

# Ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation

## Rahmenempfehlungen Allgemeiner Teil

- Medizinische  
Rehabilitation  
Allgemeiner Teil +
- 1 Muskuloskeletale  
Erkrankungen
  - 2 Kardiologische  
Rehabilitation
  - 3 Neurologische  
Rehabilitation
  - 4 Onkologische  
Rehabilitation
  - 5 Dermatologische  
Rehabilitation
  - 6 Psychische,  
psychosomatische  
Erkrankungen
  - 7 Pneumologische  
Rehabilitation

# Impressum

---

## Herausgeber:

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR)  
Solmsstraße 18 | 60486 Frankfurt am Main  
Telefon: +49 69 605018-0 | Telefax: +49 69 605018-29  
[info@bar-frankfurt.de](mailto:info@bar-frankfurt.de) | [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)

Nachdruck nur auszugsweise mit Quellenangabe gestattet.  
Frankfurt am Main, Juni 2021  
ISBN 978-3-943714-29-6

## Ansprechpartnerinnen bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V., Frankfurt am Main:

Dr. Regina Ernst, [regina.ernst@bar-frankfurt.de](mailto:regina.ernst@bar-frankfurt.de)  
Dr. Teresia Widera, [teresia.widera@bar-frankfurt.de](mailto:teresia.widera@bar-frankfurt.de)

## Anmerkung:

Sofern aus Gründen besserer Lesbarkeit an einzelnen Stellen bei Personenangaben lediglich die männliche Schreibweise erscheint, sind alle Geschlechter hier gleichermaßen erfasst.

## Die BAR

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 Behinderungen. 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.

---

# Ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation

Rahmenempfehlungen

**Allgemeiner Teil**

Stand: 1. März 2021

# Vorwort

---

Die auf BAR-Ebene erarbeiteten Rahmenempfehlungen zur ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitation beinhalten insbesondere Grundsätze, Voraussetzungen und Ziele der medizinischen Rehabilitation sowie die allgemeinen personellen, räumlichen und apparativen Anforderungen. Dieser Allgemeine Teil gilt indikationsübergreifend sowie im Zusammenhang mit allen indikationsspezifischen Teilen, die zukünftig ebenfalls nach und nach überarbeitet werden.

Neu an dieser Bearbeitung ist, dass sie erstmals auch den stationären Bereich zur medizinischen Rehabilitation erfasst und trägerübergreifend beschreibt. Darüber hinaus sind erstmals u. a. die Kapitel Teilhabeorientierung der medizinischen Rehabilitation, Zulassung zur Leistungserbringung, Abbruch der Rehabilitationsmaßnahme, Wechsel der Rehabilitationsmaßnahme, Soziale Teilhabe und Qualitätsmanagement enthalten.

Es existieren bereits viele trägerspezifische Konzepte zu Kriterien und Standards der medizinischen Rehabilitation. Das Besondere an diesem Allgemeinen Teil der Rahmenempfehlungen zur medizinischen Rehabilitation ist, dass es sich um eine gemeinsame Vereinbarung handelt. Die Beteiligten erklären ihre Zustimmung zu diesen Rahmenempfehlungen und deren Verbindlichkeit mit dem Ziel, bundesweit eine einheitliche, qualitativ hochwertige rehabilitative Versorgung zu gewährleisten. Gleichzeitig verpflichten sich die Vereinbarungspartner, die Rahmenempfehlungen in ihrem Zuständigkeitsbereich umzusetzen. Damit werden die Rahmenempfehlungen zu einem starken Instrument für gemeinsames Handeln in der Rehabilitation und erfüllen den gesetzlichen Auftrag der BAR: die Erarbeitung von Qualitätskriterien zur Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im trägerübergreifenden Rehabilitationsgeschehen und Initiierung von deren Weiterentwicklung.

Mit den trägerübergreifenden Rahmenempfehlungen wird der einheitlichen Ausgestaltung der medizinischen Rehabilitation eine formelle Grundlage gegeben. Dies gewährleistet eine hohe Planungssicherheit für alle in der medizinischen Rehabilitation operativ tätigen Berufsgruppen.

Die Vielzahl von fachlichen Anfragen und die hohe Resonanz zeigen nach wie vor die große Bedeutung der Rahmenempfehlungen für die Handlungsfähigkeit in der Praxis. Bei den Anfragen von Mitarbeitenden der Rehabilitationsträger, Sozialdiensten, Leistungserbringern, Rehabilitandinnen und Rehabilitanden geht es häufig um die Zuständigkeitsklärung und die Modalitäten der Leistungsdurchführung oder Teilhabeplanung.

---

Wir freuen uns, mit dem Allgemeinen Teil der Rahmenempfehlungen zur ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitation eine trägerübergreifende Vereinbarung erreicht zu haben, die eine einheitliche Vorgehensweise in der medizinischen Rehabilitation fördert. Denn auch aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bedeutet eine zwischen den Leistungsträgern gemeinsam abgestimmte Qualität, dass sie sich auf eine hochwertige Rehabilitation verlassen können unabhängig davon, welcher Kostenträger für sie zuständig ist.

Die BAR dankt allen beteiligten Vertreterinnen und Vertretern der Vereinbarungspartner, den Verbänden von Menschen mit Behinderungen sowie den Leistungserbringern ganz herzlich für ihre fachliche Expertise und ihr Engagement bei der Erstellung der aktuellen Rahmenempfehlungen.

Frankfurt am Main, im Juni 2021



Prof. Dr. Helga Seel  
Geschäftsführerin der BAR

<b>Vorwort</b>	<b>4</b>
<b>Präambel</b>	<b>8</b>
<b>1. Aufbau und Bestandteile</b>	<b>9</b>
<b>2. Zielgruppe</b>	<b>9</b>
<b>3. Grundsätze</b>	<b>9</b>
<b>3.1 UN-Behindertenrechtskonvention</b>	<b>9</b>
3.1.1 Schutz vor Gewalt und Missbrauch	10
3.1.2 Barrierefreiheit	10
<b>3.2 Sozialrechtliche Grundlagen</b>	<b>11</b>
<b>3.3 Das bio-psycho-soziale Modell der WHO</b>	<b>11</b>
<b>3.4 Teilhabeorientierung der medizinischen Rehabilitation</b>	<b>12</b>
<b>3.5 Einbettung der Rehabilitation in eine Versorgungskette</b>	<b>13</b>
3.5.1 Übergang aus der kurativen Versorgung	13
3.5.2 Rehabilitation	14
3.5.3 Übergang in die nachgehende Versorgung	15
<b>4. Ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitation</b>	<b>15</b>
<b>4.1 Konzeptionelle Grundlagen</b>	<b>15</b>
<b>4.2 Auswahlkriterien</b>	<b>16</b>
<b>5. Indikation für die medizinische Rehabilitation</b>	<b>17</b>
<b>5.1 Rehabilitationsbedürftigkeit</b>	<b>17</b>
<b>5.2 Rehabilitationsfähigkeit</b>	<b>17</b>
<b>5.3 Rehabilitationsprognose</b>	<b>17</b>
<b>6. Rehabilitationsziele</b>	<b>18</b>
<b>6.1 Allgemeines Rehabilitationsziel</b>	<b>18</b>
<b>6.2 Trägerspezifische Rehabilitationsziele</b>	<b>18</b>
<b>7. Zulassung zur Leistungserbringung</b>	<b>19</b>
<b>8. Anforderungen an die medizinische Rehabilitationseinrichtung</b>	<b>19</b>
<b>8.1 Ganzheitlicher Ansatz</b>	<b>19</b>
<b>8.2 Rehabilitationskonzept</b>	<b>20</b>
<b>8.3 Diagnostik</b>	<b>20</b>
<b>8.4 Rehabilitationsplan</b>	<b>20</b>
<b>8.5 Ärztliche Leitung und Verantwortung</b>	<b>21</b>
<b>8.6 Rehabilitationsteam und Qualifikation</b>	<b>22</b>
8.6.1 Personalbemessung	22
8.6.2 Ärztin/Arzt	23
8.6.3 Physiotherapie/Krankengymnastik	23
8.6.4 Masseurin und Medizinische Bademeisterin / Masseur und Medizinischer Bademeister	23
8.6.5 Ergotherapie	23

8.6.6	Logopädie/Stimm-, Sprech- und Schlucktherapie	23
8.6.7	Klinische Psychologie	24
8.6.8	Psychotherapie	24
8.6.9	Sozialarbeit/Sozialpädagogik	24
8.6.10	Diätassistent/Ökotrophologie	24
8.6.11	Gesundheits- und Krankenpflege	24
8.6.12	Sportpädagogik/Sportwissenschaft/Sporttherapie	25
8.6.13	Weitere Fachtherapeutinnen und -therapeuten	25
<b>9.</b>	<b>Räumliche Ausstattung</b>	<b>25</b>
<b>10.</b>	<b>Apparative Ausstattung</b>	<b>25</b>
<b>11.</b>	<b>Behandlungselemente</b>	<b>25</b>
<b>12.</b>	<b>Leistungsbewilligung</b>	<b>26</b>
<b>13.</b>	<b>Verlängerungskriterien</b>	<b>27</b>
<b>14.</b>	<b>Abbruch der Rehabilitationsmaßnahme</b>	<b>27</b>
<b>15.</b>	<b>Wechsel der Rehabilitationseinrichtung</b>	<b>27</b>
<b>16.</b>	<b>Teilhabe am Arbeitsleben</b>	<b>27</b>
<b>17.</b>	<b>Soziale Teilhabe</b>	<b>28</b>
<b>18.</b>	<b>Dokumentation</b>	<b>28</b>
<b>19.</b>	<b>Entlassungsbericht</b>	<b>29</b>
<b>20.</b>	<b>Kooperation</b>	<b>30</b>
<b>21.</b>	<b>Datenschutz</b>	<b>30</b>
<b>22.</b>	<b>Qualitätsmanagement</b>	<b>30</b>
<b>23.</b>	<b>Qualitätssicherung</b>	<b>30</b>
23.1	Strukturqualität	30
23.2	Prozessqualität	30
23.3	Ergebnisqualität	31
<b>24.</b>	<b>Literatur sowie trägerspezifische Anforderungen</b>	<b>31</b>
<b>25.</b>	<b>Verzeichnis der Mitwirkenden</b>	<b>33</b>

### Präambel

Zur Sicherstellung eines qualitativ hochwertigen Rehabilitationsangebotes vereinbarten die Rehabilitationsträger trägerübergreifende Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation bereits in den Jahren 1995 bis 2016 auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR). Diese haben sich in der Praxis der Rehabilitation bewährt. Es hat sich im Bereich der medizinischen Rehabilitation eine differenzierte Versorgungsstruktur entwickelt. Der Ausweitung des Allgemeinen Teils der Rahmenempfehlungen auf die stationäre medizinische Rehabilitation liegt der Gedanke zugrunde, dass ambulante und stationäre Leistungsformen einander gleichgestellt sind.

Eine medizinische Rehabilitation kann ambulant oder stationär durchgeführt werden. Beide Angebote sind gleichwertig und gehen von einem ganzheitlichen Ansatz aus, der die physischen, psychischen und sozialen Aspekte der Rehabilitation umfasst. Für beide gelten gleichermaßen die Grundsätze der Komplexität, der Interdisziplinarität und der Individualität. Es ist vom Einzelfall abhängig, ob eine wohnortnahe ambulante medizinische Rehabilitation oder eine stationäre medizinische Rehabilitation in einer Rehabilitationseinrichtung durchgeführt wird.

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 Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV), Berlin
- die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin

nach Beratungen auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) unter Mitwirkung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., der Konferenz der Spitzenverbände der Reha-Leistungserbringer und des Deutschen Behindertenrats die folgenden Empfehlungen.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Besondere Regelungen der Gesetzlichen Unfallversicherung bleiben unberührt.



## 1. Aufbau und Bestandteile

Die Rahmenempfehlungen gliedern sich in zwei Teile:

- einen Allgemeinen Teil, der die indikationsübergreifende Grundlage für die ambulante und stationäre Rehabilitation bildet und
- einen Indikationsspezifischen Teil, der die Anforderungen der jeweiligen Indikation beschreibt.

Die Rahmenempfehlungen beziehen sich ausschließlich auf die Rehabilitation von Erwachsenen. Eingeschlossen sind auch die stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen.<sup>2</sup>

Mit dem Begriff medizinische Rehabilitation ist im Folgenden immer die ambulante medizinische und die stationäre medizinische Rehabilitation gemeint.

## 2. Zielgruppe

Die trägerübergreifenden Rahmenempfehlungen zur medizinischen Rehabilitation richten sich sowohl an Leistungsträger als auch an Leistungserbringer. Sie geben ihnen Orientierung bei der Leistungserbringung und Leistungsausgestaltung. Die auf Ebene der BAR zwischen den Vereinbarungspartnern abgestimmten Rahmenempfehlungen sind eine Grundlage für die Ausgestaltung der medizinischen Rehabilitation. Die Zulassung von Rehabilitationseinrichtungen erfolgt u. a. auf der Basis dieser Rahmenempfehlungen durch den jeweiligen Rehabilitationsträger.

## 3. Grundsätze

### 3.1 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 Gesundheit (Artikel 25), Rehabilitation (Artikel 26), Barrierefreiheit (Artikel 9), persönliche Mobilität (Artikel 20), Arbeit und Beschäftigung (Artikel 27), Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung (Artikel 5).

Nationales Recht, insbesondere das SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“, ist vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention auszulegen.

---

<sup>2</sup> Die Rahmenempfehlungen gelten nicht für Kinder- und Jugendrehabilitation, Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter, geriatrische Rehabilitation, Phase II-Einrichtungen, ambulante mobile Rehabilitation, Rehabilitation psychisch kranker Menschen (RPK) sowie die ambulante Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen (Gemeinsames Rahmenkonzept der DRV und GKV zur ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 03.12.2008).

### 3.1.1 Schutz vor Gewalt und Missbrauch

Die Träger von medizinischen Rehabilitationseinrichtungen schaffen die Voraussetzungen und geeignete Strukturen, damit es nicht zu Gewalt und Missbrauch gegenüber Rehabilitandinnen oder Rehabilitanden kommen kann. Medizinische Rehabilitationseinrichtungen sind angehalten, vorbeugende Maßnahmen zu ergreifen.

### 3.1.2 Barrierefreiheit

Barrierefreiheit ist insbesondere für Menschen mit motorischen, sensorischen, psychischen oder mit kognitiven Beeinträchtigungen von besonderer Bedeutung.<sup>3</sup> Letztlich profitieren aber alle Menschen von einer barrierefreien Ausgestaltung der Angebote der medizinischen Rehabilitation, wenn sie diese eigenständig und grundsätzlich ohne besondere Erschwernisse wahrnehmen können.

Alle am Rehabilitationsprozess Beteiligten haben nicht nur die gesetzlichen Bestimmungen umzusetzen, sondern sollen Barrierefreiheit in der Zugänglichkeit und Nutzbarkeit in einem umfassenden Sinn verstehen und proaktiv weiterentwickeln.

Dies bedeutet vor allem, dass

- alle medizinischen Rehabilitationseinrichtungen in räumlicher und baulicher Hinsicht einschließlich der zum Einsatz kommenden Hilfsmittel und therapeutischen Geräte den Anforderungen einer barrierefreien Gestaltung entsprechen sollten. Die Maxime der ergonomischen Gestaltung, des Fuß-und-Roll-Prinzips,<sup>4</sup> des Zwei-Sinne-Prinzips,<sup>5</sup> der Verwendung visueller, akustischer und taktiler Kontraste sowie der Verwendung leichter Sprache sind dabei zu beachten.
- den besonderen Anforderungen bei der Kommunikation im Rahmen der therapeutischen Maßnahmen, aber auch bei der Gesamtorganisation Rechnung zu tragen ist. Dies gilt für den gesamten Rehabilitationsprozess, von der Aufnahme und der Festlegung der Therapieziele, über die Therapiemethoden und Verlaufsgespräche bis zur Entlassung. Die Kommunikation in leichter Sprache, der Einsatz von besonderen Kommunikationsformen (z. B. Gebärdensprache) sowie die Bereitstellung schriftlicher und digitaler Informationen in barrierefreien Formaten sind weiterzuentwickeln.
- die strukturellen Gegebenheiten und organisatorischen Abläufe soweit wie möglich den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit Behinderung entsprechen sollten (z. B. wenn die Notwendigkeit zur Mitnahme menschlicher und tierischer Assistenz besteht).
- der Abbau einstellungsbedingter Barrieren weiter fortgesetzt wird.

Bei allen Maßnahmen zur Herstellung von Barrierefreiheit sind die technischen Regelwerke (z. B. DIN-Normen), die Erkenntnisse der Forschung und die Praxiserfahrungen zu beachten und anzuwenden. Chronisch kranke, von Behinderung bedrohte und behinderte Menschen sollten in den Prozess frühzeitig eingebunden werden.

---

3 Siehe auch „Die 10 Gebote der Barrierefreiheit – Barrierefreiheit in 10 Kernpunkten“ (BAR, 2012).

4 Das Fuß-und-Roll-Prinzip bedeutet, dass Bewegungsflächen sowohl zu Fuß als auch mit dem Rollstuhl und Rollator problemlos genutzt werden können. Gehwegflächen, Fußböden und Stufen müssen trittfest und rutschsicher sein, so dass sie auch von gehbehinderten Menschen ohne Stolper- und Sturzgefahr begehbar sind.

5 Nach dem Zwei-Sinne-Prinzip müssen Informationen, einschließlich Orientierungshilfen, jeweils für zwei der Sinne „Sehen“, „Hören“ und „Tasten“ gegeben werden. Seh- und hörgeschädigte Menschen erhalten so ohne fremde Hilfe Zugang zu allen wichtigen Informationen.

## 3.2 Sozialrechtliche Grundlagen

Das SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen“ und das jeweilige Leistungsrecht des für die medizinische Rehabilitation zuständigen Rehabilitationsträgers (§ 6 SGB IX) ist bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation anzuwenden.

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 Person und Umwelt. 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.“

Allgemeines Ziel der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist, eine drohende oder bereits manifeste Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, eine Verschlimmerung zu vermeiden oder ihre Folgen zu mildern. Durch frühzeitige Einleitung der im Einzelfall gebotenen Leistungen soll zudem die Erwerbsfähigkeit wiederhergestellt oder verbessert und damit eine Erwerbsminderung oder Erwerbsunfähigkeit verhindert werden (Reha vor Rente). Die Rehabilitandin bzw. der Rehabilitand soll (wieder) befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit und/oder bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für diesen Menschen als „normal“ (d.h. für seinen persönlichen Lebenskontext üblich) erachtet werden.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (BTHG) wurde das SGB IX neu gestaltet und die allgemeinen Regelungen zur Zusammenarbeit aller Rehabilitationsträger verbindlicher ausgestaltet.<sup>6</sup>

## 3.3 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.

Auch für die medizinische Rehabilitation wird das bio-psycho-soziale Modell der Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF<sup>7</sup> als Bezugssystem herangezogen. Dies wird durch das novellierte SGB IX nochmals gestärkt.

Die ICF gehört zur Familie der Klassifikationen im Gesundheitswesen. Sie ergänzt die bestehenden Klassifikationen um die Möglichkeit, Auswirkungen eines Gesundheitsproblems auf unterschiedlichen Ebenen zu beschreiben und gehört zu den sog. Referenz-Klassifikationen:

- ICD – die Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
- ICF – die Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
- ICHI – die Internationale Klassifikation der Gesundheitsinterventionen.

-----  
<sup>6</sup> Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess (BAR, 2019).

<sup>7</sup> ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (DIMDI/WHO, 2005).

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 verschiedenen Akteuren, wie Fachleuten im Gesundheitswesen, den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden selbst, aber auch Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern sowie Politikerinnen und Politikern erleichtern soll.<sup>8</sup> Für eine umfassende Beschreibung relevanter Einflussfaktoren aus dem Lebenshintergrund der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden müssen Anwenderinnen und Anwender für die Beschreibung personbezogener Faktoren auf nationale Lösungen zurückgreifen.<sup>9</sup>

Die umfassende Bedarfsermittlung im Vorfeld und während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation hat nach dem Willen des Gesetzgebers 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 bzw. 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.

### 3.4 Teilhabeorientierung der medizinischen Rehabilitation

Eine vollständige Heilung (*Restitutio ad integrum*) ist z. B. bei chronischen Erkrankungen oft nicht möglich, trotzdem kann mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation häufig eine Stabilisierung erreicht und ein Fortschreiten der Erkrankung verhindert werden. Chronische Erkrankungen führen nicht selten neben den krankheitsspezifischen Funktionsstörungen mit daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten auch zu einer Beeinträchtigung der Teilhabe an unterschiedlichen Lebensbereichen. Ob, und wenn ja wie stark die Teilhabe beeinträchtigt ist und mit Einschränkung im Alltag und Beruf einhergeht, hängt in hohem Maße von den im Einzelfall relevanten Kontextfaktoren ab. Entscheidend ist deshalb, im Rahmen der Rehabilitation neben medizinischen Aspekten auch die positiven wie negativen Einflüsse von Umwelt- und personbezogenen Faktoren der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu berücksichtigen, um deren Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (z. B. Alltagsleben, berufliches Leben, Bildung) zu fördern. Therapieplanung und -steuerung müssen deshalb auf Grundlage der vereinbarten Rehabilitationsziele nicht nur die krankheits-/behinderungsbedingten Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe in den Blick

-----  
8 ICF-Praxis-Leitfaden 1 – Zugang zur Rehabilitation mit ICF (BAR, 2015)  
ICF-Praxis-Leitfaden 2 – ICF in medizinischen Reha-Einrichtungen (BAR, 2016)  
ICF-Praxis-Leitfaden 3 – ICF für das Krankenhaus-Team (BAR, 2010)  
ICF-Praxis-Leitfaden 4 – ICF in der beruflichen Rehabilitation (BAR, 2016).

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

nehmen, sondern auch die Beseitigung von Barrieren sowie die Unterstützung von Ressourcen zur Erlangung größtmöglicher Teilhabe an den für die Rehabilitandin bzw. den Rehabilitanden wichtigen Lebensbereichen. Dies kann beispielsweise durch Hilfsmittel, persönliche Unterstützung aber auch durch die Stärkung individueller Bewältigungsstrategien im Umgang mit der chronischen Erkrankung erfolgen.

### 3.5 Einbettung der Rehabilitation in eine Versorgungskette

Medizinische Rehabilitation ist eingebettet in eine Versorgungskette ausgehend von der kurativen Versorgung und übergehend in die nachgehende Versorgung. Zur Sicherung einer guten Patientenversorgung sollte an der Schnittstelle der unterschiedlichen Versorgungsbereiche auf einen möglichst nahtlosen Übergang ohne Unterbrechung geachtet werden. Zu jeder Zeit im Prozess sind Teilhabebedarfe durch die jeweiligen Akteure frühzeitig und umfassend zu erkennen, zu ermitteln, festzustellen und entsprechende Interventionen einzuleiten.

#### 3.5.1 Übergang aus der kurativen Versorgung

Auch wenn in den Leistungsgesetzen der Rehabilitationsträger teils unterschiedliche Regelungen, beispielsweise zum Rehabilitationszugang oder den Zielen der Rehabilitationsleistung verankert sind, so fokussieren alle Rehabilitationsleistungen, unabhängig von der Trägerschaft, im Ergebnis auf größtmögliche Teilhabe eines von Behinderung betroffenen oder bedrohten Menschen. Der Rehabilitation vorgelagert ist jedoch die Bedarfserkennung, die nach dem Willen des Gesetzgebers gemäß § 12 SGB IX frühzeitig zu erfolgen hat. Vertrags- und Krankenhausärztinnen und -ärzte sind im Rahmen ihrer

- a priori kausal orientierten Behandlung, die auf Heilung bzw. Remission oder bei Krankheiten mit Chronifizierungstendenz auf Vermeidung einer Verschlimmerung ausgerichtet sind und
- palliativen Behandlungsansätze zur Linderung der Krankheitsbeschwerden

aufgefordert, Bedarfe frühzeitig zu erkennen, insbesondere weil sie häufig die ersten Ansprechpartnerinnen und -partner für die betroffenen Menschen mit ihren Funktionseinschränkungen sind.

Hierzu sind Instrumente einzusetzen, mithilfe derer Aussagen zu

- den vorliegenden Schädigungen und Funktionseinschränkungen
- den daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe
- den Zielen, die mit der Rehabilitationsleistung erreicht werden sollen und
- der Prognose bezogen auf die mit dem betroffenen Menschen besprochenen individuellen Ziele

getroffen und transparent und nachvollziehbar dargestellt werden können.

Diese Instrumente ermöglichen auf Grundlage des bio-psycho-sozialen Modells der WHO eine funktionsbezogene und individuelle Bedarfsermittlung und gewährleisten, dass bei der individuellen Planung des Prozesses der medizinischen Rehabilitation, die Einflussfaktoren auf die Funktionsfähigkeit der Rehabilitandin oder des Rehabilitanden einbezogen werden. In diesem Zusammenhang ist vor allem der § 13 SGB IX „Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs“ zu berücksichtigen.

### 3.5.2 Rehabilitation

Medizinische Rehabilitation verfolgt auf der Grundlage des bio-psycho-soziales Modells der WHO einen ganzheitlichen Ansatz. Dieser geht über das Erkennen von drohenden oder bereits bestehenden krankheits- und behinderungsbedingten Auswirkungen auf die Teilhabe hinaus. Im günstigsten Fall kann mit medizinischer Rehabilitation eine Heilung der rehabegründenden Erkrankung erreicht werden. In jedem Fall ist das Ziel dieses komplexen Ansatzes jedoch die (Wieder-)Erlangung von größtmöglicher Autonomie in relevanten Teilhabebereichen.

Die medizinische Rehabilitation umfasst dabei insbesondere:

- die Rehabilitationsdiagnostik, die die Schädigungen von Körperfunktionen und Körperstrukturen sowie die beeinträchtigten Aktivitäten beschreibt und gemeinsam mit der Rehabilitandin oder dem Rehabilitanden die daraus resultierenden Teilhabebeeinträchtigungen aufgrund von positiv wie negativ wirkenden Umwelt- und personbezogenen Faktoren erhebt,
- die partizipative Abstimmung der Rehabilitationsziele mit der Rehabilitandin oder dem Rehabilitanden,
- den Rehabilitationsplan mit Beschreibung der für die Rehabilitationsziele notwendigen Interventionen,
- die Steuerung und Durchführung der Rehabilitation unter Einbezug des gesamten Rehabilitationsteams, insbesondere aber auch die Nachjustierung von Rehabilitationszielen in Abhängigkeit vom Rehabilitationsverlauf sowie
- die Dokumentation des Reha- Prozesses und der -ergebnisse.

Im Verlauf der Rehabilitation kommen dabei dem Einzelfall angepasste Maßnahmen aus dem medizinischen, therapeutischen, pädagogischen, beruflichen und sozialen Bereich in unterschiedlicher Kombination und Intensität und unter Einbezug diverser Professionen zur Anwendung. Von besonderer Bedeutung sind daher das Zusammenwirken der an der Rehabilitation beteiligten Berufsgruppen und die Verzahnung der verschiedenen Therapieelemente. Dies beinhaltet auch z. B. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderverarbeitung, Hilfen zur Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen, Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz und die Motivation zur Inanspruchnahme weiterer Teilhabeleistungen.

Wichtig für das Grundverständnis ist, den Reha-Prozess nicht als einmalig ablaufendes, lineares Modell bzw. als Prozesskette mit streng getrennten Prozessphasen zu betrachten. Vielmehr greifen die Phasen ineinander, überschneiden, wiederholen sich oder fallen ganz weg.

In der Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess<sup>10</sup> haben die Rehabilitationsträger ein einheitliches Prozessverständnis von Rehabilitation vereinbart. Der Reha-Prozess beinhaltet folgende Phasen:

- frühzeitige Bedarfserkennung,
- Zuständigkeitsklärung – über den leistenden Reha-Träger,
- individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung vor, während und nach der Rehabilitation: mittels standardisierter Instrumente, die erfassen,
  - ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht
  - welche Auswirkung die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten am Leben in der Gesellschaft hat (z. B. Alltag, Beruf, Freizeit)

-----  
<sup>10</sup> Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess (BAR, 2019).

- welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen und
- welche Leistungen im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind,
- umfassende Bedarfsfeststellung und Leistungsentscheidung innerhalb vorgegebener Fristen einschließlich einer ggf. erforderlichen Teilhabeplanung gemeinsam mit den beteiligten Rehabilitationsträgern und in Abstimmung mit der Rehabilitandin bzw. dem Rehabilitanden,
- Durchführung der Leistung anhand der zuvor mit der Rehabilitandin bzw. dem Rehabilitanden abgestimmten alltagsrelevanten und realistischen Teilhabeziele,
- Durchführung eines Entlassmanagements mit Planung/Einleitung von nachgehenden Leistungen zur Sicherung/Stabilisierung des Rehabilitationserfolgs.

Der Sozialdienst<sup>11</sup> der Rehabilitationseinrichtung erörtert mit der Rehabilitandin oder dem Rehabilitanden den Bedarf und die Möglichkeiten u. a. der Leistungen zur Existenzsicherung während und nach der Rehabilitationsmaßnahme (s. Kapitel 12) und verweist auf die Beratung durch den zuständigen Sozialversicherungsträger und/oder Ansprechstellen, EUTBs®.

### 3.5.3 Übergang in die nachgehende Versorgung

Um die erreichte Teilhabe langfristig zu erhalten und zu verbessern, können für einen Teil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nachgehende Maßnahmen erforderlich sein. Dafür stehen Angebote nachgehender Leistungen zur Verfügung (z. B. Rehabilitationssport, Funktionstraining, Nachsorgeprogramme, Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung, Selbsthilfeaktivitäten).

## 4. Ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitation

Eine medizinische Rehabilitation kann sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden.<sup>12</sup> Es ist die Durchführungsform zu wählen, die den größtmöglichen Erfolg für die Rehabilitandin bzw. den Rehabilitanden verspricht. Beide Formen der Leistungserbringung basieren auf einem ganzheitlichen, bio-psycho-sozialen Rehabilitationsansatz und sind hinsichtlich Komplexität und Teilhabeorientierung der Leistungen gleichwertig.

### 4.1 Konzeptionelle Grundlagen

Bei einer ambulanten Rehabilitation hält sich die Rehabilitandin oder der Rehabilitand tagsüber wohnortnah in einer Rehabilitationseinrichtung auf und kehrt am Abend in die häusliche Umgebung zurück. Stationäre Rehabilitation bedeutet, dass die Rehabilitandin oder der Rehabilitand während der Dauer der Rehabilitation in einer Rehabilitationseinrichtung untergebracht ist.

Die Intensität und der therapeutische Ansatz (Einzel- versus Gruppentherapie, aktive versus passive Therapien) der eingesetzten Therapieelemente können sich beispielsweise in Abhängigkeit vom Unterstützungsbedarf der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden unterscheiden. Dies gilt sowohl für die ambulante als auch stationäre Rehabilitation.

-----  
<sup>11</sup> Gemeinsame Empfehlung Sozialdienste (BAR, 2016).

<sup>12</sup> Im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“.

Die stationäre medizinische Rehabilitation kann im Sinne der Flexibilisierung entsprechend dem individuellen Bedarf auch in Kombination mit der ambulanten Form erbracht werden. Die Entscheidung für eine stationäre oder ambulante Rehabilitation hängt von den in Kapitel 4.2 aufgeführten Kriterien ab.

### 4.2 Auswahlkriterien

Für die Entscheidung zur ambulanten oder stationären Durchführung einer Rehabilitation und der im Einzelfall am besten geeigneten Leistungsform können u. a. folgende erkrankungs- oder behandlungsbezogene sowie strukturell-regionale und kontextuelle Kriterien herangezogen werden, z. B.:

- Art und Schweregrad der Erkrankung (z. B. Stadieneinteilung, Symptomstärke) und Beeinträchtigungen mit der daraus resultierenden körperlichen und psychischen Belastbarkeit
- Auswirkungen auf Aktivitäten/ Teilhabe (z. B. Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung),
- Multimorbidität und höheres Lebensalter
- Notwendigkeit ärztlicher Überwachung und/ oder pflegerischer Versorgung außerhalb der Therapiezeiten
- Lebenssituation (z. B. Betreuung von Kindern mit Behinderung, pflegebedürftigen Angehörigen, alleinlebend, alleinerziehend) mit der Erforderlichkeit einer Behandlung in Wohnortnähe oder der Mitaufnahme von Kindern/ pflegebedürftigen Angehörigen
- Behinderung, die eine barrierefreie Einrichtung erfordert und bei der An- und Abreise zu berücksichtigen ist
- Erforderlichkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld
- Bei ambulanter Durchführung: Erreichbarkeit der Rehabilitationseinrichtung in einer angemessenen Fahrzeit sowie ausreichende Mobilität (die Rehabilitationseinrichtung ist in einer zumutbaren Fahrzeit zu erreichen, max. 45 Minuten einfache Wegezeit)
- Bedarf an Vernetzung mit vor- und nachgelagerten Behandlungsstrukturen.

Daneben können rehabilitative Vorerfahrungen sowie der Grad der subjektiven Belastung durch den Alltag eine Rolle spielen. Darüber hinaus sind indikationsspezifische Ein- bzw. Ausschlusskriterien zu beachten (s. Indikationsspezifischer Teil).



## 5. Indikation für die medizinische Rehabilitation

Zur Klärung der Notwendigkeit und der Zielsetzung einer Leistung der medizinischen Rehabilitation sind neben dem Vorliegen einer rehabilitationsbegründenden Diagnose folgende Voraussetzungen sozialmedizinisch zu prüfen:

- die Rehabilitationsbedürftigkeit
- die Rehabilitationsfähigkeit
- die Rehabilitationsprognose.

Diese Voraussetzungen sind wie folgt definiert:

### 5.1 Rehabilitationsbedürftigkeit

Eine Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn infolge einer Schädigung der Körperfunktionen (einschließlich psychischer Funktionen) und Körperstrukturen und/oder Beeinträchtigungen der Aktivitäten unter Berücksichtigung von personbezogenen und Umweltfaktoren die Teilhabe an Lebensbereichen bedroht oder beeinträchtigt ist.

### 5.2 Rehabilitationsfähigkeit

Der Begriff der Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die somatische und psychische Belastbarkeit der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden für die Teilnahme an einer geeigneten Leistung zur Teilhabe. Sowohl die Durchführungsform als auch die Intensität und Frequenz der eingesetzten Therapieelemente sind auf den Einzelfall abzustellen.

### 5.3 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 oder Beeinträchtigung, des bisherigen Verlaufs (einschließlich nicht ausreichender Möglichkeiten der ambulanten und stationären Therapie bei kurativen Maßnahmen), 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. Hilfsmitelein-satz, Unterstützung durch Familienangehörige, Motivierbarkeit)
- durch eine geeignete Leistung zur Teilhabe
- und in einem notwendigen Zeitraum.

## 6. Rehabilitationsziele

### 6.1 Allgemeines Rehabilitationsziel

Ziel der medizinischen Rehabilitation ist, die Gesundheit wiederherzustellen oder wesentlich zu verbessern und die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, z. B. am Arbeitsleben, durch frühzeitige Einleitung der gebotenen Leistungen zur Teilhabe abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Die Rehabilitandin bzw. der Rehabilitand soll durch die Rehabilitation (wieder) befähigt werden, die Aktivitäten des täglichen Lebens, z. B. auch die Erwerbstätigkeit, möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, wie sie für sie oder ihn als „normal“ (also für ihren oder seinen Lebenskontext typisch) erachtet werden.

Dieses Ziel kann erreicht werden durch:

- vollständige bzw. größtmögliche Wiederherstellung der ursprünglichen Struktur und Funktion bzw. Aktivitäten und der Teilhabe (Restitutio ad integrum, Restitutio ad optimum),
- Einsatz von „Ersatzstrategien“ bzw. Nutzung verbliebener Funktionen bzw. Aktivitäten (Kompensation),
- Anpassung der Umwelt an die Beeinträchtigung der Aktivitäten bzw. der Teilhabe der Rehabilitandin/ des Rehabilitanden (Adaptation),
- Erlernen von Strategien zur Krankheitsbewältigung (Coping).

Die individuellen alltagsrelevanten Rehabilitationsziele werden mit der Rehabilitandin bzw. dem Rehabilitanden insbesondere auf der Grundlage

- der Erkrankung(en)
- des bisherigen Behandlungs- und Rehabilitationsverlaufs
- der Belastbarkeit für die einzelnen Therapieelemente
- des Kompensationspotenzials
- individueller Ressourcen und
- unter Berücksichtigung relevanter umwelt- und personbezogener Faktoren

vereinbart.

Die Rehabilitationsziele sind mit der Rehabilitandin bzw. dem Rehabilitanden zu vereinbaren. Dieser partizipative Ansatz ist eine wesentliche Voraussetzung zur Erreichung der individuellen Rehabilitationsziele.

### 6.2 Trägerspezifische Rehabilitationsziele

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation befähigen chronisch kranke, von Behinderung bedrohte Menschen oder Menschen mit Behinderungen zu einem selbstbestimmten Umgang mit den Auswirkungen ihrer Krankheit oder einer Behinderung.

Trägerspezifische Ziele der medizinischen Rehabilitation gemäß des jeweiligen gesetzlichen Auftrags:

- Medizinische Rehabilitation im Zuständigkeitsbereich der Krankenversicherung zielt darauf ab, bleibende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit sowie eine Verschlimmerung oder Chronifizierung der Erkrankung zu vermeiden, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.
- Medizinische Rehabilitation im Zuständigkeitsbereich der Rentenversicherung ebenso wie der Alterssicherung der Landwirte zielt 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.
- Medizinische Rehabilitation im Zuständigkeitsbereich der Unfallversicherung zielt darauf ab, durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit verursachte Gesundheitsschäden und Leistungseinschränkungen zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern und Versicherte dadurch möglichst auf Dauer beruflich und sozial (wieder)inzugliedern.

## 7. Zulassung zur Leistungserbringung

Die Zulassung von Einrichtungen zur Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch den Abschluss von Verträgen mit Einrichtungen, die die Voraussetzungen für eine Inanspruchnahme durch die Rehabilitationsträger erfüllen, erfolgt im Rahmen eines offenen Zulassungsverfahrens. Danach haben alle Rehabilitationseinrichtungen, die ihre Eignung zur konkreten Inanspruchnahme gegenüber einem Rehabilitationsträger nachgewiesen haben, einen Anspruch auf Zulassung durch Abschluss eines Vertrages. Die Prüfung der Eignung erfolgt durch den einzelnen Rehabilitationsträger anhand von definierten und transparenten Anforderungen.

## 8. Anforderungen an die medizinische Rehabilitationseinrichtung

Die medizinische Rehabilitation wird von qualifizierten Einrichtungen nach indikationsspezifischen Konzepten erbracht, die auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse die Inhalte und Ziele der Rehabilitation nach den Prinzipien Komplexität, Interdisziplinarität und Individualität definieren.

### 8.1 Ganzheitlicher Ansatz

Neben den indikationsbezogenen Therapieansätzen ist im Konzept der Einrichtung darzulegen, wie und mit welchen Behandlungselementen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, die Teilhabe am Arbeitsleben verbessert, auf Probleme der Multimorbidität eingegangen sowie die Krankheitsverarbeitung unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren unterstützt werden kann. Die medizinische Rehabilitation bietet daher auch Beratung, Anleitung und Unterstützung zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten, z. B. bei Übergewicht,

Bewegungsmangel, Suchtverhalten, bei gesundheitsgefährdendem körperlichem und seelischem Stress einschließlich Gefährdungen und Belastungen im Alltag und am Arbeitsplatz. Dabei soll ein möglichst hohes Maß an Selbstbefähigung zur Verhaltensänderung angestoßen und vermittelt werden.

### 8.2 Rehabilitationskonzept

Medizinische Rehabilitationseinrichtungen müssen über ein strukturiertes, auf der Basis des bio-psycho-sozialen Modells erstelltes, Rehabilitationskonzept verfügen, das den spezifischen Anforderungen der zu behandelnden Rehabilitandengruppen (Indikationen) wie auch den Anforderungen des jeweiligen Rehabilitationsträgers entspricht. Das Rehabilitationskonzept ist regelmäßig zu aktualisieren und den Leistungsträgern bei Bedarf zur Verfügung zu stellen.

### 8.3 Diagnostik

Vor Beginn der Rehabilitation soll die erforderliche medizinische Diagnostik (einschließlich Differentialdiagnostik) von den vorgelagerten Systemen bereits durchgeführt sein, um die Einbuße von Therapiezeiten und erhöhte Kosten zu vermeiden.

Neben einer Basisdiagnostik, zu der u. a. eine umfassende Sozialanamnese und ggf. eine Arbeitsanamnese gehören, erfolgt in allen medizinischen Rehabilitationseinrichtungen eine indikationsspezifische Rehabilitationsdiagnostik. Aufwendige und seltene Diagnostik kann auch in Kooperation mit anderen Leistungserbringern durchgeführt werden.

### 8.4 Rehabilitationsplan

Auf Grundlage der gemeinsam abgestimmten Rehabilitationsziele ist für jede Rehabilitandin bzw. jeden Rehabilitanden ein detaillierter individueller Rehabilitationsplan zu erstellen. Dieser schließt die Zielsetzungen der verschiedenen Therapiebereiche mit ein und orientiert sich an einer langfristigen Strategie zur Bewältigung der krankheits- und behinderungsbedingten Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit. Er ist von der Ärztin oder dem Arzt unter Mitwirkung der anderen Mitglieder des Rehabilitationsteams zu erstellen und im Laufe der Behandlung der aktuellen Situation und dem Rehabilitationsverlauf anzupassen. Die Rehabilitandin oder der Rehabilitand und ggf. die Angehörigen/Bezugsperson sind bei der Erstellung des Rehabilitationsplans bzw. der Anpassung zu beteiligen.

Auch Bedarfe, die sich erst im Rehabilitationsprozess erweisen, sind im Rehabilitationsplan mit entsprechenden Lösungsmöglichkeiten zu dokumentieren. Weiterführende Maßnahmen können unter anderem sein:

- die Beratung bei einer notwendigen Wohnungsanpassung, bei der Auswahl von Hilfsmitteln und bei der Gestaltung der häuslichen Versorgung
- ggf. die erforderliche Anregung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Kontakt zur relevanten Selbsthilfegruppe herzustellen.

Soweit erforderlich ist der Rehabilitationsplan mit einem Teilhabeplan zu verbinden (s. Kapitel 16 und 17). Im Übrigen wird auf die Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess verwiesen.<sup>13</sup>

-----  
<sup>13</sup> Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess (BAR, 2019).

## 8.5 Ärztliche Leitung und Verantwortung

Die medizinische Rehabilitation muss unter ständiger ärztlicher Leitung und Verantwortung einer Ärztin oder eines Arztes mit Gebietsbezeichnung bzw. Teilgebietsbezeichnung<sup>14</sup> der Hauptindikation der Rehabilitationseinrichtung/Fachabteilung stehen und über mindestens zweijährige vollzeitige (bei Teilzeit entsprechend längere) rehabilitative oder sozialmedizinische Erfahrungen verfügen.

Die sozialmedizinische Kompetenz muss über die ärztliche Leitung sichergestellt sein, weshalb ergänzend zu den oben genannten fachlichen Qualifikationen die leitende Ärztin oder der leitende Arzt außerdem über folgende Voraussetzungen verfügen muss:

- Zusatz-Weiterbildung Rehabilitationswesen oder
- Zusatz-Weiterbildung Sozialmedizin oder
- Fachärztin/Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin.

Sind im Ausnahmefall diese formalen Voraussetzungen nicht erfüllt, beurteilen die Leistungsträger die für die Einrichtung notwendigen fachgebietsspezifischen und rehabilitativen Kompetenzen anhand der nachgewiesenen Weiterbildungszeiten und -inhalte.

Eine Weiterbildungsermächtigung hinsichtlich der Zusatzbezeichnungen ist anzustreben. Im Einzelfall können die Leistungsträger ein entsprechend qualifiziertes ärztliches Leitungsteam als ärztliche Leitung im Sinne der vorstehenden Ausführungen anerkennen.

Die leitende Ärztin oder der leitende Arzt oder die jeweils benannte ständige Vertretung müssen während der Rehabilitationszeiten der Einrichtung präsent sein.

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.

Weitere Aufgaben und Verantwortungsbereiche der leitenden Ärztin oder des leitenden Arztes sind insbesondere

- Leitung des Rehabilitationsteams
- Koordination und Abstimmung der Rehabilitationsplanung
- Durchführung von regelmäßigen (mind. einmal pro Woche) rehabilitandenbezogenen und interdisziplinären Teambesprechungen
- Planung von Fort-/Weiterbildungen des Rehabilitationsteams zum Erwerb rehabilitativer Kompetenz
- Durchführung von Zwischenuntersuchungen und Anpassung des Rehabilitationsplans
- Abschlussuntersuchung
- Entlassungsmanagement
- Erstellung des ICF-orientierten Entlassungsberichts mit sozialmedizinischer Beurteilung und Hinweisen für weiterführende Maßnahmen, z. B. im Rahmen der Nachsorge

-----  
<sup>14</sup> Zum Beispiel: Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin mit Teilgebietsbezeichnung Kardiologie.

- Weiterentwicklung des ICF-basierten Rehabilitationskonzepts unter Einbeziehung des Rehabilitationsteams
- Kooperation mit vor- und nachbehandelnden Ärztinnen und Ärzten, Konsiliarärztinnen und Konsiliarärzten und Konsiliardiensten.

### 8.6 Rehabilitationsteam und Qualifikation

Im Rehabilitationsteam arbeiten entsprechend den indikationsspezifischen Anforderungen Ärztinnen, Ärzte und nicht-ärztliche Fachkräfte zusammen, z. B. aus den Bereichen Physiotherapie, Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie einschließlich Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, Klinische Psychologie, ärztliche oder psychologische Psychotherapie, Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Sportwissenschaft, -therapie und -pädagogik, Diätassistenz und Ökotrophologie, Gesundheits- und Krankenpflege sowie auch Masseurinnen und Masseur, Medizinische Bademeisterinnen und Bademeister.

Generell wird eine ausreichende rehabilitative Kompetenz bei den Mitgliedern des Rehabilitationsteams vorausgesetzt. 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 mindestens zweijährige vollzeitige (bei Teilzeit entsprechend längere) Berufserfahrung in einer Rehabilitationseinrichtung.

An die einzelnen Berufsgruppen im Rehabilitationsteam sind die folgenden und ggf. die in den indikationsspezifischen Konzepten (s. Indikationsspezifischer Teil) genannten zusätzlichen Anforderungen an Qualifikation und Berufserfahrung zu stellen.

Die differenzierte Zuordnung von Ausbildungs- und/oder Studienabschlüssen zu Aufgaben in der Rehabilitation erfolgt in Abhängigkeit davon, welche Qualifikationsstufe im Studium (Bachelor und/oder Master) erreicht wurde und ob zusätzlich zur Ausbildung ein Studium mit den Abschlüssen Bachelor oder Master absolviert wurde.

#### 8.6.1 Personalbemessung

Es gelten Mindestanforderungen für die Personalbemessung. Diese stellen einen Aspekt der Strukturqualität von Rehabilitationseinrichtungen dar. Die Personalbemessung ist indikationsspezifisch ausgestaltet. Die Anhaltzahlen für den Personalbedarf werden i. d. R. als Zahlen pro Rehabilitationsbetten bzw. -plätze angegeben.

### 8.6.2 Ärztin/Arzt

Hinsichtlich der leitenden Ärztin oder des leitenden Arztes wird auf Kapitel 8.5 verwiesen. Die Vertretung der leitenden Ärztin oder des leitenden Arztes muss über eine vergleichbare Qualifikation verfügen wie die leitende Ärztin bzw. der leitende Arzt der Rehabilitationseinrichtung/Fachabteilung.

Die weiteren Ärztinnen und Ärzte müssen über die in den indikationsspezifischen Konzeptionen festgelegte Qualifikation bzw. klinische Erfahrung verfügen.

### 8.6.3 Physiotherapie/Krankengymnastik

- Physiotherapeutin/Krankengymnastin bzw. Physiotherapeut/Krankengymnast oder Bachelor of Science (B.Sc.) oder Bachelor of Arts (B.A.) oder Master of Science (M.Sc.)
- jeweils mit staatlicher Anerkennung
- ggf. mit indikationsspezifischer Zusatzqualifikation oder Weiterbildung.

### 8.6.4 Masseurin und Medizinische Bademeisterin/Masseur und Medizinischer Bademeister

- Staatliche Anerkennung als Masseurin und Medizinische Bademeisterin bzw. Masseur und Medizinischer Bademeister
- ggf. mit indikationsspezifischer Zusatzqualifikation (z. B. Manuelle Lymphdrainage) oder Weiterbildung.

### 8.6.5 Ergotherapie

- Ergotherapeutin/Ergotherapeut oder Bachelor of Science (B.Sc.) oder Master of Science (M.Sc.)
- jeweils mit staatlicher Anerkennung
- ggf. mit indikationsspezifischer Zusatzqualifikation oder Weiterbildung und
- ggf. Grundlagenkenntnissen in medizinisch-beruflichen Rehabilitationsansätzen, Ergonomie, Arbeitsplatzanpassung.

### 8.6.6 Logopädie/Stimm-, Sprech- und Schlucktherapie

- Logopädin/Logopäde/Sprachtherapeutin/Sprachtherapeut oder Bachelor of Arts (B.A.) oder Bachelor of Science (B.Sc.)
- jeweils mit staatlicher Anerkennung
- ggf. mit indikationsspezifischer Zusatzqualifikation oder Weiterbildung.

### 8.6.7 Klinische Psychologie

- Diplom-Psychologin/Diplom-Psychologe oder Master of Science (M.Sc.) und
- ggf. Anerkennung als klinische Neuropsychologin/klinischer Neuropsychologe durch die Fachgesellschaften und
- ggf. psychotherapeutische Zusatzqualifikation und
- ggf. Zusatzqualifikation in Entspannungstechniken (z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung nach Jacobson) und
- Erfahrung in der Leitung von Gruppen.

### 8.6.8 Psychotherapie

Als Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten qualifiziert sind ausschließlich approbierte Ärztinnen und Ärzte mit psychotherapeutischer Weiterbildung (Facharztqualifikation oder Zusatzbezeichnung fachgebundener Psychotherapie) sowie Master- und Diplom-Psychologinnen bzw. Diplom-Psychologen mit Approbation zur Psychologischen Psychotherapeutin bzw. zum Psychologischen Psychotherapeuten. Ist die psychotherapeutische Ausbildung noch nicht abgeschlossen, aber fortgeschritten, ist eine psychotherapeutische Tätigkeit unter Supervision möglich.

### 8.6.9 Sozialarbeit/Sozialpädagogik

- Diplom-Sozialarbeiterin/Diplom-Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagogin/Sozialpädagoge oder Master of Science (M.Sc.) oder Master of Arts (M.A.), Bachelor of Arts (B.A.), Bachelor of Science (B.Sc.) oder Bachelor of Education (B.Ed.)
- jeweils mit staatlicher Anerkennung,
- Erfahrung in der Einzelfallhilfe und
- Aus-, Fort- und Weiterbildung im Gesundheitswesen.

### 8.6.10 Diätassistenz/Ökotrophologie

- Diätassistentin/Diätassistent (ggf. mit indikationsspezifischer Zusatzqualifikation oder Weiterbildung) oder
- Diplom-Ökotrophologin/Diplom-Ökotrophologe oder Bachelor of Science (B.Sc.) oder Master of Science (M.Sc.) oder
- Diplom-Ernährungswissenschaftlerin/Diplom-Ernährungswissenschaftler oder Bachelor of Science (B.Sc.) oder Master of Science (M.Sc.)
- jeweils mit staatlicher Anerkennung.

### 8.6.11 Gesundheits- und Krankenpflege

- Staatliche Anerkennung als Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger<sup>15</sup> ggf. mit indikationsspezifischer Zusatzqualifikation oder Weiterbildung und
- Erfahrung in der fachlichen Beratung, Anleitung und praktischen Unterstützung von medizinischen Laien.

-----  
<sup>15</sup> Ab 1.1.2023 Pflegefachfrau/Pflegefachmann.



### 8.6.12 Sportpädagogik/ Sportwissenschaft/ Sporttherapie

- Diplom-Sportlehrerin/ Diplom-Sportlehrer oder Diplom-Sportwissenschaftlerin/ Diplom-Sportwissenschaftler oder Bachelor of Science (B. Sc.) oder Master of Science (M. Sc.) mit indikationsspezifischer bewegungstherapeutischer Ausrichtung (z. B. Fachrichtung Rehabilitation)
- jeweils mit staatlicher Anerkennung.

### 8.6.13 Weitere Fachtherapeutinnen und -therapeuten

Je nach Klinikkonzept und Indikation sind weitere Berufsgruppen zu berücksichtigen, z. B.:

- Kreativtherapeutinnen und -therapeuten (Tanz-, Kunst-, Musik- oder Theatertherapie)
- Berufstherapeutinnen und -therapeuten  
(Berufspädagogin/ Berufspädagoge, Arbeitserzieherin/ Arbeitserzieher)
- Audiotherapeutinnen und -therapeuten (mit Zertifikat)
- Suchttherapeutinnen und -therapeuten
- Rehabilitationspädagoginnen und -pädagogen.

## 9. Räumliche Ausstattung

Die räumliche Ausstattung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung muss so bemessen und beschaffen sein, dass das jeweilige indikationsspezifische Rehabilitationskonzept umgesetzt werden kann (s. Kapitel 3.1.2).

## 10. Apparative Ausstattung

Die apparative Ausstattung muss die Durchführung der speziellen indikationsbezogenen Funktionsdiagnostik und Therapie gewährleisten. Bei einer medizinischen Rehabilitation können externe Apparate in einem Funktionsverbund mitgenutzt werden. Nähere Ausführungen enthalten ggf. die indikationsspezifischen Konzepte (s. Indikationsspezifischer Teil).

## 11. Behandlungselemente

Zu den Behandlungselementen der medizinischen Rehabilitation zählen insbesondere

- ärztliche Behandlung und Betreuung, Planung und Überwachung des Rehabilitationsprogramms
- Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln
- indikationsbezogene medikamentöse Behandlung
- Physiotherapie einschließlich Physikalischer Therapie und Sporttherapie
- Ergotherapie

- Stimm,- Sprech,- Sprachtherapie/Logopädie und Schlucktherapie
- psychologische Beratung und Therapie
- ggf. neuropsychologische Therapie
- indikationsspezifische Psychotherapie (insbesondere in der psychosomatischen/psychotherapeutischen Rehabilitation)
- suchtherapeutische Leistungen in der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen
- Sozialarbeit
- psychosoziale Beratung (auch bei Fragen zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) und Betreuung
- Ernährungsberatung
- Patientenschulungsprogramme zur Information und Motivation zu einem gesundheitsbewussteren Verhalten (Gesundheitsbildung, -training) und zu indikationsspezifischen Themen zur Verbesserung des Umgangs mit der (chronischen) Erkrankung
- ggf. Maßnahmen in Bezug auf die Teilhabe am Arbeitsleben (z. B. Belastungserprobung, Arbeitstherapie, betriebliche Assessments)
- krankenpflegerische Leistungen
- ggf. rehabilitative Pflege u. a. mit Anleitung und Schulung der Patienten.

Die Behandlungselemente variieren entsprechend der jeweiligen Indikation. Sie werden abhängig vom Schweregrad der Schädigungen und Beeinträchtigungen als Gruppenangebot und Einzeltherapie erbracht und sind in den regelmäßigen Teambesprechungen anzupassen.

## 12. Leistungsbewilligung

Leistungen zur Teilhabe bedürfen vor Beginn der Bewilligung durch den zuständigen Rehabilitationsträger (Kranken-, Renten-, Unfallversicherungsträger). Umfang, Dauer und Intensität der Maßnahmen richten sich nach den indikationsspezifischen Anforderungen und dem individuellen Rehabilitationsziel.

Als ergänzende Leistungen zur Erreichung und Sicherung des Zieles der medizinischen Rehabilitation kommen insbesondere in Betracht:

- Entgeltersatzleistungen (v. a. Krankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld) einschließlich Sozialversicherungsbeiträge
- Reisekostenerstattung
- Betriebshilfe
- Haushaltshilfe
- Kinderbetreuungskosten
- Rehabilitationssport, Funktionstraining.

## 13. Verlängerungskriterien

Unter dem Gesichtspunkt einer individualisierten und ergebnisorientierten Rehabilitation ist eine Verlängerung möglich, sofern Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose weiterhin gegeben sind. Erforderliche Verlängerungen können sich z. B. ergeben:

- aus kurzfristigen Unterbrechungen bei interkurrenten Erkrankungen oder
- bei einer Verzögerung des Rehabilitationsfortschritts bzw. der Erreichung des Rehabilitationsziels.

Dabei sind trägerspezifische Besonderheiten bzw. Verfahren zu berücksichtigen. Der Anspruch auf eine bedarfsgerechte und individuell passgenaue Leistung zur Teilhabe bleibt unverändert bestehen.

## 14. Abbruch der Rehabilitationsmaßnahme

Muss die Rehabilitandin bzw. der Rehabilitand die Rehabilitationsmaßnahme aus gesundheitlichen Gründen abbrechen oder möchte diese aus anderen Gründen abbrechen, führt i. d. R. die leitende Ärztin oder der leitende Arzt ein Gespräch mit der Rehabilitandin bzw. dem Rehabilitanden, um die Gründe, die medizinischen Auswirkungen und den bisherigen Erfolg der Maßnahme zu erörtern. Bleibt die Rehabilitandin oder der Rehabilitand bei dem Wunsch nach einem Abbruch, erörtert der Sozialdienst der Rehabilitationseinrichtung die Auswirkungen auf eine weitere Bewilligung einer Rehabilitationsmaßnahme und weitere Sozialleistungen.

Die medizinische Rehabilitation ist zu beenden, wenn

- das Rehabilitationsziel erreicht ist oder
- sich erst während der medizinischen Rehabilitation zeigt, dass eine kurative Versorgung ausreicht oder
- die medizinischen Voraussetzungen nicht mehr vorliegen.

## 15. Wechsel der Rehabilitationseinrichtung

Die Wahl der Rehabilitationseinrichtung erfolgt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalles entsprechend der trägerspezifischen Vorgaben. Es muss unterschieden werden zwischen patientenseitigen Wünschen, die Rehabilitationseinrichtung zu wechseln, und einer ärztlich indizierten Verlegung der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden in eine andere Rehabilitationseinrichtung oder ein Krankenhaus. Bei patientenseitigen Wechselwünschen sollten die Gründe nicht nur subjektiver Natur sein, sondern objektivierbar sein. Ist der Wechsel der Rehabilitationseinrichtung notwendig und ärztlich indiziert, begründet die aktuelle Rehabilitationseinrichtung dies gegenüber dem Leistungsträger und stimmt den Wechsel mit ihm ab.

## 16. Teilhabe am Arbeitsleben

Die Rehabilitandin bzw. der Rehabilitand im erwerbsfähigen Alter wird bei Bedarf im Verlauf der medizinischen Rehabilitation zu Fragen der Teilhabe am Arbeitsleben beraten und unterstützt. Bei Einwilligung der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden kann bereits während der Rehabilitation die zuständige Betriebsärztin oder

der zuständige Betriebsarzt bzw. der Arbeitgeber angesprochen werden, um alle Möglichkeiten der Teilhabe am Arbeitsleben zu prüfen, z. B. durch eine stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess oder um andere Maßnahmen der beruflichen Integration vorzubereiten. Dabei sind auch Gestaltungsmöglichkeiten des Arbeitgebers hinsichtlich des Arbeitsplatzes anzubahnen oder zu berücksichtigen.

Ist absehbar, dass die Rehabilitandin oder der Rehabilitand nicht an den alten Arbeitsplatz zurückkehren kann, und kommt auch eine innerbetriebliche Umsetzung auf einen anderen ggf. der Behinderung angepassten Arbeitsplatz voraussichtlich nicht in Betracht, ist ebenfalls der zuständige Träger der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einzuschalten.

Bei vorliegender Schwerbehinderung kommen auch begleitende Hilfen im Arbeitsleben in Betracht, die in der Zuständigkeit der Integrationsämter liegen.

Ein Mitglied des Rehabilitationsteams ist als ständige Ansprechperson bzw. Kontaktperson für Fragen zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu benennen.

## 17. Soziale Teilhabe

Im Verlauf der medizinischen Rehabilitation ist zu prüfen, ob Leistungen zur sozialen Teilhabe erforderlich sind, um der Rehabilitandin bzw. dem Rehabilitanden ein selbstbestimmtes Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen. Dazu können Assistenzleistungen, Leistungen zur Mobilität, Hilfsmittel zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, Leistungen zur Förderung der Verständigung oder Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten gehören. Ein entsprechender Bedarf ist im Entlassungsbericht zu dokumentieren. Darüber hinaus kann der Sozialdienst der Rehabilitationseinrichtung die Rehabilitandin bzw. den Rehabilitanden über adäquate Rehabilitationsmöglichkeiten und den Weg ihrer Beantragung informieren. Auch kann er Leistungen zur sozialen Teilhabe anregen und ggf. in Abstimmung mit dem Rehabilitationsträger einleiten.<sup>16</sup>

## 18. Dokumentation

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

Die Dokumentation muss insbesondere umfassen

- den individuellen Rehabilitationsplan der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden betreffend Art, Häufigkeit und Intensität der Behandlungselemente
- die Teilnahme der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden an den Therapien (Anwesenheits- bzw. Teilnahmelisten, z. B. in einem Behandlungsheft, Rehabilitationstagebuch oder per digitaler Unterschrift auf dem Signaturpad)
- sämtliche erhobene anamnestische Daten, klinische Befunde und deren Interpretation

-----  
<sup>16</sup> Gemeinsame Empfehlung Sozialdienste (BAR, 2016).

- 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 Rehabilitationsmaßnahme die Gründe und die dazu geführten Gespräche (s. Kapitel 14)
- Wechsel der Rehabilitationseinrichtung (s. Kapitel 15)
- den Entlassungsbericht inklusive sozialmedizinischer Leistungsbeurteilung.

## 19. Entlassungsbericht

Nach Beendigung der medizinischen Rehabilitation wird ein auf der Grundlage des bio-psycho-sozialen Modells basierender Entlassungsbericht erstellt und versandt. Die Rehabilitandin bzw. der Rehabilitand erhält auf Wunsch den vollständigen Entlassungsbericht, soweit nicht schwerwiegende therapeutische oder sonstige bedeutsame Gründe entgegenstehen. Die wesentlichen Inhalte des Entlassungsberichts und insbesondere die darin enthaltenen Empfehlungen sind mit der Rehabilitandin bzw. dem Rehabilitanden zu erörtern.

Der Entlassungsbericht muss u. a. folgende Angaben enthalten:

- den Rehabilitationsverlauf unter Angabe der durchgeführten Leistungen zur Teilhabe
- Benennung der vereinbarten individuellen Rehabilitationsziele mit Bewertung des Grads der Zielerreichung aus Sicht der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden und (falls abweichend) aus Sicht des Rehabilitationsteams sowie Gründe, aufgrund derer die Ziele nicht erreicht wurden
- Ergebnisse der abschließenden Leistungsdiagnostik und der sozialmedizinischen Beurteilung. Diese umfassen z. B.
  - die sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Alltag bezogen auf die Selbständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, insbesondere zur psychosozialen Situation und/oder zur Frage der Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit
  - die sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben unter Bezugnahme auf den beruflichen Kontext
  - unter Bezugnahme auf die relevanten Kontextfaktoren, insbesondere der Einstellung der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden zu Gesundheit/Krankheit und Hilfen, zur Krankheitsverarbeitung, zur Motivation zur Lebensstilveränderung
- Empfehlungen für weiterführende Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges (z. B. Rehabilitationssport und Funktionstraining)
- Empfehlungen zur Wiedereingliederung in das soziale Umfeld bzw. zur psychosozialen Betreuung
- Empfehlung zur Wiedereingliederung in die berufliche Tätigkeit (z. B. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben).

Werden im Entlassungsbericht betriebliche Maßnahmen vorgeschlagen, sollte, mit Einwilligung der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden, auch der betriebsärztliche Dienst den Teil des Entlassungsberichts, der diese Vorschläge enthält, erhalten.

## 20. Kooperation

Die medizinische Rehabilitationseinrichtung arbeitet bedarfsweise mit anderen an der Versorgung der Rehabilitanden Beteiligten (z. B. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Akutkrankenhäuser, Betriebsärztinnen und Betriebsärzte, öffentlicher Gesundheitsdienst, Sozialstationen, sozialpsychiatrische Dienste, Selbsthilfegruppen, Nachsorge) zur Sicherstellung der nachgehenden Versorgung eng zusammen.

## 21. 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.

## 22. Qualitätsmanagement

Die medizinischen Rehabilitationseinrichtungen sind gemäß § 37 SGB IX verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement vorzuhalten. Die „Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement“ (BAR, 2015) sieht vor, dass alle stationären medizinischen 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.

## 23. Qualitätssicherung

Für medizinische Rehabilitationseinrichtungen besteht die Verpflichtung, an einem externen Qualitätssicherungsprogramm der Rehabilitationsträger teilzunehmen, welches vergleichende Qualitätsanalysen ermöglicht.

### 23.1 Strukturqualität

Zur Sicherung der Strukturqualität der medizinischen Rehabilitation müssen die in diesen Rahmenempfehlungen gestellten Anforderungen an die personelle, räumliche und apparative Ausstattung der medizinischen Rehabilitationseinrichtungen indikationsspezifisch erfüllt sein. Die Vorgaben gemäß Kapitel 3.1.2 „Barrierefreiheit“ sollen dabei als Orientierung dienen.

### 23.2 Prozessqualität

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

### 23.3 Ergebnisqualität

Im Rahmen der Zwischenuntersuchungen und der Abschlussbefundung ist zu überprüfen und zu dokumentieren, ob und in welchem Ausmaß das im individuellen Rehabilitationsplan definierte Rehabilitationsziel erreicht wurde. Falls aus medizinischen Gründen notwendig, werden Rehabilitationsziel und/oder Rehabilitationsplan modifiziert.

Katamnestische Erhebungen mit dem Ziel des Erkenntnisgewinns über die Realisierung vorgeschlagener Maßnahmen und Empfehlungen sind anzustreben. Dies gilt auch für die Teilhabe am Arbeitsleben und die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

## 24. Literatur sowie trägerspezifische Anforderungen

BAR (2019): Rehabilitation: Vom Antrag bis zur Nachsorge – für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (Hrsg.). 1. Auflage. Springer-Verlag: Heidelberg.

BAR (2019): Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess. Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung, zur Erkennung, Ermittlung und Feststellung des Rehabilitationsbedarfs (einschließlich Grundsätzen der Instrumente zur Bedarfsermittlung), zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe gemäß § 26 Abs. 1 i. V.m. § 25 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 und 6 und gemäß § 26 Abs. 2 Nr. 2, 3, 5, 7 bis 9 SGB IX. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Frankfurt/M. Online: [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de) > service > Publikationen > Reha Vereinbarungen > Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess.

DRV (2009): Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung Bund: Berlin. Online: [www.driv-bund.de](http://www.driv-bund.de).

DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005):  
ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit,  
Verlag MMI Medizinische Medien Informations GmbH – Wissen für Gesundheit: Neu-Isenburg.

DIN 18040-1:2010-10 Barrierefreies Bauen – Planungsgrundlagen – Teil 1: Öffentlich zugängliche Gebäude

DIN 18040-2:2011-09 Barrierefreies Bauen – Planungsgrundlagen – Teil 2: Wohnungen (wg. Patientenzimmer)

DIN 18040-3:2014-12 Öffentlicher Verkehrs- und Freiraum

DIN EN 81-70:2018-07 Aufzüge: Sicherheitsregeln für die Konstruktion und den Einbau von Aufzügen

DIN 18041:2016-03 Hörsamkeit in Räumen – Anforderungen, Empfehlungen und Hinweise für die Planung

DIN 1450:2013-04 Schriften – Leserlichkeit

DIN 32975:2009-12 Gestaltung visueller Informationen im öffentlichen Raum zur barrierefreien Nutzung

DIN 32984:2011-10 Bodenindikatoren im öffentlichen Raum

DGSMP Systematik zu den Personbezogenen Faktoren (2019):

[www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/a-1011-3161](http://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/a-1011-3161)

G-BA (2020): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie). In der Fassung vom 16. März 2004 veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 63 (S. 6769) vom 31. März 2004 in Kraft getreten am 1. April 2004. Zuletzt geändert am 19. Dezember 2019, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 17.03.2020 B3), in Kraft getreten am 18. März 2020.

KBV (2018): Medizinische Rehabilitation – Hinweise zur Verordnung für Ärzte und Psychotherapeuten. KBV Praxis-Wissen. Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg): Berlin. Online: [www.kbv.de](http://www.kbv.de).

MDS (2018): Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation. Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (Hrsg.): Essen. Online: [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de).



## 25. Verzeichnis der Mitwirkenden

**AOK-Bundesverband Berlin, Jessica Borrmann, Carsten Schön**

**BAG SELBSTHILFE e. V. Berlin**, Nicole Kautz (bis November 2020),

**BAG-SELBSTHILFE e. V. Düsseldorf**, Hubert Seiter (bis Oktober 2020)

**Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) Frankfurt a. M.**, Dr. Regina Ernst, Dr. Teresia Widera

**Bundesverband ambulanter medizinischer Rehabilitationszentren (BamR) Köln**, Joscha Brunßen

**Bündnis Kinder- und Jugendreha e. V. Berlin**, Alwin Baumann

**DEGEMED e. V. Berlin**, Christof Lawall

**Deutscher Caritasverband e. V. Freiburg**, Margot Jäger

**Deutsche Rentenversicherung Bund Berlin**, Dr. Margarete Ostholt-Corsten (bis Mai 2020), Nicola Wenderoth

**DGUV-Landesverband Südwest Heidelberg**, Thomas Neutz

**GKV-Spitzenverband Berlin**, Irmgard Backes

**Kassenärztliche Bundesvereinigung Berlin**, Pamela Reng

**Knappschaft-Bahn-See Bochum**, Detlef Schmidt

**MDK Niedersachsen Hannover**, Dr. Sabine Grotkamp

**Sozialverband VdK Deutschland e. V. Berlin**, Frank Weniger

**SRH RPK Karlsbad**, Dr. Gustav Wirtz

**Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Berlin**, Belinda Hernig

**Wicker-Unternehmensgruppe Bad Wildungen**, Dr. Reinhart Butsch





## Die BAR-Rahmenempfehlungen:

Ambulante und stationäre  
medizinische Rehabilitation  
**Allgemeiner Teil**



### **Indikationsspezifische Teile**

**1**

Rehabilitation bei  
muskuloskeletalen Erkrankungen

**2**

Kardiologische  
Rehabilitation

**3**

Neurologische  
Rehabilitation

**4**

Onkologische  
Rehabilitation

**5**

Dermatologische  
Rehabilitation

**6**

Rehabilitation bei psychischen und  
psychosomatischen Erkrankungen

**7**

Pneumologische  
Rehabilitation



Alle Rahmenempfehlungen und weitere Informationen unter  
[www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de) > Service > Publikationen > Reha Vereinbarungen

