

# Verbesserte Dokumentation als Grundlage für Reha-Qualitätssicherung

## – Weiterentwicklung der Klassifikation therapeutischer Leistungen –

Von Dr. Eva Maria Bitzer, Hans Dörning, Dr. Ulrike Beckmann, Dr. Bruno Somhammer, Janett Zander, Dr. Here Klosterhuis\*

Die Klassifikation therapeutischer Leistungen für die medizinische Rehabilitation (KTL)<sup>1</sup> wird seit 1997 in der Routine der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung (RV) eingesetzt, um das therapeutische Leistungsspektrum der Reha-Einrichtungen zu dokumentieren, zu bewerten und auch unter inhaltlichen Gesichtspunkten zu analysieren<sup>2,3</sup>. Im Jahr 2004 startete die RV ein wissenschaftlich begleitetes Projekt zur Weiterentwicklung der KTL. Ziel des Projekts ist es, die KTL aktuellen Entwicklungen anzupassen und für den Anwender besser handhabbar zu gestalten. Dazu wurden empirische Analysen zum bisherigen Kodierverhalten vorgenommen, andere Klassifikationsschemata zur Abbildung des therapeutischen Geschehens geprüft sowie eine detaillierte Anwenderbefragung von rd. 1 400 Reha-Einrichtungen, wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden durchgeführt. Der Weiterentwicklung wurde außerdem umfangreiches Material aus der KTL-Anwenderbetreuung, dem Reha-Leitlinienprogramm der RV sowie von externen und internen wissenschaftlichen Arbeitsgruppen zugrunde gelegt. Die Ergebnisse der KTL-Anwenderbefragung wurden in mehrtägigen Experten-Workshops diskutiert und ergänzt. Insgesamt wurden mehr als 4 000 Vorschläge zur Veränderung der KTL gesichtet, bewertet und bei der Überarbeitung berücksichtigt.

Als Konsequenz ergeben sich eine Reihe von wesentlichen Neuerungen für die KTL, teils struktureller, teils inhaltlicher Art. Im Vergleich zur KTL-Auflage 2000 gibt es Veränderungen von Struktur und Reihenfolge der Kapitel, veränderte Dokumentationsrichtlinien, Neuerungen in einzelnen KTL-Kapiteln und bei den Qualitätsmerkmalen. So enthält die KTL jetzt auch differenzierte pflegerische Leistungen. Die Neuauflage der KTL ist für den Herbst 2006 vorgesehen, um den Einsatz zum 1.1.2007 sicherzustellen. Unverändert soll auch die überarbeitete KTL eine möglichst umfassende Abbildung des therapeutischen Leistungsgeschehens in der medizinischen Rehabilitation ermöglichen. Ohne die engagierte Mitwirkung von Experten aus Reha-Einrichtungen, Verbänden und Wissenschaft zu allen Zeitpunkten des mehrstufigen Verfahrens in Form von Diskussionsbeiträgen sowie zahlreichen Ergänzungs- und Verbesserungsvorschlägen wäre die Entstehung der KTL 2007 in der vorliegenden Form nicht möglich gewesen.

### 1. Ausgangssituation und Ziel der KTL-Weiterentwicklung

Die KTL ist für die RV ein bewährtes Instrument zur Dokumentation der therapeutischen Leistungen

in den Reha-Entlassungsberichten<sup>4,5,6</sup>. Sie enthält definierte Leistungseinheiten, die über einen zugeordneten Code zu dokumentieren sind. Die seit 1997 routinemäßig aus den Reha-Entlassungsberichten erhobenen und statistisch ausgewerteten KTL-Daten werden – als wesentlicher Beitrag zur Qualitätssicherung – jährlich an die Reha-Einrichtungen und die Einrichtungsbetreuung der Deutschen Rentenversicherung Bund berichtet<sup>7</sup>. Die KTL gilt sowohl für die stationäre als auch für die ambulante medizinische Rehabilitation und ist für alle Rentenversicherungsträger (RV-Träger) ein Instrument zur Leistungscodierung und -erfassung. Eine zunehmende Bedeutung gewinnt die KTL bei der Entwicklung und Einführung von Reha-Leitlinien für die medizinische Rehabilitation.

Um die gewonnenen Erfahrungen mit der KTL kritisch zu bewerten und umzusetzen, startete die

\* Dr. Eva Maria Bitzer ist wissenschaftliche Mitarbeiterin und Dipl.-Soz. Wiss. Hans Dörning Geschäftsführer des Instituts für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG). Dr. Ulrike Beckmann, Dr. Bruno Somhammer und Dipl. Pflege- und Gesundheitswiss. Janett Zander sind Mitarbeiter im Bereich Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik. Dr. Dipl. Soz.wiss. Here Klosterhuis ist Leiter dieses Bereichs.

<sup>1</sup> Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg.): KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (2000).

<sup>2</sup> Irle, Somhammer, Klosterhuis: Arbeitsbezug als Aufgabe der medizinischen Rehabilitation im Spiegel der KTL. DRV-Schriften, Band 59 (2005): S. 251–253.

<sup>3</sup> Klosterhuis, Zander: 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 (2006): S. 293–305.

<sup>4</sup> Müller-Fahrnow, Sakidalski, Somhammer, Wittkopf: 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 (1993): S. 254–263.

<sup>5</sup> Welter, Schönle (Hrsg.): Die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) als Element der Qualitätslenkung in der stationären neurologischen Rehabilitation. In: Neurologische Rehabilitation, Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm, G. Fischer (1997): S. 349–357.

<sup>6</sup> Somhammer: 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 (1994): S. 103–108.

<sup>7</sup> Beckmann, Klosterhuis, Mitschela: Qualitätsentwicklung durch Qualitätssicherung – Erfahrungen aus zehn Jahren Qualitätssicherung der Rehabilitation. DAngVers, Jahrgang 52, Nr. 9 (2005): S. 431–438.

Deutsche Rentenversicherung nach einer öffentlichen Ausschreibung im November 2004 ein wissenschaftlich begleitetes Projekt zur KTL-Weiterentwicklung.

Mit der vollständigen Überarbeitung der KTL sind folgende Zielsetzungen verbunden:

- Die KTL soll aktuellen Entwicklungen (z. B. Psychotherapeutengesetz, wissenschaftlichen Erkenntnissen) angepasst werden, d. h., selten verwendete oder inzwischen obsolet gewordene Leistungseinheiten können entfallen, neue Leistungen müssen aufgenommen werden und Leistungen, die auch weiterhin Bestandteil der KTL sind, müssen ggf. verändert werden.
- Die KTL soll übersichtlicher und besser handhabbar werden, d. h., sie soll klarer gegliedert werden, eine zu starke Differenzierung soll vermieden und das Auffinden spezifischer Leistungen erleichtert werden.

Unverändert soll auch die 5. Auflage der KTL<sup>8</sup> eine Abbildung der rehabilitativen Versorgungsrealität – beschränkt auf das therapeutische Leistungsgeschehen – ermöglichen. Das hat zur Folge, dass diagnostische Leistungen (inklusive Labor, bildgebende Verfahren, psychologische Assessments u. a.) daher auch weiterhin nicht Bestandteil der KTL sind. Sie soll darüber hinaus nur solche therapeutischen Leistungen enthalten, deren Therapieziel inhaltlich begründet ist und die durch einen relevanten Mindestaufwand definiert sind.

## 2. KTL und die Entwicklung von Leitlinien zur medizinischen Rehabilitation

Im Rahmen der KTL-Dokumentation werden die durchgeführten Therapieeinheiten quantitativ und qualitativ differenziert beschrieben, so dass verschie-

dene Vergleiche, z. B. der therapeutischen Versorgung in der ambulanten und stationären kardiologischen Rehabilitation, möglich sind (vgl. Abb. 1, S. 400). In mehreren wissenschaftlichen Projekten werden im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung seit einigen Jahren evidenzbasierte und empirisch abgesicherte Leitlinien erstellt, die sich auch auf die in der Rehabilitation dokumentierten Leistungen stützen. Das Reha-Leitlinienprogramm ist Teil einer längerfristigen Strategie zur Qualitätsverbesserung der medizinischen Rehabilitation<sup>9</sup>. Aus wesentlichen Indikationsgebieten werden exemplarisch relevante Krankheitsbilder (bisher: koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, Diabetes mellitus Typ 2, chronischer Rückenschmerz, Brustkrebs und Abhängigkeitserkrankungen) für die Reha-Leitlinienerstellung ausgewählt<sup>10, 11, 12, 13, 14, 15</sup>.

Der Vorteil der Reha-Leitlinien der RV liegt darin, dass mit deren Hilfe die Qualität der Behandlung einer bestimmten Patientengruppe abgebildet und beurteilt werden kann. Die Integration der Reha-Leitlinien in die Routine-Qualitätssicherung der RV stellt sicher, dass durch eine einrichtungsbezogene Auswertung und Rückmeldung der dokumentierten therapeutischen Leistungen eine tatsächliche Verbesserung der Versorgungspraxis empirisch nachvollzogen werden kann<sup>16</sup>.

## 3. Vorgehen bei der KTL-Weiterentwicklung

Um das geplante Vorhaben sach- und zeitgerecht durchführen zu können, bedurfte es, neben der inhaltlichen Kompetenz, einer formalisierten organisatorischen Koordination und einer engen Abstimmung zwischen allen Beteiligten. Als zentrales Entscheidungsgremium wurde daher die KTL-Steuerungsgruppe eingerichtet, der Vertreter der Deutschen Rentenversicherung Bund sowie von Regionalträgern der Deutschen Rentenversicherung angehörten. Das mit der Weiterentwicklung betraute Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG) erarbeitete konkrete Vorschläge und Entscheidungsgrundlagen, die in der Steuerungsgruppe diskutiert und beschlossen wurden.

Der seit 2001 bestehende wissenschaftliche KTL-Beirat hat daneben vorrangig konkrete Vorschläge zur inhaltlichen Modifikation der künftigen KTL-Auflage, zu Dokumentationsanleitungen und Auswertungsstrategien diskutiert und bewertet. Er besteht aus Mitgliedern aus Vertragseinrichtungen, Rehabilitationsforschung und Reha-Zentren der Deutschen Rentenversicherung Bund, die an den bisherigen Entwicklungsarbeiten zur KTL maßgeblich beteiligt waren. Die in der medizinischen Rehabilitation relevanten Fachgebiete sind vertreten. Er verbessert darüber hinaus die vorhandene Akzeptanz der KTL bei den Anwendern und bringt Erfahrungen aus der aktuellen rehabilitationswissenschaftlichen Diskussion in die Weiterentwicklung der KTL ein.

Um die o. g. Ziele zu erreichen, wurde ein mehrphasig abgestuftes Vorgehen unter Verwendung

<sup>8</sup> Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (2007).

<sup>9</sup> Brüggemann, Klosterhuis: Leitlinien für die medizinische Rehabilitation – eine wesentliche Erweiterung der Qualitätssicherung. RV aktuell, Jahrgang 52, Nr. 10/11 (2005): S. 467–475.

<sup>10</sup> Schönle, Kattein, Brüggemann, Klosterhuis: Aktueller Stand der rehabilitativen Versorgung von Patienten nach Schlaganfall. Die Rehabilitation 43 (2004): S. 1–12.

<sup>11</sup> Bitzer, Brüggemann, Klosterhuis, Dörning: Akzeptanz und Praktikabilität der Leitlinie für die Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit. Die Rehabilitation 45 (4) (2006): S. 203–212.

<sup>12</sup> Ganten, Raspe: Leistungen der medizinischen Rehabilitation bei Diabetes mellitus vor dem Hintergrund evidenzbasierter Behandlungsleitlinien: Eine Evaluation auf der Basis von Routinedaten der BfA. Die Rehabilitation 42 (2) (2003): S. 94–108.

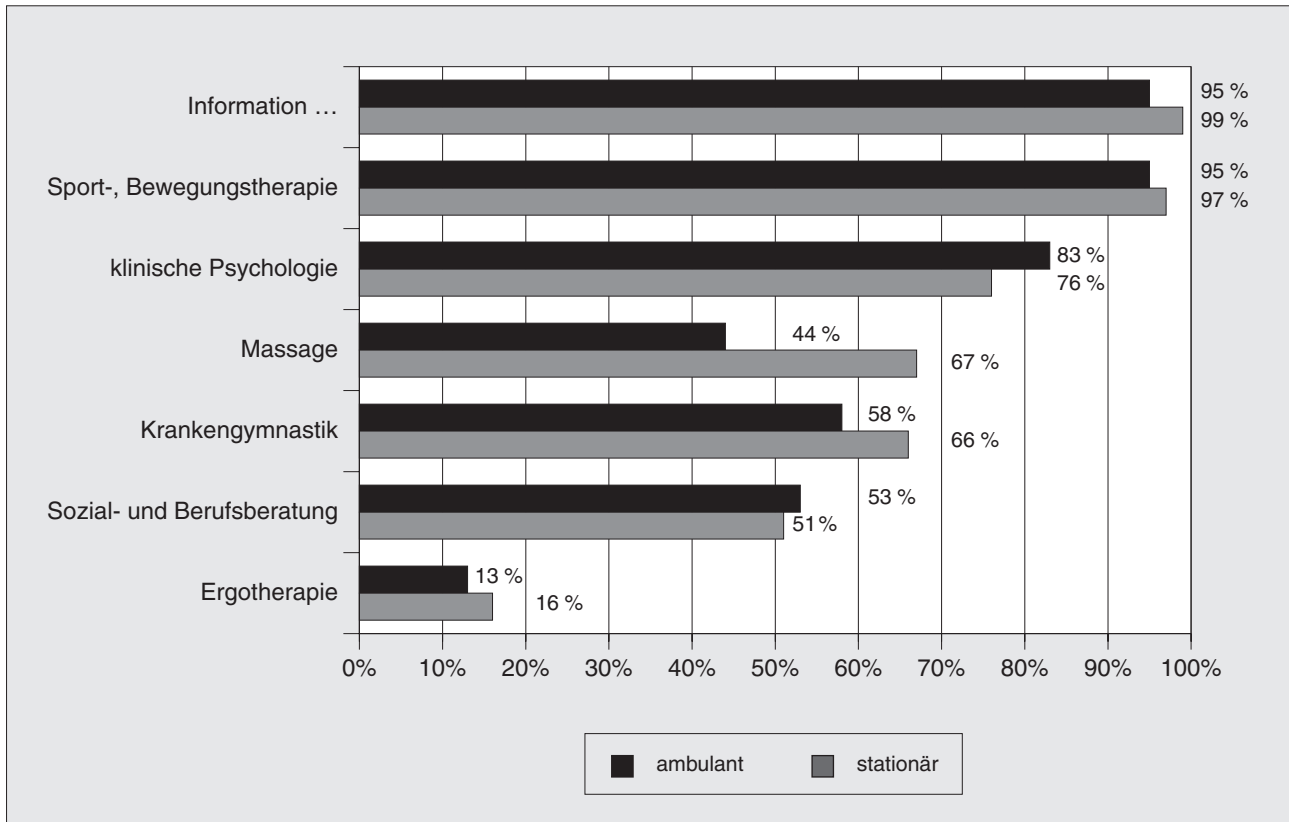
<sup>13</sup> Gülich, Klein, Brüggemann, Klosterhuis, Jäckel: Leitlinienentwicklung in der Rehabilitation bei Rückenschmerzpatienten – Ergebnisse einer Panelbefragung. DRV-Schriften, Band 59 (2005): S. 178–180.

<sup>14</sup> Domann, Weis, Brüggemann, Klosterhuis: Leitlinienentwicklung für die Rehabilitation von Brustkrebs-Patientinnen – Phase 2: Ergebnisse der KTL-Daten-Analyse. Die Rehabilitation: im Druck.

<sup>15</sup> Brüggemann, Klosterhuis, Köhler: Leitlinien in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Sucht aktuell 11 (2) (2004): S. 55–58.

<sup>16</sup> Klosterhuis: Rehabilitations-Leitlinien als Instrument der Qualitätssicherung der Rehabilitation. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen 99 (1) (2005): S. 41–46.

**Abb. 1: Therapeutische Leistungen in der stationären und ambulanten kardiologischen Rehabilitation – Wie viele Patienten erhalten eine therapeutische Leistung? –**



Quelle: RAD 2005 – stationär = 1 627 (10 % Stichprobe), ambulant = 893.

unterschiedlicher Daten- und Informationsquellen gewählt<sup>17</sup>.

Im Einzelnen gliedert sich die Weiterentwicklung in drei Projektphasen:

- Phase A: Bestandsaufnahme zur Identifikation des Aktualisierungsbedarfs, Erarbeitung eines modifizierten KTL-Entwurfs;
- Phase B: Umfrage zu Akzeptanz und ggf. weiterem Aktualisierungsbedarf der modifizierten KTL unter Anwendung, Sichtung und Auswertung der Anwenderbefragung, Diskussion der modifizierten KTL unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Anwenderbefragung im Rahmen eines Expertenworkshops;
- Phase C: Erstellung einer Endfassung der KTL 2007 unter Berücksichtigung der Anregungen und Änderungsvorschläge aus der Phase B.

#### ● Phase A – Bestandsaufnahme

Zur Identifikation des Aktualisierungsbedarfs dienten zum einen Erkenntnisse aus dem Reha-Leitlinienprogramm der RV und rentenversicherungsinternen Arbeitsgruppen zu spezifischen KTL-Kapiteln sowie Spontanmeldungen. Zum anderen wurden die Heilmittelrichtlinien sowie der Operations- und Prozedurenschlüssel gesichtet und empirische Analysen zum bisherigen Codierverhalten durchgeführt. Darüber hinaus wurden multidisziplinäre Ad-hoc-Arbeitsgruppen zu einzelnen Themen eingerichtet und die

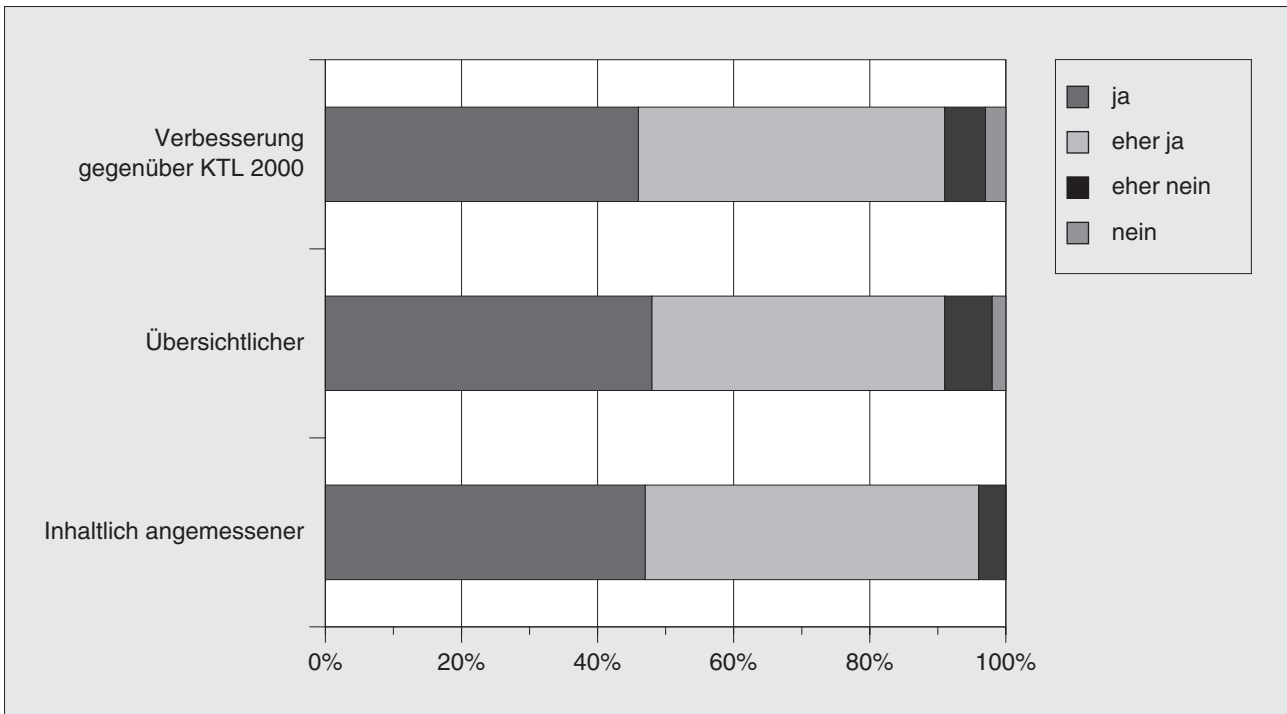
Zwischenergebnisse der Phase A mit dem wissenschaftlichen Beirat der KTL diskutiert. Insgesamt wurden mehr als 1 000 Vorschläge zur Veränderung der KTL gesichtet, bewertet und ggf. bei der Überarbeitung berücksichtigt. Das Ergebnis der Phase A mündete im August 2005 in eine bereits in vielfacher Hinsicht grundlegend überarbeitete KTL-2007-Entwurfssfassung.

#### ● Phase B – Anwenderbefragung

In der Phase B wurde diese KTL-Entwurfssfassung zunächst im Rahmen einer systematischen Anwenderbefragung breit gestreut und zur Diskussion gestellt. Ziel der Anwenderbefragung war es, Informationen zur Akzeptanz und zum weiteren Aktualisierungsbedarf der Entwurfssfassung der KTL 2007 zu gewinnen. Die Befragung adressierte dabei die vielfältigen Neuerungen und Modifikationen sowohl der KTL insgesamt als auch der einzelnen Kapitel. Der Verteiler für die zu befragenden Einrichtungen wurde von der Steuerungsgruppe erstellt und umfasste ca. 1 400 Adressen mit Vertretern aus der Praxis (d. h. Chefärzte und Verwaltungsleiter von Rehabilitationseinrichtungen, die von der RV belegt werden),

<sup>17</sup> Bitzer, Dörning, Sampath Kumar, Schneider, Somhammer, Beckmann, Zander, Brüggemann, Widera, Buschmann-Steinhage, Klosterhuis: Fünfte vollständig überarbeitete Version der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) 2006 – Überblick über Veränderungen und Neuerungen. DRV-Schriften, Band 64 (2006): S. 224-225.

Abb. 2: Akzeptanz der KTL 2007 – Gesamtbeurteilung gegenüber der KTL 2000 (n = 546)



Quelle: Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (2005), Anwenderbefragung zum Entwurf der KTL 2006.

Wissenschaft und Verbänden (d.h. medizinische Fachgesellschaften, Berufsverbände und ggf. weitere Institutionen). Die Befragung wurde schriftlich und anonym durchgeführt. Das Erhebungsinstrumentarium umfasste einen insgesamt neunseitigen Fragebogen, der sowohl standardisierte als auch nicht-standardisierte Fragen beinhaltete. Ergänzend zu jedem Fragebogen wurden eine komplette Fassung des KTL-Entwurfs 2007 sowie eine zusammenfassende Beschreibung und Erläuterung der wichtigsten Änderungen im Vergleich zur KTL 2000 versandt. Die Befragungsunterlagen wurden Mitte September 2005 durch die (damalige) BfA versandt. Die Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen erfolgte direkt an das ISEG. Bis zum 30.11.2005 lagen insgesamt 582 auswertbare Fragebögen und ca. 80 schriftliche Stellungnahmen vor. Aus Gründen der Übersichtlichkeit können die Ergebnisse der Anwenderbefragung an dieser Stelle nur knapp dargestellt werden.

Aus Sicht der Anwender wurden in der Gesamtbeurteilung der KTL 2007 (Entwurfssfassung) die inhaltliche Angemessenheit und die Übersichtlichkeit sehr gut bewertet: jeweils mindestens 90% der Befragten waren hier der Meinung, dass die KTL 2007 diese Aspekte besser erfüllt als die KTL 2000 (vgl. Abb. 2). Relativ hohe Zustimmung erfuhr die Entwurfssfassung der KTL 2007 zudem in Bezug auf die Aspekte „Eignung für das interne Qualitätsmanagement und die externe Qualitätssicherung“ sowie „Verbesserung der Dokumentationspraxis“: Jeweils über 70% der Befragten waren der Ansicht, diese Aspekte seien erfüllt. Eher zurückhaltend wurden dagegen die Auswirkungen auf den Dokumentationsaufwand eingeschätzt: Nur knapp die Hälfte der Befragten sah hier positive Auswirkungen (d.h. eine

Verringerung des Dokumentationsaufwandes), während 50% (eher) keine Verbesserungen erkennen konnten.

Trotz dieser insgesamt sehr hohen Zustimmung wurde von den Befragten eine Fülle von Detailänderungen vorgeschlagen, die – differenziert für einzelne Leistungseinheiten und Qualitätsmerkmale – insgesamt mehr als 3 000 Vorschläge umfasste.

#### ● Phase B – Expertenworkshop

Ziel des Experten-Workshops war die Erarbeitung einer vorläufigen „Endversion“ der KTL 2007. Die Basis für die Diskussion im Experten-Workshop bildeten die KTL 0207 (Entwurfssfassung) sowie das Ergebnis der Anwenderbefragung. In Kleingruppen wurden unter der Leitung von Moderatoren die einzelnen Elemente der KTL 2007 gesichtet, die Ergebnisse und Anregungen aus der Anwenderbefragung diskutiert und ein zunächst auf der Ebene der Arbeitsgruppe konsentiertes Votum erarbeitet, wie mit den entsprechenden, in den jeweiligen Arbeitsgruppen behandelten Teilen der KTL verfahren werden soll.

Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen wurden im Plenum vorgestellt, diskutiert und abgestimmt. Der Experten-Workshop war als inter- und multidisziplinäres Treffen angelegt und umfasste Vertreter der wichtigsten in der KTL genannten Berufsgruppen. Um die Arbeit in den Arbeitsgruppen effektiv zu gestalten, wurden die in den einzelnen Arbeitsgruppen zu bearbeitenden KTL-Kapitel so zusammengestellt, dass in Bezug auf zentrale Inhalte und üblicherweise mit der Leistungserbringung betraute Berufsgruppen homogene Leistungen zusammengefasst wurden.

Tabelle 1: Gliederung der KTL 2007 im Vergleich zur KTL 2000

KTL 2000	KTL 2007
l – Sport- und Bewegungstherapie	A – Sport- und Bewegungstherapie
b – Krankengymnastik k – Information, Motivation, Schulung h – Klinische Sozialarbeit t – Soziotherapie	B – Physiotherapie C – Information, Motivation, Schulung D – Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie
g – Ergotherapie s – Kreativtherapie u – Spezielle Leistungseinheiten der neurologischen Rehabilitation	E – Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapie
p – Therapeutische Leistungen im Rahmen der klinischen Psychologie	F – Klinische Psychologie, Neuropsychologie
r – Psychotherapie	G – Psychotherapie
n – Reha-Pflege	H – Reha-Pflege
c – Thermo-, Hydro- und Balneotherapie d – Elektrotherapie e – Inhalation f – Massage w – Spezielle Leistungseinheiten in der dermatologischen Rehabilitation	K – Physikalische Therapie
m – Rekreationstherapie	L – Rekreationstherapie
i – Ernährung	M – Ernährung
a – Ärztliche Behandlung	Siehe Verweisliste

Die Berufsgruppen, die in den KTL-Kapiteln als qualifizierte Leistungserbringer genannt werden, waren auch in den jeweiligen Arbeitsgruppen vertreten. Vorbereitend erstellte Materialien, aus denen die Ergebnisse der bisherigen Arbeiten sowie die geplanten Arbeitsinhalte des Workshops ersichtlich waren, gingen den Teilnehmern vorab zu.

Der zweitägige Experten-Workshop fand im Januar 2006 unter Beteiligung von 55 Experten und 14 Moderatoren in Berlin statt. In einer konstruktiven Arbeitsatmosphäre konnte das geplante Vorgehen realisiert und das Ziel des Workshops erreicht werden: Zu allen Kapiteln der KTL 2007 (Entwurfassung) lagen am Ende des Workshops konkrete Empfehlungen dazu vor, wie mit den Anregungen aus der Anwenderbefragung verfahren werden soll und welche Änderungen für die Endversion zu berücksichtigen sind.

● **Phase C – Endfassung der KTL 2007**

In der Steuerungsgruppe wurde über die im Experten-Workshop verabschiedeten Empfehlungen zur Weiterentwicklung der ersten KTL-Entwurfassung entschieden. Daraufhin erstellte das ISEG eine zweite Entwurfassung. Diese zweite Entwurfassung wurde von der Deutschen Rentenversicherung Bund im

Mai 2006 an alle am Expertenworkshop beteiligten Personen versandt, mit der Bitte um Prüfung, ob und inwieweit die Änderungsvorschläge adäquat umgesetzt worden sind. Nach Rückmeldung und Zusammenführung dieser Kommentare wurde die Endfassung der KTL 2007 erstellt. Parallel dazu wurde eine neue Datenbankoberfläche programmiert, die Dokumentationshinweise aktualisiert, und eine Überleitungstabelle erstellt, aus der ersichtlich ist, ob, und wenn ja, wie die Codes der KTL 2000 in die KTL 2007 überführt werden können.

**4. Die KTL 2007 im Überblick**

Im Vergleich zur KTL-Auflage 2000 gibt es in der KTL 2007:

- Veränderungen des Aufbaus: Struktur und Reihenfolge der Kapitel, weitgehende Auflösung der bisherigen Kapitel mit Fachgebietsbindung (vgl. Tab. 1).
- Veränderte Dokumentationshinweise: Aufbau der KTL-Codes, Dokumentation der Therapiezeit, Verbindlichkeit der Qualitätsmerkmale.
- Neuerungen einzelner KTL-Kapitel: Struktur des Kapitels „Sport- und Bewegungstherapie“, Struktur des Kapitels „Information, Motivation, Schulung“, Ausgestaltung des Kapitels „Reha-Pflege“, Zusammenführung der Leistungen der Physikalischen The-

**Tabelle 2: Beispiele für Codes der KTL 2007**

Code	Bezeichnung der Leistungseinheit
A065	Sport- und Bewegungstherapie: Wirbelsäulengymnastik
E050	Arbeitsplatztraining
C119	Sonstige Lehrküche

rapie in ein Kapitel, Struktur des Kapitels „Psychotherapie“, Zusammenfassung der bisherigen Kapitel Ergotherapie, Kreativtherapie und spezielle Leistungseinheiten in der neurologischen Rehabilitation zu einem Kapitel „Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapie“.

- Präzisierung der Qualitätsmerkmale: Aufhebung der Trennung in Qualitätsmerkmale und Anwendungsformen, Angabe einer Mindesttherapiezeit bei nahezu allen Leistungseinheiten, Vereinheitlichung der Gruppengrößen, Überarbeitung der Qualitätsmerkmale für Schulungsprogramme, stärkere Fokussierung auf die Einleitung und Vorbereitung von Nachsorgeaktivitäten.

Für die prinzipiell in allen Bereichen der Therapie relevanten ärztlichen Leistungen gibt es in der KTL 2007 kein eigenes Kapitel. Das ärztliche Handeln hat für die Konzepte der medizinischen Rehabilitation einen besonderen Stellenwert. Ärztliche Leistungen im Sinne von speziell notwendigen Leistungseinheiten mit Indikatorfunktion für die Prozessqualität in der Rehabilitation sind in den vorhandenen Kapiteln der KTL 2007 enthalten. Sie sind in der Verweisliste „Ärztliche Leistungen“ aus Übersichtlichkeitsgründen zusammengestellt. Nicht klassifiziert werden die festen Bestandteile des Behandlungsablaufs, die in jedem Einzelfall notwendig zu erbringen sind, wie beispielsweise die Erst-, Verlaufs- und Abschlussuntersuchung unter Berücksichtigung sozialmedizinischer Aspekte, die Vereinbarung und Überprüfung der Reha-Ziele in Zusammenarbeit mit dem Rehabilitanden, die Visiten und ärztlichen Gespräche mit dem Rehabilitanden über seine Erkrankungen sowie über die Auswirkungen im privaten, beruflichen und sozialen Bereich, die medizinische Dokumentation im Krankenblatt und Reha-Entlassungsbericht sowie die sozialmedizinische Begutachtung und Überprüfung der Reha-Ergebnisse. Diese Punkte sind im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung u. a. Bestandteil der Strukturhebung.

## 5. Dokumentation auf der Grundlage der KTL 2007

### ● Aufbau der Codes

Ein Code der KTL 2007 klassifiziert die durchgeführte therapeutische Leistung als rehabilitandenbezogene zählbare Einheit. Alle Codes zur Beschreibung der Leistungseinheiten in der KTL 2007 sind vierstellig. Die erste Stelle entspricht dem Kapitel, aus dem die Leistungseinheit stammt. In der KTL 2007 werden Großbuchstaben verwendet. Die zweite und dritte Stelle geben die Position der Leistung innerhalb des Kapitels wieder. Die vierte Stelle dient der

Differenzierung der Leistungseinheit. Sie hat den Wert „0“, wenn keine weitere Differenzierung erfolgt. Sie nimmt den Wert „9“ an, wenn eine Leistungscodierung unter „Sonstiges“ erfolgt (vgl. Tab. 2). Es sind ausschließlich vierstellige Codes zur Dokumentation zu verwenden.

### ● Codierung der zeitlichen Dauer einer Leistungseinheit

Mit der KTL 2007 wird ein neues Verfahren zur Dokumentation der Therapiezeit eingeführt: Die tatsächliche Therapiezeit (Therapeuten-Patienten-Bindungszeit) der erbrachten Leistung wird jetzt als eigene Variable mit Großbuchstaben codiert. Zur Verschlüsselung der Therapiezeit stehen die Buchstaben von A bis Z zur Verfügung, denen unterschiedliche Zeiteinheiten zugeordnet sind (vgl. Tab. 3, S. 404). Bei der Codierung der Therapiezeit sind die in der KTL aufgeführten Angaben zur Mindestfrequenz und -dauer zu berücksichtigen.

### ● Verbindlichkeit der Qualitätsmerkmale

Die für jeden Dokumentationscode in der KTL aufgeführten Qualitätsmerkmale der Leistungserbringung stellen Mindestanforderungen für die in der medizinischen Rehabilitation relevanten therapeutischen Leistungseinheiten dar. Sie werden als verbindlich vorausgesetzt, wenn die Leistung in einer Reha-Einrichtung erbracht und dokumentiert wird. Grundsätzlich gilt, dass diese Leistungen nur in Reha-Einrichtungen erbracht werden dürfen, die in der Lage sind, die für die einzelnen Leistungseinheiten festgelegten Qualitätsmerkmale zu erfüllen. Die Qualitätsmerkmale stellen einen verbindlichen Rahmen für die Leistungserbringung der zu dokumentierenden therapeutischen Leistungen dar. Die Dokumentation dient dazu, diesen Qualitätsnachweis zu führen.

Es wird eine bestimmte Qualifikation der ausübenden Berufsgruppen mit anerkannter Tätigkeits- und Ausbildungsbeschreibung empfohlen. Hinzu kommt, dass eine große Anzahl therapeutischer Leistungen nur in den genannten Fachgebieten erbracht werden soll, um die notwendige Kompetenz im therapeutischen Setting bezüglich Indikation und Therapieziel zu gewährleisten. Weitere für die Leistungserbringung erforderliche, strukturelle Voraussetzungen, wie z. B. Ort, Gerät, Material, sind bei gegebener Relevanz unter sonstigen Qualitätsmerkmalen aufgeführt. Die Angaben zu Indikation und Therapieziel in der KTL haben nicht zwingend einen Ausschlusscharakter. Sie sind ggf. den konzeptionellen und individuellen Gegebenheiten vor Ort anzupassen.

### ● Weitgehende Auflösung der bisherigen Kapitel mit Fachgebietsbindung

Für die KTL 2007 wurden die fachgebietsgebundenen Leistungseinheiten aus den bisherigen Kapiteln s „Kreativtherapie“, t „Soziotherapie“, u „Spezielle Leistungseinheiten in der Neurologischen

Tabelle 3: Codierung der Dauer der therapeutischen Leistung in Minuten

A	5	F	30	L	60	R	150
B	10	G	35	M	75	S	180
C	15	H	40	N	90	T	240
D	20	I	45	P	100	U	300
E	25	K	50	Q	120	Z	Individuell

Rehabilitation“ und w „Spezielle Leistungseinheiten in der Dermatologischen Rehabilitation“ aufgelöst. Die in diesen Kapiteln bisher enthaltenen Leistungen wurden weitestgehend anderen Kapiteln entsprechend ihrer Therapieinhalte zugeordnet. Damit können diese Leistungen prinzipiell unabhängig von der fachlichen Ausrichtung der Rehabilitationseinrichtung dokumentiert werden. Grundsätzlich gilt jedoch, dass diese Leistungen nur in Rehabilitationseinrichtungen erbracht werden dürfen, die in der Lage sind, die für die einzelnen Leistungseinheiten festgelegten Qualitätsmerkmale zu erfüllen.

## 6. Neuerungen der KTL 2007

### ● Kapitel A – Sport- und Bewegungstherapie

Das Kapitel zur Sport- und Bewegungstherapie wurde grundsätzlich neu strukturiert. Die Leistungseinheiten sind jetzt vornehmlich am primären bewegungstherapeutischen Ziel ausgerichtet.

### ● Kapitel B – Physiotherapie

Das Kapitel zur Physiotherapie entspricht von den enthaltenen Leistungen weitgehend dem bisherigen Kapitel b „Krankengymnastik“. Durch die künftige separate Dokumentation der Therapiezeit wurden einige Leistungsdifferenzierungen obsolet, so dass das Kapitel insgesamt gestrafft werden konnte.

### ● Kapitel C – Information, Motivation, Schulung

Das Kapitel zu Information, Motivation und Schulung wurde neu strukturiert. Dem zunehmenden Stellenwert standardisierter Schulungen in der medizinischen Rehabilitation wird Rechnung getragen, indem vorrangig Schulungsprogramme fokussiert werden. Dabei wird in der Regel zwischen standardisierten und nicht-standardisierten Schulungen unterschieden. Standardisierte Schulungen zeichnen sich durch ein geplantes, strukturiertes Vorgehen aus, sind curricular aufgebaut, durch ein Manual hinterlegt und werden in der Regel interdisziplinär durchgeführt. Dabei werden unterschiedliche Vermittlungsmethoden angewandt, um grundlegende krankheitsbezogene Informationen zu vermitteln, die Rehabilitanden zu befähigen, begründete Entscheidungen bezüglich der weiteren Diagnostik und Behandlung ihrer Erkrankung zu fällen, ggf. die Mitwirkung in der Behandlung zu verbessern sowie die

Eigenverantwortung im Umgang mit den Krankheitsfolgen zu stärken. Am effektivsten können diese Ziele in der Regel in einer Kleingruppe erreicht werden (maximal 4, 9 oder 15 Rehabilitanden). Schulungen, die diese Qualitätsstandards nicht erfüllen, werden als nicht-standardisierte Schulung bezeichnet.

### ● Kapitel D – Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie

Die im Jahr 2002 veröffentlichte Dokumentationsanleitung „Klinische Sozialarbeit, Soziale Therapie“ enthält Leistungseinheiten, die in der Druckfassung der KTL 2000 noch nicht enthalten waren. Diese wurden in das Kapitel D der KTL 2007 integriert. Darüber hinaus enthält dieses Kapitel auch die Leistungseinheiten des bisherigen fachgebundenen Kapitels t „Soziotherapie“. Bei einigen Leistungen sind jetzt neben Diplom-Sozialarbeitern und Diplom-Pädagogen auch andere qualifizierte Berufsgruppen zur Erbringung zugelassen.

### ● Kapitel E – Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapie

Das Kapitel E umfasst jetzt neben den Leistungen des bisherigen Kapitels g „Ergotherapie“ zusätzlich die Leistungen des bisherigen Kapitels s „Kreativtherapie“ und einen Teil der Leistungen aus Kapitel u „Spezielle Leistungseinheiten in der Neurologischen Rehabilitation“. Erstmals enthält die KTL auch eine orthoptische Leistung (Sehschule), die in dieses Kapitel aufgenommen wurde.

### ● Kapitel F – Klinische Psychologie, Neuropsychologie

In allen Fachgebieten der medizinischen Rehabilitation werden psychologische Leistungen erbracht, die nicht im engeren Sinne als Psychotherapie zu bezeichnen sind. Hierzu zählen die unter das Kapitel F gefassten klinisch-psychologischen, neuropsychologischen und künstlerischen Therapieleistungen, die in der KTL 2000 den Kapiteln „p“, „u“ und „s“ zugeordnet waren. Kurze therapeutische Einzelinterventionen lassen sich ebenfalls mit Codes aus dem Kapitel F abbilden. Die Abgrenzung von Leistungen aus dem Kapitel G ist dabei eindeutig.

### ● Kapitel G – Psychotherapie

Die in diesem Kapitel aufgeführten Leistungen sind in der medizinischen Rehabilitation an die Fach-

gebiete Psychotherapie, Psychosomatik, Psychiatrie und Abhängigkeitstherapie geknüpft. Während der Schwerpunkt des Kapitels F auf Einzelberatung, Einzelinterventionen und indikationsspezifische Gruppenarbeit im Rahmen der somatischen Rehabilitation ausgerichtet ist, dient das Kapitel G der Verschlüsselung psychotherapeutischer Leistungen im engeren Sinn. Das spiegelt sich auch in den Qualitätsmerkmalen der Codes einschließlich der hier aufgeführten Zielsetzung, Frequenz und Dauer der Leistungen sowie der ausführenden Berufsgruppen wider. Angesichts des hohen Anteils von Rehabilitanden aus somatischen Indikationsgebieten mit psychischen Belastungen und des Anspruchs einer umfassenden rehabilitativen Versorgung ist eine Codierung psychotherapeutischer Leistungen in begrenztem Umfang und mit eindeutig definierten Qualitätsmerkmalen auch bei somatischen Rehabilitationen möglich. Das Kapitel G rekurriert auf die Qualitätsmerkmale aus dem Psychotherapeutengesetz. Zur Reduzierung der Begrifflichkeiten wurden zur Kennzeichnung der primären psychotherapeutischen Ausrichtung einheitlich die Begriffe „psychodynamisch“ bzw. „verhaltenstherapeutisch“ verwendet. Insgesamt führt die Vereinheitlichung und Zusammenfassung zu einer deutlichen Straffung des Kapitels.

#### ● Kapitel H – Reha-Pflege

Erstmals enthält die KTL differenzierte pflegerische Leistungen. Dabei ist dieses Kapitel nicht als eine umfassende zusätzliche Pflegedokumentation zu verstehen, sondern beinhaltet ausschließlich solche pflegerischen Leistungen, die zur Erreichung der Rehabilitationsziele im Sinne der RV erforderlich sind. Kein Bestandteil des Kapitels H sind daher Leistungen der pflegerischen Grundversorgung. Die KTL bezieht sich vor allem auf die aktivierend-therapeutischen Pflegeleistungen, d.h. auf Leistungen zur Anleitung und Unterstützung bei relevanten Aktivitäten des täglichen Lebens, zum Fördern von Ressourcen sowie zur Unterstützung der Eigenverantwortung und Selbständigkeit der Rehabilitanden. Aufgrund der besonderen Anforderungen bei der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen und in den Indikationen Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen haben Leistungen aus diesem Kapitel teilweise spezifische Ausprägungen.

#### ● Kapitel K – Physikalische Therapie

Das Kapitel K enthält die (gestrafften) Leistungen der bisherigen Kapitel c „Thermo-, Hydro- und Balneotherapie“, d „Elektrotherapie“, e „Inhalation“, f „Massage“ und w „Spezielle Leistungseinheiten in der dermatologischen Rehabilitation“. Die bisherigen elektrotherapeutischen Leistungen wurden neu strukturiert.

#### ● Kapitel L – Rekreationstherapie

Das Kapitel zur Rekreationstherapie wurde gestrafft.

#### ● Kapitel M – Ernährung

Das Kapitel M umfasst in der KTL 2007 nur noch Leistungen zur energiebilanzierten bzw. energie-definierten Kost, zur nährstoffbilanzierten bzw. nährstoffdefinierten Kost sowie zu solchen Formen der Ernährung, die mit einem zusätzlichen Aufwand verbunden sind (Sondenernährung, keimreduzierte Kost, parenterale Ernährung). Die normale Verpflegung während der Rehabilitation ist nicht mehr Bestandteil der KTL. Leistungen zur Ernährungsberatung, zum Schulungsbuffet sowie zur Lehrküche und zu praktischen Übungen außerhalb der Lehrküche stehen wie bisher im Kapitel C „Information, Motivation, Schulung“ und sind dort dokumentierbar.

#### ● Verweislisten

In der KTL 2007 finden sich zusätzlich zur ausführlichen systematischen Auflistung aller KTL-Codes mit Qualitätsmerkmalen ein alphabetisches Register der KTL-Leistungen sowie Verweislisten. Die Verweislisten enthalten u. a. die in der KTL codierbaren ärztlichen Leistungen in der Rehabilitation und eine Auflistung therapeutischer Leistungen weiterer Berufsgruppen, wie z. B. Diplom-Psychologen und Physiotherapeuten. Eine Zusammenstellung arbeitsbezogener Leistungen, die das spezifische therapeutische Angebot zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben im Rahmen der medizinischen Rehabilitation darstellt, ermöglicht die gezielte Abbildung einer am Erwerbsleben orientierten Maßnahmengestaltung. Ergänzt wird die Druckausgabe durch eine Überleitungstabelle, die dem Anwender einen Überblick gibt, wie die bisherigen Codes der KTL 2000 in der KTL 2007 plausibel abgebildet werden können.

Die der gedruckten Version beiliegende CD-ROM beinhaltet die KTL 2007 als Datenbankanwendung mit neu gestalteter Benutzeroberfläche und vereinfachter Benutzerführung. Darüber hinaus ist eine EDV-lesbare Überleitungstabelle enthalten.

#### 7. Ausblick

Es bleibt festzustellen, dass das nun erstmals gründlich überarbeitete Klassifikationsinstrument der KTL weiterhin durch die Erfahrung in der Praxis modifizierbar bleiben muss. Die KTL 2007 wird ab Ende Oktober 2006 auf den Internetseiten der Deutschen Rentenversicherung Bund ([www.deutscherentenversicherung.de](http://www.deutscherentenversicherung.de) Rubrik: Angebote für spezielle Zielgruppen > Sozialmedizin und Forschung > Klassifikationen > KTL) abrufbar sein. Sie soll am 1. 1. 2007 in Kraft treten.

Die KTL ist für die Deutsche Rentenversicherung nicht nur ein bewährtes Instrument zur umfassenden Dokumentation der therapeutischen Leistungen in den Reha-Entlassungsberichten, sondern stellt gleichzeitig aufgrund definierter Qualitätsmerkmale ein Instrument zur Reha-Qualitätssicherung dar. Sie bildet die Grundlage für die Reha-Leitlinien-Ent-



wicklung und ermöglicht somit die Entwicklung von bisher fehlenden differenzierten, indikationsspezifischen Kriterien für die Prozessqualität der therapeutischen Versorgung.

Künftigen fachlichen Diskussionen um die Anerkennung oder Ablehnung einzelner Leistungseinheiten und ihren Stellenwert im jeweiligen Therapiekonzept will die KTL nicht vorgreifen, sondern vielmehr den Rahmen für eine an verbindlichen Qualitätsmerkmalen orientierte Bewertung abstecken. Die KTL wird kontinuierlich weiterentwickelt und an die Erfordernisse der Rehabilita-

tionspraxis angepasst. Ausweitungen des Geltungsbereiches der KTL auf andere Versorgungselemente jenseits der medizinischen Rehabilitation sind in der Zukunft prinzipiell möglich, so z. B. eine Adaptation des Instrumentes für die berufliche Rehabilitation.

Die fachliche und inhaltliche Betreuung der KTL sowie die Erstellung der KTL-Auswertungen obliegen dem Bereich Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik des Geschäftsbereiches Sozialmedizin und Rehabilitationswissenschaften der Deutschen Rentenversicherung Bund.