

# Therapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation – mehr Transparenz mit der Klassifikation therapeutischer Leistungen

Janett Zander, Dr. Ulrike Beckmann, Dr. Bruno Somhammer, Dr. Here Klosterhuis

Die Versorgungsrealität in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung (RV) kann durch die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) im Rahmen der Qualitätssicherung und Reha-Forschung abgebildet werden. Die KTL ist von den Leistungserbringern der Rehabilitation und den Rentenversicherungsträgern (RV-Trägern) als Dokumentationsinstrument akzeptiert. Die aktuelle Auflage der KTL bietet bessere Möglichkeiten einer differenzierten Darstellung, Analyse und Bewertung der therapeutischen Leistungen. Durch die Integration der KTL-Daten in die Reha-Qualitätssicherung ist eine regelmäßige Rückmeldung an die Rehabilitationseinrichtungen gewährleistet. Diese Berichterstattung wird ergänzt durch KTL-basierte Reha-Therapiestandards, die im Rahmen des Reha-Leitlinienprogramms entwickelt wurden. Auch indikationsspezifische Bewertungskennzahlen (z. B. Therapiedauer) werden diese Instrumente der Reha-Qualitätssicherung ergänzen, wobei eine vollständige KTL-Erfassung der Reha-Leistungen für alle Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung zz. noch nicht gegeben ist. Dieses Defizit in der KTL-Dokumentation sollte zeitnah geschlossen werden. Perspektivisch soll eine Dokumentation auch für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben entwickelt werden.

## 1. Einführung

Mit der KTL<sup>1</sup> hat die Rentenversicherung ein Dokumentationsinstrument entwickelt und in die Routine eingeführt, mit dem nicht nur die therapeutische Versorgung der Rehabilitanden abgebildet, sondern das darüber hinaus auch für die Bewertung der Prozessqualität genutzt werden kann<sup>2</sup>. Zudem ist es möglich, KTL-Daten unter versorgungsbezogenen und inhaltlichen Fragestellungen zu analysieren. Die KTL gilt für alle Bereiche der medizinischen Rehabilitation, sie ist sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Rehabilitation anzuwenden. Die Leistungserbringung bei erwachsenen Rehabilitanden ist ebenso Gegenstand der KTL wie bei der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. Die KTL enthält definierte Leistungseinheiten, die über einen zugeordneten Code zu dokumentieren sind, zusätzlich werden Angaben zu Berufsgruppe, Indikation, Therapieziel etc. festgelegt, die als Qualitätsmerkmale anzusehen sind. Somit wird eine standardisierte Dokumentation definierter therapeutischer Leistungen möglich.

Die KTL-Daten sind routinemäßiger Bestandteil des ärztlichen Reha-Entlassungsberichtes. Eine vollständige Erfassung aller Entlassungsberichte mit KTL-Daten ist zz. noch nicht möglich, so dass nur etwa die Hälfte aller Fälle für Auswertungen zur Verfügung steht. Diese Untererfassung ist auch durch Schwierigkeiten bei der elektronischen Datenübermittlung zwischen Rehabilitationseinrichtung und RV-Träger bedingt, wobei die zunehmende Bedeutung der KTL-

Daten bei der Reha-Qualitätssicherung dazu beitragen wird, dieses Defizit zu verringern.

Die KTL wurde von der RV in der ersten Hälfte der neunziger Jahre als Instrument der Reha-Qualitätssicherung entwickelt. So wurden ab dem Jahr 2000 jährlich für die Rehabilitationseinrichtungen und die

RV-Träger einrichtungsbezogene tabellarische Auswertungen als Bericht zur Reha-Qualitätssicherung erstellt. Somit konnte eine inhaltliche Auseinandersetzung über die angemessene Leistungserbringung während der Rehabilitation begonnen werden. Nach einem langjährigen Praxiseinsatz wurde die KTL in einem umfangreichen wissenschaftlich begleiteten Projekt überarbeitet und an aktuelle Entwicklungen angepasst<sup>3</sup>. Dabei haben sich eine Reihe von wesentlichen strukturellen und inhaltlichen Neuerungen ergeben: Veränderung der Reihenfolge der KTL-Kapitel, Definition differenzierter pflegerischer Leistungen, Codierung der tatsächlichen Dauer etc.

Dipl.-Pfleger- und Gesundheitswissenschaftlerin Janett Zander und Dr. Bruno Somhammer sind Mitarbeiter im Referat Grundsatzfragen und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, Dr. Ulrike Beckmann ist Leiterin dieses Referates; Dr. Here Klosterhuis ist Leiter des Bereiches Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund.

<sup>1</sup> Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2007): KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation, 5. Auflage.

<sup>2</sup> Klosterhuis (2008): Aktuelle Strategien der Deutschen Rentenversicherung in der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation. Prävention und Rehabilitation, Jg. 20, Heft 4/2008, S. 184–192.

<sup>3</sup> Bitzer et al. (2006): Verbesserte Dokumentation als Grundlage für Reha-Qualitätssicherung – Weiterentwicklung der Klassifikation therapeutischer Leistungen –. RVaktuell, Jg. 53, Heft 9/10, S. 398–406.

Die Rehabilitationseinrichtungen haben die KTL 2007 mit großem Engagement in die Praxis integriert. Der größte Aufwand lag dabei in der Anpassung der Therapieplanung sowie in der Information und Schulung aller am therapeutischen Geschehen beteiligten Mitarbeiter. Mit der KTL 2007 ergeben sich neue Möglichkeiten der statistischen Aufbereitung, die auch im überarbeiteten Rückmeldekonzept Berücksichtigung finden.

## 2. Die KTL als Instrument der medizinischen Dokumentation und Reha-Qualitätssicherung

Vor etwa zwanzig Jahren begann in der Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung die Nutzung dokumentierter Routinedaten aus Reha-Entlassungsberichten auch für Zwecke der Qualitätssicherung. In diese Zeit fiel der durch die Reha-Kommission<sup>4</sup> gegebene Startschuss für die Entwicklung einer Klassifikation therapeutischer Leistungen in der Rehabilitation. Eine solche Dokumentation sollte die Transparenz der Leistungserbringung erhöhen und damit neue Auswertungsmöglichkeiten und eine Qualitätsverbesserung bieten.

Die für die Entwicklung der Klassifikation notwendigen Schritte begannen mit Analysen von Entlassungsberichten, Befragungen von Rehabilitationseinrichtungen etc. Darauf aufbauend wurden mehrere, indikationsbezogene Expertengremien gebildet. Mit den Anwendern wurden die Klassifikationskriterien unter Berücksichtigung der sich zeitgleich entwickelnden Qualitätssicherung abgestimmt<sup>5,6,7</sup>. Die erste Ausgabe der KTL erschien im Jahr 1995. Die Entwicklungs-

phasen wurden abgeschlossen mit der im Jahr 2000 erschienenen 4. Auflage, die zusammen mit den Dokumentationsanleitungen Sozialarbeit (2001) und Kinder-Reha (2002) bis Ende 2006 ihre Gültigkeit behielten.

Aus Mitgliedern der an der Entstehung der KTL beteiligten Expertengremien wurde noch im Jahr 2000 ein wissenschaftlicher KTL-Beirat gegründet, um konkrete Vorschläge zur inhaltlichen Modifikation künftiger KTL-Versionen, Dokumentationsanleitungen und Auswertungshinweise zu diskutieren. Um die Erkenntnisse aus zehn Jahren KTL-Dokumentation kritisch zu bewerten und die gewonnenen Erfahrungen umzusetzen, initiierte die Deutsche Rentenversicherung Bund (damals Bundesversicherungsanstalt für Angestellte) im Jahr 2004 ein wissenschaftlich begleitetes Projekt zur KTL-Weiterentwicklung. Ergebnis war die seit 2007 gültige, vollständig überarbeitete 5. Auflage der KTL. Die in dieser Neuauflage einerseits gestraffte, andererseits um die Zeitkategorie erweiterte Klassifikation ermöglichte eine neu strukturierte Rückmeldung. Diese wurde erstmals im März 2009 als Bericht zur Reha-Qualitätssicherung „Therapeutische Versorgung – KTL-Dokumentation“ an alle von der Deutschen Rentenversicherung federführend belegten Rehabilitationseinrichtungen mit ausreichender Fallzahl versandt. Neben der beschreibenden Darstellung der Leistungsstrukturen ist jetzt auch ein Indikationsvergleich möglich und künftig sind bewertende KTL-Kennzahlen als Erweiterung der Reha-Qualitätssicherung vorgesehen. Mit diesen soll ein Rahmen für die Leistungserbringung durch die Einrichtungen vorgegeben werden. Die KTL-Daten sind nicht nur Grundlage für die Berichterstattung zur Reha-Qualitätssicherung, sondern liefern ebenfalls die empirische Basis für eine Vielzahl von versorgungsbezogenen Analysen und für die Reha-Leitlinien-Projekte<sup>8,9</sup>.

Insgesamt ist festzustellen, dass die Umstellung der Klassifikation von KTL 2000 auf KTL 2007 weitgehend problemlos erfolgt ist<sup>10</sup>. 478 000 Reha-Entlassungsberichte aus dem Jahr 2007 enthalten mindestens eine gültige KTL 2007-Codierung. Ausgewertet werden über 10 Mio. KTL-Nennungen, davon sind 99 % gültige Codierungen und nur 1 % ungültige. Allerdings können bei den gültigen Codierungen auffällige bzw. nicht plausible Zeitangaben dokumentiert sein. Bei den 1 % ungültigen KTL-Codierungen handelt es sich in der Mehrzahl der Fälle um eine fehlerhafte Datenerfassung. Leider wird jedoch relativ häufig sowohl im Kapitel Information, Motivation und Schulung als auch bei der Rekreationstherapie keine Angabe zur Zeitdauer gemacht, sondern stattdessen die Codierung „Z“ als Ausdruck einer „individuellen“ Ausgestaltung genutzt. Damit sind weitergehende Analysen zur Durchführungsdauer dieser Leistungen nicht möglich. Auffällige Zeitangaben werden insbesondere beim Code „Ärztliche Beratung“ gefunden, die unterhalb der vorgeschlagenen Mindestdauer von 15 Minuten liegen, eine Überschreitung des ge-

<sup>4</sup> VDR (1992): Bericht der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger – Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung.

<sup>5</sup> Müller-Fahrnow et al. (1993): Die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) für den Bereich der medizinischen Rehabilitation – Ein systematischer Ansatz zur Dokumentation von Rehabilitationsleistungen. PRAXIS der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, Heft 24, S. 254–263.

<sup>6</sup> Sakidalski, Somhammer (1997): Die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) als Element der Qualitätslenkung in der stationären neurologischen Rehabilitation. In: Welter, Schönte (Hrsg.): Neurologische Rehabilitation, S. 349–357.

<sup>7</sup> Somhammer (1994): Dokumentationsstandards therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation als Bestandteil der Versorgungsforschung und Qualitätssicherung. In: Müller-Fahrnow (Hrsg.): Medizinische Rehabilitation: Versorgungsstrukturen, Bedarf, Qualitätssicherung. Weinheim, München, Juventa Verlag, S. 103–108.

<sup>8</sup> Brüggemann, Klosterhuis (2005): Leitlinien für die medizinische Rehabilitation – eine wesentliche Erweiterung der Qualitätssicherung. RVaktuell, Jg. 52, Heft 10/11, S. 467–475.

<sup>9</sup> Klosterhuis (2005): Rehabilitations-Leitlinien als Instrument der Qualitätssicherung der Rehabilitation. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, Jg. 99, Heft 1, S. 41–46.

<sup>10</sup> Zander et al. (2008): Verbessert die neue Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL 2007) die Dokumentation der Rehabilitation? DRV-Schriften, Band 77, S. 152–153.

gebenen Zeitrahmens kommt jedoch ebenfalls vor. Die routinemäßige detaillierte Rückmeldung solcher Dokumentationsauffälligkeiten an die Einrichtungen verbunden mit entsprechenden Hinweisen wird den Anteil problematischer Codierungen weiter reduzieren.

### 3. Analysen zur Reha-Versorgungsqualität mit KTL-Daten

Gegenstand der KTL-Dokumentation ist die im Einzelfall erbrachte therapeutische Leistung. Der Reha-Entlassungsbericht enthält zusätzlich Informationen zu den jeweiligen Rehabilitanden (u. a. Alter, Geschlecht, Arbeitsfähigkeit, Diagnosen, Leistungsfähigkeit). Die Daten können in unterschiedlicher Differenzierung analysiert werden. Im Gesundheitssektor gibt es wenig vergleichbare Dokumentationssysteme, die zudem in der Regel nicht als Routedokumentation in die alltägliche Versorgungspraxis integriert sind.

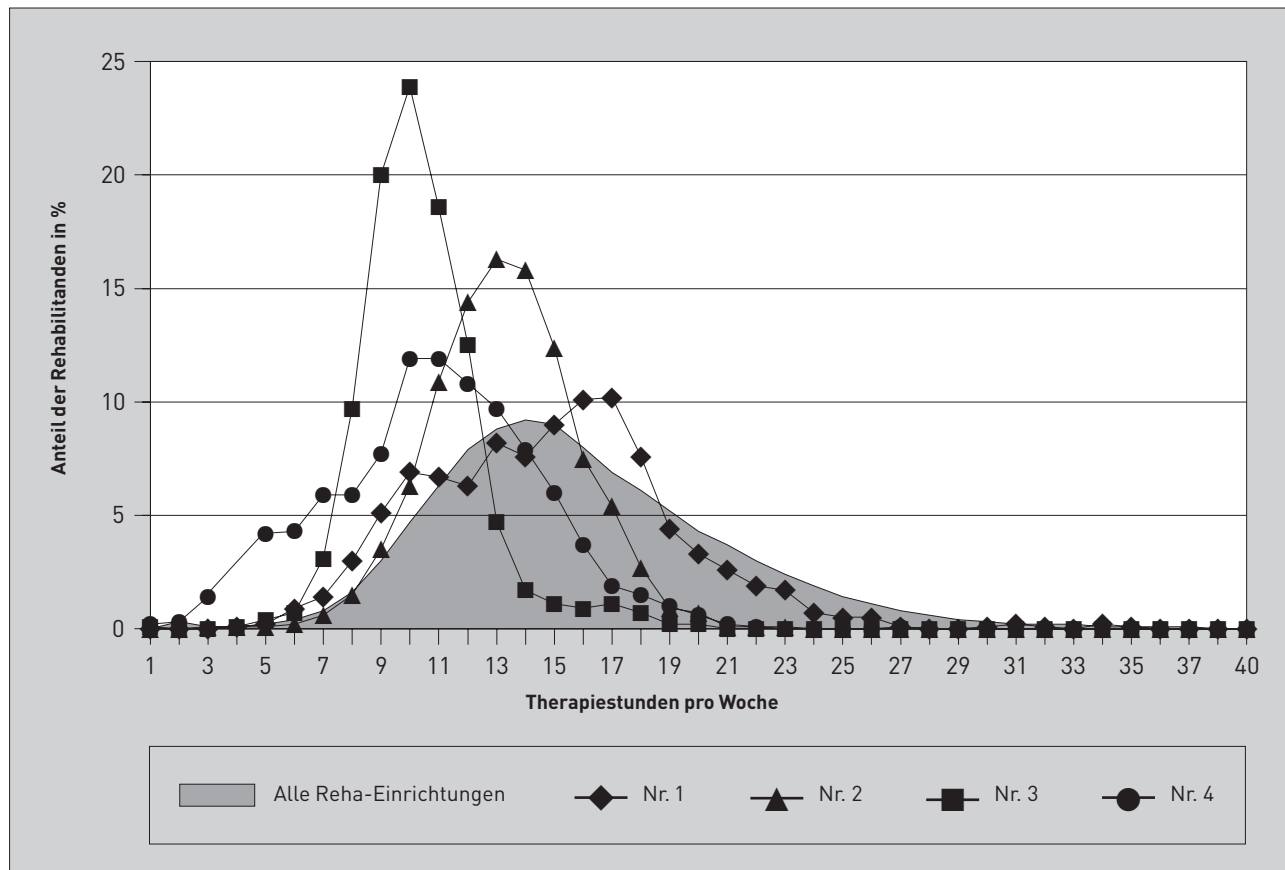
Die Berichte zur therapeutischen Versorgung (KTL-Dokumentation) enthalten eine Reihe von Auswertungen und graphischen Darstellungen. Sie beinhalten nicht nur die Anzahl der Leistungen pro Rehabilitand, sondern ebenso Dauer, Frequenz und Inhalt der Leistungen sowie den Anteil der einbezogenen Rehabilitanden. Zusätzlich werden häufige KTL-Leistungs-

einheiten dargestellt. Wichtig für die Rehabilitationseinrichtungen ist die Möglichkeit, die eigenen Leistungsmerkmale mit denen indikationsgleicher Einrichtungen in Bezug zu setzen.

Einen solchen Vergleich der dokumentierten Reha-Leistungsdauer pro Woche in vier orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen und in der Gesamtgruppe der orthopädischen Einrichtungen zeigt Abb. 1.

Die grau unterlegte Kurve beinhaltet die durchschnittliche Dauer aller von den orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen erbrachten Leistungen pro Woche. Das Maximum der Verteilung liegt zwischen 11 und 17 Therapiestunden pro Woche. Insgesamt ist bei den Leistungsverteilungen zu bedenken, dass nicht alle Aktivitäten in der Rehabilitation mittels KTL erfasst werden, wie z. B. diagnostische Leistungen, sozialmedizinische Begutachtungen oder Visiten. Aufschlussreich ist ein Blick auf ausgewählte Rehabilitationseinrichtungen. Es zeigt sich eine erhebliche Varianz der wöchentlichen Therapiedauer. Hier können unterschiedliche Therapiekonzepte, Leistungsstrukturen, aber auch Dokumentationsgewohnheiten und Qualitätsunterschiede verantwortlich sein. Für die Betreuung der Rehabilitationseinrichtungen sind solche Gegenüberstellungen von großer Relevanz. Allerdings wird auch deutlich, dass

Abb. 1: Reha-Leistungsdauer\* pro Rehabilitand und Woche, Orthopädische Reha-Einrichtungen, 2007



\* Ohne C13 Schulungsbuffet und Kapitel M „Ernährung“.

Quelle: RSD 2007; Reha-Einrichtungen n = 351, Rehabilitanden n = 194 417.

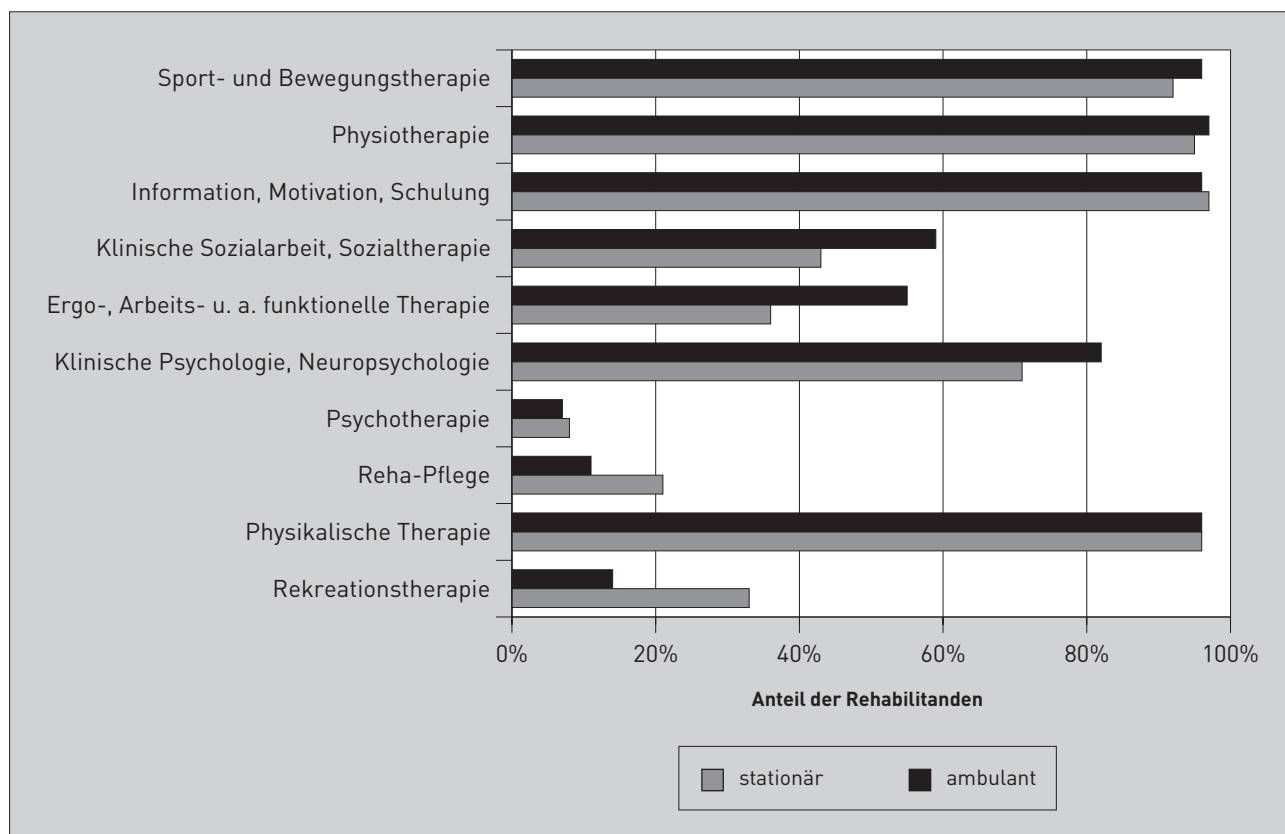
KTL-Bewertungskennzahlen, die einen orientierenden Rahmen der Leistungserbringung vorgeben, notwendig sind.

- <sup>11</sup> Hansmeier, Radoschewski (2007): Bestandsaufnahme zu medizinisch-beruflich orientierten Aktivitäten in Rehabilitationseinrichtungen (PORTAL-Studie), RVaktuell, Jg. 54, Heft 6, S.183-190.
- <sup>12</sup> Irle, Somhammer, Klosterhuis (2005): Arbeitsbezug als Aufgabe der medizinischen Rehabilitation im Spiegel der KTL. DRV-Schriften, Band 59, S. 251-253.
- <sup>13</sup> Klosterhuis, Zander (2006): Wie berufsorientiert ist die medizinische Rehabilitation? – Auswertungen von Routinedaten der Rentenversicherung. In: Müller-Fahrnow, Hansmeier, Karoff (Hrsg.): Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation, Assessments – Interventionen – Ergebnisse, Pabst Science Publishers, S. 293-305.
- <sup>14</sup> Lindow, Zander, Klosterhuis (2007): Therapeutische Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben: aktuelle Auswertungen von KTL-Daten zur Suchtrehabilitation der Rentenversicherung. In: Henkel, Zemlin (Hrsg.): Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis, Band 21, Frankfurt am Main, Fachhochschulverlag, S. 338-360.
- <sup>15</sup> Lehmann et al. (2008): Unterscheiden sich ambulante und stationäre onkologische Rehabilitationsmaßnahmen im Hinblick auf Leistungserbringung und Erfolg? Eine Analyse der medizinischen Entlassungsberichte. Wissenschaft und Forschung, Jg. 18, S. 59-68.

KTL-Daten in Kombination mit ausgewählten Merkmalen von Rehabilitanden eröffnen zahlreiche weitere Auswertungsmöglichkeiten. Im Kern geht es dabei in der Regel um die Frage, ob eine bedarfsgerechte rehabilitative Versorgung vorliegt. So kann z.B. empirisch überprüft werden, ob arbeitslose Rehabilitanden bestimmte – auf ihre Problemlage bezogene – Leistungen häufiger erhalten als erwerbstätige<sup>11, 12, 13, 14</sup>. Auch die Frage, ob ein neu entstandener Versorgungsbereich wie die ganztägig ambulante Rehabilitation eine vergleichbare Versorgungsqualität aufweist wie die stationäre Rehabilitation, ist von großem – auch gesundheitspolitischem – Interesse<sup>15</sup>. Betrachtet man z.B. die therapeutische Versorgung von Rehabilitanden mit Dorsopathien unter dieser Fragestellung, so lassen sich folgende Aussagen treffen (siehe Abb. 2).

Gleich viele Rehabilitanden – sowohl aus dem stationären wie dem ambulanten Versorgungsbereich – erhalten Leistungen aus KTL-Kapiteln wie Information, Motivation und Schulung, Psychotherapie oder physikalische Therapie. Ein Überwiegen in der ambulanten Versorgung ist für die Leistungen der Sozialarbeit, Ergotherapie und klinischen Psychologie festzustellen. Umgekehrt ist es bei Leistungen der Rekrations-therapie und der Reha-Pflege, die offensichtlich auf-

**Abb. 2: Anteil der Rehabilitanden\* (mit Dorsopathien) mit Leistungen aus dem jeweiligen KTL-Kapitel, Vergleich ambulant – stationär, 2007**



\* Ohne Kapitel M „Ernährung“.

Quelle: RSD, Entlassungsberichte aus dem Jahr 2007, stationär: n = 46 036 (50 %-Stichprobe), ambulant: n = 13 397.

grund anderer struktureller Voraussetzungen im stationären Bereich häufiger erbracht werden. Generell ist bei ambulanten Rehabilitationseinrichtungen eine höhere Therapieintensität mit dem Schwerpunkt auf aktiver Bewegungsorientierung kennzeichnend.

In der Reha-Forschung geht es heute verstärkt darum, die Reha-Praxis selbst mit ihren vielfältigen Elementen zum Forschungsgegenstand zu machen. Therapiekonzepte können nur erfolgreich weiterentwickelt und praktiziert werden, wenn auch wissenschaftliche Erkenntnisse zu den routinemäßig erbrachten Therapieelementen der medizinischen Rehabilitation vorliegen<sup>16,17</sup>. Es finden sich daher viele empirische Studien, die versuchen, wesentliche Fragestellungen mit KTL-Daten zu analysieren. Das geschieht mit Hilfe der beschreibenden Statistik, welche Zusammenfassungen z.B. von KTL-Daten durch Maßzahlen und graphische Darstellungen liefert<sup>18</sup>. Dabei wird unterschieden zwischen der Beschreibung einzelner messbarer Daten (Leistungsdauer, -häufigkeit etc.) und dem Zusammenhang mehrerer Merkmale wie beispielsweise zwischen Leistungsumfang und Komorbidität.

Die Tabelle 1 zeigt eine Zusammenfassung von Untersuchungen, in denen KTL-Daten analysiert wurden. Die ausgewählten Studien beziehen sich zum größten Teil auf die Reha-Leitlinienprojekte der Deutschen Rentenversicherung. Sie kamen bei allen Indikationen in sehr ähnlicher Weise zu dem Ergebnis, dass die qualitativen und quantitativen Anforderungen in der Versorgungspraxis (Abschn. 4) noch nicht erfüllt werden. Des Weiteren kommt in diesen KTL-Studien beim Vergleich der einzelnen Reha-Einrichtungen eine hohe Variabilität des therapeutischen Geschehens zum Ausdruck. Das wird nur z. T. durch eine unzureichende Dokumentation der therapeutischen Leistungen vor Ort erklärt. Ob die Rehabilitanden in den Reha-Einrichtungen nach unterschiedlichen Behandlungsansätzen und -konzepten rehabilitiert werden oder eine tatsächliche Unterversorgung stattfindet, bedarf weiterer Untersuchungen. Prinzipiell lässt sich den Studien entnehmen, dass die KTL aufgrund ihrer weiten Verbreitung und routinemäßigen Durchführung eine gute Datengrundlage zur Untersuchung der Versorgungsrealität der Rehabilitation darstellt.

Andere Studien nutzen die in den Leitlinienprojekten entwickelten evidenzbasierten Therapiemodule (ETM) für weitere Fragestellungen. Ist die Erfüllung der ETM eher von Patientenmerkmalen wie Alter, Geschlecht etc., von Versorgungsstrukturen (ambulant, stationär) oder von der Reha-Einrichtung abhängig? Außerdem werden Veränderungen in der rehabilitativen Versorgung untersucht, die durch die Reha-Therapiestandards angestoßen wurden. Ein weiterer Schwerpunkt der KTL-Analysen bezieht sich auf die Forderung nach Berücksichtigung berufsbezogener Leistungen während der Rehabilitation und der praktischen Umsetzung dieser Reha-Konzepte. Diese Analysen stellen häufig Defizite zwischen inhaltlichen Therapieanforderungen und der Reha-Praxis fest.

#### 4. Die KTL als Dokumentationsgrundlage von Reha-Therapiestandards

Empirische Untersuchungen haben in den letzten Jahren – wie oben dargestellt – regelmäßig zu dem Ergebnis geführt, dass zwischen den Rehabilitationseinrichtungen zum Teil gravierende Unterschiede in der Leistungserbringung bestehen, die durch unterschiedliche Reha-Konzepte und Rehabilitandenstrukturen nicht plausibel zu erklären sind. Es stellt sich die Frage nach einer fachlich nicht begründeten Ungleichbehandlung der Versicherten.

Zur Verbesserung dieser problematischen Versorgungsqualität wurden von der RV – mit wissenschaftlicher Unterstützung – evidenzbasierte Reha-Therapiestandards im Rahmen des Reha-Leitlinienprogramms exemplarisch für einzelne Krankheitsbilder entwickelt (u. a. koronare Herzkrankheit<sup>19</sup>, chronischer Rückenschmerz<sup>20</sup>, Brustkrebs<sup>21</sup>, Diabetes mellitus Typ 2<sup>22</sup>, Schlaganfall<sup>23</sup>). Derzeit werden weitere Therapiestandards für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen<sup>24</sup>, bei depressiven Störungen<sup>25</sup> und nach Hüft- oder Kniegelenkersatz<sup>26</sup> erarbeitet.

Mit den Therapiestandards ist es möglich, anhand von inhaltlichen Vorgaben die therapeutische Versorgung in den Rehabilitationseinrichtungen auf der Basis von Routinedaten zu bewerten. Die Erfüllung der Vorgaben wird anhand der KTL-Daten überprüft. Die Formulierung von Therapiestandards steht nicht im Widerspruch zu einer individuellen Ausgestaltung der Behandlung. Jede Rehabilitationseinrichtung erhält einen Bericht darüber, inwieweit die Behandlung den Vorgaben entsprochen hat. Ein wesentlicher Vorteil dieses Vorgehens ist darin zu sehen, dass im Rahmen dieser Aktivitäten einerseits die Therapiestandards veröffentlicht werden und allen Einrichtungen für ihre Therapieplanung zur Verfügung stehen und andererseits die Erfüllung der Vorgaben anhand der erfolgten Behandlungen überprüfbar ist. Als Nachteil

<sup>16</sup> Buschmann-Steinhage (2003): Erwartungen an die Rehabilitationsforschung aus der Sicht der Rentenversicherung. In: Deck, Glaser-Möller (Hrsg.): Forschung und Forschungsförderung in der Rehabilitation, S. 43–57.

<sup>17</sup> Deutsche Rentenversicherung Bund, Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (2009): Forschung in der Rehabilitation, Berlin, S. 41–47.

<sup>18</sup> Atteslander (2000): Methoden der empirischen Sozialforschung, 9. Aufl., Berlin, New York, de Gruyter, S. 273.

<sup>19</sup> Brüggemann, Grünbeck, Klosterhuis (2007): ebd.

<sup>20</sup> Brüggemann, Buschmann-Steinhage, Klosterhuis (2007): ebd.

<sup>21</sup> Domann et al. (2007): ebd.

<sup>22</sup> Ganten, Raspe (2003): ebd.

<sup>23</sup> Schönle et al. (2004): ebd.

<sup>24</sup> Löffler et al. (2009): Prozessleitlinie für die stationäre Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen – Phase 2: Ergebnisse der KTL-Analyse am Beispiel der Indikation Asthma bronchiale. DRV-Schriften, Band 83, S. 142–143.

<sup>25</sup> Barghaan et al. (2009): ebd.

<sup>26</sup> Gülich et al. (2009): ebd.

**Tabelle 1: Ausgewählte Studien zur rehabilitativen Versorgung auf Basis von KTL-Daten**

Autoren	Fragestellung	Untersuchungsgruppe	Ergebnisse
Barghaan et al. (2009): Entwicklung einer Prozessleitlinie für die Rehabilitation von Patienten mit Depression – Phase 2: Ergebnisse einer Analyse von KTL-Daten. DRV-Schriften, Band 83, S. 139–140.	Vergleich: evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) und rehabilitative Versorgung	Rehabilitanden aus psychosomatischen, psychotherapeutischen, psychiatrischen Fachabteilungen (n = 21 927), 2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Therapeutische Anforderungen in relevantem Ausmaß berücksichtigt</li> <li>● Unterschiede zwischen Reha-Einrichtungen (Häufigkeit, Dauer, Multimodalität)</li> <li>● Notwendigkeit einer Reha-Leitlinie</li> </ul>
Gülich et al. (2009): Therapiespektrum in der Rehabilitation von Patienten mit Hüft- und Kniegelenksendoprothesen – Ergebnisse einer KTL-Analyse. DRV-Schriften, Band 83, S. 334–336.	Vergleich: ETM und rehabilitative Versorgung	Rehabilitanden mit Hüft- (n = 3 662) und Kniegelenksersatz (n = 2 186), 2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hohe Übereinstimmung therapeutischer Versorgung in beiden Gruppen</li> <li>● Sinnvoll, die beiden Prozessleitlinien zusammen zu diskutieren</li> </ul>
Ostholt-Corsten, Koch, Bergelt (2009): Versorgungssituation in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD). DRV-Schriften, Band 83, S. 405–407.	Wie sah die Versorgung vor Einführung der Leitlinie „Reha von Patienten mit Chronisch Obstruktiver Lungenerkrankung (COPD)“ aus?	Rehabilitanden mit COPD (n = 5 545), 2005, 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Unterversorgung der Rehabilitanden in vier Therapiegruppen</li> <li>● Fünf Therapietermine pro Tag werden nicht erreicht</li> </ul>
Brüggemann, Winnefeld, Volke (2008): Analyse der KTL-Daten von Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen: Welche Leistungen werden zusätzlich zu den evidenzbasierten Therapiemodulen durchgeführt? DRV-Schriften, Band 77, S. 37–40.	Bildet Reha-Leitlinie Rückenschmerz die Rehabilitation hinreichend ab oder müssen ETM ergänzt werden?	Rehabilitanden mit chronischem Rückenschmerz (10 %-Stichprobe aus 4 094 Entlassungsberichten), 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 45 % aller Leistungen entfallen auf ETM</li> <li>● Keine Identifikation therapeutischer Leistungen, die in den ETM ergänzt werden müssten</li> </ul>
Lindow, Zander, Klosterhuis (2007): ebd.	Werden die Suchtrehabilitanden hinsichtlich arbeitsbezogener Leistungen bedarfsgerecht versorgt?	Rehabilitanden mit psychischen und Verhaltensstörungen (n = 3 285) aus Sucht-Reha-Einrichtungen (n = 10, Mindestfallzahl > 70), 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Bei der Verordnung arbeitsbezogener Leistungen wird nur wenig differenziert zwischen erwerbstätigen und arbeitslosen Rehabilitanden</li> <li>● Hohe Einrichtungsvarianz</li> </ul>
Meyer, Pohontsch, Raspe (2008): Zusammenhang zwischen Leistungsgeschehen und Erfolgsbewertung in der stationären Rehabilitation von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. DRV-Schriften, Band 77, S. 63–65.	Gibt es einen Zusammenhang zwischen therapeutischen Leistungen und der Erfolgsbewertung in der stationären Rehabilitation?	Rehabilitanden mit Diagnose „Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ (n = 14 075) in 97 Reha-Einrichtungen, 2003/2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Zusammenhänge zwischen Leistungsmenge und patientenbasierten Erfolgsbeurteilungen wurden nur eingeschränkt identifiziert</li> </ul>
Beckmann, Somhammer, Grünbeck (2007): Gibt es eine geschlechtsspezifische leitlinienorientierte Versorgung in unterschiedlichen Altersgruppen bei Rehabilitanden mit koronarer Herzkrankheit? DRV-Schriften, Band 72, S. 221–223.	Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede in der leitliniengerechten Versorgung bzw. Unterschiede bei therapeutischen Leistungen in verschiedenen Altersgruppen?	Rehabilitanden mit Koronarer Herzkrankheit, Aortenkoronarem Bypass oder Implantat/Transplantat nach koronarer Gefäßplastik (Frauen: 1 849, Männer: 6 347), Behandlungsdauer zwischen 18 und 42 Tagen, 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Es gibt geschlechts- bzw. altersspezifische Unterschiede in der Leistungserbringung</li> <li>● Einige Therapiemodule sind offensichtlich geschlechts- und altersunabhängig erfüllbar</li> <li>● Andere ETM-Vorgaben sind nur in speziellen Untergruppen annähernd erreicht</li> </ul>
Brüggemann, Buschmann-Steinhage, Klosterhuis (2007): Leitlinie für die Rehabilitation bei chronischem Rückenschmerz, Stand und erste Ergebnisse der Reha-Qualitätssicherung. DRV-Schriften, Band 72, S. 392–393.	Wie wird die Leitlinie für die Rehabilitation bei chronischem Rückenschmerz von den Reha-Einrichtungen erfüllt?	Rehabilitanden mit Rückenschmerz, ambulant n = 1.149; stationär n = 1 950 (20 %-Stichprobe), I. Quartal 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Deutliche Unterschiede im Erfüllungsgrad sowohl zwischen den Modulen als auch im Vergleich zwischen stationärer und ambulanter Rehabilitation</li> <li>● In beiden Settings wird in keinem Modul eine dem geschätzten Bedarf entsprechende Versorgung erreicht</li> </ul>

Autoren	Fragestellung	Untersuchungsgruppe	Ergebnisse
Brüggemann, Grünbeck, Klosterhuis (2007): Leitlinie für die Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit – Veränderungen im Therapieverhalten nach Leitlinienerfüllung. DRV-Schriften, Band 72, S. 441–442.	Hat sich das Therapieverhalten nach der Einführung der Leitlinien für die Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit verändert?	Reha-Einrichtungen mit mind. 50 Rehabilitanden (mit koronarer Herzkrankheit), pro Jahr, 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Deutliche Veränderungen im Grad der Leitlinienerfüllung</li> <li>● Verbesserung in den meisten ETM</li> </ul>
Domann et al. (2007): Leitlinienentwicklung für die Rehabilitation von Brustkrebspatienten – Phase 2: Ergebnisse der KTL-Daten-Analyse. Die Rehabilitation, Jg. 46, Heft 4, S. 212–219.	Vergleich: ETM und rehabilitative Versorgung	Rehabilitandinnen mit Brustkrebs (n = 24 685) in 57 Reha-Einrichtungen, 2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Für viele ETM besteht Regelungsbedarf</li> <li>● Große Variabilität zwischen den einzelnen ETM</li> <li>● Diese ist bedingt durch Alter und Komorbidität</li> <li>● Hohe Einrichtungsvarianz</li> </ul>
Spyra, Müller-Fahrnow (2007): Patientenfallgruppen mit unterschiedbarem Behandlungsbedarf – aktuelle Ergebnisse aus dem Projekt der Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) am Beispiel von Patienten mit chronischem Rückenschmerz. DRV-Schriften, Band 72, S. 134–136.	Wie gestalteten sich Konzept und Methode der Bildung von Reha-Management-Kategorien im Vergleich mit konkurrierenden Ansätzen?	Rehabilitanden mit MSK (n = 1 000) aus 10 Reha-Kliniken: Prozessdaten der DRV bzw. kooperierender Reha-Kliniken und gezielt eingesetzte bedarfsbezogene Assessments	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Auf empirischer Basis können Fallgruppen modelliert werden, die sich diagnostisch und therapeutisch deutlich unterscheiden</li> <li>● Bessere Ergebnisse durch Einsatz der Assessments</li> <li>● Reha-Klinik als Effektmodifikator</li> </ul>
Zander, Roßberg, Beckmann (2007): Prävention im Kontext der medizinischen Rehabilitation – eine Analyse von dokumentierten therapeutischen Leistungen (KTL). Prävention und Gesundheitsförderung, Suppl. 1, Band 2, S. 173–174.	Inwieweit werden therapeutische Leistungen mit präventivem Bezug in orthopädischen Reha-Einrichtungen durchgeführt (über einen zeitlichen Verlauf)? Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede in der Leistungserbringung?	Orthopädische Rehabilitanden (20 %-Stichprobe, Frauen: n = 14 135, Männer: n = 6 642)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Keine gravierenden geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Dokumentation von therapeutischen Leistungen mit Präventivbezug</li> <li>● Präventive Leistungen werden unterschiedlich angeboten und dokumentiert</li> </ul>
Thode et al. (2006): Gesundheitsassoziierte berufliche Problemlagen von Rehabilitanden und ihr Einfluss auf den Einsatz arbeits- und berufsbezogener therapeutischer Leistungen. DRV-Schriften, Band 64, S. 33–35.	In welchem Ausmaß hat die Ausprägung gesundheitsassoziiierter beruflicher Problemlagen der Rehabilitanden Einfluss auf den Einsatz arbeits- und berufsbezogener Leistungen und die Umsetzung entsprechender Therapiekonzepte in den medizinischen Rehabilitationseinrichtungen?	Erwerbstätige Rehabilitanden (Somatik: n = 17 742), 2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Diskrepanz zwischen beruflichen Problemlagen und darauf ausgerichtetem Einsatz arbeits- und berufsbezogener Leistungen</li> <li>● Der dokumentierte Einsatz arbeits- und berufsbezogener Leistungen hängt deutlich stärker von den Reha-Kliniken als von den beruflichen Problemlagen ab</li> <li>● Hohe Klinikvarianz</li> </ul>
Irlé, Somhammer, Klosterhuis (2005): ebd.	Entsprechen berufsbezogene Leistungen den Klinikkonzepten? Zusammenhang zwischen Soziodemographie, Sozialmedizin und berufsbezogenen Leistungen?	Rehabilitanden (5 %-Stichprobe, n = 19 636), arbeitslose Rehabilitanden (20 %-Stichprobe, n = 4 448, Sucht: n = 485), erwerbstätige Rehabilitanden (20 %-Stichprobe, n = 44 057, Sucht: n = 1 007), 2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Vermehrt berufsorientierte Leistungen bei arbeitslosen Rehabilitanden</li> <li>● Generell in der Suchtrehabilitation häufiger berufsorientierter Leistungen</li> <li>● Einrichtungsvarianz</li> </ul>
Schönlé et al. (2004): Aktueller Stand der rehabilitativen Versorgung von Patienten nach Schlaganfall. Die Rehabilitation, Jg. 43, S. 1–12.	Vergleich: ETM sowie praxisbasierte Module (PTM) und rehabilitative Versorgung	AHB-Rehabilitanden mit Schlaganfall (n = 8 876) der DRV Bund, 2001, 2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>● In untersuchten Reha-Kliniken wird ein komplexes multimodales Behandlungskonzept angeboten</li> <li>● In fast allen Reha-Kliniken kommt die Breite der verschiedenen Therapiemodule zur Anwendung</li> <li>● Hohe Klinikvarianz</li> </ul>
Ganten, Raspe (2003): Leistungen der medizinischen Rehabilitation bei Diabetes mellitus vor dem Hintergrund evidenzbasierter Behandlungsleitlinien: Eine Evaluation auf der Basis von Routinedaten der BfA. Die Rehabilitation, Jg. 42, Heft 2, S. 94–108.	Vergleich: ETM und rehabilitative Versorgung	Rehabilitanden mit Diabetes mellitus Typ 1 oder 2 (n = 9 456), 2000, 2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Versorgung erfolgt weitgehend leitliniengerecht</li> <li>● Durchschnittlich erhielten Rehabilitanden aus 5,2 Modulen Leistungen</li> <li>● Hohe Einrichtungsvarianz</li> <li>● Reha-Einrichtungen mit hoher Fallzahl bieten eher eine leitliniengerechte Versorgung</li> </ul>

ist zu vermerken, dass aufgrund der beschränkten Aussagefähigkeit von Routinedaten z. B. der Schweregrad einer Erkrankung nicht mit zu berücksichtigen ist, was besonders bei komplexen Krankheitsbildern wie Schlaganfall zu einer schwierigen Analysesituation führt. Auch kann in diesem Konzept nicht berücksichtigt werden, inwieweit die Behandlung von Komorbidität erfolgt ist. Dennoch ist es als großer Vorteil für die Rehabilitation anzusehen, dass die Überprüfung der Vorgaben überhaupt möglich ist.

In Abb. 3 ist exemplarisch bezogen auf die Leitlinie für die stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit<sup>27, 28, 29</sup> ein Vergleich der formulierten Anforderungen und der Versorgungssituation im Jahr 2007 dargestellt.

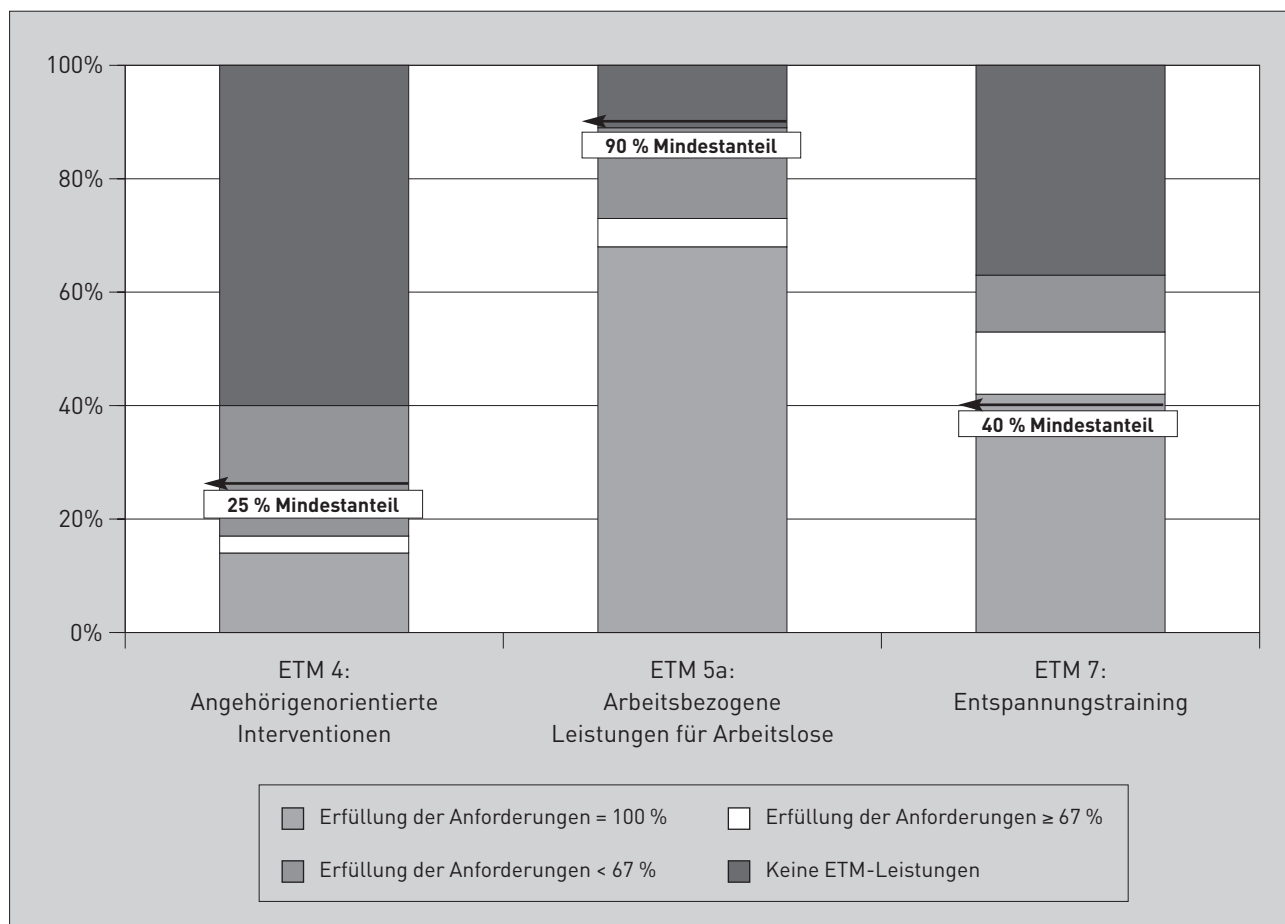
Betrachtet wurden 6 200 Dokumentationsunterlagen von Patienten mit der Diagnose Alkoholabhängigkeit

(F10.2). Beispielhaft werden drei ETM betrachtet. Die ETM setzen sich zusammen aus einer geforderten Mindestmenge an Leistungen pro Rehabilitation bzw. pro Woche und einem geforderten Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden. Bei den angehörigorientierten Interventionen wurde z. B. ein Mindestanteil von 25% der Rehabilitanden definiert. In der derzeitigen Versorgung erhielten jedoch nur 14% entsprechende Leistungen. Bei den arbeitsbezogenen Leistungen für Arbeitslose wurde der Mindestanteil auf 90% entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden festgelegt. Erhalten haben diese Leistungen 68%. Positiver ist das Ergebnis zum Entspannungstraining zu werten. Der Mindestanteil liegt bei 40% und die Erfüllung überstieg mit 42% knapp die Anforderungen.

Die Implementation von Reha-Therapiestandards in die Routine der Reha-Qualitätssicherung stellt einen wichtigen Schritt zur Erweiterung der bewährten Instrumente dar. Die Entwicklungsarbeiten wurden von intensiven inhaltlichen Diskussionen u. a. mit den am Reha-Prozess beteiligten Berufsgruppen begleitet. Die RV bemüht sich dabei um Transparenz im Vorgehen und um Akzeptanz bei den Leistungserbringern.

<sup>27</sup> Brüggemann, Klosterhuis, Köhler (2004): ebd.  
<sup>28</sup> Köhler, Schmidt, Soyka (2007): Leitlinien für die stationäre Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit – Aktueller Stand der Umsetzung. Sucht aktuell, Jg. 14, Heft 1/2007, S. 31–34.  
<sup>29</sup> Klosterhuis (2008): ebd.

**Abb. 3: Leitlinie für die stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit – Versorgung 2007**



Quelle: RYD, Auswertung vom 19. 3. 2009, n = 6 200.



## 5. Fazit und Ausblick

Mit der Einführung der KTL hat die Deutsche Rentenversicherung ein wichtiges Instrument zur Abbildung und Bewertung der rehabilitativen Versorgung etabliert. Die grundlegende Überarbeitung dieser Klassifikation im Jahr 2005 bedeutete eine Aktualisierung der ausgewiesenen Leistungsinhalte auf dem derzeitigen Niveau der medizinischen Rehabilitation. Solche Überarbeitungen werden auch in Zukunft immer wieder notwendig sein, um die Klassifikation an die inhaltliche Weiterentwicklung der Rehabilitation anzupassen. Die dokumentierten therapeutischen Leistungen sind in der Vergangenheit zunehmend genutzt worden, um Qualitätsaspekte der Rehabilitation abzubilden und zu bewerten. Durch die routinemäßige Rückmeldung der therapeutischen Leistungen an die Rehabilitationseinrichtungen und den Vergleich mit indikationsähnlichen Einrichtungen besteht die Möglichkeit, Leistungsspektren und -strukturen orientierend zu bewerten.

Die Nutzung der dokumentierten therapeutischen Leistungen auch für die Entwicklung von inhaltlich definierten Therapiestandards schafft neue Möglichkeiten einer empirisch fundierten Qualitätssicherung, bei der die Einrichtungen ihr konkretes therapeutisches Vorgehen mit inhaltlichen Vorgaben vergleichen und so Verbesserungsprozesse initiieren kön-

nen. Die Relevanz der Leistungsdokumentation für die Rehabilitation wird im Zusammenhang mit der Umsetzung des § 20 Abs. 2a Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) zunehmen, da qualitätssichernde Aspekte für die Verbesserung der Rehabilitation von großer Bedeutung bleiben werden.

In den nächsten Jahren wird eine wichtige Aufgabe der RV darin bestehen, die Vollständigkeit der KTL-Daten zu erreichen. Noch bestehende Defizite und Mängel müssen im intensiven Dialog mit den RV-Trägern und Rehabilitationseinrichtungen geklärt werden. Die RV wird weiterhin darauf achten, dass die bestehende Dokumentationsqualität der KTL gesichert bleibt. Sie wird eine kontinuierliche Anwenderbetreuung gewährleisten, bei der wichtige Problembereiche aufgenommen und in Form von Dokumentationshinweisen weitergegeben werden.

Es ist der RV gelungen, ein umfassendes Klassifikationsinstrument in die Routinepraxis der medizinischen Dokumentation einzuführen und es für die Reha-Qualitätssicherung zu nutzen. Das ist nicht zuletzt dem großen Engagement der Rehabilitationsträger und der Rehabilitationseinrichtungen zu verdanken. Diesen erfolgreichen Weg wird die RV weiter beschreiten und so ist geplant, auch für den Bereich der beruflichen Rehabilitation ein entsprechendes Dokumentationsinstrument zu entwickeln.