

Das medizinische Konzept einer Reha-Einrichtung

Manual zur Erstellung eines medizinischen Konzeptes der
Deutschen Rentenversicherung (DRV)



Inhaltsverzeichnis

Teil I Fachabteilungskonzept	7
1.1 Deckblatt.....	8
1.2 Kontaktdaten.....	8
1.3 Inhaltsverzeichnis	8
2 Allgemeine Angaben	9
2.1 Zur Einrichtung	9
2.2 Zur Fachabteilung.....	10
3 Struktur der Fachabteilung.....	15
3.1 Räumliches Angebot.....	15
3.2 Medizinisch-technische Ausstattung.....	18
3.3 Personelle Besetzung	19
3.4 Öffnungszeiten der Einrichtung und Therapiezeiten der Rehabilitanden	22
3.5 Verpflegung	22
4 Medizinisch-konzeptionelle Grundlagen	23
4.1 Indikationen / Kontraindikationen.....	23
4.2 Rehabilitationsziele	24
4.3 Fachabteilungsspezifische Therapieausrichtung	24
4.4 Rehabilitationsdauer und Kriterien der Verkürzung / Verlängerung.....	25
5 Rehabilitationsablauf und -inhalte	26
5.1 Aufnahmeverfahren.....	26
5.2 Rehabilitationsdiagnostik.....	27
5.3 Das interdisziplinäre Reha-Team	28
5.4 Ärztliche Aufgaben.....	29
5.5 Behandlungselemente	30
5.5.1 Berufsgruppen/therapeutische Bereiche mit ihren Aufgaben und Angeboten (in alphabetischer Reihenfolge) (nur die indikationsrelevanten Berufsgruppen sind zu beschreiben).....	30
5.5.2 Darstellung medizinisch-beruflicher Angebote	31
5.5.3 Gesundheitstraining und Patientenschulung	32
5.5.4 Einbeziehung von Angehörigen	33
5.6 Entlassungsmanagement.....	34
5.7 Notfallmanagement.....	35
5.7.1 Angaben zur Hygiene	36
6 Dokumentation.....	37
7 Angaben zum Datenschutz	38
8 Qualitätssicherung	39
9 Mustertherapiepläne	40
10 Forschungsaktivitäten (optional).....	41
11 Abkürzungsverzeichnis	41
12 Literaturverzeichnis	41

Rechtliche Grundlagen

Als Leistungserbringer für Rehabilitationsträger der sozialen Sicherung unterliegen Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation den Regelungen zur Qualitätssicherung im Sozialgesetzbuch (SGB), hier § 37 SGB IX und § 135a Abs. 2 SGB V.

In der Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 37 Abs. 3 SGB IX legen die Rehabilitationsträger im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement fest. In § 3 dieser Vereinbarung wird explizit ein Einrichtungskonzept in Form von indikationsspezifischen medizinischen Rehabilitationskonzepten gefordert.

Funktion

Das medizinische Konzept einer Reha-Einrichtung ist die Basis der Belegung durch die Reha-Träger und dient der Innen- wie Außendarstellung. Die Funktion des medizinischen Konzepts geht deutlich über die Erfüllung einer formalen Anforderung hinaus. Es geht hier um die einrichtungsspezifische Darstellung aller für die medizinische Rehabilitation wichtigen Elemente wie die konzeptionelle Ausrichtung, die fachlich (sozial-)medizinischen und therapeutischen Aufgaben und Angebote, deren ganzheitliche, teilhabeorientierte und barrierearme Umsetzung im Sinne des bio-psycho-sozialen Krankheitsfolgenmodells der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Dabei sind die strukturellen und prozessualen Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung (DRV) maßgebend und einzuhalten. Auch im Reha-Team hat die Konzepterstellung eine integrative Funktion durch die gemeinsame Erarbeitung unter chefärztlicher Leitung. Das medizinische Konzept ist grundsätzlich vom QM-Handbuch zu unterscheiden.

Konzept als Teil der Qualitätssicherung

Die Bewertung des medizinischen Konzepts ist ein wichtiger Bestandteil der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation durch die DRV. Das medizinische Konzept kann perspektivisch Eingang in die Reha-Qualitätssicherung der DRV finden.

Voraussetzung

Voraussetzung für die Erstellung eines Konzepts zur medizinischen Rehabilitation für die DRV ist die Kenntnis der Anforderungen und Rahmenbedingungen (siehe unten „Weitere Informationen“).

Gültigkeit

Die Gültigkeit des Konzepts soll grundsätzlich alle drei Jahre überprüft werden, bzw. bei besonderen Anlässen wie Umstrukturierungen oder Wechsel der ärztlichen Leitung. Jede neue ärztliche Leitung ist aufgefordert, ein eigenes Konzept zu erstellen. Dabei kann das bisherige Konzept orientierend herangezogen werden.

Manual und Orientierungsgliederung

Die Orientierungsgliederung war eine Hilfestellung zur Erstellung eines medizinischen Konzeptes einer Reha-Fachabteilung. Sie machte diejenigen Aspekte der medizinischen Rehabilitation transparent, zu denen Informationen von der Reha-Einrichtung erwartet wurden. Die inhaltlichen und strukturellen Vorgaben der Orientierungsgliederung wurden in diesem Manual übernommen und müssen umgesetzt werden.

Um die schriftliche Umsetzung der vorgegebenen Items der Orientierungsgliederung zu erleichtern, werden in diesem Manual praktische Hinweise zur Darstellung der spezifischen Aspekte gegeben.

Geltungsbereich

Das Manual für das medizinische Konzept gilt verbindlich für jegliche somatische und psychosomatische medizinische Rehabilitation von Versicherten der DRV. Für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen sowie Reha-Einrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK) sollten die besonderen Gesichtspunkte ergänzt werden. Für die Suchtrehabilitation gilt weiterhin die bisherige [Gliederung](#).

Hinweise zur Umsetzung

Für jede Fachabteilung einer Reha-Einrichtung wird grundsätzlich ein eigenes medizinisches Konzept erwartet. Übergreifende allgemeine Angaben und Kontaktdaten der Reha-Einrichtung sowie die Darstellung der Unterstützungsprozesse (z. B. Dokumentation, Datenschutz, Qualitätsmanagement) können identisch sein.

Konzepte, die zusätzliche Problemlagen adressieren (z.B. MBOR B/C oder VOR) können separat in Teil II erstellt werden.

Das Konzept soll auf das Wesentliche fokussieren. Ausführliche Propädeutik und Redundanzen sollten vermieden werden. Der Umfang soll maximal 100 Seiten in üblicher Formatierung (inklusive Anlagen) umfassen. Bei der jeweils ersten Erwähnung einer Abkürzung im Text sollte diese vor der Darstellung in Klammern ausgeschrieben werden. Auf Fußnoten und Literaturhinweise im Text kann verzichtet werden. Die Verwendung einer gendergerechten Sprache kann mit Asterisk* durchgeführt werden.

Namentliche Angaben sollen so wenig wie möglich gemacht werden. Da bestimmte Qualifikationen und Kooperationen belegungsrelevant sind, kann von Seiten eines Leistungs- bzw. Kostenträgers nicht gänzlich darauf verzichtet werden.

Werden überarbeitete Konzepte beim Federführer eingereicht, müssen alle Änderungen zum Vor-Konzept eindeutig markiert sein.

Das Format der Übermittlung (elektronisch, Papierfassung) sollte mit dem adressierten Rentenversicherungsträger im Vorfeld abgestimmt werden.

Weitere Informationen

Ergänzend wird auf folgende Veröffentlichungen der Deutschen Rentenversicherung auf www.reha-einrichtungen.de hingewiesen.

- [Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung](#)
- [Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung](#), kurz *Strukturanforderungen*
- [Reha-Therapiestandards \(RTS\) für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung](#) für ausgesuchte sozialmedizinisch relevante Indikationen
- [Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung](#)
- [Rahmenkonzept zur Reha-Nachsorge der Deutschen Rentenversicherung](#)
- [Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht – Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung](#), kurz *Leitfaden zum Reha-EB*
- [Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation \(KTL\)](#)
- [Visitationen in medizinischen Reha-Einrichtungen](#)
- [Gesundheitstraining in der medizinischen Rehabilitation](#)
- [Indikationsübergreifende Gesundheitsbildung](#)
- [Zielvereinbarungen in der medizinischen Rehabilitation](#) (Arbeitsbuch Reha-Ziele)
- [Datenschutzempfehlung für Rehabilitationseinrichtungen](#), die für die Deutsche Rentenversicherung vertraglich tätig sind
- [Angehörige in der medizinischen Rehabilitation](#)
- [Indikationskatalog für die Anschlussrehabilitation](#) (AHB)

Teil I Fachabteilungskonzept

1

1.1 Deckblatt

- Name der Einrichtung, Institutskennzeichen (IK-Nr.)Reha-Fachabteilung, QS-Nummer
- Datum der Erstellung / Version
- Verfasser (Ärztliche Leitung et al.)

1.2 Kontaktdaten

- Adresse, Telefon, Fax, E-Mail, Namen der Ärztlichen Leitung, Geschäftsführung, Betreiber, sonstige Ansprechpartner

1.3 Inhaltsverzeichnis

- Gliederung
- Nummerierung der Kapitel
- Seitenangaben (inkl. der Anhänge)

Bitte benennen Sie auf dem Deckblatt des medizinischen Konzepts den vollständigen Namen der Einrichtung und der relevanten jeweiligen Fachabteilung, für die das Konzept gilt. Das Datum der Erstellung des Konzepts sollte auch auf dem Deckblatt stehen. Mit einer Versionsbezeichnung sind nur die zeitlich aufeinanderfolgenden verschiedenen Fassungen gemeint. Ob eine numerische Version (z. B. in Bezug auf das interne QM-Handbuch) angegeben wird, bleibt der Einschätzung der Einrichtung überlassen. Als Verfasser*innen sollen die ärztliche Leitung und die an der Erstellung des Konzeptes beteiligten Personen des Reha-Teams mit Namen, Berufsgruppe und Funktion angegeben werden.

Bitte geben Sie die Kontaktdaten aller für die Reha-Einrichtung wichtigen Ansprechpartner*innen inklusive der Homepage an.

Das Inhaltsverzeichnis sollte inklusive Anhängen, mit Nummerierungen und Seitenzahlen zu den einzelnen Kapiteln erstellt werden.

2 Allgemeine Angaben

2.1 Zur Einrichtung

- Klimatische Besonderheiten, Lage im Ort, Erreichbarkeit mit öffentlichen/privaten Verkehrsmitteln, Parkplätze, Fahrdienst, Einzugsbereich ganztägig ambulante Rehabilitation (PLZ Liste)
- Baujahr, Entwicklungen und Umstrukturierungen, Besonderheiten
- Reha-Fachabteilungen mit Bettenzahl für die stationäre / Platzzahl für die ganztägig ambulante Rehabilitation
- Abgrenzung der Reha-Fachabteilungen voneinander und zu anderen medizinischen Versorgungsbereichen der Einrichtung
- Angaben zur Barrierearmut bei Geh-/Seh-Hör- und sonstigen Behinderungen
- Aufnahme adipöser Rehabilitand*innen (Gewichtsgrenze, spezifische Ausstattung)

Hier können Besonderheiten des Standorts der Reha-Einrichtung bezüglich des Heilklimas mit den spezifischen stimulierenden Reizen bzw. Schonfaktoren beschrieben werden wie z. B. Mittel-/Hochgebirgsklima, solehaltige Luft durch Gradierwerke, allergenarme Luft, Naturmoorvorkommen, Nebelfreiheit. Die Umgebung kann mit einer besonders ruhigen Lage, dem direkten Zugang der Natur oder zu Thermalbädern charakterisiert werden. Bitte stellen Sie auch die für die Rehabilitand*innen relevante Erreichbarkeit der Einrichtung mit Zug und Bus oder Fahrdienst hier dar. Für Rehabilitand*innen, die mit dem eigenen Fahrzeug anreisen, sind Angaben zur Verfügbarkeit und Lage von Parkplätzen, ggf. Gebühren sinnvoll. Die Angabe des Einzugsbereiches der ganztägig ambulanten (nicht „teilstationären“) Rehabilitation mit einer tabellarischen Postleitzahlenliste erleichtert den Leistungs- bzw. Kostenträgern die passgenaue Zuweisung.

Ausführungen zu den baulichen Gegebenheiten und Umstrukturierungen im Laufe der Einrichtungshistorie sind nur überblicksmäßig erforderlich. Auf Alleinstellungsmerkmale der Einrichtung wie spezielle Therapieangebote oder Mitaufnahme von Tieren kann bereits hier hingewiesen werden. Ausführlich wird auf die fachabteilungsspezifische Therapieausrichtung im Laufe des Konzeptes eingegangen.

Im Rahmen des stationären Reha-Angebotes muss die genaue Bettenzahl für die gesamte Einrichtung sowie für die Fachabteilung angegeben werden. Bei der ganztägig ambulanten Abteilung geben Sie bitte die Platzzahl an – jeweils für die bestehenden einzelnen Fachabteilungen der Einrichtung.

Eine Darstellung der logistischen, räumlichen und personellen Abgrenzung der Fachabteilungen voneinander und zu anderen medizinischen Versorgungsbereichen der Einrichtung (z. B. Medizinisches Versorgungszentrum, Heilmittelabteilung, akutmedizinische Station) wird erwartet.

Im Sinne der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen sind Angaben über Barrierefreiheit bzw. Barrierearmut unabdingbar. Diese umfassen Ausführungen zu allen Arten von Behinderungen über die vorhandenen Möglichkeiten für die gesamte Behandlungs- und Versorgungskette. Falls eine Einrichtung noch keine Möglichkeiten zur Umsetzung der Behindertenrechtskonvention hat, sollen Angaben zu geplanten Umgestaltungen im Hinblick auf eine möglichst weitgehende Barrierearmut gemacht werden.

Beispiel für die Darstellung:

Art der Behinderung (Beispiel)	Ausstattung der Einrichtung	Aufnahmemodus
Rollstuhlfahrer*innen	z. B. Aufzüge, unterfahrbare Tische, Zimmerausstattung entsprechend, Therapiemöglichkeiten	z. B. Aufnahmetermin nach Verfügbarkeit
Sehbehinderung	z. B. akustische Ansagen, Brailleschrift, Aufnahme von Blindenhunden	z. B. Blindenhund mit Gesundheitszeugnis auf Anfrage möglich
Hörschädigung	z. B. optische Anzeigen, Piktogramme	z. B. Gebärdendolmetscher auf Anfrage möglich
....		

Besteht die Möglichkeit, adipöse Rehabilitand*innen (Angabe als Sondermerkmal in den Gewichtskategorien von 130-150 kg, 150-180 kg und über 180 kg) aufzunehmen, sind Informationen zu den vorhandenen Möglichkeiten für die gesamte Behandlungs- und Versorgungskette mit Angaben zu diagnostischen, notfallmäßigen und therapeutischen Optionen sowie die entsprechenden Zimmer- und Nasszellenausstattungen erforderlich.

2.2 Zur Fachabteilung

- Federführer, Verträge mit anderen Leistungsträgern
- AHB-Zulassungen – Indikationsgruppen (nach AHB-Katalog)

- Kooperationen intern mit anderen Fachabteilungen und extern mit knapper Darstellung der Inhalte und konkreter Benennung der Partner (z. B. Akutkliniken, Arztpraxen, Sanitätshäuser/Orthopädietechnik, andere Reha-Einrichtungen, BFW)
- Einbindung in regionale fachlich-medizinische Strukturen (z. B. Tumorkonferenzen, Fachgesellschaften, Forschungsnetzwerke mit Universitäten etc.)
- Angebote Nachsorge, Prävention, durchschnittliche Anzahl/Tag)
- Mitaufnahme von Begleitpersonen, -kindern, zu pflegenden Angehörigen, Tieren (optional)
- Freizeitangebote (optional)

Bitte benennen Sie bei den Angaben zur Fachabteilung den Federführer, die weiteren mitbelegenden RV-Träger und andere Leistungsträger mit Versorgungsverträgen wie Gesetzliche und Private Krankenversicherungen, Gesetzlicher Unfallversicherung etc..

Die Zulassungen im Bereich Anschlussrehabilitation (AHB-Zulassungen) müssen in den Indikationsgruppen 1 bis 13 des [AHB-Kataloges](#) der DRV Bund angegeben werden.

Einrichtungsinterne Kooperationen mit anderen Fachabteilungen des Hauses sollten mit konkreten Verantwortlichen und inhaltlichen Zielsetzungen angegeben werden. Für die externen reha-spezifischen und indikationsrelevanten Kooperationen (z. B. (Fach-)arztpraxen, Orthopädietechnik, Berufsförderungs-/bildungswerke, Akutkliniken) wird eine namentliche Nennung mit Angabe von Vertretungsregelungen erwartet. Zu den einrichtungsinternen und auch -externen Kooperationspartner*innen gehören Angaben zu dem Modus der Zusammenarbeit: entweder im regelhaften Einsatz (z. B. wöchentlich, bei jeder Anreise) oder bei speziellem Bedarf.

Beispiel für die Darstellung:

Kooperation	Verantwortung	Inhalt	Modus	intern	extern
Fachabteilung Orthopädie	Dr. Musterfrau Vertretung: Dr. Mustermann	Röntgen, Konsil	Bei Bedarf	x	
Praxis Nasenmann	Dr. Nasenmann Vertretung: Dr Rachenfrau	Abklärung HNO	Bei Bedarf		x
Praxis Internus	Dr. Internus Vertretung: Dr. Innere	Internistische Abklärung	Bei jeder Anreise		x

Orthotechnik Reha	H. Ortho, Fr. Technik	Rollstuhl- und Orthesenversorgung	wöchentlich		x
BFW Metall	Fr. Förder, H. Beruf	Beratung	Bei Bedarf		x
...					

Die Beschreibung der Vernetzung in der örtlichen medizinischen Versorgungslandschaft beinhaltet Angaben zu den Kontakten mit Forschungseinrichtungen und -netzwerken, Fachgesellschaften, Nachbar- und Akutkliniken, regionalen Gesundheitskonferenzen etc., nicht aber die Aufzählung von regelhaft zuweisenden Kliniken.

Beispiel für die Darstellung:

Einrichtung (Beispiel)	Kontakt
Reha-Netz Regional	2 mal jährlich Konferenz
Krankenhaus vor Ort	Bei Bedarf von akut erkrankten Rehabilitand*innen
Reha-Forschungsverbund	Fortbildungen für Mitarbeitende 4 mal jährlich
Universität Nachbarstadt	Hospitation von Studierenden
...	

Werden Leistungen zur Nachsorge und Prävention mit Zulassung durch die Deutsche Rentenversicherung in der Einrichtung angeboten, sollen die Bezeichnung der Leistung sowie Frequenz, Dauer und Teilnehmerzahl benannt werden. Auf eine inhaltliche Darstellung der Angebote kann verzichtet werden.

Beispiel für die Darstellung:

Angebot (Beispiel)	Anzahl der Gruppen	Dauer	Teilnehmende
RV Fit	z. B. laufend 4 x/Wo	30 Min	10
IRENA	z. B. laufend 6 x/Wo	120 Min	15
Reha-Sport	z. B. bei Anfrage		
...			

Besteht die Möglichkeit, Begleitpersonen aufzunehmen, werden Angaben zur Unterbringung und Versorgung in der Reha-Einrichtung erwartet. Können Kinder aufgenommen werden, geben Sie bitte die entsprechenden Altersgruppen an und beschreiben, wie die Kinder während Therapiezeiten der Rehabilitand*innen beaufsichtigt werden. Auf eventuelle Besonderheiten bei der personellen Besetzung (z. B. Heilpädagogik) und besondere, ggf. kostenpflichtige Angebote kann hingewiesen werden.

Beispiel für die Darstellung:

Begleitung	Unterbringung	Versorgung
(Ehe-/Lebens-) partner*in	z. B. eigenes Zimmer, im gemeinsamen Zimmer, Gästehaus	Mahlzeiten, Freizeitmöglichkeiten
Kinder (Säuglinge, 1-2 Jährige, 3-6 Jährige, 7-12 Jährige)	Darstellung der Möglichkeiten	Mahlzeiten, Therapiemöglichkeiten, Betreuung
Pflegebedürftige Angehörige: bettlägerig, dement, rollstuhlpflichtig	z. B. Zimmer in logistisch eigenständiger Einheit der Reha-Einrichtung, extern in nahegelegener Einrichtung der Kurzzeitpflege	Mahlzeiten, Betreuung und ggf. Therapiemöglichkeiten durch gesondertes Personal
...		

Besteht für nicht pflegebedürftige Angehörige grundsätzlich die Möglichkeit, sie im Zimmer des/der Rehabilitandin/en unterzubringen, gilt dies nicht für die Mitnahme zu pflegender Angehöriger. Um eine möglichst ungestörte Rehabilitation mit Entlastung der/des Rehabilitand*in von den häuslichen Pflichten zu ermöglichen, muss in dieser Konstellation regelhaft eine anderweitige Unterbringung und Betreuung des zu pflegenden Angehörigen vorgehalten werden. Diese kann sowohl in einer eigenen Einheit der Reha-Einrichtung wie auch in einer nahegelegenen Einrichtung der Kurzzeitpflege stattfinden, in jedem Falle aber logistisch klar getrennt von der Reha-Fachabteilung mit gesondertem eigenem Personal und zu Lasten der Pflegeversicherung.

Falls die Mitnahme von Haustieren in die Reha-Einrichtung möglich ist, sollen die spezifischen Bedingungen beschrieben werden.

Beispiel für die Darstellung:

Tierart	Unterbringung	Versorgung
Hund mit Angaben von Größe und Besonderheiten	z. B. im Zimmer, außerhalb	Betreuungsmöglichkeiten während Therapiezeiten
Sonstige Tiere	s.o.	s.o.

Bei Angaben zu Freizeitangeboten sollten in erster Linie die klinikinternen Angebote der Reha-Einrichtung aufgeführt werden. Unterschieden werden reine Freizeitangebote und freie Trainingsangebote, z. B. in der MTT oder im Schwimmbad, wobei dafür grundsätzlich eine ärztliche Freigabe erfolgt sein muss. Von Interesse sind zudem örtliche Angebote mit Gesundheitsbezug (z. B. Thermalbad, Saline im Kurpark etc.).

Generell sollte die Nutzung solcher individueller Trainingsgelegenheiten nicht allein erfolgen, d. h. entweder unter Aufsicht oder unter Einhaltung der Regel von mehreren gleichzeitig Teilnehmenden stattfinden, z. B. mind. zwei Personen an Land, mind. drei Personen zu Wasser.

Beispiel für die Darstellung:

Freizeitangebote der Einrichtung	Häufigkeit
Spieleabende	1 mal wöchentlich
Wanderungen	3 mal wöchentlich
Tischtennis	täglich
Freies Gestalten im Werkraum	werktags
Bibliothek, Mediathek	täglich
Grillabende	Im Sommer wöchentlich

3 Struktur der Fachabteilung

3.1 Räumliches Angebot

- Auflistung der Räume für Diagnostik und Therapie (Anzahl, Verwendungszweck, Größe, Kennzeichnung fachabteilungsspezifischer oder –übergreifender Nutzung)
- Anzahl und Ausstattung der Rehabilitandenzimmer
- Umkleide-/Sanitär-/Ruheräume für die ganztägig ambulante Rehabilitation
- Übersichtsplan inkl. Außenanlagen (optional)

Die räumliche Ausstattung der Reha-Einrichtung muss den [Strukturanforderungen der DRV](#) entsprechen. Für sämtliche diagnostisch und therapeutisch genutzte Räume inkl. Notfallraum müssen Größe und Funktion sowie eine Kennzeichnung abteilungsspezifischer oder - übergreifender Nutzung beschrieben werden.

Eine Zuordnung der Behandlungsräume zu den unterschiedlichen Berufsgruppen des therapeutischen Teams muss ersichtlich sein.

Die Lehrküche soll mit Angabe von Raumgröße, Anzahl der Kochfelder und unterfahrbaren Arbeitsmöglichkeiten beschrieben werden.

Bei Darstellung des Bewegungsbades sind die Angabe von Größe, Hebelift (mit maximaler Traglast) und der Wassertemperatur erwünscht.

Bei der Beschreibung der Zimmer für die Rehabilitand*innen soll die gesamte Anzahl der Zimmer für die jeweilige Fachabteilung und deren Nutzung in Einzel- bzw. Doppelbelegung berücksichtigt werden, wobei für DRV-Rehabilitand*innen grundsätzlich ein Einzelzimmer zur Verfügung gestellt werden muss. Spezielle Ausstattungsmerkmale wie z. B. Eignung für Allergiker*innen, Rehabilitand*innen mit besonderem Hilfebedarf und eventuelle sonstige Besonderheiten wie z. B. Schwerlastbetten oder für Überlänge sowie Isolationsmöglichkeiten können angegeben werden.

Sämtliche Räumlichkeiten für ganztägig ambulante Rehabilitationen wie Empfangs- und Wartebereich, Aufenthalts- und Ruhebereich, Versorgungs- und Speisebereich, Umkleideräume mit abschließbaren Schließfächern, Duschräume und Toiletten sollen beschrieben werden.

Zur besseren Orientierung eignen sich ein Übersichtsplan der gesamten Einrichtung inkl. Außenanlagen und ein Raumplan mit Kennzeichnung der von der jeweiligen Fachabteilung genutzten Räume. Die Beschriftung sollte lesbar sein.

Beispiele der Darstellung:

Diagnostisch/therapeutisch genutzte Räumlichkeiten

Raumart	Anzahl	Raumgröße (m ²)	Fachabteilungsspezifische Nutzung	- übergreifende Nutzung	Anmerkungen
Arztzimmer	4	z. B. 10	4		z. B. 1 Arztzimmer mit Sonografie-Gerät
Notfallraum	1	xx	1		z. B. neben Pflegestützpunkt
Pflegestützpunkt, ggf. weitere Pflegeräume	2	xx	2		
Arbeitszimmer der Berufsgruppen: Psychologie, Sozialarbeit, Ernährungsberatung	3 2 1	xx xx xx	2	1 2 1	z. B. 1 Neuropsychologie-Raum mit 3 Pl. für kognitive Tests/Training
Therapieräume					
Lehrküche	1	xx		1	Anzahl Sitzplätze/Kochfelder, max. Teilnehmerzahl
Seminarraum	1	xx		1	max. Teilnehmerzahl
Raum Physiotherapie	2	xx		1	gruppeneignet, max. Teilnehmerzahl
Räume Physiotherapie	6	xx	3		z. B. 1 mit Schlingentisch

Ergometerraum	1	xx	1		z. B. 6 Ergometer mit Monitoring/Über- leitung ins Arztzimmer
MTT, ggf. inkl. AMTT-Bereich	1	xx		1	
Ergotherapie, funktionell	1	xx		1	
MBOR-Raum	2	xx xx		2	z. B. EFL- adaptierte Ausstattung, Musterarbeitspl- ätze
Gymnastikraum/Sportha- lle	1	xx		1	
Bewegungs-/ Schwimmbad	2	xx xx		2	Wasserfläche, Tiefe, Temp., Hebelift mit max. Traglast

Spezielle Räumlichkeiten für die ganztägig ambulante Rehabilitation

Räumlichkeiten ganztägig ambulante Reha	Anzahl	Raumgröße (m ²)	Ausstattung	Besonderheiten
Empfangs-/Warte-/Aufenthaltsbereiche	2	xx	Anzahl Sitzplätze unterschiedlicher Sitzhöhe, Stehtische	z. B. ergonomisch, ggf. orthopädisch ausgerichtetes Sitzmobiliar
Ruheräume	2	xx	abgeschlossene Räume, jeweils mit Angabe der Anzahl und Art von Liege- und Sitzmöglichkeiten; keine Nutzung für Entspannungstherapie	z. B. gendergetrennte Ruheräume, elektrisch verstellbare Multifunktionssitz-/Liegemöbel

Verpflegungs- und Speisebereich	1	xx	Logistik der Essensversorgung (von intern/extern), Küche und Speiseraum getrennt, Anzahl Sitzplätze unterschiedlicher Sitzhöhe im Speiseraum	z. B. Nutzung im 2-Schichtbetrieb; Terrassensitzplätze
Umkleide- und Sanitärräume	4	xx	gendergetrennt, mit abschließbaren Schließfächern und Zugang zu Duschräumen und Toiletten	z. B. 2 gendergetrennte Behindertenumkleide- und -sanitärräume
...				

3.2 Medizinisch-technische Ausstattung

- Liste der Diagnostikgeräte intern/extern (indikationsbezogen, Basis-/Zusatz-Diagnostik)
- Liste der therapeutischen Geräte

Die apparativ-diagnostische und -therapeutische Ausstattung der Reha-Einrichtung muss ebenfalls den [Strukturanforderungen der DRV](#) entsprechen. Erwartet wird ferner die Beschreibung der indikationsbezogenen diagnostischen Großgeräte der Fachabteilung. Angaben zu Hersteller und Modell sind entbehrlich. Wird die Diagnostik anderer Fachabteilungen oder externer Kooperationseinrichtungen mitgenutzt, muss dies beschrieben werden.

Beispiel für die Darstellung:

Diagnostikgeräte groß (Beispiel)	Fachabteilung Anzahl	Andere Fachabteilung	extern	Besonderheiten
Sonographie	2			z. B. Dopplerfunktion
Röntgen		Orthopädie		z. B. Digitales Röntgen
EEG			Praxis Neuro	
EKG	2			
.....				

Größere therapeutische Geräte der Medizinischen Trainingstherapie/MTT (z. B. Laufbänder, Ergometer, Körpergewichtentlastungssysteme, Stehtrainer, Posturomed etc.) sollten ebenso dargestellt werden wie die therapeutischen Standard-Ausstattungen der einzelnen Therapiebereiche wie Physiotherapie, Physikalische Therapie. Die Aufzählung mobiler Kleingeräte und Übungsmaterialien ist verzichtbar.

Bitte machen Sie bei der Ausstattung der Ergotherapie Angaben zu Geräten und Materialien für funktionelle, sensomotorische und kreative Behandlungen sowie für arbeitsbezogene Assessments und Arbeitsplatztraining/Musterarbeitsplätze.

Arbeitsgeräte und -materialien zur Testung und zum Training tätigkeitsspezifischer Arbeitsabläufe/Bewegungsmuster (z. B. Heben, Schieben/Ziehen, Tragen, Schrauben, langes Sitzen, Überkopfarbeit) oder für psychosoziale/kognitive Diagnostik (auch Ausstattung mit PC bzw. entsprechenden Programmen) werden hier beschrieben.

Bei den Räumen für Ergotherapie sollen Angaben zu Eignung für funktionelle, kreative, sensomotorische Behandlungen sowie Arbeitstherapie mit Materialien für ein arbeitsbezogenes Assessment und Arbeitsplatztraining / Musterarbeitsplätze beschrieben werden.

3.3 Personelle Besetzung

- Konzeptorientierter Basis-Soll-Stellenplan fachabteilungsbezogen auf die Anzahl der Betten / Plätze entsprechend den Strukturanforderungen der DRV
- Benennung der ärztlichen Leitung und Vertretung mit Fachgebiets-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen, Weiterbildungsbefugnissen
- Benennung der externen Fachärzte mit regelmäßigem Einsatz in der rehabilitativen Versorgung
- Übersicht über die Qualifikationen der sonstigen Ärzte und therapeutischen Berufsgruppen inkl. indikationsrelevanter Zusatz-Qualifikationen (z. B. psychologische Psychotherapie, Stomatherapie, Kontinenztraining, Diabetesberatung, EFL, Handtherapie)
- Angaben zur zeitlichen Präsenz der therapeutischen Berufsgruppen und deren Vertretungsregelungen
- Ärztlicher Präsenzdienst während der Therapie- und Anwesenheitszeiten der Rehabilitanden (stationär 24h-Präsenzdienst), fachärztlicher Hintergrunddienst

Zur Sicherung der Strukturqualität von Reha-Einrichtungen gibt es [Strukturanforderungen der DRV](#). Diese beziehen sich auch auf die Personalbemessung und Qualifikationen. Dabei geht es um die Anzahl der Mitarbeitenden einer Berufsgruppe oder einer Funktionsgruppe, die für die Rehabilitation einer bestimmten Anzahl von Rehabilitand*innen erforderlich ist. Bitte geben Sie hier diesen (mit dem federführenden Rentenversicherungsträger vereinbarten) Basis-Soll-Stellenplan an.

Für die ärztliche Leitung und Vertretung müssen die jeweilige fachärztliche sowie die sozialmedizinische Qualifikation angegeben werden. Mindestens eine*r von beiden muss über die geforderte sozialmedizinische Kompetenz verfügen, d. h. neben sozialmedizinischer Erfahrung über die Zusatzbezeichnung Sozialmedizin verfügen oder alle vorgeschriebenen Sozialmedizin-Kurse (8 Kurswochen) absolviert haben. Die*der Zweite muss sich mindestens in den Weiterbildungskursen befinden. Ersatzweise wird auch die Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen akzeptiert.

Bei weiterem ärztlichem Personal der Fachabteilung mit Fachgebiets-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen sowie Weiterbildungsbefugnissen sind namentliche Nennungen zur Darstellung der vorgehaltenen fachlichen Expertise nur bei Indikationsrelevanz erforderlich. Die namentliche Nennung von externen Fachärzten und weiteren Kooperationspartnern mit Einsatz in der rehabilitativen Versorgung kann grundsätzlich in Kap. 2.1 Allgemeine Angaben zur Fachabteilung unter Kooperationspartner erfolgen. Bei mehr als Einsatz bei Bedarf ist deren Präsenz in der Einrichtung jedoch weiter auszuführen. Relevant ist dies z. B. für die regelhaft notwendigen organspezifischen Facharztuntersuchungen und Beratungen (z. B. HNO, GYN, URO) bis zum 3. Tag in der onkologischen Rehabilitation. Bei mehr als Einzelfällen können diese auch mittels regelmäßiger Sprechstunden in der Einrichtung erfolgen. Bei höheren Fallzahlen werden entsprechende Fachärzte in Festanstellung erwartet.

Andere ärztliche und therapeutische Mitarbeitende der Fachabteilung ohne spezielle Zuständigkeit sollen nicht namentlich genannt werden. Je Berufs- bzw. Funktionsgruppe sind vielmehr summarisch die tatsächlich erworbenen Abschlüsse fachabteilungsbezogen aufzuführen, bzw. die mittels Äquivalenzbestätigungen anerkannter Berufsverbände oder Behörden zuerkannten Berufsbezeichnungen.

Für alle für die jeweilige Indikation relevanten Berufsgruppen sollen im medizinischen Konzept die zeitliche Präsenz und die ihrer Vertretungen im Einrichtungsalltag ersichtlich gemacht werden. Die Darstellung kann in Form eines Wochenplanes erfolgen.

Beispiel für die Darstellung:

Berufs-/ Funktionsgruppe	Anzahl (VK)	Reha-relevante Basisqualifikation	Indikationsrelevante anerkannte Zusatz-Qualifikationen
Weitere Ärzte		Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin (FA PRM)	Sozialmedizin
		Ärztliche Approbation	
Psychologie		Psychologische Psychotherapeuten (Approbation)	z. B. Neuropsychologie
		Dipl./Master-Psychologen	z. B. Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA), Psychoonkologie
		Bachelor-Psychologen	
Pflege		Krankenpflegefachkräfte (mit 3jähriger Ausbildung)	z. B. Spezielle Fachpflege, Hygienefachkraft
		Pflegehelfer (mit 1jähriger Ausbildung)	z. B. Fußpfleger
		Angelernte Pflegehilfskräfte	
Sozialarbeit		Dipl./Master-/Bachelor-Sozialarbeiter	
		Dipl./Master-/Bachelor-Sozialpädagogen	
Physiotherapie		Physiotherapeuten Krankengymnasten	z. B. Bobath, Feldenkrais
Sportlehrer*in		Dipl./Master-/Bachelor-Sportlehrer	z. B. Rückenschullehrer
Ergotherapie		Ergotherapeuten Arbeitstherapeuten	z. B. Handtherapie, EFL
Ernährungsberatung		Ökotrophologen Diätassistenten	z. B. Diabetesberater
...			

Benötigt werden auch Angaben zu indikationsrelevanten Zusatz-Qualifikationen, z. B. Spezielle Schmerztherapie, Chirotherapie, Manuelle Lymphdrainage, spezielle Fachpflege, Bobath-Therapie, Fachberater*in für Essstörungen, Gestaltungstherapie, Handtherapie, Kontinenztraining, Diabetesberatung. Dazu zählen auch MBOR-relevante Qualifikationen (vgl. [MBOR-Anforderungsprofil](#)).

Eine genaue Darstellung der ärztlichen Präsenz während der Therapie- und Anwesenheitszeiten der Rehabilitand*innen sowie des fachärztlichen Hintergrunddienstes ist erforderlich. Das bedeutet für die stationäre Rehabilitation einen ärztlichen 24-Stunden-Präsenzdienst in der Reha-Einrichtung. Der fachärztliche Hintergrunddienst muss im Bedarfsfall zeitnah in die Einrichtung kommen können.

3.4 Öffnungszeiten der Einrichtung und Therapiezeiten der Rehabilitanden

- Öffnungszeiten der Reha-Einrichtung/Fachabteilung
- Wochentage der Therapie
- Angaben zu Anwesenheits- und Therapiezeiten pro Tag
- Angestrebte Therapiedichte je Rehabilitand*in

Unabhängig vom stationären oder ganztägig ambulanten Setting müssen die Wochentage der Therapie, Angaben zu Anwesenheits- und Therapiezeiten pro Tag und die angestrebte Therapiedichte aufgeführt werden. Für die ganztägig ambulante Rehabilitation müssen die täglichen Öffnungszeiten angegeben werden.

Bitte geben Sie die wöchentliche Leistungsdauer orientiert an den Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung an. Alle Reha-Einrichtungen sind aufgefordert, auch die fachabteilungsbezogen angestrebte Therapiedichte in Stunden pro Woche als Zielkorridor anzugeben (siehe [Qualitätsbericht zur therapeutischen Versorgung \(KTL\)](#), Kapitel B Tab. B).

3.5 Verpflegung

- Eigene Küche/Catering, kostenloses Angebot von Getränken
- Menüwahl, Angebot von Sonderkostformen
- Umsetzung der Empfehlungen aus den Ernährungsschulungen

Eine umfassende Beschreibung, wie die Verpflegung der Rehabilitand*innen organisiert ist, sollte folgende Aspekte beinhalten: gibt es eine Küche in der Einrichtung mit eigenem oder fremdem Personal, ist das Catering aus dem eigenen Konzern oder von einer Fremdfirma, wie werden die Speisen angeboten und warmgehalten, wie werden Menüs angeboten Sonderkostformen und von den Rehabilitand*innen ausgewählt, welche Sonderkostformen sind möglich etc. Ein Angebot von kostenlosen Getränken wie Wasser oder Tee wird erwartet.

Es soll der Einfluss der Empfehlungen aus den Ernährungsschulungen auf die Speiseversorgung in der Einrichtung (z. B. Abstimmung Küche und Ernährungsberatung) sichtbar werden. Wichtig ist darzustellen, wie das Wissen über gesunde Ernährung die Praxis umgesetzt werden sollen (z. B. durch Beratung am Selbstbedienungs-Buffer).

4 Medizinisch-konzeptionelle Grundlagen

4.1 Indikationen / Kontraindikationen

- Rehabilitationsdiagnosen der Hauptindikationen in Freitext und nach ICD-10-GM
- Benennung der drei häufigsten Reha-Diagnosen
- Mitbehandelbare Nebendiagnosen
- Angaben zu Kontraindikationen, Ausschlusskriterien

Bitte listen Sie die in Ihrer Reha-Fachabteilung behandelten Reha-Diagnosen (Haupt-Diagnosen) in Freitext und codiert nach ICD-10-GM auf und benennen die drei häufigsten Reha-Diagnosen.

Für die angegebenen Hauptdiagnosen muss die erforderliche Reha-Kompetenz der Mitarbeitenden vorgehalten werden: z. B. ist die Rehabilitation von Versicherten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen grundsätzlich an die Fachärztliche Qualifikation Innere Medizin und Rheumatologie gebunden. Besondere ärztliche Fachkompetenzen (z. B. psychosomatische Grundversorgung, ärztliche Zusatzbezeichnung Psychotherapie) können dagegen das Reha-Spektrum erweitern (z. B. in Richtung einer verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation – VOR).

Bei den Nebendiagnosen reicht bei der Beschreibung der Freitext ohne Codierung. Als Nebendiagnosen gelten je nach Fachrichtung der Reha-Abteilung gut eingestellte internistische (z. B. kardiovaskuläre) und orthopädische Erkrankungen (z. B. Rücken- und Schulterschmerzen) sowie psychische Komorbiditäten (z. B. leichte depressive Episode).

Bitte beschreiben Sie Kontraindikationen, d. h. medizinische Sachverhalte, die gegen eine Rehabilitation in der jeweiligen Fachabteilung Ihrer Reha-Einrichtung sprechen (z. B. akute Erkrankung, psychische Instabilität, Suchterkrankung). Gleiches gilt für Ausschlusskriterien (z. B. bestehende Suizidalität, absolute Sprachbarrieren, zu weiter Anfahrtsweg für ganztägig ambulante Rehabilitation).

4.2 Rehabilitationsziele

- Gesetzliche Grundlagen, trägerspezifische Reha-Ziele
- Orientierung am bio-psycho-sozialen Krankheitsfolgenmodell der WHO
- Ausführungen zu konkreten Reha-Zielen unter Berücksichtigung der ICF
- Vereinbarung individueller Therapieziele mit den Rehabilitanden

Bitte beschreiben Sie die Rehabilitationsziele vor dem Hintergrund der gesetzlichen Grundlagen der Rehabilitation konkret und individuell und berücksichtigen dabei die trägerspezifischen Reha-Ziele der Rentenversicherung.

Die folgenden Aspekte der partizipativen Therapiezielvereinbarung mit den Rehabilitand*innen in der Reha-Einrichtung sind erforderlich: wer vereinbart wann die Ziele, wie werden diese zusammengeführt, wie werden diese im Reha-Verlauf verfolgt?

Eine umfassende Orientierung zum Thema Reha-Ziele gibt das [Arbeitsbuch Reha-Ziele der DRV](#).

4.3 Fachabteilungsspezifische Therapieausrichtung

- Schwerpunkte und indikationsspezifische Besonderheiten, therapeutische Grundlagen (Psychosomatik)
- Orientierung an Reha-Therapiestandards der DRV und KTL-Vorgaben
- Spezielle Angebote, Alleinstellungsmerkmale wie Adipositas-, Gender-, fremdsprachliche bzw. kultursensible Angebote

Hier werden einrichtungs- bzw. fachabteilungsspezifische Besonderheiten über das standardmäßige Therapieangebot hinaus der jeweiligen Indikation erwartet (z. B. Angebote für bestimmte Berufsgruppen. Rehabilitand*innen mit besonderen Bedarfen). Bei Erarbeitung eines Behandlungsangebotes für Alleinstellungsmerkmale sollte sich hinsichtlich des Umfangs und Inhaltes der Behandlungen an vorhandenen [Reha-Therapiestandards](#) und [KTL-Vorgaben](#) orientiert werden. Schwerpunktsetzungen beispielsweise auf Schmerzpatienten in der Orthopädie oder auf bestimmte psychische Störungen in der Psychosomatik gehören ebenfalls hierher.

Bei psychosomatisch-psychotherapeutischen Fachabteilungen sollten die therapeutischen Grundlagen (analytische, tiefenpsychologisch fundierte, systemische und Verhaltenstherapie) ersichtlich sein.

4.4 Rehabilitationsdauer und Kriterien der Verkürzung / Verlängerung

Die regelhafte Dauer der Rehabilitation je Fachabteilung im stationären und ganztägig ambulanten Bereich soll hier dargestellt werden.

Bitte beschreiben Sie hier auch Kriterien und Gründe für das Vorgehen bei vorzeitigen Entlassungen, Verlängerungen oder sonstigen Modifikationen der Aufenthaltsdauer zum Beispiel bei interkurrenten Erkrankungen.

5 Rehabilitationsablauf und -inhalte

5.1 Aufnahmeverfahren

- Prüfung der medizinischen Unterlagen im Vorfeld, insbesondere im AHB-Verfahren (auch Reha-Fähigkeit)
- Angaben zu Einladung und Kontaktaufnahme vor Reha-Beginn
- Zeitpunkt der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung, der ersten gebietspezifischen Facharztuntersuchung und der Veranlassung notwendigen Eingangsdagnostik
- Aufnahme durch weitere therapeutische Berufsgruppen
- Therapieplanung unter Einbindung der Rehabilitanden
- Zeitpunkt des Therapiebeginns

Der fachabteilungsindividuelle Ablauf im Vorfeld der Rehabilitation ist zu erläutern. Anhand der (sozial-)medizinischen Unterlagen sind die individuelle Rehabilitationsfähigkeit und die Indikationsgerechtigkeit der avisierten Reha durch die ärztliche Leitung/Stellvertretung zu prüfen. Auch bestehende Komorbiditäten sind dabei zu berücksichtigen. Beim AHB-Direkteinweisungsverfahren (DRV Bund, DRV Mitteldeutschland) ist ferner zu prüfen, ob eine AHB-konforme Indikation vorliegt (siehe [AHB-Katalog](#)).

Die darauffolgende Kontaktaufnahme mit den Rehabilitand*innen von Seiten der Einrichtung und die persönliche Einladung zur Rehabilitation muss ebenfalls beschrieben werden. Mit dem Einladungsschreiben sollten sich die Rehabilitand*innen einen Überblick verschaffen können über die angebotenen Interventionen und deren Ziele, u. a. auch über das arbeits- und berufsbezogene Angebot der Reha-Fachabteilung.

Bitte beschreiben Sie das Aufnahmeverfahren und die daran beteiligten Berufsgruppen, inkl. der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung am Aufnahmetag (= erster Tag) und der bis zum dritten Tag zu erfolgenden gebietspezifischen Facharztuntersuchung und Beratung (vgl. [DRV-Strukturanforderungen](#)). Stellen Sie auch weitere indikationsspezifische Möglichkeiten der Eingangsdagnostik bei speziellem Bedarf der Rehabilitand*innen dar.

Es ist erforderlich zu beschreiben, wie und wann der individuelle Therapieplan erstellt und partizipativ mit den Rehabilitand*innen abgestimmt wird und wann die Therapie regelhaft beginnt.

5.2 Rehabilitationsdiagnostik

- Allgemeine und indikationsbezogene Diagnostik
- Spezielle Funktionsdiagnostik, Screenings, (z. B. psychologische Testverfahren, Schmerzerfassung), Assessments (z. B. zur Identifizierung besonderer beruflicher Problemlagen), Arbeitsplatzanalyse

Hier werden Ausführungen zur fachabteilungsspezifischen regelhaften Reha-Basis-Diagnostik und zu weiterer, bei bestimmten Fragestellungen eingesetzten Zusatzdiagnostik erwartet.

Die verschiedenen indikationsspezifischen und übergreifenden Instrumente wie z. B. psychologische Testverfahren, Schmerzerfassungsbögen, Screenings, z. B. zur Identifizierung besonderer beruflicher Problemlagen sollen aufgeführt, aber nicht im Einzelnen und nicht ausführlich beschreiben werden. Es ist ausreichend, Ziele, Prüfinhalte und Aussagekraft der Instrumente nur knapp zu umreißen.

Die berufsbezogen anforderungsorientierte Diagnostik dient dazu, die physische und psychische Belastbarkeit der Rehabilitanden einzuschätzen, d. h. zu klären, inwieweit das Fähigkeitsprofil insbesondere dem beruflichen Anforderungsprofil entspricht. Eine Arbeitsplatzanalyse ist dafür Voraussetzung. Ausgehend von den vorhandenen Ressourcen sind die identifizierten Überforderungen oder Defizite Grundlage für die Festlegung der konkreten Rehabilitationsziele und damit für die Ausgestaltung der Rehabilitation.

Aus der Darstellung sollte insgesamt deutlich werden, wie auf der Grundlage der Diagnostik die sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens aus Abgleich von Anforderungs- und Fähigkeitsprofil über die Dauer der Rehabilitation – prozesshaft – entsteht.

5.3 Das interdisziplinäre Reha-Team

- Häufigkeit und Inhalte der Sitzungen des Reha-Teams (inkl. Dokumentation)
- Teilnahme aller therapeutischen Berufsgruppen an den Reha-Team-Sitzungen

Hier 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 Rehabilitanden werden laufend im Reha-Team abgeglichen und fließen in die sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens ein.

Im Konzept soll zum Ausdruck kommen, dass die enge Zusammenarbeit im Team einen guten Informationsfluss befördert und die Rehabilitanden eine Rehabilitation wie aus einer Hand erhalten.

Ist eine Supervision fachgebietsspezifisch erforderlich, z. B. in der psychosomatischen Rehabilitation, in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation (VOR) oder der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, muss deren Umsetzung erläutert werden (intern/extern, Qualifikation des Supervisors, Frequenz und Dauer sowie Teilnehmerzahl der Sitzungen). Bei externer Supervision wird eine namentliche Nennung im Kapitel 2.2 unter Kooperationspartner „Zur Fachabteilung“ erwartet.

5.4 Ärztliche Aufgaben

- Verantwortung für den gesamten Reha-Prozess
- Teamleitung und Koordination
- Überprüfung von Reha-Indikation, Reha-Fähigkeit und Reha-Prognose, im AHB-Direkteinweisungsverfahren auch der AHB-Indikation
- Aufnahme-/Abschlussuntersuchung, Veranlassung Diagnostik, Visiten, offene Sprechstunden, Erstellung des Reha-Entlassungsberichts
- Partizipative Abstimmung, Überprüfung und Anpassung von Reha-Zielen und Therapieplan, Monitoring des Zielerreichungsgrades
- Ärztliche Beratung zu Krankheit und Therapie, sozialmedizinische Beratung
- Umgang mit Komorbiditäten
- Art und Durchführung ärztlich-therapeutischer Angebote/Behandlungen
- Arznei-, Verband- und Hilfsmittelversorgung
- Einbindung in Gesundheitstraining und Patientenschulung
- Kooperation mit Konsiliarärzten, niedergelassenen Ärzten, Betriebsärzten, Selbsthilfegruppen, sonstigen externen Partnern
- Indikationsstellung zur Nachsorge, Anregung und Einleitung sonstiger weiterführender Leistungen
- Verantwortliche Einbindung für Notfallmanagement, Dokumentation, Qualitätssicherung sowie Fort- und Weiterbildung, Supervision
- Sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens unter Einbeziehung des Reha-Teams

Hier soll eine kurze Darstellung der alleroben aufgelisteten der ärztlichen Aufgaben in der jeweiligen Fachabteilung erfolgen.

Die klinikspezifische zeitnahe Umstellung und Um-Einweisung bei unzutreffender Einweisungsdiagnose von neu angekommenen Rehabilitand*innen nach einer ärztlichen Indikations- und Fähigkeitsüberprüfung soll beschrieben werden.

Bitte machen Sie Angaben zu den regelhaften Aufnahmeuntersuchungen am ersten Tag (Ankunftstag), Abschlussuntersuchungen inklusive Abschlussgespräch (frühestens drei Tage vor Entlassung) und den wöchentlichen Visiten inkl. Chefarztvisiten, ggf. offenen Sprechstunden.

Die partizipative Abstimmung der Reha-Ziele und deren regelmäßigen Überprüfung kann mit Verweis auf Kapitel 4.2 „Rehabilitationsziele“ beschrieben werden.

Die Darstellung der ärztlichen Einbindung in das konkrete Reha-Programm mit Schulungen, Vorträgen und Seminaren etc. kann hier mit Verweis auf Kapitel 5.5.3 „Gesundheitstraining und Patientenschulung“ kurz gehalten werden.

Angaben zu speziellen ärztlichen Behandlungen wie z. B. Chirotherapie, Naturheilverfahren können hier berücksichtigt werden.

Neben der Beschreibung der ärztlichen Anregungen und Empfehlungen zur generellen Weiterbehandlung und Nachsorge stellen Sie bitte das Vorgehen zur sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben unter Einbeziehung zum einen des Reha-Teams und zum zweiten der jeweils betreffenden Rehabilitand*innen dar. Weitere Hinweise zur sozialmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens finden sich im [Leitfaden zum einheitlichen Reha-Entlassungsbericht](#).

5.5 Behandlungselemente

Hier geht es um einen Überblick der verschiedenen therapeutischen Bereiche. Es sollen jeweils kurze Beschreibungen der einbezogenen Berufsgruppen und Behandlungselemente im Reha-Kontext dargestellt werden. Angaben zur Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) sind hier nicht nötig.

5.5.1 Berufsgruppen/therapeutische Bereiche mit ihren Aufgaben und Angeboten (in alphabetischer Reihenfolge) (nur die indikationsrelevanten Berufsgruppen sind zu beschreiben)

- Ergotherapie
- Ernährungsberatung
- Körperzentrierte Therapie
- Kunst-/Musiktherapie
- Logopädie
- Neuropsychologie
- Pädagogische Leistungen (insbes. Kinder-Rehabilitation)
- Physikalische Therapie

- Physiotherapie
- Psychologie
- Psychotherapie (inkl. indikativer Angebote)
- Reha-Pflege (ggf. auch Stoma-Therapie)
- Sozialarbeit/Reha-Fachberatung
- Sporttherapie

Hier sollen die beteiligten Berufs- bzw. Funktionsgruppen jeweils ihre Rolle und ihre Aufgaben in der Rehabilitation sowie ihre konkreten Angebote in der Reha-Fachabteilung beschreiben.

Eine einfache Listung der Therapieangebote reicht nicht aus, vielmehr sollen die Inhalte der Therapieangebote mit Angaben zur Zielgruppe und zu Einzel- und Gruppentherapien dargestellt werden. Bei Gruppenangeboten sollten Gruppengrößen, Häufigkeit und Dauer genannt, ggf. Hinweise zu unterschiedlichen Belastungsstufen gemacht werden. Die jeweiligen konkreten Angebote können auch in Tabellenform dargestellt werden.

Bitte beachten Sie dabei die Vorgaben aus der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) und den Reha-Therapiestandards (RTS) der DRV. Von Interesse ist dabei die einrichtungsindividuelle Umsetzung und Ausgestaltung der Therapien.

Therapieangebote, die auch dem Kapitel Gesundheitstraining und Patientenschulung zugeordnet sind, sollen hier (mit Verweis auf Kap. 5.5.3) nur aufgelistet werden und dann im Kapitel 5.5.3 beschrieben werden, um Redundanzen zu vermeiden.

Nur die jeweils indikationsbezogen relevanten Berufsgruppen müssen beschrieben und gegebenenfalls ergänzt werden (z. B. die Stoma-Therapie bei der Pflege). Bei der Psychotherapie ist auch die Angabe indikativer Angebote erforderlich.

Eine Ausnahme bildet die Querschnittskategorie „Körperzentrierte Therapie“, die von verschiedenen Berufsgruppen durchgeführt werden kann. Derartige Angebote sind der Berufsgruppe zuzuordnen, die diese tatsächlich umsetzt.

5.5.2 Darstellung medizinisch-beruflicher Angebote

- Arbeitsbezogene Angebote der MBOR Stufe A, z. B. Sozialberatung, Arbeitsplatzberatung

- Über die MBOR Stufe A hinaus gehende arbeitsbezogene Angebote, z. B. intensivierte psychosoziale Beratung, berufsbezogene Gruppen/Module, Arbeitsplatztraining

Der gesetzliche Auftrag der Deutschen Rentenversicherung zur Verbesserung bzw. Wiederherstellung einer gefährdeten bzw. geminderten Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben muss sich in der medizinischen Rehabilitation durch einen klaren Arbeitsbezug der rehabilitativen Therapie abbilden (vgl. [MBOR-Anforderungsprofil](#)).

Bitte beschreiben Sie das vorgehaltene MBOR-Angebot der Stufe A mit niedrigschwelligen beruflich orientierten Angeboten für alle Rehabilitand*innen. Hierbei geht es um die Darstellung der allgemeinen Fokussierung auf Fragestellungen der berufs- und Arbeitsrealität und Ausrichtung der Rehabilitation an den Anforderungen der Arbeitswelt.

Hinweis: Ein MBOR-Konzept für Stufen B/C wird wie die anderen Konzepte, die spezielle Problemlagen adressieren, separat erstellt.

5.5.3 Gesundheitstraining und Patientenschulung

- Allgemeine Gesundheitsinformation und -förderung
- Indikationsspezifische Schulungen/Angebote
- Psychoedukative Gruppenarbeit

jeweils konkrete Benennung der Vorträge/Schulungen/Seminare/psychoedukativen Angebote mit strukturierter Darstellung jedes Angebots:

- Zielsetzung, Zielgruppe
- Inhalte der Schulungs- und Seminarangebote
- Einsatz von manualisierten Konzepten
- Curricularer Aufbau, Benennung von Modulen
- Frequenz und Dauer der Module
- Hinweise zu didaktischen Methoden
- Teilnehmerzahl/ Gruppengrößen (offen, geschlossen)
- Ausführende Berufsgruppen

Die konkreten indikationsübergreifenden und -bezogenen Gruppenangebote sollen mit den angegebenen Inhalten und Rahmenbedingungen als zentrale Aufgabe der Rehabilitation dargestellt werden. Erwartet werden hier zum einen Angebote zur allgemeinen Gesundheitsbildung. Zum anderen beschreiben Sie Ihre indikationsbezogenen Angebote der Patientenschulung wie indikationsspezifische Schulungen zur Reha-Diagnose.

Jede Schulung (maximal 15 Teilnehmende, mehrere Termine), jeder Vortrag (große Gruppe ohne wesentliche aktive Beteiligung mit eine*r Referent*in) und jedes Seminar (Anzahl wie bei Schulung, nur ein Termin) soll einzeln, einrichtungsindividuell bzw. fachabteilungsspezifisch vorgestellt werden (vgl. [KTL](#), Kapitel C).

Zu der Beschreibung gehören jeweils strukturierte Angaben zu Zielgruppe, Zielsetzung, Inhalten, Einsatz von Curricula oder Manualen, didaktische Methoden, Häufigkeit und Dauer sowie Teilnehmer*innenzahl und durchführende therapeutischen Berufsgruppen.

Eine Orientierung an dem [indikationsübergreifenden Gesundheitsbildungsprogramm](#) und den [Curricula Gesundheitstraining der DRV](#) kann hier hilfreich sein.

Beispiel der Darstellung:

Benennung jedes Angebots/ Moduls
Zielsetzung
Zielgruppe
Inhalte
Einsatz manualisierter Konzepte
Curricularer Aufbau
Didaktische Methoden
Frequenz und Dauer
Teilnehmerzahl/Gruppengröße (offene, geschlossene Gruppen)
Ausführende Berufsgruppen
...

5.5.4 Einbeziehung von Angehörigen

Angebote zur Einbeziehung von Angehörigen (z. B. Familienangehörige, andere nahestehende oder autorisierte Personen) in die Rehabilitation werden von Seiten der DRV begrüßt. Bitte beschreiben Sie, wie die Einbeziehung von Angehörigen, ggf. unterschiedlich

je nach Indikation umgesetzt wird. Eine Orientierung bietet der Text „[Angehörige in der medizinischen Rehabilitation](#)“.

5.6 Entlassungsmanagement

- Vorbereitung der Entlassung, Abschlussuntersuchung inkl. Terminierung
- Abschlussgespräch mit Erörterung der sozialmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens
- Koordination der Nachsorge und weiterführenden Behandlung
- Info-Material für die Rehabilitanden
- Leitfaden und fristgerechte Erstellung und Übermittlung des Reha-Entlassungsberichts, Information für die weiterbehandelnden Ärzte

Als zentraler Punkt des Entlassungsmanagements sollen Abschlussuntersuchung und Abschlussgespräch (auch unter Angabe des jeweiligen Zeitpunkts) mit kritischer Bewertung von Reha-Verlauf und -ergebnis sowie die sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens und Nachsorgeangebote dargestellt werden. Die leitfaden- und zeitgerechte Erstellung des Reha-Entlassungsberichts mit kritischer Würdigung der Reha-Ergebnisse in der sozialmedizinischen Epikrise soll beschrieben werden.

Eine umfassende Orientierung zu allen Themen rund um die Entlassung gibt der „[Leitfaden zum Reha-Entlassungsbericht](#)“ der DRV.

5.7 Notfallmanagement

- Notfallablaufplan (inkl. schematischer Darstellung)
- Notrufanlage
- Notfallausrüstung (Anzahl, Standorte Notfallkoffer, Defibrillatoren)
- Notfallraum
- Notfallschulungen und -übungen
- Dokumentation der Notfälle (Patientenakte, QM)

Eine umfassende Darstellung des einrichtungsinternen Notfallmanagements mit dem Ziel einer möglichst schnellen, effizienten und kompetenten Reaktion auf Notfälle ist erforderlich.

Dazu gehören Notfallablaufplan, Notrufanlage, Notfallausrüstung mit Art, Anzahl und Standorten der Geräte und Notfallraum. Eine detaillierte Auflistung aller Einzelteile des Notfallkoffers ist verzichtbar, auf wesentliche Bestandteile kann hingewiesen werden (z. B. Larynxmasken). Für das Notfallequipment müssen regelhafte Kontrollen mit eindeutigen Prüfintervallen und Zuständigkeiten festgelegt und dokumentiert sein. Für den Notfall muss ein Fahrstuhl für Liegendtransporte vorgehalten werden, das gilt perspektivisch auch für die ganztägig ambulante Rehabilitation.

In der Notfallkette muss nachvollziehbar definiert werden, wie Notrufe zum Notfall-Team (Arzt, Krankenpflegefachkraft) gelangen und welche Aktionen ausgelöst werden. Idealerweise gehen Notrufe mit automatischer Raumangabe auf den Handys des Notfall-Teams ein, das sich umgehend mit klarer Rollenaufteilung (Wer bringt welches Notfallequipment mit?) auf den Weg zum Notfallort macht. Weitere Schnittstellen sollten möglichst vermieden werden.

In allen relevanten Räumen muss die Möglichkeit gegeben sein, Notrufe abzusetzen. Die Notrufknöpfe müssen deutlich gekennzeichnet sein und sich eindeutig vom sog. Schwesternruf unterscheiden. Dabei müssen alle Räume berücksichtigt werden, in denen sich Rehabilitanden allein aufhalten können. Eine Einweisung der Rehabilitanden in das Notrufsystem zu Beginn der Rehabilitation ist obligatorisch. Auch für therapeutische Module im Außengelände, z. B. Terraintraining muss ein Notfallplan existieren.

Bitte fügen Sie eine graphische Darstellung (Ablaufschema) hinzu. Diese sollte für den Einsatz als regelhafter Aushang neben den Notrufen/Notfalltelefonen bzw. zu deren Beschriftung in der Reha-Einrichtung geeignet sein.

Die Notfallkompetenz aller therapeutischen Mitarbeitenden muss mittels jährlicher Notfallschulungen inkl. Reanimationstraining durch interne/externe entsprechende Expertise gewährleistet sein.

Alle Notfälle müssen sowohl in der Patientenakte als auch im internen Qualitätsmanagement dokumentiert und ausgewertet werden.

5.7.1 Hygiene

- Hygienekommission
- Hygienebeauftragte*r Ärzt*in
- Hygienefachkraft
- Hygienehandbuch/Hygieneplan (inkl. Umgang mit Problemkeimen)
- Mitarbeiterschulungen

Reha-Einrichtungen müssen die Bestimmungen des Infektionsschutzgesetzes und die Vorgaben der jeweils regionalen zuständigen Gesundheitsbehörde einhalten.

Bitte stellen Sie die Umsetzung des Hygienemanagements mit Vorhalten von Hygieneplan/-handbuch, Hygienekommission, Hygienefachkraft, Hygienebeauftragter/m Ärztin/Arzt und regelmäßigen Mitarbeiterschulungen dar. Das Hygiene-Handbuch selbst muss nicht abgebildet werden. Bei Kooperation mit einem externen Hygiene-Dienstleister muss dieser namentlich benannt (siehe Kap. 2.2).

Die Beschreibung, ob und mit welchen Problemkeimen infizierte Rehabilitanden aufgenommen und ggf. isoliert werden können, ist erforderlich. Auch muss auf den Ablauf bei Auftreten von Infektionen mit Problemkeimen während der Rehabilitation eingegangen werden. Bitte äußern Sie sich auch zum Umgang mit diesen Rehabilitanden und zur Organisation der Reha-Therapie.

6 Dokumentation

- Patientenakte
- Therapieplanung/Terminierung
- Umsetzung der KTL-Vorgaben
- Erfassung durchgeführter Leistungen

Art der Dokumentation (digital, analog, hybrid) und Dokumentation der einrichtungs- und indikationsspezifischen Patientenakte müssen in Kurzform dargestellt werden. Zudem soll beschrieben werden, welche Mitarbeitenden mit der Dokumentation betraut sind und wie Dokumente zusammengeführt werden.

Angaben über die Durchführung der Therapieplanung und -terminierung unter Berücksichtigung der [KTL](#) und [RTS](#) und die korrekte Erfassung der durchgeführten Leistungen und die Codierung nach KTL werden erwartet.

7 Angaben zum Datenschutz

- Datenschutzbeauftragte*r
- Zugang zu Rehabilitandendaten
- Mitarbeiterschulungen

Jede Einrichtung muss einen Datenschutzbeauftragten haben. Die Namensnennung ist nur bei einem externen Dienstleister erforderlich (s. Kap. 2.2).

Zum Schutz der sensiblen Sozial- und medizinischen Daten der Rehabilitand*innen müssen relevante rechtliche Vorgaben eingehalten werden. Die Deutsche Rentenversicherung hat für ihre Vertragseinrichtungen entsprechende [Empfehlungen](#) zusammengestellt. Die Umsetzung der Vorgaben zum Datenschutz müssen beschrieben werden.

Bitte stellen Sie regelmäßige einrichtungsinterne Unterweisungen der Mitarbeitenden zu den geltenden Datenschutzbestimmungen dar. Hierarchisch geregelte Zugriffsrechte zu den Daten der Rehabilitanden durch ärztliche, therapeutische und andere Mitarbeitende werden erwartet.

8 Qualitätssicherung

- Internes Qualitätsmanagement (z. B. Beschwerdemanagement, Rehabilitandenbefragung, Fort- und Weiterbildung)
- Externe Qualitätssicherung (Teilnahme am QS-Verfahren von Renten- bzw. Krankenversicherung, Zertifizierung)

Ein internes Qualitätsmanagement wird von allen Reha-Einrichtungen erwartet. Eine kurze Beschreibung mit Zuständigkeiten, Beschwerdemanagement, Fort- und Weiterbildung und Einweisung in Qualitätsmanagement und -sicherung für Mitarbeitende etc. ist erforderlich.

Für die externe Qualitätssicherung werden Angaben zu Teilnahme am Verfahren von Renten- bzw. Krankenversicherung mit knapper Benennung der eingesetzten Qualitätssicherungsinstrumente erwartet.

Eine Zertifizierung nach § 37 SGB IX ist bislang nur für stationäre Reha-Einrichtungen verpflichtend. Zu empfehlen ist diese auch für ganztägig ambulante Reha-Einrichtungen. Das Verfahren und das Datum der letzten erfolgreichen Zertifizierung, ggf. einer anstehenden Re-Zertifizierung müssen angegeben werden.

9 Mustertherapiepläne

- für drei exemplarische Rehabilitanden mit unterschiedlichen fachabteilungs-typischen Reha-Diagnosen
- jeweils individualisiert mit Angaben zu Alter, Geschlecht, Beruf, Reha-Diagnosen und Funktionsstörungen
- unter Berücksichtigung häufiger Komorbiditäten
- über den üblichen Reha-Zeitraum
- Darstellung in Wochenstundenplänen mit ersichtlicher Dauer der Therapieeinheiten inkl. Arztvorstellungen / Visiten

Um zu veranschaulichen, wie das medizinische Konzept der Fachabteilung umgesetzt wird, stellen Sie bitte insgesamt drei exemplarische individuelle Therapiepläne für sämtliche Wochen des Reha-Aufenthalts zur Verfügung. Bitte beschreiben Sie keine allgemeinen Pläne wie „Knie-TEP“, „Bypass“, sondern Therapiepläne für drei exemplarische Rehabilitand*innen mit unterschiedlichen fachabteilungstypischen Reha-Diagnosen.

Angaben zu Alter, Geschlecht, Beruf, Arbeits(un-)fähigkeit, Reha-Diagnosen, ggf. vorangegangene Operationen, Funktionseinschränkungen und Komorbiditäten sollen gemacht werden.

Empfohlen wird eine Darstellung in Form von Wochenstundenplänen mit zeitgerechter Abbildung der Therapien, Malzeiten, Pausen und Rüstzeiten.

Die Vorgaben zum multimodalen Therapieansatz, zum zeitlichen Zuschnitt und zur Abfolge von aktiven/ passiven Therapien und zu Ruhezeiten und dem geforderten Zeitkorridor der indikationsspezifischen Therapiedichte müssen beachtet werden (vgl. auch [KTL](#), [RTS](#)). Fachärztliche Untersuchungen, Diagnostik, Visiten u.ä. sind ebenfalls Teil der Pläne.

Die Mustertherapiepläne sollen das dargestellte Konzept der Einrichtung und dessen Umsetzung schlüssig widerspiegeln.

10 Forschungsaktivitäten (optional)

Hier können aktuell laufende, konkrete Forschungsprojekte oder aktuell noch handlungsleitende Forschungsergebnisse mit kurzen Ausführungen zu Kooperationspartner*innen, Zielen und Ergebnissen der Forschungsprojekte dargestellt werden.

11 Abkürzungsverzeichnis

Alle fachgebietsspezifischen Abkürzungen sollten bei der jeweils ersten Erwähnung im Fließtext ausgeschrieben werden, bevor sie in Klammern dargestellt werden: z. B. Reha-Therapiestandards (RTS).

Alle fachlichen einrichtungsinternen Abkürzungen sollten in diesem Verzeichnis aufgenommen werden. Auf allgemeinverständlichen Abkürzungen wie „km“ oder „z. B.“ kann verzichtet werden.

12 Literaturverzeichnis

Hier sollten nur die bei Erstellung des medizinischen Konzepts konkret verwendeten Titel Reha-bezogener Literatur angegeben werden.

Die Literaturhinweise sollen aktuell und die Inhalte noch handlungsleitend sein.