

POSITIONSPAPIER DER



BUNDESÄRZTEKAMMER

Reha stärkt Resilienz

Chancen und Herausforderungen einer modernen Rehabilitation



Rehabilitation sichert Selbstständigkeit, Teilhabe und Versorgungssicherheit

Die Rehabilitationsmedizin gewinnt in Deutschland kontinuierlich an Bedeutung angesichts des demografischen Wandels, der Zunahme chronischer Erkrankungen sowie neuer gesundheitlicher und gesellschaftlicher Herausforderungen. Das Ziel der Rehabilitationsmedizin ist die Wiederherstellung, Erhaltung oder Verbesserung der körperlichen, psychischen und sozialen Funktionsfähigkeit sowie die Sicherung von Selbstständigkeit, Teilhabe und Erwerbsfähigkeit. Rehabilitation verfolgt dabei einen biopsychosozialen Ansatz und orientiert sich an der *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* der World Health Organization.

Die Rehabilitationsmedizin behandelt ein breites Spektrum von Erkrankungen – von muskuloskelettalen, neurologischen und internistischen Krankheitsbildern über psychische Erkrankungen bis hin zu komplexen Mehrfacherkrankungen und den Folgen schwerer Traumata. Ärztinnen und Ärzte übernehmen dabei in nahezu allen Bereichen zentrale Aufgaben im Kontext von Rehabilitation und Teilhabe.

Die Evidenz zur Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen ist umfassend belegt. Rehabilitation verbessert funktionelle Fähigkeiten, reduziert Pflegebedürftigkeit, verkürzt Krankenhausaufenthalte, erleichtert die Rückkehr in Beruf und Alltag und trägt wesentlich zur Lebensqualität der Betroffenen bei. Gleichzeitig entlastet sie Akutkrankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und die sozialen Sicherungssysteme.

Rehabilitationsleistungen werden über unterschiedliche Sozialleistungsträger finanziert, insbesondere die gesetzliche Renten-, Kranken- und Unfallversicherung sowie die Bundesagentur für Arbeit. Mit über 1 000 stationären Einrichtungen, mehr als 2 000 Fachabteilungen und jährlich über zwei Millionen behandelten Menschen stellt die Rehabilitationsmedizin einen unverzichtbaren Versorgungsbereich im deutschen Sozialversicherungssystem dar. Gleichzeitig steigen sowohl der Rehabilitationsbedarf als auch die damit verbundenen Ausgaben, von 10,9 Milliarden Euro im Jahr 2021 auf 13,8 Milliarden Euro im Jahr 2024. Ursachen hierfür sind die alternde Bevölkerung, die zunehmende Multimorbidität, längere Lebensarbeitszeiten sowie neue Krankheitsbilder wie Post-COVID oder Post-Intensive-Care-Syndrome. Rehabilitation entwickelt sich damit zunehmend zu einem strategischen Pfeiler einer nachhaltigen Gesundheitsversorgung.

Dabei darf medizinische Rehabilitation nicht ausschließlich als nachgelagerte Versorgungsleistung verstanden werden. Sie ist vielmehr ein zentraler Baustein einer modernen Gesundheitsstrategie, die Rehabilitation neben der Prävention, der Akutmedizin, der Pflege und Teilhabe als integralen Bestandteil einer zusammenhängenden Versorgung versteht. Investitionen in die rehabilitative Versorgung sind daher Investitionen in die Resilienz des Gesundheitswesens, indem sie Gesundheit und Teilhabe der Bevölkerung sichern und gesundheitliche Beeinträchtigungen frühzeitig mindern. Damit leisten sie zugleich einen Beitrag zur wirtschaftlichen und sozialen Stabilität.

Herausforderungen



Alternde Gesellschaft und Multimorbidität

Die steigende Zahl älterer Menschen mit komplexen funktionellen und kognitiven Einschränkungen hat einen größeren Rehabilitationsbedarf zur Folge. Multimorbidität, Gebrechlichkeit (Frailty) und Pflegebedürftigkeit treten zunehmend gemeinsam auf und stellen hohe Anforderungen an das Gesundheitssystem. Deshalb gewinnt der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ an Bedeutung. Frühzeitige rehabilitative Interventionen können die funktionelle Selbstständigkeit erhalten, Pflegebedürftigkeit verzögern oder verhindern und Krankenhauswiederaufnahmen reduzieren.

Während die öffentliche Debatte vor allem die Versorgung pflegebedürftiger Menschen fokussiert, findet das präventive Potenzial der Rehabilitation häufig noch zu wenig Beachtung. Die geriatrische Rehabilitation leistet hierzu einen wichtigen Beitrag, indem sie einen individualisierten, patientenorientierten und multiprofessionellen Ansatz verfolgt. Die wachsende Nachfrage nach Rehabilitationsleistungen trifft dabei auf komplexe, multimorbide Krankheitsbilder, die intensivere, längerfristige und ressourcenaufwendige Behandlungen erfordern.

Der steigende Bedarf an geriatrischer Rehabilitation trifft auf eine Versorgung, deren Kapazitäten nicht entsprechend mitwachsen. Während die stationären

Rehabilitationskapazitäten in den vergangenen 5 Jahren um rund sieben Prozent zurückgegangen sind, stagniert das ambulante Angebot auf niedrigem Niveau. Der Fachkräftemangel und regionale Versorgungsunterschiede verschärfen die Situation zusätzlich. Die Weltgesundheitsorganisation fordert seit Jahren eine Stärkung der geriatrischen Rehabilitationsmedizin durch den Ausbau rehabilitativer Strukturen.



Frührehabilitation in der Akutversorgung

Eine besondere Herausforderung der modernen Rehabilitationsmedizin liegt in der frühzeitigen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit erheblichen funktionellen Einschränkungen nach schweren Verletzungen, komplexen operativen Eingriffen oder intensivmedizinischer Behandlung. Hierzu zählen vor allem junge schwerverletzte Menschen, die eine frühzeitig einsetzende Rehabilitation benötigen, um Mobilität, Selbstständigkeit und Teilhabe wiederherzustellen. Diese Patientengruppe erfordert spezialisierte Rehabilitationsangebote und eine stärkere Berücksichtigung in den Versorgungsstrukturen des Krankenhauses.

Die Frührehabilitation im Krankenhaus nimmt in diesem Zusammenhang eine Schlüsselrolle ein. Sie ermöglicht einen frühzeitigen Beginn rehabilitativer Maßnahmen bereits während der Akutbehandlung

und vermeidet Immobilisation und funktionelle Folgeschäden. Als Teil der kritischen Infrastruktur trägt die Frührehabilitation zudem dazu bei, Krankenhausaufenthalte zu verkürzen und Kapazitäten für akute Behandlungsbedarfe zu sichern. Obwohl die Frührehabilitation im SGB V als Bestandteil der Krankenhausbehandlung verankert ist, steht sie bislang nicht überall dort zur Verfügung, wo sie im Einzelfall erforderlich ist.



Digitale Versorgung und Prehabilitation

Die medizinische Rehabilitation muss sich stärker auf neue Versorgungsbedarfe und veränderte Rahmenbedingungen ausrichten. Digital basierte Rehabilitationsangebote zur Verbesserung der wohnortnahen Versorgung müssen ausgebaut werden. Angesichts des geringen Digitalisierungsgrads der Rehabilitationseinrichtungen sind hierfür geeignete digitale Infrastrukturen, tragfähige Vergütungsmodelle und ein systematischer Kompetenzaufbau erforderlich.

Parallel gewinnt die Prehabilitation an Bedeutung. Trainingsbasierte Programme vor elektiven Eingriffen können perioperative Komplikationen reduzieren, die funktionelle Kapazität verbessern und die Krankenhausverweildauer verkürzen. Indikationsspezifische Konzepte liegen bereits für Orthopädie, Kardiologie und Onkologie vor. Mit der Innovationsfonds-Studie PRÄP-GO wird die Prehabilitation für (vor)gebrechliche ältere Patientinnen und Patienten derzeit als neue Versorgungsform erprobt, um postoperative Pflegebedürftigkeit zu verringern.



Resilienz und Krisenfestigkeit

Die Erfahrungen der COVID-19-Pandemie haben verdeutlicht, dass Rehabilitation ein unverzichtbarer Bestandteil der Krisenbewältigung ist. Zahlreiche Patientinnen und Patienten benötigten nach intensivmedizinischer Behandlung bereits im Akutkrankenhaus frühzeitige rehabilitationsmedizinische Maßnahmen sowie langfristige ambulante rehabilitative Versorgung, um körperliche Leistungsfähigkeit, Selbstständigkeit und gesellschaftliche Teilhabe wiederzuerlangen. Allein die Deutsche Rentenversicherung verzeichnete in den Jahren 2021 bis 2024 rund 65 000 abgeschlossene Post-COVID-Rehabilitationen.

Hinzu kommen neue sicherheitspolitische Herausforderungen, die sich auch auf das Gesundheitssystem auswirken. Der Krieg in der Ukraine verdeutlicht eindrücklich den hohen Bedarf an rehabilitativer Versorgung schwerverletzter Menschen, insbesondere nach Polytraumata, Amputationen, Verbrennungen oder psychischen Traumatisierungen.

Auch Deutschland muss seine gesundheitliche Resilienz stärken. Im Rahmen der zivilen Verteidigung und des gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes wird Rehabilitation künftig eine wesentlich größere Rolle spielen. Bislang fehlen belastbare Konzepte zur Einbindung rehabilitativer Einrichtungen in Krisen- und Katastrophenschutzstrukturen. Es bedarf daher einer systematischen Vorbereitung entsprechender Strukturen und Zuständigkeiten einschließlich der erforderlichen personellen, organisatorischen und logistischen Ressourcen.

Zentrale Anliegen

Die aktuellen Herausforderungen zeigen, dass medizinische Rehabilitation in Deutschland stärker als bisher als zentraler Bestandteil einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung verstanden und entsprechend weiterentwickelt werden muss. Dafür liegen bereits zahlreiche Strategien und Handlungsempfehlungen vor, die unter anderem von der WHO, den Rehabilitationsträgern und den Dachverbänden der Rehabilitation erarbeitet wurden.

Auch der Deutsche Ärztetag hat wesentliche Anliegen zur Stärkung und Weiterentwicklung der Rehabilitation in den vergangenen Jahren in zahlreichen Beschlüssen unterstützt. Die folgenden Anliegen greifen diese Vorarbeiten auf und leiten daraus konkrete Handlungsbedarfe für die Weiterentwicklung der Rehabilitation in Deutschland ab.



Rehabilitationsbedarfe frühzeitig erkennen und adressieren

Die rehabilitative Versorgung muss stärker auf die frühzeitige Versorgung von Patientengruppen mit komplexem funktionellem Unterstützungsbedarf ausgerichtet werden. Dabei müssen Frührehabilitation, Prehabilitation und Rehabilitation im Sinne einer funktionsorientierten Medizin sektorübergreifend verzahnt und als kontinuierliche Versorgungspfade etabliert werden. Innovative Behandlungskonzepte einschließlich digitaler und telemedizinischer Angebote sind systematisch weiterzuentwickeln.



Ausbau geriatrischer und mobiler Rehabilitation

Die geriatrische sowie die mobile Rehabilitation müssen bedarfsgerecht ausgebaut und dauerhaft abgesichert werden. Hierfür sind ambulante, mobile und stationäre Kapazitäten einschließlich einer nachhaltigen Finanzierung sicherzustellen.



Medizinische Rehabilitation für multimorbide Patientinnen und Patienten neu ausrichten

Die medizinische Rehabilitation muss sich konsequent an funktionellen Einschränkungen und Teilhabebeeinträchtigungen statt an Einzeldiagnosen orientieren. Interprofessionelle Teams, individualisierte Therapiepfade sowie ICF-basierte Rehabilitationsplanung sind als Versorgungsstandard auszubauen.



Medizinische Rehabilitation in die nationale Gesundheitsresilienz integrieren

Rehabilitation muss verbindlicher Bestandteil der nationalen Krisenvorsorge, des gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes sowie der zivilen Verteidigung werden. Hierzu gehören Krisenpläne, rehabilitative Behandlungspfade sowie der Ausbau rehabilitationsmedizinischer Kompetenzzentren zur Versorgung von Schwerverletzten.

Literaturverzeichnis

1. Abel R, Zoth N, Wilke C, Schmidt T (2024): Trainingsbasierte Prähabilitation in der Orthopädie, Kardiologie und Onkologie. Die Rehabilitation, 63(1): 51–64. doi: 10.1055/a-2126–7431.
2. Beyer J, Best N, Glaesener JJ, Kasprick L, Reißhauer A, Liebl ME (2022): Rehabilitative Kompetenz im Akutbereich verankern: die rehabilitationsbeauftragte Ärztin/der rehabilitationsbeauftragte Arzt im Krankenhaus (Kurzfassung). Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, 32: 269–272. doi: 10.1055/a-1792–3123.
3. Wilke, C., Siegert, R., Warnach, M., Beyer, J., Emmerich, J., Reckert, M., Kasprick, L., Liebl, M. E., & Schmidt-Ohlemann, M. (2024). Mobile Rehabilitation erweitert denken – zur Implementierung einer mobilen indikationsübergreifenden Rehabilitation. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, 34(4), 185–187. <https://doi.org/10.1055/a-2353–6254> (letzter Zugriff 07.10.2026).
4. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. (2015): ICF-Praxisleitfaden 1 – Zugang zu Rehabilitation (2. überarb. Aufl.). <https://www.bar-frankfurt.de/service/publikationen/produktdetails/produkt/1-04-022-icf-praxisleitfaden-1-zugang-zur-rehabilitation-105.html> (letzter Zugriff 29.09.2026).
5. Burdinski S, Smeaton S, Lutz SZ, et al. (2021): Telemedizin in der mobilen geriatrischen Rehabilitation – Ergebnisse der VITAAL-Studie. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. doi: 10.1007/s00391–021–01987–4.
6. Bundesärztekammer (2022): Beschlüsse des 126. Deutschen Ärztetages zur Stärkung der Rehabilitation. Beschlussprotokoll. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Aerztetag/126.DAET/2022-06-17_Beschlussprotokoll.pdf (letzter Zugriff 29.09.2026).
7. Bundesärztekammer (2024): Beschlüsse des 128. Deutschen Ärztetages zur Stärkung der Rehabilitation. Beschlussprotokoll. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Aerztetag/128.DAET/2024-05-10_Beschlussprotokoll_neu.pdf (letzter Zugriff 29.09.2026).
8. Bundesverband Geriatrie e. V. (20.05.2025): Abbau statt Aufbau – Geriatrische Reha-Versorgung in Gefahr (Pressemitteilung). https://www.bv-geriatrie.de/images/INHALTE/Presse/2025/250220_PM-Rehaplatze.pdf (Abruf: 23.07.2026) (letzter Zugriff 29.09.2026).
9. Deutscher Bundestag. (2025). Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Martin Sichert, Kay-Uwe Ziegler, Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD: Long-COVID und PostVac – Aktuelle Situation und Versorgungslage in Deutschland (Drucksache 21/1037). <https://dserver.bundestag.de/btd/21/010/2101037.pdf> (letzter Zugriff 29.09.2026).
10. Deutsche Rentenversicherung Bund (2025): Wirksamkeit und volkswirtschaftlicher Nutzen der Rehabilitation in Deutschland. <https://www.dvfr.de/rehabilitation-und-teilhabe/meldungen-aus-der-reha-landschaft/detail/artikel/driv-wirksamkeit-und-volkswirtschaftlicher-nutzen-der-reha-in-deutschland> (letzter Zugriff 29.09.2026).
11. Elmer N, Reißhauer A, Brehm K, Drebingen D, Schwedtker C, Schaller SJ, Liebl ME (2024): Functional outcome after interdisciplinary, acute rehabilitation in COVID-19 patients: a retrospective study. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 274: 1993–2001. doi: 10.1007/s00406–024–01862–4.
12. Gutenbrunner C, Sturm C, Egen C (2025): Die Resolution zur Stärkung der Rehabilitation im Gesundheitssystem der Weltgesundheitsversammlung – auch eine Selbstverpflichtung Deutschlands. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, 35(3): 151–153. doi: 10.1055/a-2340–1943.
13. Seidel, E., & Best, N. (2025). Konsensus-Konferenz 2025/2026: Physikalische und rehabilitative Medizin (8. Aufl.). KIENER Verlag.
14. Liebl ME, Elmer N, Schuester L, et al. (2023): Clinical Outcomes of Acute Rehabilitation – A Cohort Study of 1,018 Cases of Interdisciplinary Early Rehabilitation in an Acute Hospital. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, 33(1): 10–16. doi: 10.1055/a-1887–6435.
15. Mishra S, Gosling J, Laplante-Lévesque A, Zapata T, Azzopardi Muscat N (2022): The need for rehabilitation services in the WHO European Region is substantial and

- growing. The Lancet Regional Health – Europe, 24: 100550. doi: 10.1016/j.lanepe.2022.100550.
16. Glaesener, J.-J., Morfeld, M., & Schmidt-Ohlemann, M. (2023). Handlungsempfehlungen aus dem Projekt „Rehalnnovativen – Impulse zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation“. https://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Infothek/Sonstige_Ver%C3%B6ffentlichungen/2023/Handlungsempfehlungen_zur_Weiterentwicklung_der_Rehabilitation.pdf (letzter Zugriff 29.09.2026).
17. Schaller SJ, Kiselev J, Loidl V, et al. (2022): Prehabilitation of elderly frail or pre-frail patients prior to elective surgery (PRAEP-GO): study protocol for a randomized, controlled, outcome assessor-blinded trial. *Trials*, 23: 468. doi: 10.1186/s13063-022-06401-x.
18. Scharf A, Haug S, Ritthaler M, Raptis G (2023): Chancen und Herausforderungen der Digitalisierung bei der Rehabilitation – Ergebnisse einer Befragung von Rehabilitationseinrichtungen. *Die Rehabilitation*, 62(5): 299–307. doi: 10.1055/a-2123-1566.
19. Stampa S, Podar MD, Thienel C, Frețian AM, Razum O, Dockweiler C (2025): Bestandsaufnahme und Implementationsbedingungen digital unterstützter Angebote in der medizinischen Rehabilitation [Status and implementation conditions of digitally supported services in medical rehabilitation]. *Rehabilitation*, 64(2): 85–91. doi: 10.1055/a-2505-5175.
20. Teixido L, Andreeva E, Gartmann J, Lemhöfer C, Sturm C, Gutenbrunner C (2022): Outpatient Rehabilitative Care for Patients with Long-COVID – A Guideline-based Clinical Practice Guideline. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 32: 365–376. doi: 10.1055/a-1820-7396.
21. World Health Organization. (2001). International classification of functioning, disability and health: ICF. World Health Organization. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/83e1c3e0-cf9e-4063-a424-71ccc9a84ded/content> (letzter Zugriff 29.09.2026).
22. Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2025): Drei Jahre Krieg: steigender Bedarf an psychosozialer Unterstützung, Traumabehandlung und Rehabilitation. <https://www.who.int/europe/de/news/item/24-02-2025-three-years-of-war-rising-demand-for-mental-health-support-trauma-care-and-rehabilitation> (letzter Zugriff 29.09.2026).
23. World Health Organization (2023): Resolution WHA76.6: Strengthening rehabilitation in health systems. Genf, 30. Mai 2023. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA76/A76_R6-en.pdf (letzter Zugriff 29.09.2026).
24. World Health Organization (2021): Rehabilitation 2030. <https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030> (letzter Zugriff 29.09.2026).

Impressum

Herausgeber:

Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Herbert-Lewin-Platz 1 | 10623 Berlin

Fon: +49 (0) 30/ 400 456-0

Fax: +49 (0) 30/ 400 456-388

E-Mail: info@baek.de

www.baek.de

Stand: September 2026

Layout und Umsetzung:

Deutscher Ärzteverlag GmbH, Dieselstraße 2, 50859 Köln

Titelbildnachweis:

© Rowan Jordan/iStock Getty-Images

Alle Rechte, insbesondere das Recht zur Vervielfältigung, Mikroskopie und zur Einspeicherung in elektronische Datenbanken sowie zur Übersetzung in Fremdsprachen für alle Beiträge vorbehalten. Druck und Aufnahme in elektronische Datenbanken, auch auszugsweise – außer zur ausschließlich privaten nicht kommerziellen Verwendung –, nur mit Genehmigung der Bundesärztekammer.