



Rahmenbedingungen zur Erprobung einer digital flexibilisierten medizinischen Rehabilitation (DigiFlexReha)

→ Rahmenbedingungen für Modellprojekte

→ Stand: 17. Mai 2024





Inhaltsverzeichnis

Präambel	2
1. Zielgruppe für die DigiFlexReha	3
2. Typen der DigiFlexReha.....	4
3. Anforderungen an die DigiFlexReha	6
3.1. Inhaltlich	6
3.2. Technisch	9
3.3. Verantwortlichkeit	9
4. Therapeutische Inhalte der DigiFlexReha.....	9
4.1. Digital abbildbare Leistungen	9
4.2. Nicht digital abbildbare Leistungen	11
5. Sozialrechtliche Regelungen	12
6. Genehmigung von Konzepten für eine DigiFlexReha.....	13
7. Dokumentation der DigiFlexReha und Auswirkungen auf die Reha-Qualitätssicherung.....	14
8. Digitale Vor- und Nachbereitung der medizinischen Rehabilitation	15
Ausblick	15

Präambel

Der Digitalisierung kommt weltweit eine stetig wachsende Bedeutung in allen Bereichen des Lebens zu, so auch in der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Die digitale Leistungserbringung hat im Rahmen der Kontakt-reduzierung in der Corona-Pandemie in die medizinische Rehabilitation Einzug gehalten. Die Nutzung digitaler Techniken kann vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen Chancen und Entwicklungsmöglichkeiten für die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung (DRV) bieten. Das vorliegende Papier schlägt Rahmenbedingungen zur Erprobung von digital flexibilisierter medizinischer Rehabilitation (DigiFlexReha) in Modellprojekten vor. Es soll die Qualität der DigiFlexReha sichern und Rentenversicherungsträgern, medizinischen Rehabilitationseinrichtungen und Anbietenden digitaler Leistungen für die medizinische Rehabilitation eine Orientierung für die Planung und Durchführung von Modellprojekten geben. Es besteht darüber hinaus die Möglichkeit, auch andere als die im vorliegenden Papier beschriebenen Ausprägungen einer DigiFlexReha in Modellprojekten zu erproben.

Die DigiFlexReha ermöglicht insbesondere neue Chancen zur Umsetzung einer lebensweltorientierten Rehabilitation. Werden digitale Leistungen aus dem häuslichen Umfeld heraus wahrgenommen, kann der Alltag der Rehabilitand*innen mit seinen fördernden und hemmenden Kontextfaktoren noch stärker in die Aktivitäten und Therapien einbezogen werden. Ein Transfer des im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Erlernten in den Alltag kann möglicherweise erleichtert werden.

Die Nutzung digitaler Technologien in der DigiFlexReha zielt auf einen Mehrwert für die Rehabilitand*innen ab. Es gilt der Grundsatz „keine Digitalisierung um der Digitalisierung willen“. Die Rehabilitation kann durch die Umsetzung digitaler Leistungen flexibilisiert, erleichtert oder sogar überhaupt erst ermöglicht werden.

Die vorliegenden Rahmenbedingungen bilden die Grundlage für die Genehmigung von Konzepten und die Durchführung der DigiFlexReha im Rahmen von Modellprojekten.

Zu einzelnen Punkten wurden Expert*innen der Arbeitsgruppen der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (DGRW) Bewegungstherapie und E-Health in der Rehabilitation sowie der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) befragt.

1. Zielgruppe für die DigiFlexReha

Für die DigiFlexReha gelten die gleichen persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen wie für eine herkömmliche medizinische Rehabilitation der DRV.

Die Rahmenbedingungen für Modellprojekte zur Erprobung einer DigiFlexReha gelten mit Einschränkungen auch für die medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen und die medizinische Rehabilitation für Kinder und Jugendliche.

Die Durchführung einer DigiFlexReha kommt sowohl **auf Wunsch** des*der Rehabilitanden*in als auch bei einer **besonderen Notwendigkeit** für den Einsatz digitaler Anwendungen (z. B. aufgrund der familiären Situation) infrage. Die Entscheidung zur Eignung für die Teilnahme an der DigiFlexReha unterliegt einer Einzelfallprüfung durch die leistungserbringende Rehabilitationseinrichtung. Eignung und Einverständnis der Rehabilitand*innen sind vor Beginn einer DigiFlexReha in der Akte der Rehabilitationseinrichtung sowie im Entlassungsbericht zu dokumentieren. Für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation ist Art. 8 I DSGVO zu beachten. Die Regelversorgung in der medizinischen Rehabilitation bleibt weiterhin eine Durchführung in Präsenz der Rehabilitand*innen und Therapeut*innen.

Die **persönliche Eignung** der Rehabilitand*innen für die Anwendung digitaler Elemente muss vorliegen. Die Rehabilitand*innen müssen kognitiv, kommunikativ, emotional und körperlich geeignet für eine DigiFlexReha sein. Weiterhin sind hinreichende Motivation und ausdrückliches Einverständnis erforderlich. Im Bereich der medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche kommt eine DigiFlexReha nur für Kinder und Jugendliche ab 14 Jahren in Betracht.

Die **sozialmedizinische Eignung** der Rehabilitand*innen muss gegeben sein. Die leistungserbringende Rehabilitationseinrichtung entscheidet nach erfolgter fachärztlicher und sozialmedizinischer Untersuchung, ob die Eignungskriterien für die Durchführung einer DigiFlexReha in Bezug auf die Diagnose bzw. die Erkrankung unter Beachtung indikationsspezifischer Kontraindikationen (z.B. Suizidalität, akute Phasen einer Schizophrenie oder Psychosen) mit den daraus resultierenden Funktions- und Fähigkeitsstörungen erfüllt sind. Ausgeschlossen sind Personen mit der Haupt- oder Nebendiagnose pathologischer PC- und Internetgebrauch.

Von der Durchführung einer DigiFlexReha ausgeschlossen sind außerdem Rehabilitand*innen,

- deren Leistungsvermögen in einem zeitgleich bestehenden/laufendem Rentenverfahren zu beurteilen ist,
- die von der Krankenkasse (§ 51 SGB V) oder von der Agentur für Arbeit (§ 145 (II) SGB III) zur Antragstellung aufgefordert wurden,
- die Beziehende einer Erwerbsminderungsrente sind,
- die aufgrund der Ursache der vorliegenden Erkrankung nicht in den Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Rentenversicherung fallen (z.B. bei Wege- oder Arbeitsunfall, anerkannter Berufskrankheit oder Verdacht auf Berufskrankheit), aber aufgrund der medizinischen Notwendigkeit sowie der gesetzlichen Bestimmungen (z.B. durch Fristablauf einer zulässigen Weiterleitung an den vermeintlich zuständigen Leistungsträger) eine medizinische Rehabilitation über die gesetzliche Rentenversicherung erhalten.

Die individuelle Eignung für die Teilnahme an der DigiFlexReha wird **ausschließlich vor Ort in der Rehabilitationseinrichtung** entschieden. Um die persönliche und sozialmedizinische Eignung zu prüfen, ist bei Aufnahme in die Rehabilitation die **fachärztliche und sozialmedizinische Untersuchung** erforderlich. Bei Bedarf sind weitere therapeutische Berufsgruppen bei der Indikationsstellung einzubeziehen.

Abweichend davon ist in der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen die Entscheidung über die individuelle Eignung an der Teilnahme eines Modellprojektes der DigiFlexReha Typ II (siehe hierzu Kapitel 2) erst in der zweiten Hälfte der Rehabilitation zu treffen. Die Rehabilitand*innen müssen ausreichend stabil und abstinent sein. Ausreichend stabile soziale Verhältnisse müssen vorliegen. Rehabilitand*innen mit gerichtlichen Auflagen können daran nicht teilnehmen (z.B. § 35 BtMG, § 57 StGB). Für die Teilnahme an einem Modellprojekt einer DigiFlexReha des Typ II (siehe hierzu Kapitel 2) könnte ein Indiz eine erfolgreich durchgeführte Familienheimfahrt sein.

Die **technische Eignung** der Rehabilitand*innen für die Anwendung digitaler Elemente muss gegeben sein, d.h. digitales Equipment und Internetanschluss sind vorhanden und von Rehabilitand*innen regelhaft und ungestört nutzbar. Zum Umgang mit der jeweiligen digitalen Technik gehört auch eine angemessene Einarbeitung durch die medizinische Rehabilitationseinrichtung.

2. Typen der DigiFlexReha

Die DigiFlexReha entspricht der herkömmlichen medizinischen Rehabilitation hinsichtlich der indikationsspezifischen regelhaften Dauer der Rehabilitationsleistung sowie therapeutischen Ausgestaltung.

Die DRV definiert die DigiFlexReha als eine Form der medizinischen Rehabilitation, in der ein Anteil der Leistungen durch die Nutzung digitaler Technologien örtlich und/oder zeitlich unabhängig von therapeutischem Personal begleitet und damit flexibilisiert wird. Die Ortsunabhängigkeit ist gekennzeichnet durch eine synchrone oder asynchrone Interaktion des medizinischen und therapeutischen Personals der Rehabilitationseinrichtung mit den Rehabilitand*innen über digitale Medien (z. B. beratende Einzel- oder Gruppengespräche per Videokonferenzsystem). Erfolgt eine zeitlich versetzte, asynchrone Nutzung digitaler Medien, liegt zudem eine zeitliche Unabhängigkeit vor (z. B. Vortrag zu gesunder Ernährung per Video-on-Demand, therapeutisch begleitete, digitale Selbsthilfemodule).

Dieser Definition folgend werden folgende Ausprägungen der Digitalisierung in der medizinischen Rehabilitation nicht als DigiFlexReha verstanden:

- vollständig digitale Leistungserbringung
- Die vollständig digitale Durchführung einer medizinischen Rehabilitation ist aufgrund der inhaltlichen Anforderungen an eine DigiFlexReha (siehe Kapitel 3.1) sowie nicht digital abbildbarer Leistungen (siehe Kapitel 4.2) nicht möglich.
- Nutzung digitaler Angebote (Lehrfilme, digitale Anleitungen u.a.) in einem nicht konzeptrelevanten Anteil an der gesamten medizinischen Rehabilitation von unter 15 % (Abgrenzung zu DigiFlexReha Typ I)
- Ein nicht konzeptrelevanter digitaler Anteil von unter 15 % gilt als herkömmliche medizinische Rehabilitation.

- digitale Dokumentation und Auswertung von Daten in der medizinischen Rehabilitationseinrichtung
- Dies sind Inhalte einer herkömmlichen medizinischen Rehabilitation.

Es werden zwei Typen der digital flexibilisierten medizinischen Rehabilitation unterschieden:

Typ I: DigiFlexReha mit digitalen Zeitfenstern („Zeitfenster-DigiFlexReha“)

Typ I ist eingebettet in das Setting einer herkömmlichen stationären oder ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation. Einzelne Therapien, die bisher analog erbracht wurden, werden digital durchgeführt. Die digitalen Therapien sind konzeptrelevant und umfassen mindestens 15 % der gesamten Rehabilitation. Ärztliche Leistungen sind grundsätzlich von der digitalen Leistungserbringung ausgeschlossen. Maximaler Zeitumfang der digitalen Durchführung „am Stück“ ist ein Tag.

Folgende zwei Ausprägungen sind denkbar:

- die Rehabilitand*innen bleiben während der gesamten medizinischen Rehabilitation ganztägig in der Rehabilitationseinrichtung und nehmen einzelne digitale Angebote z.B. auf ihrem Zimmer oder in der Umgebung der Rehabilitationseinrichtung wahr
- die Rehabilitand*innen kehren regelmäßig (halb-)tageweise in die Rehabilitationseinrichtung zurück und nehmen einzelne digitale Angebote aus dem häuslichen Umfeld wahr

Eine unterschiedliche Ausgestaltung wird sich in der Regel aus der Entfernung zwischen Rehabilitationseinrichtung und Wohnort des*der Rehabilitanden*in ergeben. Davon abhängig kann Typ I dementsprechend in ein stationäres oder ganztägig ambulantes Setting der medizinischen Rehabilitation eingebettet sein. In der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen wird eine (halb-)tageweise Rückkehr in die Rehabilitationseinrichtung nur bei einer ganztägig ambulanten Rehabilitation als sinnvoll angesehen.

Typ II: DigiFlexReha mit multimodaler, digitaler Phase („Phasen-DigiFlexReha“)

Typ II ist wie Typ I eingebettet in das Setting einer herkömmlichen stationären oder ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation. Therapien, die bisher analog erbracht wurden, werden digital durchgeführt. Digitale Inhalte sind multimodale ärztliche und therapeutische Leistungen. Die digitale Durchführung erfolgt in mehrtägigen Phasen.

Bei Typ II wird die erste Phase der medizinischen Rehabilitation in Präsenz in der Rehabilitationseinrichtung durchgeführt, die zweite Phase ortsunabhängig außerhalb der Rehabilitationseinrichtung digital.

Die erste Präsenzphase umfasst bei Konzepten somatischer Erkrankungen mindestens zwei Drittel, bei Konzepten psychosomatischer bzw. psychiatrischer Erkrankungen mindestens vier Fünftel der Behandlungstage einer herkömmlichen medizinischen Rehabilitation.

In der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen kann eine digitale Phase frühestens nach der Hälfte der Rehabilitation durchgeführt werden. Die Dauer der digitalen Phase darf zwei Wochen insgesamt nicht überschreiten. Die letzte Woche ist immer in Präsenz durchzuführen.

Ist die DigiFlexReha in ein stationäres Setting eingebettet, kann die Abreise aus der Rehabilitationseinrichtung entweder am letzten Behandlungstag nach Therapieende oder dem darauffolgenden Tag erfolgen.

Typ II ist bei der Durchführung von Anschlussrehabilitation grundsätzlich ausgeschlossen.

In der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen besteht folgende Besonderheit:

Ein Modellprojekt für eine DigiFlexReha des Typ II kommt nur bei stationären oder ganztägig ambulanten Regelbehandlungen für stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen ohne Substitution in Betracht (nicht bei einer ambulanten Rehabilitation, Adaption, Kombinationsbehandlungen, Kurzzeitbehandlungen oder anderen Mischfällen [ambulanten oder ganztägig ambulanten Entlassphasen]).

3. Anforderungen an die DigiFlexReha

3.1. Inhaltlich

Folgende inhaltliche Anforderungen der DRV gelten für DigiFlexReha:

Die **Qualitätsanforderungen** an eine herkömmliche medizinische Rehabilitation gelten auch für digital erbrachte Leistungen. Die Durchführung, das Zusammenwirken von Rehabilitand*in mit Ärzt*in sowie Therapeut*in und die Ziele und Evidenz jeder digitalen Leistung sind zu beschreiben.

Die Umsetzung der DigiFlexReha ist **in das Gesamtkonzept** der medizinischen Rehabilitationseinrichtung **integriert**. Dazu ist ein Zusatzkonzept zum medizinischen Konzept der Fachabteilung zu erstellen (siehe auch Kapitel 6). Eine Orientierungsgliederung für Zusatzkonzepte wird von der DRV erarbeitet. Die Mitarbeitenden der Rehabilitationseinrichtung werden konsequent in die Entwicklung und Umsetzung der DigiFlexReha eingebunden und entsprechend weitergebildet.

Für den Bereich der medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche ist zu berücksichtigen, dass bei Kindern unter 18 Jahren eine Aufsichtspflicht besteht. Des Weiteren ist die Fortsetzung des Schulunterrichts während der DigiFlexReha sicherzustellen. Wurde eine Begleitperson für die medizinische Rehabilitation für Kinder und Jugendliche bewilligt, ist diese auch bei der DigiFlexReha einzubeziehen.

Vor der Durchführung digitaler Leistungen lernen die Rehabilitand*innen die digitalen Interventionen kennen. Sie erhalten in der medizinischen Rehabilitationseinrichtung face-to-face eine **Einweisung** durch das Reha-Team, in dem sie auf die eigenständige Nutzung vorbereitet werden. Für jede digitale Leistung wird den Rehabilitand*innen eine Anleitung zur Anwendung zur Verfügung gestellt.

Das medizinische und therapeutische Personal **begleitet** bei synchron erbrachten digitalen Leistungen die **Therapie** persönlich während der digitalen Durchführung. Für Fragen zu digitalen Leistungen sowie bei technischen Problemen sind zusätzlich Feedbacksysteme einzurichten, die eine Bearbeitung und Rückmeldung innerhalb eines Werktages gewährleisten. Lassen Schwierigkeiten in der Anwendung digitaler Leistungen sich trotz kurzfristiger Intervention bzw. Krisenintervention nicht beheben, ist die

digitale Intervention abzubrechen und die Fortführung der medizinischen Rehabilitation in Präsenz zu organisieren.

Während einer DigiFlexReha muss der **Wechsel zurück in den Präsenzmodus** möglich sein. Dies ist sowohl aus (sozial)medizinischer Sicht als auch auf Wunsch von Rehabilitand*innen zu ermöglichen. Während der digitalen Leistungserbringung ist zu überwachen, ob eine Rückkehr in Präsenz erforderlich ist. Die Rehabilitationseinrichtung ist verpflichtet, innerhalb von zwei Werktagen nach Entscheidung über die Rückkehr einen Platz im Präsenzmodus anbieten zu können. Bis zum tatsächlichen Wechsel in den Präsenzmodus ist die Leistung digital fortzusetzen.

Innerhalb der digitalen Realisierung darf die **Sicherheit der Rehabilitand*innen** nicht gefährdet werden. Zu berücksichtigen ist beispielsweise die Gefahr von Stürzen, anderen Unfällen oder kardiovaskulären Ereignissen oder psychischen Krisen in der häuslichen Umgebung. Das Vorhandensein eines Notfallmanagements und der Vorhalt von Notrufmöglichkeiten ist auch während der digitalen Leistungserbringung erforderlich und entsprechend vorzuhalten. Die digitale Anwendung muss die Erstellung von Notfallplänen, adäquaten Regelungen zur Krisenintervention sowie geeignete Maßnahmen, das Gefährdungspotential und Risikosituationen für die Rehabilitand*innen zu minimieren, bereitstellen. Das Vorgehen bei einem medizinischen Notfall und einer Krisenintervention oder Beratung während der digitalen Phase muss entsprechend im jeweiligen Konzept (siehe Kapitel 6) beschrieben und mit den Rehabilitand*innen besprochen werden. Beim medizinischen Notfall während der digitalen Leistungserbringung müssen Ansprechpersonen (z.B. Hausarzt*in, Notfallambulanz oder Notruf „112“) benannt werden. Die Krisenintervention oder Beratung zu einem medizinischen Problem sollte durch eine qualifizierte Ansprechperson der leistungserbringenden Rehabilitationseinrichtung erfolgen, die möglichst bereits aus der Therapie in Präsenz bekannt ist. Im Rahmen der Einweisung ist den Rehabilitand*innen die Ansprechperson bei Notfällen zu benennen.

Es gelten besondere Anforderungen hinsichtlich der **Bindung zwischen Rehabilitand*innen und Therapeut*innen**. Digitale Leistungen werden grundsätzlich durch das den Rehabilitand*innen bereits bekannte multidisziplinäre Team unter Wahrung einer personenbezogenen Konstanz zur Stärkung der Beziehung zwischen Therapeut*in und Rehabilitand*in umgesetzt.

Bei **Gruppenleistungen** ist eine Konstanz der Gruppenmitglieder in Präsenz und digital anzustreben.

Bei der Umsetzung digitaler Leistungen ist **Vertraulichkeit** zu gewährleisten. Sowohl das therapeutische Personal als auch die Rehabilitand*innen sind entsprechend zu sensibilisieren. Bei Verwendung von Videodiensten müssen alle Teilnehmenden Räume wählen, die auch bei Gruppenleistungen Privatsphäre bieten. Der Klarname der Rehabilitand*innen muss für das therapeutische Personal erkennbar sein. Die Videogespräche dürfen nicht aufgezeichnet werden.

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI sind durch das Personal der Rehabilitationseinrichtung zu erbringen. Die Rehabilitationseinrichtung kann sich im Rahmen des von ihr verantworteten Gesamtkonzeptes partiell im Einzelfall der **Leistungen externer Anbieter** bedienen. Die Leistungserbringung durch das Personal der Rehabilitationseinrichtung ist einer Leistungserbringung durch externe Therapeut*innen grundsätzlich vorzuziehen. Für die Gruppe der psychosomatischen

Erkrankungen wird die Leistungserbringung durch Externe nicht empfohlen. Dies gilt ebenso für die medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeits-erkrankungen sowie für die medizinische Rehabilitation für Kinder und Jugendliche.

Für die externen Therapeut*innen gelten die Qualifikationsanforderungen aus den Strukturanforderungen zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Werden im Einzelfall externe Therapeut*innen mit der teilweisen Durchführung der digitalen Leistung beauftragt, ist die leistungserbringende Rehabilitationseinrichtung für die Qualität der zu erbringenden Leistungen verantwortlich. Folgende Punkte sind zu erfüllen:

- Eine nahtlose und vollständige „Übergabe“ durch die jeweiligen Bezugstherapeut*innen der leistungserbringenden Rehabilitationseinrichtung an die zuständigen externen Therapeut*innen ist sicherzustellen.
- Entsprechende Nachweise über die dafür erforderlichen Qualifikationen der jeweiligen Externen sind von den Rehabilitationseinrichtungen vorab einzufordern und zu prüfen.
- Die externen Therapeut*innen sind namentlich im Konzept zu benennen.
- Es muss ein regelmäßiger sozialmedizinischer Austausch in Angemessenheit der vorliegenden Art und Schwere der Erkrankung und den Bedürfnissen der Rehabilitand*innen entsprechend im Rahmen der verpflichtenden wöchentlichen Reha-Team-Besprechung der leistungserbringenden Rehabilitationseinrichtung gegeben sein.
- Der Einbezug von Rückmeldungen durch Befunderhebungen der zuständigen externen leistungserbringenden Therapeut*innen für die weiterführende sozialmedizinische Beurteilung muss erfolgen.

Im Rahmen der Prüfung des Konzeptes für das Modellprojekt (siehe Kapitel 6) ist von der Rehabilitationseinrichtung darzulegen, welche Leistungen aus welchen Gründen unter welchen Durchführungsbedingungen an externe Therapeut*innen ausgelagert werden sollen. Eine Darstellung der Einbindung der externen Therapeut*innen in das interdisziplinäre Team der Rehabilitationseinrichtung wird erwartet. Zudem ist mitzuteilen, welche externen Therapeut*innen (Name, Berufsgruppe, Qualifikation) mit der Durchführung der digitalen Leistungen beauftragt werden. Entsprechende Qualifikationsnachweise sind vorzulegen. Auch Änderungen des externen Personals sind dem zuständigen Träger der DRV anzuzeigen und entsprechende Qualifikationsnachweise einzureichen.

Jegliche Änderungen im Rahmen der digitalen Leistungserbringung oder Beendigungen hierzu bestehender Verträge sind dem Rentenversicherungsträger, der das Modellprojekt zugelassen hat, mitzuteilen.

Für die Einhaltung der datenschutzrechtlichen und beitragsrechtlichen Regelungen ist die Rehabilitationseinrichtung verantwortlich.

Wenn nicht anders für die DigiFlexReha festgelegt, gelten im Übrigen die Bestimmungen des Rahmenkonzeptes zur medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung¹.

¹ https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/rahmenkonzept_medizinische_reha.html

3.2. Technisch

Bei der Durchführung der DigiFlexReha sind die rechtlichen Regelungen zu Datenschutz und IT-Sicherheit zu beachten. Die DRV behält sich ein Prüfrecht vor.

Bei allen digitalen Leistungen ist auf **Barrierefreiheit** zu achten. Sollte dies im Einzelfall (noch) nicht möglich sein, ist dies zu dokumentieren und die Barrierefreiheit herzustellen bzw. die Rehabilitation in Präsenz fortzusetzen.

3.3. Verantwortlichkeit

Die Rehabilitationseinrichtung trägt die Verantwortung und die Kosten für das verwendete IT-System sowie die Umsetzung und Pflege der digitalen Leistungen.

4. Therapeutische Inhalte der DigiFlexReha

Die im Rahmen der DigiFlexReha umsetzbaren digitalen Leistungen werden wie folgt untergliedert:

- zeitliche Gestaltung der digitalen Elemente synchron (gleichzeitig) oder asynchron (zeitversetzt)
- Verhältnis Therapeut*in/ Rehabilitand*in(nen) in folgenden Ausprägungen: Einzel (1:1), Kleingruppen (1:[bis 5]) und DigiFlex-Gruppen (1:[bis 8])²

Eine maximale Gruppengröße von acht Rehabilitand*innen³ sollte bei der Durchführung digitaler Leistungen grundsätzlich nicht überschritten werden.

4.1. Digital abbildbare Leistungen

Alle digital erbrachten Leistungen müssen von einer **Kommunikation** zwischen medizinischem und therapeutischem Personal und Rehabilitand*innen synchron per Video, Telefon oder Live-Chats oder asynchron per gesicherter E-Mail oder Messenger-Diensten begleitet werden.

Im Bereich der **Sport- und Bewegungstherapie** sowie **Physiotherapie** können alle Leistungen digital synchron erbracht werden, in denen die Ziele und Inhalte gemäß konzeptioneller Grundlagen (beispielsweise Evidenzbasierter Therapiemodule) adäquat ortsunabhängig umgesetzt werden können. Dies kann als Einzelleistung sowie in Kleingruppen. Für asynchrone digitale Elemente kommen Eigentaining sowie die Wiederholung und Vertiefung von Lerninhalten sowie Interventionen zum Motivations- und Volitionsaufbau infrage.

Im Bereich **Information, Motivation und Schulung** können ärztliche Beratungen und Gespräche ggf. unter Einbeziehung von Angehörigen/ Bezugspersonen/Betriebsangehörigen, Vorträge, Seminare und Schulungen digital synchron erbracht werden. Die Anzahl an Teilnehmenden bei Vorträgen ist nicht begrenzt. Für Seminare und Schulungen sind DigiFlex-Gruppen mit bis zu acht Rehabilitand*innen vorzusehen, um Interaktion zu gewährleisten.

² Die Definition der Kleingruppe mit maximal fünf Rehabilitand*innen entspricht der KTL 2015, die Begrenzung von Gruppen auf maximal acht Rehabilitand*innen (DigiFlex-Gruppe) weicht von den Vorgaben der KTL 2015 ab (siehe Seite 22).

³ Die maximale Gruppengröße von acht Rehabilitand*innen orientiert sich an den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), die für Video-Gruppentherapien im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung (EBM 35) gelten.

Als asynchrone digitale Elemente kommen die Wiederholung und Vertiefung von Lerninhalten sowie der therapeutisch begleitete Einsatz von digitalen Selbsthilfeinterventionen zur Verhaltensänderung und Psychoedukation infrage.

Im Bereich **klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie** sind Beratungen, Kleingruppen, Angehörigengespräche und Sozialtherapie digital synchron umsetzbar. Sozialtherapie ist auch in DigiFlex-Gruppen mit bis zu acht Rehabilitand*innen umsetzbar. Als asynchrone digitale Elemente kommen die Wiederholung und Vertiefung von Lerninhalten infrage.

Im Bereich **Ergo-, Arbeits- und andere funktionelle Therapie** sind Bilanzierungsgespräche, Training der Aktivitäten des täglichen Lebens, hilfsmittelbezogene Beratung oder Ergotherapie, Projektgruppen, logopädische Behandlungen und Kommunikationstraining digital synchron umsetzbar. Dies kann in Einzelgesprächen sowie in Kleingruppen erfolgen. Als asynchrone digitale Elemente kommen logopädische Selbstübungsprogramme infrage.

Im Bereich **klinische Psychologie, Neuropsychologie** sind psychologische Beratung in Einzelgesprächen sowie psychologische Gruppenarbeit und Entspannungsverfahren in DigiFlex-Gruppen mit bis zu acht Rehabilitand*innen nach Indikationsstellung durch eine*n Psychologe*in digital synchron umsetzbar. Hirnleistungstraining und neuropsychologische Therapie sind nach Indikationsstellung durch eine*n Neuropsychologe*in als fakultativ auswählbares Angebot in Einzelgesprächen oder Kleingruppen ebenfalls synchron umsetzbar. Alle digitalen Gruppenleistungen sind eine Fortführung der face-to-face Gruppen aus der ersten Präsenzphase. Als asynchrone digitale Elemente in diesem Bereich kommen die Wiederholung und Vertiefung von Lerninhalten, Selbstübungsprogramme sowie die Durchführung online-basierter Fragebogendiagnostik infrage.

Im Bereich **Psychotherapie** sind psycho- und suchtttherapeutische Intervention bei arbeitsweltbezogener Problematik, verhaltenstherapeutische Psychotherapie, Suchttherapie, psychotherapeutisch orientierte Angehörigengespräche und Psychotherapie in der somatischen Rehabilitation digital synchron in Einzelgesprächen umsetzbar. Verhaltenstherapeutische Psychotherapie und Suchttherapie sind als Klein – oder DigiFlex-Gruppe mit bis zu acht Rehabilitand*innen ebenfalls digital synchron umsetzbar⁴. Vorab der digitalen Leistungserbringung ist für alle genannten Leistungen die Indikationsstellung durch eine*n ärztliche*n oder psychologische*n Psychotherapeut*in erforderlich. Als asynchrone digitale Elemente kommen Wiederholung und Vertiefung von Lerninhalten sowie Selbstübungsprogramme, sofern ausreichende Evidenz zur Wirksamkeit von therapeutisch begleiteten Selbstübungsprogrammen für digitale psycho- und suchtttherapeutische Interventionen vorliegen, infrage.

⁴ Zum aktuellen Zeitpunkt wird ausschließlich zu psychotherapeutischen Einzelgesprächen als digitales Folgegespräch nach Erstgespräch mit unmittelbarem persönlichem Kontakt geraten. Gruppentherapeutische digitale Angebote werden derzeit in einer Studie erprobt. Der Schwerpunkt liegt dabei auf psychoedukativen Elementen.

Im Bereich **ernährungsmedizinische Leistungen** sind Abstimmungen, Monitoring und Beratung zur Ernährung, praktische Übungen zum Ernährungsverhalten sowie Lehrküche digital synchron umsetzbar. Dies kann in Einzelgesprächen, Klein- oder DigiFlex-Gruppen mit bis zu acht Rehabilitand*innen erfolgen. Als asynchrone digitale Elemente kommen ergänzende Fachinformationen und Anleitungen, Wissenstests sowie der therapeutisch begleitete Einsatz von digitalen Selbsthilfeinterventionen zur Verhaltensänderung und Psychoedukation infrage.

Im Bereich **Reha-Pflege und Pädagogik** sind supportive Gespräche, Anleitungen zu Aktivitäten des täglichen Lebens sowie medizinisch-kosmetische Beratungen digital synchron umsetzbar. Dies kann in Einzelgesprächen sowie in Kleingruppen erfolgen. Berufsbezogene Qualifizierungsangebote und Bewerbungstraining sind auch als DigiFlex-Gruppe mit bis zu acht Rehabilitand*innen digital synchron umsetzbar. Als asynchrone digitale Elemente kommen ergänzende Fachinformationen und Anleitungen sowie Lernprogramme im Rahmen der Lernförderung infrage.

Im Rahmen des digitalen Trainings ist in Absprache mit der Rehabilitationseinrichtung die Nutzung von Geräten möglich. Hierfür sollte idealerweise auf bereits vorhandene Sportgeräte zurückgegriffen werden. Alternativ können Geräte aus der Einrichtung für die häusliche Nutzung verliehen werden. Rückgabemodalitäten und haftungsrechtliche Fragen (z.B. bei Verlust oder Beschädigung eines Geräts) sind im rechtlichen Binnenverhältnis von Einrichtung und Rehabilitand*in zu regeln.

4.2. Nicht digital abbildbare Leistungen

Alle Typen der DigiFlexReha beginnen mit einer ersten Phase in Präsenz, um eine **persönliche Aufnahmeuntersuchung und sozialmedizinische Leistungsbeurteilung** sicherstellen zu können. In dieser Phase erfolgen außerdem die **Vorbereitung und Einweisung** für die digitalen Leistungen in Präsenz (siehe auch Kapitel 3.1). Im Bereich der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen für ein Modellprojekt Typ II kann dies erst in der zweiten Hälfte der Rehabilitation erfolgen.

Grundsätzlich ist die physische Anwesenheit der Rehabilitand*innen bei der **Abschlussuntersuchung** für den fachspezifischen körperlichen Befund erforderlich. Vereinzelt Diagnostiken können auch digital erfolgen. Grundsätzlich ist die Möglichkeit, die abschließenden Untersuchungen bzw. Befunderhebungen in Präsenz durchzuführen immer einer digitalen Form vorzuziehen. Bei somatischen Erkrankungen und ganztägig ambulanter medizinischer DigiFlexReha sowie in der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen erfolgt die Abschlussuntersuchung immer in Präsenz.

Bei psychosomatischen Erkrankungen ist eine erste sozialmedizinische Leistungsbeurteilung bzw. Begutachtung mit den bis zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Präsenzphase erhobenen Erkenntnissen und Befunden zu leisten. Je nach Ergebnis der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung ist die zweite sozialmedizinische Leistungsbeurteilung am Ende der DigiFlexReha im Sinne einer Verlaufskontrolle bzw. Nacherhebung durch die jeweils für die Befundung erforderlichen Berufsgruppen im Einzelfall auch digital möglich. Für Rehabilitand*innen, die im Umkreis von 20 Kilometern der stationären Einrichtung wohnen, erfolgt auch die Abschlussuntersuchung in Präsenz. Bei weiter entfernten Rehabilitationseinrichtungen ist die zumutbare Erreichbarkeit individuell zu prüfen.

Die Befunderhebungen sind jeweils durch die „Bezugs“-Fachärzt*innen, -Psychotherapeut*innen sowie -Psycholog*innen durchzuführen. Die Eignung der Rehabilitand*innen für eine in Teilen digitale Abschlussbefunderhebung ist im Einzelfall von der Rehabilitationseinrichtung zu prüfen. Sollte sich während der digitalen Phase herausstellen, dass die medizinische Notwendigkeit (z.B. durch eine sich abzeichnende klinische Verschlechterung oder andere Faktoren, die Einfluss auf die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung nehmen könnten) für eine Rückkehr in Präsenz gegeben ist, so ist die Abschlussbefunderhebung vor Ort in der leistungserbringenden Rehabilitationseinrichtung durchzuführen.

Alle Leistungen mit **Monitoring** sind grundsätzlich nicht digital abbildbar.

5. Sozialrechtliche Regelungen

Ein Anspruch auf **Übergangsgeld** nach § 20 SGB VI besteht, wenn Leistungen nicht dazu geeignet sind, neben einer Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit erbracht zu werden. Das gilt unabhängig davon, ob die Leistung digitale Bestandteile enthält oder herkömmlich in Präsenz erbracht wird. Insoweit sind keine Besonderheiten zu beachten.

Erforderliche **Reisekosten** nach § 73 SGB IX sind nach den üblichen Kriterien erstattungsfähig. Dies gilt auch für den aus (sozial-)medizinischer Sicht oder auf Wunsch der Rehabilitand*innen erforderlichen Wechsel von digitaler Durchführung zurück in den Präsenzmodus.

Haushaltshilfe bzw. Kinderbetreuungskosten nach § 74 SGB IX kommen in Betracht, wenn den Leistungsempfängern konkret wegen der Teilnahme an der Reha-Leistung die Weiterführung des Haushaltes bzw. eine Kinderbetreuung nicht möglich ist.

Ein **gesetzlicher Unfallversicherungsschutz** besteht nur, wenn sich die Rehabilitand*innen in der Rehabilitationseinrichtung aufhalten. Nicht versichert sind die Teilnahme und Inanspruchnahme der digitalen Angebote und Inhalte außerhalb der Rehabilitationseinrichtung bzw. im häuslichen Bereich der Rehabilitand*innen.

Für ausschließlich digital stattfindende Behandlungstage besteht keine **Zahlungspflicht** nach § 32 SGB VI.

Die **Medikamentenkosten** sind nach § 15 SGB VI analog herkömmlicher medizinischer Rehabilitation abgegolten.

6. Genehmigung von Konzepten für eine DigiFlexReha

Eine Umsetzung von Konzepten für die DigiFlexReha in den Rehabilitationseinrichtungen ist erst nach Genehmigung als befristetes Modellprojekt durch den federführenden Rentenversicherungsträger möglich.

Das Modellprojekt ist in angemessenem Umfang zu begleiten und zu evaluieren. Die Prüfung von Machbarkeit und/oder Wirksamkeit soll auf Basis eines angemessenen methodischen Designs erfolgen.

Zur Einreichung entsprechender Konzepte berechtigt sind von der DRV für die Durchführung herkömmlicher medizinischer Rehabilitation selbst betriebene oder zugelassene medizinische Rehabilitationseinrichtungen. Die Genehmigung wird für die medizinische Rehabilitationseinrichtung erteilt, die das Konzept einreicht. Sie wird von dem federführenden Rentenversicherungsträger ausgesprochen.

Die im vorliegenden Papier beschriebenen Anforderungen an die DigiFlexReha werden bei der Genehmigung geprüft. Dafür sind (mindestens) folgende Dokumente einzureichen:

- Umsetzungskonzept (10 bis 15 Seiten), das beinhaltet
 - a. Zielgruppe, Indikation, Ablauf der Auswahl geeigneter Rehabilitand*innen, Weiterbildung der Mitarbeitenden, Qualitätssicherung und Ansprechperson,
 - b. Beschreibung des verwendeten IT-Systems und jeder digitalen Leistung (Durchführung, Interaktion von Rehabilitand*in und Therapeut*in, Ziele, verfügbare Evidenz) sowie ein Muster-Therapieplan
 - c. Umsetzung der Begleitung und Evaluation des Modellprojektes
 - d. Vorgehen bei einem medizinischen Notfall und einer Krisenintervention oder Beratung während der digitalen Leistungserbringung,
 - e. Vorgehen bei Verlängerungen
 - f. Darstellung, welche Leistungen aus welchen Gründen unter welchen Durchführungsbedingungen an externe Therapeut*innen ausgelagert werden und deren Einbindung in das interdisziplinäre Team der Rehabilitationseinrichtung.
- Qualifikationsnachweise der externen Therapeut*innen
- Versicherung, dass ein Wechsel von der digitalen Leistungserbringung zurück in den Präsenzmodus im Bedarfsfall ermöglicht wird (siehe Kapitel 3.1)
- Datenschutzkonzept und IT-Sicherheitskonzept

Das Datenschutzkonzept und das IT-Sicherheitskonzept der selbst betriebenen Rehabilitationseinrichtungen werden durch den jeweiligen Rentenversicherungsträger geprüft.

Die Höhe der Vergütung wird konzeptabhängig als Einzelfallentscheidung vom federführenden Rentenversicherungsträger festgelegt und mit Genehmigung bekanntgegeben. Sie sollte sich an der Vergütung der herkömmlichen medizinischen Rehabilitation orientieren, ggf. werden Besonderheiten des jeweiligen Modellprojektes durch Abweichungen abgebildet. Die mitbelegenden Rentenversicherungsträger vergüten die DigiFlexReha einheitlich. Mit Umsetzung der transparenten Vergütung ist diese Regelung anzupassen.

7. Dokumentation der DigiFlexReha und Auswirkungen auf die Reha-Qualitätssicherung

Digital erbrachte Leistungen können in der aktuell geltenden Fassung der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) ebenso wie in den Reha-Therapiestandards (RTS) nicht umfassend abgebildet werden, da diese „ausschließlich therapeutische Leistungen mit einer Therapeut-Patienten-Interaktion“ erfassen. Eine gesonderte Kennzeichnung als digitale Leistungserbringung ist aktuell ebenfalls nicht möglich. Die KTL und RTS werden überarbeitet.

In den Modellprojekten sind diejenigen digital erbrachten Leistungen, bei denen Rehabilitand*in und Therapeut*in synchron (gleichzeitig) interagieren wie analog erbrachte Leistungen – ohne besondere Kennzeichnung – in den KTL zu kodieren. Die vollständige Dokumentation aller digital erbrachten Leistungen erfolgt in den Therapieplänen der Rehabilitationseinrichtung sowie dem offenen Teil des Entlassungsberichtes.

Für die Umsetzung der Modellprojekte wird seitens der Rentenversicherungsträger einheitlich ein Projekt-Fachabteilungsschlüssel (9xxx) vergeben, der einen Ausschluss von Projektfällen aus den Ergebnismeldungen zur Reha-Qualitätssicherung ermöglicht.

Die Datenauswertung und Evaluation der DigiFlexReha-Modellprojekte erfolgt über die Projektdokumentation bzw. Datenziehungen auf Basis des Projekt-Fachabteilungsschlüssels.

Die Modellprojekte sind aus den Instrumenten der Reha-Qualitätssicherung ausgeschlossen.

8. Digitale Vor- und Nachbereitung der medizinischen Rehabilitation

Kapitel 8 beschreibt Möglichkeiten und Grenzen einer digitalen Vor- und Nachbereitung über die DigiFlexReha hinaus für die medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung insgesamt.

Eine digitale Vorbereitung auf eine medizinische Rehabilitation kann beispielsweise die Bereitstellung von Informationsmaterial zum Ablauf und Durchführung der Leistung sowie der Datenerhebung in Form von Assessments umfassen.

Nach einer DigiFlexReha ist Reha-Nachsorge sowohl digital als auch in Präsenz möglich.

Eine digitale Nachbereitung der medizinischen Rehabilitation kann auch weitere digitale Angebote oder Anwendungen umfassen, die nicht Reha-Nachsorge im Sinne der Rentenversicherung sind und daher von ihr nicht vergütet werden. Auch solche Angebote können sinnvoll sein und von den Reha-Einrichtungen für die Zeit nach der Rehabilitation angeregt oder als individuelle Selbsthilfe in Eigenverantwortung der Rehabilitand*innen genutzt werden. Dies können z.B. Softwareprodukte ohne Therapeutenkontakt/-begleitung, reine Informationsangebote im Internet (z. B. Gesundheitsportale mit Gesundheitsinformationen), Systeme zur telemetrischen Überwachung von Körperfunktionen oder „normale“ kommerzielle Gesundheits-Apps sein.

Ausblick

Mit der DigiFlexReha sollen neue Formen der Durchführung der medizinischen Rehabilitation der DRV erprobt werden. Die Sicherstellung der Qualität ist dabei oberstes Prinzip. Es ist zu gewährleisten, dass die DigiFlexReha die Qualitätsstandards einer herkömmlichen medizinischen Rehabilitation erfüllt.

Um diesem Grundsatz zu entsprechen, sind praktische Erkenntnisse und wissenschaftliche Evidenz erforderlich. Dies ist durch Umsetzung von befristeten und evaluativ begleiteten Modellprojekten im Sinne von Implementationsforschung unter Einbezug von Praktiker*innen aus dem Bereich der medizinischen Rehabilitation und Wissenschaft zu realisieren.

Für Modelle, die sich in der Praxis bewähren, ist der Weg in die Routineversorgung der DRV zu gestalten. Dafür ist ein rentenversicherungsweit einheitliches Vorgehen zu entwickeln und umzusetzen. Die DigiFlexReha könnte in Zukunft eine Form der flexibilisierten Leistung der DRV zusätzlich zur herkömmlichen medizinischen Rehabilitation darstellen und sich zu einem erweiterten Regelangebot für Rehabilitand*innen mit speziellen Bedarfen entwickeln.



**Deutsche
Rentenversicherung**
Rehabilitation –
mit Sicherheit Qualität