

# Strukturqualität von Reha-Fachabteilungen

- Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung
- Medizinische Reha-Fachabteilungen
  - Stationäre Rehabilitation
  - Ganztägig-ambulante Rehabilitation
  - Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)
  - Rehabilitation von Erwachsenen
  - Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation
- 3. überarbeitete und erweiterte Auflage, März 2025

## Kontakt Reha-Qualitätssicherung

Die Betreuung der Qualitätssicherung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation erfolgt im Dezernat 0430 Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Die Strukturanforderungen werden in regelmäßigen Abständen durch ein Team aus Expertinnen und Experten der Deutschen Rentenversicherung und medizinischer Reha-Einrichtungen überarbeitet. Dabei stellen unter anderem Rückmeldungen aus der Praxis Anlässe für Überarbeitungen dar.

Teilen Sie uns Ihre Anregungen bitte über den folgenden POSTKORB mit: [qs-berichte-anfragen](#)

Weitere Informationen zur Reha-Qualitätssicherung finden Sie im Internet unter: [www.reha-qs-drv.de](http://www.reha-qs-drv.de)

## **Wir danken den Mitwirkenden:**

Herrn Alpay Algül, Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz  
Frau Dr. Larissa Beck, Deutsche Rentenversicherung Bund  
Frau Nicole Burghardt, Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See  
Frau Ilka Busch, Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg  
Herrn Dr. Ulrich Eggens, Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg  
Frau Dr. Karen Freise, Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover  
Frau Barbara Hassenkamp, Deutsche Rentenversicherung Westfalen  
Frau Katrin Heißenbüttel, Deutsche Rentenversicherung Bund  
Herrn Dr. Alex Höfter, Deutsche Rentenversicherung Bund  
Herrn Dr. Ralph Jäger, Deutsche Rentenversicherung Bund  
Herrn Dr. Ulf Kampczyk, Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland  
Herrn Eduard Kastner, Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover  
Frau Dr. Luise Kayser, Deutsche Rentenversicherung Bund  
Herrn Dr. Werner Kühn, Deutsche Rentenversicherung Rheinland  
Frau Dr. Stefanie Märtin, Deutsche Rentenversicherung Bund  
Herrn Wilfried Müller, Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover  
Herrn Franz-Josef Muhmann, Deutsche Rentenversicherung Westfalen  
Frau Dr. Margarete Ostholt-Corsten, Deutsche Rentenversicherung Bund  
Frau Mona Sägebarth, Deutsche Rentenversicherung Bund  
Herrn Detlef Schmidt, Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See  
Herrn Dr. Marc Schöttler, Deutsche Rentenversicherung Rheinland  
Herrn Dr. Timo Specht, Deutsche Rentenversicherung Nord  
Frau Dr. Andrea Temme, Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland  
Herrn Jan-Stephan Vietsch, Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg  
Herrn Gerald Weiß, Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd  
Frau Nicola Wenderoth, Deutsche Rentenversicherung Bund  
Frau Kornelia Winnicka, Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hann.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Vorwort</b>	<b>3</b>
<b>2. Einführung</b>	<b>4</b>
2.1 Gesetzliche Grundlagen	4
2.2 Strukturqualität und Reha-Qualitätssicherung	5
2.3 Aktuelle Fassung der Strukturanforderungen	5
<b>3. Merkmale der Strukturqualität</b>	<b>7</b>
3.1 Belegungsrelevante Merkmale	7
3.1.1 Qualifikation der ärztlichen Leitung und deren Vertretung	7
3.2 Anforderungen an die Barrierearmut	8
3.3 Räumliche Anforderungen	9
3.4 Medizinisch-technische Anforderungen	9
3.5 Anforderungen an besondere Ernährungsformen	9
3.6 Personelle Anforderungen	10
3.6.1 Geeignete Qualifikationen und Berufsabschlüsse	11
3.6.2 Aktuelle Entwicklungen: Assistenzberufe im Gesundheitswesen	13
3.6.3 Somatik stationär	13
3.6.4 Psychosomatik, Abhängigkeitserkrankungen stationär	19
3.6.5 Somatik ganztägig-ambulant	22
3.6.6 Psychosomatik, Abhängigkeitserkrankungen ganztägig-ambulant	25
3.6.7 Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)	28
3.6.8 Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen	30
<b>4. Strukturnahe Prozessmerkmale</b>	<b>32</b>
4.1 Merkmale zur Organisation	32
4.2 Interne Kommunikation, Personalentwicklung	32
4.3 Spezifische Konzepte und Schulungen	32
4.4 Internes Qualitätsmanagement	33
<b>5. Umsetzung der Strukturqualität – Zusammenarbeit mit Reha-Einrichtungen</b>	<b>34</b>
<b>6. Literatur</b>	<b>35</b>
<b>Anhang 1: Überblick über alle Merkmale der Strukturqualität</b>	<b>37</b>
<b>Anhang 2: Häufige Fragen und Antworten zu den Strukturanforderungen</b>	<b>59</b>

# Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1:</b>	<b>Personelle Anforderungen – Orthopädie stationär / Kardiologie stationär</b>	<b>16</b>
<b>Tabelle 2:</b>	<b>Personelle Anforderungen – Onkologie stationär / Gastroenterologie stationär</b>	<b>17</b>
<b>Tabelle 3:</b>	<b>Personelle Anforderungen – Indikationsübergreifend stationär / Dermatologie stationär</b>	<b>18</b>
<b>Tabelle 4:</b>	<b>Personelle Anforderungen – Pneumologie stationär / Neurologie Phase D stationär</b>	<b>19</b>
<b>Tabelle 5:</b>	<b>Personelle Anforderungen – Psychosomatik stationär</b>	<b>21</b>
<b>Tabelle 6:</b>	<b>Personelle Anforderungen – Abhängigkeitserkrankungen stationär</b>	<b>22</b>
<b>Tabelle 7:</b>	<b>Personelle Anforderungen – Orthopädie ganztägig-ambulant / Kardiologie ganztägig-ambulant</b>	<b>24</b>
<b>Tabelle 8:</b>	<b>Personelle Anforderungen – Neurologie ganztägig-ambulant</b>	<b>25</b>
<b>Tabelle 9:</b>	<b>Personelle Anforderungen – Psychosomatik ganztägig-ambulant</b>	<b>27</b>
<b>Tabelle 10:</b>	<b>Personelle Anforderungen – Abhängigkeitserkrankungen ganztägig-ambulant</b>	<b>28</b>
<b>Tabelle 11:</b>	<b>ergänzende personelle Anforderungen für MBOR-Konzept – Stufe B</b>	<b>30</b>
<b>Tabelle 12:</b>	<b>Personelle Anforderungen – Kinder und Jugendliche stationär</b>	<b>32</b>
<b>Tabelle 13:</b>	<b>Überblick über alle Merkmale der Strukturqualität</b>	<b>38</b>

# 1. Vorwort

Die Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung dient der individuellen Förderung ihrer Versicherten und erfüllt darüber hinaus auch eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe. Mit ihrer Hilfe wird – im Sinne des § 1 SGB IX – das übergeordnete Ziel der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft verfolgt. Sie wirkt negativen Auswirkungen von Krankheit oder Behinderungen auf die Teilhabe im privaten, beruflichen und sozialen Umfeld entgegen, um eine möglichst dauerhafte (Wieder-)Eingliederung in das Erwerbsleben zu erreichen bzw. einem drohenden Ausscheiden aus dem Erwerbsleben entgegenzuwirken.

Als moderner, zukunftsorientierter Leistungsträger wollen wir für unsere Versicherten eine hohe Qualität der Leistungserbringung sicherstellen. Alle Versicherten sollen sich darauf verlassen können, in von der Deutschen Rentenversicherung belegten oder betriebenen Reha-Fachabteilungen einen vergleichbaren Qualitätsstandard vorzufinden.

Die Strukturqualität ist eine wichtige Dimension der Reha-Qualitätssicherung. Sie umfasst personelle, räumliche und medizinisch-technische Rahmenbedingungen. Daten zur Strukturqualität lassen sich überwiegend objektiv erheben und überprüfen. Sie liefern Anhaltspunkte für eine erste und vergleichende Einschätzung von Fachabteilungen und bilden die Grundlage für weiterführende Verhandlungen und Visitationen.

Die Bewertung der Strukturqualität von Fachabteilungen setzt voraus, dass entsprechende Anforderungen definiert und transparent sind. Die Projektgruppe „Strukturanforderungen“ hat – als zuständiges Fachgremium der Deutschen Rentenversicherung – auf der Grundlage von bestehenden Anforderungen der Rentenversicherungsträger 2010 erstmals Strukturanforderungen für die medizinische Rehabilitation erarbeitet und publiziert.

Diese wurden, auf Basis der gesammelten Erfahrungen aus Strukturhebungen sowie den erkenntnisreichen Rückmeldungen aus der Praxis, regelmäßig überprüft und weiterentwickelt. Die Strukturanforderungen in der jetzt vorliegenden Fassung setzen verbindliche Standards für die Strukturqualität in der Rehabilitation. Zugleich bleibt Raum für z. B. innovative Konzepte zur Weiterentwicklung der Rehabilitation.

Wir danken den Mitwirkenden der Projektgruppe „Strukturanforderungen“ für ihre wertvolle Arbeit. Ebenso bedanken wir uns für die vielen konstruktiven Anregungen aus den Rehabilitationseinrichtungen.

**Brigitte Gross**  
Direktorin  
Deutsche Rentenversicherung Bund

**Thomas Keck**  
Erster Direktor der DRV Westfalen,  
Vorsitzender der rv-trägerübergreifenden Arbeitsgruppe Teilhabe

## 2. Einführung

Um eine hohe Qualität der rehabilitativen Versorgung zu gewährleisten, hat die Deutsche Rentenversicherung Empfehlungen und Anforderungen an die Leistungserbringung definiert. Diese machen die Erwartungen an die Qualität der Leistungserbringung transparent und geben den Reha-Fachabteilungen damit eine wichtige Orientierung. Zugleich legen sie die Grundlage für eine Messung der in der Praxis erzielten Qualität. Mit Hilfe von geeigneten Qualitätssicherungsinstrumenten und -verfahren werden die für die medizinische Versorgung maßgeblichen Qualitätsdimensionen – Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität – abgebildet. Die Dimension Strukturqualität wird in der Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung vorwiegend durch Strukturhebungen erfasst. Grundlage für diese Erhebungen bilden die Strukturanforderungen.

Die Strukturanforderungen gelten für alle rentenversicherungseigenen Reha-Fachabteilungen und solche, die einen Vertrag nach § 38 SGB IX mit der Deutschen Rentenversicherung geschlossen haben. Sie beschreiben indikationsspezifisch einen Handlungsrahmen, wobei nicht alle möglichen Fallgestaltungen und konkreten Detailfragen abgebildet werden können. Deren Lösung obliegt dem jeweiligen federführenden Rentenversicherungsträger in seiner Autonomie zur Ausgestaltung der Strukturqualität. Hierzu gehören besondere Bedingungen beim Versorgungsaufwand (z. B. bei Anschlussrehabilitationen, AHB) oder die Umsetzung in kleinen Abteilungen.

Insofern tragen die federführenden Rentenversicherungsträger bei der Umsetzung der Strukturanforderungen eine hohe Verantwortung. Sie müssen innerhalb der vorgegebenen Regelungen begründete standortspezifische Lösungen unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten finden, die mit anderen Reha-Fachabteilungen vergleichbare hochwertige Reha-Leistungen gewährleisten.

### 2.1 Gesetzliche Grundlagen

Der Gesetzgeber hat in § 36 SGB IX die Strukturverantwortung der Rehabilitationsträger festgelegt. Um dieser gerecht zu werden, werden die Rehabilitationsträger verpflichtet, gemeinsam unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen darauf hinzuwirken, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationseinrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen (§ 36 Abs. 1 SGB IX).

Rahmenbedingungen für die Qualität der Leistungserbringung sowie zu Anforderungen an die Strukturqualität werden insbesondere im SGB VI und SGB IX beschrieben. In § 37 Absatz 1 SGB IX heißt es: „Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 vereinbaren gemeinsame Empfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen, insbesondere zur barrierefreien Leistungserbringung, sowie für die Durchführung vergleichender Qualitätsanalysen als Grundlage für ein effektives Qualitätsmanagement der Leistungserbringer“. Die Vereinbarung von Empfehlungen wird insbesondere auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation umgesetzt.<sup>1</sup>

1 Bspw. Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ (2019), abrufbar unter <https://www.bar-frankfurt.de/>

Über die gemeinsamen Empfehlungen hinaus hat jeder Rehabilitationsträger nach § 37 Absatz 4 SGB IX die Möglichkeit, ergänzende Anforderungen an die Qualität und das Qualitätsmanagement zu vereinbaren. In Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung geschieht das insbesondere durch die Vorgabe der Strukturanforderungen für die medizinische Rehabilitation sowie von Rahmenkonzepten, Positionspapieren und Reha-Therapiestandards.<sup>2</sup>

In § 13 SGB VI wird in Bezug auf die Leistungserbringung formuliert: „Der Träger der Rentenversicherung bestimmt im Einzelfall unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechtes des Versicherten... und der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen“. Dabei sind die stationären Leistungen unter ständiger ärztlicher Verantwortung und Mitwirkung von besonders geschultem Personal zu erbringen (§ 15 Absatz 2 SGB VI). Welche Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, leitet sich aus der Art und Schwere der Erkrankungen ab.

Die nähere inhaltliche Ausgestaltung der Anforderungen an die medizinischen Rehabilitationseinrichtungen ist nach § 15 Absatz 9 SGB VI künftig durch Verbindliche Entscheidungen der Deutschen Rentenversicherung vorzugeben. Darin wird auch auf die rentenversicherungseinheitlichen Strukturanforderungen verwiesen.

## **2.2 Strukturqualität und Reha-Qualitätssicherung**

Wie eingangs angesprochen, wird die Strukturqualität der Rehabilitation im Rahmen der externen Reha-Qualitätssicherung (Reha-QS) mittels sog. Strukturhebungen ermittelt. Es erfolgt dabei ein Abgleich der Strukturen der Fachabteilungen mit den Strukturanforderungen im Sinne eines Soll-Ist-Vergleichs. Die Erhebung erfolgt mit einem standardisierten Erhebungsbogen. Die Ergebnisse der Strukturhebungen werden den teilnehmenden Fachabteilungen und zuständigen Rentenversicherungsträgern in Form fachabteilungsvergleichender Berichte zur Reha-QS zurückgemeldet. Auf diese Weise soll ein qualitätsorientierter Wettbewerb erreicht werden, der zur Optimierung der Reha-Qualität beiträgt.

Die Strukturhebung wurde zuletzt 2014 durchgeführt und wurde anschließend vor dem Hintergrund der geplanten Überarbeitung der Strukturanforderungen ausgesetzt. Mit der nun vorliegenden Fassung der Strukturanforderungen soll die Erhebung wieder aufgenommen werden, um aktuelle Daten und Aussagen zur Strukturqualität der medizinischen Rehabilitation zur Verfügung stellen zu können.

## **2.3 Aktuelle Fassung der Strukturanforderungen**

Die Strukturanforderungen wurden im Auftrag der Gremien der Deutschen Rentenversicherung entwickelt und im Mai 2010 erstmals publiziert. Grundlage waren Anhaltszahlen der Rentenversicherungsträger, reha-relevante Konzepte und Vereinbarungen sowie die Leistungsbeschreibung im Abschlussbericht der Reha-Kommission [1].

<sup>2</sup> Anforderungen abrufbar unter: [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Anbieter/Anforderungen-an-Reha-Einrichtungen/anforderungen-an-reha-einrichtungen\\_node.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Anbieter/Anforderungen-an-Reha-Einrichtungen/anforderungen-an-reha-einrichtungen_node.html)



Mit der aktuellen Broschüre wird die zweite Überarbeitung der Struktur- anforderungen veröffentlicht. Die bis dato geltenden Struktur- anforderungen wurden grundlegend durchgesehen, aktualisiert und auf weitere Versor- gungsbereiche erweitert. Dabei wurden die Rückmeldungen zur Struktur- erhebung 2014 sowie gesammelte Hinweise und Anregungen aus der Praxis einbezogen. Die Überarbeitung erfolgte in einem intensiven und umfassen- den Diskussionsprozess, in den neben multiprofessionellen Expertinnen und Experten der Deutschen Rentenversicherung auch die Leistungserbringer einbezogen waren.

Wesentliche Neuerungen:

- a) Die Personalvorgaben für die medizinische Rehabilitation Erwachsener wurden für alle Indikationsbereiche (ganztägig-ambulante und statio- näre Rehabilitation) aktualisiert;
- b) Die Anforderungen an die stationäre medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen wurden aktualisiert und neu strukturiert. Dabei gelten für die Rehabilitation von therapie- oder pflegeintensiven Krankheitsbildern höhere Anforderungen; ebenso sind konzeptbezogene höhere Bedarfe zu berücksichtigen, wenn z. B. regelhaft ein hoher Anteil von Begleitpersonen eingebunden wird;
- c) Erstmals wurden personelle Struktur- anforderungen abgestimmt für:
  - die ganztägig-ambulante Psychosomatik;
  - die ganztägig-ambulante Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen;
  - die Erbringung der Medizinisch-beruflich-orientierten Rehabilitation (MBOR) nach MBOR-Konzept Stufe B.

Auch nach der Überarbeitung gilt: Die Struktur- anforderungen bleiben ein lernendes und offenes System. Es wird auch künftig – z. B. bedingt durch Anregungen aus der Praxis, neue wissenschaftliche Erkenntnisse oder Wei- terentwicklung der Rehabilitationskonzepte – angepasst werden müssen.

## 3. Merkmale der Strukturqualität

Die im Rahmen der Strukturanforderungen definierten Merkmale der Strukturqualität wurden für die einzelnen Indikationen als „belegungsrelevant“, „strukturelevant“ oder „zuweisungsrelevant“ festgelegt. Dieses Ordnungsprinzip ermöglicht eine Darstellung der Relevanz bzgl. der Erfüllung der einzelnen Merkmale in den einzelnen Indikationen. Dabei bedeutet die Einordnung als „belegungsrelevant“, dass das Vorhandensein des entsprechenden Merkmals in der entsprechenden Indikation für eine Inanspruchnahme einer Fachabteilung unerlässlich ist. Als „strukturelevant“ werden Merkmale für eine Indikation festgelegt, deren Erfüllung grundsätzlich erwartet wird, wobei das Nichtvorhandensein vorübergehend – oder bei spezifischen Konstellationen auch dauerhaft – akzeptabel sein kann. Als „zuweisungsrelevant“ festgelegte Merkmale gehen in den entsprechenden Indikationen über die grundsätzlichen Anforderungen an die betroffenen Reha-Fachabteilungen hinaus und stehen im Zusammenhang mit fachabteilungsspezifischen Konzepten. Sie werden im Rahmen des Zuweisungsprozesses für die Auswahl geeigneter Reha-Fachabteilungen genutzt.

Die Merkmale der Strukturqualität werden den Kategorien „belegungsrelevant“, „strukturelevant“ oder „zuweisungsrelevant“ zugeordnet. Dies dient der Festlegung des geforderten Erfüllungsgrads in den einzelnen Indikationen.

Die nachfolgenden Erläuterungen sind entsprechend der tabellarischen Darstellung der Strukturanforderungen (siehe „Anhang 1: Überblick über alle Merkmale der Strukturqualität“, S. 39 ff.) gegliedert und ergänzen diese.

### 3.1 Belegungsrelevante Merkmale<sup>3</sup>

Belegungsrelevante Merkmale betreffen

- die Facharztqualifikation der ärztlichen Leitung und deren Vertretung,
- die ärztliche Anwesenheit und die Anwesenheit einer examinierten Gesundheits- und Krankenpflegekraft sowie
- das Notfallmanagement.

Die ärztliche Anwesenheit ist in allen Indikationen der rehabilitativen Versorgung unerlässlich, da in der Notfallversorgung die Zeit der entscheidende Faktor ist. Da es unabhängig von der Indikation zu Notfällen jeder Art kommen kann, ist zu jedem Zeitpunkt eine adäquate medizinische Versorgung zu gewährleisten.

Für die personelle, technische und organisatorische Ausgestaltung des Notfallsystems sind unterschiedliche Lösungen denkbar. Diese ist im medizinischen Konzept zu beschreiben.

#### 3.1.1 Qualifikation der ärztlichen Leitung und deren Vertretung<sup>4</sup>

Sowohl die ärztliche Leitung einer Reha-Fachabteilung als auch deren Vertretung müssen über den entsprechenden indikationsspezifischen Facharzt verfügen. Darüber hinaus müssen die ärztliche Leitung sowie

<sup>3</sup> Auflistung aller Merkmale siehe Anhang 1: „Überblick über alle Merkmale der Strukturqualität“, S. 39

<sup>4</sup> Auflistung aller Merkmale siehe Anhang 1: „Überblick über alle Merkmale der Strukturqualität“, S. 48 ff.

mindestens ein weiteres Mitglied des Leitungsteams (stellvertretende Leitung, Oberärztin/Oberarzt) die Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ oder „Rehabilitationswesen“ vorweisen. Wurde bisher noch keine der beiden Zusatzbezeichnungen erworben, müssen zumindest die Kurse vollständig absolviert worden sein. Sollte auch dies nicht gewährleistet sein, können die Kurse in Ausnahmefällen sowie in Absprache mit dem federführenden Rentenversicherungsträger unverzüglich nachgeholt werden.

In der **orthopädischen Rehabilitation** kann im Ausnahmefall eine der beiden Positionen durch eine Fachärztin/einen Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin besetzt werden, wobei die Zustimmung durch den federführenden Rentenversicherungsträger – nach Prüfung der Voraussetzungen – erfolgen muss (siehe Anhang 2 „Häufige Fragen und Antworten zu den Strukturanforderungen“).

**Onkologische Fachabteilungen** für die Behandlung von malignen Systemerkrankungen haben unter Leitung einer Fachärztin/eines Facharztes für Hämato-Onkologie zu stehen. Die ärztliche Leitung einer Fachabteilung, in der solide maligne Tumore, jedoch keine malignen Systemerkrankungen behandelt werden, soll über die jeweilige gebietsfachärztliche Qualifikation verfügen. Darüber hinaus wird das Vorhandensein der Zusatzbezeichnung „Medikamentöse Tumortherapie“ erwartet, sofern diese nicht Inhalt der Facharztausbildung war.

Werden in den o.g. Fachabteilungen sowohl solide maligne Tumore als auch maligne Systemerkrankungen behandelt, sind die entsprechenden Qualifikationen vorzuhalten. Hierbei sind Kooperationen bzw. eine konsiliarärztliche Betreuung möglich.

**Kooperationen bzw. eine konsiliarärztliche Betreuung bedürfen der Zustimmung des federführenden Rentenversicherungsträgers. Es gelten folgende Mindestanforderungen:**

1. Untersuchung durch gebietsspezifische Fachärztin/Facharzt innerhalb der ersten drei Tage
2. weitere Kontakte (z. B. Visiten, Fallbesprechungen, Lokalbefundkontrollen, Wundversorgung) nach Maßgabe der gebotenen Sorgfalt und Bedarf

### **3.2 Anforderungen an die Barrierearmut<sup>5</sup>**

Der Gesetzgeber sieht eine barrierefreie Leistungserbringung vor. Da eine umfassende Barrierefreiheit noch nicht in allen Reha-Fachabteilungen realisiert werden kann, wurde der Begriff „Barrierearmut“ gewählt. Die in diesem Zusammenhang vorgesehenen Merkmale berücksichtigen verschiedene Formen der Beeinträchtigung.

Ein rollstuhlgerechter Zugang in die Einrichtung wird in allen Indikationen erwartet. Ebenso soll es Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit starker Gehbehinderung möglich sein, an allen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen der Rehabilitation teilzuhaben.

5 Auflistung aller Merkmale siehe Anhang 1: „Überblick über alle Merkmale der Strukturqualität“, S. 40

Bei Neu-, Umbauten und Nutzungsänderungen müssen die Belange von Menschen mit Beeinträchtigungen berücksichtigt werden. Gesetzliche Vorgaben sind einzuhalten.

### 3.3 Räumliche Anforderungen<sup>6</sup>

Die Unterbringung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erfolgt in der stationären Erwachsenenrehabilitation in Einzelzimmern mit Nasszellen (darunter auch behindertengerechte Räume). Ausnahmen hiervon bedürfen der Zustimmung durch den federführenden Rentenversicherungsträger. Darüber hinaus können Doppel- oder Mehrbettzimmer für die gemeinsame Unterbringung von Paaren, Begleitpersonen oder Familien vorgehalten werden. In der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation erfolgt die Unterbringung in der Regel in Mehrbettzimmern.

Für alle stationären Fachabteilungen wird ein Aufzug, in dem Betten- oder Liegendtransport möglich ist, als strukturrelevant gefordert. Dies geschieht vor dem Hintergrund, dass die Strukturanforderungen einen Rahmen für die bestmögliche Versorgung aller Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gewährleisten sollen. Für sehr kleine Einrichtungen (insbesondere in der Indikation Abhängigkeitserkrankungen) kann eine Umsetzung des Merkmals aus baulichen Gründen schwierig sein. In solchen Fällen kann eine Abweichung von der Anforderung in Rücksprache mit dem federführenden Rentenversicherungsträger abgewogen werden.

**Die Strukturanforderungen weisen die erforderliche räumliche Mindestausstattung für alle Fachabteilungen aus. Vorgaben zur Raumgröße werden nicht gemacht. Die Größe und die Ausstattung der Räume müssen zweckmäßig und adäquat sein.**

### 3.4 Medizinisch-technische Anforderungen<sup>7</sup>

In diesem Bereich sind vorwiegend Merkmale der räumlichen und apparativen Ausstattung zur Erbringung diagnostischer Leistungen enthalten. Es kann zwischen Basisdiagnostik, die in allen stationären und ganztägig-ambulanten Reha-Fachabteilungen erwartet wird, und indikationsspezifischen diagnostischen Merkmalen unterschieden werden. Insbesondere aufwändige und seltene Diagnostik kann auch in Kooperation durchgeführt werden.

### 3.5 Anforderungen an besondere Ernährungsformen<sup>8</sup>

Rehabilitandinnen und Rehabilitanden kommen mit bestehenden Ernährungsgewohnheiten in die Reha-Fachabteilungen. Häufig ist aus rehabilitationsmedizinischer Sicht eine Umstellung wünschenswert, in anderen Fällen sind spezielle Kostformen medizinisch geboten. Die Strukturanforderungen beziehen daher Merkmale ein, die sich auf das Ernährungsangebot und dessen Umfang beziehen. Für die Ausprägung der Merkmale wurde auf die nach der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) codierbaren Leistungen zurückgegriffen.

<sup>6</sup> Auflistung aller Merkmale siehe Anhang 1: „Überblick über alle Merkmale der Strukturqualität“, S. 41 ff.

<sup>7</sup> Auflistung aller Merkmale siehe Anhang 1: „Überblick über alle Merkmale der Strukturqualität“, S. 44 ff.

<sup>8</sup> Auflistung aller Merkmale siehe Anhang 1: „Überblick über alle Merkmale der Strukturqualität“, S. 47

### 3.6 Personelle Anforderungen<sup>9</sup>

Im Rahmen der personellen Anforderungen wird u. a. die Mindestanzahl an Mitarbeitenden festgelegt, die für die Rehabilitation einer bestimmten Anzahl von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im Hinblick auf die Umsetzung eines umfassenden Rehabilitationskonzeptes erforderlich ist. Dabei werden verschiedene Berufsgruppen zu Funktionsgruppen zusammengefasst. Diese umfassen alle Funktionsebenen (z. B. in der Funktionsgruppe „Ärztlicher Bereich“ die ärztliche Leitung, Oberärztinnen/Oberärzte und Assistenzärztinnen/Assistenzärzte).

Unter Mitarbeitenden werden Mitarbeitende der Fachabteilung sowie externe Personen, die Leistungen für die Fachabteilung erbringen, verstanden, soweit diese Leistungen vertraglich vereinbart sind und der zeitliche Umfang konkret benannt ist.

In den Personalbemessungen sind Leitungsaufgaben und -funktionen sowie Zeitanteile für die Qualitätssicherung und für das Beauftragtenwesen ebenso berücksichtigt wie die notwendige Zeit für die vertiefende Diagnostik der rehabilitationsrelevanten Kontextfaktoren. Auch die Auswirkungen der belegungs- und strukturelevanten Merkmale zu den personellen Anforderungen (siehe Anhang 1 „Personelle Anforderungen“, S. 48 ff.) sowie der belegungs- und strukturelevanten Merkmale zur Organisation (siehe Anhang 1 „Strukturmerkmale zur Organisation“, S. 53 ff.) sind mit veranschlagt. Dies betrifft z. B. das Aufnahmeverfahren, die Visiten-Organisation, die Reha-Team-Besprechungen, Fortbildungen, die Präsenz in der Fachabteilung oder die Dienstbereitschaft.

In den resultierenden Orientierungsstellenplänen wird die Mindestanzahl an Mitarbeitenden für eine einheitliche Anzahl von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden vorgegeben. Dabei wird für stationäre Fachabteilungen mit einer Bezugsgröße von 100 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, für ganztägig-ambulante Fachabteilungen mit einer Bezugsgröße von 40 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bzw. für das Angebot von MBOR Stufe B mit einer Bezugsgröße von 50 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gearbeitet. Bei sehr kleinen Fachabteilungen lassen sich die Bezugsgrößen von 100 (stationäre Rehabilitation) bzw. 40 (ganztägig-ambulante Rehabilitation) Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nicht in jedem Fall gut anwenden. Für diese Fachabteilungen kann ggf. keine rein rechnerische Übertragung der Werte aus den Orientierungsstellenplänen erfolgen. Hier können im Ausnahmefall begründete individuelle Lösungen mit dem federführenden Rentenversicherungsträger gefunden werden.

Abweichungen des Personalbedarfs zu den Strukturanforderungen können sich unter anderem aus unterschiedlichen Fachabteilungsgrößen oder erkennbar unterschiedlichen Versorgungsaufwänden für einzelne Rehabilitandinnen- und Rehabilitandengruppen (z. B. AHB) ergeben. Auch hier müssen begründete individuelle Lösungen mit dem federführenden Rentenversicherungsträger gefunden werden.

Es wird davon ausgegangen, dass mit den vorgegebenen Personalanforderungen auch die erforderlichen Nacht- und Bereitschaftsdienste durch die Mitarbeitenden im ärztlichen und pflegerischen Bereich geleistet werden können. Besondere Gegebenheiten (z. B. geringe Anzahl an ärztlichem Personal und Pflegekräften bei kleiner Fachabteilungsgröße)

<sup>9</sup> Auflistung aller Merkmale siehe Anhang 1: „Überblick über alle Merkmale der Strukturqualität“, S. 48 ff.

erfordern individuelle Lösungen in Absprache mit dem federführenden Rentenversicherungsträger.

Für die Mitarbeitenden im Bereich der Funktionsdiagnostik bestehen keine Mindestanforderungen, da funktionsdiagnostische Untersuchungen sehr häufig in Kooperation erbracht werden. In den Tabellen werden lediglich Werte zur Orientierung ausgewiesen. Die Durchführung der notwendigen Diagnostik ist sicherzustellen.

**Der konkrete Soll-Stellenplan wird unter Berücksichtigung der Belegung durch die Gesetzliche Krankenversicherung und anderer Träger, des AHB-Anteils sowie struktureller Besonderheiten auf der Grundlage der Strukturanforderungen vereinbart.**

### 3.6.1 Geeignete Qualifikationen und Berufsabschlüsse

Die Deutsche Rentenversicherung verfolgt mit Blick auf Qualifikationen und Berufsabschlüsse folgende Ziele:

- eine hohe Qualität der rehabilitativen Versorgung beizubehalten
- einen rentenversicherungswert einheitlichen Umgang mit den Personalanforderungen zu gewährleisten
- den Reha-Fachabteilungen ein transparentes Konzept der personellen Anforderungen zur Verfügung zu stellen
- den Absolventinnen und Absolventen mit neuen Qualifikationen Arbeitsfelder in der Rehabilitation aufzuzeigen

Personelle Anforderungen orientieren sich an den Leistungen, die in einer Reha-Fachabteilung erbracht werden. Durch Abschlüsse unterschiedlichen Niveaus bestehen hierarchische Komponenten, die eine differenzierte Zuordnung von Aufgaben ermöglichen. So können bspw. viele Tätigkeiten von Bachelor-Absolventinnen und Absolventen übernommen werden, während Master-Absolventinnen und Absolventen deren Fachaufsicht, Aufgaben der konzeptionellen Entwicklung, der Außendarstellung sowie der Bearbeitung wissenschaftlicher Fragestellungen übernehmen. Es wird empfohlen, die Leitung größerer Teams innerhalb der Funktionsgruppen durch Diplom- oder Master-Absolventinnen/Absolventen zu besetzen.

**Aufgrund der Vielzahl an Studiengängen und Abschlüssen kann keine vollständige Abbildung in den Strukturanforderungen erfolgen. Die Eignung einer Qualifikation im Arbeitsfeld der Rehabilitation ist im Einzelfall, ggf. unter Einbezug des entsprechenden Berufsverbands, zu prüfen. Als Arbeitshilfe kann auch der Leitfaden „Berufsgruppen der medizinischen Rehabilitation und deren interprofessionelle Zusammenarbeit“ [2] dienen. Bei unklarer Sachlage besteht die Möglichkeit, den federführenden Rentenversicherungsträger hinzuzuziehen.**

Bei **Ausbildungsberufen** (z. B. Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten) ist die staatliche Anerkennung der Ausbildung von entscheidender Bedeutung für die Arbeit in den Reha-Fachabteilungen. Zusätzliche akademische Qualifikationen können v. a. für die Leitung eines Bereichs sinnvoll sein, werden jedoch zum derzeitigen Zeitpunkt nicht gefordert.

Bezüglich des **Pflegepersonals** besteht die Vorgabe, dass mindestens zwei Drittel desselben examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte sein müssen. Ein Drittel des Pflegepersonals kann durch andere

medizinische Fachkräfte gestellt werden. Absolventinnen und Absolventen nach neuer Ausbildungsordnung (ab dem 01.01.2020) im Bereich Pflege (Pflegefachfrauen/-männer; Altenpflegerinnen/-pfleger; Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/-pfleger) sind examinierten Gesundheits- und Krankenpflegekräften gleichgestellt. Dies gilt auch in Hinblick auf die für stationäre Rehabilitationen geforderte Anwesenheit einer examinierten Gesundheits- und Krankenpflegekraft 24 h im Haus.

Für die **Psychologinnen und Psychologen** erfolgt eine Abstufung bzgl. des Einsatzes. Bachelor-Absolventinnen/Absolventen können unter Anleitung einer Master-Absolventin/eines Master-Absolventen oder einer Diplom-Psychologin/eines Diplom-Psychologen bestimmte Leistungen übernehmen (entsprechend den Festlegungen in der KTL). Ein Teil dieser Leistungen kann auch von anderen Berufsgruppen des medizinisch-technischen oder therapeutischen Bereichs durchgeführt werden, wobei ein ausgewogenes Verhältnis der unterschiedlichen Qualitätsniveaus innerhalb der Reha-Fachabteilung bestehen sollte. Die Tätigkeiten der Master-Absolventinnen/Master-Absolventen bzw. Diplom-Psychologinnen/Diplom-Psychologen fokussieren auf nicht-therapeutische, psychologische Interventionen (z. B. Vorträge, Seminare, Schulungen oder Beratungen), die Einführung in Entspannungsverfahren sowie edukative Leistungen für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit komorbiden psychischen Erkrankungen. Demgegenüber dürfen psychotherapeutische Leistungen ausschließlich von psychologischen sowie ärztlichen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten erbracht werden bzw. durch entsprechende Weiterzubildende.

Durch die Reform des Psychotherapeutengesetzes von 2019 werden im Bereich der psychologischen Psychotherapie zukünftig Psychologische Psychotherapeutinnen/ Psychologische Psychotherapeuten (nach altem Psychotherapeutengesetz), Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten (nach neuem Psychotherapeutengesetz) und Fachpsychotherapeutinnen/Fachpsychotherapeuten (nach neuem Psychotherapeutengesetz; nach Weiterbildung) tätig sein. Hinsichtlich der psychotherapeutischen Ausbildung wird es – vorerst neben den noch während einer Übergangsfrist bis 2032 tätigen Psychologinnen/Psychologen in Ausbildung (PiAs) – zukünftig Psychologinnen/ Psychologen in Weiterbildung (PtWs) geben. Bei den PiAs ist zu beachten, dass deren Anteil im Verhältnis zu den approbierten psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten 50% nicht überschreiten sollte.

Die Durchführung der Suchttherapie in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker obliegt entsprechend qualifizierten **Suchttherapeutinnen und Suchttherapeuten**. Diese müssen ein von der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung geprüftes Weiterbildungscurriculum absolviert haben [3]. Zugelassene Berufsgruppen für die Weiterbildung zur Suchttherapeutin/zum Suchttherapeuten sind Ärztinnen/Ärzte, Psychologinnen/Psychologen mit Diplom- oder Masterabschluss mit Berechtigung zur Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin/zum Psychologischen Psychotherapeuten, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten mit Masterabschluss, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter und Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen mit (FH-)Diplom sowie Bachelor Absolventinnen/Absolventen „Soziale Arbeit“ mit staatlicher Anerkennung.

**Suchttherapeutinnen und Suchttherapeuten in Weiterbildung** sind in der entsprechenden Funktionsgruppe „Bereich klinische Psychologie/Psychotherapie/Suchttherapie“ der Strukturanforderungen für die stationäre und ganztägig-ambulante Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen bis dato nicht zu berücksichtigen, da sie nach den „Vereinbarungen im

Suchtbereich“ der Deutschen Rentenversicherung als Co-Therapeutinnen/Co-Therapeuten einzusetzen sind [3].

### 3.6.2 Aktuelle Entwicklungen: Assistenzberufe im Gesundheitswesen

Berufsbilder und Qualifikationsanforderungen können sich im Lauf der Zeit verändern. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat 2007 eine neue Aufgabenteilung in der Medizin gefordert [4]. Vor diesem Hintergrund werden im Gesundheitswesen Assistenzberufe diskutiert.

So hat der Deutsche Ärztetag seit 2015 mehrfach für ein neu einzuführendes Berufsbild „Physician Assistant“<sup>10</sup> votiert – unter Betonung der ärztlichen Letztverantwortung für Diagnostik und Therapie, des Arztvorbehalts und des Prinzips der Delegation heilkundlicher Tätigkeit. Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) haben dafür gemeinsam ein Konzept vorgelegt [5]. Damit sollen Ärztinnen und Ärzte in ihren Kernaufgaben unterstützt und entlastet werden; die Entscheidung, ob und an wen eine Leistung delegiert wird, trifft das ärztliche Personal.

Für die medizinische Rehabilitation gibt es die dem Konzept der Physician Assistants vergleichbare Idee der „Reha-Assistentinnen/Reha-Assistenten“ [6]. Für eine ganzheitliche Leistungserbringung spielen multiprofessionelle Teams und das Zusammenwirken verschiedener Gesundheitsfachberufe in der Rehabilitation eine zentrale Rolle. Insofern liegt auch ein besonderer Bedarf an Koordinationsleistungen und Fallbegleitungen vor. Da sich Aufgaben und Tätigkeitsbereiche in Rehabilitationseinrichtungen teilweise von anderen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (insbesondere im Akutbereich) unterscheiden, sind die Entlastungsmöglichkeiten des ärztlichen Personals nur bedingt vergleichbar. Ein standardisiertes Berufsbild für Reha-Assistentinnen und Assistenten existiert bislang nicht. Zu beachten wäre das Prinzip der ärztlichen Letztverantwortung im Zusammenhang mit der Delegation von Leistungen.

Für die flächendeckende Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung bieten Assistenzberufe keinen Ersatz von Fachkräften innerhalb der personellen Mindestanforderungen der Deutschen Rentenversicherung. Sie können in Einzelfällen aber Möglichkeiten zur Ergänzung bzw. Entlastung bieten, z. B. im Zuge der Weiterentwicklung von Konzepten oder in Überbrückungsphasen. Diese sind jeweils mit dem federführenden Rentenversicherungsträger auszuhandeln.



### 3.6.3 Somatik stationär

Für die personellen Anforderungen der somatischen Indikationen wurden unter anderem Veränderungen im psychologischen Bereich beschlossen. Diese wurden als notwendig erachtet, um den qualitativ gestiegenen Anforderungen an die Rehabilitation zu begegnen. In der Rehabilitation sind psychische Störungen gegenwärtig die zweithäufigste Diagnose und treten zudem häufig komorbid auf (oft im Vorfeld nicht diagnostiziert). Weiterhin stellen psychische Erkrankungen die führende Diagnose bei Berentungen wegen Erwerbsminderung dar [7].

Darüber hinaus wurden in einzelnen Indikationen Anpassungen im therapeutischen Bereich vorgenommen. So wurden in den Indikationen Onkologie und Pneumologie die personellen Anforderungen im Bereich Ergotherapie und Physiotherapie vor dem Hintergrund zunehmender Komorbiditäten erhöht.

Für Fachabteilungen mit Schwerpunkt Diabetologie wurden die personellen Anforderungen im therapeutischen Bereich um die Berufsgruppen Diabetesberaterinnen/Diabetesberater sowie Diabetesassistentinnen/Diabetesassistenten erweitert.

Tabelle 1: Personelle Anforderungen – Orthopädie stationär / Kardiologie stationär				
Indikation	Orthopädie		Kardiologie	
Bereiche	Anzahl/ 100 <sup>1</sup>	Funktionsgruppe	Anzahl/ 100 <sup>1</sup>	Funktionsgruppe
<b>Ärztlicher Bereich</b>				
Ärztinnen und Ärzte <sup>2</sup>	6		6	
<b>Psychologischer Bereich</b>				
Psychologische Psychotherapeut*in	0,5	7,5	0,5	7,5
Psychologie Diplom, MA	1		1	
Psychologie BA <sup>3</sup>	0,25 <sup>3</sup>	0,25 <sup>3</sup>	0,25 <sup>3</sup>	0,25 <sup>3</sup>
<b>Bereich Pflege</b>				
Pflegepersonal	7 <sup>4</sup>	7 <sup>4</sup>	8,5 <sup>4</sup>	8,5 <sup>4</sup>
<b>Bereich soziale Arbeit</b>				
Sozialarbeit/-pädagogik Diplom, MA	1	1	1	1
Sozialarbeit/-pädagogik BA				
<b>Therapeutischer Bereich</b>				
Sportlehrer*in/-wissensch. Diplom, MA	1		1,5	
Sportlehrer*in/-wissensch. BA			1	
Bewegungs-Th./Gymnastik-Lehrer*in				
Physiotherapie MA, BA	8		2,5	
Physiotherapeut*in				
Masseur*in, med. Bademeister*in	3		1	
med. Badehelfer*in		13,25		6,6
Ergotherapie MA, BA				
Ergotherapeut*in				
Kreativtherapeut*in (z. B. Tanz-, Kunst-, Musik- oder Theatertherapie)	1,25 <sup>5</sup>		0,6 <sup>5</sup>	
Berufstherapeut*in (z. B. Berufspädagog*innen, Arbeitserzieher*innen)				
Stomatherapeut*in				
Diät-Assistent*in/Ökotropholog*in Dipl., MA	1		1	
Diät-Assistent*in/Ökotropholog*in BA		1		1,5
Diabetesberater*in			0,5	
Diabetesassistent*in				
Sprachtherapie MA, BA				
Sprachtherapeut*in				
<b>Funktionsdiagnostik <sup>6</sup></b>				
Medizinisch-technische Assistenz	0,5		1,5	
Medizinisch-technische Laborassistenz	0,5		0,5	
Medizinisch-technische Radiologieassistenz	0,5		0,5	
Pharmazeutisch-technische Assistenz	0,5		0,5	
Neurophysiologische Assistent*in <sup>6</sup>				

1 Anzahl Mitarbeitender pro 100 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

2 In der Regel erfolgt der Einsatz von approbierten Ärztinnen und Ärzten. Die Einsatzmöglichkeiten von Ärztinnen und Ärzten mit Berufserlaubnis können sich im Einzelfall erheblich unterscheiden. Für diese ist ein möglicher Einsatz im Vorfeld mit dem federführenden Rentenversicherungsträger abzustimmen.

3 Kann durch höher qualifizierte Mitarbeitende des Bereichs ersetzt werden

4 Der Anteil der examinierten Gesundheits- und Kranken-Pflegekräfte muss mindestens 2/3 des gesamten Pflegepersonals betragen; alle weiteren als Pflegepersonal beschäftigten Mitarbeitenden müssen medizinisches Fachpersonal sein.

5 Anteil an Kreativ- und Berufstherapeutinnen und -therapeuten maximal 1/3

6 Nachrichtlich, ohne Bewertung

Tabelle 2: Personelle Anforderungen – Onkologie stationär / Gastroenterologie stationär				
Indikation	Onkologie		Gastroenterologie	
Bereiche	Anzahl/ 100 <sup>1</sup>	Funktionsgruppe	Anzahl/ 100 <sup>1</sup>	Funktionsgruppe
<b>Ärztlicher Bereich</b>				
Ärztinnen und Ärzte <sup>2</sup>	6		6	
<b>Psychologischer Bereich</b>				
Psychologische Psychotherapeut*in	0,5	7,5	0,5	7,5
Psychologie Diplom, MA	1		1	
Psychologie BA	0,25 <sup>3</sup>	0,25 <sup>3</sup>	0,25 <sup>3</sup>	0,25 <sup>3</sup>
<b>Bereich Pflege</b>				
Pflegepersonal	8,5 <sup>4</sup>	8,5 <sup>4</sup>	8,5 <sup>4</sup>	8,5 <sup>4</sup>
<b>Bereich soziale Arbeit</b>				
Sozialarbeit/-pädagogik Diplom, MA	1	1	1	1
Sozialarbeit/-pädagogik BA				
<b>Therapeutischer Bereich</b>				
Sportlehrer*in/-wissensch. Diplom, MA	1,5		1,5	
Sportlehrer*in/-wissensch. BA				
Bewegungs-Th./Gymnastik-Lehrer*in	1		1	
Physiotherapie MA, BA				
Physiotherapeut*in	3		2,5	
Masseur*in, med. Bademeister*in	1		1	
med. Badehelfer*in		8		6,6
Ergotherapie MA, BA				
Ergotherapeut*in				
Kreativtherapeut*in (z. B. Tanz-, Kunst-, Musik- oder Theatertherapie)	1,5 <sup>5</sup>		0,6 <sup>5</sup>	
Berufstherapeut*in (z. B. Berufspädagog*innen, Arbeitserzieher*innen)				
Stomatherapeut*in			0,5	0,5
Diät-Assistent*in/Ökotropholog*in Dipl., MA	1		1	
Diät-Assistent*in/Ökotropholog*in BA		1		1,5
Diabetesberater*in				
Diabetesassistent*in			0,5	
Sprachtherapie MA, BA				
Sprachtherapeut*in				
<b>Funktionsdiagnostik<sup>6</sup></b>				
Medizinisch-technische Assistenz	1,5		2	
Medizinisch-technische Laborassistenz	0,5		0,5	
Medizinisch-technische Radiologieassistenz	0,5		0,5	
Pharmazeutisch-technische Assistenz	0,5		0,5	
Neurophysiologische Assistent*in <sup>6</sup>				

1 Anzahl Mitarbeitender pro 100 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

2 In der Regel erfolgt der Einsatz von approbierten Ärztinnen und Ärzten. Die Einsatzmöglichkeiten von Ärztinnen und Ärzten mit Berufserlaubnis können sich im Einzelfall erheblich unterscheiden. Für diese ist ein möglicher Einsatz im Vorfeld mit dem federführenden Rentenversicherungsträger abzustimmen.

3 Kann durch höher qualifizierte Mitarbeitende des Bereichs ersetzt werden

4 Der Anteil der examinierten Gesundheits- und Kranken-Pflegekräfte muss mindestens 2/3 des gesamten Pflegepersonals betragen; alle weiteren als Pflegepersonal beschäftigten Mitarbeitenden müssen medizinisches Fachpersonal sein.

5 Anteil an Kreativ- und Berufstherapeutinnen und -therapeuten maximal 1/3

6 Nachrichtlich, ohne Bewertung

Tabelle 3: Personelle Anforderungen – Indikationsübergreifend stationär / Dermatologie stationär				
Indikation	Indikationsübergreifend <sup>1</sup>		Dermatologie	
Bereiche	Anzahl/ 100 <sup>2</sup>	Funktionsgruppe	Anzahl/ 100 <sup>2</sup>	Funktionsgruppe
<b>Ärztlicher Bereich</b>				
Ärztinnen und Ärzte <sup>3</sup>	6		6	
<b>Psychologischer Bereich</b>				
Psychologische Psychotherapeut*in	0,5	7,5	0,5	7,5
Psychologie Diplom, MA	1		1	
Psychologie BA	0,25 <sup>4</sup>	0,25 <sup>4</sup>	0,25 <sup>4</sup>	0,25 <sup>4</sup>
<b>Bereich Pflege</b>				
Pflegepersonal	7,5 <sup>5</sup>	7,5 <sup>5</sup>	8,5 <sup>5</sup>	8,5 <sup>5</sup>
<b>Bereich soziale Arbeit</b>				
Sozialarbeit/-pädagogik Diplom, MA	1	1	1	1
Sozialarbeit/Sozialpädagogik BA				
<b>Therapeutischer Bereich</b>				
Sportlehrer*in/-wissensch. Diplom, MA	1,5		1,5	
Sportlehrer*in/-wissensch. BA				
Bewegungs-Th./Gymnastik-Lehrer*in	1		1	
Physiotherapie MA, BA	2,5		2,5	
Physiotherapeut*in				
Masseur*in, med. Bademeister*in	1		1	
med. Badehelfer				
Ergotherapie MA, BA		6,6		6,6
Ergotherapeut*in				
Kreativtherapeut*in (z. B. Tanz-, Kunst-, Musik- oder Theatertherapie)	0,6 <sup>6</sup>		0,6 <sup>6</sup>	
Berufstherapeut*in (z. B. Berufspädagog*innen, Arbeitserzieher*innen)				
Stomatherapeut*in				
Diät-Assistent*in/Ökotropholog*in Dipl., MA	1		1	
Diät-Assistent*in/Ökotropholog*in BA		1,5 <sup>7</sup>		1
Diabetesberater*in	0,5 <sup>7</sup>			
Diabetesassistent*in				
Sprachtherapie MA, BA				
Sprachtherapeut*in				
<b>Funktionsdiagnostik <sup>8</sup></b>				
Medizinisch-technische Assistenz	1		2	
Medizinisch-technische Laborassistenz	0,5		0,5	
Medizinisch-technische Radiologieassistenz	0,5		0,5	
Pharmazeutisch-technische Assistenz	0,5		0,5	
Neurophysiologische Assistent*in <sup>8</sup>				

1 Fachabteilungen ohne indikationsspezifischen Strukturhebungsbogen, überwiegend Innere Medizin

2 Anzahl Mitarbeitender pro 100 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

3 In der Regel erfolgt der Einsatz von approbierten Ärztinnen und Ärzten. Die Einsatzmöglichkeiten von Ärztinnen und Ärzten mit Berufserlaubnis können sich im Einzelfall erheblich unterscheiden. Für diese ist ein möglicher Einsatz im Vorfeld mit dem federführenden Rentenversicherungsträger abzustimmen.

4 Kann durch höher qualifizierte Mitarbeitende des Bereichs ersetzt werden

5 Der Anteil der examinierten Gesundheits- und Kranken-Pflegekräfte muss mindestens 2/3 des gesamten Pflegepersonals betragen; alle weiteren als Pflegepersonal beschäftigten Mitarbeitenden müssen medizinisches Fachpersonal sein.

6 Anteil an Kreativ- und Berufstherapeutinnen und -therapeuten maximal 1/3

7 Nur für Reha-Fachabteilungen mit Schwerpunkt Diabetologie

8 Nachrichtlich, ohne Bewertung

Tabelle 4: Personelle Anforderungen – Pneumologie stationär / Neurologie Phase D stationär				
Indikation	Pneumologie		Neurologie Phase D	
Bereiche	Anzahl/ 100 <sup>1</sup>	Funktionsgruppe	Anzahl/ 100 <sup>1</sup>	Funktionsgruppe
<b>Ärztlicher Bereich</b>				
Ärztinnen und Ärzte <sup>2</sup>	6		7,5	
<b>Psychologischer Bereich</b>				
Psychologische Psychotherapeut*in	0,5	7,5	1	10,5
Psychologie Diplom, MA	1		2 <sup>3</sup>	
Psychologie BA	0,25 <sup>4</sup>	0,25 <sup>4</sup>	1 <sup>4</sup>	1 <sup>4</sup>
<b>Bereich Pflege</b>				
Pflegepersonal	8,5 <sup>5</sup>	8,5 <sup>5</sup>	21 <sup>5</sup>	21 <sup>5</sup>
<b>Bereich soziale Arbeit</b>				
Sozialarbeit/-pädagogik Diplom, MA	1	1	1	1
Sozialarbeit/Sozialpädagogik, BA				
<b>Therapeutischer Bereich</b>				
Sportlehrer*in/-wissensch. Diplom, MA	1,5			
Sportlehrer*in/-wissensch. BA				
Bewegungs-Th./Gymnastik-Lehrer*in	1		2	
Physiotherapie MA, BA	3,5		9,5	
Physiotherapeut*in				
Masseur*in, med. Bademeister*in	1		3	
med. Badehelfer*in		8		21
Ergotherapie MA, BA				
Ergotherapeut*in				
Kreativtherapeut*in (z. B. Tanz-, Kunst-, Musik- oder Theatertherapie)	1 <sup>6</sup>		6,5 <sup>5</sup>	
Berufstherapeut*in (z. B. Berufspädagog*innen, Arbeitserzieher*innen)				
Stomatherapeut				
Diät-Assistent*in/Ökotropholog*in Dipl., MA	1		1	
Diät-Assistent*in/Ökotropholog*in BA		1		1
Diabetesberater*in				
Diabetesassistent*in				
Sprachtherapie MA, BA			3,5	
Sprachtherapeut*in				3,5
<b>Funktionsdiagnostik<sup>7</sup></b>				
Medizinisch-technische Assistenz	1,5		1	
Medizinisch-technische Laborassistenz	0,5			
Medizinisch-technische Radiologieassistenz	0,5			
Pharmazeutisch-technische Assistenz	0,5		1,5	
Neurophysiologische Assistent*in			1	

- 1 Anzahl Mitarbeitender pro 100 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden
- 2 In der Regel erfolgt der Einsatz von approbierten Ärztinnen und Ärzten. Die Einsatzmöglichkeiten von Ärztinnen und Ärzten mit Berufserlaubnis können sich im Einzelfall erheblich unterscheiden. Für diese ist ein möglicher Einsatz im Vorfeld mit dem federführenden Rentenversicherungsträger abzustimmen.
- 3 Inkl. Neuropsychologinnen und Neuropsychologen
- 4 Kann durch höher qualifizierte Mitarbeitende des Bereichs ersetzt werden
- 5 Der Anteil der examinierten Gesundheits- und Kranken-Pflegekräfte muss mindestens 2/3 des gesamten Pflegepersonals betragen; alle weiteren als Pflegepersonal beschäftigten Mitarbeitenden müssen medizinisches Fachpersonal sein.
- 6 Anteil an Kreativ- und Berufstherapeutinnen und -therapeuten maximal 1/3
- 7 Nachrichtlich, ohne Bewertung

#### 3.6.4 Psychosomatik, Abhängigkeitserkrankungen stationär

Die personellen Anforderungen für die Indikationen Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen unterscheiden sich substanziell von denen der somatischen Indikationen. Dies leitet sich aus dem Erkrankungsspektrum der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und dem hierfür erforderlichen therapeutischen Setting ab. Wesentliche Merkmale sind die Psychotherapie/Suchttherapie und die daran beteiligten Berufsgruppen (siehe auch Kapitel 3.6.1 „Geeignete Qualifikationen und Berufsabschlüsse“, S. 12 ff.).

Die dargestellten Personalanforderungen in der Indikation Abhängigkeitserkrankungen gelten in diesem Umfang nicht für Adaptionseinrichtungen. Als Anhaltspunkt kann das Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung zur Adaption in der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen dienen [8].

Für die Indikation Abhängigkeitserkrankungen ist darüber hinaus zu berücksichtigen, dass die Anforderungen häufig auf kleinere Abteilungsgrößen zu übertragen sind. Bei grundsätzlich gleichen Erwartungen an die Rehabilitationsleistungen müssen – in Absprache mit dem federführenden Rentenversicherungsträger – flexible Lösungen gefunden und Kooperationen in geeigneter Weise genutzt werden.

Die Differenzierung der personellen Anforderungen zwischen den Bereichen „Alkohol/Medikamente“ und „Illegale Drogen“ für die Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen hat sich bewährt. Nicht-stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen (pathologisches Glücksspiel, pathologischer Computer- und Internetgebrauch) können derzeit sowohl in Schwerpunkteinrichtungen für Psychosomatik, Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen und sogenannten Doppelseinrichtungen rehabilitativ versorgt werden. Es gelten die Strukturanforderungen für Abhängigkeitserkrankungen im Bereich Alkohol-/Medikamentenabhängigkeit.

Tabelle 5: Personelle Anforderungen – Psychosomatik stationär		
Indikation	Psychosomatik	
Bereiche	Anzahl/100 <sup>1</sup>	Funktionsgruppe
<b>Ärztlicher Bereich</b>		
Ärztinnen und Ärzte <sup>2</sup>	9	11,5
<b>Psychologischer Bereich</b>		
Psychologische Psychotherapeut*in	2,5 <sup>3</sup>	1,5
Psychologie Diplom, MA	1,5	
Psychologie BA	0,5 <sup>4</sup>	
<b>Bereich Pflege</b>		
Pflegepersonal	8,5 <sup>5</sup>	8,5 <sup>5</sup>
<b>Bereich soziale Arbeit</b>		
Sozialarbeit/-pädagogik Diplom, MA	1,2	1,2
Sozialarbeit/Sozialpädagogik BA		
<b>Therapeutischer Bereich</b>		
Sportlehrer*in/-wissensch. Diplom, MA	1	7,5
Sportlehrer*in/-wissensch. BA		
Bewegungs-Th./Gymnastik-Lehrer*in	2,5	
Physiotherapie MA, BA		
Physiotherapeut*in	1,5	
Masseur*in, med. Bademeister*in		
med. Badehelfer*in	2,5 <sup>6</sup>	
Ergotherapie MA, BA		
Ergotherapeut*in		
Kreativtherapeut*in (z. B. Tanz-, Kunst-, Musik- oder Theatertherapie)	1	1
Berufstherapeut*in (z. B. Berufspädagog*innen, Arbeitserzieher*innen)		
Diät-Assistent*in/Ökotropholog*in Dipl., MA	1	1
Diät-Assistent*in/Ökotropholog*in BA		
<b>Funktionsdiagnostik <sup>7</sup></b>		
Medizinisch-technische Assistenz	1	
Medizinisch-technische Laborassistenz	1	
Medizinisch-technische Radiologieassistenz		
Pharmazeutisch-technische Assistenz	1	
Neurophysiologische Assistent*in		

1 Anzahl Mitarbeitender pro 100 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

2 In der Regel erfolgt der Einsatz von approbierten Ärztinnen und Ärzten. Die Einsatzmöglichkeiten von Ärztinnen und Ärzten mit Berufserlaubnis können sich im Einzelfall erheblich unterscheiden. Für diese ist ein möglicher Einsatz im Vorfeld mit dem federführenden Rentenversicherungsträger abzustimmen.

3 Psychologinnen und Psychologen in Ausbildung („PiAs“) können mit einem Anteil von max. 50% des in dieser Berufsgruppe vorhandenen Personals eingesetzt werden. Supervision ist erforderlich. Für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung („PtWs“) gilt eine derartige Beschränkung nicht. Es bedarf der Anleitung durch eine Weiterbildungsbefugte/einen Weiterbildungsbefugten.

4 Kann durch höher qualifizierte Mitarbeitende des Bereichs ersetzt werden

5 Der Anteil der examinierten Gesundheits- und Kranken-Pflegekräfte muss mindestens 2/3 des gesamten Pflegepersonals betragen; alle weiteren als Pflegepersonal beschäftigten Mitarbeitenden müssen medizinisches Fachpersonal sein.

6 Anteil an Kreativ- und Berufstherapeutinnen und -therapeuten maximal 1/3

7 Nachrichtlich, ohne Bewertung

**Tabelle 6: Personelle Anforderungen – Abhängigkeitserkrankungen stationär**

Indikation	Abhängigkeitserkrankungen			
	Alkohol/Medikamente		Illegale Drogen	
Bereiche	Anzahl/100 <sup>1</sup>	Funktionsgruppe	Anzahl/100 <sup>1</sup>	Funktionsgruppe
<b>Ärztlicher Bereich</b>				
Ärztinnen und Ärzte <sup>2</sup>	3	3	3	3
<b>Bereich klinische Psychologie/ Psychotherapie/Suchttherapie</b>				
Psychologische Psychotherapeut*in Psychologie Diplom, MA	4,75 <sup>3</sup>	8,75	4,75 <sup>3</sup>	12,75
Sozialarb./Sozialpädagogik Diplom, MA Sozialarb./Sozialpädagogik BA	4		8	
Psychologie BA	0,25 <sup>4</sup>	0,25 <sup>4</sup>	0,25 <sup>4</sup>	0,25 <sup>4</sup>
<b>Bereich Pflege</b>				
Pflegepersonal	6 <sup>5</sup>	6 <sup>5</sup>	6 <sup>5</sup>	6 <sup>5</sup>
<b>Bereich klinische Sozialarbeit</b>				
Sozialarb./Sozialpädagogik Diplom, MA Sozialarb./Sozialpädagogik BA	1	1	1	1
<b>Bereich Therapie</b>				
Sportlehrer*in/-wissensch. Diplom, MA Sportlehrer*in/-wissensch. BA Bewegungs-Th./Gymnastik-Lehrer*in Physiotherapie MA, BA Physiotherapeut*in Masseur*in, med. Bademeister*in med. Badehelfer*in	2,5	7	2,5	7
Ergotherapie MA, BA Ergotherapeut*in Kreativtherapeut*in (z. B. Tanz-, Kunst-, Musik- oder Theatertherapie) Berufstherapeut*in (z. B. Berufspädagog*innen, Arbeitserzieher*innen)	4,5 <sup>6</sup>		4,5 <sup>6</sup>	
Diät-Assistent*in/Ökotropholog*in Dipl., MA Diät-Assistent*in/Ökotropholog*in BA	0,5	0,5	0,5	0,5
<b>Funktionsdiagnostik<sup>7</sup></b>				
Medizinisch-technische Assistenz	1		1	
Medizinisch-technische Laborassistenz	1		1	
Medizinisch-technische Radiologieassistenz				
Pharmazeutisch-technische Assistenz	1		1	
Neurophysiologische Assistent*in				

1 Anzahl Mitarbeitender pro 100 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

2 In der Regel erfolgt der Einsatz von approbierten Ärztinnen und Ärzten. Die Einsatzmöglichkeiten von Ärztinnen und Ärzten mit Berufserlaubnis können sich im Einzelfall erheblich unterscheiden. Für diese ist ein möglicher Einsatz im Vorfeld mit dem federführenden Rentenversicherungsträger abzustimmen.

3 Psychologinnen und Psychologen in Ausbildung („PiAs“) können mit einem Anteil von max. 50% des in dieser Berufsgruppe vorhandenen Personals eingesetzt werden. Supervision ist erforderlich. Für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung („PtWs“) gilt eine derartige Beschränkung nicht. Es bedarf der Anleitung durch eine Weiterbildungsbefugte/einen Weiterbildungsbefugten.

4 Kann durch höher qualifizierte Mitarbeitende des Bereichs ersetzt werden

5 Der Anteil der examinierten Gesundheits- und Kranken-Pflegekräfte muss mindestens 2/3 des gesamten Pflegepersonals betragen; alle weiteren als Pflegepersonal beschäftigten Mitarbeitenden müssen medizinisches Fachpersonal sein.

6 Anteil an Kreativtherapeutinnen und -therapeuten maximal 1/3

7 Nachrichtlich, ohne Bewertung



### 3.6.5 Somatik ganztägig-ambulant

Die Strukturanforderungen an ambulante Reha-Fachabteilungen können nicht unabhängig von denen für stationäre Versorgungsstrukturen betrachtet werden. In ganztägig-ambulanten Fachabteilungen werden gleichwertige Leistungen wohnortnah erbracht. Es wird ein mit stationären Fachabteilungen vergleichbares Rehabilitationskonzept und eine an der stationären Rehabilitation orientierte Leistungsgestaltung erwartet [9].

Im Vergleich zu den Anforderungen für den stationären Bereich weichen die Anforderungen für die ganztägig-ambulante Rehabilitation für einzelne Berufsgruppen ab. Dies gründet sich insbesondere auf folgende Sachverhalte: Im Vergleich zu stationären Reha-Fachabteilungen verfügen ganztägig-ambulante in der Regel über eine geringere Anzahl von Therapieplätzen. Oft wird mit kleineren Teilnehmerzahlen in einer Therapiegruppe gearbeitet. Eine Versorgung in den Abend- und Nachtstunden ist nicht erforderlich. Häufiger als im stationären Bereich werden von den Mitarbeitenden neben Leistungen der ganztägig-ambulanten Rehabilitation auch andere ambulante therapeutische Leistungen erbracht [10].

**Die Strukturanforderungen für die ganztägig-ambulante Rehabilitation sind an die Vorgaben für die stationäre Rehabilitation angelehnt. In ihre Erarbeitung wurden reha-relevante Konzepte und Vereinbarungen mit einbezogen. Im Rahmen der aktuellen Überarbeitung wurden erstmalig Anforderungen für die ganztägig-ambulante psychosomatische Rehabilitation sowie die ganztägig-ambulante Rehabilitation Abhängigkeitskranker erstellt.**

**Tabelle 7: Personelle Anforderungen – Orthopädie ganztägig-ambulant / Kardiologie ganztägig-ambulant**

Indikation	Orthopädie		Kardiologie	
Bereiche	Anzahl/40 <sup>1</sup>	Funktionsgruppe	Anzahl/40 <sup>1</sup>	Funktionsgruppe
<b>Ärztlicher Bereich</b>				
Ärztinnen und Ärzte <sup>2</sup>	1,6		1,6	
<b>Psychologischer Bereich</b>				
Psychologische Psychotherapeut*in	0,2	2,3	0,2	2,3
Psychologie Diplom, MA	0,5		0,5	
<b>Bereich Pflege</b>				
Pflegepersonal (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger*in, med. Fachangestellte)	0,5	0,5	1	1
<b>Bereich soziale Arbeit</b>				
Sozialarbeit/-pädagogik Diplom, MA	0,5	0,5	0,5	0,5
Sozialarbeit/-pädagogik BA				
<b>Therapeutischer Bereich</b>				
Sportlehrer*in/-wissensch. Diplom, MA	0,65	5,3	1,5	2,75
Sportlehrer*in/-wissensch. BA			0,5	
Bewegungs-Th./Gymnastik-Lehrer*in	0,5			
Physiotherapie MA, BA	3,5			
Physiotherapeut*in	0,5			
Masseur*in, med. Bademeister*in	0,5			
med. Badehelfer*in				
Ergotherapie MA, BA				
Ergotherapeut*in				
Kreativtherapeut*in (z. B. Tanz-, Kunst-, Musik- oder Theatertherapie)	0,65 <sup>3</sup>		0,25 <sup>3</sup>	
Berufstherapeut*in (z. B. Berufspädagog*innen, Arbeitserzieher*innen)				
Stomatherapeut*in				
Diät-Assistent*in/Ökotropholog*in Dipl., MA	0,4	0,4	0,4	0,6
Diät-Assistent*in/Ökotropholog*in BA			0,2	
Diabetesberater*in				
Diabetesassistent*in				
Sprachtherapie MA, BA				
Sprachtherapeut*in				
<b>Funktionsdiagnostik<sup>4</sup></b>				
Assistenz	0,5		0,5	

1 Anzahl Mitarbeitender pro 40 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

2 In der Regel erfolgt der Einsatz von approbierten Ärztinnen und Ärzten. Die Einsatzmöglichkeiten von Ärztinnen und Ärzten mit Berufserlaubnis können sich im Einzelfall erheblich unterscheiden. Für diese ist ein möglicher Einsatz im Vorfeld mit dem federführenden Rentenversicherungsträger abzustimmen.

3 Anteil an Kreativ- und Berufstherapeutinnen und -therapeuten maximal 1/3

4 Nachrichtlich, ohne Bewertung

Tabelle 8: Personelle Anforderungen – Neurologie ganztägig-ambulant			
Indikation	Neurologie		
Bereiche	Anzahl/40 <sup>1</sup>	Funktionsgruppe	
<b>Ärztlicher Bereich</b>			
Ärztinnen und Ärzte <sup>2</sup>	1,6	3,1	
<b>Psychologischer Bereich</b>			
Psychologische Psychotherapeut*in	0,5		
Psychologie Diplom, MA	1 <sup>3</sup>		
<b>Bereich Pflege</b>			
Pflegepersonal (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger*in, med. Fachangestellte)	1,5	1,5	
<b>Bereich soziale Arbeit</b>			
Sozialarbeit/-pädagogik Diplom, MA	0,5	0,5	
Sozialarbeit/-pädagogik BA			
<b>Therapeutischer Bereich</b>			
Sportlehrer*in/-wissensch. Diplom, MA	1	7,75	
Sportlehrer*in/-wissensch. BA			
Bewegungs-Th./Gymnastik-Lehrer*in			
Physiotherapie MA, BA	3,5		
Physiotherapeut*in			
Masseur*in, med. Bademeister*in	0,5		
med. Badehelfer*in			
Ergotherapie MA, BA	2,75 <sup>4</sup>		
Ergotherapeut*in			
Kreativtherapeut*in (z. B. Tanz-, Kunst-, Musik- oder Theatertherapie)			
Berufstherapeut*in (z. B. Berufspädagog*innen, Arbeitserzieher*innen)			
Stomatherapeut*in			
Diät-Assistent*in/Ökotropholog*in Dipl., MA	0,4	0,4	
Diät-Assistent*in/Ökotrophologe BA			
Diabetesberater*in			
Diabetesassistent*in			
Sprachtherapie MA, BA	1,5	1,5	
Sprachtherapeut*in			
<b>Funktionsdiagnostik <sup>5</sup></b>			
Assistenz	1,5		

1 Anzahl Mitarbeitender pro 40 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

2 In der Regel erfolgt der Einsatz von approbierten Ärztinnen und Ärzten. Die Einsatzmöglichkeiten von Ärztinnen und Ärzten mit Berufserlaubnis können sich im Einzelfall erheblich unterscheiden. Für diese ist ein möglicher Einsatz im Vorfeld mit dem federführenden Rentenversicherungsträger abzustimmen.

3 Inkl. Neuropsychologinnen und Neuropsychologen

4 Anteil an Kreativ- und Berufstherapeutinnen und -therapeuten maximal 1/3

5 Nachrichtlich, ohne Bewertung

### 3.6.6 Psychosomatik, Abhängigkeitserkrankungen ganztägig-ambulant

Die Strukturanforderungen an ambulante Reha-Fachabteilungen können nicht unabhängig von denen für stationäre Versorgungsstrukturen betrachtet werden. In ganztägig-ambulanten Fachabteilungen werden gleichwertige Leistungen wohnortnah erbracht. Es wird ein mit stationären Fachabteilungen vergleichbares Rehabilitationskonzept und eine an der stationären Rehabilitation orientierte Leistungsgestaltung erwartet [9].

Im Vergleich zu den Anforderungen für den stationären Bereich weichen die Anforderungen für die ganztägig-ambulante Rehabilitation für einzelne Berufsgruppen ab. Dies gründet sich insbesondere auf folgende Sachverhalte: Im Vergleich zu stationären Reha-Fachabteilungen verfügen ganztägig-ambulante in der Regel über eine geringere Anzahl von Therapieplätzen. Oft wird mit kleineren Teilnehmerzahlen in einer Therapiegruppe gearbeitet. Eine Versorgung in den Abend- und Nachtstunden ist nicht erforderlich. Häufiger als im stationären Bereich werden von den Mitarbeitenden neben Leistungen der ganztägig-ambulanten Rehabilitation auch andere ambulante therapeutische Leistungen erbracht [10].

Seit 2011 steht ein gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ganztägig-ambulanten Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen zur Verfügung [11]. Die Erarbeitung der personellen Anforderungen der ganztägig-ambulanten Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen erfolgte in Anlehnung an dieses. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang eine Differenz der Personalbemessung im Bereich Pflege dahingehend, dass in den Strukturanforderungen geringere Anforderungen gestellt werden als im Rahmenkonzept. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass in den Strukturanforderungen Mindestanforderungen formuliert werden, im Rahmenkonzept hingegen Orientierungswerte.

Die dargestellten Personalanforderungen für die ganztägig-ambulante Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen gelten in diesem Umfang nicht für die ambulante Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen. Als Anhaltspunkt kann das gemeinsame Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker dienen [12].

**Die Strukturanforderungen für die ganztägig-ambulante Rehabilitation sind an die Vorgaben für die stationäre Rehabilitation angelehnt. In ihre Erarbeitung wurden reha-relevante Konzepte und Vereinbarungen mit einbezogen. Im Rahmen der aktuellen Überarbeitung wurden erstmalig Anforderungen für die ganztägig-ambulante psychosomatische Rehabilitation sowie die ganztägig-ambulante Rehabilitation Abhängigkeitskranker erstellt.**

**Tabelle 9: Personelle Anforderungen – Psychosomatik ganztägig-ambulant**

Indikation	Psychosomatik	
Bereiche	Anzahl/40 <sup>1</sup>	Funktionsgruppe
<b>Ärztlicher Bereich</b>		
Ärztinnen und Ärzte <sup>2</sup>	2,5	4
<b>Psychologischer Bereich</b>		
Psychologische Psychotherapeut*in	1,5 <sup>3</sup>	
Psychologie Diplom, MA	0,8	0,8
Psychologie BA	0,2 <sup>4</sup>	0,2
<b>Bereich Pflege</b>		
Pflegepersonal (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger*in, med. Fachangestellte)	1,25	1,25
<b>Bereich soziale Arbeit</b>		
Sozialarbeit/-pädagogik Diplom, MA	0,75	0,75
Sozialarbeit/-pädagogik BA		
<b>Therapeutischer Bereich</b>		
Sportlehrer*in/-wissensch. Diplom, MA	0,8	3
Sportlehrer*in/-wissensch. BA		
Bewegungs-Th./Gymnastik-Lehrer*in		
Physiotherapie MA, BA	1,0	
Physiotherapeut*in		
Masseur*in, med. Bademeister*in	0,2	
med. Badehelfer*in		
Ergotherapie MA, BA	1,0 <sup>5</sup>	
Ergotherapeut*in		
Kreativtherapeut*in		
(z. B. Tanz-, Kunst-, Musik- oder Theatertherapie)		
Berufstherapeut*in (z. B. Berufspädagog*innen, Arbeitserzieher*innen)		
Diät-Assistent*in/Ökotropholog*in Dipl., MA	0,4	0,4
Diät-Assistent*in/Ökotropholog*in BA		
<b>Funktionsdiagnostik <sup>6</sup></b>		
Assistenz	0,5	

1 Anzahl Mitarbeitender pro 40 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

2 In der Regel erfolgt der Einsatz von approbierten Ärztinnen und Ärzten. Die Einsatzmöglichkeiten von Ärztinnen und Ärzten mit Berufserlaubnis können sich im Einzelfall erheblich unterscheiden. Für diese ist ein möglicher Einsatz im Vorfeld mit dem federführenden Rentenversicherungsträger abzustimmen.

3 Psychologinnen und Psychologen in Ausbildung („PiAs“) können mit einem Anteil von max. 50% des in dieser Berufsgruppe vorhandenen Personals eingesetzt werden. Supervision ist erforderlich. Für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung („PtWs“) gilt eine derartige Beschränkung nicht. Es bedarf der Anleitung durch eine Weiterbildungsbefugte/einen Weiterbildungsbefugten.

4 Kann durch höher qualifizierte Mitarbeitende des Bereichs ersetzt werden

5 Anteil an Kreativ- und Berufstherapeutinnen und -therapeuten maximal 1/3

6 Nachrichtlich, ohne Bewertung

Tabelle 10: Personelle Anforderungen – Abhängigkeitserkrankungen ganztägig-ambulant				
Indikation	Abhängigkeitserkrankungen			
	Alkohol/Medikamente		Illegale Drogen	
Bereiche	Anzahl/40 <sup>1</sup>	Funktionsgruppe	Anzahl/40 <sup>1</sup>	Funktionsgruppe
<b>Ärztlicher Bereich</b>				
Ärztinnen und Ärzte <sup>2</sup>	1,2	1,2	1,2	1,2
<b>Bereich klinische Psychologie/ Psychotherapie/Suchttherapie</b>				
Psychologische Psychotherapeut*in Psychologie Diplom, MA	1,9 <sup>3</sup>	3,5	1,9 <sup>3</sup>	5,1
Sozialarbeit/-pädagogik BA Sozialarb./Sozialpädagogik BA	1,6		3,2	
<b>Bereich Pflege</b>				
Pflegepersonal (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger*in, med. Fachangestellte)	1,5	1,5	1,5	1,5
<b>Bereich klinische Sozialarbeit</b>				
Sozialarbeit/-pädagogik Diplom, MA Sozialarbeit/-pädagogik BA	0,5	0,5	0,5	0,5
<b>Bereich Therapie</b>				
Sportlehrer*in/-wissensch. Diplom, MA Sportlehrer*in/-wissensch. BA Bewegungs-Th./Gymnastik-Lehrer*in Physiotherapie MA, BA Physiotherapeut*in Masseur*in, med. Bademeister*in med. Badehelfer	1	2,8	1	2,8
Ergotherapie MA, BA Ergotherapeut*in Kreativtherapeut*in (z. B. Tanz-, Kunst-, Musik- oder Theatertherapie)	1,8 <sup>4</sup>		1,8 <sup>4</sup>	
Berufstherapeut*in (z. B. Berufspädagog*innen, Arbeitserzieher*innen)				
Diät-Assistent*in/Ökotropholog*in Dipl., MA Diät-Assistent*in/Ökotropholog*in BA	0,2		0,2	
<b>Funktionsdiagnostik<sup>5</sup></b>				
Assistenz	0,5		0,5	

- 1 Anzahl Mitarbeitender pro 40 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden
- 2 In der Regel erfolgt der Einsatz von approbierten Ärztinnen und Ärzten. Die Einsatzmöglichkeiten von Ärztinnen und Ärzten mit Berufserlaubnis können sich im Einzelfall erheblich unterscheiden. Für diese ist ein möglicher Einsatz im Vorfeld mit dem federführenden Rentenversicherungsträger abzustimmen.
- 3 Psychologinnen und Psychologen in Ausbildung („PiAs“) können mit einem Anteil von max. 50% des in dieser Berufsgruppe vorhandenen Personals eingesetzt werden. Supervision ist erforderlich. Für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung („PtWs“) gilt eine derartige Beschränkung nicht. Es bedarf der Anleitung durch eine Weiterbildungsbefugte/einen Weiterbildungsbefugten.
- 4 Anteil an Kreativtherapeutinnen und -therapeuten maximal 1/3
- 5 Nachrichtlich, ohne Bewertung

### 3.6.7 Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)

Die Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation wird nach einem Stufenmodell gegliedert [13]. Leistungen der **MBOR-Stufe A** werden mit der bisherigen strukturellen und personellen Ausstattung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation bereits abgedeckt.

In der **MBOR-Stufe B** sind die personellen und strukturellen Voraussetzungen für die MBOR in den individuellen Konzepten der Fachabteilungen zu operationalisieren. Für MBOR-Leistungen der Stufe B sind mit der vorliegenden Auflage erstmalig personelle Anforderungen – ergänzend zu den Tabellen 1-4 – festgelegt worden (siehe Tabelle 5).

Geltungsbereich der personellen Anforderungen zu MBOR (Stufe B):

- Die personellen Anforderungen gelten sowohl für somatische als auch psychosomatische Erkrankungen.
- Analog zur stationären medizinischen Rehabilitation haben grundsätzlich auch alle ganztägig-ambulanten Reha-Fachabteilungen diagnostische und therapeutische Kompetenz auf dem Feld der beruflichen Integration zu entwickeln und vorzuhalten. Die Nähe zum beruflichen Umfeld und die damit einhergehende Möglichkeit einer direkten Vernetzung bieten in der ambulanten Rehabilitation besonders geeignete Rahmenbedingungen zur Stärkung des Berufs- und Arbeitsplatzbezugs. Von daher finden die personellen Anforderungen auch für ganztägig-ambulante Reha-Fachabteilungen mit MBOR-Konzepten der Stufe B Anwendung.
- Die Anforderungen gelten – zum Teil an die spezifischen Bedingungen von Verfahren und Rehabilitationsablauf angepasst – ebenfalls für die Anschlussrehabilitation. Auch in der Anschlussrehabilitation können besondere berufliche Problemlagen (BBPL) vorliegen. Bei der Bedarfsprüfung sind jedoch akute postoperative Beeinträchtigungen und mittelfristige Teilhabestörungen zu unterscheiden. Inwieweit für eine AHB-Rehabilitandin oder einen AHB-Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen im Einzelfall eine MBOR-Stufe B geeignet ist, hängt von deren/dessen MBOR-Fähigkeit (z. B. postoperativ) ab.
- Für die Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen gelten die personellen Anforderungen nicht. Diese erfolgt unter anderen Rahmenbedingungen (zum Beispiel längere Behandlungsdauer, höherer Anteil arbeitsloser Rehabilitandinnen und Rehabilitanden) und realisiert bereits eine ausgeprägte berufliche Orientierung. Für den Bereich der Abhängigkeitserkrankungen wird auf die gemeinsam mit den Fachverbänden in der Arbeitsgruppe „Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ [14] erarbeiteten Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker verwiesen.

In der **MBOR-Stufe C** sind – wie bei Stufe B – die personellen und strukturellen Voraussetzungen für die MBOR in den individuellen Konzepten zu operationalisieren. Die MBOR-Stufe C ist als optionales Angebot der Reha-Fachabteilung zu verstehen, welche bereits die Stufe B anbieten. Sie kann in Verbindung mit Kooperationspartnern (z. B. Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation) erbracht werden.

**Tabelle 11: ergänzende personelle Anforderungen für MBOR-Konzept – Stufe B**

Bereiche	Somatik/Psychosomatik <sup>1</sup> stationär/ambulant	
	Anzahl/50 <sup>2</sup>	Funktionsgruppe
Ärztlicher/psychologischer Bereich	0,25	0,25
Bereich soziale Arbeit	0,25	0,5
Therapeutischer Bereich	0,25	

1 Ohne Bereich Abhängigkeitserkrankungen

2 Zusätzliche Anzahl Mitarbeitender pro 50 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (unabhängig von der Zuordnung zu einzelnen Fachabteilungen)



### 3.6.8 Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Die Rahmenbedingungen und die Strukturen der Fachabteilungen für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen unterscheiden sich in mehrfacher Hinsicht grundsätzlich von denen der Erwachsenenrehabilitation. So benötigen die Kinder und Jugendlichen zusätzliche pädagogische und Freizeitangebote, die Aufsicht und Betreuung über 24 Stunden muss sichergestellt werden und die Rolle einer Bezugsperson hat einen besonderen Stellenwert. Die Untersuchungen und Therapien gestalten sich oft zeitaufwendiger als im Erwachsenenbereich, insbesondere weil die Entwicklungsunterschiede einer Klientel zwischen 1 und 18 Jahren sehr groß sind. Für die schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen muss der begleitende Unterricht in den Tagesablauf integriert werden.

Aufgrund der Besonderheiten haben sich in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen überwiegend indikationsübergreifende Strukturen herausgebildet [15]. Fast alle Reha-Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche halten ein Angebot für mehrere Behandlungsindikationen vor. Hierbei besteht eine weitere Besonderheit darin, dass die Anteile der unterschiedlichen Indikationsgruppen nie konstant sind, sondern unterjährig zum Teil stark schwanken.

Vor diesem Hintergrund wurden die personellen Strukturansforderungen für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen überarbeitet und die bisher differenziert dargestellten somatischen Indikationen zusammengefasst. In der Folge gibt es separate Strukturansforderungen zukünftig indikationsübergreifend für die Bereiche Somatik und Psychosomatik.

Für Fachabteilungen, in denen Kinder und Jugendliche mit **therapie- oder pflegeintensiven Krankheitsbildern** rehabilitiert werden (z. B. Mukoviszidose, neurologische Krankheiten), gelten höhere Anforderungen. Der Mehrbedarf ist vom federführenden Rentenversicherungsträger bei der Personalmessung zu berücksichtigen.

Darüber hinaus wurden mit dem „Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben“ (sog. „Flexirentengesetz“), das zum 1. Januar 2017 in Kraft getreten ist, u. a. Neuregelungen zu den Begleitpersonen für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen getroffen. Diese haben demnach nicht nur eine Betreuungsfunktion, sondern sind mehr als früher in die therapeutischen Prozesse eingebunden. Darüber hinaus erhalten sie Informationen und Schulungen, die zum Erfolg der Rehabilitation beitragen und insbesondere Verhaltensweisen fördern sollen, die sich positiv auf die Betreuung des erkrankten Kindes bzw. Jugendlichen und die gesamte Familienatmosphäre auswirken. **Konzeptbezogene höhere Bedarfe an Personal** sind somit ebenfalls für Fachabteilungen zu berücksichtigen, in denen z. B. ein hoher Anteil von Begleitpersonen regelmäßig in den Rehabilitationsprozess eingebunden wird.

Bei der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen sind Anforderungen für somatische und psychosomatische Indikationen festgelegt. Gleichzeitig wird auf abweichende Personalbedarfe für bestimmte Rahmenbedingungen in der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation hingewiesen. Der tatsächliche Stellenplan für die Reha-Fachabteilung wird mit dem federführenden Rentenversicherungsträger in Abhängigkeit von den Belegungsschwerpunkten bzw. den konzeptionellen Besonderheiten vereinbart.

Tabelle 12: Personelle Anforderungen – Kinder und Jugendliche stationär				
Indikation	Somatik		Psychosomatik	
Bereiche	Anzahl/ 100 <sup>1</sup>	Funktionsgruppe	Anzahl/ 100 <sup>1</sup>	Funktionsgruppe
<b>Ärztlicher Bereich</b>				
Ärztinnen und Ärzte <sup>2</sup>	5		5	
<b>Psychologischer Bereich</b>				
Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten	2,25 <sup>3</sup>	7,25	2 <sup>3</sup>	7
Psychologie Diplom, MA			1,75	1,75
Psychologie BA	0,25 <sup>4</sup>	0,25 <sup>4</sup>	0,25 <sup>4</sup>	0,25 <sup>4</sup>
<b>Bereich Pflege und Erziehung</b>				
Pflegepersonal	11 <sup>5</sup>		8 <sup>5</sup>	
Erzieher*in	16	27	30	38
<b>Bereich soziale Arbeit</b>				
Sozialarbeit/-pädagogik Diplom, MA				
Sozialarbeit/-pädagogik BA	1	1	1	1
<b>Therapeutischer Bereich</b>				
Sportlehrer*in/-wissensch. Diplom, MA				
Sportlehrer*in/-wissensch. BA	3		3	
Bewegungs-Th./Gymnastik-Lehrer*in				
Physiotherapie MA, BA	2		1	
Physiotherapeut*in				
Masseur*in, med. Bademeister*in	1	7	1	7
med. Badehelfer				
Ergotherapie MA, BA				
Ergotherapeut*in				
Kreativtherapeut*in (z. B. Tanz-, Kunst-, Musik- oder Theatertherapie)	1 <sup>6</sup>		2 <sup>6</sup>	
Diät-Assistent*in/Ökotropholog. Dipl., MA				
Diät-Assistent*in/Ökotrophologe BA	2	2	1,5	1,5
<b>Funktionsdiagnostik <sup>7</sup></b>				
Medizinisch-technische Assistenz				
Medizinisch-technische Laborassistenz	0,5		0,5	
Medizinisch-technische Radiologieassistenz				
Pharmazeutisch-technische Assistenz				
Neurophysiologische Assistent*in				

- 1 Anzahl Mitarbeitender pro 100 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden
- 2 In der Regel erfolgt der Einsatz von approbierten Ärztinnen und Ärzten. Die Einsatzmöglichkeiten von Ärztinnen und Ärzten mit Berufserlaubnis können sich im Einzelfall erheblich unterscheiden. Für diese ist ein möglicher Einsatz im Vorfeld mit dem federführenden Rentenversicherungsträger abzustimmen.
- 3 Psychologinnen und Psychologen in Ausbildung („PiAs“) können mit einem Anteil von max. 50% des in dieser Berufsgruppe vorhandenen Personals eingesetzt werden. Supervision ist erforderlich. Für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung („PtWs“) gilt eine derartige Beschränkung nicht. Es bedarf der Anleitung durch eine Weiterbildungsbefugte/einen Weiterbildungsbefugten.
- 4 Kann durch höher qualifizierte Mitarbeitende des Bereichs ersetzt werden
- 5 Der Anteil der examinierten Gesundheits- und Kranken-Pflegekräfte bzw. Kinder-Krankenpflegekräfte muss mindestens 2/3 des gesamten Pflegepersonals betragen; alle weiteren als Pflegepersonal beschäftigten Mitarbeitenden müssen medizinisches Fachpersonal sein.
- 6 Anteil an Kreativtherapeutinnen und -therapeuten maximal 1/3
- 7 Nachrichtlich, ohne Bewertung

Für Fachabteilungen, in denen Kinder und Jugendliche mit therapie- oder pflegeintensiven Krankheitsbildern rehabilitiert werden (z. B. Diabetes mellitus, Mukoviszidose, neurologische Krankheiten), sowie für konzeptbezogene höhere Bedarfe (bspw. bei regelhaft hohem Anteil von Begleitpersonen) gelten höhere Anforderungen.

## 4. Strukturnahe Prozessmerkmale

### 4.1 Merkmale zur Organisation

Die Strukturmerkmale zur Organisation umfassen Anforderungen an das Aufnahmeprozedere, die Visiten und den Abschluss von Leistungen zur Rehabilitation. Darüber hinaus bestehen Anforderungen an das Personal zur Sicherstellung der Notfallversorgung in der ambulanten Rehabilitation und zur Gewährleistung des Hintergrunddienstes in der stationären Rehabilitation. Die Anwesenheit eines Arztes sowie einer examinierten Pflegekraft 24 Stunden im Haus in der stationären Rehabilitation ist (mit Ausnahme der Abhängigkeitserkrankungen) für alle Indikationen belegungsrelevant und wird somit im Kapitel 3.1 aufgeführt.

**Alle Merkmale zur Organisation der Reha-Fachabteilungen sind strukturelevant und – in den entsprechenden Indikationen – somit grundsätzlich zu erfüllende Anforderungen.**

### 4.2 Interne Kommunikation, Personalentwicklung

Die Merkmale zur internen Kommunikation sind überwiegend Bestandteil des internen Qualitätsmanagements. Hierzu gehören im Wesentlichen der interdisziplinäre Austausch, regelmäßige Besprechungen der Einrichtungsleitung und des Rehabilitationsteams. Sie gehören zu den aktuell angewandten konzeptionellen Anforderungen an das Reha-Team und an die Einrichtungsorganisation. Eine nachvollziehbare Dokumentation hierzu liegt vor, in der insbesondere Intervalle plausibel dargestellt sind.

Personalentwicklung ist eine umfassende und kontinuierliche Aufgabe der Rehabilitationseinrichtung. Sie erstreckt sich von der Einarbeitung neuer Mitarbeitender über deren Integration in das Rehabilitationsteam, bis hin zu einer internen und externen regelmäßigen Fort- und Weiterbildung. Fort- und Weiterbildungen werden hierbei als verpflichtende Aufgabe der Mitarbeitenden verstanden. Interdisziplinäres Arbeiten ist wichtiger Bestandteil der Qualifizierung von Mitarbeitenden. Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen beziehen alle Mitarbeitenden ein, werden mit diesen abgestimmt und stellen sicher, dass eine dem aktuellen Kenntnisstand entsprechende Rehabilitation durchgeführt wird.

Die Erfüllung der Merkmale zur internen Kommunikation und Personalentwicklung entsprechen den Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung an die Strukturqualität.

### 4.3 Spezifische Konzepte und Schulungen

Reha-Fachabteilungen arbeiten auf der Grundlage umfassender Reha-Rehabilitationskonzepte. Für von der Deutschen Rentenversicherung belegte Fachabteilungen müssen diese an der Orientierungsgliederung der Deutschen Rentenversicherung für das Medizinische Konzept einer Reha-Einrichtung ausgerichtet sein [16]. Für die Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen gilt der gemeinsame Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig-ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker [17].

Die Strukturmerkmale zu spezifischen Konzepten und Schulungen bilden vorwiegend konzeptionelle Besonderheiten von Fachabteilungen ab. Diese können im Rahmen des Zuweisungsprozesses von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in Fachabteilungen genutzt werden und ermöglichen somit eine bedarfsgerechte Rehabilitation. Darüber hinaus gibt es für bestimmte Indikationen einzelne als strukturelevant geltende Konzepte, welche grundsätzlich vorgehalten werden müssen.

In allen Indikationen, außer der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation, müssen Basis- und Kernangebote für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit beruflichen Problemlagen vorgehalten werden – in der Indikation Abhängigkeitserkrankungen entsprechend Angebote zur beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Darüber hinaus gilt für alle Indikationen, außer der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation, die Bereitstellung von Informationen und Angeboten zur beruflichen Wiedereingliederung als strukturelevant.

Bzgl. Patientenschulungen gilt für alle Indikationen als strukturelevant, dass diese manualisiert und curricular miteinander verknüpft sein müssen.

Die Strukturmerkmale zu spezifischen Konzepten und Schulungen bilden vorwiegend konzeptionelle Besonderheiten von Fachabteilungen ab. Sie können im Rahmen des Zuweisungsprozesses von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in die Fachabteilung genutzt werden und ermöglichen somit eine bedarfsgerechte Rehabilitation.

### 4.4 Internes Qualitätsmanagement

Fachabteilungen der Rehabilitation sind gemäß § 37 Abs. 2 SGB IX verpflichtet, ein strukturiertes internes Qualitätsmanagement vorzuhalten. Es soll die Qualität der Versorgung gewährleisten und zielgerichtet kontinuierlich verbessern. Der Gesetzgeber verlangt eine Zertifizierung dieses internen Qualitätsmanagements für die stationären medizinischen Reha-Fachabteilungen. In Form einer Checkliste und eines Manuals haben die Rehabilitationsträger auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) Anforderungen für das interne Qualitätsmanagement einer Reha-Fachabteilung erarbeitet. QM-Systeme, welche die

grundsätzlichen Anforderungen erfüllen, werden auf der Ebene der BAR anerkannt. Mit einem Zertifikat weist die Reha-Fachabteilung das Vorhandensein und die Funktionsfähigkeit eines anerkannten QM-Systems nach.

Vor diesem Hintergrund kann auf die Vorgabe zusätzlicher Strukturanforderungen seitens der Deutschen Rentenversicherung verzichtet werden.

Die auf der Ebene der BAR formulierten Anforderungen an ein internes Qualitätsmanagement entsprechen den Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung an die Strukturqualität stationärer Reha-Fachabteilungen.

## 5. Umsetzung der Strukturqualität – Zusammenarbeit mit Reha-Einrichtungen

Grundsätzlich erwartet die Deutsche Rentenversicherung die vollständige Erfüllung der Anforderungen durch die Reha-Fachabteilungen. Um vor dem Hintergrund unterschiedlicher struktureller sowie konzeptioneller Voraussetzungen ausreichend Flexibilität zu gewährleisten, sind in Einzelfällen – in Absprache mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger – Abweichungen von einzelnen Anforderungen möglich.

Darüber hinaus ist in den Anforderungen an einigen Stellen von vornherein eine gewisse Flexibilität vorgesehen. So wurden, um konzeptionellen Besonderheiten Rechnung zu tragen, Berufsgruppen zu **Funktionsgruppen** zusammengefasst. Für die Erfüllung der Strukturanforderungen ist maßgeblich, dass die Zielgrößen der Funktionsgruppen erreicht werden. Für die einzelnen Berufsgruppen sind Orientierungswerte angegeben.

Für mögliche, **zeitlich begrenzte** Abweichungen von der formulierten Zielgröße einer Funktionsgruppe ist ein Toleranzbereich nach unten von 20 % festgelegt. Abweichungen, die sich unterhalb des Toleranzbereiches bewegen, müssen umgehend beseitigt werden. Unterschreitungen innerhalb des Toleranzbereichs sind zeitnah abzustellen. Um Veränderungen in Richtung der Zielgröße sicherzustellen, werden konkrete Vereinbarungen zwischen Leistungserbringer und Rentenversicherungsträger getroffen. Werden diese nicht eingehalten, gelten die Strukturanforderungen als nicht erfüllt. Da auch die Personalvorgaben im Rahmen der fachlichen Eignung eine Zulassungsvoraussetzung darstellen, wird der federführende Rentenversicherungsträger in diesem Fall den Widerruf der Zulassung prüfen. Ab einem Widerruf der Zulassung gilt auch der Belegungsvertrag für die entsprechende Fachabteilung nicht mehr.

Strukturqualität bedeutet auch immer Weiterentwicklung der Strukturen. Hierbei kommen oft modellhafte Lösungsansätze zur Anwendung. Die Anforderungen an die Strukturqualität der Deutschen Rentenversicherung müssen im Sinne einer **Experimentierklausel** Spielräume vorhalten, die konzeptionelle Neuorientierungen ermöglichen. Wenn Lösungsansätze Abweichungen von Strukturanforderungen zur Folge haben, sollten die zugrunde liegenden Konzepte schriftlich niedergelegt und mit dem federführenden Rentenversicherungsträger abgestimmt sein.

Obwohl davon auszugehen ist, dass nicht in jeder Reha-Fachabteilung zu jedem Zeitpunkt eine vollständige Erfüllung der Strukturanforderungen gegeben ist, wird diese grundsätzlich erwartet (Zielgrößen).

Für den Bereich der personalbezogenen Merkmale ist jeweils ein Toleranzbereich festgelegt. Die dauerhafte Unterschreitung des Toleranzbereiches durch eine Reha-Fachabteilung wird nicht akzeptiert.

Die Einhaltung der vereinbarten Festlegungen in Richtung Zielgröße wird durch den federführenden Rentenversicherungsträger regelmäßig geprüft.

## 6. Literatur

1. VDR (Hrsg.): Bericht der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger – Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (Dezember 1991)
2. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Berufsgruppen der medizinischen Rehabilitation und deren interprofessionelle Zusammenarbeit. 1.Auflage 4/2023
3. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Vereinbarungen im Suchtbereich. 2.Auflage (8/2013)
4. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007, Kurzfassung
5. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): Physician Assistant – ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen. Berlin, 2017
6. Höder, J. & Deck, R. (Hrsg.): Aufgaben- und Rollenverteilung in der medizinischen Rehabilitation. Bestandsaufnahme und Prüfung von Optimierungs- und Entlastungschancen. Abschlussbericht, 2011
7. DRV Bund (Hrsg.): Weiterentwicklung von Prävention und Rehabilitation – Gemeinsames Strategiepapier der Deutschen Rentenversicherung (2023)
8. Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung zur Adaption in der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen vom 27. März 2019
9. Bürger, W., Dietsche, St., Morfeld, M., Koch, U. (Hrsg.): Ambulante und stationäre orthopädische Rehabilitation. Ein Vergleich von Strukturmerkmalen, Wirksamkeit und Kosten. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (2001)
10. Dietsche, St., Bürger, W., Morfeld, M., Koch, U. (Hrsg.): Struktur- und Prozessqualität im Vergleich verschiedener Versorgungsformen in der orthopädischen Rehabilitation. Rehabilitation 2002; 41: S. 103-111
11. Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ganztägig-ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 18. August 2011.
12. Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 3. Dezember 2008.
13. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. 5.Auflage (10/2019)

14. Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014. Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA).
15. BAR (Hrsg.): Gemeinsames Rahmenkonzept der Gesetzlichen Krankenkassen und der Gesetzlichen Rentenversicherung für die Durchführung stationärer medizinischer Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche vom Februar 2008
16. Das medizinische Konzept einer Reha-Einrichtung. Orientierungsgliederung der Deutschen Rentenversicherung (Stand: 11.01.2021)
17. Gemeinsamer Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig-ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 23.09.2011.



# Anhang 1: Überblick über alle Merkmale der Strukturqualität

Tabelle 13: Überblick über alle Merkmale der Strukturqualität

1	Belegungsrelevante Merkmale	Merkmal vorhanden?	S1 Dermatologie	S2 Gastroenterologie	S3 Kardiologie	S4 Neurologie	S5 Onkologie	S6 Orthopädie	S7 Pneumologie	S8 Indikations- übergreifend	A1 ganztätig-ambul. Kardiologie	A2 ganztätig-ambul. Orthopädie	A3 ganztätig-ambul. Neurologie	P1 Abhängigkeits- erkrankungen	P2 Psychosomatik	A4 ganztätig-ambul. Abhängigkeitserkr.	A5 ganztätig-ambul. Psychosomatik	K1 Kinder und Jugendliche
Item-Nr.	Strukturmerkmal																	
1	Die ärztliche Leitung und deren Vertretung haben die entsprechende Facharztqualifikation	Ja / Nein	BR	BR	BR	BR	BR <sup>1</sup>	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR
2	Ärztliche Anwesenheit 24 h im Haus	Ja / Nein	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR				ZR	BR			BR
3	Ärztliche Anwesenheit während der Zeit, in der Rehaleistungen durchgeführt werden	Ja / Nein									BR	BR	BR			BR	BR	
4	Mindestens eine examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekraft 24 h im Haus	Ja / Nein	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR				BR	BR			BR
<b>Notfallmanagement</b>																		
6	Notrufmöglichkeit	Ja / Nein	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR
7	Notfallausrüstung inkl. Defibrillator	Ja / Nein	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR
8	Geeigneter Ort mit Möglichkeit der Notfallbehandlung, Notfallüberwachung	Ja / Nein	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR
9	EKG	Ja / Nein	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR	BR

1 In der Onkologie sind bzgl. des doppelten Facharztstandards Besonderheiten zu beachten (siehe Kapitel 3.1.1. „Qualifikation der ärztlichen Leitung und deren Vertretung“, S. 8)







4 Medizinisch-technische Anforderungen		Merkmal vorhanden?	S1 Dermatologie	S2 Gastroenterologie	S3 Kardiologie	S4 Neurologie	S5 Onkologie	S6 Orthopädie	S7 Pneumologie	S8 Indikations-übergreifend	A1 ganztätig-ambul. Kardiologie	A2 ganztätig-ambul. Orthopädie	A3 ganztätig-ambul. Neurologie	P1 Abhängigkeits-erkrankungen	P2 Psychosomatik	A4 ganztätig-ambul. Abhängigkeitserkr.	A5 ganztätig-ambul. Psychosomatik	K1 Kinder und Jugendliche	
Item-Nr.	Strukturmerkmal																		
1	Routinelabor	Intern / Koop. / Nein	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
2	Blutgasanalyse	Intern / Koop. / Nein		SR	SR		SR		SR	ZR	SR								ZR
3	Pulsoxymetrie	Ja / Nein	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
4	Röntgendiagnostik	Intern / Koop. / Nein	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
5	Belastungs-EKG * keine Koop. bei S3/S7	Intern / Koop. / Nein	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	ZR
6	Langzeit-EKG * keine Koop. bei S3/S7	Intern / Koop. / Nein		ZR	SR	SR	SR	ZR	SR	SR	SR	ZR	SR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR
7	Monitorüberwachtes Ergometer	Ja / Nein			SR						SR								
8	ICD- und Schrittmacherkontrolle	Intern / Koop. / Nein			ZR						ZR								
9	Sonographie (z. B. Abdomen, Gelenke, Schilddrüse)	Intern / Koop. / Nein	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
10	Dopplersonographie	Intern / Koop. / Nein	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	ZR	ZR				
12	Echokardiographie/ Duplexsonographie	Intern / Koop. / Nein		SR	SR	SR			SR	ZR	SR		SR						



Item-Nr.	Strukturmerkmal	Merkmal vorhanden?	4 Medizinisch-technische Anforderungen (2.Fortsetzung)																
			S1 Dermatologie	S2 Gastroenterologie	S3 Kardiologie	S4 Neurologie	S5 Onkologie	S6 Orthopädie	S7 Pneumologie	S8 Indikations- übergreifend	A1 ganztätig-ambul. Kardiologie	A2 ganztätig-ambul. Orthopädie	A3 ganztätig-ambul. Neurologie	P1 Abhängigkeits- erkrankungen	P2 Psychosomatik	A4 ganztätig-ambul. Abhängigkeitserkr.	A5 ganztätig-ambul. Psychosomatik	K1 Kinder und Jugendliche	
25	Nasaler Provokationstest	Intern / Koop. / Nein	SR							SR									
26	Bronchialer Provokationstest	Ja / Nein							SR										
27	UVA-Strahler	Ja / Nein	SR															ZR	
28	UVB-Strahler	Ja / Nein	SR															ZR	
29	Teilbestrahlungseinheit	Ja / Nein	SR															ZR	
30	Elektroneurographie	Intern / Koop. / Nein				SR						SR							
31	Elektromyographie	Intern / Koop. / Nein				SR						SR							
32	Evozierte Potentiale	Intern / Koop. / Nein				SR						SR							
33	EEG	Intern / Koop. / Nein				SR						SR							
34	Langzeit-EEG	Ja / Nein				ZR						ZR							
35	Posturographie	Ja / Nein				ZR		ZR				ZR	ZR						







6	Personelle Anforderungen	LA/ CA/ ÄD/ OA/ übrige Ärztinnen und Ärzte	S1 Dermatologie	S2 Gastroenterologie	S3 Kardiologie	S4 Neurologie	S5 Onkologie	S6 Orthopädie	S7 Pneumologie	S8 Indikations-übergreifend	A1 ganztätig-ambul. Kardiologie	A2 ganztätig-ambul. Orthopädie	A3 ganztätig-ambul. Neurologie	P1 Abhängigkeits-erkrankungen	P2 Psychosomatik	A4 ganztätig-ambul. Abhängigkeitserkr.	A5 ganztätig-ambul. Psychosomatik	K1 Kinder und Jugendliche
Item-Nr.	Welche Qualifikationen haben die in der Fachabteilung beschäftigten Ärztinnen/Ärzte?																	
1	Allgemeinmedizin	Anzahl vorhandener Kompetenzen (Anz. v.K.)	SR <sup>1</sup>			SR <sup>1</sup>		SR <sup>1</sup>		SR <sup>1</sup>				BR <sup>2</sup>	SR <sup>1</sup>	BR <sup>2</sup>		
2	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Anz. v.K.					BR <sup>3</sup>											
3	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Anz. v.K.					BR <sup>3</sup>											
4	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Anz. v.K.	BR				BR <sup>3</sup>											
5	Innere Medizin (ohne Schwerpunkt)	Anz. v.K.	SR <sup>1</sup>			SR <sup>1</sup>		SR <sup>1</sup>		SR <sup>1</sup>				BR <sup>2</sup>	SR <sup>1</sup>	BR <sup>2</sup>		
6	Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie	Anz. v.K.						BR <sup>4</sup>				BR <sup>4</sup>						
7	Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie	Anz. v.K.			BR						BR							
8	Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämato- und Onkologie	Anz. v.K.					BR <sup>3</sup>											
9	Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie	Anz. v.K.					BR <sup>3</sup>		BR									

- Das Vorliegen einer der Facharztqualifikationen (Allgemeinmedizin oder Innere Medizin) ist in dieser Indikation strukturell relevant.
- Erläuterungen siehe 5. Zusätzlich ist bei Vorliegen einer der Facharztqualifikationen (Allgemeinmedizin oder Innere Medizin) in der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen die Zusatzbezeichnung Psychotherapie erforderlich.
- Wenn onkologische Abteilungen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der entsprechenden Indikation behandeln, ist ein entsprechender Facharzt erforderlich (auch in Kooperation).
- Für Fachabteilungen mit rheumatologischem Schwerpunkt ist das Vorliegen der Facharztqualifikation für die ärztliche Leitung sowie deren Vertretung belegungsrelevant.
- Das Vorliegen einer der Facharztqualifikationen ist in dieser Indikation für die ärztliche Leitung sowie deren Vertretung belegungsrelevant.

6	Person. Anforderungen	LA/ CA/ ÄD/ OA/ übrige Ärztinnen und Ärzte	S1 Dermatologie	S2 Gastroenterologie	S3 Kardiologie	S4 Neurologie	S5 Onkologie	S6 Orthopädie	S7 Pneumologie	S8 Indikations-übergreifend	A1 ganztätig-ambul. Kardiologie	A2 ganztätig-ambul. Orthopädie	A3 ganztätig-ambul. Neurologie	P1 Abhängigkeits-erkrankungen	P2 Psychosomatik	A4 ganztätig-ambul. Abhängigkeitserkr.	A5 ganztätig-ambul. Psychosomatik	K1 Kinder und Jugendliche
Item-Nr.	Welche Qualifikationen haben die in der Fachabteilung beschäftigten Ärztinnen/Ärzte? (1. Fort.)																	
10	Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie	Anz. v.K.		BR <sup>5</sup>			BR <sup>3</sup>											
11	Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrin. und Diabet.	Anz. v.K.		BR <sup>5</sup>			BR <sup>3</sup>											
12	Kinder- und Jugendmedizin	Anz. v.K.																BR
13	Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und -Onkologie	Anz. v.K.																BR <sup>7</sup>
14	Schwerpunkt Kinder-Kardiologie	Anz. v.K.																BR <sup>7</sup>
15	Schwerpunkt Neuropädiatrie	Anz. v.K.																BR <sup>7</sup>
16	Kinder- und Jugend-psychiatrie und -psychotherapie <sup>6</sup>	Anz. v.K.																BR <sup>7</sup>
17	Neurologie	Anz. v.K.				BR	BR <sup>3</sup>						BR	BR <sup>2</sup>	ZR	BR <sup>2</sup>	ZR	
18	Orthopädie/Orthopädie und Unfallchirurgie	Anz. v.K.						BR				BR						
19	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Anz. v.K.												BR <sup>5</sup>	BR <sup>5</sup>	BR <sup>5</sup>	BR <sup>5</sup>	
20	Psychiatrie und Psychotherapie	Anz. v.K.				ZR							ZR	BR <sup>5</sup>	BR <sup>5</sup>	BR <sup>5</sup>	BR <sup>5</sup>	
21	Physikalische und Rehabilitative Medizin	Anz. v.K.	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR
22	Urologie	Anz. v.K.					BR <sup>3</sup>											
23	Andere, bitte angeben:	Anz. v.K.	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR

2 Erl. siehe 5. Zusätzlich ist bei Vorliegen einer der Facharztqualifikationen (Allgemeinmedizin oder Innere Medizin) in der Rehabilitation bei Abh. die Zusatzbezeichnung Psychotherapie erforderlich.

3 Wenn onkologische Abteilungen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der entsprechenden Indikation behandeln, ist ein entsprechender Facharzt erforderlich (auch in Kooperation).

5 Das Vorliegen einer der Facharztqualifikationen ist in dieser Indikation für die ärztliche Leitung sowie deren Vertretung belegungsrelevant.

6 Auch abzubilden über Kinder- und Jugendmedizin in Verbindung mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie.

7 Das Vorliegen der Facharztqualifikation ist für die ärztliche Leitung sowie deren Vertretung von Fachabteilungen mit der entsprechenden Indikation belegungsrelevant.

6	Person. Anforderungen	LA/ CA/ ÄD/ OA/ übrige Ärztinnen und Ärzte																		
Item- Nr.	Welche Qualifikationen haben die in der Fachabteilung beschäftigten Ärztinnen/Ärzte? (2. Fort.)		S1 Dermatologie	S2 Gastroenterologie	S3 Kardiologie	S4 Neurologie	S5 Onkologie	S6 Orthopädie	S7 Pneumologie	S8 Indikations- übergreifend	A1 ganztätig-ambul. Kardiologie	A2 ganztätig-ambul. Orthopädie	A3 ganztätig-ambul. Neurologie	P1 Abhängigkeits- erkrankungen	P2 Psychosomatik	A4 ganztätig-ambul. Abhängigkeitserkr.	A5 ganztätig-ambul. Psychosomatik	K1 Kinder und Jugendliche		
24	Die ärztliche Leitung und deren Vertretung hat die Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ oder „Rehabilitationswesen“. Wurde bisher noch keine der beiden Zusatzbezeichnungen erworben, sind zumindest die Kurse vollständig absolviert worden <sup>1</sup> .	Ja / Nein	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
25	Die ärztliche Leitung oder deren Vertretung hat die Zusatzbezeichnung Allergologie.	Ja / Nein	ZR						ZR											ZR
26	Die ärztliche Leitung oder deren Vertretung hat das Zertifikat Berufsdermatologie (ABD).	Ja / Nein	ZR																	
27	Die ärztliche Leitung oder deren Vertretung hat die Zusatzbezeichnung Diabetologie.	Ja / Nein		ZR																
28	Die ärztliche Leitung oder deren Vertretung hat den Nachweis Diabetologie (DDG).	Ja / Nein		ZR																
29	Die ärztliche Leitung oder deren Vertretung hat die Zusatzbezeichnung Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie.	Ja / Nein																		ZR

<sup>1</sup> Sollten bei Beschäftigungsantritt die Kurse noch nicht absolviert worden sein, können diese in Ausnahmefällen sowie in Absprache mit dem federführenden Rentenversicherungsträger unverzüglich nachgeholt werden.



6	Person. Anforderungen	LA/ CA/ ÄD/ OA/ übrige Ärztinnen und Ärzte																	
Item-Nr.	Welche Qualifikationen haben die in der Fachabteilung beschäftigten psychologischen Psychotherapeutinnen/-therapeuten (oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten)?		S1 Dermatologie	S2 Gastroenterologie	S3 Kardiologie	S4 Neurologie	S5 Onkologie	S6 Orthopädie	S7 Pneumologie	S8 Indikationsübergreifend	A1 ganztätig-ambul. Kardiologie	A2 ganztätig-ambul. Orthopädie	A3 ganztätig-ambul. Neurologie	P1 Abhängigkeits-erkrankungen	P2 Psychosomatik	A4 ganztätig-ambul. Abhängigkeitserkr.	A5 ganztätig-ambul. Psychosomatik	K1 Kinder und Jugendliche	
1	Verhaltenstherapie	Anz. v.K.	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	
2	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	Anz. v.K.	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	
3	Psychoanalyse	Anz. v.K.	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	
4	Gesprächspsychotherapie	Anz. v.K.	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	
5	Systemische Therapie	Anz. v.K.	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	
6	Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerzpsychotherapie“	Ja / Nein				ZR		ZR				ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR		















7.3	Spezifische Konzepte und Schulungen (3. Fortsetzung)																		
Item-Nr.	Strukturmerkmal	Merkmal vorhanden?	S1 Dermatologie	S2 Gastroenterologie	S3 Kardiologie	S4 Neurologie	S5 Onkologie	S6 Orthopädie	S7 Pneumologie	S8 Indikationsübergreifend	A1 ganztätig-ambul. Kardiologie	A2 ganztätig-ambul. Orthopädie	A3 ganztätig-ambul. Neurologie	P1 Abhängigkeits-erkrankungen	P2 Psychosomatik	A4 ganztätig-ambul. Abhängigkeitserkr.	A5 ganztätig-ambul. Psychosomatik	K1 Kinder und Jugendliche	
36	... Botulinumtoxin-Therapie bei Spastik	Ja / Nein				ZR							ZR						
37	... Plexusläsionen	Ja / Nein				SR							SR						
38	... Komplexe Epilepsie	Ja / Nein				ZR							ZR						
39	... visuelles Explorations-/ Lesetraining	Ja / Nein				SR							SR						
40	... Post-Covid-Syndrom	Ja / Nein	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR
41	Weitere spezifische Konzepte (Titel):		ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR
<b>Berufsorientierte Konzepte und Verfahren</b>																			
42	Basis- und Kernangebote zur Behandlung von Rehabilitandinnen/ Rehabilitanden mit besonderen berufl. Problemlagen (MBOR Stufe A und B)	Ja / Nein	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR		SR		SR		
43	Spezifische Angebote zur Behandlung von Rehabilitandinnen/ Rehabilitanden mit besonderen berufl. Problemlagen (MBOR Stufe C)	Intern/ Koop./ Nein	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR	ZR		ZR		ZR		
44	Angebote zur beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA)	Ja / Nein												SR		SR			
45	Information und Angebote zur beruflichen Wiedereingliederung	Ja / Nein	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR		
46	Fahreignungsbeurteilung	Ja / Nein			ZR	ZR	ZR				ZR		ZR	ZR	ZR	ZR	ZR		

7.3	Spezifische Konzepte und Schulungen (4. Fortsetzung)	Merkmal vorhanden?	S1 Dermatologie	S2 Gastroenterologie	S3 Kardiologie	S4 Neurologie	S5 Onkologie	S6 Orthopädie	S7 Pneumologie	S8 Indikationsübergreifend	A1 ganztätig-ambul. Kardiologie	A2 ganztätig-ambul. Orthopädie	A3 ganztätig-ambul. Neurologie	P1 Abhängigkeits-erkrankungen	P2 Psychosomatik	A4 ganztätig-ambul. Abhängigkeitserkr.	A5 ganztätig-ambul. Psychosomatik	K1 Kinder und Jugendliche
Item-Nr.	Strukturmerkmal																	
Schulungen																		
47	Die Patientenschulungen der Fachabteilung sind manualisiert.	Ja / Nein	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
48	Die Patientenschulungen der Fachabteilung sind curricular miteinander verknüpft.	Ja / Nein	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR

# Anhang 2: Häufige Fragen und Antworten zu den Strukturanforderungen

## Aktualisierung der Strukturanforderungen

### 1. Wann werden die Strukturanforderungen aktualisiert?

Eine Aktualisierung erfolgt in unregelmäßigen Zeitabständen. Anlässe können relevante Veränderungen (z. B. von Ausbildungsgängen oder -inhalten, medizinischen Bedarfen oder gesetzlichen Rahmenbedingungen) sein.

### 2. Wie wurde die Aktualisierung der Strukturanforderungen vorgenommen?

Die Aktualisierung erfolgte in einem intensiven und umfassenden Diskussionsprozess im Rahmen einer rentenversicherungsweiten Projektgruppe in Abstimmung mit den Verbänden der Leistungserbringer und mit Zustimmung der verantwortlichen Gremien der Deutschen Rentenversicherung. Erkenntnisse aus der Strukturhebung 2014 sowie Anregungen aus der Praxis wurden berücksichtigt (vgl. Kap. 2.3).

### 3. Was sind die wesentlichen Änderungen der aktuellen Überarbeitung?

Die Strukturanforderungen für ganztägig-ambulante Fachabteilungen wurden auf die Indikationen Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen ausgeweitet. Die Strukturanforderungen für Kinder und Jugendliche wurden neu gegliedert und auf eine Differenzierung zwischen Somatik/Psychosomatik begrenzt. Neu aufgenommen wurden die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) und die Assistenzberufe. Außerdem wurden die vorhandenen Strukturanforderungen für alle Indikationen aktualisiert (vgl. Kap 2.3).

## Geltungsbereich der Strukturanforderungen

### 4. Werden die Strukturanforderungen von allen Rentenversicherungsträgern gleichermaßen angewandt?

Aufgrund der Gremienbeschlüsse sind die Strukturanforderungen für alle Rentenversicherungsträger bindend (vgl. Kap. 5).

### 5. Gelten die Strukturanforderungen auch für kleine Reha-Fachabteilungen?

Die Strukturanforderungen gelten grundsätzlich auch für kleine Reha-Fachabteilungen. Rehabilitationsleistungen sollen für alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in vergleichbarer Qualität durchgeführt werden, unabhängig von der Größe einer Fachabteilung. Es ist möglich, dass nicht alle Anforderungen entsprechend der Fachabteilungsgröße linear angepasst werden können. Dennoch sind die Anforderungen entsprechend der Reha-Konzeption in adäquater Weise zu erfüllen. Unter anderem sind Nacht- und Bereitschaftsdienste unabhängig von den rechnerischen Personalschlüsseln immer abzudecken. Mit Blick auf räumliche Anforderungen können Kooperationen genutzt (bspw. Schwimmbad) oder im Ausnahmefall begründete individuelle Lösungen mit dem federführenden Rentenversicherungsträger gefunden werden (vgl. Kap. 6; 2.1 und 3.6.3).

**6. Gelten die Strukturanforderungen auch für ganztägig-ambulante Fachabteilungen?**

Die Strukturanforderungen gelten für die in der Broschüre beschriebenen Indikationen auch bei ganztägig-ambulanter Rehabilitation (vgl. Kap. 3.6.4).

**7. Gelten die Strukturanforderungen auch für Reha-Fachabteilungen, die von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mitbelegt werden?**

Die Rentenversicherung orientiert sich auch bei Reha-Fachabteilungen, die von der GKV oder anderen Rehabilitationsträgern mitbelegt werden, bezüglich der für die Belegung durch die Deutsche Rentenversicherung vorgesehenen Kapazitäten an den Strukturanforderungen. Für die genannten Kapazitäten vereinbart die Fachabteilung mit dem federführenden Rentenversicherungsträger einen Soll-Stellenplan. Darüber hinaus ist die Fachabteilung zur Auskunft über die Belegung durch andere Rehabilitationsträger, die nicht Träger der Deutschen Rentenversicherung sind, sowie die dafür zur Verfügung stehende personelle Ausstattung der jeweiligen Fachabteilung gegenüber dem federführenden Rentenversicherungsträger verpflichtet (vgl. Kap. 3.6).

**8. Gelten die Strukturanforderungen auch für Fachabteilungen, die Anschlussrehabilitationen (AHB) durchführen?**

Die Strukturanforderungen stellen Mindestanforderungen dar und gelten in dieser Form auch für alle Fachabteilungen, die Anschlussrehabilitationen durchführen (vgl. Kap. 3.6).

**Personelle Anforderungen – Allgemeines**

**9. Warum werden bei den Personalanforderungen Funktionsgruppen gebildet?**

Reha-Fachabteilungen halten ein multiprofessionelles Team vor. Mit den Funktionsgruppen wird eine Flexibilität bei der Zusammensetzung des Teams ermöglicht. Dies gilt allerdings in gewissen Grenzen, insbesondere nach Maßgabe der jeweiligen Qualifikationen und des medizinischen Konzepts.

Für die Erfüllung der Strukturanforderungen ist maßgeblich, dass die Zielgrößen der Funktionsgruppen erreicht werden. Für die einzelnen Berufsgruppen sind Orientierungswerte angegeben (vgl. Tab. 1 - 4).

**10. Was ist zu tun, wenn die Personalanforderungen temporär nicht erfüllt werden?**

Belegungsrelevante Strukturanforderungen sind zu jedem Zeitpunkt vollumfänglich zu erfüllen. Hinweise zur Vorgehensweise bei anderweitigen Abweichungen sind der Broschüre zu entnehmen (vgl. Kap. 5).

**11. Wie ist der Bereitschafts- und Nachtdienst berücksichtigt?**

In den Personalanforderungen einer Fachabteilung mit durchschnittlich 100 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ist der Nacht- und Bereitschaftsdienst berücksichtigt. Besondere Gegebenheiten (z. B. geringe Anzahl an ärztlichem Personal und Pflegekräften bei kleiner Fachabteilungsgröße) erfordern individuelle Lösungen in Absprache mit dem federführenden Rentenversicherungsträger (vgl. Kap. 3.6).



## **12. Wie setzt man die personellen Strukturanforderungen für die MBOR um?**

Es empfiehlt sich, sich bei der Festlegung der Sollstellenpläne an den MBOR-Belegungsanteilen des Vorjahres zu orientieren und diese jährlich für das Folgejahr anzupassen. Wenn keine Vorjahreswerte vorliegen, können prozentuale Belegungsanteile in Rücksprache mit dem federführenden Rentenversicherungsträger zugrunde gelegt werden.

### **Personelle Anforderungen – Pflegepersonal**

## **13. Welche Abschlüsse können für das Pflegepersonal in der stationären Rehabilitation berücksichtigt werden?**

Ein Anteil von 2/3 des Pflegepersonals muss aus examinierten Gesundheits- und Krankenpflegekräften bestehen. Dabei können alle Absolventinnen und Absolventen nach der Ausbildungsordnung ab dem 01.01.2020 (Altenpflegerinnen und Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger) berücksichtigt werden. Alle weiteren – im Rahmen der 1/3 Regelung – in der Pflege eingesetzten Mitarbeitenden müssen medizinisches Fachpersonal sein (z. B. Medizinische Fachangestellte) (vgl. Kap. 3.6.1.).

## **14. Welche Abschlüsse können für das Pflegepersonal in der ganztägig-ambulant Rehabilitation berücksichtigt werden?**

Alle in der Pflege eingesetzten Mitarbeitenden müssen medizinisches Fachpersonal sein. Ein festgelegter Anteil an Gesundheits- und Krankenpflegekräften entsprechend den Anforderungen im stationären Bereich besteht nicht, da in der Regel die Pflegebedürftigkeit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden geringer ist als in der stationären Rehabilitation.

## **15. Ist der Einsatz von medizinisch-technischen Assistentinnen und Assistenten in der Pflege möglich?**

Für den Einsatz im Rahmen der 1/3-Regelung im Bereich der Pflege ist medizinisches Fachpersonal erforderlich. Es müssen sowohl pflegerische als auch notfallmedizinische Kompetenzen vorhanden sein. Aufgrund der Vielzahl der medizinisch-technischen Ausbildungsberufe und der unterschiedlichen Ausbildungsinhalte muss die Eignung individuell überprüft werden (bspw. unter Einbeziehung der Berufsverbände) und ist der Einsatz mit dem federführenden Rentenversicherungsträger abzustimmen.

## **16. Wie kann über den Einsatz einer Person mit einem Berufsabschluss, der nicht in den personellen Strukturanforderungen aufgeführt ist, entschieden werden?**

Die Vielzahl aller Studiengänge und Abschlüsse kann nicht in den Strukturanforderungen abgebildet werden. Ggf. muss die Eignung einer Qualifikation im Arbeitsfeld der Rehabilitation im Einzelfall geprüft werden. Dazu kann der entsprechende Berufsverband zu Rate gezogen werden und ggf. sollte der federführende Rentenversicherungsträger einbezogen werden.

## Personelle Anforderungen – Ärztinnen und Ärzte

### 17. Muss jede Fachabteilung den doppelten Facharztstandard erfüllen?

Grundsätzlich gilt für alle Indikationen der indikationsbezogene doppelte Facharztstandard. Sowohl die ärztliche Leitung als auch deren Vertretung müssen über den jeweiligen indikationsbezogenen Facharzt verfügen (vgl. Kap. 3.1.1).

### 18. Können Fachärztinnen und Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin als ärztliche Leitung eingesetzt werden?

Ein Einsatz von Fachärztinnen und Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin als ärztliche Leitung ist nur in der orthopädischen Rehabilitation als Ausnahmeregelung möglich. Dabei bedarf es im Vorfeld der sorgfältigen Prüfung der Voraussetzungen durch den federführenden RV-Träger. Die geltenden Kriterien wurden durch das Ärztegremium der Deutschen Rentenversicherung vorgegeben: vorausgesetzt wird u.a. eine zweijährige indikationsspezifische Weiterbildung in akutmedizinischen Einrichtungen. Um die Eignung der Kandidatin bzw. des Kandidaten zu prüfen, sollten darüber hinaus der berufliche Werdegang, weitere Qualifikationsnachweise, der Operationskatalog, Nachweise gutachterlicher Tätigkeiten und Fortbildungsnachweise vorgelegt werden (vgl. Kap. 3.1.1).

### 19. Muss nur die ärztliche Leitung einer Reha-Fachabteilung die Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ oder „Rehabilitationswesen“ vorweisen oder auch die Stellvertretung?

Die sozialmedizinische Kompetenz muss auch in der Vertretung der Leitungsebene gesichert sein. Insofern muss neben der ärztlichen Leitung einer Reha-Fachabteilung mindestens ein weiteres Mitglied des Leitungsteams (stellvertretende Leitung, Oberärztin/Oberarzt) die Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ oder „Rehabilitationswesen“ vorweisen. Wurde bisher noch keine der beiden Zusatzbezeichnungen erworben, müssen zumindest die Kurse vollständig absolviert worden sein bzw. unverzüglich nachgeholt werden.

### 20. Ist für den Hintergrunddienst ein indikationsspezifischer Facharzt gefordert?

Voraussetzung für die Übernahme eines Hintergrunddienstes ist die Facharztqualifikation. Sie sollte der Hauptindikation der Einrichtung entsprechen. Bei unterschiedlichen Indikationen liegt es in der Verantwortung der Einrichtung, den fachärztlichen Umfang des Hintergrunddienstes festzulegen. Die Festlegung ist mit dem federführenden Rentenversicherungsträger abzustimmen (vgl. Kap. 3.1.1).

### 21. Welche Fachärztinnen und Fachärzte können in der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen für die ärztliche Leitung eingesetzt werden?

Sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Rehabilitation für Abhängigkeitserkrankungen können Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Innere Medizin, Allgemeinmedizin und Neurologie eingesetzt werden. Alle vorgenannten Fachärztinnen und Fachärzte, außer denen für Psychiatrie und Psychotherapie, müssen die Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ vorweisen (in der Fachrichtung Psychiatrie und Psychotherapie sind die Inhalte Teil der Facharzt-Weiterbildung). Fachärztinnen

und Fachärzte für Innere Medizin, Allgemeinmedizin und Neurologie müssen darüber hinaus die Zusatz-Weiterbildung „Psychotherapie – fachgebunden“ absolviert haben. (vgl. Anhang 1 – Personelle Anforderungen „Welche Qualifikationen haben die in der Fachabteilung beschäftigten Ärztinnen und Ärzte?“)

## **Weiteres**

### **22. Gibt es Anforderungen zur Raumgröße?**

Raumverhältnisse sind in den Strukturanforderungen lediglich in Bezug auf ihre Funktionsfähigkeit definiert. Die tatsächlichen Größen sind auf der einen Seite an anderer Stelle (Bauvorschriften) geregelt, auf der anderen Seite können sie in Abhängigkeit vom Baukörper und der Ausstattung deutlich variieren. Vereinbarungen müssen mit dem Federführer getroffen werden. Die räumliche Ausstattung muss die Umsetzung des Rehabilitationskonzeptes ermöglichen (vgl. Kap. 3.3).

### **23. Gibt es Anforderungen zur Ausgestaltung des Notfallsystems?**

Für die personelle, technische und organisatorische Ausgestaltung des Notfallsystems sind unterschiedliche Lösungen denkbar. Diese ist im medizinischen Konzept zu beschreiben (vgl. Kap. 3.1).

### **24. Müssen alle der Indikation zugeordneten Merkmale von der Reha-Fachabteilung erfüllt werden?**

Die Merkmale, die einer Indikation zugeordnet werden, haben nicht alle den gleichen Stellenwert. Belegungsrelevante Merkmale müssen erfüllt werden. Die Erfüllung struktureller Merkmale wird ebenfalls erwartet. Im Falle fehlender struktureller Merkmale ist es Aufgabe des federführenden Rentenversicherungsträgers zu klären, mit welcher Dringlichkeit, in welchem Umfang und in welchem Zeitraum Abhilfe zu schaffen ist. Im Einzelfall kann das Nichtvorhandensein vorübergehend oder – bei einer spezifischen Konstellation auch dauerhaft – akzeptabel sein. Zuweisungsrelevante Merkmale sind für die Zuweisung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit besonderen Anforderungen notwendig (vgl. Kap. 5).

### **25. Was ist der Sinn der Experimentierklausel?**

Strukturanforderungen dürfen Innovation und Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation nicht durch starre Regelungen behindern. Neue Entwicklungen sollen erprobt werden können. Hierfür wurde festgelegt, dass in Abstimmung mit dem Federführer konzeptionellen Besonderheiten Rechnung getragen werden kann. Begründungen müssen in nachvollziehbarer Form vorliegen (vgl. Kap. 5).

### **26. Welche Kooperationsformen sind für Reha-Fachabteilungen möglich?**

Kooperationen sind im diagnostischen, therapeutischen und personellen Bereich grundsätzlich möglich. Kooperationen müssen vertraglich eindeutig geregelt sein. Zeitlicher Umfang und Personalanteile müssen ersichtlich sein und werden dann beim Personalschlüssel berücksichtigt.

## 27. Gibt es Anforderungen zur Nachhaltigkeit von Reha-Fachabteilungen?

Derzeit gibt es keine Strukturanforderungen zur Nachhaltigkeit von Reha-Fachabteilungen. Mit dem Lieferkettensorgfaltspflichtengesetz<sup>1</sup> und der Nachhaltigkeitsberichterstattung<sup>2</sup> nach den Kriterien des Deutschen Nachhaltigkeitskodex ist das Thema Klimaschutz jedoch auch für Fachabteilungen der Rehabilitation relevant.

Darüber hinaus verpflichteten sich die Akteure des Gesundheitswesens 2022 mit dem „Klimapakt Gesundheit“<sup>3</sup>, den Herausforderungen von Klimaschutz und nachhaltigem Handeln aktiv zu begegnen.

- 1 Gesetz über die unternehmerischen Sorgfaltspflichten in Lieferketten; Bundesgesetzblatt Jahrgang 2021 Teil I Nr. 46. Bonn am 22. Juli 2021. Abrufbar unter [www.bundesgesetzblatt.de](http://www.bundesgesetzblatt.de)
- 2 Richtlinie (EU) 2022/2464 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 14. Dezember 2022 zur Änderung der Verordnung (EU) Nr. 537/2014 und der Richtlinien 2004/109/EG, 2006/43/EG und 2013/34/EU hinsichtlich der Nachhaltigkeitsberichterstattung von Unternehmen. Amtsblatt der Europäischen Union vom 16.12.2022
- 3 Bundesministerium für Gesundheit: Gemeinsame Erklärung Klimapakt Gesundheit. Abrufbar unter [www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)





**Deutsche  
Rentenversicherung**  
Rehabilitation –  
mit Sicherheit Qualität