

Ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation

2 Rahmenempfehlungen zur kardiologischen Rehabilitation



Impressum

Herausgeber:

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

Nachdruck nur auszugsweise mit Quellenangabe gestattet.
Frankfurt am Main, Juli 2026
ISBN 978-3-943714-35-7

Anmerkung:

Wir achten Diversität und verwenden daher eine gendersensible Sprache. In Einzelfällen ist uns das aus Gründen der besseren Lesbarkeit nicht möglich. Wir meinen im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich alle Geschlechter. Eine verkürzte Sprachform hat ausschließlich redaktionelle Gründe.

Die BAR

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) ist der Zusammenschluss der Reha-Träger. Seit 1969 fördert sie im gegliederten Sozialleistungssystem die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen. Die BAR koordiniert und unterstützt das Zusammenwirken der Reha-Träger, vermittelt Wissen und arbeitet mit an der Weiterentwicklung von Rehabilitation und Teilhabe. Ihre Mitglieder sind die Träger der Gesetzlichen Renten-, Kranken- und Unfallversicherung, die Bundesagentur für Arbeit, die Bundesländer, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie die Sozialpartner.

Ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation

Rahmenempfehlungen zur
kardiologischen Rehabilitation

Herz-Kreislauf-Erkrankungen betreffen jedes Jahr Millionen Menschen in Deutschland. Eine solche Diagnose bedeutet für die Person oft einen tiefgreifenden Einschnitt in ihren Alltag. Viele berichten, dass die Zeit nach einem Herzinfarkt, einer Operation oder einer anderen kardiovaskulären Erkrankung von Unsicherheit, Angst und dem Wunsch nach neuer Lebensqualität geprägt ist. Hier setzt die kardiologische Rehabilitation an – sie begleitet Menschen auf ihrem Weg zurück in ein aktives, selbstbestimmtes Leben. Aus diesem Grund ist es wichtig, die Angebote für eine kardiologische Rehabilitation strukturell und qualitativ weiterzuentwickeln und trägerübergreifend zu verzahnen.

Die überarbeiteten Rahmenempfehlungen zur kardiologischen Rehabilitation ersetzen die Version von 2005 und definieren einheitliche Standards für ambulante und erstmals auch für stationäre Einrichtungen. Sie beinhalten Grundsätze, Voraussetzungen und Ziele der kardiologischen Rehabilitation sowie Anforderungen an die jeweilige Rehabilitationseinrichtung. Bei der Überarbeitung wurden neue Leitlinien, fachliche Empfehlungen und erfolgte Gesetzesänderungen berücksichtigt, die die Versorgungsqualität maßgeblich verbessern.

Die Rahmenempfehlungen richten sich an Leistungsberechtigte, Leistungserbringer und Leistungsträger und entfalten für alle Beteiligten einen spezifischen Nutzen. Für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erhöhen sie Transparenz und Vergleichbarkeit, indem Leistungen durch klare Qualitätsmaßstäbe nachvollziehbarer werden. Für Rehabilitationseinrichtungen bieten die Empfehlungen eine einheitliche, evidenzbasierte Orientierung zur Umsetzung von Qualitätsstandards und zur interprofessionellen Zusammenarbeit. Die ICF dient dabei als Grundlage – von der strukturierten Bedarfserhebung über die gemeinsam vereinbarten, teilhabeorientierten Ziele und die darauf ausgerichtete interprofessionelle Therapieplanung bis hin zu Dokumentation sowie

Entlass- und Nachsorgeplanung. Für die Rehabilitationsträger schaffen die Empfehlungen einen gemeinsamen, verbindlichen Steuerungs- und Bewertungsrahmen mit transparenten Kriterien für die ambulante und stationäre Rehabilitation. Dadurch wird die trägerübergreifende Zusammenarbeit gestärkt und die verlässliche Ausrichtung der Versorgung unterstützt.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation dankt allen Beteiligten, die mit ihrer fachlichen Expertise engagiert an der Überarbeitung und Weiterentwicklung der vorliegenden Rahmenempfehlungen mitgewirkt haben.

Frankfurt am Main, im Juli 2026



Bernd Giraud

Vertreter der Geschäftsführerin

Allgemeines	8
Indikationsstellung / Medizinische Voraussetzungen	9
1 Diagnosen / Anforderungen an die medizinische Diagnostik vor Einleitung der Rehabilitation	9
1.1 Diagnosen	9
1.2 Anforderungen an die medizinische Diagnostik vor Einleitung der Rehabilitation	10
2 Komponenten der ICF	12
2.1 Körperfunktionen und Körperstrukturen	12
2.2 Aktivitäten und Teilhabe	13
2.3 Kontextfaktoren	15
2.4 Spezielle Aspekte bei Schädigungen von Körperfunktionen und Körperstrukturen mit Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe	17
3 Zuweisungskriterien	18
Ziele und Ausgestaltung der Rehabilitation	19
4 Rehabilitationsziele	19
4.1 Ziele bezogen auf Körperfunktionen und Körperstrukturen	19
4.2 Ziele bezogen auf Aktivitäten und Teilhabe	20
4.3 Einbezug von Kontextfaktoren bei der Festlegung von Rehabilitationszielen	21
5 Rehabilitationsdauer und Therapiezeit	22
6 Verlängerung	23
7 Beendigung der Rehabilitation	23
Anforderungen an die medizinische Rehabilitationseinrichtung	24
8 Rehabilitationskonzept	24
9 Rehabilitationsdiagnostik	24
10 Rehabilitationsplan	24
11 Ärztliche Leitung und Verantwortung	25
12 Ärztliche Aufgaben und Behandlungselemente	25
12.1 Ärztliche Aufgaben	25
12.1.1 Ärztliche Leitung	25
12.1.2 Allgemeine ärztliche Aufgaben	25
12.2 Behandlungselemente	26
13 Personal	27
13.1 Interdisziplinäres Rehabilitationsteam und Qualifikation	27
13.2 Personalbemessung	29
14 Räumliche Ausstattung	29
15 Apparative Ausstattung	30
15.1 Diagnostik	30
15.2 Therapie	30
16 Nachhaltige Sicherung des Rehabilitationserfolgs	31

Anhang

32

Abkürzungsverzeichnis

32

Ausgewählte Literatur

33

Weiterführende Literatur

33

Verzeichnis der Mitwirkenden

34

Allgemeines

Diese Rahmenempfehlungen zur medizinischen Rehabilitation bei kardiologischen einschließlich kardiovaskulären Erkrankungen umfassen die ambulante¹ und die stationäre² kardiologische Rehabilitation (einschließlich Anschlussrehabilitation). Sie berücksichtigen und konkretisieren die Grundsätze der Rahmenempfehlungen „Ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation – Allgemeiner Teil“. Ziel ist es, einen Rahmen für die kardiologische Rehabilitation zu schaffen, der trägerspezifische Vorgaben trägerübergreifend verbindet und damit ein einheitliches Leistungsgeschehen für Menschen mit (drohenden) Behinderungen im Sinne des SGB IX sicherstellt³.

In Anlehnung an die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) kann die kardiologische Rehabilitation in drei Phasen eingeteilt werden:

- **Phase I** umfasst die Frühmobilisation im Akutkrankenhaus.
- **Phase II** umfasst die medizinische (Anschluss-) Rehabilitation.
- **Phase III** wird als lebenslange Nachsorge⁴ und Betreuung am Wohnort in der Regel von niedergelassenen Ärzten, ggf. in Verbindung mit anderen Berufsgruppen und mit ambulanten Herzgruppen geleistet.

In diesen Rahmenempfehlungen erfolgt die medizinische Rehabilitation von Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen schwerpunktmäßig entsprechend der Phase II.

Die kardiologische Rehabilitation ist an einem ganzheitlichen, bio-psycho-sozial ausgerichteten Rehabilitationskonzept einschließlich der sozialmedizinischen Beurteilung orientiert (vgl. [Allgemeiner Teil, Ziffer 3⁵](#)).

1 Soweit im Dokument der Begriff „ambulant“ verwendet wird, versteht die DRV darunter eine ganztägig ambulante Rehabilitation.

2 Mit dem Begriff „medizinische Rehabilitation“ sind nachfolgend immer die ambulante medizinische und die stationäre medizinische Rehabilitation gemeint.

3 Besondere Regelungen der Gesetzlichen Unfallversicherung bleiben unberührt.

4 Zum Teil wird im internationalen Sprachgebrauch hier auch der Begriff „Langzeitrehabilitation“ verwendet.

5 Mit diesem Verweis ist immer die aktuelle Fassung der Rahmenempfehlungen „Ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation – Allgemeiner Teil“ gemeint.

Indikationsstellung / Medizinische Voraussetzungen

Die kardiologische Rehabilitation ist indiziert, wenn folgende Indikationskriterien erfüllt sind:

■ Rehabilitationsbedürftigkeit

Diese besteht, wenn infolge einer Schädigung der Körperfunktionen (einschließlich psychischer Funktionen) und Körperstrukturen und daraus resultierender, nicht nur vorübergehender Beeinträchtigungen der Aktivitäten unter Berücksichtigung von personbezogenen Faktoren und Umweltfaktoren Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen oder bereits eingetreten sind und über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.

■ Rehabilitationsfähigkeit

Sie bezieht sich auf die somatische und physische Belastbarkeit der zu Rehabilitierenden für die Teilnahme an einer geeigneten Leistung zur Teilhabe. Die Durchführungsform sowie die Intensität und Frequenz der eingesetzten Therapieelemente sind individuell auf die Person auszurichten.

■ Rehabilitationsprognose

Hierbei handelt es sich um eine medizinisch begründete Aussage, mit welcher Wahrscheinlichkeit die individuell festgelegten Rehabilitationsziele durch eine geeignete Leistung der medizinischen Rehabilitation in einem notwendigen Zeitraum erreicht werden kann bzw. können. Dabei werden u. a. das jeweilige Krankheitsbild, der bisherige Verlauf sowie das Kompensationspotenzial unter Beachtung und Förderung der individuellen Ressourcen der zu Rehabilitierenden berücksichtigt (vgl. [Allgemeiner Teil, Ziffer 5.3](#)).

Die sozialmedizinische Indikation zu einer kardiologischen Rehabilitation hat nicht allein eine medizinische Diagnose zur Voraussetzung, sondern ergibt sich erst aus der zusammenfassenden Analyse und Bewertung der unter [Ziffer 2](#) beschriebenen Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe unter Berücksichtigung der Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen (einschließlich psychischer Funktionen) sowie der Kontextfaktoren (personbezogene Faktoren und Umweltfaktoren).

1 Diagnosen / Anforderungen an die medizinische Diagnostik vor Einleitung der Rehabilitation

1.1 Diagnosen

Unter Berücksichtigung der genannten medizinischen Voraussetzungen kann eine kardiologische Rehabilitation insbesondere bei einer der nachfolgend aufgeführten Diagnosegruppen/Gesundheitsprobleme angezeigt sein:

- nach akutem Koronarsyndrom (ACS)
- bei chronischem Koronarsyndrom (CCS)
- bei hohem oder sehr hohem kardiovaskulärem Risiko (CVR) ohne nachgewiesene KHK
- bei chronischer Herzinsuffizienz (CHI) sowie nach dekompensierter Herzinsuffizienz einschließlich Kardiomyopathie

- nach Myokarditis
- angeborene Herzfehler im Erwachsenenalter (EMAH, AHF)
- nach operativer oder interventioneller Korrektur eines angeborenen Vitiums,
- nach koronarer Bypass-Operation (CABG) nach Implantation von ICD (Cardioverter-Defibrillator) oder CRT (cardiac resynchronization therapy) oder bei Nutzung einer tragbaren Defibrillatorweste (WCD)
- nach operativer oder interventioneller Herzklappenkorrektur
- sonstige Herzoperationen, z. B. Aneurysmektomie
- bei Herzunterstützungssystemen („ventricular assist device“, VAD)
- nach Herztransplantation (HTX)
- Lungenarterienembolie (LAE) mit oder ohne Venenthrombose (TVT)
- Pulmonale Hypertonie (PH) verschiedener Ursachen
- nach Operation oder Intervention an der Aorta
- periphere arterielle Verschlusskrankheit (paVK)
- nach Operation oder Intervention bei paVK
- arterielle Hypertonie bei relevanten Organmanifestationen, Therapieproblemen, relevanten Risikofaktoren oder bei hypertensivem Notfall in der Anamnese als Hinweis auf unzureichende Blutdruckeinstellung bzw. mit Folgeschäden.

1.2 Anforderungen an die medizinische Diagnostik vor Einleitung der Rehabilitation

Diagnostik vor Beginn der Rehabilitation – allgemeine Bemerkungen

Die medizinische Diagnostik des Gesundheitsproblems, der kardiovaskulären Risikofaktoren, strukturellen und funktionellen Schädigungen einschließlich eventuell vorliegender Begleiterkrankungen, die die Rehabilitation beeinflussen können (z. B. orthopädische Komorbidität, Mobilitätseinschränkungen), und die Analyse der rehabilitationsrelevanten Kontextfaktoren sollten im Vorfeld der Rehabilitation so weit abgeschlossen sein, um beurteilen zu können,

- ob eine kardiologische Rehabilitation angezeigt ist, d. h. die Indikationskriterien (s.o.) erfüllt sind und
- welche Rehabilitationsform unter Einbezug der erhobenen Zuweisungskriterien (Allokationskriterien) für eine kardiologische Rehabilitation am besten geeignet ist.

Die aus der Diagnostik hervorgehenden medizinischen Informationen sind bedeutsam, um

- eine geeignete Rehabilitationseinrichtung unter Einbezug der zu rehabilitierenden Person auszuwählen sowie
- Doppeluntersuchungen im Hinblick auf die Feststellung von Schädigungen und Beeinträchtigungen zu vermeiden.

Durch die Diagnostik vor Einleitung einer Rehabilitation sollten Kontraindikationen einer kardiologischen Rehabilitationsleistung ausgeschlossen werden. Dazu gehören z. B. kardiale Instabilität mit vordringlicher interventioneller, operativer oder stationärer Behandlungsbedürftigkeit und schwere psychische Komorbidität/ Abhängigkeitssyndrom/Delir, da diese eine erfolgreiche kardiologische Rehabilitation ausschließen.

Je nach Schädigung/Beeinträchtigung sollten z. B. folgende Untersuchungen durchgeführt worden sein und die dazugehörigen Informationen vorliegen (vgl. auch die Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“⁶):

6 Vgl. BAR, Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“, in der aktuell gültigen Fassung. Zugriff unter: www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen > Gemeinsame Empfehlung Begutachtung

Diagnostik vor Beginn der Rehabilitation – spezieller Teil

Diese umfasst:

(1) Allgemeine und klinische Anamnese

Störungsspezifische Anamnese unter Einbezug aktueller alltagsrelevanter Beschwerden und Beeinträchtigungen, möglichst mit Angabe semiquantitativer Scores (NYHA, CCS, EHRA, Barthel-Index bzw. SINGER):

- somatische Anamnese
- psychische Anamnese (inklusive Abhängigkeitserkrankungen)
- vegetative Anamnese
- Krankheitsbewältigung
- biografische Entwicklung
- Mobilität
- Darstellung bisher durchgeführter therapeutischer Maßnahmen

(2) Sozialanamnese

- alltagsrelevante Lebensumstände
- sozialversicherungsrechtlicher Status (z. B. Langzeitarbeitslosigkeit, Rentenantragstellung, Arbeitsunfähigkeitszeiten, Pflegegrad)
- Ausmaß psychosozialer Unterstützung

(3) Arbeitsanamnese bei zu rehabilitierenden Personen im erwerbsfähigen Alter

- berufliche Rahmenbedingungen
- beruflicher Werdegang

Zur Abschätzung des kardiovaskulären Risikoprofils gehört auch die Beurteilung der psychosozialen Belastungen unter Berücksichtigung berufsspezifischer Besonderheiten (z. B. hohe Verantwortung, belastender Dauerstress, Zeitdruck, Schicht- und Nachtdienst, subjektives Beanspruchungs- und Belastungsgefühl).

(4) Untersuchungsbefund einschließlich relevanter Vorbefunde

- allgemeiner körperlicher Befund
 - unter Berücksichtigung relevanter Auffälligkeiten (z. B. hoher BMI, Beeinträchtigung von Hör- und Sehvermögen und/oder der Mobilität)
 - quantitative Untersuchungsbefunde z. B. bei neurologischer und
 - orthopädischer Komorbidität, ggf. Hilfsmittelversorgung
- psychischer Befund
- fachspezifischer, kardiologischer Befund
 - strukturelle Schädigung
 - Ausmaß der Beeinträchtigungen unter Verwendung fachspezifischer Scores zur Beschreibung von Symptomatik und Belastbarkeit
 - kardiale Leistungsfähigkeit, -einschränkung
 - rhythmologische Stabilität
 - Erfassung von Zeichen kardialer Dekompensation
 - Erfassung des Gefäßstatus
 - ggf. Angaben zur Wundheilung
 - ggf. Angaben zu Belastungsgrenzen

(5) Medizinisch-technische und labor-chemische Diagnostik

- ergänzend erforderlich zur fachlichen Beurteilung der Beeinträchtigung in unterschiedlichem Umfang je nach Krankheitsbild (vgl. die jeweils aktuellen S3-Leitlinien)

Bestehen weitere Erkrankungen, die die Rehabilitation beeinflussen können, sollten diese vor Beginn diagnostiziert sein und während der Rehabilitation mitberücksichtigt werden. Dabei sind das Ausmaß der Schädigung (Körperfunktionen/-strukturen) sowie Beeinträchtigungen von Aktivität und Teilhabe im Hinblick auf die allgemeine Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit genau zu bezeichnen.

2 Komponenten der ICF

Zur Beurteilung der Indikation für eine Leistung der medizinischen Rehabilitation wird das bio-psycho-soziale Modell herangezogen⁷. Dieses stellt die Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitsproblem und den Komponenten der ICF (WHO, 2005) als Bezugssystem dar (vgl. Abbildung 1).

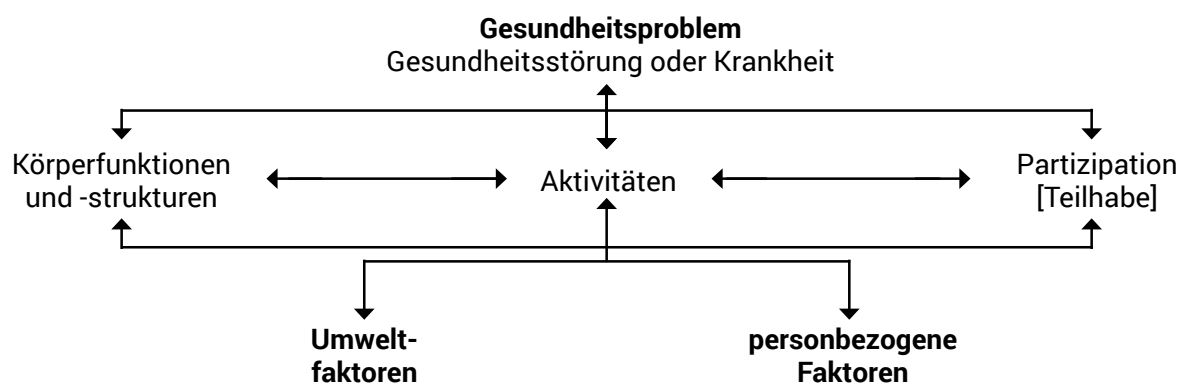


Abbildung 1:

Bio-psycho-soziales Modell; Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitsproblem und den Komponenten der ICF⁸

2.1 Körperfunktionen und Körperstrukturen

Bei kardiovaskulären Erkrankungen stehen nach der Klassifikation der **Körperstrukturen** Schädigungen der Struktur des kardiovaskulären Systems gemäß Kapitel 4 im Vordergrund, insbesondere Herz, Arterien, Venen und Kapillaren. Häufig sind ebenfalls Schädigungen der Struktur des Atmungssystems und der Strukturen des Nervensystems (Ziffer 1.1) zu berücksichtigen.

Kardiovaskuläre Erkrankungen führen meist zu charakteristischen Schädigungen, die akut oder auch als Verschlechterung im chronischen Verlauf auftreten können. Überschneidungen sind dabei möglich.

⁷ Vgl. BAR, Rahmenempfehlungen „Ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation – Allgemeiner Teil“, Ziffer 3.3. Zugriff unter: www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen > Reha-Vereinbarungen.

⁸ Vgl. BAR, Arbeitshilfe „Kontextfaktoren bei der Ermittlung von Teilhabebedarfen“. Zugriff unter: www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen > Reha-Grundlagen

Schädigungen der **Körperfunktion** betreffen z. B.:

- Herzfunktion (z. B. Pumpfunktion des Herzens, Herzklappenfunktion, Herzminutenvolumen, Herzfrequenz, Herzrhythmus, Lungenkreislauf, Blutzufuhr zum Herzen)
- Blutgefäßfunktion (z. B. Funktionen der Arterien, Venen, Kapillaren)
- Blutdruckfunktion
- Gerinnungsfunktion des Blutes
- Lymphgefäßfunktion
- Atmungsfunktion, Funktion der Atemmuskulatur
- Funktion der kardiorespiratorischen Belastbarkeit mit körperlicher Leistungsfähigkeit, mit dem kardiovaskulären und Atmungssystem verbundenen Empfindungen (z. B. Belastungs- und Ruhe-Angina, Dyspnoe)
- Funktionen der Muskelkraft und -ausdauer, Funktionen der Bewegung, bewegungsbezogene Funktionen (nach Operation)
- Funktionen des Wasser- und Elektrolythaushaltes
- Funktionen des Kohlenhydrat- und Fettstoffwechsels
- mentale Funktionen, psychische Stabilität (z. B. Antriebslosigkeit, Angst, „Herzangst“, mangelndes Selbstwertgefühl, Depression)
- Aufrechterhaltung des Schlafes, Qualität des Schlafes
- Sexualfunktion

2.2 Aktivitäten und Teilhabe

Kardiovaskuläre Erkrankungen mit ihren funktionellen und strukturellen Schädigungen können zu Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe in unterschiedlichen Domänen führen.

Eine Beeinträchtigung der Aktivität sind Schwierigkeiten, die ein Mensch haben kann, um die Aktivität (Handlung oder Aufgabe) durchzuführen.

Eine Beeinträchtigung der Partizipation (Teilhabe) ist ein Problem, das ein Mensch in Hinblick auf sein Einbezogensein in Lebenssituationen erleben kann.

Folgende Domänen können insbesondere betroffen sein⁹:

- allgemeine Aufgaben und Anforderungen (Kap. 2)
- Mobilität (Kap. 4)
- Selbstversorgung (Kap. 5)
- häusliches Leben (Kap. 6)
- interpersonelle Interaktionen und Beziehungen (Kap. 7)
- bedeutende Lebensbereiche (Kap. 8)
- Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben (Kap. 9)

In den folgenden Domänen können bei kardiovaskulären Erkrankungen die beispielhaft aufgeführten Items beeinträchtigt sein:

Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

- Die tägliche Routine durchführen (u. a. das eigene Aktivitätsniveau handhaben)
- Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen

⁹ Kapitelangaben beziehen sich auf die Klassifikation der Aktivitäten und Partizipation der ICF.

Mobilität

- Körperposition ändern und aufrechterhalten (u.a. eine elementare Körperposition wechseln, sich hinlegen, Hocken, Knien, Sitzen, Stehen)
- Gegenstände tragen, bewegen und handhaben (u.a. Gegenstände anheben und tragen, Hand- und Armgebrauch)
- Gehen und sich fortbewegen (u.a. kurze und lange Entfernungen gehen, sich in seiner Wohnung/anderen Gebäuden und außerhalb der eigenen Wohnung umherbewegen, Treppen steigen, bergaufgehen)
- Sich mit Transportmitteln fortbewegen (u.a. ein Transportmittel benutzen, Fahrrad fahren oder ein Kraftfahrzeug führen)

Selbstversorgung

- Sich waschen, Körperteile pflegen
- Die Toilette benutzen (u.a. Blasen-, Darmentleerung regulieren)
- Sich kleiden (u.a. Kleidung an- und ausziehen, Schuhwerk an- und ausziehen)
- Essen und trinken
- Auf seine Gesundheit achten (Ernährung und Fitness handhaben [medizinischem Rat folgen, Gesundheitsrisiken vermeiden] und seine Gesundheit erhalten)

Häusliches Leben

- lebensnotwendige Dinge beschaffen (u.a. Einkaufen)
- Haushaltsaufgaben erfüllen (u.a. Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeiten erledigen, wie Kleidung und Wäsche waschen, Küchen- und Wohnbereich reinigen, Müll entsorgen)
- Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen (u.a. Haushaltsgeräte instandhalten, und anderen z.B. beim Lernen, Kommunizieren, Selbstversorgung und Fortbewegung helfen)

Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen

- formelle Beziehungen
- informelle, soziale Beziehungen (z.B. zu Freunden, Nachbarn, Bekannten)
- Familienbeziehungen
 - Intime Beziehungen (z.B. eheliche Beziehungen, Sexualbeziehungen)

Bedeutende Lebensbereiche

- Erziehung/Bildung (u.a. Schulbildung, Ausbildung)
- Arbeit und Beschäftigung (u.a. eine Arbeit suchen, einer Beschäftigung nachgehen, ein Arbeitsverhältnis behalten)
- wirtschaftliches Leben (u.a. wirtschaftliche Eigenständigkeit)

Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

- Gemeinschaftsleben (u.a. sich in sozialen bzw. gesellschaftlichen, formellen und informellen Vereinigungen, organisieren und/oder daran teilnehmen z.B. Selbsthilfegruppen)
- Erholung und Freizeit (u.a. Spiel, Sport, Kunst, Kultur und Hobby)
- Religion und Spiritualität (z.B. am kirchlichen Leben teilnehmen)

2.3 Kontextfaktoren

Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie umfassen Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren, die für die Funktionsfähigkeit einer Person von Bedeutung sind. Dazu zählen auch die individuelle Lebenssituation und der mögliche Bewältigungsstil der zu rehabilitierenden Person. Die Kontextfaktoren stehen in Wechselwirkung mit allen weiteren Komponenten der ICF.

Kontextfaktoren sind sowohl bei der Indikationsstellung für die medizinische Rehabilitation bei kardiovaskulären Erkrankungen als auch bei deren Durchführung sowie im Rahmen der sozialmedizinischen Beurteilung zu berücksichtigen. Sie bestimmen maßgeblich, ob eine Rehabilitation ambulant oder stationär durchgeführt werden kann. Eine individuelle und am bio-psycho-sozialen Modell orientierte Rehabilitation erfordert Kenntnisse über die spezifischen Kontextfaktoren der zu rehabilitierenden Person. Die Erhebung sollte auf diejenigen Kontextfaktoren begrenzt werden, die von tatsächlicher Relevanz sind.

Bei der Erhebung und Bewertung individuell relevanter Förderfaktoren oder Barrieren aus dem Lebenshintergrund der Betroffenen sind auch ethische Aspekte (z.B. Respekt vor Individualität und Lebenskontext) zu beachten. Der Prozess ist partizipativ zu gestalten¹⁰, d.h., die Wirkungen von Kontextfaktoren sind mit den Betroffenen zu besprechen, abzustimmen und möglichst einvernehmlich zu beschreiben.

Umweltfaktoren beziehen sich auf die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, innerhalb der der Mensch sein Leben gestaltet. Sie können die Funktionsfähigkeit einer Person positiv oder negativ beeinflussen, d.h., sie können ein Förderfaktor oder eine Barriere darstellen. Förderfaktoren können z.B. barrierefreie Zugänge, die Verfügbarkeit von Hilfsmitteln, Medikamenten und Sozialleistungen sein. Barrieren sind in diesem Zusammenhang z.B. eingeschränkte Erreichbarkeit von Leistungserbringern, mangelnde Unterstützung durch die Familie, finanzielle Belastungen, ungünstige Arbeitsbedingungen wie Kälte, Zugluft, Zwangshaltungen.

Eine auf die Funktionsfähigkeit der zu rehabilitierenden Person fördernd oder hemmend wirkende materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt beeinflusst den Rehabilitationserfolg nachhaltig.

Kapitel	Umweltfaktoren
1	Produkte und Technologien (z.B. Lebensmittel, Medikamente, Hilfsmittel, Therapie- und Trainingsgeräte, Produkte und Technologien für die Erwerbstätigkeit, Vermögenswerte)
2	Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt (z.B. Geografie, demografischer Wandel, Pflanzen, Tiere, Klima [Hitzebelastung], Geräusche / Geräuschintensität, Luftqualität [Nanopartikel, Feinstaub])
3	Unterstützung und Beziehung (z.B. Familie, Freunde, Vorgesetzte, Hilfs- und Pflegepersonen, Fachleute der Gesundheitsberufe, Fremde)

¹⁰ Vgl. BAR, Arbeitshilfe „Kontextfaktoren bei der Ermittlung von Teilhabebedarfen“. Zugriff unter:
www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen > Reha-Grundlagen

Kapitel	Umweltfaktoren
4	Einstellungen (z. B. individuelle Einstellungen der Familie, von Freunden, gesellschaftliche Einstellungen)
5	Dienste, Systeme, Handlungsgrundsätze (z. B. des Wohnungs- und des Versorgungswesens, des Kommunikationswesens (Internetanbindung), des Transportwesens, von Vereinigungen und Organisationen (Sport, Freizeit), des Medienwesens, der Wirtschaft, der sozialen Sicherheit, des Gesundheitswesens (Dienste für Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung, Akutversorgung, Rehabilitation und Langzeitpflege, des Bildungswesens (Stellenvermittlung, Arbeitsplatzgestaltung, Politik)

Tabelle 1: ICF, Klassifikation der Umweltfaktoren

Personbezogene Faktoren sind in der Person selbst begründet. Sie beinhalten den speziellen Hintergrund des Lebens und der Lebensführung eines Menschen und umfassen Gegebenheiten des Menschen, die nicht Teil ihres Gesundheitsproblems oder -zustands sind. Personbezogene Faktoren sind aufgrund der weltweit großen kulturellen Unterschiede in der ICF nicht klassifiziert. Personbezogene Faktoren sind aber zentraler Bestandteil einer ganzheitlichen Betrachtung krankheits- und behinderungsbedingter Auswirkungen auf die Teilhabe und müssen daher anlassbezogen einbezogen werden.

Da die Komponenten der „Personbezogenen Faktoren“ international bisher nicht klassifiziert sind, wird im deutschen Sprachraum häufig auf die durch die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) entwickelte Systematik verwiesen.

Kapitel	Personbezogene Faktoren
1	Allgemeine Merkmale einer Person (Alter und Geschlecht)
2	Physische Faktoren (z. B. Körpermaße und -form, bewegungsbezogene Faktoren, Faktoren des Stoffwechsels)
3	Mentale Faktoren (z. B. Faktoren der Persönlichkeit, kognitive und mnestiche Faktoren)
4	Einstellungen, Handlungskompetenz und Gewohnheiten (z. B. Einstellung zu Gesundheit, Krankheit und Behinderung, Lebenszufriedenheit, Methodenkompetenz, Selbstkompetenz, Fachkompetenz, Handlungskompetenz [im Sinne von Gesundheitskompetenz], Ernährungsgewohnheiten, Gewohnheiten beim Konsum von Genussmitteln, Bewegungsgewohnheiten)
5	Lebenslage (z. B. familiärer Status, Wohnsituation, Beschäftigungsstatus, wirtschaftlicher Status, Bildungsstatus)

Tabelle 2: DGSMP-Klassifikation der personbezogenen Faktoren

Ein Förderfaktor kann z. B. eine positive Einstellung im Umgang mit der aktuellen Erkrankung (Einstellung zu Gesundheit, Krankheit und Behinderung) sein.

Eine Barriere kann z. B. Bewegungsmangel oder kein behindertengerechter ÖPNV bei eingeschränkter Gehfähigkeit sein.

Kontextfaktoren können somit einen positiven, fördernden Einfluss auf die Funktionsfähigkeit haben, indem Förderfaktoren gestärkt und Barrieren reduziert werden. Daher gilt es, diese möglichst früh zu erkennen und die rehabilitationsfördernde Wirkung zu nutzen.

2.4 Spezielle Aspekte bei Schädigungen von Körperfunktionen und Körperstrukturen mit Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe

Nach Myokardinfarkt:

Durch die Myokardnekrose im Rahmen der kardialen Ischämie können schwerwiegende akute, aber auch chronische Folgeerkrankungen resultieren. So geht beispielsweise mit der Ausbildung einer infarktbedingten Herzinsuffizienz mit höhergradig eingeschränkter linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) eine Neigung zu Herzrhythmusstörungen einher, die z. T. vitalgefährdenden Charakter haben könnte. Darüber hinaus stellt der Myokardinfarkt häufig die Erstmanifestation einer KHK.

Patientinnen und Patienten können durch das Infarktgeschehen psychisch traumatisiert sein. Die Krankheitsverarbeitung ist zu diesem Zeitpunkt oftmals noch nicht abgeschlossen: Ein Teil der Patientinnen und Patienten entwickelt Ängste und Unsicherheiten hinsichtlich der neuen körperlichen Belastbarkeit, wiederum andere bagatellisieren die Krankheit.

Nicht selten kommt es zu einer Kombination von physischer und psychischer Leistungsminderung, zum Beispiel mit:

- Depressivität/Ängsten,
- (atypischen) Thoraxschmerzen oder
- belastungsabhängige Luftnot.

Dies kann zum gesellschaftlichen Rückzug infolge mangelnden Selbstvertrauens und/oder verminderter körperlicher Leistungsfähigkeit und damit zur Aufgabe bisheriger sportlicher, kultureller und weiterer Aktivitäten führen. Zudem können sich Partnerschafts-/Eheprobleme infolge physischer und psychischer Minderbelastbarkeit ausbilden. Nach einem Myokardinfarkt kommt es häufig zu längerfristiger Arbeitsunfähigkeit, die häufig mit der Angst vor einem Verlust des Arbeitsplatzes einhergeht.

Nach einer Herzoperation:

Ziel einer Herzoperation ist es, die Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen durch die zugrunde liegende Herzkrankheit zu verringern oder sogar rückgängig zu machen. Dabei sind neue operationsbedingte Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen oft nicht zu vermeiden, mit Auswirkungen wie zum Beispiel:

- Einschränkungen der Beweglichkeit,
- Schmerzen/Sensibilitätsstörungen,
- Infektneigung (bronchopulmonale Infekte, Harnwegsinfekte, Wundinfekte),
- Durchgangssyndrome/passagere hirnorganische Psychosyndrome.

Diese unmittelbaren Operationsfolgen können damit Einschränkungen bei der Selbstversorgung und bei der Führung des eigenen Haushaltes zur Folge haben.

Darüber hinaus können damit einhergehen:

- Beeinträchtigungen bei der Ausübung des Berufes, im Fall von länger andauernder Arbeitsunfähigkeit nach Herzoperation, die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes
- Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit und persistierende Schmerzen oder Sensibilitätsstörungen, ggf. verbunden mit Einschränkungen der Freizeitgestaltung (sportliche Betätigung, Teilnahme am kulturellen Leben etc.)
- Entwicklung von psychischen Problemen (u. a. Antriebslosigkeit, Krankheitsängste, mangelndes Selbstwertgefühl, Phobien, Depressionen)
- Einschränkungen der psychischen Belastbarkeit

Bei Herzinsuffizienz:

Die Herzinsuffizienz stellt eine gemeinsame Endstrecke verschiedener Herzerkrankungen dar. Je nach Schweregrad führt diese zu Störungen des Wasser- und des Elektrolythaushaltes, Verschlechterung der Lungenfunktion, peripherer Ödembildung, Funktionseinschränkungen verschiedener Organsysteme infolge der kardiovaskulär bedingten Minderperfusion, oft begleitet von Ängsten und Phobien. Die psychische Belastung des Betroffenen kann dramatisch ansteigen. Bei fortgeschrittenen Verlaufsformen kann der Patient bzw. die Patientin in seiner körperlichen Leistungsfähigkeit deutlich eingeschränkt sein, bis hin zu Erwerbsminderung und Pflegebedürftigkeit.

3 Zuweisungskriterien

Für die Entscheidung über die am besten geeignete Leistungsform (ambulant oder stationär) wird auf die im Allgemeinen Teil beispielhaft aufgeführten Auswahlkriterien verwiesen (vgl. [Allgemeiner Teil, Ziffer 4.2](#)).

Bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung ist das Wunsch- und Wahlrecht der zu rehabilitierenden Person zu beachten (vgl. § 8 SGB IX).

Ziele und Ausgestaltung der Rehabilitation

4 Rehabilitationsziele

Mit Blick auf die in § 42 SGB IX genannten Ziele sollen durch die medizinische Rehabilitation Behinderungen oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit der zu rehabilitierenden Person vermieden, überwunden, gemindert oder eine Verschlimmerung verhütet werden, um bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens und die Teilhabe an individuell wichtigen Lebensbereichen wie auch an einer Erwerbstätigkeit (wieder) zu ermöglichen.

Durch folgende Strategien können in der kardiologischen Rehabilitation die oben genannten Ziele erreicht werden¹¹:

- Beseitigung oder Verminderung der funktionellen und strukturellen Schädigungen (Restitution)
- Förderung der Aktivitäten (ICF d) sowie der Teilhabe am sozialen und gesellschaftlichen Leben unter Berücksichtigung individueller Lebensbereiche
- Kompensation (Vermittlung von Ersatzstrategien)
- Adaptation/Krankheitsverarbeitung

4.1 Ziele bezogen auf Körperfunktionen und Körperstrukturen

Unter Berücksichtigung der ICF und der unter Ziffer 1.1 genannten Diagnosen, lassen sich für kardiovaskuläre Erkrankungen beispielsweise folgende Ziele bei vorliegenden Schädigungen der Körperfunktionen- und -strukturen (vgl. Ziffer 2.1) formulieren:

- Verbesserung der Pumpkraft des Herzens (LVEF), Kompensation der Herzinsuffizienz
- Verbesserung und Normalisierung krankhafter Herzfrequenzen oder Herzrhythmen
- Verbesserung der ischämiefreien kardialen Trainingsleistung und Belastbarkeit
- Besserung der peripheren Sauerstoffversorgung
- Verbesserung der peripheren Durchblutung
- Normalisierung von Ruhe- und Belastungsblutdruck
- Verhinderung von Blutgerinnselbildung
- Verbesserung und Normalisierung gestörter Atemtechnik, Atemmechanik und Atemmuskulatur
- Aufbau von Atem- und peripherer Muskulatur
- Verbesserung der kardiorespiratorischen Belastbarkeit (einschließlich der Ausdauerleistung und Kondition)
- Verminderung und Abschwächung von Angina-pectoris-Anfällen und Dyspnoe
- Verbesserung von Muskelkraft und körperlicher Ausdauer
- Rückgewinnung der postoperativ gestörten bewegungsbezogenen Funktionen
- Abschluss der Wundheilung, Umgang mit Narben
- Beseitigung von Ödemen
- Normalisierung gestörter und erhöhter Blutfettwerte
- Normalisierung der Parameter des Zuckerstoffwechsels
- Gewichtsnormalisierung

11 Vgl. Medizinischer Dienst Bund. (2023). Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation: Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V (Inkrafttreten: 11. November 2023). Kapitel 2.3.2. Zugriff unter: [medizinischerdienst.de > Bereich Downloads-links > Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation](https://www.medicinischerdienst.de/Bereich-Downloads-links/Begutachtungsanleitung-Vorsorge-und-Rehabilitation)

- Linderung, Beseitigung oder Abwendung von Schmerzen; Bewältigung von chronischen Schmerzzuständen
- Verminderung/Beseitigung von Schwindel
- Verbesserung der psychischen Verfassung; Verminderung von Ängstlichkeit und Depressivität, Verbesserung des Selbstwertgefühls (Wiedererlangung von Selbstvertrauen und Optimismus), Verbesserung von Motivation und Antrieb, Überwindung seelischer Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit der Krankheitsverarbeitung
- Verbesserung der Schlafqualität (nCPAP)
- Normalisierung der Sexualfunktion

4.2 Ziele bezogen auf Aktivitäten und Teilhabe

Unter Berücksichtigung der ICF und der unter [Ziffer 1.1](#) genannten Diagnosen, lassen sich für kardiovaskuläre Erkrankungen beispielsweise folgende Ziele bei Beeinträchtigungen auf Aktivitäts- und Teilhabeebene (vgl. [Ziffer 2.2](#)) formulieren:¹²

Aktivitäten und Teilhabe

Allgemeine Aufgaben und Anforderungen, z. B. Wiederherstellung / Verbesserung der Fähigkeit,

- die tägliche Routine durchzuführen (u. a. das eigene Aktivitätsniveau handzuhaben),
- mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umzugehen; Handlungsansätze in der medizinischen Rehabilitation beziehen auch Kontextfaktoren ein, vgl. [Ziffer 4.3](#).

Mobilität z. B. Wiederherstellung/Verbesserung

- der Fähigkeit Gegenstände tragen, bewegen und handhaben zu können
- der Gehfähigkeit, Verlängerung der Gehstrecke, ggf. unter Benutzung von Hilfsmitteln
- der Fähigkeit des Treppensteigens
- der Fähigkeit, sich mit Transportmitteln fortzubewegen (öffentliche Verkehrsmittel benutzen, Fahrrad fahren, ein Kraftfahrzeug führen, Zurückerhalt der Fahrerlaubnis)

Selbstversorgung z. B. Wiederherstellung/Verbesserung der Fähigkeit/en

- sich selbständig zu kleiden, zu waschen oder die Toilette zu benutzen
- selbständig essen und trinken zu können
- auf seine Gesundheit zu achten (gesunde Ernährung und Fitness zu praktizieren, für regelmäßige ärztliche Untersuchungen zu sorgen, Techniken zur Selbstkontrolle [z. B. Blutdruck, Blutzucker, Blutgerinnung] anwenden zu können, auf regelmäßige Medikamenteneinnahme zu achten, Selbststeuerung der eigenen risikofreien Belastbarkeit in Beruf und Alltag anwenden zu können, mit Notfallsituationen [z. B. Angina-pectoris-Anfälle] umgehen zu können, Gesundheitsrisiken zu vermeiden, Strategien zum Abbau von Risikoverhalten [z. B. Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel] zu nutzen, Sport – und Freizeitaktivitäten anzupassen

Handlungsansätze beziehen auch personbezogene Faktoren ein, vgl. [Ziffer 4.3](#).

¹² Die Tabellen wurden in Anlehnung an die entsprechenden Kapitel der ICF erarbeitet.

Aktivitäten und Teilhabe

Häusliches Leben z. B. Wiederherstellung/Verbesserung der Fähigkeit

- selbst einkaufen zu können
- Haushaltsaufgaben auszuführen, z. B. den Wohnbereich reinigen, Wäsche zu waschen
- anderen z. B. beim Lernen und bei der Selbstversorgung zu helfen

Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen z. B. Wiederherstellung/Verbesserung der Fähigkeit

- formelle Beziehungen (z. B. mit Arbeitgebern, Kollegen) aufnehmen und aufrechterhalten zu können
- informelle soziale Beziehungen (zu Freunden, Nachbarn, Bekannten) aufnehmen und aufrechterhalten zu können
- Familienbeziehungen aufnehmen und aufrechterhalten zu können
- Intime Beziehungen aufnehmen und aufrechterhalten zu können

Bedeutende Lebensbereiche z. B. Wiederherstellung/Verbesserung der Fähigkeit zur

- Berufsausübung (Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, z. B. auch mit Mitteln der Umschulung, Versetzung zur Vermeidung einer Erwerbsminderung)
- Aufnahme oder Fortführung einer Ausbildung/eines Studiums

Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben z. B. Wiederherstellung/Verbesserung der Fähigkeit

- zur Teilnahme an sozialen bzw. gesellschaftlichen (informellen und formellen) Vereinigungen, z. B. Vereine, Selbsthilfegruppen
- Hobbys nachgehen zu können, Freunde oder Verwandte besuchen zu können, soziale Isolation zu vermeiden
- zum Besuch von kulturellen Veranstaltungen (Konzert, Theater).

Tabelle 3: Ziele bezogen auf Aktivitäten und Teilhabe in Anlehnung an die Domänen von Aktivitäten und Teilhabe aus Kapitel 2.2.

4.3 Einbezug von Kontextfaktoren bei der Festlegung von Rehabilitationszielen

Eine individuelle, am bio-psycho-sozialen Modell orientierte Rehabilitation erfordert Kenntnisse über die spezifischen Kontextfaktoren der zu rehabilitierenden Person. Von wesentlicher Bedeutung ist hierbei deren konkrete Wirkung als Förderfaktor oder Barriere auf Aktivitäten und Teilhabe. Die Erhebung und Berücksichtigung von Kontextfaktoren zu krankheits- oder behinderungsbedingten Beeinträchtigungen der Teilhabe im Zusammenhang mit der Festlegung von Rehabilitationszielen und der Ausgestaltung des Rehabilitationsprozesses ist von großer Bedeutung.

Die Einflussnahmen auf Kontextfaktoren sind wichtige Handlungsansätze, um die vereinbarten Rehabilitationsziele zu erreichen. Sie selbst stellen aber keine Rehabilitationsziele dar.

Die Rehabilitationsstrategie „Adaptation“ setzt daran an, die Umweltfaktoren an verbleibende Beeinträchtigungen der Aktivitäten der zu rehabilitierenden Person anzupassen.

Dies kann z. B. erfolgen durch:

- geeignete Gestaltung der häuslichen Umgebung (z. B. barrierefreie und rollstuhlgerechte Ausgestaltung der Wohnung),

- Ausstattung mit Mobilitätshilfen und diagnostischen wie therapeutischen technischen Hilfen, Anpassung von individuell erforderlichen Hilfsmitteln,
- Umgestaltung der Arbeitsplatzumgebung und/oder andere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (z. B. Weiterbildungsmaßnahmen).

Unter Berücksichtigung personbezogener Faktoren und deren Bewertung (Barriere oder Förderfaktor), ist es Aufgabe der Rehabilitation, somatische, psychische und soziale Auswirkungen der Erkrankung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Die zu rehabilitierende Person ist anzuleiten, mit Krankheitsauswirkungen zu leben, negativ wirkende personbezogene Faktoren zu beseitigen bzw. deren Wirkungen zu vermindern und positiv wirkende personbezogene Faktoren individuell bestmöglich zu unterstützen und nutzbar gemacht werden.

In der kardiologischen Rehabilitation ergeben sich aus folgenden personbezogenen Faktoren wichtige Handlungsansätze, z. B. bezüglich der Rehabilitationsziele „Wiederherstellung/Verbesserung der Fähigkeit, auf seine Gesundheit zu achten“ und „Wiederherstellung/Verbesserung der Fähigkeit, mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umzugehen“:

Handlungskompetenz

- **Methodenkompetenz** (Beherrschung von Techniken zur Selbstkontrolle (z. B. Blutdruck, Blutzucker, Blutgerinnung), Beherrschung von Entspannungstraining, Kenntnisse zu Techniken zu Stressabbau/Stressbeseitigung, verbesserte Körperwahrnehmung)
- **Selbstkompetenz** (Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten im Umgang mit der eigenen Person)
- **Fachkompetenz** (Verbesserung des Informationsstandes über die Krankheit, Verbesserung des Informationsstandes über den Umgang mit medizinischen Implantaten (Herzklappen, Schrittmacher, ICD) in Beruf und Alltag, Verbesserung des Selbstmanagements im Umgang mit Symptomen)
- **Handlungskompetenz, anders bezeichnet** (Verbesserung der Gesundheitskompetenz, Motivation zur Nutzung ambulanter Angebote)

Gewohnheiten

- **Ernährungsgewohnheiten** (Beherrschung von Strategien zum Abbau von Fehlernährung)
- **Gewohnheiten beim Konsum von Genussmitteln** (Veränderung von Gewohnheiten beim Konsum von Genussmitteln, Beherrschung von Strategien zum Abbau von Risikoverhalten wie z. B. Rauchen, schädlicher Alkoholgebrauch)
- **Bewegungsgewohnheiten** (Veränderung von Bewegungsgewohnheiten, Abbau von Bewegungsmangel, Anpassung von Sport- und Freizeitaktivitäten)

5 Rehabilitationsdauer und Therapiezeit

Je nach Schweregrad der Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten sowie der Teilhabe und den sich daraus ergebenden Rehabilitationszielen, gestaltet sich die individuell erforderliche Rehabilitationsdauer unter Berücksichtigung der trägerspezifischen gesetzlichen Rahmenbedingungen.

Im Rahmen einer kardiologischen Rehabilitation sollte eine Therapiezeit von täglich mindestens vier Stunden an fünf (bis sechs) Tagen in der Woche eingehalten werden. Auf die individuelle Belastbarkeit der zu rehabilitierenden Person ist dabei Rücksicht zu nehmen, d.h., bei der individuellen Therapieplanung ist eine Unter- oder Überforderung zu vermeiden.

Unter dem Gesichtspunkt einer Flexibilisierung des zeitlichen Ablaufs der ambulanten kardiologischen Rehabilitation bei gleichwertigem Rehabilitationsprogramm können unter den trägerspezifischen Voraussetzungen die unterschiedlichen Rehabilitationskomponenten zum Erreichen des Rehabilitationszieles ggf. über einen längeren Zeitraum gestreckt erbracht werden.

6 Verlängerung

Unter dem Gesichtspunkt einer individualisierten und ergebnisorientierten Rehabilitation ist eine Verlängerung einer ambulanten oder stationären Rehabilitation in medizinisch begründeten Fällen durch den jeweiligen Rehabilitationsträger möglich (vgl. [Allgemeiner Teil, Ziffer 13](#)).

7 Beendigung der Rehabilitation

Die kardiologische Rehabilitation ist zu beenden, wenn das Rehabilitationsziel erreicht ist oder die medizinischen Voraussetzungen nicht mehr vorliegen (vgl. [Allgemeiner Teil, Ziffer 14](#)).

Anforderungen an die medizinische Rehabilitationseinrichtung

In den nachfolgenden Kapiteln werden die wesentlichen Anforderungen an eine medizinische Rehabilitationseinrichtung, die Menschen mit kardiovaskulären Erkrankungen behandelt, dargestellt.

8 Rehabilitationskonzept

Jede kardiologische Rehabilitationseinrichtung erstellt ein strukturiertes Rehabilitationskonzept auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells der ICF, das die erforderliche rehabilitative Diagnostik und Therapieangebote sowie die personelle, räumliche und apparative Ausstattung der Einrichtung und Angaben zur voraussichtlichen Behandlungsdauer enthält. Das Rehabilitationskonzept berücksichtigt darüber hinaus u. a. den Gewaltschutz gemäß [§ 37a SGB IX](#).

9 Rehabilitationsdiagnostik

Eine umfassende und gleichzeitig gezielte Diagnostik vor Einleitung der Rehabilitation bildet deren Grundlage (vgl. [Ziffer 1.2](#)). Die in der kardiologischen Reha-Einrichtung durchgeführte Rehabilitationsdiagnostik im Sinne einer umfassenden medizinischen und psychosozialen Anamnese und einer eingehenden körperlichen, allgemeinen und fachspezifischen Untersuchung ist die Voraussetzung für die Entwicklung und Anpassung eines Rehabilitationsplans (siehe [Ziffer 10](#)). Ergänzende technische Untersuchungen wie Basislabor, EKG, Ergometrie und Echokardiografie helfen, den Rehabilitationsverlauf zielgerecht zu steuern, Risiken zu identifizieren und zu verhüten.¹³ Näheres zur apparativen, medizinisch-technischen Ausstattung ist unter [Ziffer 15.1](#) ausgeführt.

Vor diesem Hintergrund ist zu Beginn, im Verlauf und am Ende der kardiologischen Rehabilitation die Rehabilitationsdiagnostik durch die Rehabilitationseinrichtung durchzuführen.

Bei Bedarf müssen konsiliarische Untersuchungen sichergestellt sein.

10 Rehabilitationsplan

Im Rahmen eines partizipativen Vorgehens wird unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Rehabilitationsdiagnostik (vgl. [Ziffer 9](#)) mit der zu rehabilitierenden Person ein individueller Rehabilitationsplan¹⁴ besprochen und erstellt. Dabei wird/werden das/die teilhabeorientierte/n Rehabilitationsziel/e unter Berücksichtigung der relevanten Kontextfaktoren definiert.

Regelmäßige Besprechungen des Rehabilitationsteams geben Auskunft über den Verlauf. Der Rehabilitationsplan ist bei Bedarf anzupassen. Änderungen im Bereich der Körperfunktionen und Körperstrukturen, der Aktivitäten sowie der Teilhabe sind in regelmäßigen Abständen unter Nutzung der relevanten Untersuchungsmethoden zu dokumentieren.

¹³ Vgl. DGPR (2025). Diagnostik in der kardiologischen Rehabilitation. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation e.V.

¹⁴ Der hier verwendete Begriff „Rehabilitationsplan“ ist ein Behandlungs- und Therapieplan, der für die Patientinnen und Patienten während der medizinischen Rehabilitation erstellt wird. Er ist vom gesetzlich definierten Teilhabeplan nach [§ 19 SGB IX](#) abzugrenzen, der als trägerübergreifendes Instrument der Gesamtkoordination des Teilhabeprozesses dient (vgl. Allgemeiner Teil, Kapitel 3.5.2). Zugriff unter: www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen > Reha-Vereinbarungen

11 Ärztliche Leitung und Verantwortung

Die kardiologische Rehabilitationseinrichtung muss unter ständiger fachlich-medizinischer Leitung und Verantwortung eines Facharztes/einer Fachärztin für Innere Medizin und Kardiologie (Kardiologe/Kardiologin) stehen (vgl. [Allgemeiner Teil, Ziffer 8.5](#)).

Ist die Rehabilitationseinrichtung an eine kardiologische Gemeinschaftspraxis oder an ein Krankenhaus angebunden, muss eine räumliche und organisatorische Trennung gegeben sein.

12 Ärztliche Aufgaben und Behandlungselemente

Im Rahmen einer kardiologischen Rehabilitation und des einrichtungsbezogenen Rehabilitationskonzepts werden Behandlungen und Beratungen sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting durchgeführt. Die Zusammensetzung der Behandlungselemente wird am individuellen Bedarf und der Belastungsfähigkeit der zu rehabilitierenden Person ausgerichtet.

Sofern für die Erreichung des Rehabilitationszieles erforderlich,

- können z. B. Besuche im Wohnumfeld oder am Arbeitsplatz durchgeführt oder
- sollten die Angehörigen/Bezugspersonen in die Rehabilitation einbezogen werden.

12.1 Ärztliche Aufgaben

12.1.1 Ärztliche Leitung

Die ärztliche Leitung ist verantwortlich für die Umsetzung eines ganzheitlichen Rehabilitationskonzepts. Die Verantwortung umfasst insbesondere die Veranlassung und das Umsetzen von Maßnahmen (z. B. Therapieplan), die zur Erreichung der gemeinsam mit der zu rehabilitierenden Person vereinbarten Ziele erforderlich sind.

Näheres ergibt sich aus den Rahmenempfehlungen [Allgemeiner Teil, Ziffer 8.5](#).

12.1.2 Allgemeine ärztliche Aufgaben

Neben den Aufgaben der ärztlichen Leitung gehören insbesondere folgende Aufgaben grundsätzlich in die ärztliche Verantwortung:

- Aufnahme-, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen
- Durchführung bzw. Veranlassung und Auswertung der Rehabilitationsdiagnostik mit Konkretisierung des Behandlungsbedarfs
- Erstellung und Anpassung des Rehabilitationsplans sowie Abstimmung des/der Rehabilitationsziels/e und des Rehabilitationsplans mit der zu rehabilitierenden Person und dem Rehabilitationsteam
- Durchführung der für die medizinische Rehabilitation erforderlichen ärztlich-therapeutischen Maßnahmen, z. B. Schulungen
- Versorgung mit Verbands- und Hilfsmitteln
- Arzneimitteltherapie
- Durchführung von Visiten und Sprechstundenangebot für die zu rehabilitierende Person

- Koordination, Anpassung und Verlaufskontrolle der Therapiemaßnahmen
- Teambesprechungen (mind. einmal pro Woche)
- Information und Beratung der zu rehabilitierenden Person, wenn erforderlich unter Einbeziehung der Angehörigen/Bezugspersonen
- Erstellung des ärztlichen Reha-Entlassungsberichts mit sozialmedizinischer Beurteilung, Empfehlungen für die Weiterbehandlung unter Einbeziehung der Befundberichte des nichtärztlichen Reha-Rehabilitationsteams und ggf. Einleitung und Organisation von weiterführenden Leistungen zur Sicherung des Reha-Erfolgs
- Kooperation mit vor- und nachbehandelnden Ärztinnen und Ärzten, Konsiliarärztinnen und Konsiliarärzten und ggf. in den weiterführenden Leistungen eingebundenen Diensten (z. B. psychologischen Diensten) sowie Selbsthilfegruppen
- Qualitätssicherung und Sicherstellung der Dokumentation

12.2 Behandlungselemente

Zu den Behandlungselementen in der kardiologischen Rehabilitation gehören neben den oben aufgeführten ärztlichen Aufgaben insbesondere folgende Elemente:

- Sport- und Bewegungstherapie (aktive, den ganzen Körper beanspruchende Bewegung mit dem Ziel der Steigerung von Ausdauer, Koordination, Flexibilität und Kraft zur Erhaltung bzw. Verbesserung der Leistungsfähigkeit, Erprobung der körperlichen Belastbarkeit, z. B. Ergometertraining mit und ohne Monitoring, Gehtraining, medizinische Trainingstherapie, Terraintraining)
- Physiotherapie (z. B. Einzel- und Gruppenphysiotherapie, Gymnastik in Gruppen, z. B. in Form von Hockergymnastik, Anleitung zum Selbsttraining)
- physikalische Therapie (z. B. klassische Massagetherapie, Inhalationstherapie, Manuelle Lymphdrainage)
- Ergotherapie (z. B. Training zur Wiederherstellung und Erhalt der Selbstversorgung [z. B. An- und Auskleiden, Waschen], Hirnleistungstraining, Hilfsmittelberatung und -anpassung, Belastungserprobungen, Hilfe zur Wiedereingliederung am Arbeitsplatz durch Arbeitsplatzberatung und Arbeitsplatztraining)
- psychologische Beratung und Interventionen (z. B. psychologische Einzel- und Gruppenberatung, Entspannungstraining, Stressbewältigung, Krankheitsbewältigung)
- Sozialberatung (z. B. Beratung und Vorbereitung der nachgehenden ambulanten Versorgung, Beratung zum Schwerbehindertenrecht, Leistungen der sozialen Pflegeversicherung, Beratung zum Thema berufliche Wiedereingliederung)
- Ernährungsberatung (z. B. zur Senkung des Risikos kardiovaskulärer Erkrankungen, Berücksichtigung von Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus, Hypertonie, Reduktion von Übergewicht, Gewichtsstabilisierung)
- allgemeine Gesundheitsinformation und Motivation (z. B. zur Förderung einer gesundheitsbewussten Lebensweise, Förderung des Selbstmanagements, Veränderung von Bewegungsgewohnheiten, Abbau von Bewegungsmangel, Veränderung von Gewohnheiten beim Konsum von Genussmitteln)
- Patientenschulung (krankheitsspezifisch, Verbesserung des Informationsstands über Erkrankungen wie arterielle Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen, koronare Herzerkrankung, Herzinsuffizienz, Herzklappenerkrankungen, periphere arterielle Verschlusskrankheit, über den Umgang mit medizinischen Implantaten wie Herzschrittmacher, Herzklappen, ICD in Beruf und Alltag, zum Selbstmanagement im Umgang mit Symptomen, zu Techniken zur Selbstkontrolle von Blutdruck, Blutzucker, Blutgerinnung, Schulung zu Tabakentwöhnung), wenn erforderlich unter Einbezug der An- und Zugehörigen
- krankenpflegerische Leistungen (z. B. Wundmanagement, Anleitung und Schulung der Patientin oder des Patienten z. B. zur Sturz- oder Thromboseprophylaxe, falls erforderlich unter Einbezug von Angehörigen)

13 Personal

Die Umsetzung des ganzheitlichen Rehabilitationskonzeptes ist Aufgabe des gesamten Rehabilitationsteams, das sich aus den unter [Ziffer 13.1](#) aufgeführten ärztlichen und nichtärztlichen Fachkräften zusammensetzt. Es finden regelmäßige Teambesprechungen statt. Diese dienen insbesondere dem interdisziplinären Austausch und der Überprüfung und ggf. Anpassung der Rehabilitationspläne unter Einbezug der zu rehabilitierenden Person.

13.1 Interdisziplinäres Rehabilitationsteam und Qualifikation

Die in der kardiologischen Rehabilitation vorzuhaltenden ärztlichen und nichtärztlichen Fachkräfte arbeiten in einem interdisziplinären Rehabilitationsteam zusammen. Dessen Mitglieder verfügen in der Regel über die im Folgenden aufgeführten Qualifikationen und Berufserfahrungen.

Ärztin/Arzt

Für die leitende Ärztin oder den leitenden Arzt gelten die unter [Ziffer 11](#) genannten Ausführungen. Für die weiteren Ärztinnen und Ärzte gilt, dass sie möglichst in der fortgeschrittenen Facharztausbildung sind, z. B. zur Fachärztin oder zum Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie.

Physiotherapie

- Physiotherapie/Physiotherapeutin bzw. Physiotherapeut oder Bachelor of Science (B. Sc.) oder Bachelor of Arts (B. A.) oder Master of Science (M. Sc.) jeweils mit staatlicher Anerkennung als Physiotherapeutin bzw. Physiotherapeut
- Zusatzqualifikationen in Manuelle Therapie, Medizinische Trainingstherapie (MTT) sowie manuelle Lymphdrainage müssen im Team vorhanden sein.
- Für die Leitung wird empfohlen: mindestens 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Physiotherapeutin bzw. Physiotherapeut in einer Rehabilitationseinrichtung

Physikalische Therapie

- Masseurin und Medizinische Bademeisterin bzw. Masseur und Medizinischer Bademeister mit staatlicher Anerkennung und Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
- Zusatzqualifikation in Lymphdrainage
- Für die Leitung wird empfohlen: mindestens 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Masseurin und Medizinische Bademeisterin bzw. Masseur und Medizinischer Bademeister oder als Physiotherapeutin oder Physiotherapeut in einer Rehabilitationseinrichtung

Sport- und Bewegungstherapie

- Diplom-Sportlehrerin bzw. Diplom-Sportlehrer oder Bachelor of Science (B. Sc.) oder Master of Science (M. Sc.) mit medizinisch-rehabilitativer Ausrichtung oder Zusatzqualifikation Bewegungs- und Sporttherapie
- Diplom-Sportwissenschaftlerin bzw. Diplom-Sportwissenschaftler oder Bachelor of Science (B. Sc.) oder Master of Science (M. Sc.) oder Magister mit indikationsspezifischer bewegungstherapeutischer Ausrichtung (z. B. Fachrichtung Rehabilitation) jeweils mit staatlicher Anerkennung
- Staatlich geprüfte Gymnastiklehrerin bzw. staatlich geprüfter Gymnastiklehrer
- Für die Leitung wird empfohlen: mindestens 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung in einer Rehabilitationseinrichtung mit spezieller Erfahrung im Umgang mit medizinischer Trainingstherapie

Ergotherapie

- Ergotherapeutin bzw. Ergotherapeut oder Bachelor of Science (B. Sc.) oder Master of Science (M. Sc.) akademisch äquivalenter Abschluss jeweils mit staatlicher Anerkennung
- Kenntnisse in medizinisch-beruflichen Rehabilitationsansätzen, Ergonomie, Arbeitsplatzanpassung und einschlägige Erfahrungen in der berufsorientierten Arbeitstherapie müssen im Team vorhanden sein.
- Für die Leitung wird empfohlen: mindestens 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Ergotherapeutin bzw. Ergotherapeut in einer Rehabilitationseinrichtung

Klinische Psychologie

- Diplom-Psychologin bzw. Diplom-Psychologe oder Master of Science (M. Sc.)
- Psychotherapeutin und -therapeut oder Fachpsychotherapeutin und -therapeut
- Zusatzqualifikation in Entspannungstechniken (z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung nach Jacobson) und Erfahrung in der Leitung von Gruppen
- Für die Leitung wird empfohlen: mindestens 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Psychologin bzw. Psychologe in einer Rehabilitationseinrichtung

Sozialarbeit

- Diplom-Sozialarbeiterin / Diplom-Sozialarbeiter bzw. Diplom-Sozialpädagogin / Diplom-Sozialpädagoge oder Master of Science (M. Sc.) oder Master of Arts (M. A.), Bachelor of Arts (B. A.), Bachelor of Science (B. Sc.) oder Bachelor of Education (B. Ed.) jeweils mit staatlicher Anerkennung
- Für die Leitung wird empfohlen: mindestens 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Sozialarbeiterin bzw. Sozialarbeiter oder Sozialpädagogin bzw. Sozialpädagoge in einer Rehabilitationseinrichtung

Ernährung

- Diätassistentin/ bzw. Diätassistent,
- Diplom-Ökotrophologin bzw. Diplom-Ökotrophologe oder Bachelor of Science (B. Sc.) oder Master of Science (M. Sc.) oder
- Diplom-Ernährungswissenschaftlerin bzw. Diplom-Ernährungswissenschaftler oder Bachelor of Science (B. Sc.) oder Master of Science (M. Sc.) jeweils mit staatlicher Anerkennung
- Diabetesberaterin bzw. Diabetesberater sowie Diabetesassistentin bzw. Diabetesassistent (nach der Deutschen Diabetesgesellschaft)
- Für die Leitung wird empfohlen: mindestens 2 Jahre vollzeitige klinische Berufserfahrung in Diät- und Ernährungsberatung

Gesundheits- und Krankenpflege

- Gesundheits- und Krankenpflegerin / Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Pflegefachfrau/ Pflegefachmann jeweils mit staatlicher Anerkennung
- Examinierte Altenpflegerin/Altenpfleger
- Medizinische Fachangestellte (MFA)
- Für die Leitung wird empfohlen: mindestens 2 Jahre vollzeitige klinische Berufserfahrung in einer medizinischen Einrichtung und Erfahrung in der fachlichen Beratung, Anleitung und praktischen Unterstützung von medizinischen Laien.

Das Team der medizinischen Rehabilitationseinrichtung bilden Mitarbeitende mit definierter Qualifikation. Das Team ist in der Lage, bei Bedarf ein fachspezifisches Assessment durchzuführen und gemeinsam zu den Zieldefinitionen beizutragen, welche im Rehabilitationsplan dokumentiert werden.

Die Fort- und Weiterbildung für alle Teammitglieder sollte in angemessenem Umfang gewährleistet werden.

13.2 Personalbemessung

Die personelle Ausstattung muss die Umsetzung des Rehabilitationskonzeptes ermöglichen.

In den Personalbemessungen sind sämtliche mit der Leistungserbringung entstehenden Zeitaufwände enthalten, inkl. der Planung, Überwachung und Anpassung des Therapieplans. Die Personalbemessung berücksichtigt auch die Sicherstellung des Schichtsystems, einschließlich Ausfallzeiten durch z. B. Urlaub und Krankheit. Die Personalschlüssel für die ambulante sowie stationäre Rehabilitation sind trägerspezifisch festgelegt.

14 Räumliche Ausstattung

Die räumliche Ausstattung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung muss die Umsetzung des Rehabilitationskonzeptes ermöglichen. Für die speziellen Gegebenheiten der medizinischen Rehabilitation bei kardiovaskulären Erkrankungen sind Räume mit ausreichender Grundfläche und sachgerechter Ausstattung unter Berücksichtigung der Barrierefreiheit¹⁵ vorzusehen.

Folgende Räumlichkeiten sollen sowohl von ambulanten als auch von stationären kardiologischen Rehabilitationseinrichtungen vorgehalten werden:

- Arztzimmer mit Untersuchungsmöglichkeiten
- medizinische Funktionsräume für Diagnostik und Therapie (z. B. Wundversorgung, Punktionen, Injektionen)
- Räumlichkeiten für Notfallbehandlung und Überwachung
- Raum für Teambesprechungen
- Empfangs- und Wartebereich

Funktions- und Therapieräume

- Sport- und Bewegungshalle
- multifunktionaler Gruppenraum (z. B. für Schulungen, Vorträge)
- Einzeltherapieräume für die angebotenen Behandlungselemente, wie
 - Physiotherapie, Physikalische Therapie, psychologische Beratung oder Einzelgespräch, Sozialberatung
- Räume für Ergotherapie und ggf. arbeitsbezogene Assessments und Therapie
- Gruppentherapieräume für Fahrradergometertraining, Physiotherapie, medizinische Trainingstherapie, Entspannungstherapie

Lehr- und Übungsküche

Für die ambulante Durchführung sollen gesondert folgende Räumlichkeiten vorgehalten werden:

- Ruheräume mit ausreichender Anzahl an Sitz- und Liegeplätzen
- Umkleide- und Sanitärräume
- Aufenthaltsraum (kann auch der Speiseraum sein)

¹⁵ Vgl. BAR, Rahmenempfehlung „Ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation – Allgemeiner Teil“, Ziffer 3.1.2. Zugriff unter: www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen > Reha-Vereinbarungen

15 Apparative Ausstattung

15.1 Diagnostik

Folgende apparative/medizinisch-technische Ausstattung bzw. diagnostische Verfahren sind entweder in der Einrichtung selbst vorhanden oder im Rahmen einer festen Kooperation der Rehabilitationseinrichtung mit entsprechenden Partnern verfügbar. Hierbei muss gewährleistet sein, dass bei medizinischer Notwendigkeit im Einzelfall die rasche Durchführung apparativ-gestützter Diagnostik ([vgl. Ziffer 9](#)) bedarfsgerecht und mit geringem organisatorischem Aufwand möglich ist, wie:

- Mehrkanal-EKG
- Langzeit-EKG
- Diagnostische Ergometrie
- Echokardiographie mit Farbdoppler
- Farbcodierte Dopplersonografie/Duplexsonografie
- Langzeit-Blutdruckmessung
- Spirometrie
- mobile Apnoediagnostik (Schlafapnoescreening)
- Sonographie (z. B. Aorta, Abdomen, Pleura)
- Laboruntersuchungen
- bildgebende Diagnostik (z. B. Röntgen, TEE)
- Ggf. erweiterte kardiologische Diagnostik (Stressechokardiografie, Rechtsherzkatheter, Spiroergometrie, Koronarangiografie, ICD- und Schrittmacherkontrolle)
- Ausstattung für ein Arbeitsplatzassessment/Arbeitsplatzerprobung

15.2 Therapie

Die apparative Ausstattung muss die für das Erreichen der individuellen Rehabilitationsziele erforderliche Therapie gewährleisten.

Die für die unter [Ziffer 12.2](#) aufgeführten Behandlungselemente erforderliche apparative Ausstattung ist bereitzustellen. Hierunter fallen insbesondere:

- Trainings- und Sportgeräte
- Fahrradergometerplätze mit EKG-Überwachung
- Kleingeräte für die Gestaltung eines angepassten bewegungstherapeutischen
- Angebots (z. B. Liegematten, Bälle, Bänder, Seile, bewegungstherapeutische Spielgeräte)
- Geräte zur medizinischen Trainingstherapie
- Laufband

16 Nachhaltige Sicherung des Rehabilitationserfolgs

Nach einer medizinischen kardiologischen Rehabilitation tragen weiterführende Leistungen wesentlich dazu bei, den erreichten Behandlungserfolg langfristig zu sichern¹⁶. Durch zeitnah an die Rehabilitation anknüpfende sowie wohnortnahe Leistungen oder Angebote soll die Selbstständigkeit der zu rehabilitierenden Person gesichert, gefördert und Rückfälle vermieden werden. Bei der Planung und Auswahl sind die individuellen Bedürfnisse und die Teilhabeziele der zu rehabilitierenden Person zu berücksichtigen.

Zu diesen Leistungen im Anschluss an eine kardiologische Rehabilitation zählen insbesondere:

- ergänzende Leistungen wie Rehabilitationssport¹⁷ in Herzgruppen bzw. in Herzinsuffizienzgruppen
- Leistungen zur Reha-Nachsorge
- Heilmittel wie Physiotherapie, Ergotherapie
- Sport- und Bewegungstherapie, inkl. Muskelaufbautraining/medizinischer Trainingstherapie

Einige weiterführende Leistungen können entsprechend der trägerspezifischen Vorgaben auch in digitaler Form erbracht werden.

Ein weiterer Baustein besteht in der Einbindung der Selbsthilfe. Insbesondere zum Ende der Rehabilitation werden die Teilnahme an örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten empfohlen und ggf. Kontakte zur Verfügung gestellt.

Damit sichergestellt wird, dass die zu rehabilitierende Person auch im Anschluss an die medizinische Rehabilitation eine möglichst nahtlose und bestmögliche Unterstützung erhält, erstellt die Rehabilitationseinrichtung zum Ende der medizinischen Rehabilitation einen Entlassungsbericht (vgl. [Allgemeiner Teil, Ziffer 19](#)). Dieser enthält konkrete Empfehlungen zu weiterführenden Leistungen, ggf. auch zur Einleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung¹⁸. Er wird – unter Beachtung des Datenschutzes – an den zuständigen Rehabilitationsträger übermittelt und der zu rehabilitierenden Person zur Verfügung gestellt.¹⁹

16 Im Bereich der Krankenversicherung ist ausdrücklich geregelt, dass zu einer stationären medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Krankenkassen auch ein sogenanntes Entlassmanagement gehört. Durch dieses Entlassmanagement sollen Versorgungslücken vermieden und die Nachhaltigkeit der medizinischen Rehabilitation gesichert werden.

17 Vgl. BAR, Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining in der aktuell gültigen Fassung. Zugriff unter: www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen

18 Vgl. BAR, Arbeitshilfe „Stufenweise Wiedereingliederung“ in der aktuell gültigen Fassung. Zugriff unter: www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen

19 Zu datenschutzrechtlichen Aspekten in Bezug auf Entlassungsberichte vgl. auch die [Arbeitshilfe II „Datenschutz in der Rehabilitation“](#), dort insb. Abschnitt D.3.1.b, D.3.5 und D.6.6.

Anhang

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
ACS	Akutes Koronarsyndrom
AHF	Angeborener Herzfehler
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V.
Bzw.	beziehungsweise
CABG	Koronare Bypass-Operation
CCS	Chronisches Koronarsyndrom
CHI	Chronische Herzinsuffizienz
CRT	Cardiac resynchronization therapy
CT	Computertomographie
CVR	Kardiovaskuläres Risiko
CVRF	Kardiovaskuläre Risikofaktoren
DGSMP	Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention
d. h.	das heißt
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EHRA	European Heart Rhythm Association
EKG	Elektrokardiogramm
EMAH	Erwachsene mit angeborenem Herzfehler
Etc.	et cetera
Ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HTX	Herztransplantation
ICD	Cardioverter-Defibrillator
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
KHK	Koronare Herzkrankheit
LAE	Lungenarterienembolie
LVEF	Linksventrikuläre Ejektionsfraktion
MFA	Medizinische Fachangestellte
Mind.	mindestens
MRT	Magnetresonanztomographie
MTT	medizinische Trainingstherapie
nCPAP	nasal Continuous Positiv Airway Pressure
NYHA	New York Heart Association
paVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit
PET	Positronen-Emissions-Tomographie
PH	Pulmonale Hypertonie
SINGER	Selbstständigkeits-Index für die Neurologische und Geriatrische Rehabilitation Vorsorge und Rehabilitation
TEE	transösophageale Echokardiographie

TTE	Transthorakale Echokardiographie
TVT	Tiefe Venenthrombose
VAD	Herzunterstützungssystem („Ventricular Assist Device“)
WCD	Tragbarer Cardioverter-Defibrillator
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)

Ausgewählte Literatur

BAR (2023): Arbeitshilfe Stufenweise Wiedereingliederung.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. Frankfurt/M.

www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen > Reha-Grundlagen

BAR (2021): Arbeitshilfe Kontextfaktoren bei der Ermittlung von Teilhabebedarfen.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. Frankfurt/M.

www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen > Reha-Grundlagen

BAR (2023): Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. Frankfurt/M.

www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen > Reha-Vereinbarungen

BAR (2021): Rahmenempfehlungen Allgemeiner Teil – Ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. Frankfurt/M.

www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen > Reha-Vereinbarungen

BAR (2021): Rahmenvereinbarung Rehabilitationssport Funktionstraining. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. Frankfurt/M.

www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen > Reha-Vereinbarungen

Medizinischer Dienst Bund. (2023). Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation: Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V (Inkrafttreten: 11. November 2023). Kapitel 2.3.2 https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/2023_11_09_BGA_Vorsorge_und_Reha_V231211.pdf

WHO (2005): International Classification of Functioning, Disability and Health. Zugriff unter:

www.who.int/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health.

Weiterführende Literatur

DGPR (2026). Diagnostik in der kardiologischen Rehabilitation. Arbeitshandbuch der Kommission für Angewandte Rehabilitation der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen e. V. Zugriff unter: https://www.dgpr.de/fileadmin/files/DGPR/Leitlinien___Stellungnahmen/Arbeitshandbuch_Diagnostik_in_der_kardiologischen_Rehabilitation_KAR-DGPR_02-2026.pdf

Verzeichnis der Mitwirkenden

An der Überarbeitung der Rahmenempfehlungen zur kardiologischen Rehabilitation haben mitgewirkt:

Bundesverband ambulanter medizinischer Rehabilitationszentren (BamR) e. V., Gunda Krochmann-Saad

Bundesverband deutscher Privatkliniken, Niklas Paqué

Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen e. V. (DGPR),

Dr. Christoph Altmann

Deutscher Caritasverband, Vanessa Lindl

Deutsche Rentenversicherung Bund, Antje Bertholdt, Dr. Beatrix Böllhoff

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Dr. Holger Kirsch

GKV-Spitzenverband, Anja Dänner

Kassenärztliche Bundesvereinigung, Marcus Lorenz

Medizinischer Dienst Niedersachsen, Dr. Marlies Treichel

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Larissa Brandt, Susanne Müllenhagen

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

Dr. Thomas Stähler (bis 10/2025)

Peter Norz (bis 06/2025)

Dr. Katharina Weyrich (ab 06/2025)

Mariola Barreda Perez (ab 10/2025)

Die BAR-Rahmenempfehlungen:

Ambulante und stationäre
medizinische Rehabilitation
Allgemeiner Teil



Indikationsspezifische Teile

1

Rehabilitation bei
muskuloskeletalen Erkrankungen

2

**Kardiologische
Rehabilitation**

3

Neurologische
Rehabilitation

4

Onkologische
Rehabilitation

5

Dermatologische
Rehabilitation

6

Rehabilitation bei psychischen und
psychosomatischen Erkrankungen

7

Pneumologische
Rehabilitation



Alle Rahmenempfehlungen und weitere Informationen unter
www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen > Reha Vereinbarungen

