchirurgie.

Der leitende Arzt muss über mindestens zweijährige vollzeitige (bei Teilzeit entsprechend längere) rehabilitative und sozialmedizinische Erfahrungen verfügen und die Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen oder Sozialmedizin führen. Führen die o.g. Fachärzte zusätzlich in ihrer Person die Facharztbezeichnung "Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin", gelten sie als in diesem Sinne qualifiziert.

Zusätzlich ist ein Abwesenheitsvertreter nachzuweisen, der dessen Aufgaben bei Verhinderung des ärztlichen Leiters übernimmt. Der vertraglich vereinbarte Abwesenheitsvertreter muss über eine dem Indikationsschwerpunkt entsprechende Gebietsbezeichnung verfügen und eine mindestens zweijährige Berufserfahrung besitzen.

Werden Rehabilitanden im Einzelfall ausnahmsweise mit Diagnosen außerhalb des Schwerpunktes der Diagnosegruppen (siehe 1.1) behandelt, muss die ambu-

lante Rehabilitationseinrichtung durch vertragliche Vereinbarung sicherstellen, dass Ärzte mit der entsprechenden Gebietsbezeichnung zur Verfügung stehen, die der o. a. Zuordnung entspricht.

Der leitende Arzt oder sein benannter ständiger Vertreter müssen während der Öffnungszeiten der Einrichtung präsent und verfügbar sein, um die ärztlichen Aufgaben zu erfüllen. Die Präsenz ist der Landesvertretung des VdAK/AEV durch die Vorlage von Dienstplänen nachzuweisen.

Ist die Rehabilitationseinrichtung an eine orthopädisch/rheumatologische Arztpraxis angebunden, muss eine räumliche und organisatorische Trennung gegeben sein. Gleiches gilt auch für die Anbindung an ein gem. § 108 bzw. § 111 SGB V zugelassenes Krankenhaus bzw. Rehabilitationseinrichtung.

## 1.2 Ärztliche Aufgaben

Der leitende Arzt ist für die Umsetzung eines ganzheitlichen und umfassenden Rehabilitationskonzepts im Rahmen der Trägervorgaben bezogen auf den einzelnen Rehabilitanden verantwortlich. Dabei ist den oben genannten Krankheitsdimensionen, den darauf bezogenen Rehabilitationszielen sowie der langfristigen Rehabilitationsprognose und den nach der Rehabilitation ggf. einzuleitenden Maßnahmen Rechnung zu tragen.

Der Systemcharakter bei entzündlich rheumatischen Erkrankungen ist besonders zu berücksichtigen.

Zu den ärztlichen Aufgaben gehören:

- Aufnahme-, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen
- Durchführung bzw. Veranlassung und Auswertung der Rehabilitationsdiagnostik mit Konkretisierung des Behandlungsbedarfs
- Erstellung und Anpassung des Rehabilitationsplans
- Abstimmung des Rehabilitationsziels sowie des Rehabilitationsplans mit dem Rehabilitanden und dem Rehabilitationsteam
- Durchführung aller für die ambulante Rehabilitation erforderlichen ärztlich-therapeutischen Maßnahmen
- Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln
- Versorgung mit Hilfsmitteln
- Durchführung von Visiten in den Behandlungsräumen und Sprechstundenangebot für den Rehabilitanden
- Koordination, Anpassung und Verlaufskontrolle der Therapiemaßnahmen
- Leitung des Rehabilitationsteams und der Teambesprechungen (mind. 1 x pro Woche)
- Information und Beratung des Rehabilitanden unter Einbeziehung der Angehörigen
- Erstellung des ärztlichen Entlassungsberichts mit sozialmedizinischer Beurteilung, Empfehlungen für die Weiterbehandlung unter Einbeziehung der Befundberichte des nicht- ärztlichen Rehabilitationsteams
- Kooperation mit vor- und nachbehandelnden Ärzten, Konsiliarärzten und Konsiliardiensten und den in der Nachsorge eingebundenen Diensten sowie Selbsthilfegruppen
- Qualitätssicherung.

### 1.3 Rehabilitationsdiagnostik

Am Beginn, im Verlauf und am Ende der Rehabilitation ist die Rehabilitationsdiagnostik durchzuführen. Die Befunde der Vorfelddiagnostik sind zu berücksichtigen. Die Schädigungen/Fähigkeitsstörungen und drohende bzw. manifeste Be-

eintrüchtigungen sowie die Risikofaktoren sind zu beschreiben und zu bewerten; zeitnahe Befunde sind zu berücksichtigen.

Die Diagnostik umfasst obligatorisch:

- medizinische und psychosoziale Anamnese
- eingehende körperliche allgemeine Untersuchung
- eingehende fachspezifische Untersuchungen
- Ruhe-EKG
- Sonographie der Gelenke und Weichteile der Extremitäten
- Bestimmung von Laborparametern, insbes. inklusive großem Routinelabor, Bestimmung der alkalischen Phosphatase, bei Bedarf zusätzlich rheumaserologische bzw. knochenstoffwechsel-serologische Untersuchungen (auch in externen Laboratorien).

Fakultativ:

- psychologische Diagnostik
- Sonographie des Abdomens und der Gefäße einschl. doppler-/duplex-sonographische Untersuchung
- zusätzliche Röntgendiagnostik, Tomographien
- ggf. endoskopische Untersuchungen, Lungenfunktion
- weiterführende Diagnostik.

Bei Bedarf müssen konsiliarische Untersuchungen sichergestellt sein. Dies betrifft im Bereich des Stütz- und Bewegungsapparates insbesondere neurologische, radiologische, nuklearmedizinische und HNO-ärztliche Zusatzuntersuchungen.



## 1.4 Rehabilitationsplan

Anhand der Ergebnisse der Rehabilitationsdiagnostik wird unter Berücksichtigung der in der Akutbehandlung durchgeführten Diagnostik (Verordnung einer medizinischen Rehabilitation) für jeden Rehabilitanden ein individueller Rehabilitationsplan erstellt und das individuelle Rehabilitationsziel bzw. –teilziel definiert.

Regelmäßige Besprechungen des Rehabilitationsteams geben Auskunft über den Verlauf. Der Rehabilitationsplan ist dem Verlauf anzupassen. Änderungen im Bereich der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen sind in regelmäßigen Abständen unter Nutzung der relevanten Untersuchungsmethoden zu dokumentieren.

## 1.5 Behandlungselemente

Neben den vom Arzt erbrachten Leistungen (Ziffer 1.2) werden vom Rehabilitationsteam folgende therapeutische Leistungen erbracht:

- Krankengymnastik (in der Regel Einzelbehandlung, ggf. ergänzt um Gruppenbehandlung) einschließlich Lagerung und Versorgung mit entsprechenden Mobilitätshilfen und Üben in alltagsrelevanten Situationen
- physikalische Therapie (Massagen, Hydro-, Wärme-, Kälte-, Elektrotherapie)
- Ergotherapie einschließlich Gelenkschutz (z. B. temporäre Schienen), Selbsthilfetraining, insbes. Training von ATL
- medizinische Trainingstherapie
- Ernährungsberatung (z. B. bei stoffwechselbedingten Erkrankungen, Übergewicht)
- psychologische Beratung/Behandlung
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie einschließlich Arbeitsplatzanalyse
- Rehabilitationsfachberatung einschl. Hilfsmittelberatung, ggf. Wohnraumberatung, Arbeitsplatzberatung
- Sozialberatung, Leistungerschließung

- Krankenpflege
- Patientenschulung und -information
- Gesundheitsbildung, Gesundheitstraining
- Angehörigenberatung/-anleitung.

Im Bedarfsfalle sind Besuche vor Ort (Wohnung, Arbeitsplatz) durchzuführen. Die Angehörigen sind, soweit erforderlich, in die Rehabilitation einzubeziehen. Ggf. ist eine regelmäßige Einbeziehung einer Begleitperson erforderlich.

## 2. Personelle Ausstattung

### 2.1 Rehabilitationsteam und Qualifikation

Die ambulante Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen erfordert ein interdisziplinäres Rehabilitationsteam, das über die nachstehend aufgeführte Qualifikation und Berufserfahrung<sup>\*)</sup> in der Regel verfügen muss.

#### Arzt

Für den leitenden Arzt und den Stellvertreter gelten die unter Ziffer 1.1 genannten Ausführungen. Für die weiteren Ärzte gilt, dass sie möglichst in der fortgeschrittenen Facharztausbildung sind. Z. B.:

- Facharzt für Orthopädie / Innere Medizin mit
  - Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen oder Sozialmedizin oder zusätzlich Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin und
  - mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung in einer ambulanten oder stationären orthopädischen oder rheumatologischen Rehabilitationseinrichtung mit Erfahrung in interdisziplinärer Teamarbeit<sup>\*)</sup>.

<sup>\*)</sup> Bei Teilzeitkräften verlängert sich der Zeitraum der erforderlichen Berufserfahrung entsprechend.

<sup>\*)</sup> Als Rehabilitationseinrichtungen in diesem Sinne gelten auch AOTR-Einrichtungen.

## **Leitender Physiotherapeut / Krankengymnast**

### **Stellvertretender Leiter Physiotherapeut / Krankengymnast**

- Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut/Krankengymnast und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Physiotherapeut/Krankengymnast in einer orthopädischen oder rheumatologischen Rehabilitationseinrichtung<sup>\*)</sup>. Folgende erfolgreich abgeschlossene Zusatzqualifikationen (§ 124 SGB V) sind erforderlich:
  - Manuelle Therapie (Extremitäten und Wirbelsäule)
  - Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage
  - Medizinische Trainings-therapie/Medizinisches Aufbautraining (MTT/MAT)
  - Sportphysiotherapie und funktionelle Anatomie, typische Verletzungsmuster, Stützverbände

### **Krankengymnasten**

- Staatliche Anerkennung als Krankengymnast und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Krankengymnast in einer Rehabilitationseinrichtung<sup>\*)</sup>. Zusatzqualifikationen/langjährige Erfahrungen in manueller Therapie und Behandlungen auf neurophysiologischer Grundlage sind erforderlich.

## Masseur und Medizinischer Bademeister

- Staatliche Anerkennung als Masseur und Medizinischer Bademeister und mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Masseur und Medizinischer Bademeister in einer orthopädischen oder rheumatologischen Rehabilitationseinrichtung. Folgende erfolgreich abgeschlossenen Zusatzqualifikationen (§ 124 SGB V) sind erforderlich:
  - Manuelle Lymphdrainage
  - Medizinische Trainingstherapie/Medizinisches Aufbautraining (MTT/MAT)
  - Grundlagen der Krankengymnastik
  - Sportphysiotherapie und funkt. Anatomie, typische Verletzungsmuster, Stützverbände

## Diplom-Sportlehrer/Sporttherapeut

- Diplom-Sportlehrer und Magister, jeweils mit medizinischer Fachausbildung Rehabilitation oder Zusatzqualifikation Bewegungs-/Sporttherapie und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Sportlehrer in einer orthopädischen oder rheumatologischen Rehabilitationseinrichtung mit spezieller Erfahrung im Umgang mit medizinischer Trainingstherapie<sup>\*)</sup>.

Sportwissenschaftliche Ausbildungen im oben genannten Sinne ohne medizinische Fachausbildung Rehabilitation oder Zusatzqualifikation Bewegungs-/Sporttherapie, wie z. B. Magister, Lehramt, bedürfen einer 600 Stunden umfassenden Zusatzausbildung in Anlehnung an das Curriculum des Deutschen Verbandes für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS). Dabei handelt es sich um die Ausbildungsbestandteile

---

<sup>\*)</sup> Als Rehabilitationseinrichtungen in diesem Sinne gelten auch AOTR-Einrichtungen.

1. Grundlagen der Sporttherapie (ca. 300 UE) und
2. Sporttherapie/Orthopädie oder Sporttherapie/Orthopädie/Traumatologie (ca. 300 UE).

Folgende erfolgreich abgeschlossenen Fort- und Weiterbildungen in anerkannten Fort- und Weiterbildungseinrichtungen sind erforderlich:

- Medizinische Trainingstherapie/Medizinisches Aufbautraining (MTT/MAT)
- Grundlagen der Krankengymnastik

### **Ergotherapeut**

- Staatliche Anerkennung als Ergotherapeut und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Ergotherapeut in einer Rehabilitationseinrichtung und
- Grundlagenkenntnisse in arbeitsrehabilitativen Maßnahmen, Ergonomie, Arbeitsplatzanpassung und
- einschlägige Erfahrungen in der berufsorientierten Arbeitstherapie
- wenn in hauptverantwortlicher Stellung mind. 3 Jahre vollzeitige einschlägige Erfahrung in der speziellen rheumatologischen Ergotherapie einschließlich Gelenkschutzprogramme und Orthesenherstellung.

### **Klinischer Psychologe**

- Diplom als Psychologe, ggf. psychotherapeutische Zusatzqualifikation und
- Zusatzqualifikation in Entspannungstechniken (z.B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung nach Jakobson) und
- Erfahrung in der Leitung von Gruppen und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Psychologe in einer Rehabilitationseinrichtung.

## **Sozialarbeiter / Sozialpädagoge**

- Diplom/staatliche Anerkennung als Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge in einer Rehabilitationseinrichtung und
- Erfahrung in der Einzelfallhilfe und
- Aus-, Weiter- und Fortbildung in Gesundheitsfürsorge.

## **Diätassistent / Diplom-Oecotrophologen**

- Staatliche Anerkennung als Diätassistent bzw. Abschluss eines entsprechenden Studiums und
- mind. 2 Jahre vollzeitige klinische Berufserfahrung in Diät- und Ernährungsberatung.

## **Krankenpflegefachkraft**

- Staatliche Anerkennung als Krankenpflegefachkraft und
- mind. 2 Jahre vollzeitige klinische Berufserfahrung als Krankenpflegefachkraft in einer medizinischen Einrichtung und
- Erfahrung in der fachlichen Beratung, Anleitung und praktischen Unterstützung von medizinischen Laien
- wünschenswert: Weiterbildung/Erfahrung in Rehabilitationspflege.

Die geforderten Qualifikationen werden durch die Vorlage von Zeugnissen, Berufsurkunden und Abschluss von Zertifikaten nachgewiesen.

Das Team der ambulanten Rehabilitationseinrichtung bilden grundsätzlich fest angestellte Mitarbeiter mit definierter Qualifikation. Die Präsenz ist im Einzelnen nachzuweisen.

Das Team ist in der Lage, bei Bedarf ein fachspezifisches Assessment durchzuführen und gemeinsam zu den Zieldefinitionen beizutragen, welche im Rehabilitationsplan dokumentiert werden.

Die Fort- und Weiterbildung für alle Teammitglieder sollte in angemessenem Umfang gewährleistet werden.

## 2.2 Personalbemessung

Die personelle Ausstattung muss die Umsetzung des Rehabilitationskonzeptes ermöglichen.

Für eine ambulante Rehabilitationseinrichtung mit 40 Rehabilitanden mit **ganztägiger** Rehabilitation wird folgender Personalschlüssel empfohlen:

Arzt	1 : 20
Physiotherapeut / Krankengymnast	1 : 10
Masseur und Med. Bademeister	1 : 20 – 1 : 40
Ergotherapeut	1 : 20 – 1 : 40
Klinischer Psychologe	1 : 60 – 1 : 80
Diätassistent	1 : 120
Krankenpflegefachkraft, entsprechend Bedarf an Rehabilitationsfachpflege	1 : 40 – 1 : 80
Sportlehrer / Sporttherapeut	1 : 40 – 1 : 80
Sozialarbeiter / Sozialpädagoge	1 : 80 – 1 : 120

Zusätzlich sind Verwaltungsaufgaben, Laboranbindung sowie Urlaubs- und Krankheitsvertretung sicher zu stellen.

### 3. Räumliche Ausstattung

Die räumliche Ausstattung der ambulanten Rehabilitationseinrichtung muss die Umsetzung des Rehabilitationskonzeptes ermöglichen und wird durch Grundrisszeichnungen sowie durch Besichtigung nachgewiesen bzw. geprüft.

Für die speziellen Gegebenheiten der ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen sind Räume mit ausreichender Grundfläche und sachgerechter Ausstattung vorzusehen, insbesondere

- Räume für Einzelkrankengymnastik
- krankengymnastische Therapiefläche mit der Möglichkeit der Gruppenbehandlung
- Therapiefläche für gerätetechnisch gestützte Diagnostik und medizinische Trainingstherapie
- Funktionsräume (z. B. für Ergotherapie, physikalische Therapie)
- Funktionsräume für Krankenpflege
- Raum für Anpassung von Hilfsmitteln durch Orthopädietechniker
- Arztzimmer mit Untersuchungsraum
- Injektionsraum
- Notfallraum
- multifunktionaler Raum für Teambesprechungen, Gruppenschulungen usw.
- Umkleieräume, Wasch- bzw. Duschplätze und WC, davon in ausreichender Menge rollstuhlgerechte Ausführungen
- Empfangs- und Wartebereich
- Ruhe-, Entspannungs-, Regenerationsbereich
- Aufenthalts- und Versorgungstrakt
- Bewegungsbad<sup>\*)</sup>.

---

<sup>\*)</sup> Kann ggf. bei Betreuung durch das Rehabilitationsteam auch in räumlicher Nähe durch Kooperation sichergestellt werden.



Die Räume müssen gem. DIN 18024 Teil II (Bauliche Maßnahmen für behinderte und alte Menschen im öffentlichen Bereich – Planungsgrundlagen öffentlicher zugänglicher Gebäude) barrierefrei zugänglich sein.

## 4. Apparative Ausstattung

### 4.1 Diagnostik

In der Einrichtung müssen folgende apparative diagnostische Verfahren durchgeführt werden können:

- Sonographie

Weitere apparative Diagnostik muss die Einrichtung selbst nicht vorhalten. Es muss jedoch im Rahmen einer festen Kooperation der Rehabilitationseinrichtung mit entsprechenden Partnern gewährleistet sein, dass bei medizinischer Notwendigkeit im Einzelfall die rasche Durchführung weiterer apparativ-gestützter Diagnostik bedarfsgerecht und mit geringem organisatorischen Aufwand möglich ist, wie

- Laboruntersuchungen einschließlich Synovia-Analyse
- Röntgen
- Computertomographie
- Magnet-Resonanz-Tomographie
- EKG
- Szintigraphie
- Osteodensitometrie
- isokinetische Diagnostik
- EMG
- Spirometrie
- ENG

- EEG
- Langzeit-Blutdruckmessung
- Langzeit-EKG
- Gefäßdiagnostik (z.B. Doppler- bzw. Duplex-Sonographie)
- Endoskopie.

## 4.2 Therapie

Für die Therapie sind bereitzustellen:

- Therapieliegen, höhenverstellbar, auch für Chirotherapie und Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage
- Therapiesitze (mindestens zwei)
- Schlingentisch/Schlingenbehandlungsgerät
- Entstauungsgeräte (zur adjuvanten Therapie)
- Kälte- und Wärmetherapie-Geräte
- Elektro- und Elektromechano-Therapiegeräte:
  - Elektrostimulationsgeräte / EMS
  - Gleichstrom-/Iontophorese, galvanische Bäder
  - Nieder-, Mittel-, und Hochfrequenztherapiegeräte, TENS
- Ultraschallgerät
- Bodenmatten
- Sprossenwand
- Zusatzgeräte (Manschetten, Hanteln, elastische Bänder, Expander, Medizinbälle, Keulen etc.)
- Gehbarren
- Spiegel (körperhoch)
- Balance-/Gleichgewichtsgeräte (z.B. Kreisel, instabile Flächen, Minitrampolin)
- dynamisches Hand- und Fußkurbelergometer
- auxotone Trainingsgeräte, isokinetische Test- und Trainingsgeräte. Isokinetische Test- und Trainingsgeräte werden insbesondere zur Verbesserung der

Diagnostik und Objektivierbarkeit des Rehabilitationserfolges empfohlen.  
Sequenzgeräte (Hebel- und Seilzugapparate) für die großen Muskelgruppen

- dynamisches Treppensteiggerät (Stepper)
- Laufband
- motorisierte Bewegungsschienen (CPM) für obere und untere Extremitäten, ggf. Aktivschiene.

Isokinetische und auxotone und weitere Sequenztrainingsgeräte erfüllen sowohl die erforderlichen Gerätestandards (Anforderung der MedGV, Gruppe 3, gegebenenfalls TÜV oder Dekra) und zeichnen die Messungs- und Übungsabläufe auf. Die Gerätesicherheit und die medizinisch/therapeutische Eignung sind nach standardisierten Prüfmethode, z.B. durch TÜV-Product-Service/ZAT Deutschland e. V., nachgewiesen.