

Berufsgruppen der medizinischen Rehabilitation und deren interprofessionelle Zusammenarbeit

- Ein Leitfaden für die Praxis
- Gesundheits- und Sozialberufe in der
medizinischen Rehabilitation
- Teamarbeit in der medizinischen Rehabilitation
- Qualitätssicherung
- Literatur-, Internet- und Fortbildungshinweise



Danksagung

Für die fachliche Beratung danken wir folgenden Personen und Institutionen (Alphabetische Reihenfolge):

Berufs- und Fachverbände:

Angelika Baldus, Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V., Elke Cosanne, Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V., Dr. Rebekka Epsch, Deutsche Diabetes Gesellschaft, Beatrix Evers-Grewe, Bundesarbeitsgemeinschaft künstlerisches Therapien e.V., Dr. Andrea Lambeck, Berufsverband Oecotrophologie e.V., Uta Köpcke, Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V., Petra Schrader, Berufsverband der TanztherapeutInnen Deutschlands e.V., Dr. Dieter Küch und Jens Hendriksen, Fachgruppe Klinische Psychologie in der Rehabilitation, Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V.

Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW):

Arbeitsgruppe Bewegungstherapie der DGRW: Dr. Wolfgang Geidl
Arbeitsgruppe Interprofessionelle Zusammenarbeit der DGRW: Dr. Désirée Herbold, Prof. Mirjam Körner, Universität Freiburg, Prof. Birgit Prodingler, Technische Hochschule Rosenheim, Dr. Andrea Reusch, Zentrum Patientenschulung und Gesundheitsförderung, PD Dr. Annett Salzwedel, Universität Potsdam

Deutsche Rentenversicherung Bund:

Dr. Johannes Falk und Mitarbeitende, Bereich Qualitätssicherung, Dr. Marion Kalwa, Dr. Ralph Jäger, Bereich Zusammenarbeit mit Reha-Einrichtungen

Inhaltsverzeichnis

Präambel	3
1. Gesundheits- und Sozialberufe in der medizinischen Rehabilitation	5
1.1 Heilberufe in der medizinischen Rehabilitation	5
1.2 Gesundheitsberufe in der medizinischen Rehabilitation ohne gesetzliche Regelung	8
1.2.1 Psychologie	11
1.2.2 Künstlerische Therapien	12
1.2.3 Sport- und Bewegungstherapie	14
1.2.4 Ernährungstherapie	15
1.2.5 Diabetesberatung und -assistenz	16
1.3 Soziale Arbeit	16
2. Interprofessionelle Zusammenarbeit in der medizinischen Rehabilitation	19
2.1 Zusammensetzung des Reha-Teams	19
2.2 Fördernde Faktoren für die interprofessionelle Zusammenarbeit	21
2.2.1 Teambesprechungen	21
2.2.2 Fort- und Weiterbildung	22
2.2.3 Supervision	22
2.2.4 Führungskompetenz	23
2.2.5 Personalentwicklung	23
2.2.6 Abteilungskonzept	24
2.2.7 Diagnostik, Reha-Ziele und -Pläne	24
2.2.8 Schulungs- und Therapiekonzepte	24

2.2.9	Dokumentation	25
2.2.10	Gemeinsame Sprache	25
2.2.11	Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung	25
2.2.12	Internes Qualitätsmanagement	26
2.2.13	Rolle der Verwaltung	27
3.	Qualitätssicherung	30
3.1	Strukturanforderungen	30
3.2	Konzepterstellung	32
3.3	Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)	33
3.4	Reha-Therapiestandards (RTS)	33
3.5	Visitationen	33
4.	Literatur-, Internet- und Fortbildungshinweise	37
4.1	Rahmenvorgaben und Empfehlungen der Deutschen Rentenversicherung	39
4.2	Qualitätssicherungsinstrumente der Rentenversicherung	40
4.3	Reha-Ziele	42
4.4	Gesundheitstraining	42
4.5	Sozialmedizin	42
4.6	Fortbildungen der DRV	43
4.7	Suchttherapeutische Weiterbildung	43
4.8	Diversitätssensible Versorgung	43
4.9	Informationssystem zur Anerkennung ausländischer Bildungsabschlüsse	44
4.10	Berufs- und Fachverbände der Gesundheitsberufe	44
4.11	Berufsverbände und Kammern der Heilberufe	48
4.12	Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)	54

Präambel

In der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung arbeiten unterschiedliche Gesundheits- und Sozialberufe und bilden gemeinsam das interprofessionelle Reha-Team. Die kooperative Nutzung von Wissen und Handlungskompetenz dieser verschiedenen Berufsgruppen ermöglicht die Realisierung des bio-psycho-sozialen Rehabilitationsansatzes. Die einzelnen Berufsgruppen üben dabei unterschiedliche Rollen, Funktionen und Fachkompetenzen aus. Das Erbringen der rehabilitativen Versorgungsleistung als eine gemeinsame Aufgabe erfordert einen komplexen Organisations- und Abstimmungsprozess im Reha-Team. Dieser wird im internen Qualitätsmanagement abgebildet. Die Internationale Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) dient allen Berufsgruppen als gemeinsamer Referenzrahmen und als gemeinsame Sprache.

Ob die interprofessionelle Teamarbeit zum Erfolg der Rehabilitation beiträgt, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Von wissenschaftlicher Seite kann Teameffektivität in mehreren Zielgrößen dargelegt werden (Körner et al. 2016, Müller et al. 2015, Stamer et al. 2014). Effektive Teamarbeit fördert

- die Patientensicherheit durch die Reduktion von Arbeitsfehlern,
- die Innovationsfähigkeit und das organisationale Lernen,
- die Arbeitszufriedenheit und Teamleistung durch die Integration von gemeinsamem Wissen im Team,
- die Koordination der Versorgungsleistungen und die Teamkommunikation,
- die Behandlungsergebnisse und die Rehabilitand*innenzufriedenheit,
- die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Rehabilitand*innen und die Behandlungsakzeptanz sowie
- die Rollenklarheit und das gesundheitliche Wohlbefinden der Teammitglieder.

Effektive Teamarbeit verringert zudem Fluktuation und Fehlzeiten von Mitarbeitenden. Interprofessionelle Teamarbeit wird deswegen von der Rentenversicherung in den von ihr belegten Reha-Einrichtungen erwartet (DRV 2009, 2011, 2015a, 2021).

Der vorliegende Leitfaden gibt einen Überblick über die Anforderungen der DRV Bund an die Berufsqualifikation der Teammitglieder, über evidenzbasierte und fördernde Faktoren der interprofessionellen Zusammenarbeit und der Forderung nach Teamarbeit in der Qualitätssicherung. Der Leitfaden bildet die Grundlage für die Ausgestaltung und Weiterentwicklung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der medizinischen Rehabilitation.

Der Leitfaden dient zudem der Bewertung von Studien- und Berufsabschlüssen durch die Rehabilitationsträger der Deutschen Rentenversicherung als auch den von der DRV federgeführten Rehabilitationseinrichtungen bei der Personalauswahl.

Für Fachfragen steht Ihnen der Bereich Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Abteilung Rehabilitation der DRV Bund gern zur Verfügung.

1. Gesundheits- und Sozialberufe in der medizinischen Rehabilitation

In der medizinischen Rehabilitation sind im interprofessionellen Team Angehörige unterschiedlicher Gesundheits- und Sozialberufe vereinigt. Die geforderte Mindestanzahl und das Ausbildungsniveau der einzelnen Gesundheits- und Sozialberufe werden von der Rentenversicherung vorgegeben (DRV 2014). Allerdings kann die Vielzahl neuer Berufs- und Studienabschlüsse in der Auswahl geeigneter Mitarbeiter*innen eine Herausforderung darstellen. Aus diesem Grund werden im Folgenden die Anforderungen an die Qualifikation der einzelnen Berufsgruppen ausgeführt.

Eine gesetzliche Definition des Begriffs der Gesundheitsberufe gibt es nicht. Allgemein werden unter diesem Begriff die Berufe zusammengefasst, die im weitesten Sinne mit der Förderung, dem Erhalt oder der Wiederherstellung von Gesundheit beschäftigt sind. Nur ein Teil der Gesundheitsberufe ist gesetzlich als Heilberuf geregelt (zum Beispiel Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen, Physiotherapeut*innen). Viele Gesundheitsberufe entwickeln sich auch ohne eine staatliche Ausbildungsregelung (zum Beispiel Psycholog*innen, Sportwissenschaftler*innen, künstlerische Therapeut*innen). Gesundheitsberufe in der medizinischen Rehabilitation umfassen gesetzlich geregelte, so genannte Heilberufe, und nicht gesetzlich geregelte Berufe.

Die gesetzliche Regelung ist entweder durch Bundesrecht bestimmt oder im Landesrecht verankert. Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes erstreckt sich auf alle Heilberufe.

1.1 Heilberufe in der medizinischen Rehabilitation

Allen Heilberufen gemeinsam ist, dass das Führen der Berufsbezeichnung geschützt ist. Das heißt, dass die Berufsbezeichnung nur mit einer Approbation oder einer Berufserlaubnis geführt werden darf und ein

Verstoß als Straftat oder Ordnungswidrigkeit geahndet wird. Approbation oder Berufserlaubnis werden auf Antrag erteilt, der unter anderem den Nachweis erfordert, dass die gesetzlich geregelte Ausbildung oder das Studium abgeleistet und jeweils die staatliche Prüfung bestanden wurde. Die Einzelheiten zur Ausbildung oder zum Studium und zur jeweiligen staatlichen Prüfung sind in den Approbationsordnungen beziehungsweise Studien-/Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen geregelt, die zu den entsprechenden Berufsgesetzen erlassen werden.

Der Bund darf nur die sogenannte Erstzulassung zum Beruf regeln. Fort- oder Weiterbildungsregelungen sind Aufgabe der Länder. Sie haben diese teilweise auf Kammern übertragen. So sind beispielsweise die Ärztekammern für die ärztlichen Weiterbildungen verantwortlich.

Bei den Heilberufen ist die staatliche Anerkennung der Ausbildung von entscheidender Bedeutung für die Arbeit in den Reha-Einrichtungen (vgl. Überblick über die Heilberufe und ihre gesetzlichen Grundlagen in Tabelle 1). Im Rahmen der Akademisierung der Heilberufe werden zunehmend auch Studiengänge angeboten. Die Absolvent*innen dieser Studiengänge können sowohl berufspraktische Kompetenzen und damit die entsprechende Berufserlaubnis als Bachelorabsolvent*innen als auch wissenschaftliche Fähigkeiten als Masterabsolvent*innen vorweisen. Entsprechende Studienabgänger*innen können auch Eingang in die medizinische Rehabilitation finden. Durch ihre wissenschaftlichen Kompetenzen können sie zur Evidenzbasierung und Weiterentwicklung ihrer Fachdisziplin in der medizinischen Rehabilitation beitragen.

Europäische Richtlinie über die gegenseitige Anerkennung von Berufsqualifikationen

Die Heilberufe zählen zu den sogenannten reglementierten Berufen im Sinne der Europäischen Richtlinie 2005/36/EG über die gegenseitige Anerkennung von

Berufsqualifikationen. Diese EU-Richtlinie erleichtert es den Berufsangehörigen, ihren Beruf auch in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union auszuüben. Automatisch anerkannt werden können dabei die Berufsabschlüsse von Ärzt*innen und Gesundheits- und Krankenpfleger*innen. Die übrigen Heilberufe fallen unter das reguläre Anerkennungsverfahren, bei dem eine Gleichwertigkeitsprüfung durchgeführt wird und ggf. Anpassungsmaßnahmen erforderlich werden.

Eine Datenbank der Kultusministerkonferenz stellt Informationen zur Bewertung ausländischer Bildungsnachweise bereit und unterstützt Behörden, Arbeitgeber und Privatpersonen, eine ausländische Qualifikation in das deutsche Bildungssystem einzustufen (Link unter Punkt 4.9).

Tabelle 1: durch Bundesgesetze geregelte Heilberufe in der medizinischen Rehabilitation

Heilberuf	Bundesgesetz bzw. Approbationsordnung
Ärzt*in	Approbationsordnung (ÄApprO)
Psychotherapeut*in, Psychologische Psychotherapeut*in, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in	Psychotherapeutengesetz (PsychThG) und Approbationsordnung (PsychThApprO)
Physiotherapeut*in, Masseur*in, medizinische Bademeister*in	Masseur- und Physiotherapeutengesetz (MPhG)
Diätassistent*in	Diätassistentengesetz (DiätAssG)
Ergotherapeut*in	Ergotherapeutengesetz (ErgThG)
Logopäd*in	Logopädengesetz (LogopG)
Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpfleger*in	Pflegeberufegesetz (PflBG)
medizinisch-technische Assistent*in für Funktionsdiagnostik	MTA-Gesetz
Orthoptist*in	Orthoptistengesetz – OrthoptG

1.2 Gesundheitsberufe in der medizinischen Rehabilitation ohne gesetzliche Regelung

Die Studienabschlüsse der Psychologie, Sport- und Ernährungswissenschaft zählen nicht zu den Heilberufen. Beim Einsatz dieser Berufsgruppen in der medizinischen Rehabilitation müssen die klinischen Qualifikationen im Einzelfall geprüft werden. Für die nicht staatlich geregelten akademischen Gesundheitsberufe gibt es Empfehlungen von den jeweiligen Fach- und Berufsverbänden, die im folgendem zusammenfassend beschrieben werden. Individuelle Beratung und weitere Informationen stellen die jeweiligen Berufs- und Fachverbände zur Verfügung (siehe weiterführende Hinweise in Abschnitt 4.10 mit den Angaben der einschlägigen Berufs- und Fachverbände der Gesundheitsberufe).

Im Rahmen der Vereinheitlichung des europäischen Hochschulraumes durch die Bologna Reform wurden im Jahre 2010 alle bisherigen Diplomstudiengänge in Deutschland umgewandelt. Das frühere Diplomstudium wurde zweigeteilt in einen Bachelor- und Masterstudiengang mit entsprechenden Bachelor- und Masterabschlüssen. Die früher bundesweit gültigen Rahmenstudien- und -prüfungsordnungen für die einzelnen Studiengänge wurden in diesem Zuge abgeschafft. Daraus können sich in Abhängigkeit vom Studienort für die einzelnen Studienfächer große Unterschiede zwischen den Studiengängen und -abschlüssen ergeben.

In den trägerübergreifenden Strukturanforderungen der DRV (DRV Bund 2014) werden die Ausbildungsabschlüsse benannt, die jeweils für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung erforderlich sind.

Für die Eignung im Arbeitsfeld der Rehabilitation sind generell folgende Kriterien relevant:

→ Die Studieninhalte sollen sich am rehabilitativen Aufgabenfeld orientieren,

- es soll ein Praktikum in einem angemessenen Zeitumfang durchgeführt werden und
- die Ausbildung soll durch den jeweiligen Berufs- oder Fachverband positiv bewertet werden.

Bei den Berufsgruppen Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagoge*innen sowie Oecotropholog*innen, Sportlehrer*innen und Sportwissenschaftler*innen mit entsprechenden Studieninhalten wird der Bachelor-Abschluss für die Arbeit in den Reha-Einrichtungen als Mindestabschluss als notwendig erachtet. Es wird empfohlen, die Leitung eines größeren Teams durch Master-Absolventen*innen zu besetzen. Bei Psycholog*innen besteht eine Differenzierung, die die therapeutischen Leistungen in der Rehabilitation betreffen, zwischen den Bachelor- und Masterabschlüssen. Für einige Schulungs- und Gruppenleistungen können Bachelor-Absolvent*innen eingesetzt werden. Psychotherapeutische Leistungen bleiben ärztlichen und psychologischen Psychotherapeut*innen vorbehalten. Zusätzliche akademische Qualifikationen können vor allem für die Leitungsposition eines Bereichs sinnvoll sein, werden jedoch von der Rentenversicherung nicht gefordert. Darüber hinaus bieten viele Fachverbände Zertifizierungsmöglichkeiten an, die einen Qualitätsnachweis für kontinuierliche Fortbildung und Berufserfahrung darstellen und führen Listen von Ausbildungsstätten, die die Anforderungen der Fachverbände an die Ausbildung bzw. Fortbildung erfüllen (vgl. Tabelle 2).

Da jedoch die zunehmende Zahl an weiteren Studiengängen und -abschlüssen nicht vollumfänglich erfasst und beschrieben werden kann, müssen sich bei der Einzelfallprüfung Reha-Einrichtungen und federführender Rentenversicherungsträger abstimmen.

Tabelle 2: Qualifikationsmerkmale der akademischen Gesundheits- und Sozialberufe in der medizinischen Rehabilitation

	Ausbildungsabschluss für die Rehabilitation	staatliche Anerkennung	Fachliche Mindestumfänge in der Ausbildung	Fachverbände führen Listen von Ausbildungsstätten, die die Mindestanforderungen erfüllen	Zertifikat der Fachverbände
Psychologie	Master (Bachelor)**		24 Credit Points klinische Psychologie	(x)***	Fachpsycholog*in für Rehabilitation BDP
Kunsttherapie	Bachelorniveau		1.470 Lehrstunden	x	
Tanztherapie	Bachelorniveau		1.260 Lehrstunden	x	
Theatertherapie	Bachelorniveau			x	
Musiktherapie	Bachelorniveau			x	Musiktherapeut*in DMTG
Sporttherapie	Bachelor*			x	Sport-/Bewegungstherapeut*in DVGS
Oecotrophologie Ernährungs-wissenschaft	Bachelor*		100 Credit Points aus Studium und Fortbildung****		Nur für Prävention 75 Credit Points
Soziale Arbeit	Bachelor*	x			

* empfohlen wird bei größeren Teams die Leitung durch eine Masterabsolvent*in;

** definierte Umfänge von Routinetätigkeiten können auch von Bachelorabsolvent*innen durchgeführt werden;

*** nur Liste über anerkannte Psychologiestudiengänge, nicht im Hinblick auf klinisch psychologische Mindestanforderungen für die Rehabilitation;

**** angelehnt an Tabelle 4.1 der Anlage 5 des Vertrages § 125 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Ernährungstherapie.

1.2.1 Psychologie

Für den Studiengang Psychologie wurden im Rahmen der Bologna Reform vom Berufsverband Deutscher Psychologen und Psychologinnen (BDP) und der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) allgemeine Empfehlungen zur Bewertung der Bachelor- und Masterstudiengänge und -abschlüsse entwickelt. Die DRV Bund folgt in der Bewertung der Studienabschlüsse diesen Empfehlungen.

Den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Psychologie folgend haben die meisten Hochschulen den früheren Diplomstudiengang Psychologie auf einen konsekutiven Bachelor- und Masterstudiengang Psychologie umgestellt. Der entsprechende Masterabschluss lautet Master of Science (M. Sc.) in Psychologie. Entsprechend qualifizierte Psycholog*innen können wie Diplom-Psycholog*innen (mit Prüfungsfach Klinische Psychologie) in der medizinischen Rehabilitation eingesetzt werden.

Weicht der Studienabschluss bzw. der Studiengang von dem genannten konsekutiven Bachelor- und Masterstudiengang Psychologie ab, muss im Einzelfall geprüft werden, ob im Studium klinische Inhalte in hinreichendem Umfang erworben wurden. Der Berufsverband der Psychologen und Psychologinnen (BDP) empfiehlt den Nachweis von klinischen Studienleistungen im Umfang von mindestens 24 Credit Points. Als Veranstaltungen der Klinischen Psychologie zählen auch Leistungsnachweise in Neuropsychologie und Psychotherapie, nicht aber Leistungsnachweise in Psychodiagnostik oder Methodenlehre.

Die Studienunterlagen der Bewerber*innen von Hochschulen mit entsprechend abweichenden Studienabschlüssen oder Abschlüssen, die im Ausland erworben wurden, müssen hinsichtlich der genannten klinischen Studieninhalte geprüft werden. Bei der Prüfung unterstützt die DRV Bund.

Die Uneinheitlichkeit der Studienabschlüsse, die zu einer Psychotherapieausbildung qualifizieren, führte unter anderem dazu, dass zum 01.09.2020 das Psychotherapeutengesetz reformiert wurde (vergleiche Rea-der Psychologie und Psychotherapie, DRV Bund 2021). Damit wird wiederum das Bachelor- und Masterstudium in Psychologie grundlegend reformiert. Entsprechende Psychologiestudiengänge werden in Psychotherapiestudiengänge umgewandelt. Unmittelbar nach dem Masterabschluss mit dem Schwerpunkt Psychotherapie kann ab dem Jahr 2022 durch eine staatliche Prüfung die Approbation als Psychotherapeut*in erworben werden.

Vor dem Hintergrund dieser beiden Reformen nimmt die Vielfalt der psychologischen und psychotherapeutischen Studien- und Ausbildungsabschlüsse in den kommenden Jahren zu.

Die psychologische Tätigkeit in der medizinischen Rehabilitation erfolgt in der Regel auf Masterniveau. Einzelne Routinetätigkeiten können auch von Bachelor-Absolvent*innen ausgeführt werden (vgl. Darstellung im Rea-der Psychologie und Psychotherapie, DRV Bund 2021).

In den Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen können auch Psychologinnen und Psychologen ohne Approbation als Suchttherapeut*innen tätig werden, wenn sie eine von der DRV anerkannte suchttherapeutische Weiterbildung absolviert haben (vgl. Punkt 4.7).

1.2.2 Künstlerische Therapien

Die Tätigkeit von Künstlerischen Therapeut*innen in der medizinischen Rehabilitation der DRV erfordert mindestens eine Ausbildung auf Bachelorniveau, das heißt der Umfang der Ausbildung entspricht einem Bachelorstudium. Qualitätsanforderungen werden von den jeweiligen Fachverbänden vorgegeben. Aus- und Weiterbildungen bieten sowohl staatlich akkreditierte Hochschul-Studiengänge, die mit einem Bachelor of

Arts und/oder einem Master of Arts abschließen, als auch privatrechtliche Ausbildungsanbieter an.

Der Mindeststandard für einen vom Deutschen Fachverband für Kunst- und Gestaltungstherapie e.V. (DFKGT) anerkannten **kunsttherapeutischen Kompetenzerwerb** orientiert sich am Umfang einer hochschulischen Aus-/Weiterbildung mit mindestens 1.470 Lehrstunden, welche sich aus mindestens 800 theoretischen Lehrstunden und mindestens 670 Arbeitseinheiten im Praktikum zusammensetzen.

Vom Berufsverband der TanztherapeutInnen Deutschlands e.V. (BTD) anerkannte **tanztherapeutische Ausbildungen** auf mindestens Bachelorniveau werden an akkreditierten privatrechtlichen Instituten angeboten. Aufbauend auf einer abgeschlossenen Berufsausbildung umfasst die 4-5jährige berufsbegleitende Qualifizierung tanztherapeutische Inhalte (mindestens 600 Unterrichtseinheiten (UE)), supervidierte Ausbildungspraktika (mindestens 400 UE) und eine umfangreichen Lehrtherapie (mindestens 130 UE). Tanztherapeut*innen BTD® verpflichten sich zu kontinuierlicher Fortbildung.

Auch die Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft empfiehlt staatlich akkreditierte oder berufsqualifizierende, privatrechtliche **musiktherapeutische Ausbildungen** auf Bachelorniveau. Diese Abschlüsse sind auch als Baustein zur Zertifizierung "Musiktherapeut/in DMtG" anerkannt. Das DMtG-Zertifikat weist die qualifizierende Berufsausbildung, Berufserfahrung und eine kontinuierliche berufsbegleitende Fortbildung nach.

Die Hochschule Nürtingen-Geislingen bietet einen achtsemestrigen Bachelor-Abschluss in **Theatertherapie** an, der mit 2400 Unterrichtseinheiten und hiervon 840 Stunden Praktika ausgestattet ist. Darüber hinaus gibt es in Kooperation mit Hochschulen eine vierjährige

berufsbegleitende Weiterbildung zum bzw. zur Theatertherapeut*in auf Bachelorniveau mit einem Mindeststandard von 1200 Unterrichtseinheiten.

Alle Fachverbände führen Listen mit anerkannten staatlichen und privatrechtlichen Ausbildungsstätten und beraten hinsichtlich der fachlichen Eignung (siehe Hinweise unter Punkt 4.10 Berufs- und Fachverbände der Gesundheitsberufe).

1.2.3 Sport- und Bewegungstherapie

Die akademische Ausbildung von Sportlehrer*innen und Sportwissenschaftler*innen ist vielfältig. Nicht alle Bachelor- und Masterstudiengänge vermitteln Sportpraxis, körpereigene Bewegungserfahrung, pädagogische und psychologische Grundlagen, die entsprechende Trainings- und Bewegungswissenschaft sowie medizinische und rehabilitative Inhalte. Nicht alle Studiengänge beinhalten auch eine therapeutische Zusatzqualifikation. Der Deutsche Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (DVGS) hat deswegen Richtlinien für die therapeutische Tätigkeit von Sport- und Bewegungstherapeut*innen entwickelt und die einzelnen Studiengänge hinsichtlich ihrer Eignung für die therapeutische Tätigkeit bewertet. Die Richtlinienbestandteile der Fort- und Weiterbildungen der DVGS wurden in die Ausbildungen der mit dem DVGS kooperierenden 30 Hochschulen und Fachhochschulen sowie 15 Fachschulen für Gymnastik und Sport wie auch der Physiotherapie übernommen (vgl. Abschnitt 4.10 Berufs- und Fachverbände der Gesundheitsberufe). Die DRV Bund folgt diesen Empfehlungen.

Sport- und Gymnastiklehrer und -lehrer*innen sind nicht akademische Fachkräfte für Sport und Bewegung mit unterschiedlichen Ausbildungsschwerpunkten. Die 2-3jährige Ausbildung erfolgt an einer Berufsfachschule. Die kombinierte Ausbildung zur Physiotherapeut*in und Gymnastiklehrer*in dauert 3,5-4,5 Jahre. Die Abschlussbezeichnung lautet staatlich geprüfte

Gymnastiklehrer*in bzw. staatlich anerkannte Sport- und Gymnastiklehrer*in. Es gibt folgende Ausbildungsschwerpunkte:

- pflegerische und therapeutische Gymnastik,
- Gesundheitserziehung,
- Sport und Bewegungstherapie,
- Sport und Freizeitpädagogik,
- Tanz und tänzerische Gymnastik,
- tänzerische Gymnastik und Sport (nur in Schleswig-Holstein),
- Orthopädie/Innere Medizin.

1.2.4 Ernährungstherapie

In der medizinischen Rehabilitation der DRV können neben den Diätassistent*innen auch Oecothropholog*innen und Ernährungswissenschaftler*innen als Ernährungstherapeut*innen beschäftigt werden, wenn sie theoretische Mindestanforderungen für die Ernährungstherapie nachweisen können. Als Studienabschluss sollte mindestens das Bachelorniveau erreicht sein.

Das Berufsbild „Ernährungstherapeut*in“ ist rechtlich nicht geschützt. Im Sinne einer qualitätsorientierten Ernährungstherapie und mit Blick auf die Sicherheit von Rehabilitanden*innen soll den theoretischen Mindestanforderungen Tabelle 4.1. Anlage 5 (Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Ernährungstherapie und deren Vergütung) gefolgt werden.

Es werden Studien- bzw. Fortbildungsinhalte im Umfang 100 Credit Points festgelegt (vgl. weiterführende Links bei den unter Punkt 4.11 und 4.12 aufgeführten Fach- und Berufsverbänden). Ein Credit Point entspricht 30 Arbeitseinheiten (=Zeitstunden). Ein entsprechender Nachweis kann in Form einer Bescheinigung von div. Fachverbänden und der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) ausgestellt werden.

Das zur Zeit im ambulanten Bereich anerkannte Zertifikat für die Ernährungsberatung gilt für die Prävention und beinhaltet als Mindestanforderung 75 Credit Points.

1.2.5 Diabetesberatung und -assistenz

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) vergibt die Zertifikate der Diabetesberater*in und Diabetesassistent*in (vgl. Punkt 4.10.13) nach den vom Ausschuss für Qualitätssicherung, Schulung und Weiterbildung (QSW) der DDG definierten und kontrollierten Richtlinien. Voraussetzung für die Teilnahme an der Weiterbildung für beide Abschlüsse ist ein mindestens 3-jähriger, medizinischer Grundberuf z. B. Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpfleger*in, Medizinische Fachangestellte (MFA), Diätassistent*in oder Bachelor Oecotropholog*in. Diabetesberater*innen DDG können Menschen mit Diabetes mellitus aller Klassifikationen anleiten, coachen, beraten und schulen. Diabetesassistent*innen DDG schulen ausschließlich Menschen mit Diabetes mellitus Typ II und deren Angehörige.

Die Weiterbildungen unterteilen sich in Praxis- und Theoriephasen. Die Dauer der Weiterbildung zur Diabetesberater*in liegt je nach Ausgestaltung zwischen 12-15 Monaten, die Weiterbildung zur Diabetesassistent*in zwischen 3-6 Monaten.

1.3 Soziale Arbeit

Unter dem Sammelbegriff Soziale Arbeit fallen Studiengänge in Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Der Qualifikationsrahmen Soziale Arbeit (QR SozArb) dient als allseits anerkannte Referenzgrundlage der Disziplin und Profession Sozialer Arbeit und in den Sozialberufe-Anerkennungsgesetzen der Länder für die Studiengänge Sozialer Arbeit (Schäfer & Bartosch 2016). Der Unterschied zwischen Sozialarbeit bzw. Sozialer Arbeit und Sozialpädagogik besteht darin, dass im Studium der Sozialarbeit/Sozialer Arbeit mehr verwaltungs- und sozialrechtliche Inhalte vermittelt werden.

Sozialpädagogik beschäftigt sich verstärkt mit dem außerschulischen Bildungsbereich und der Erziehungswissenschaft. Für die Sozial- und Teilhabeberatung der Rehabilitanden sind sozialrechtliche Kenntnisse von großer Bedeutung. Entsprechende Grundlagen sollten bereits im Studium erworben worden sein.

Die staatliche Anerkennung von Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen ist für die Ausführung hoheitlicher Aufgaben erforderlich. Zu hoheitlichen Aufgaben zählt zum Beispiel die Einhaltung von staatlich zu garantierenden Rechtsnormen, wie das Ausüben des staatlichen Wächteramtes über den Schutz von Kindern und Jugendlichen durch die Jugendämter. Die staatliche Anerkennung kann durch eine Hochschule oder eine kommunale Verwaltungsbehörde ausgestellt werden und unterscheidet sich zwischen den Bundesländern. In einigen Bundesländern ist die Praxis in das Studium integriert (z. B. integriertes Praktikum in Berlin, integrierte Praxistätigkeit in Thüringen) und die staatliche Anerkennung wird mit dem Erhalt der Bachelorurkunde ausgehändigt. Typischerweise sind hundert Arbeitstage an geeigneten Praktikumsstellen zu leisten – beispielsweise durch mehrere Praxisphasen im selben Tätigkeitsbereich – wobei die Hochschule über die Eignung entscheidet. In anderen Bundesländern (z. B. Niedersachsen und Rheinland-Pfalz) erhält der/die Bachelorabsolvent*in die staatliche Anerkennung nach Absolvierung eines Berufspraktikums. Die bundesweite Vereinheitlichung der Anforderungen an die erforderlichen Praxisanteile wird angestrebt. Für die Tätigkeit als Sozialarbeiter*in oder Sozialpädagog*in in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung ist die staatliche Anerkennung nicht zwingend erforderlich, da es sich bei dieser Tätigkeit um keine hoheitliche Aufgabe handelt. Die staatliche Anerkennung ist aber auch hier ein hilfreiches Einstellungskriterium, um angesichts der Vielzahl der Studiengänge die einschlägige Qualifikation als Sozialarbeiter*in oder Sozialpädagog*in nachzuweisen. Insofern wird die staatliche Anerkennung als Qualitätskriterium empfohlen.

Für die Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation ist mindestens ein Bachelorabschluss erforderlich. Zur Erbringung suchtttherapeutischer Leistungen in der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen ist für Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen zusätzlich zur Mindestqualifikation Bachelor eine von der DRV anerkannte suchtttherapeutischer Zusatzqualifikation erforderlich (vgl. Punkt 4.7).

2. Interprofessionelle Zusammenarbeit in der medizinischen Rehabilitation

Das Rahmenkonzept der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung beschreibt die Anforderungen an das Reha-Team wie folgt (DRV 2009): Diagnostik und Therapie basieren auf einem ganzheitlichen und interdisziplinären Ansatz, der vom jeweiligen individuellen Rehabilitationsbedarf ausgeht, die aktive Mitwirkung der Rehabilitand*innen fördert, gleichermaßen psychische, körperliche und soziale Ebenen der Gesundheitsstörung und ihrer Folgen berücksichtigt und eine multiprofessionelle Therapie durch das gesamte Reha-Team beinhaltet. Der gemeinsame theoretische Bezugsrahmen aller Teammitglieder ist das bio-psycho-soziale Modell und die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Der Erfolg der Rehabilitation hängt dabei nicht nur von den einzelnen Behandlungselementen ab, sondern auch von deren inhaltlicher Kohärenz. Die Behandlungsbausteine zwischen den therapeutischen Abteilungen sollten aufeinander aufbauen und sich aufeinander beziehen. Der Erfolg der interprofessionellen Zusammenarbeit spiegelt sich in den Erfahrungen der Rehabilitand*innen, die in der Rehabilitationseinrichtung gesammelt werden, wider (Wolf 2013). Dazu gehören die Kommunikationsstrukturen bzw. -formen sowie die sonstigen Rahmenbedingungen in einer Rehabilitationseinrichtung. Wichtig ist daher, dass das Gesamtkonzept einer Rehabilitationseinrichtung sowohl von der Leitung als auch vom gesamten Reha-Team aktiv vertreten und unterstützt wird.

2.1 Zusammensetzung des Reha-Teams

Dem Reha-Team gehören regelhaft Mitarbeitende folgender Bereichen an: Medizin, Psychologie/Psychotherapie, Physiotherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Physikalische Therapie, Ernährungstherapie, Ergotherapie,

Soziale Arbeit und Pflege sowie indikationsabhängig u. a. Logopädie, Künstlerische Therapien (Musik-, Tanz-, Theater- und Kunsttherapie). In der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche wird das Reha-Team um Vertreter*innen aus pädagogischen Berufen ergänzt. Das Zusammenwirken dieser verschiedenen Berufsgruppen setzt ein gemeinsames Konzept sowie die wirkungsvolle Kooperation voraus, die in der Regel durch das ärztliche Personal koordiniert wird. Die Klinikleitung ist für die Umsetzung eines ganzheitlichen und umfassenden Rehabilitationskonzepts entsprechend den Zielen der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung und bezogen auf die individuellen Bedarfe der einzelnen Rehabilitand*innen verantwortlich.

Die Teamfähigkeit jedes Einzelnen ist eine wichtige Voraussetzung für die Umsetzung eines ganzheitlichen und interdisziplinären Rehabilitationskonzepts. Alle Mitarbeitenden sollen über ein Basiswissen zu bio-psycho-sozialen Gesundheits- und Krankheitskonzepten verfügen. Im Umgang mit den Rehabilitand*innen steht die Förderung von Selbsthilfepotentialen im Vordergrund. Motivationale und volitionale Kenntnisse zur Förderung der Einstellungs- und Verhaltensänderung sind für alle Interventionen in der medizinischen Rehabilitation von großer Bedeutung. Entsprechend sollten die Mitarbeitenden im Reha-Team – bestenfalls gemeinsam – zu Strategien der Motivierung und Förderung von Selbstmanagement fortgebildet werden.

Die Rehabilitation von Menschen mit Migrationshintergrund erfordert zudem ein interkulturell kompetentes Reha-Team und muss von der Einrichtungsleitung sowie vom gesamten Reha-Team getragen werden. Weiterführende Hinweise zu Umsetzungsmöglichkeiten diversitätssensibler Versorgung in der Rehabilitation finden sich unter Punkt 4.8.

2.2 Fördernde Faktoren für die interprofessionelle Zusammenarbeit

Als evidenzbasierte Determinanten erfolgreicher Teamarbeit identifizierten Müller et al. (2015) auf Ebene der Organisationsstrukturen eine angemessene Ausstattung und verfügbare Ressourcen, eine ausreichende Zahl an qualifizierten Mitarbeitenden, eine angemessene Teamgröße, verschiedene Merkmale der Teammitglieder, eine klare und teamförderliche Führungskompetenz, eine ausgewogene Organisationskultur (Werte/Normen), eine klare Vision und realistische Ziele.

Auf Ebene der Prozesse werden aktive und offene Kommunikation und Koordination, Mitarbeiterpartizipation sowie Einfluss auf Entscheidungsfindung, Teamführung, Teamklima, Teamkohäsion, positive Arbeitshaltung und Verhaltensnormen, positive Einstellung und Haltung zur Kooperation und Teamarbeit, gegenseitiges interpersonales Vertrauen, klare Teamziele und -aufgaben sowie interprofessionelles Lernen beschrieben.

Einzelne fördernde Faktoren für eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit werden im Folgenden ausgeführt.

2.2.1 Teambesprechungen

Von zentraler Bedeutung für die interprofessionelle Zusammenarbeit sind regelmäßige Teambesprechungen. Je nach Erfordernis werden diese Sitzungen abteilungs- bzw. stationsbezogen oder themenbezogen durchgeführt. Dies gilt sowohl für die Besprechung organisatorischer Fragen im Zusammenhang mit der Behandlung als auch für rehabilitandenbezogene Fallbesprechungen, in denen insbesondere Therapieziele sowie –pläne und die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung abgestimmt werden. Die Fallbesprechungen können sich je nach Fragestellung auf Einzelfälle oder auf alle Rehabilitand*innen beziehen. Dabei sollte allen Team-Mitgliedern gleiches Mitspracherecht eingeräumt werden. So kann gewährleistet werden, dass die Kompetenzen und Erfahrungen aller beteiligten

Mitarbeiter*innen aus verschiedenen Disziplinen optimal zusammengeführt und genutzt werden können. Eine strukturierte Moderation der Teamgespräche ist empfehlenswert. Die Moderation muss nicht zwingend durch leitende Ärzt*innen erfolgen, auch eine Rotation der Moderation kann hilfreich sein.

2.2.2 Fort- und Weiterbildung

Regelmäßige strukturierte Fort- und Weiterbildungsangebote zur Steigerung der rehabilitativen und sozialmedizinischen Kompetenzen aller Mitarbeitenden fördern die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Interdisziplinär besuchte Fort- und Weiterbildungen können ein gemeinsames Verständnis zum Reha-Konzept und für die anderen Berufsgruppen stärken und damit auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit wirksam unterstützen. Die DRV bietet entsprechende Fortbildungen an (siehe Abschnitt 4.4, 4.5 und 4.6). Inhouseschulungen als interne Fortbildungen können gezielt der Teamentwicklung dienen. Auch Hospitationen in anderen Therapiebereichen oder Reha-Einrichtungen dienen der fachlichen Weiterentwicklung und der Erweiterung der interprofessionellen Kompetenz.

2.2.3 Supervision

Qualitätsfördernd ist eine behandlungsbegleitende Supervision. Die Supervision kann je nach Einrichtung, Organisationsstruktur und Art der anfallenden Aufgaben fall- oder teambezogen, berufsspezifisch oder berufsübergreifend, einrichtungsbezogen oder einrichtungsübergreifend, kollegial oder angeleitet (durch interne oder externe Supervision) sein und sollte über eine routinemäßige Beaufsichtigung der Therapie hinausgehen. Für die psychosomatischen Reha-Einrichtungen, die Reha-Einrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen und die verhaltensmedizinisch orientierten Abteilungen ist die externe Supervision unabdingbar.

2.2.4 Führungskompetenz

Führungskräfte im Reha-Team sollten hinsichtlich ihrer moderierenden und leitenden Funktion gecoacht und fortgebildet werden. Ihre Führungskompetenz hat entscheidenden Einfluss auf die Zusammenarbeit im Reha-Team. Flache Hierarchien und eindeutige Rollen- und Aufgabenbeschreibungen unterstützen die interprofessionelle Zusammenarbeit.

2.2.5 Personalentwicklung

Die Personalentwicklung ist eine umfassende und kontinuierliche Aufgabe der Rehabilitationseinrichtung. Sie erstreckt sich von der Einarbeitung neuer Mitarbeitenden über deren Integration in das Rehabilitationsteam, bis hin zu einer internen und externen regelmäßigen Fort- und Weiterbildung aller Mitarbeitenden. In der Einarbeitung von neuen Mitarbeitenden können Hospitationen in den unterschiedlichen Therapiebereichen sehr hilfreich sein, um das Verständnis und die Sensibilisierung für die Kompetenzen und Aufgaben der anderen Professionen zu stärken.

Fort- und Weiterbildungen werden als verpflichtende Aufgabe verstanden. Interprofessionelles Arbeiten ist wichtiger Bestandteil der Qualifizierung von Mitarbeitenden. Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen beziehen alle Mitarbeitenden ein, werden mit diesen abgestimmt und stellen sicher, dass eine dem aktuellen Kenntnisstand entsprechende Rehabilitation durchgeführt wird.

Erwartet wird von der DRV ein Schulungs- und Fortbildungsplan (intern und extern), der festlegt, welche Personen welche Schulungen bzw. Fortbildungen besuchen.

Auch die DRV Bund bietet Fortbildungen für die Mitarbeitenden der Reha-Einrichtungen an (vgl. Abschnitt 4.6).

2.2.6 Abteilungskonzept

Jede Fachabteilung einer Reha-Einrichtung muss für die DRV ein eigenes Fachkonzept erstellen. Diese Konzepterstellung soll im Reha-Team erfolgen (DRV Bund 2021). Die gemeinsame Konzepterstellung bildet die Grundlage für die weitere Zusammenarbeit und dient der interprofessionellen Kommunikation. Das Konzept der Internationalen Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) bildet hierbei den theoretischen Rahmen und die gemeinsame Sprache. Als Verfasser*innen des Konzepts sollen für den federführenden Kostenträger die ärztliche Leitung und die weiteren an der Konzepterstellung beteiligten Personen des Reha-Teams mit Namen, Berufsgruppe und Funktion kenntlich gemacht werden.

2.2.7 Diagnostik, Reha-Ziele und -Pläne

Die diagnostischen Informationen aus den verschiedenen Therapiebereichen werden vom Behandlungsteam zusammengetragen. Die daraus resultierende Formulierung von ICF-basierten Behandlungszielen ist eine wesentliche Aufgabe zu Beginn der Rehabilitation (vgl. Arbeitsbuch Reha-Ziele in Abschnitt 4.3, DRV 2015). Sie erfolgt in Abstimmung mit den Rehabilitand*innen und muss im gesamten Reha-Team kommuniziert werden.

Die Ziele setzen dabei auf unterschiedlichen Ebenen an: **Rehabilitationsziele** sind in der Regel übergreifend formuliert. Sie beziehen sich auf ein ganzheitliches Rehabilitationskonzept und den Erfolg der Rehabilitationsleistung insgesamt. Die **individuellen Therapieziele** werden auf der Basis der durchgeführten Diagnostik mit der Rehabilitand*in abgestimmt und orientieren sich an den Rehabilitationszielen. Aus den Therapiezielen wird der **Therapieplan** abgeleitet.

2.2.8 Schulungs- und Therapiekonzepte

Die Förderung der individuellen Gesundheitskompetenz der Rehabilitand*innen ist eine Aufgabe aller therapeutischen Bereiche. Die entsprechenden informativen,

motivationalen und volitionalen Angebote sollten daher in jeder Rehabilitationseinrichtung in das therapeutische Gesamtkonzept integriert sein. Sie sollten in ihrer Zielsetzung von der Einrichtungsleitung sowie vom gesamten Reha-Team getragen werden (vgl. Abschnitt 4.4, Gesundheitstraining). Die Förderung der individuellen Gesundheitskompetenz erfolgt zu einem großen Anteil in der Durchführung des Gesundheitstrainings. Daher sollten an der Durchführung des Gesundheitstrainings möglichst viele Mitglieder des Reha-Teams beteiligt werden. Die zentralen Aussagen des Gesundheitstrainings sind zwischen den Teammitgliedern so abzustimmen und umzusetzen, dass sie in eindeutiger und widerspruchsfreier Weise vermittelt werden. Hierfür sind regelmäßige Arbeitsbesprechungen des interdisziplinären Teams eine wesentliche Voraussetzung, auch Hospitationen sind hilfreich.

2.2.9 Dokumentation

Eine gemeinsame Behandlungsdokumentation ist von zentraler Bedeutung für eine interprofessionelle Zusammenarbeit. Alle Professionen müssen Zugang zu den individuell vereinbarten Rehabilitationszielen, zu reha-relevanten medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Daten wie Diagnosen, (Sozial)Anamnese und Befunden haben. Alle Berufsgruppen sollen ihren Beitrag zum Reha-Entlassungsbericht leisten.

2.2.10 Gemeinsame Sprache

Im Rahmen der konzeptionellen Entwicklung, der Abstimmung der Reha-Ziele, der Therapieplanung, der Therapiedurchführung, der Fallbesprechungen, Dokumentation und sozialmedizinische Leistungsbeurteilung dient das bio-psycho-soziale Modell und die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) als gemeinsame Sprache aller Berufsgruppen des Reha-Teams.

2.2.11 Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung

Zum Abschluss einer medizinischen Rehabilitation wird die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im

Reha-Entlassungsbericht festgehalten. Um alle Aspekte der Funktions- und Teilhabefähigkeit zum Ende einer Rehabilitation fundiert beurteilen zu können, bedarf es einer engen fachlichen Zusammenarbeit im interprofessionellen Reha-Team. In die fachärztliche Beurteilung werden die fachbezogenen Leistungseinschätzungen aller Berufsgruppen des Reha-Teams einbezogen.

Die DRV Bund bietet sozialmedizinische Fortbildungen für das gesamte Reha-Team an (vgl. Abschnitt 4.5). Die Fortbildungen qualifizieren das gesamte Reha-Team bezüglich sozialmedizinischer Fragestellungen und Aufgaben und verbessern eine gemeinsame Haltung, eine einheitliche ICF-basierte Sprache und die Kommunikation im Team.

2.2.12 Internes Qualitätsmanagement

Alle Mitarbeitenden der Rehabilitationseinrichtung tragen als Expert*innen für ihre jeweilige Aufgabe die Verantwortung für die Qualität in ihrem unmittelbaren Arbeitsumfeld. Die im internen Qualitätsmanagement beschriebenen Prozesse und die Verwendung der vorgegebenen Dokumente sowie die Ausführung einzelner Tätigkeiten sollen zuverlässig eingehalten werden. Sie sollen den jeweiligen beruflichen beziehungsweise fachlichen Standards entsprechen. Strukturen und Prozesse der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Reha-Einrichtung werden im Qualitätshandbuch dokumentiert. Es wird dargelegt, wie die interne Zusammenarbeit geregelt ist. Die Beschreibung der wesentlichen Arbeitsprozesse gibt einen Überblick hinsichtlich des Zusammenwirkens der verschiedenen Abteilungen und Arbeitsbereiche und zeigt die interprofessionelle Zusammenarbeit in einer Reha-Einrichtung auf (DRV 2014). Es wird dargelegt, nach welchem Verfahren interprofessionelle Besprechungen zu bereichsübergreifenden Abstimmungen durchgeführt werden. Es werden die regelhaften Intervalle der Team- und Fallbesprechungen beschrieben.

Die verschiedenen Kommunikationsmedien zur Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit werden

ebenfalls im Qualitätshandbuch festgehalten. Dies kann zum Beispiel Protokolle, Teambücher, Übergabebücher, E-Mail-Verteiler, das Intranet, Teamkalender und auch die Regelung der Zugriffe auf die elektronische Patientenakte betreffen. Im Qualitätshandbuch wird festgelegt, in welcher Form und Häufigkeit interne Teamfortbildungen durchgeführt und wie die Bedarfe ermittelt werden. Im Rahmen eines solchen internen Qualitätsmanagements lassen sich auch Maßnahmen zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit entwickeln. Determinanten erfolgreicher Teamarbeit werden in den verschiedenen Verfahren der internen Qualitätssicherung unterschiedlich abgebildet (siehe Tabelle 3).

Einige evidenzbasierte prozessuale Determinanten erfolgreicher interprofessioneller Zusammenarbeit wie interprofessionelles Lernen, eine positive Haltung zur Teamarbeit, klare Teamziele und -aufgaben werden bislang noch in keinem der untersuchten QS-Verfahren genutzt (Müller et al. 2015).

2.2.13 Rolle der Verwaltung

Die Verwaltungsmitarbeitenden einer Reha-Einrichtung können die interprofessionelle Zusammenarbeit befördern, in dem sie flache Hierarchien und klare Rollendefinitionen schaffen, die Mitbestimmung der Mitarbeitenden an der Ausgestaltung der Organisationsstrukturen und des Einrichtungskonzepts ermöglichen, kurze Kommunikations- und Entscheidungswege unterstützen sowie ausreichend Zeit und personelle Ressourcen für die interprofessionelle Teamarbeit, Fort- und Weiterbildung, das interne Qualitätsmanagement und die Personalentwicklung zur Verfügung stellen. Die Verwaltung hat zudem einen Einfluss auf die Organisationskultur einer Reha-Einrichtung. Sie vermittelt und setzt Normen und Werte durch die räumliche Ausgestaltung, die Mitarbeitergewinnung und -führung und die Kommunikationswege. Diese Faktoren haben wiederum Einfluss auf die Güte der Teamarbeit.

Tabelle 3: Erfassung von Determinanten erfolgreicher interprofessioneller Teamarbeit in QM-Verfahren der medizinischen Rehabilitation (aus Müller et al. 2015)

Determinanten erfolgreicher interprofessioneller Teamarbeit	QMS-REHA® Version 2.0	DEGEMED – Auditleitfaden 5.0	KTQ®- Manual Reha- bilitation Version 1.0	IQMP-Reha – Version 3.0
Organisationale Determinanten				
Angemessene Ausstattung/Ressourcen (finanziell/administrative/technisch/Bildung)			X	X
Vorhalten ausreichender und qualifizierter Mitarbeiter für das Rehabilitationsteam	X	X	X	X
Ausgewogene Organisationskultur (Werte/ Normen)	X		X	X
Klare und geeignete Mitarbeiterführung und vorweisbare Führungskompetenz	X	X	X	
Klare Vision und realistische Ziele der Führung	X		X	X
Teamcomposition/Teamzusammensetzung (angemessene Teamgröße, Charakteristika der Teammitglieder)		X		

Prozessuale Determinanten					
Ausreichender Informationsfluss & offene Kommunikation im Team	X			X	X
Adäquate Koordination der Behandlungen im Team	X	X	X	X	X
Mitarbeiter-Partizipation und Einfluss auf Entscheidungsfindung im Team	X	X	X	X	X
Teamführung				X	X
Teamklima					X
Positive Arbeitshaltung und Verhaltensnormen, positive Einstellung und Haltung zur Teamarbeit (kognitiv, affektiv, motivational)					
Gegenseitiges interpersonales Vertrauen/ Vertrauensbildung					
Klare Teamziele und Aufgaben (Interdependenz)					
Interprofessionelles Lernen					

3. Qualitätssicherung

Die Träger der Deutschen Rentenversicherung stellen gemeinsam abgestimmte Qualitätsanforderungen, die sich auf das Einrichtungskonzept, die Strukturqualität und das Qualitätsmanagement beziehen. In diesen Anforderungen werden auch Vorgaben für die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Reha-Team formuliert. Die Anforderungen finden ihren Niederschlag in verschiedenen Qualitätssicherungsinstrumenten (siehe Überblick in Tabelle 4).

Im Folgendem werden für die einzelnen Qualitätssicherungsmaßnahmen die Qualitätsanforderungen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit dargestellt. Ausgenommen sind die Befragung der Rehabilitand*innen (DRV Bund 2007) und das Peer Review Verfahren (DRV Bund 2016a, 2017), da in diesen Instrumenten keine direkte Bewertung der interdisziplinären Zusammenarbeit stattfindet. Aufgrund der aktuellen Studienlage (Schmutz et al. 2019) ist aber davon auszugehen, dass eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit sich sowohl positiv auf die Zufriedenheit der Rehabilitand*innen als auch positiv auf die Dokumentation des gemeinsamen Behandlungsprozesses im Reha-Entlassungsbericht auswirken wird. Ergebnisse der Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung gehen ab 01.07.2023 als Kennwerte für die Qualität der Versorgung in die Einrichtungsauswahl ein.

3.1 Strukturanforderungen

Die Strukturanforderungen (DRV 2014) stellen im Bereich der personellen Anforderungen Mindestanforderungen bzgl. der Anzahl an Mitarbeiter*innen einer Berufsgruppe oder einer Funktionsgruppe dar, die für die Rehabilitation einer bestimmten Anzahl von Rehabilitand*innen im Hinblick auf die Umsetzung eines umfassenden Rehabilitationskonzeptes erforderlich sind. Alle Reha-Einrichtungen haben ein

multiprofessionelles Team vorzuhalten. Der konkrete Soll-Stellenplan für eine Fachabteilung wird darauf basierend vom federführenden Rentenversicherungsträger konzeptabhängig mit der Einrichtungsleitung vereinbart. In den Strukturanforderungen werden Berufsgruppen zu Funktionsgruppen zusammengefasst, um konzeptionellen Besonderheiten Rechnung tragen zu können. Gleichwohl sind auch für einzelne Berufsgruppen Orientierungswerte aufgeführt. Für mögliche Abweichungen von der formulierten Mindestanzahl ist ein sogenannter Toleranzbereich nach unten von jeweils minus 20 % für jede Funktionsgruppe festgelegt. Eine Beschränkung nach oben ist nicht vorgesehen. Die Überschreitung der Zielgröße kann konzeptionell bedingt in unterschiedlichem Ausmaß begründet sein. Für die Funktionsgruppe der medizinisch-technischen Berufe, deren Leistungen sehr häufig in Kooperation erbracht werden, werden lediglich Orientierungswerte vorgegeben. Die Mitarbeiterzahl dieser Funktionsgruppe wird nachrichtlich erfasst, aber nicht bewertet.

In den Strukturanforderungen wird zwischen belegungs-, struktur- und zuweisungsrelevanten Merkmalen unterschieden. Belegungs- und strukturelevante Merkmale müssen vorgehalten werden, um von der DRV belegt zu werden. Zuweisungsrelevante Merkmale sind optional – sie kennzeichnen spezifische Angebote. Supervision durch entsprechend qualifizierte Supervisor*innen, regelmäßige interne Teamfortbildungen, Kommunikation und Personalentwicklung gehören zu den strukturelevanten Merkmalen.

Sowohl im Bereich „Strukturmerkmale zur Organisation“ als auch im Bereich „Interne Kommunikation, Personalentwicklung“ sind Merkmale enthalten, die Auswirkungen auf die Personalbemessung haben wie Aufnahmeverfahren, Visitenorganisation, Reha-Team Besprechungen, Präsenz in der Einrichtung und Dienstbereitschaft (DRV Bund 2014).

Bei Unterschreiten der jeweiligen Zielgröße ist es die Aufgabe des federführend belegenden Rentenversicherungsträgers, darauf hinzuwirken, dass im Zeitverlauf Veränderungen in Richtung der Zielgröße feststellbar sind. Abweichungen, die sich unterhalb des Toleranzbereiches bewegen, müssen beseitigt werden. Um Veränderungen in Richtung der Zielgröße sicherzustellen, werden konkrete Vereinbarungen getroffen. Das Erreichen dieser Vereinbarungen kann ggf. durch eine Visitation vor Ort nachverfolgt werden. Nach Ausschöpfung der genannten Möglichkeiten kann die Nicht-Erreichung der vereinbarten Ziele oder die fehlende Veränderung auf Seiten der Reha-Einrichtung nicht weiter akzeptiert werden.

3.2 Konzepterstellung

Im Konzept der Reha-Einrichtungen müssen Häufigkeit und Inhalte der Sitzungen des Reha-Teams (inkl. Dokumentation) dargestellt werden. Es müssen die regelhaften wöchentlichen fachabteilungsbezogenen Fallbesprechungen des Reha-Teams dargestellt werden. Alle am Reha-Prozess beteiligten therapeutischen Berufsgruppen sollen hier vertreten sein und ihre Beiträge aus den erhobenen Befunden und Beobachtungen einbringen. Die besprochenen Inhalte müssen für den weiteren Reha-Prozess dokumentiert werden. Anforderungs- und Fähigkeitsprofil der Rehabilitand*innen werden kontinuierlich im Reha-Team abgeglichen und fließen in die sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens ein. Im Konzept soll zum Ausdruck kommen, dass die enge Zusammenarbeit im Reha-Team einen guten Informationsfluss befördert und die Rehabilitand*innen eine Rehabilitation „aus einer Hand“ erhalten. Zudem ist die Umsetzung der Supervision zu erläutern (intern/extern, Qualifikation der Supervisor*innen, Frequenz und Dauer sowie Teilnehmerzahl der Sitzungen). Bei externer Supervision wird eine namentliche Nennung der Supervisor*in erwartet (DRV Bund 2021, Manual zur Orientierungsgliederung, Seite 28).

3.3 Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)

Im Reha-Entlassungsbericht soll mit der KTL die individuelle Therapie für die Rehabilitand*innen dokumentiert werden. Diese Dokumentation umfasst nur einen Teil der gesamten für die Rehabilitation relevanten Prozesse. Insbesondere werden Routineabläufe nicht dokumentiert, um unnötigen Aufwand bei der Dokumentation zu vermeiden. Für Fallkonferenzen und Teambesprechungen ohne Rehabilitand*in ist eine Codierung nicht vorgesehen. Fallkonferenzen im interdisziplinären Team gemeinsam mit Rehabilitand*innen können dagegen als therapeutische Leistung verschlüsselt werden (KTL Code: C83 Fallkonferenz im interdisziplinären Team mit Rehabilitand).

3.4 Reha-Therapiestandards (RTS)

Reha-Therapiestandards geben dem therapeutischen Team Mindestanforderungen für die Ausgestaltung der Behandlungsbausteine vor, so genannte Evidenzbasierte Therapiemodule (ETMs) für definierte Rehabilitanden-gruppen. Die Ärzt*in entscheidet gemeinsam mit dem Reha-Team und den Rehabilitand*innen, welche einzelnen therapeutischen Leistungen aus den ETMs oder auch ergänzend zu den ETMs im Einzelfall sinnvoll und nützlich sind (DRV Bund 2015). Die in den Reha-Therapiestandards festgelegten ETMs ergänzen sich in ihrem Zusammenwirken.

3.5 Visitationen

Mit Visitationen der Rentenversicherung können Informationen unmittelbar vor Ort in einer Reha-Einrichtung aufgenommen werden. Die Reha-Einrichtung wird dabei in ihrer ganzen Komplexität einschließlich der Mitarbeitenden und Rehabilitand*innen wahrgenommen. Hierdurch wird eine umfassende tagesaktuelle Bestandsaufnahme ermöglicht. Visitationen werden auch für die Beratung der Mitarbeitenden der Einrichtung genutzt. Die Beratung basiert auf der Summe aller gewonnenen Informationen und kann sich sowohl auf allgemeine als auch auf sehr konkrete Aspekte beziehen.

Visitationen ermöglichen auch den unmittelbaren Kontakt zu Rehabilitand*innen, die sich zum Zeitpunkt der Visitation in der Einrichtung befinden. Durch sie können zusätzlich wesentliche Einschätzungen aus Rehabilitandensicht gewonnen werden. Insbesondere für die Beurteilung der patientenbezogenen, organisatorischen und inhaltlichen Abläufe einer Reha-Einrichtung kommt der Visitation eine entscheidende Bedeutung in der Qualitätssicherung zu.

Im Rahmen der Visitation wird die Übereinstimmung zwischen vereinbartem, gemeldetem und vorhandenem Personal festgestellt. Die Vollständigkeit bezüglich Berufsgruppen, Anzahl und Qualifikation wird geprüft. Kooperationen mit anderen Leistungserbringern sollen nachvollziehbar vertraglich geregelt sein.

Die berufsgruppenspezifische Aufgabenbeschreibung muss nachvollzogen werden können und den Angaben im Konzept entsprechen. Die jeweilige Aufgabenstellung soll eindeutig sein. Für die einzelnen therapeutischen Leistungen sollen einheitliche Standards vereinbart sein. Die Abstimmung für die Durchführung der Leistungen muss in Bereichsteams erfolgen. Die Zuständigkeit ist eindeutig und patientenorientiert zu gestalten. Die Arbeitsabläufe müssen zeitlich und organisatorisch koordiniert sein. Für die Mitarbeitenden muss eine Beschreibung zur angemessenen Fort- und Weiterbildung vorliegen und umgesetzt werden.

Mitarbeiterbereiche und die Einrichtung müssen entsprechend der interdisziplinären Leistungserbringung in Teamstrukturen organisiert sein. Es erfolgt regelmäßig in angemessenen Intervallen und in erforderlichem Umfang ein fallbezogener und konzeptbezogener Austausch. Teamstrukturen werden für die Verbesserung der Leistungserbringung, der Abläufe und auch zur Fortbildung genutzt.

Teamstrukturen und Organisation müssen nachvollziehbar sein. Frequenz und Dauer der Teamsitzungen müssen indikationsgerecht sein. Es soll ein fall- und konzeptbezogener Austausch stattfinden. Die Kompetenzen der verschiedenen Berufsgruppen sollen für eine abschließende sozialmedizinische Beurteilung genutzt werden.

Tabelle 4:

Abbildung interdisziplinärer Zusammenarbeit in der Qualitätssicherung der DRV Bund

Strukturanforderungen (DRV Bund 2014)

Interne Kommunikation, Personalentwicklung

- Regelmäßige Besprechungen von Teams und Stationen bzw. von Abteilungs-, Gruppenleitenden mit ihren Mitarbeitenden
- Regelmäßige Konferenzen der Mitglieder der Einrichtungsleitung untereinander und der Einrichtungsleitung mit Abteilungs-, Gruppenleitenden
- Regelmäßige Vorstellung von Rehabilitand*innen, Fallbesprechung im Reha-Team
- Supervisionen durch entsprechend qualifizierte Supervisor*innen
- Schulungs- und Fortbildungsplan (extern und intern), der festlegt, welche Personen welche Schulungen / Fortbildungen besuchen
- Regelmäßige interne Teamfortbildungen

Anforderungen Personal

- Mindestanzahl und Fachqualifikation der Gesundheits- und Sozialberufe

Konzept (DRV Bund 2021)

- Inhalt und Frequenz interdisziplinärer Fall- und Teambesprechungen
- Interdisziplinäres Therapiekonzept
- Fort- und Weiterbildung der Berufsgruppen
- Konzepterstellung im Reha-Team

Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL, DRV Bund 2015)

- Fallkonferenz im interdisziplinären Team mit Rehabilitand (KTL Code)
- Interdisziplinäre Therapievorgaben
- Fachqualifikation der therapeutischen, ärztlichen, pädagogischen und pflegenden Mitarbeitenden

Reha-Therapiestandards (RTS, DRV Bund 2016b-j)

- Interdisziplinäre Therapiekonzepte
- Interdisziplinäre Therapieplanung

Visitationen (DRV Bund 2014)

Personal und seine Aufgaben

- Ausreichende und fachlich qualifizierte Mitarbeitende
- Teamarbeit/Teamkohäsion/Teamführung/Teamklima/
Klare Teamziele und Aufgaben
- Fort- und Weiterbildung der Berufsgruppen
- interdisziplinäre Therapie

Sozialmedizin

- Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team
- Sozialmedizinische Fortbildung des Reha-Teams
- Sozialmedizinische Fallbesprechungen im Reha-Team

Information, Motivation, Schulung

- Interdisziplinär abgestimmte Konzepte für Schulungsleistungen
- Interdisziplinäre Umsetzung von Schulungsleistungen
- Gemeinsame Ziele und Werte aller Mitarbeitenden

Therapieplanung

- Erfassung und Abstimmung der verschiedenen therapeutischen Leistungen im individuellen Therapieplan
- Zentrale Dokumentation aller therapeutischer Leistungen

4. Literatur-, Internet- und Fortbildungshinweise

Für die Qualitätsanforderungen der weiteren Berufsgruppen in der medizinischen Rehabilitation (Abschnitt 1.2 und 1.3) wurden die in den Abschnitten 4.10 und 4.11 benannten Internetseiten der Fach- und Berufsverbände sowie Kammern als Quellen genutzt. Der Zugriff auf diese Informationen erfolgte im Mai 2022. Als weitere externe Quellen wurden bei der Erstellung des Leitfadens genutzt:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/gesundheitsberufe-allgemein.html> (Zugriff 01.03.2022)

<https://www.zulassung-heilmittel.de/vertraege/ernaehrungstherapie.html> (Zugriff 15.07.2022)

https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/heilmittel/125_ernaehrung/125_ernaehrungstherapie.jsp (Zugriff 15.07.2022)

- Brehme, U., Hülsdünker, A., Kreutz, J., Oberritter, H., Leonhäuser, I.-U. (2011). DGE-Zulassungskriterien für die Ernährungsberatung. Mindestanforderungen für Absolventinnen und Absolventen oecotrophologischer und ernährungswissenschaftlicher Studiengänge zur Zertifizierung. Ernährungsumschau, 10, 559–561.
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (Hrsg.) Qualifikationskonzept Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit – QGSA der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG). Berlin: DVSG, 2015.
- Körner, M., Bütof, S., Müller, C., Zimmermann, L. & Bengel, J. (2016). Interprofessional Teamwork and Team Interventions in Chronic Care: A Systematic Review. Journal of Interprofessional Care, 33 (1),15–28.

- Müller, C., Rundel, M., Zimmermann, L., Körner, M. (2015). Verankerung interprofessioneller Teamarbeit in den Qualitätsmanagement-Systemen der medizinischen Rehabilitation – Eine Bestandsaufnahme. *Phys Med Rehab Kuror*; 25, 36–43.
- Schäfer, P., Bartosch, U. (2016). *Qualifikationsrahmen Soziale Arbeit (QR SozArb)*. Version 6. Online verfügbar unter https://cdn.website-editor.net/31ab6b86f4df4ec4a4df102d9bcb226e/files/uploaded/QR%2520SozArb_Version%25206.0.pdf (Zugriff 15.07.2022).
- Stamer, M., Zeisberger, M., Kleineke et al. (2014). *MeeR – Merkmale einer guten und erfolgreichen Reha-Einrichtung*. Abschlussbericht. Online verfügbar unter www.vdocuments.net/meer-1-meer-merkmale-einer-guten-und-erfolgreichen-reha-einrichtung-im-auftrag.html?page=7 (Zugriff 16.5.2022)
- Schmutz, J. B., Meier, L.L., Manser, T. (2019). How effective is teamwork really? The relationship between teamwork and performance in healthcare teams: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 9:e028280. doi:10.1136/bmjopen-2018-028280
- Wolf, J. D. (2013). *Organisationsentwicklung und Patientenerfahrung verbinden – eine innovative Perspektive für Gesundheitsorganisationen*. In: Lobing, H. & Grossmann, R. (Hrsg.). *Organisationsentwicklung im Krankenhaus*. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 247–263.

Alle weiteren Angaben wurden, wie im Text kenntlich gemacht, den folgenden Publikationen der DRV Bund entnommen.

4.1 Rahmenvorgaben und Empfehlungen der Deutschen Rentenversicherung

Alle folgenden Publikationen der Deutschen Rentenversicherung können auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung eingesehen und heruntergeladen werden: www.deutsche-rentenversicherung.de

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2009.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Arbeitsbuch Reha-Ziele. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, 2015b.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Einführung zum Gesundheitstrainingsprogramm der DRV Bund – Curricula für Patientenschulungen in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2018.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Planung, Umsetzung und Dokumentation von Patientenschulungen in der medizinischen Rehabilitation – Eine Praxishilfe. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2018.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Orientierungsgliederung für das medizinische Konzept einer Reha-Einrichtung inkl. MBOR-Konzept. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2019.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Ernährungstherapie in der medizinischen Rehabilitation. Praxishilfe: Antworten auf häufig gestellte Fragen. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2020.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Reader Psychologie und Psychotherapie: Aktuelle Informationen zur psychologischen und psychotherapeutischen Arbeit in der somatischen medizinischen Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, 3. Auflage, 2021.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2014.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Qualitätsmanagementsystem QMS-REHA. Manual zur Einführung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems QMS-REHA® für ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen. Version 3.1. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022.

4.2 Qualitätssicherungsinstrumente der Rentenversicherung

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Rehabilitandenbefragung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2007.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Visitationen in medizinischen Reha-Einrichtungen. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2014.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2015.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Peer Review Verfahren – Psychosomatik und Sucht. Manual mit Checkliste. Stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, 12. Auflage, 2016a.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Reha-Therapiestandards Schlaganfall.
Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2016b.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Reha-Therapiestandards Depressive Störungen.
Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2016c.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Reha-Therapiestandards Abhängigkeitserkrankungen
Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2016d.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Reha-Therapiestandards Brustkrebs.
Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2016e.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Reha-Therapiestandards Chronischer Rückenschmerz.
Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2016f.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Reha-Therapiestandards Hüft- und Knie-TEP.
Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2016g.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2.
Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2016h.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Reha-Therapiestandards Kinder und Jugendliche.
Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2016i.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Peer Review Verfahren – somatische Indikationen.
Manual mit Checkliste. Stationäre und ganztägig
ambulante Rehabilitation.
Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, 9. Auflage, 2017.

4.3 Reha-Ziele

Das von der DRV herausgegebene Arbeitsbuch Reha-Ziele gibt Beispiele für die Nutzung von Rehabilitationszielen im Rehabilitationsprozess. Das Arbeitsbuch ist auf der Website www.reha-einrichtungen.de (Pfad: Infos für das Reha-Team / Infos für das interdisziplinäre Reha-Team) einzusehen und herunterzuladen.

Auf der Website www.reha-ziele.de finden sich weitere Anwendungsbeispiele.

4.4 Gesundheitstraining

Die Deutsche Rentenversicherung Bund unterstützt die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Gesundheitstraining durch manualisierte lehrzielorientierte Curricula für standardisierte Patientenschulungen.

Die Einführung zum Gesundheitstraining und die Curricula sind auf der Website www.reha-einrichtungen.de (Pfad: Patientenschulung und Beratung) einzusehen und herunterzuladen.

4.5 Sozialmedizin

Die Deutschen Rentenversicherung bietet **sozialmedizinische Fortbildungen** für das Reha-Team an. Inhalte und Termine können auf der Website www.reha-einrichtungen.de (Pfad: Fort- und Weiterbildungen) eingesehen werden.

Die Fortbildungscurricula „Sozialmedizin im Reha-Team“ und „Sozialmedizin für Psychotherapeut*innen“ der DRV sind manualisiert. Die Manuale können ebenfalls auf der Website der DRV eingesehen und heruntergeladen werden.

Die Website www.leistungsbeurteilung-reha.de weist darüber hinaus vielfältige Informationen, Publikationen und Fortbildungen zum Thema Sozialmedizin in der Rehabilitation auf.

Sozialmedizinische Weiterbildungen für Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen werden von Weiterbildungsinstituten in Zusammenarbeit mit den Landesärztl- und -psychotherapeut*innenkammern angeboten (siehe Punkt 4.11.1 und 4.11.2).

4.6 Fortbildungen der DRV

Die DRV bietet verschiedene Fortbildungen für die Gesundheitsberufe in der medizinischen Rehabilitation an. Informationen zu den Fortbildungen finden sich auf der Website www.reha-einrichtungen.de (Pfad: Fortbildung und Weiterbildung).

4.7 Suchttherapeutische Weiterbildung

Sozialarbeiter*innen, Sozialpädagog*innen, Psycholog*innen sowie Ärzt*innen, die als Suchttherapeut*innen in der medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitserkrankungen arbeiten wollen, bedürfen einer von der DRV anerkannten suchttherapeutischen Weiterbildung. Informationen zu der Weiterbildung Suchttherapie finden sich auf der Website www.reha-einrichtungen.de (Pfad: Fortbildung und Weiterbildung).

4.8 Diversitätssensible Versorgung

Die Rehabilitation ist durch Vielfalt (Diversität) im Hinblick auf unterschiedliche Merkmale wie Geschlecht, Alter, Religionszugehörigkeit, sozioökonomischer Status und Kultur/Migrationshintergrund gekennzeichnet. In der medizinischen Rehabilitation gehen diese Merkmale oft mit unterschiedlichen Versorgungsbedürfnissen und -erwartungen einher. Eine Handreichung zur Umsetzung diversitätssensibler Versorgung ist auf der Website der DRV herunterzuladen – www.deutscherentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/reha_forschung/forschungsprojekte/handreichung_diversitykat.html (Zugriff 30.05.2022).

4.9 Informationssystem zur Anerkennung ausländischer Bildungsabschlüsse

Die Datenbank der Kultusministerkonferenz stellt Informationen zur Bewertung ausländischer Bildungsnachweise bereit und unterstützt Behörden, Arbeitgeber und Privatpersonen, eine ausländische Qualifikation in das deutsche Bildungssystem einzustufen.

www.kmk.org/zab

4.10 Berufs- und Fachverbände der Gesundheitsberufe

Fach- und Berufsinformationen für Gesundheitsberufe in der medizinischen Rehabilitation können bei den folgenden Berufs- und Fachverbänden erfragt werden. Darüber hinaus haben auch die Heilberufe in der medizinischen Rehabilitation eigene Fach- und Berufsverbände.

4.10.1 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP)

Der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen prüft auf Antrag berufliche Qualifikationen auf dem Gebiet der Psychologie, die im Ausland erworben wurden und stellt ein entsprechendes Zertifikat aus.

www.bdp-verband.de

Die Fachgruppe Rehabilitation der Sektion Klinische Psychologie des BDPs bietet fachspezifische Informationen und regelmäßige Fachtagungen für Psycholog*innen in der Rehabilitation an.

www.bdp-klinische-psychologie.de

Mit dem Zertifikat Fachpsycholog*in für Rehabilitation (BDP) wird die kontinuierliche Teilnahme an Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie Berufserfahrung im Bereich der Rehabilitationspsychologie dokumentiert. Für die Zertifizierungen des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen übernimmt die Deutsche Psychologen Akademie das Antragsverfahren.

www.psychologenakademie.de

4.10.2 Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (DBSH)

Der Deutsche Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. ist mit knapp 6.000 Mitgliedern der größte in Deutschland existierende Berufsverband für Soziale Arbeit und Vertretung der Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen.

www.dbsch.de

4.10.3 Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)

Die DVSG ist ein Fachverband, der die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit im Gesundheits- und Sozialwesen fördert und dazu beiträgt, die Soziale Arbeit insgesamt und in verschiedenen Handlungsfeldern zu stärken und weiterzuentwickeln. Er bietet spezifische Fortbildungsmöglichkeiten und Veröffentlichungen für das Arbeitsfeld der medizinischen Rehabilitation an. Eine individuelle Beratung zu Studienabschlüssen ist kostenpflichtig.

www.dvsg.org

4.10.4 Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (DVGS)

Der DVGS e.V. ist ein Fachverband für Sport- und Bewegungstherapeut*innen mit sport- und bewegungswissenschaftlicher und sportpädagogischer wie physiotherapeutischer Berufsausbildung und vergibt in Kooperation mit Ausbildungsstätten indikationsspezifische Fortbildungen bzw. therapeutische Zusatzqualifikationen. Der DVGS fördert mit seinen Aktivitäten die Qualitätssicherung und Evidenzbasierung der Sport- und Bewegungstherapie. Auf der Website der DVGS finden sich die entsprechenden Fachqualifikationen und eine Liste von Hochschulen sowie Fach- und Gymnastikschulen, die diese Anforderungen in ihre Ausbildung integriert haben.

www.dvgs.de

4.10.5 Deutscher Gymnastikbund e.V. (DGymB)

Der DGymB ist als Berufsverband die berufsständische Vertretung der staatlich geprüften Sport- und Gymnastiklehrer*innen. Der DGymB organisiert unterschiedliche

Fortbildungen für die Berufsgruppe der staatlich geprüften Sport- und Gymnastiklehrer*innen und kümmert sich um die Förderung der Gymnastik im öffentlichen, politischen und gesellschaftlichen Raum.

www.dgymb.de

4.10.6 Deutscher Fachverband für Kunst- und Gestaltungstherapie e.V. (DFKGT)

Der DFKGT ist der größte Zusammenschluss von Kunst- und Gestaltungstherapeut*innen in Deutschland. Als Fachverband tritt die DFKGT für einen wissenschaftsbasierten Einsatz von Kunst im Gesundheitswesen ein. Die Ausbildungskommission des DFKGT sichert und fordert die Einhaltung von verbindlichen Mindeststandards für die kunsttherapeutische Aus- und Weiterbildung. Der Verband führt auf seiner Website eine Liste von Aus-/Weiterbildungsinstituten, die die Qualitätsanforderungen der DFKGT erfüllen.

www.dfkg.de

4.10.7 Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)

Die Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft ist die größte Interessensvertretung für Musiktherapeut*innen in Deutschland. Als Fachgesellschaft tritt sie für einen wissenschaftsbasierten Einsatz von Musik im Gesundheitswesen ein.

Auf der Website der DMtG finden sich Listen von Hochschulen und privaten Ausbildungsanbietern, die die Qualitätsanforderungen der DMtG erfüllen.

www.musiktherapie.de

4.10.8 Berufsverband der TanztherapeutInnen Deutschlands e.V. (BTD)

Der BTD ist die größte berufsständische Vereinigung für Tanztherapie in Deutschland und sichert die Qualität der Ausbildung und die Etablierung der Tanztherapie im Gesundheitswesen. Der BTD führt auf seiner Website eine Liste von Ausbildungsinstituten, die

Mindestqualitätsanforderungen an die tanztherapeutische Ausbildung erfüllen.

www.btd-tanztherapie.de

4.10.9 Deutsche Gesellschaft für Theatertherapie e.V. (DGfT)

Die Deutsche Gesellschaft für Theatertherapie (DGfT) ist die Interessensvertretung und der Berufsverband für Theatertherapeut*innen. Zu den Aufgaben der DGfT gehört die berufspolitische Interessensvertretung aller Theatertherapeut*innen, die Qualitätssicherung der Ausbildung und Anwendung der Theatertherapie, die Kontrolle berufsethischer Richtlinien zum Schutz des Berufsstandes und die Zertifizierung und Registratur nach strengen Qualitätsstandards zum Schutz der Patient*innen.

www.dgft.de

4.10.10 Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e.V. (BAG KT)

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien setzt sich gemeinsam mit ihren Mitgliederverbänden für mehr Sichtbarkeit, Professionalisierung und Qualitätssicherung der Künstlerischen Therapien im deutschen Gesundheitswesen ein. Sie beraten zur Tätigkeit und Qualifikation Künstlerischer Therapeut*innen und deren Etablierung in medizinischen Leitlinien und Dokumentationssystemen.

www.bagkt.de

4.10.11 Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE)

Die DGE fördert ernährungswissenschaftliche Forschung und schafft Voraussetzungen für kompetente Empfehlungen in der Ernährungsberatung und Ernährungstherapie. Diese gelten als wissenschaftlich fundiert, aktuell, richtungweisend und in die Praxis umsetzbar. Sie bietet u. a. Weiterbildungen und Seminare für Ernährungsberater*in DGE an.

www.dge.de

4.10.12 Berufsverband Oecotrophologie e.V. (VDOE)

Der VDOE ist ein Berufsverband für Oecotropholog*innen, Ernährungswissenschaftler*innen, Lebensmittelwissenschaftler*innen und Haushaltswissenschaftler*innen in Deutschland. Er bietet u. a. Weiterbildungen, Seminare sowie die Zertifizierung für Ernährungsberater*In VDOE an.

www.vdoe.de

4.10.13 Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft ist eine medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft mit Mitgliedern aus unterschiedlichen Gesundheitsberufen. Die DDG unterstützt Wissenschaft und Forschung, bietet Fort- und Weiterbildungen an, zertifiziert Behandlungseinrichtungen und entwickelt Leitlinien.

www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de

4.11 Berufsverbände und Kammern der Heilberufe

Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen und in vielen Bundesländern auch Pflegekräfte sind Pflichtmitglieder in berufsständischen Kammern, die Körperschaften des öffentlichen Rechts darstellen. Für Heilberufe ohne entsprechende berufsständische Selbstverwaltung sind in der Regel Mitgliederstarke und international vernetzte Berufsverbände Ansprechpartner*in für Politik und Behörden.

4.11.1 Ärztekammern

Ärztekammern sind die Träger der berufsständischen Selbstverwaltung der Ärzt*innen in Deutschland. Die Landesärztekammern sind als Körperschaften des öffentlichen Rechts für die Wahrung der beruflichen Belange der Ärzteschaft verantwortlich. Die Bundesärztekammer ist die Arbeitsgemeinschaft der deutschen (Landes-)Ärztekammern, selbst aber keine Körperschaft des öffentlichen Rechts, sondern als nicht rechtsfähiger Verein organisiert.

www.bundesaerztekammer.de

Alle Ärzt*innen sind Pflichtmitglieder der Ärztekammer des Landes, in dem sie ihre ärztliche Tätigkeit ausübt. Falls sie keine ärztliche Tätigkeit ausüben, so bestimmt das für den Wohnsitz gültige Heilberufe-Kammergesetz, ob eine Pflichtmitgliedschaft vorliegt. Die Aufgaben der Ärztekammern sind jeweils durch Gesetze der Länder (Kammergesetze) geregelt. Sie umfassen im Allgemeinen:

- Entwicklung von Ordnungen (Satzung der Ärztekammer, Berufsordnung, Weiterbildungsordnung)
- Abnahme von Prüfungen (beispielsweise Facharztprüfungen)
- Überwachung der Berufsausübung der Ärzt*innen
- Förderung der ärztlichen Fortbildung
- Förderung von Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Errichtung von Ethikkommissionen
- Vertretung der Berufsinteressen der Ärzt*innen
- Unterstützung des öffentlichen Gesundheitsdienstes und fachliche Mitwirkung bei der Gesetzgebung
- Vermittlung bei Streitigkeiten unter Ärzt*innen sowie zwischen Ärzt*in und Patient*in
- Einrichtung von Gutachter- und Schlichtungsstellen zur Klärung von Behandlungsfehlern im Bereich der Arzthaftung
- Organisation der Ausbildung der Medizinischen Fachangestellten
- Herausgabe eines offiziellen Mitteilungsorgans (Ärzteblatt)
- Organisation des Melde- und Beitragswesens für alle Mitglieder der Ärztekammer
- Führen der Ärztestatistik
- Betrieb von Sozialeinrichtungen für Ärzt*innen und deren Angehörige

4.11.2 Psychotherapeutenkammern

Psychotherapeutenkammern sind die Träger der berufsständischen Selbstverwaltung der Psychotherapeut*innen in Deutschland. Die Psychotherapeutenkammern sind als Körperschaften des öffentlichen Rechts für die Wahrung der beruflichen Belange der

Psychotherapeutenchaft verantwortlich. Die Landes-Psychotherapeutenkammern haben sich in einer Arbeitsgemeinschaft Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) zusammengeschlossen. Der Zweck der BPTK besteht im ständigen Erfahrungsaustausch unter den Psychotherapeutenkammern, in der gegenseitigen Abstimmung ihrer Ziele und Tätigkeiten und in der gemeinsamen Vertretung ihrer Anliegen gegenüber der Öffentlichkeit, der Politik, den Institutionen des Gesundheitswesens, den Bundesbehörden, den Vertretungen der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer auf der Bundesebene sowie gegenüber den europäischen Institutionen.
www.bptk.de

Alle Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen sind Pflichtmitglieder der Psychotherapeutenkammer des Landes, in dem sie ihre psychotherapeutische Tätigkeit ausüben. Falls sie keine psychotherapeutische Tätigkeit ausüben, so bestimmt das für den Wohnsitz gültige Heilberufe-Kammergesetz, ob eine Pflichtmitgliedschaft vorliegt. Die Aufgaben der Psychotherapeutenkammern sind jeweils durch Gesetze der Länder (Kammergesetze) geregelt. Sie umfassen im Allgemeinen:

- Entwicklung von Ordnungen (Satzung der Psychotherapeutenkammer, Berufsordnung, Weiterbildungsordnung)
- Abnahme von Prüfungen (beispielsweise Fachpsychotherapeut*innenprüfungen)
- Überwachung der Berufsausübung der Psychotherapeut*innen
- Förderung der psychotherapeutischen Fortbildung
- Förderung von Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Errichtung von Ethikkommissionen
- Vertretung der Berufsinteressen der Psychotherapeut*innen
- Unterstützung des öffentlichen Gesundheitsdienstes und fachliche Mitwirkung bei der Gesetzgebung

- Vermittlung bei Streitigkeiten unter Psychotherapeut*innen sowie zwischen Psychotherapeut*innen und Patient*innen
- Einrichtung von Gutachter- und Schlichtungsstellen zur Klärung von Behandlungsfehlern im Bereich der Psychotherapeut*innenhaftung
- Herausgabe eines offiziellen Mitteilungsorgans (Psychotherapeutenjournal)
- Organisation des Melde- und Beitragswesens für alle Mitglieder der Psychotherapeutenkammer
- Führen der Psychotherapeut*innenstatistik
- Betrieb von Sozialeinrichtungen für Psychotherapeut*innen und deren Angehörige

4.11.3 Pflegekammern und Pflegerat

Pflegekammern sind Körperschaften des öffentlichen Rechts, in der kraft Gesetzes Angehörige der Pflegeberufe Pflichtmitglieder sind. Pflegekammern sind landesweit organisiert. Den gesetzlichen Rahmen geben dort, wo es Pflegekammern gibt, die Bundesländer in den jeweiligen Heilberufe-Kammergesetzen oder separaten Kammergesetzen vor. Die Rechtsaufsicht obliegt dem jeweils zuständigen Ministerium des Bundeslandes. Pflegekammern übernehmen die Funktion der Selbstverwaltung ihres Berufsstandes. Sie erfüllen folgende Aufgaben:

- Schaffung einer einheitlichen Berufsethik und Berufsordnung,
- Registrierung aller Angehörigen der Pflegeberufe,
- Beratung des Gesetzgebers, Beteiligung bei Gesetzgebungsverfahren und Kooperation mit der öffentlichen Verwaltung, Auslegung gesetzlicher Bestimmungen, Umsetzung von Gesetzen, Anfertigung von Sachverständigengutachten,
- Kooperation und Kontaktpflege mit anderen nationalen und internationalen Institutionen im Gesundheitswesen,
- Förderung, Überwachung und Anerkennung der beruflichen Fort- und Weiterbildung, Abnahme

- von Prüfungen, Festlegung von Standards für Ausbildung und Praxis,
- Regelung der Gutachtertätigkeit und Benennung von Sachverständigen,
 - Schiedsstellentätigkeit zur Beilegung von Streitigkeiten, die sich aus der Berufsausübung zwischen den Mitgliedern oder diesen und Dritten ergeben,
 - Einschreiten bei Missachtung der Berufsethik und Berufsordnung,
 - Information der Kammermitglieder,
 - Erhebung und Auswertung berufsrelevanter Daten sowie
 - Öffentlichkeitsarbeit.

Die Bundespflegekammer ist Ansprechpartner für Politik, Bundesbehörden und weiteren Interessenten im Gesundheitswesen.

www.bundespflegekammer.de

Neben Pflegekammern sind auch Berufsverbände für die Weiterentwicklung des Berufsbildes von entscheidender Bedeutung. Der **Deutsche Pflegerat** e.V. (DPR) ist seit 1998 Dachverband der bedeutendsten Pflegeberufsverbände.

www.deutscher-pflegerat.de

4.11.4 Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE)

Der Deutsche Verband Ergotherapie e.V. (DVE) wurde 1954 gegründet. Zu seinen mehr als 12.000 Mitgliedern zählen Ergotherapeut*innen in eigener Praxis, im Angestelltenverhältnis sowie in Ausbildung. Der Verband vertritt die Interessen seiner Mitglieder bei Politik, Behörden, Ministerien, Krankenkassen und anderen Partnern des Gesundheitswesens und trägt somit zur Sicherung und Weiterentwicklung des von ihm vertretenen Berufsstandes bei. Der DVE ist international vernetzt und Mitglied im Europäischen Verband der Ergotherapeuten (COTEC) sowie im Weltverband der Ergotherapeuten (WFOT).

www.dve.info

4.11.5 Verband der Diätassistenten e.V. (VDD)

Der Verband Deutscher Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD) vertritt ca. 4.000 Diätassistent*innen, ungefähr 1/3 der geschätzten 14.000 berufstätigen Diätassistent*innen in Deutschland berufspolitisch. Zur Arbeit des Verbandes gehören Fortbildung sowie die Erteilung des für Zusammenarbeit mit den Krankenkassen erforderlichen VDD-Zertifikates. Der VDD ist Mitglied des International Committee of Dietetic Associations und der European Federation of the Associations of Dietitians

www.vdd.de

4.11.6 Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (ZVK)

Der 1954 gegründete Deutsche Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V. besteht aus dem Bundesverband und 12 Landesverbänden. Die Landesverbände sind eigenständige Organisationen (selbstständige Vereine), die ihre Arbeit an der Basis leisten und ihre Mitglieder vor Ort betreuen.

www.physio-deutschland.de

4.11.7 Verband Physikalische Therapie (VPT)

Der Verband Physikalische Therapie (VPT) wurde 1948 gegründet und ist eine Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe. Der Verband bezweckt auf der Grundlage freiwilliger Mitgliedschaft den Zusammenschluss der Berufe in der Physiotherapie zur Wahrnehmung der Interessen, die sich aus ihrer beruflichen Tätigkeit ergeben. Der VPT gliedert sich in 13 Landesgruppen, die Kontakt zu den in ihrem Bereich zuständigen Behörden, den regional ärztlichen Verbänden und Organisationen sowie mit den Landesorganisationen der Versicherungsträger halten.

www.vpt.de

4.11.8 Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)

Der 1964 gegründete Deutsche Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl) ist der Berufs- und Fachverband der freiberuflichen und angestellten Logopäd*innen, der auch für Angehörige anderer sprachtherapeutischer Berufsgruppen offen ist. Er vertritt die beruflichen, wirtschaftlichen und sozialen Interessen seiner Mitglieder gegenüber Politik und Verwaltung, Krankenkassen und anderen Akteuren im Gesundheitsbereich.

www.dbl-ev.de

4.11.9 Berufsverband Orthoptik Deutschland e. V. (BOD)

Der Berufsverband Orthoptik Deutschland e.V. (BOD) ist ein Zusammenschluss von staatlich anerkannten Orthoptist*innen. Er wurde 1971 gegründet und dient neben der wissenschaftlichen und praktischen Fort- und Weiterbildung insbesondere der berufspolitischen Interessenvertretung seiner Mitglieder gegenüber politischen Gremien, Ärzteverbänden, Krankenkassen, fachverwandten Berufen, Rehabilitationseinrichtungen und Selbsthilfeorganisationen. Zudem betreibt der Verband eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit und pflegt sowohl die internationale Kommunikation mit anderen Fachverbänden, Organisationen und Institutionen, als auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Fachkräfte, die in den Bereichen der Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation tätig sind.

www.orthoptik.de

4.12 Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)

Die DGRW ist eine interdisziplinäre und fachübergreifende wissenschaftliche Fachgesellschaft im Anwendungsfeld der Rehabilitation. Die Arbeitsgruppe „Interprofessionelle Zusammenarbeit“ der DGRW geht der Frage nach, welche Rahmenbedingungen, Konzepte und Strategien aus der Perspektive der unterschiedlichen Gesundheitsberufe die interdisziplinäre Zusammenarbeit

in der medizinischen Rehabilitation fördern. Eine Mitarbeit und Vernetzung mit weiteren Wissenschaftler*innen und Praktiker*innen zu Themen der interprofessionellen Zusammenarbeit ist der AG sehr willkommen.

www.dgrw-online.de



Deutsche
Rentenversicherung