

# Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit

- für die medizinische Rehabilitation  
der Rentenversicherung
- Stand: März 2016



## Hinweis

Wir bedanken uns an dieser Stelle bei allen Expertinnen und Experten aus Fachgesellschaften, Rehabilitationseinrichtungen und Rentenversicherung, die sich an der Ersterstellung und Aktualisierung der Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit beteiligt haben, für ihr Engagement und ihre konstruktiven fachlichen Beiträge.

Ansprechpartner:

Die fachliche Betreuung der Reha-Therapiestandards erfolgt in den Bereichen 0420 „Reha-Wissenschaften“, 0430 „Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik“ und 0440 „Sozialmedizin“ der Deutschen Rentenversicherung Bund, 10704 Berlin.

Als Ansprechpartner für die Reha-Therapiestandards stehen zu Ihrer Verfügung:

Dr. Teresia Widera  
Bereich 0420  
Tel.: 030 865 39343  
E-Mail: [dr.teresia.widera@drv-bund.de](mailto:dr.teresia.widera@drv-bund.de)

Eva Volke  
Bereich 0420  
Tel.: 030 865 39334  
E-Mail: [eva.volke@drv-bund.de](mailto:eva.volke@drv-bund.de)

Anke Mitschele  
Bereich 0430  
Tel.: 030 865 33285  
E-Mail: [anke.mitschele@drv-bund.de](mailto:anke.mitschele@drv-bund.de)

Die Ersterarbeitung der Reha-Therapiestandards für die stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit (2004–2007) erfolgte als wissenschaftliches Projekt durch die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums der Ludwig-Maximilians-Universität München (Prof. Dr. med. Michael Soyka, Peggy Schmidt und Dr. med. Miriam Bottlender).

Die Aktualisierung der Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit wurde im Rahmen eines wissenschaftlichen Forschungsprojektes (2013–2015) durch das Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover (Prof. Dr. Thorsten Meyer, Daniel Nowik M. Sc.) durchgeführt.

Weitere Informationen zu den RTS und zu FAQ finden Sie im Internet unter:  
[www.reha-therapiestandards-drv.de](http://www.reha-therapiestandards-drv.de)

# Inhaltsverzeichnis

## Allgemeiner Teil

<b>1.</b>	<b>Einleitung</b>	<b>2</b>
<b>2.</b>	<b>Stellenwert der Reha-Therapiestandards für die medizinische Rehabilitation</b>	<b>2</b>
<b>3.</b>	<b>Reha-Therapiestandards als Teil der Reha-Qualitätssicherung</b>	<b>3</b>
<b>4.</b>	<b>Struktur der evidenzbasierten Therapiemodule (ETM)</b>	<b>3</b>
4.1	Therapeutische Inhalte	3
4.2	Formale Ausgestaltung	3
4.3	KTL-Leistungseinheiten	4
4.4	Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	4
4.5	Weitere Hinweise	4
<b>5.</b>	<b>Bedeutung der Mindestangaben in den ETM</b>	<b>4</b>
<b>6.</b>	<b>Die KTL als Basis für die Beschreibung der ETM-Leistungen</b>	<b>5</b>
<b>7.</b>	<b>Anwendung der ETM in der Praxis</b>	<b>5</b>
<b>8.</b>	<b>Therapien, die nicht in den Reha-Therapiestandards enthalten sind</b>	<b>6</b>
<b>9.</b>	<b>Neue Reha-Konzepte</b>	<b>6</b>
<b>10.</b>	<b>Komorbidität</b>	<b>6</b>
<b>11.</b>	<b>Kontraindikationen</b>	<b>6</b>
<b>12.</b>	<b>Überarbeitung der Reha-Therapiestandards</b>	<b>7</b>
<b>13.</b>	<b>Methodischer Teil</b>	<b>7</b>
13.1	Erstellung und Aktualisierung der Reha-Therapiestandards	7
13.2	Literaturrecherche	7
13.3	Analyse der dokumentierten Leistungen mit Hilfe der KTL	8
13.4	Multiprofessionelle Abstimmung der Inhalte der Reha-Therapiestandards	8
13.5	Aktualisierung der Reha-Therapiestandards	8
13.6	RTS-Methodenreport	9
<b>14.</b>	<b>Integration der Reha-Therapiestandards in die Reha-Qualitätssicherung der DRV</b>	<b>9</b>

## Indikationsspezifischer Teil – RTS Alkoholabhängigkeit

<b>15.</b>	<b>Reha-Therapiestandards für die Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit</b>	<b>10</b>
<b>16.</b>	<b>Geltungsbereich</b>	<b>11</b>
<b>17.</b>	<b>Überblick über die evidenzbasierten Therapiemodule</b>	<b>12</b>
<b>18.</b>	<b>Evidenzbasierte Therapiemodule</b>	<b>13</b>

## Anhang

<b>19.</b>	<b>Ausgewählte Literatur zur Evidenz bei Alkoholabhängigkeit</b>	<b>28</b>
<b>20.</b>	<b>Weitere Literatur zu den Reha-Therapiestandards</b>	<b>29</b>
<b>21.</b>	<b>Autorenschaft</b>	<b>31</b>
<b>22.</b>	<b>Beteiligung von Experten</b>	<b>32</b>

# 1. Einleitung

Die Deutsche Rentenversicherung hat die Bedeutung von evidenzbasierten Therapievorgaben in der Versorgung chronisch Kranker frühzeitig erkannt und fördert seit 1998 wissenschaftliche Forschungsprojekte zur Erstellung von Reha-Therapiestandards. Diese ermöglichen im Versorgungszweig der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung eine Qualitätsprüfung der therapeutischen Versorgung auf breiter, systematischer Basis. Fachlich nicht gerechtfertigte Varianzen zwischen Reha-Einrichtungen können reduziert werden und zu einer Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Menschen auf wissenschaftlicher und qualitätsgesicherter Grundlage führen.

## 2. Stellenwert der Reha-Therapiestandards für die medizinische Rehabilitation

Medizinische Leitlinien spielen im Gesundheitswesen eine wichtige Rolle. Sie sind definiert als systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für Leistungserbringer und Patienten zur angemessenen Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen. Leitlinien können damit Handlungsempfehlungen im Sinne einer Hilfe bei der Entscheidungsfindung geben.

Die Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung unterscheiden sich von Leitlinien der medizinischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften insbesondere durch ihre Perspektive, die sich aus der spezifischen Aufgabe der Deutschen Rentenversicherung als Leistungsträger für die medizinische Rehabilitation ergibt. Sie enthalten – anders als Leitlinien – keine Therapiealgorithmen für individuelle Behandlungsentscheidungen. Im Fokus der Betrachtung steht nicht der einzelne Patient mit seiner individuellen Problemkonstellation, sondern die Gesamtheit aller Rehabilitanden<sup>1</sup> einer Indikation in einer Reha-Einrichtung. Mit Hilfe von Qualitätsindikatoren kann der Behandlungsprozess dieser Patientengruppe während des Aufenthaltes in einer Reha-Einrichtung unter Berücksichtigung des jeweiligen Behandlungskonzeptes abgebildet und beurteilt werden. Die Reha-Therapiestandards ergänzen auf diese Weise die Leitlinien der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften.

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der einfachen Lesbarkeit wird auf die geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Sämtliche Rollenbezeichnungen gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für beide Geschlechter.

### 3. Reha-Therapiestandards als Teil der Reha-Qualitätssicherung

Im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung wird ein umfassendes Instrumentarium eingesetzt. Sowohl einrichtungsbezogene wie auch -vergleichende Auswertungen werden den Reha-Einrichtungen regelmäßig zur Verfügung gestellt. Neben einer Rehabilitandenbefragung gehören ein Peer Review-Verfahren und eine Strukturhebung dazu. Ergänzt werden diese Qualitätsaspekte durch weitere Daten aus den Routineverfahren der Rentenversicherung (Rehabilitandenstruktur, Sozialmedizinischer Verlauf nach medizinischer Rehabilitation, Leistungsdokumentation nach der Klassifikation Therapeutischer Leistungen, KTL<sup>2</sup>).

Die Reha-Therapiestandards sind als ein Teil der Reha-Qualitätssicherung konzipiert. Sie tragen dazu bei, das therapeutische Versorgungsgeschehen transparent zu machen, Defizite aufzudecken und eine den Anforderungen entsprechende, evidenzbasierte Versorgung mit therapeutischen Leistungen in der Rehabilitation zu fördern. Für die Praxis der Reha-Einrichtungen bedeutet dies eine stärkere Fokussierung des Leistungsspektrums auf rehabilitative Strategien und Therapien, deren Wirkung wissenschaftlich untermauert ist. Die empirische Überprüfung der Erfüllung der Anforderungen der Reha-Therapiestandards ist gleichzeitig Grundlage für eine Bewertung der Prozessqualität der Reha-Einrichtung.

### 4. Struktur der evidenzbasierten Therapiemodule (ETM)

Die evidenzbasierten Therapiemodule haben bei allen Reha-Therapiestandards eine einheitliche Struktur und umfassen die fünf nachfolgenden Bereiche:

#### 4.1 Therapeutische Inhalte

Im Abschnitt „Therapeutische Inhalte“ werden die Zielsetzungen und therapeutischen Verfahren des ETM skizziert.

#### 4.2 Formale Ausgestaltung

Im Abschnitt „Formale Ausgestaltung“ sind die Mindestdauer sowie ggf. die Mindesthäufigkeit von Leistungen aus dem ETM festgelegt. Die Angaben beziehen sich auf pro Woche oder pro Rehabilitation.

Der zeitliche Bezugsrahmen „pro Woche“ ist dabei als rechnerische Größe zu verstehen, d.h. die angegebene Mindestdauer/Mindesthäufigkeit stellt einen Durchschnittswert bezogen auf die Gesamtdauer des Reha-Aufenthalts dar. Mit anderen Worten, die Leistung muss in dem genannten Umfang nicht in jeder Woche des Reha-Aufenthalts erbracht werden.

---

<sup>2</sup> KTL: Klassifikation Therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung, 2015.

### **4.3 KTL-Leistungseinheiten**

Im Abschnitt „KTL-Leistungseinheiten“ sind alle für das ETM in Frage kommenden bzw. möglichen Interventionen in Form von KTL-Codes der KTL 2015 aufgelistet. Aus einer Vielzahl an Leistungen können für die Rehabilitanden die am besten geeigneten und die dem Therapiekonzept der Einrichtung entsprechenden Behandlungselemente ausgewählt werden. Nicht alle angegebenen KTL-Schlüssel eines ETM müssen verwendet werden.

### **4.4 Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden**

Im Abschnitt „Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden“ wird angegeben, welcher Prozentsatz an Rehabilitanden mindestens Leistungen aus dem jeweiligen ETM in der angegebenen Menge erhalten soll, um den Mindestanforderungen entsprechend rehabilitiert zu sein. Der Mindestanteil ist somit einer der Qualitätsindikatoren, mit denen die Deutsche Rentenversicherung das den Anforderungen entsprechende Behandeln erfassen und beurteilen kann. Er spiegelt die aus den individuellen gesundheitlichen Problemlagen resultierenden Bedarfe der Rehabilitanden an entsprechenden Leistungen wider.

Die Mindestanteile unterscheiden sich von Modul zu Modul. Sie beruhen auf Schätzungen der in die Entwicklung der Reha-Therapiestandards einbezogenen Expertinnen und Experten (siehe Abschnitt 13), so dass die für das betreffende Krankheitsbild typischen Rehabilitandenstrukturen mitberücksichtigt werden, gleichzeitig aber ausreichend Raum für die Berücksichtigung von individuellen Problemen und Einzelfällen bleibt. Der Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden, der immer unter 100 % liegt, deutet bereits an, dass nie alle Rehabilitanden Leistungen aus dem entsprechenden Modul in der angegebenen Therapiemenge erhalten müssen.

### **4.5 Weitere Hinweise**

Im Abschnitt „Weitere Hinweise“ werden ggf. ergänzende Informationen zu sonstigen Modalitäten der Leistungserbringung, zu KTL-Codes, zur Durchführung des ETM oder zur KTL-Dokumentation gegeben.

## **5. Bedeutung der Mindestangaben in den ETM**

Um eine evidenzbasierte Versorgung mit therapeutischen Leistungen in der Rehabilitation sicherzustellen, enthalten alle evidenzbasierten Therapiemodule Mindestanforderungen an die formale Ausgestaltung (Dauer und Häufigkeit) und den Prozentanteil zu behandelnder Rehabilitanden.

Mindestanteil, Mindestdauer und ggf. Mindesthäufigkeit definieren die untere Grenze des Leistungskorridors für eine adäquate Rehabilitation und sollten deshalb nicht unterschritten werden. Ein Überschreiten der Mindestanforderungen ist – soweit möglich und erforderlich – durchaus erwünscht und oft notwendig. Letztlich müssen sich die zu erbringenden Leistungen an den individuellen Bedarfen der Betroffenen ausrichten.

## 6. Die KTL als Basis für die Beschreibung der ETM-Leistungen

Das Spektrum der therapeutischen Leistungen in den ETM wird über die KTL-Codes der KTL 2015 abgebildet. Die KTL definiert hierbei auch die Qualitätsanforderungen an die Einzel-Leistungen, z. B. Berufsgruppen, die die Leistungen durchführen können, oder Anzahl der Rehabilitanden, welche diese Leistung gemeinsam erhalten können. Durch die Verknüpfung der Reha-Therapiestandards mit der KTL ist ein verbindlicher Rahmen vorgegeben. Es stehen eine Vielzahl von therapeutischen Leistungen bzw. KTL-Codes zur Verfügung, um die für die Rehabilitanden optimale Intervention auswählen zu können. Bestimmte ärztliche, diagnostische und medikamentöse Therapien können nicht berücksichtigt werden, da sie mit der KTL nicht abgebildet werden können.

## 7. Anwendung der ETM in der Praxis

Reha-Therapiestandards geben dem therapeutischen Team Entscheidungshilfen für die Ausgestaltung von Therapien für definierte Rehabilitandengruppen. Die evidenzbasierten Therapiemodule in ihrer Gesamtheit bilden den Rahmen, innerhalb dessen sich eine evidenzbasierte Rehabilitation abspielen sollte. Die Auswahl der jeweiligen Leistung(en) aus dem ETM orientiert sich dann am individuellen Bedarf der Rehabilitanden und dem gemeinsam vereinbarten Reha-Ziel (vgl. Arbeitsbuch Reha-Ziele [www.reha-ziele.de](http://www.reha-ziele.de)).

Unterschiedliche Risikoprofile, eine etwaige Komorbidität, das subjektive Krankheitsverständnis oder die Mitspracherechte der Rehabilitanden sind weitere beispielhafte Kriterien, die bei einer gemeinsamen Arzt-Patient-Entscheidung für ein Therapiekonzept zu berücksichtigen sind.

Darüber hinaus ist es notwendig, bei der Therapieplanung differenziert vorzugehen, um unterschiedlichen Erfordernissen bei den Rehabilitanden (z. B. Genderaspekte) oder besonderen Problemlagen verschiedener Patientengruppen (z. B. in Bezug auf den Therapiebedarf) gerecht zu werden. Der Spielraum für die Berücksichtigung dieser Bedarfe ist in den ETM gegeben und zu nutzen.

Gleichwohl stellt die praktische Umsetzung der therapeutischen Inhalte der ETM mit der Behandlungsform (einzeln, Kleingruppe, Gruppe) und der therapeutischen Berufsgruppe möglicherweise eine Herausforderung für die Reha-Einrichtungen dar, insbesondere vor dem Hintergrund begrenzter personeller und auch räumlicher Ressourcen.

## 8. Therapien, die nicht in den Reha-Therapiestandards enthalten sind

Der Arzt bzw. die Ärztin entscheidet gemeinsam mit dem Reha-Team und den Betroffenen, welche einzelnen therapeutischen Leistungen im Einzelfall sinnvoll und nützlich sind. So können und müssen (z. B. bei Komorbidität) auch Therapieleistungen erbracht werden, die über die Reha-Therapiestandards hinausgehen. Grundsätzlich bleibt es im Ermessen der Reha-Einrichtungen, nicht in den Therapiemodulen aufgeführte, ggf. auch nicht-evidenzbasierte Therapien anzubieten. Therapieleistungen, die nicht im Rahmen der Reha-Therapiestandards erbracht werden, sind weiterhin Bestandteil der Ergebnisrückmeldung zur Reha-Qualitätssicherung (KTL-Rückmeldung, siehe Abschnitte 13 und 14).

## 9. Neue Reha-Konzepte

Neue verhaltensmedizinische oder berufsbezogene Konzepte, wie z. B. die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR), die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR) oder die verhaltensmedizinisch orthopädische Rehabilitation (VMO) können im Rahmen der Reha-Therapiestandards durchgeführt werden und erfordern keine eigenständigen Module. Über die Zuordnung in die Kategorien „MBOR“ und „VMO/VOR“ des Reha-Entlassungsberichts sind im Rahmen der Berichterstattung zur Reha-Qualitätssicherung Auswertungen unter Berücksichtigung des jeweiligen Konzepts möglich.

## 10. Komorbidität

Komorbidität, Begleit-, Neben- oder Folgekrankheiten, die nicht Gegenstand der Reha-Therapiestandards sind, müssen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation ebenfalls behandelt werden. Wie auch bei der Dokumentation der Diagnosen im Entlassungsbericht muss abgewogen werden, welche Diagnosen, Einschränkungen der Aktivität oder Partizipationsstörungen die Leistungsfähigkeit so stark beeinflussen, dass im Rahmen der medizinischen Rehabilitation darauf eingegangen werden muss.

## 11. Kontraindikationen

Für rehabilitationsfähige Rehabilitanden gibt es kaum absolute Kontraindikationen für die nachfolgend beschriebenen evidenzbasierten Therapiemodule. In einzelnen Fällen können besondere psychische, psychomentale oder somatische Beeinträchtigungen eine Therapieteilnahme einschränken. Individuelle Kontraindikationen, insbesondere für einzelne therapeutische Leistungen aus den ETM, sind selbstverständlich immer zu berücksichtigen.



## 12. Überarbeitung der Reha-Therapiestandards

Die Reha-Therapiestandards werden nach fünf Jahren überarbeitet und dem aktuellen wissenschaftlichen Forschungsstand angepasst.

Die Deutsche Rentenversicherung ist dabei auf die Unterstützung und Kooperation der Verantwortlichen in allen Reha-Einrichtungen angewiesen.

## 13. Methodischer Teil

### 13.1 Ersterstellung und Aktualisierung der Reha-Therapiestandards

Die Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung behandeln exemplarisch wesentliche Krankheitsbilder. Ihre Entwicklung und Aktualisierung erfolgt im Rahmen von wissenschaftlichen Projekten und mit enger Begleitung durch den Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund. Der Prozessablauf zur Erstellung und Überarbeitung der Reha-Therapiestandards gliedert sich in folgende Arbeitsabschnitte:

- Literaturrecherche
- Analyse der im Reha-Entlassungsbericht dokumentierten Therapien (KTL-Analyse)
- multiprofessionelle Entwicklung von Reha-Therapiestandards unter maßgeblicher Mitwirkung von Expertinnen und Experten, Rehabilitanden bzw. Vertretern von Verbänden und Organisationen der Selbsthilfe sowie
- Implementierung (12-monatige Pilotphase) und Integration in die Reha-Qualitätssicherung.

### 13.2 Literaturrecherche

Eine umfassende Literaturrecherche soll die Frage beantworten, welche Therapien in der Rehabilitation bestimmter Erkrankungen nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen durchgeführt werden sollten. Hierfür werden aus Veröffentlichungen in nationalen und internationalen medizinischen Datenbanken (z. B. Forschungsergebnisse aus hochwertigen Studien oder Leitlinien) diejenigen Verfahren bzw. Therapien identifiziert, deren Wirksamkeit in der Behandlung der jeweils untersuchten Erkrankung wissenschaftlich nachgewiesen, d. h. „evidenzbasiert“<sup>3</sup> ist. Therapien, die sich aus der Versorgungspraxis ergeben oder aufgrund von Trägeraufgaben erforderlich sind (z. B. Nachsorge oder berufliche und soziale Integration), werden ebenfalls einbezogen, solange sie nicht nachweislich unwirksam oder schädlich sind. Die aufgrund der genannten Kriterien ausgewählten Therapien werden zu so genannten evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) verdichtet. Die entstehenden Therapiemodule unterscheiden sich aufgrund der uneinheitlichen Studienlage hinsichtlich ihrer Evidenzstärke (level of evidence).

---

<sup>3</sup> Evidenzbasiert = Handeln nach der besten verfügbaren Evidenz. „Beste verfügbare Evidenz kann je nach klinischer Fragestellung aus den Ergebnissen randomisierter Studien, systematischer Reviews, qualitativer Studien oder aus anderen Informationsquellen bestehen. Bei widersprüchlicher oder mangelnder Evidenz können Feststellungen zur erforderlichen Versorgung durch Expertenkonsens formuliert werden, der mit Hilfe eines formalisierten Konsensverfahren wie etwa der Delphitechnik [NB: hier durch schriftliche Befragung und Rückmeldung an die Expertengruppe] zustande gekommen ist.“ Zitat aus Empfehlung Rec(2001)13 des Europarates.

### **13.3 Analyse der dokumentierten Leistungen mit Hilfe der KTL**

Im Zuge der Entwicklung und Aktualisierung von Reha-Therapiestandards wird die Versorgungsrealität in von der Deutschen Rentenversicherung belegten Reha-Einrichtungen mit den Daten aus der internationalen Literatur verglichen, um auf diese Weise einen Eindruck über die aktuelle Versorgungssituation zu gewinnen. Die Analyse beruht auf den im Reha-Entlassungsbericht nach der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) verschlüsselten Leistungseinheiten. Hierzu werden die KTL-Routinedaten aus den Entlassungsberichten, die angeben, welche Leistungen die Rehabilitanden erhalten haben, mit den Ergebnissen der Literaturrecherche verglichen und somit die Versorgungspraxis mit dem wissenschaftlich begründeten Soll in Beziehung gesetzt.

KTL-Analysen im Zeitverlauf bilden im Rahmen der Aktualisierung die Basis, um Veränderungsprozesse in der Leistungserbringung zu prüfen. Es geht um Therapiemodule, bei denen die Ergebnisse auf eine therapeutische Unterversorgung hindeuten, da nur ein geringer Anteil aller Rehabilitanden entsprechende Leistungen erhält. Ferner um bedeutsame, inhaltlich nicht plausible Unterschiede zwischen den einzelnen Reha-Einrichtungen, die sich nur zum Teil durch eine ungenaue Dokumentation erklären lassen. Unterschiede im Erfüllungsgrad zwischen den Therapiemodulen und vor allem zwischen den Reha-Einrichtungen verdeutlichen den Bedarf an Therapiestandards, um die Prozesse der medizinischen Rehabilitation stärker an den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse anzupassen.

### **13.4 Multiprofessionelle Abstimmung der Inhalte der Reha-Therapiestandards**

Um einen möglichst hohen Evidenzgrad der Reha-Therapiestandards zu erzielen und gleichzeitig einen möglichst hohen Grad an Akzeptanz für das fertige Produkt zu erreichen, erfolgt die Abstimmung der Inhalte auf Expertenebene. Als beratende Experten werden Klinikerinnen und Kliniker der Rentenversicherungsträger, alle weiteren am Reha-Prozess beteiligten Berufsgruppen sowie Vertreter medizinischer Fachgesellschaften einbezogen. Die Abstimmung der Inhalte der Reha-Therapiestandards erfolgt in einer schriftlichen Expertenbefragung und einem darauf folgenden Expertenworkshop. Eine Beteiligung von Rehabilitanden bzw. Vertretern von Verbänden und Organisationen der Selbsthilfe erfolgt im Rahmen einer schriftlichen oder mündlichen Befragung (u. a. Fokusgruppen, Patienten-Workshop), um die Wünsche und Erwartungen sowie die Nützlichkeit der Therapieleistungen aus Sicht der Betroffenen zu ermitteln.

Die endgültige Ausformulierung der Reha-Therapiestandards liegt in der Verantwortung der Deutschen Rentenversicherung als Leistungsträger. So können sich beispielsweise durch die Zusammenschau aller ETM (z. B. Mehrfachnennungen von Leistungseinheiten in verschiedenen Modulen) und dem Abgleich mit Qualitätsmerkmalen der KTL (z. B. Gruppengröße) Veränderungen gegenüber dem Diskussionsstand auf dem Expertenworkshop ergeben.

### **13.5 Aktualisierung der Reha-Therapiestandards**

Bei der Aktualisierung der RTS wurden ergänzend für die gesamte Projektlaufzeit indikationsspezifische prozessbegleitende Expertengruppen mit beratender und unterstützender Funktion (jeweils 6–8 Teilnehmer) eingerichtet. Als weitere Möglichkeit zur Beteiligung von Experten an der Weiterentwicklung der RTS stand ein zeitlich befristetes Online-Diskussionsforum im Internet zur Verfügung. Das Online-Portal war in dem Zeitraum 1. März bis 15. April 2014 und 22. März bis 30. April 2015 geöffnet und ermöglichte den Teilnehmern eine Kommentierung der RTS.

### 13.6 RTS-Methodenreport

Einzelheiten zum methodischen Vorgehen bei der Ersterstellung und Aktualisierung der Reha-Therapiestandards, zu Evidenzgraden einzelner Therapiemodule sowie zu den weiteren umfangreichen Ergebnissen, die in den einzelnen Arbeitsschritten gewonnen wurden, sind in den jeweiligen RTS-Methodenreports zusammengestellt, die im Internet unter [www.reha-therapiestandards-drv.de](http://www.reha-therapiestandards-drv.de) heruntergeladen werden können.

## 14. Integration der Reha-Therapiestandards in die Reha-Qualitätssicherung der DRV

Im Rahmen der so genannten „Berichte zur Reha-Qualitätssicherung“ wird den Reha-Einrichtungen regelmäßig mitgeteilt, inwieweit ihre Versorgung von Rehabilitanden mit Alkoholabhängigkeit den Vorgaben der Reha-Therapiestandards entspricht und wie sich die Einrichtung im Vergleich mit anderen darstellt. Die KTL-Leistungseinheiten werden dabei entsprechend ihrer Zuordnung zu den ETM ausgewertet. Daneben müssen die einrichtungsbezogenen Analysen vor dem Hintergrund der jeweiligen Behandlungskonzepte interpretiert werden. Die Erfahrungen mit dem Einsatz der Reha-Therapiestandards in der Reha-Praxis werden in der Weiterentwicklung berücksichtigt. Die Integration der Reha-Therapiestandards in die Reha-Qualitätssicherung setzt voraus, dass beim Rentenversicherungsträger die KTL-Daten aus den Entlassungsberichten zur statistischen Analyse vorliegen.

Die Ergebnismeldung an die Einrichtungen ist ein nützliches Instrument der Qualitätsentwicklung. Durch die modulare Ausgestaltung der Reha-Therapiestandards sind diese im besonderen Maße dafür geeignet, Bereiche mit Verbesserungsbedarf zu identifizieren, die dann Grundlage für die Diskussion zwischen Rentenversicherungsträger und Leistungserbringer sind. Unzureichende Ergebnisse sollen einen Prozess der Analysen und Qualitätsentwicklung anstoßen.

Die Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung wird durch die Reha-Therapiestandards sinnvoll erweitert, indem das interne Qualitätsmanagement um ein weiteres Verfahren der externen Qualitätssicherung ergänzt wird (§ 20 SGB IX).

# 15. Reha-Therapiestandards für die Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit

Ziel der Reha-Therapiestandards ist es, die rehabilitative Behandlung von alkoholabhängigen Patienten auf eine wissenschaftliche, evidenzbasierte Grundlage zu stellen und die Qualität der rehabilitativen Versorgung zu verbessern.

Für die stationäre Entwöhnungsbehandlung der Alkoholabhängigkeit besteht ein Wirksamkeitsnachweis auf Level Ib (Daengthoen et al., 2014; Missel et al., 2014). Die therapeutische Wirksamkeit der Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit ist für die Bereiche Sucht- und Psychotherapie, Förderung psychosozialer Kompetenz und Angehörigenarbeit auf dem Evidenzlevel Ia bzw. Ib belegt (Berner et al., 2014; Hagedorn et al., 2013; Jarsoz et al., 2013; Stasiewicz et al., 2013). Für alle anderen in die Therapiemodule eingeschlossenen Leistungen liegt keine oder nur uneinheitliche Evidenz vor, es bestehen jedoch klinische Konsensempfehlungen (AWMF, 2015). Im Vergleich zur vorangegangenen Literaturrecherche im Rahmen der Ersterstellung der Reha-Therapiestandards hat sich die wissenschaftliche Evidenzlage der RTS Alkoholabhängigkeit deutlich gebessert.

Es gehört zum gesetzlichen Auftrag der Rentenversicherung als Reha-Träger für von Erwerbsminderung bedrohte oder erwerbsgeminderte Menschen die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern und insbesondere die Teilhabe am Arbeitsleben dauerhaft zu sichern (§§ 1 und 4 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX sowie § 9 Abs. 1 SGB VI). Deshalb umfassen die Reha-Therapiestandards auch funktionelle und arbeitsweltbezogene Therapien, Leistungen zur beruflichen und sozialen Integration sowie die Vorbereitung nachgehender Leistungen.

Alle Therapiebereiche der Rehabilitation haben unter anderem zum Ziel, alltagstaugliche stabile Lebensstiländerungen der Rehabilitanden zu initiieren, die auf deren individuellen Voraussetzungen, Fähigkeiten und Möglichkeiten basieren. Ferner geht es um die Förderung des Selbstmanagements im Umgang mit Krankheit und Behinderung, das Erlernen von Kompensationsmöglichkeiten sowie die Adaption der verbleibenden Fähigkeiten, um die Leistungsfähigkeit in Erwerbsleben und Alltag möglichst weitgehend zu erhalten oder wiederherzustellen. Dementsprechend werden diejenigen Therapien berücksichtigt, die sich aus dem bio-psycho-sozialen Modell von Krankheit und Gesundheit ergeben. Das Therapiekonzept der medizinischen Rehabilitation beinhaltet dabei – indikationsspezifisch unterschiedlich gewichtet – sowohl funktionelle als auch edukative, psychotherapeutische und psychosoziale Aspekte, die systematisch aufeinander aufbauen und im Rahmen der Rehabilitation ihre Wirkung entfalten.

Basierend auf diesem Therapiekonzept und den Ergebnissen der wissenschaftlichen Literaturrecherche (siehe Methodenteil, Abschnitt 13) wurden für die Reha-Therapiestandards evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) für eine qualitativ hochwertige Versorgung formuliert.

Die in den Reha-Therapiestandards festgelegten Module und therapeutischen Einzelleistungen ergänzen sich in ihrem Zusammenwirken. Weitere Faktoren (z. B. Klinikatmosphäre, die Qualität der interdisziplinären Zusammenarbeit, die Qualität der therapeutischen Beziehung, die Patientenorientierung oder die Qualität der Beziehung der Rehabilitanden unter-

einander) werden über die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) nicht abgebildet, spielen aber hinsichtlich des Behandlungserfolgs auch eine wichtige Rolle. Die Organisation der Behandlungsinhalte und -elemente durch eine entsprechende Therapieplanung und eine gemeinsame Abstimmung der Reha-Ziele ist ebenso von großer Bedeutung für deren Qualität. Qualitätsmerkmale der einzelnen Leistungen und Qualitätsanforderungen an die therapeutischen Mitarbeiter werden durch die KTL vorgegeben.

Die Förderung bestimmter Basiskompetenzen und -ressourcen (Förderung der sozialen Kompetenz, Rückfallprophylaxe und Motivationstraining) erfolgt sowohl integriert in die Sucht- und Psychotherapie (ETM 1 und ETM 2), als auch in Form gesonderter Gruppenangebote (vgl. z. B. ETM 3).

## 16. Geltungsbereich

Die vorliegenden Reha-Therapiestandards gelten für alle Rehabilitanden mit folgenden Erstdiagnosen (ICD-10-GM) im Entlassungsbericht:

### **F10.2 Alkoholabhängigkeitssyndrom**

Der Geltungsbereich der Reha-Therapiestandards bezieht sich auf die ganztägig ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit Alkoholabhängigkeit. Die berufsbegleitende ambulante Rehabilitation von Alkoholabhängigkeit ist hier ausgenommen. In die Auswertung zur Reha-Qualitätssicherung gehen alle Rehabilitanden ein, deren Behandlungsdauer zwischen 78 und 142 Tagen lag (alle Entlassungsformen).

# 17. Überblick über die evidenzbasierten Therapiemodule

Die Reha-Therapiestandards für die Rehabilitation von alkoholabhängigen Patientinnen und Patienten umfassen die nachfolgenden evidenzbasierten Therapiemodule (ETM). Neben der Bezeichnung der ETM sind die Mindestanforderungen mit Angaben zu Mindestdauer und Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden dargestellt (siehe Abschnitt 4). Die Reihenfolge der Therapiemodule ist nicht als Rangfolge zu verstehen.

<b>RTS Alkoholabhängigkeit (Basis: KTL 2015)</b>			
<b>ETM</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Mindestdauer</b>	<b>Mindestanteil</b>
01	Sucht- und Psychotherapie: Einzelinterventionen	mind. 25 Min. pro Woche	mind. 90 %
02	Sucht- und Psychotherapie: Gruppeninterventionen	mind. 240 Min. pro Woche	mind. 90 %
03	Therapien zur Förderung psychosozialer Kompetenz und kognitiver Fähigkeiten	mind. 60 Min. pro Woche	mind. 50 %
04	Angehörigenorientierte Interventionen	mind. 120 Min. pro Reha	mind. 20 %
05a	Arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose	mind. 90 Min. pro Woche	mind. 90%
05b	Arbeitsbezogene Leistungen für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige	mind. 45 Min. pro Woche	mind. 75 %
06	Tabakentwöhnung	mind. 250 Min. pro Reha	mind. 15 %
07	Entspannungsverfahren	mind. 30 Min. pro Woche	mind. 40 %
08	Bewegungstherapie	mind. 60 Min. pro Woche	mind. 70 %
09	Gesundheitsbildung	mind. 300 Min. pro Reha	mind. 80 %
10	Ernährungstherapeutische Leistungen	mind. 45 Min. pro Reha	mind. 80 %
11	Gestalterische Ergotherapie und Künstlerische Therapien	mind. 100 Min. pro Woche	mind. 70 %
12	Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration	mind. 45 Min. pro Reha	mind. 90 %
13	Vorbereitung nachgehender Leistungen	mind. 30 Min. pro Reha	mind. 90 %

# 18. Evidenzbasierte Therapiemodule

## Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015

<b>ETM 01</b>	<b>Sucht- und Psychotherapie: Einzelinterventionen</b>	
<b>Therapeutische Inhalte</b>	<p>Bei diesem Modul handelt es sich um einen basalen und unverzichtbaren Kern der Entwöhnungsbehandlung, bei dem einzeltherapeutisch die bisherige und aktuelle Problematik und die zukünftige Rückfallgefährdung thematisiert werden.</p> <p>Dazu gehören die Bearbeitung dysfunktionaler Verhaltensmuster und Kognitionen, Aufbau von Verhaltenalternativen und Bewältigungskompetenzen. Konflikt- und beziehungsorientierte, aufdeckende Bearbeitung von Motiven und Funktionen des Alkoholkonsums, sowie die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung mit dem Ziel einer Stärkung der Ich-Funktion und Nachreifung.</p> <p>Ziele sind z. B. Entwicklung und Stabilisierung der Persönlichkeit und Förderung einer selbstbestimmten abstinenter Lebensweise.</p>	
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Mindestdauer pro Woche:</b>	mind. 25 Minuten
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	<p>F551 Psychologische Beratung in Konfliktsituationen einzeln</p> <p>F554 Psychologische Beratung zu allgemeinen Problemstellungen einzeln</p> <p>F555 Orientierende psychologische Beratung einzeln</p> <p>G551 Psychotherapeutische Krisenintervention einzeln</p> <p>G561 Psychotherapie psychodynamisch einzeln: Supportive, ichstrukturelle oder interaktionelle Therapie</p> <p>G562 Psychotherapie psychodynamisch einzeln: Körperzentrierte Therapie</p> <p>G563 Psychotherapie psychodynamisch einzeln: Psychoanalytisch orientierte Therapie</p> <p>G569 Sonstige Psychotherapie psychodynamisch einzeln</p> <p>G591 Psychotherapie verhaltenstherapeutisch einzeln: Expositionstraining</p> <p>G592 Psychotherapie verhaltenstherapeutisch einzeln</p> <p>G620 Psychotherapie weitere Verfahren einzeln</p> <p>G641 Suchttherapeutische Krisenintervention einzeln</p> <p>G651 Suchttherapie psychodynamisch orientiert einzeln</p> <p>G652 Suchttherapie verhaltenstherapeutisch orientiert einzeln</p> <p>G653 Suchttherapie weitere Verfahren einzeln</p>	
<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>	<b>mind. 90 %</b>	
<b>Weitere Hinweise</b>	u. a. Berücksichtigung individueller Therapieziele	

**Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit**  
**Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015**

**ETM 02**

**Sucht- und Psychotherapie: Gruppeninterventionen**

**Therapeutische Inhalte**

Bei diesem Modul handelt es sich um den basalen und unverzichtbaren Kern der Entwöhnungsbehandlung, bei dem gruppentherapeutisch die bisherige und aktuelle Problematik und die zukünftige Rückfallgefährdung thematisiert werden.

Dazu gehören die Bearbeitung dysfunktionaler Verhaltensmuster und Kognitionen, Aufbau von Verhaltensalternativen und Bewältigungskompetenzen. Konflikt- und beziehungsorientierte, aufdeckende Bearbeitung von Motiven und Funktionen des Alkoholkonsums, sowie die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung mit dem Ziel einer Stärkung der Ich-Funktion und Nachreifung.

Ziele sind z. B. Entwicklung und Stabilisierung der Persönlichkeit und Förderung einer selbstbestimmten abstinenten Lebensweise.

**Formale Ausgestaltung**

**Mindestdauer pro Woche:**

mind. 240 Minuten

**KTL-Leistungseinheiten**

- G571 Psychotherapie psychodynamisch in der Gruppe: Ich-strukturell modifizierte oder interaktionelle psychoanalytische Gruppe
- G572 Psychotherapie psychodynamisch in der Gruppe: Körpertherapiegruppe
- G573 Psychotherapie psychodynamisch in der Gruppe: Psychoanalytisch orientierte Gruppe
- G574 Psychotherapie psychodynamisch in der Gruppe: Geschlechtsspezifische Gruppe
- G575 Psychotherapie psychodynamisch in der Gruppe: Altersspezifische Gruppe
- G579 Sonstige Psychotherapie psychodynamisch in der Gruppe
- G581 Psychotherapie psychodynamisch als indikative Gruppe: Abhängigkeitsproblematik
- G582 Psychotherapie psychodynamisch als indikative Gruppe: Affektive Störungen
- G583 Psychotherapie psychodynamisch als indikative Gruppe: Ängste
- G584 Psychotherapie psychodynamisch als indikative Gruppe: Zwänge
- G585 Psychotherapie psychodynamisch als indikative Gruppe: Somatoforme Störungen
- G586 Psychotherapie psychodynamisch als indikative Gruppe: Schmerz
- G587 Psychotherapie psychodynamisch als indikative Gruppe: Essstörungen
- G588 Psychotherapie psychodynamisch als indikative Gruppe: Persönlichkeitsstörungen
- G589 Sonstige Psychotherapie psychodynamisch als indikative Gruppe
- G601 Psychotherapie verhaltenstherapeutisch in der Gruppe: Problemlösegruppe
- G603 Psychotherapie verhaltenstherapeutisch in der Gruppe: Geschlechtsspezifische Gruppe
- G604 Psychotherapie verhaltenstherapeutisch in der Gruppe: Altersspezifische Gruppe
- G606 Psychotherapie verhaltenstherapeutisch in der Gruppe: Beeinträchtigung der Körperwahrnehmung
- G609 Sonstige Psychotherapie verhaltenstherapeutisch in der Gruppe
- G611 Psychotherapie verhaltenstherapeutisch als indikative Gruppe: Abhängigkeitsproblematik
- G612 Psychotherapie verhaltenstherapeutisch als indikative Gruppe: Affektive Störungen
- G613 Psychotherapie verhaltenstherapeutisch als indikative Gruppe: Ängste
- G614 Psychotherapie verhaltenstherapeutisch als indikative Gruppe: Zwänge
- G615 Psychotherapie verhaltenstherapeutisch als indikative Gruppe: Somatoforme Störungen
- G616 Psychotherapie verhaltenstherapeutisch als indikative Gruppe: Schmerz
- G617 Psychotherapie verhaltenstherapeutisch als indikative Gruppe: Essstörungen
- G618 Psychotherapie verhaltenstherapeutisch als indikative Gruppe: Persönlichkeitsstörungen
- G619 Sonstige Psychotherapie verhaltenstherapeutisch als indikative Gruppe
- G630 Psychotherapie weitere Verfahren in der Gruppe
- G661 Suchttherapie psychodynamisch orientiert in der Gruppe
- G662 Suchttherapie verhaltenstherapeutisch orientiert in der Gruppe
- G663 Suchttherapie weitere Verfahren in der Gruppe
- G671 Suchttherapie als indikative Gruppe: Problemlösegruppe
- G673 Suchttherapie als indikative Gruppe: Rückfallprävention
- G674 Suchttherapie als indikative Gruppe: Geschlechtsspezifische Gruppe
- G675 Suchttherapie als indikative Gruppe: Altersspezifische Gruppe



→ Fortsetzung ETM 02

<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	G677	Suchttherapie als indikative Gruppe: Psychische Komorbidität
	G679	Sonstige Suchttherapie als indikative Gruppe

<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>	<b>mind. 90 %</b>
--	-------------------

<b>Weitere Hinweise</b>	Bei komorbiden psychischen Störungen und begleitenden Problemlagen sind indikative Gruppen entsprechend betroffener Rehabilitanden einzusetzen.
-------------------------	---

**Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit**  
**Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015**

<b>ETM 03</b>	<b>Therapien zur Förderung psychosozialer Kompetenz und kognitiver Fähigkeiten</b>	
<b>Therapeutische Inhalte</b>	Förderung der Selbstsicherheit, Verbesserung der Kontakt- und Beziehungsfähigkeit, Ressourcenaktivierung und Psychohygiene sowie Training kognitiver Fähigkeiten.	
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Mindestdauer pro Woche:</b>	mind. 60 Minuten
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	C620 Seminar: Motivationsförderung und Selbstmanagement D586 Soziale Arbeit in der Kleingruppe: Training der sozialen Kompetenz D596 Soziale Arbeit in der Gruppe Training der sozialen Kompetenz D620 Sozialtherapie einzeln D630 Sozialtherapie in der Gruppe D640 Bereichsversammlung, Vollversammlung E680 Training der Aktivitäten des täglichen Lebens einzeln E690 Training der Aktivitäten des täglichen Lebens in der Kleingruppe F560 Psychologische Gruppenarbeit störungsspezifisch F571 Psychologische Gruppenarbeit problemorientiert: Stressbewältigung F572 Psychologische Gruppenarbeit problemorientiert: Schlaftraining F574 Psychologische Gruppenarbeit problemorientiert: Schmerzbewältigung F577 Psychologische Gruppenarbeit problemorientiert: Umgang mit Medien F579 Sonstige Gruppenarbeit problemorientiert F581 Psychoedukative Gruppenarbeit: Genussstraining F582 Psychoedukative Gruppenarbeit: Motivationstraining F620 Hirnleistungstraining einzeln F630 Hirnleistungstraining in der Kleingruppe F640 Hirnleistungstraining in der Gruppe F650 Neuropsychologische Therapie einzeln F660 Neuropsychologische Therapie in der Kleingruppe F670 Neuropsychologische Therapie in der Gruppe G602 Psychotherapie verhaltenstherapeutisch in der Gruppe: Training sozialer Kompetenzen und Fertigkeiten G672 Suchttherapie als indikative Gruppe: Training sozialer Kompetenzen und Fertigkeiten L560 Strukturierte soziale Kommunikation und Interaktion	
<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>	<b>mind. 50 %</b>	
<b>Weitere Hinweise</b>		

**Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit**  
**Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015**

<b>ETM 04</b>	<b>Angehörigenorientierte Interventionen</b>	
<b>Therapeutische Inhalte</b>	Soziale Unterstützung einer abstinenten und sozial integrierten Lebensweise, Klärung sozialer Risikofaktoren, Förderung sozialer Kommunikation, Einbeziehung von Angehörigen als aktive Partner im Behandlungsprozess.	
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Mindestdauer pro Rehabilitation:</b>	mind. 120 Minuten
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	C560	Angehörigengespräch krankheitsbezogen einzeln
	C570	Angehörigengespräch krankheitsbezogen in der Gruppe
	D600	Angehörigengespräch psychosozial einzeln
	D610	Angehörigengespräch psychosozial in der Gruppe
	G680	Angehörigengespräch psychotherapeutisch orientiert einzeln
	G690	Angehörigenseminar psychotherapeutisch orientiert
	G700	Paartherapie bzw. Familientherapie
	H680	Angehörigenanleitung einzeln
<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>	<b>mind. 20 %</b>	
<b>Weitere Hinweise</b>	Unter Angehörigen sind wichtige Bezugspersonen der Rehabilitanden zu verstehen.	

**Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit**  
**Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015**

<b>ETM 05a</b>	<b>Arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose</b>	
<b>Therapeutische Inhalte</b>	Klärung des erwerbsbezogenen Potentials, Unterstützung der beruflichen Orientierung, Förderung der Eingliederung ins Erwerbsleben; Förderung der Grundarbeitsfähigkeit sowie berufsbezogener sozialer Fähigkeiten und des Selbstbilds.	
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Mindestdauer pro Woche:</b>	mind. 90 Minuten
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>E551 Arbeitstherapie einzeln: Soziales, Hauswirtschaft, Pflege</li> <li>E552 Arbeitstherapie einzeln: EDV, Bürotechnik</li> <li>E553 Arbeitstherapie einzeln: Dienstleistung, Kundenkommunikation</li> <li>E554 Arbeitstherapie einzeln: Handwerk</li> <li>E559 Sonstige Arbeitstherapie einzeln</li> <li>E561 Arbeitstherapie in der Kleingruppe: Soziales, Hauswirtschaft, Pflege</li> <li>E562 Arbeitstherapie in der Kleingruppe: EDV, Bürotechnik</li> <li>E563 Arbeitstherapie in der Kleingruppe: Dienstleistung, Kundenkommunikation</li> <li>E564 Arbeitstherapie in der Kleingruppe: Handwerk</li> <li>E569 Sonstige Arbeitstherapie in der Kleingruppe</li> <li>E571 Arbeitstherapie in der Gruppe: Soziales, Hauswirtschaft, Pflege</li> <li>E572 Arbeitstherapie in der Gruppe: EDV, Bürotechnik</li> <li>E573 Arbeitstherapie in der Gruppe: Dienstleistung, Kundenkommunikation</li> <li>E574 Arbeitstherapie in der Gruppe: Handwerk</li> <li>E579 Sonstige Arbeitstherapie in der Gruppe</li> <li>E580 Arbeitsplatztraining einzeln</li> <li>E590 Arbeitsplatztraining in der Kleingruppe</li> <li>E601 Verhaltensbeobachtung zur arbeitsbezogenen Leistungsbeurteilung standardisiert einzeln</li> <li>E602 Verhaltensbeobachtung zur arbeitsbezogenen Leistungsbeurteilung nicht-standardisiert einzeln</li> <li>E611 Verhaltensbeobachtung zur arbeitsbezogenen Leistungsbeurteilung standardisiert in der Kleingruppe</li> <li>E612 Verhaltensbeobachtung zur arbeitsbezogenen Leistungsbeurteilung nicht-standardisiert in der Kleingruppe</li> <li>E621 Interne Belastungserprobung einzeln</li> <li>E622 Externe Belastungserprobung einzeln</li> <li>E630 Bilanzierungsgespräch bei externem Arbeitsplatzpraktikum einzeln</li> <li>E672 Arbeitsplatzbesuch einzeln</li> <li>F552 Psychologische Beratung bei berufsbezogenen Problemlagen einzeln</li> <li>G552 Psychotherapeutische Intervention bei arbeitsweltbezogener Problematik einzeln</li> <li>G576 Psychotherapie psychodynamisch in der Gruppe: Arbeitsweltbezogene Gruppe</li> <li>G605 Psychotherapie verhaltenstherapeutisch in der Gruppe: Arbeitsweltbezogene Gruppe</li> <li>G642 Suchttherapeutische Intervention bei arbeitsweltbezogener Problematik einzeln</li> <li>G676 Suchttherapie als indikative Gruppe: Arbeitsweltbezogene Gruppe</li> <li>H730 Stationsablauf- und alltagsstrukturierende Gruppe</li> <li>H740 Supportives Gespräch</li> <li>H841 Berufsbezogene Qualifizierungsangebote in der Gruppe</li> <li>H842 Bewerbungstraining in der Gruppe</li> </ul>	
<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>	<b>mind. 90 %</b>	
<b>Weitere Hinweise</b>		

**Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit**  
**Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015**

<b>ETM 05b</b>	<b>Arbeitsbezogene Leistungen für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige</b>	
<b>Therapeutische Inhalte</b>	Klärung des erwerbsbezogenen Potentials, Unterstützung der beruflichen Orientierung, Förderung der Eingliederung ins Erwerbsleben; Förderung der Grundarbeitsfähigkeit sowie berufsbezogener sozialer Fähigkeiten und des Selbstbilds.	
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Mindestdauer pro Woche:</b>	mind. 45 Minuten
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	<p>E551 Arbeitstherapie einzeln: Soziales, Hauswirtschaft, Pflege</p> <p>E552 Arbeitstherapie einzeln: EDV, Bürotechnik</p> <p>E553 Arbeitstherapie einzeln: Dienstleistung, Kundenkommunikation</p> <p>E554 Arbeitstherapie einzeln: Handwerk</p> <p>E559 Sonstige Arbeitstherapie einzeln</p> <p>E561 Arbeitstherapie in der Kleingruppe: Soziales, Hauswirtschaft, Pflege</p> <p>E562 Arbeitstherapie in der Kleingruppe: EDV, Bürotechnik</p> <p>E563 Arbeitstherapie in der Kleingruppe: Dienstleistung, Kundenkommunikation</p> <p>E564 Arbeitstherapie in der Kleingruppe: Handwerk</p> <p>E569 Sonstige Arbeitstherapie in der Kleingruppe</p> <p>E571 Arbeitstherapie in der Gruppe: Soziales, Hauswirtschaft, Pflege</p> <p>E572 Arbeitstherapie in der Gruppe: EDV, Bürotechnik</p> <p>E573 Arbeitstherapie in der Gruppe: Dienstleistung, Kundenkommunikation</p> <p>E574 Arbeitstherapie in der Gruppe: Handwerk</p> <p>E579 Sonstige Arbeitstherapie in der Gruppe</p> <p>E580 Arbeitsplatztraining einzeln</p> <p>E590 Arbeitsplatztraining in der Kleingruppe</p> <p>E601 Verhaltensbeobachtung zur arbeitsbezogenen Leistungsbeurteilung standardisiert einzeln</p> <p>E602 Verhaltensbeobachtung zur arbeitsbezogenen Leistungsbeurteilung nicht-standardisiert einzeln</p> <p>E611 Verhaltensbeobachtung zur arbeitsbezogenen Leistungsbeurteilung standardisiert in der Kleingruppe</p> <p>E612 Verhaltensbeobachtung zur arbeitsbezogenen Leistungsbeurteilung nicht-standardisiert in der Kleingruppe</p> <p>E621 Interne Belastungserprobung einzeln</p> <p>E622 Externe Belastungserprobung einzeln</p> <p>E630 Bilanzierungsgespräch bei externem Arbeitsplatzpraktikum einzeln</p> <p>E672 Arbeitsplatzbesuch einzeln</p> <p>F552 Psychologische Beratung bei berufsbezogenen Problemlagen einzeln</p> <p>G552 Psychotherapeutische Intervention bei arbeitsweltbezogener Problematik einzeln</p> <p>G576 Psychotherapie psychodynamisch in der Gruppe: Arbeitsweltbezogene Gruppe</p> <p>G605 Psychotherapie verhaltenstherapeutisch in der Gruppe: Arbeitsweltbezogene Gruppe</p> <p>G642 Suchttherapeutische Intervention bei arbeitsweltbezogener Problematik einzeln</p> <p>G676 Suchttherapie als indikative Gruppe: Arbeitsweltbezogene Gruppe</p> <p>H730 Stationsablauf- und alltagsstrukturierende Gruppe</p> <p>H740 Supportives Gespräch</p> <p>H841 Berufsbezogene Qualifizierungsangebote in der Gruppe</p> <p>H842 Bewerbungstraining in der Gruppe</p>	
<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>	<b>mind. 75 %</b>	
<b>Weitere Hinweise</b>		

**Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit**  
**Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015**

<b>ETM 06</b>	<b>Tabakentwöhnung</b>
<b>Therapeutische Inhalte</b>	Psychologische Intervention zur Förderung der Tabakabstinenz. Vorausgesetzt wird eine Problematisierung des Rauchverhaltens im Rahmen der Gesundheitsbildung und/oder Patientenschulung.
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Minstdauer pro Rehabilitation:</b> mind. 250 Minuten
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	F578 Psychologische Gruppenarbeit problemorientiert: Tabakentwöhnung
<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>	mind. 15 %
<b>Weitere Hinweise</b>	

**Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit**  
**Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015**

<b>ETM 07</b>	<b>Entspannungsverfahren</b>	
<b>Therapeutische Inhalte</b>	Vermittlung und Einüben einer Entspannungstechnik; Erarbeiten individueller Nutzungsmöglichkeiten und Transfer in den Alltag	
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Mindestdauer pro Woche:</b>	mind. 30 Minuten
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	F590	Biofeedback einzeln
	F601	Autogenes Training einzeln
	F602	Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson einzeln
	F609	Sonstige Entspannungsverfahren einzeln
	F611	Autogenes Training in der Gruppe
	F612	Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson in der Gruppe
	F619	Sonstige Entspannungsverfahren in der Gruppe
<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>	<b>mind. 40 %</b>	
<b>Weitere Hinweise</b>	QiGong, Tai Chi, Yoga u.a. können unter dem KTL-Code A630 im ETM „Bewegungstherapie“ dokumentiert werden.	

**Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit**  
**Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015**

<b>ETM 08</b>	<b>Bewegungstherapie</b>	
<b>Therapeutische Inhalte</b>	Bewegungstherapeutische Leistungen mit den folgenden, in Abhängigkeit von den individuellen Voraussetzungen zu gewichtenden Zielen: 1) Stärkung psychischer und sozialer Ressourcen durch positive und nachhaltig umsetzbare Bewegungserfahrungen, bewegungsbezogene Selbstwirksamkeitserfahrungen, Aufbau von Bewegungs- und Steuerungskompetenz zur Bindung an einen körperlich aktiven Lebensstil 2) Stärkung physischer Ressourcen/Funktionen (Kraft, Ausdauer, Koordination, Beweglichkeit) und Vermittlung von Aktivitäten (z. B. ADL, sport- und berufsbezogene Bewegungskompetenzen) 3) Anbahnung, Übung und Training zur (Wieder-) Herstellung von physischen Funktionen, Belastbarkeit und Trainierbarkeit.	
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Minstdauer pro Woche:</b>	mind. 60 Minuten
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	A	Sport- und Bewegungstherapie
	B	Physiotherapie
	L551	Individualsportarten
	L552	Mannschaftssportarten und Bewegungsspiele
	L559	Sonstige Bewegung und Sport in der Freizeit
<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>	<b>mind. 70 %</b>	
<b>Weitere Hinweise</b>		



**Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit**  
**Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015**

<b>ETM 09</b>	<b>Gesundheitsbildung</b>
<b>Therapeutische Inhalte</b>	Beratung, Anleitungen, Seminare, Schulungen und Vorträge zu gesundheits- und krankheitsbezogenen Themen mit dem Ziel der Information und Motivation, z. B. zu Grundgedanken der Rehabilitation, zum Reha-Konzept der Einrichtung, zum bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell, zu modifizierbaren Risikofaktoren der Grunderkrankung oder Folge- und Nebenerkrankungen und zu begleitenden Problemlagen.
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Ministdauer pro Rehabilitation:</b> mind. 300 Minuten
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	<p>C552 Ärztliche Beratung zu Krankheit und Therapie einzeln</p> <p>C611 Vortrag: Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation</p> <p>C613 Vortrag: Medizinische Rehabilitation</p> <p>C631 Seminar zur Gesundheitsinformation und -förderung: Schutzfaktoren</p> <p>C633 Seminar zur Gesundheitsinformation und -förderung: Bewegung und körperliches Training</p> <p>C634 Seminar zur Gesundheitsinformation und -förderung: Stress und Stressbewältigung</p> <p>C635 Seminar zur Gesundheitsinformation und -förderung: Alltagsdrogen</p> <p>C636 Seminar zur Gesundheitsinformation und -förderung: Gesundheitsförderung bei Kindern</p> <p>C639 Seminar zur Gesundheitsinformation und -förderung: Sonstige Gesundheitsinformation und -förderung</p> <p>C640 Seminar: Krankheitsspezifische Information</p> <p>C681 Standardisierte Schulung bei chronischem Schmerz</p> <p>C682 Nicht-standardisierte Schulung bei chronischem Schmerz</p> <p>C693 Standardisierte Schulung bei Diabetes Typ II</p> <p>C694 Nicht-standardisierte Schulung bei Diabetes Typ II</p> <p>C763 Standardisierte Schulung bei chronischer Pankreatitis</p> <p>C764 Nicht-standardisierte Schulung bei chronischer Pankreatitis</p> <p>C765 Standardisierte Schulung bei sonstigen gastrointestinalen Krankheiten</p> <p>C766 Nicht-standardisierte Schulung bei sonstigen gastrointestinalen Krankheiten</p> <p>C805 Standardisierte Schulung bei Abhängigkeitskrankheiten</p> <p>C806 Nicht-standardisierte Schulung bei Abhängigkeitskrankheiten</p> <p>C811 Standardisierte Schulung zu Erziehungsfragen</p> <p>C812 Nicht-standardisierte Schulung zu Erziehungsfragen</p> <p>F589 Sonstige psychoedukative Gruppenarbeit</p> <p>H560 Anleitung zu Aktivitäten des täglichen Lebens einzeln</p>
<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>	<b>mind. 80 %</b>
<b>Weitere Hinweise</b>	Ernährungsbezogene Gesundheitsbildung sollte im ETM „Ernährungstherapeutische Leistungen“ verschlüsselt werden.

**Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit**  
**Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015**

<b>ETM 10</b>	<b>Ernährungstherapeutische Leistungen</b>
<b>Therapeutische Inhalte</b>	Beratung, Übungen und Seminare zur nachhaltigen Änderung des Ernährungs- und Essverhaltens. Vermittlung von theoretischen und praktischen Kenntnissen über gesundes bzw. krankheitsadaptiertes Ernährungsverhalten mit den Zielen gesunde Lebensführung sowie Sekundärprävention.
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Mindestdauer pro Rehabilitation:</b> mind. 45 Minuten
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	<p>C632 Seminar zur Gesundheitsinformation und -förderung: Gesunde Ernährung</p> <p>F573 Psychologische Gruppenarbeit problemorientiert: Ernährungsverhalten</p> <p>M551 Abstimmung einer energiedefinierten Kostform</p> <p>M552 Abstimmung einer nährstoffdefinierten Kostform</p> <p>M590 Ernährungsberatung einzeln</p> <p>M600 Ernährungsberatung in der Gruppe</p> <p>M610 Beobachtete (pädagogische) Mahlzeiten in der Kleingruppe</p> <p>M621 Lehrküche indikationspezifisch in der Gruppe</p> <p>M622 Lehrküche indikationsübergreifend in der Gruppe</p> <p>M630 Weitere praktische Übungen zum Ernährungsverhalten in der Gruppe</p>
<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>	<b>mind. 80 %</b>
<b>Weitere Hinweise</b>	Die praktischen Anteile dieses ETM werden in der Lehrküche durchgeführt.

**Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit**  
**Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015**

<b>ETM 11</b>	<b>Gestalterische Ergotherapie und Künstlerische Therapien</b>	
<b>Therapeutische Inhalte</b>	Nutzung von kreativen Angeboten zur Krankheitsbewältigung; Anregung zur Freizeitgestaltung für die Zeit nach der Reha; die Patienten sollen neue Betätigungsfelder für sich entdecken und u.U. vorhandene Fähigkeitsdefizite abbauen oder deren Ausgleich lernen.	
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Mindestdauer pro Woche:</b>	mind. 100 Minuten
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	E641 Ergotherapeutische Behandlung einzeln: psychisch-funktionell, psychosozial E651 Ergotherapeutische Behandlung in der Kleingruppe: psychisch-funktionell, psychosozial E660 Ergotherapeutische Behandlung produktorientiert in der Gruppe E720 Projektgruppe F681 Musiktherapie einzeln F682 Tanz- und Bewegungstherapie einzeln F683 Kunst- und Gestaltungstherapie einzeln F684 Theatertherapie einzeln F689 Sonstige künstlerische Therapie einzeln F691 Musiktherapie in der Kleingruppe F692 Tanz- und Bewegungstherapie in der Kleingruppe F693 Kunst- und Gestaltungstherapie in der Kleingruppe F694 Theatertherapie in der Kleingruppe F699 Sonstige künstlerische Therapie in der Kleingruppe F701 Musiktherapie in der Gruppe F702 Tanz- und Bewegungstherapie in der Gruppe F703 Kunst- und Gestaltungstherapie in der Gruppe F704 Theatertherapie in der Gruppe F709 Sonstige künstlerische Therapie in der Gruppe L570 Gestalterisch-kreative Therapie	
<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>	<b>mind. 70 %</b>	
<b>Weitere Hinweise</b>		

**Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit**  
**Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015**

<b>ETM 12</b>	<b>Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration</b>
<b>Therapeutische Inhalte</b>	Information und Beratung zu sozialen, beruflichen und sozialrechtlichen Themen. Möglichkeiten der Unterstützung bei sozialen oder beruflichen Problemlagen, Abgleich von beruflichen und arbeitsbezogenen Anforderungen und aktuellem Fähigkeitsprofil, Förderung der Eingliederung ins Erwerbsleben.
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Mindestdauer pro Rehabilitation:</b> mind. 45 Minuten
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	<p>C551 Ärztliche, sozialmedizinische Beratung einzeln</p> <p>C580 Gespräche mit Rehabilitand und Betriebsangehörigen</p> <p>D551 Psychosoziale Beratung einzeln</p> <p>D552 Sozialrechtliche Beratung einzeln</p> <p>D553 Orientierende Sozialberatung einzeln</p> <p>D561 Beratung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einzeln</p> <p>D562 Beratung zur stufenweisen Wiedereingliederung einzeln</p> <p>D563 Beratung zu beruflichen Perspektiven und Berufsklärung einzeln</p> <p>D569 Sonstige Beratung zur beruflichen Integration einzeln</p> <p>D581 Soziale Arbeit in der Kleingruppe: Umgang mit beruflichen Belastungen und Konflikten am Arbeitsplatz</p> <p>D583 Soziale Arbeit in der Kleingruppe: Berufliche Orientierung und berufliche Teilhabe</p> <p>D585 Soziale Arbeit in der Kleingruppe: Sozialrechtliche Fragen</p> <p>D589 Sonstige soziale Arbeit in der Kleingruppe</p> <p>D591 Soziale Arbeit in der Gruppe: Umgang mit beruflichen Belastungen und Konflikten am Arbeitsplatz</p> <p>D593 Soziale Arbeit in der Gruppe: Berufliche Orientierung und berufliche Integration</p> <p>D595 Soziale Arbeit in der Gruppe: Sozialrechtliche Fragen</p> <p>D599 Sonstige soziale Arbeit in der Gruppe</p> <p>E671 Hausbesuch</p>
<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>	<b>mind. 90 %</b>
<b>Weitere Hinweise</b>	z. B. Fragen zu wirtschaftlicher Sicherung, Rentenfragen, Klärung sozialrechtlicher Fragen, Wohnungsfragen

**Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit**  
**Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015**

<b>ETM 13</b>	<b>Vorbereitung nachgehender Leistungen</b>
<b>Therapeutische Inhalte</b>	<p>Vorbereitung und Anbahnung von Reha-Nachsorge sowie geeigneten nach- und weitergehenden Maßnahmen zur Stabilisierung des Behandlungserfolgs.</p> <p>Informationsvermittlung und Beratung über mögliche individuelle oder organisierte Aktivitäten, die Lebensstiländerungen und Krankheitsbewältigung unterstützen sowie Förderung von Selbsthilfemöglichkeiten und Selbstbefähigung.</p>
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Minstdauer pro Rehabilitation:</b> mind. 30 Minuten
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	<p>D571 Beratung zu ambulanten bzw. stationären Hilfen und Pflege einzeln</p> <p>D572 Abstimmung zu Kontakt- und Informationsgesprächen mit Vor- und Nachbehandlern einzeln</p> <p>D573 Beratung zu Nachsorgeangeboten, Selbsthilfegruppen und externen Beratungsstellen einzeln</p> <p>D579 Sonstige Beratung zu Nachsorge und weitergehenden Maßnahmen einzeln</p> <p>D584 Soziale Arbeit in der Kleingruppe: Nachsorge und weitergehende Maßnahmen</p> <p>D594 Soziale Arbeit in der Gruppe: Nachsorge und weitergehende Maßnahmen</p>
<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>	<b>mind. 90 %</b>
<b>Weitere Hinweise</b>	z. B. Beratung zu Themen wie ambulante Therapie, Nachsorgeangebote, Reha-Sportgruppen, Selbsthilfegruppen, Kontaktaufnahme zu Nachbehandlern, Besprechung der bereits erreichten und weiter umzusetzenden Ziele

## 19. Ausgewählte Literatur zur Evidenz bei Alkoholabhängigkeit

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2015): S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“. 1. Auflage 2015. Verfügbar: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/076-001l\\_S3-Leitlinie\\_Alkohol\\_2015-02.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001l_S3-Leitlinie_Alkohol_2015-02.pdf) (letzter Zugriff 12.02.15).

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2015): S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“. AWMF-Register Nr. 076-006, Stand: 28.1.2015.

Berner, M. M., Wahl, S., Brueck, R., Frick, K., Smolka, R., Haug, M., Hoffmann, S., Reinhard, I., Lemenager, T., Gann, H., Batra, A., Mann, K. (2014): The Place of Additional Individual Psychotherapy in the Treatment of Alcoholism: A Randomized Controlled Study in Nonresponders to Anti-craving Medication—Results of the PREDICT Study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 38: 1118–1125.

Daengthoen, L., Saengcharnchai, P., Yingwiwattanapong, J., Perngparn, U. (2014): Effects of the Phramongkutkiao model on alcohol-dependent patient: A randomized controlled trial. *Journal of substance use* 19: 81–88.

Hagedorn, H. J., Noorbaloochi, S., Simon, A. B., Bangerter, A., Stitzer, M. L., Stetler, C. B., Kivlahan, D. (2013): Rewarding early abstinence in Veterans Health Administration addiction clinics. *Journal of substance abuse treatment*, 45: 109–117.

Jarosz, J., Miernik, K., Wąchal, M., Walczak, J., Krumpl, G. (2013): Naltrexone (50 mg) plus psychotherapy in alcohol-dependent patients: a meta-analysis of randomized controlled trials (Provisional abstract). *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 39: 144–160.

Missel, P., Koch, A., Arens, J., Funke, W., Köhler, J., Lange, N., Lindenmeyer, J., Mann, K., Reymann, G., Ridinger, M., Soyka, M., Hoch, E. (2015): Entwöhnungsbehandlung und andere Formen der Postakutbehandlung. In: AWMF (Hrsg.). S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“, 2015, 288–334.

Stasiewicz, P. R., Bradizza, C. M., Schlauch, R. C., Coffey, S. F., Gulliver, S. B., Gudleski, G. D., Bole, C. W. (2013): Affect regulation training (ART) for alcohol use disorders: Development of a novel intervention for negative affect drinkers. *Journal of substance abuse treatment*, 45: 433–443.

Weitere Literaturangaben zur Entwicklung und Aktualisierung der Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit finden sich im RTS-Methodenreport im Internet unter [www.reha-therapiestandards-drv.de](http://www.reha-therapiestandards-drv.de).

## 20. Weitere Literatur zu den Reha-Therapiestandards

- Beckmann, U., Naumann, B. (2014): Suchtrehabilitation durch die Rentenversicherung. Jahrbuch Sucht 2014 der DHS, 231–247.
- Bottlender, M., Köhler, J., Soyka, M. (2005): Effektivität psychosozialer Behandlungsmethoden zur medizinischen Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten. Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie, 73(4): 1–13.
- Bottlender, M., Köhler, J., Soyka, M. (2006): Effektivität psychosozialer Behandlungsmethoden zur medizinischen Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten. Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie, 74(1): 19–31.
- Brüggemann, S., Korsukéwitz, Ch. (2004): Leitlinien in der Rehabilitation: Einschränkung der Therapiefreiheit oder Grundlage für bessere Ergebnisse? Die Rehabilitation, 43(5): 1–9.
- Brüggemann, S. (2005): Das Reha-Leitlinienprogramm der BfA. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 99(1): 47–50.
- Brüggemann, S., Klosterhuis, H. (2005): Leitlinien für die medizinische Rehabilitation - eine wesentliche Erweiterung der Qualitätssicherung. RV aktuell, 52(10/11): 467–475.
- Brüggemann, S., Haaf, H.-G., Sewöster, D. (2008): Evidenzbasierte Rehabilitation: Zwischen Standardisierung und Individualisierung. Physiotherapie med, 4: (9–16).
- Jäckel, W.H., Korsukéwitz, Ch. (2003): Leitlinien in der medizinischen Rehabilitation. Die Rehabilitation, 42(2): 65–66.
- Klosterhuis, H. (2008): Welchen Beitrag zur Verbesserung der Suchtbehandlung leistet die Reha-Leitlinie zur Alkoholabhängigkeit der Deutschen Rentenversicherung? Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., 31: 30–40.
- Klosterhuis, H. (2005): Rehabilitations-Leitlinien als Instrument der Qualitätssicherung der Rehabilitation. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, 99(1): 41–46.
- Köhler, J., Schmidt, P., Soyka, M. (2007): Leitlinie für die stationäre Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit - Aktueller Stand der Umsetzung. Sucht aktuell, 14/1: 31–34.
- Korsukéwitz, Ch., Rose, S., Schliehe, F. (2003): Zur Bedeutung von Leitlinien für die Rehabilitation. Die Rehabilitation, 42(2): 67–73.
- Korsukéwitz, Ch. (2007): Vorgaben für eine gute Rehabilitation. Deutsches Ärzteblatt, 104(23): A 1640–2.
- Lindow, B., Kranzmann, A. (2012): Reha-Therapiestandards und Prozessqualität – Veränderung der Versorgungspraxis. DRV-Schriften, 98: 495–497.

- Schliehe, F., Greitemann, B., Kopp, I., Jäckel, W. H. (2010):** Leitlinien in der medizinischen Rehabilitation Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW). *Die Rehabilitation*, 49: 120–124.
- Schmidt, P., Köhler, J., Soyka, M. (2006):** Leitlinien für die Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten – Ergebnisse der KTL-Analyse. *DRV-Schriften*, 64: 198–199.
- Vogelgesang, M. (2009):** Die Behandlungspraxis zwischen Individualisierung und Standardisierung unter besonderer Berücksichtigung der Komorbidität. *Sucht aktuell*, 2: 12–15.
- Wiegele, C., Glattacker, M., Gülich, M., Helbing, G., Jäckel, W.H. (2011):** Methodische Qualität von Leitlinien in der Rehabilitation. *Das Gesundheitswesen*, 73: 162–168.



## 21. Autorenschaft

Die Aktualisierung der Reha-Therapiestandards erfolgte im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung unter der Leitung des Instituts für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin des Universitätsklinikums Freiburg (Prof. Dr. E. Farin-Glattacker) in Kooperation mit dem Forschungsbereich Integrative Rehabilitationsforschung der Medizinischen Hochschule Hannover (Prof. Dr. Th. Meyer) und dem Institut für Medizinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Würzburg (PD Dr. H. Vogel).

Die Reha-Therapiestandards wurden von den beteiligten Instituten wie folgt bearbeitet:

**Universitätsklinikum Freiburg:** RTS Chronischer Rückenschmerz, RTS Hüft- und Knie-TEP, RTS Schlaganfall und RTS Koronare Herzkrankheit.

**Medizinische Hochschule Hannover:** RTS Alkoholabhängigkeit, RTS Brustkrebs, RTS Diabetes mellitus Typ 2 und RTS Depressive Störungen.

**Universität Würzburg:** RTS Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale, Adipositas oder Neurodermitis.

Die endgültige Ausgestaltung der RTS hat sich die Deutsche Rentenversicherung in ihrer Verantwortung als Leistungsträger vorbehalten (vgl. § 13 Abs. 1 SGB VI).

## 22. Beteiligung von Experten

### Aktualisierung der Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit (2013–2015)

#### Prozessbegleitende Experten

- Herr Dr. med. M. Beutel, Kraichtal-Kliniken, Kraichtal
- Herr Dr. H. Deimel, Deutsche Sporthochschule Köln, Institut für Bewegungstherapie und bewegungsorientierte Prävention und Rehabilitation, Köln
- Frau Prof. Dr. rer. nat. W. Funke, Kliniken Wied, Therapeutische Leitung der Kliniken Wied, Wied
- Frau M. Horn, Saaletalklinik, Bereich Ergotherapie, Bad Neustadt/Saale
- Herr Dr. med. J. Köhler, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Herr St. Peter-Höner, Fachklinik Fischer-Haus, Gaggenau-Michelbach
- Frau Dr. med. M. Vogelgesang, AHG Klinik Münchwies, Psychosomatische Fachklinik, Neunkirchen

#### Experten-Workshop

- Herr Dr. med. M. Beutel, Kraichtal-Kliniken, Kraichtal
- Herr Dr. H. Deimel, Deutsche Sporthochschule Köln, Institut für Bewegungstherapie und bewegungsorientierte Prävention und Rehabilitation, Köln
- Herr Prof. Dr. phil. J. Fachner, Anglia Ruskin University, Addiction Medicine, Psychiatry, Rehabilitation Medicine, Cambridge (UK)
- Frau M. Horn, Saaletalklinik, Bereich Ergotherapie, Bad Neustadt/Saale
- Frau V. Kleineke, Institut Epidemiologie, Sozialmedizin & Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover, Hannover
- Herr Dr. med. J. Köhler, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Herr N. Lange, Fachklinik Eußerthal, Therapeutischer Bereich, Eußerthal
- Herr Dr. med. B. Liese, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Frau W. Schneider, Bundesgeschäftsstelle Guttempler, Geschäftsleitung und Suchtreferat, Hamburg
- Frau Dr. med. M. Vogelgesang, AHG Klinik Münchwies, Psychosomatische Fachklinik, Neunkirchen
- Herr Dr. phil. U. Zemlin, AHG Klinik Wilhelmsheim, Oppenweiler
- Herr P. Missel, AHG Kliniken Daun, Verhaltensmedizinisches Zentrum für Seelische Gesundheit, Abhängigkeitsabteilung, Daun in der Vulkaneifel
- Herr Prof. Dr. A. Koch, Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V., Kassel
- Herr O. Szakinnis, Fachklinik Osterwald, Bad Klosterlausnitz

#### Moderation

- Herr D. Nowik, Institut Epidemiologie, Sozialmedizin & Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover, Hannover
- Herr B. Lindow, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

#### Workshop mit Vertretern von Verbänden und Organisationen der Selbsthilfe

##### AG 1 „RTS Hüft- und Knie-TEP und RTS Chronischer Rückenschmerz“

- Frau A. Freistein, SchmerzLOS e.V., Lübeck
- Frau K. Haacke, Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V., Itzehoe
- Frau U. Helms, NAKOS – Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen, Berlin
- Frau H. Jäniche, Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V., Dachau
- Herr Prof. med. G. Köhler, Deutsche Arthrose-Hilfe e.V., Heidelberg
- Herr B. Lindow, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Herr M. Stemmer, Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V. (DVMB), Berlin

### **Moderation**

- Herr Prof. E. Farin-Glattacker, Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin des Universitätsklinikums Freiburg, Freiburg
- Frau E. Volke, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

### **AG 2 „RTS Brustkrebs, RTS Depressive Störungen und RTS Alkoholabhängigkeit“**

- Herr J. Behrens, Gemeinsames Dienstbüro - Anonyme Alkoholiker, Hamburg
- Frau C. Böhringer, Deutsche Depressions-Liga e.V., Schwaikheim
- Frau Ch. Conrad, Frauenselbsthilfe nach Krebs: Landesverband Berlin/Brandenburg e.V., Blankenfelde-Mahlow
- Frau Dr. med. A. Dippmann, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Herr J. Matzat, Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen, Gießen
- Frau K. Meißler, Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V., Bundesverband, Bonn
- Herr Th. Sebastian, Guttempler in Deutschland e.V., Hamburg
- Frau A. Wirth, Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin des Universitätsklinikums Freiburg, Freiburg

### **Moderation**

- Herr Prof. Th. Meyer, Forschungsbereich Integrative Rehabilitationsforschung der Medizinischen Hochschule Hannover, Hannover
- Frau Dr. T. Widera, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

### **AG 3 „RTS Diabetes mellitus Typ 2, RTS Koronare Herzkrankheit und RTS Schlaganfall“**

- Herr E. Beyers, Schlaganfall – Landesverband NRW, Wesel
- Frau I. Block, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie Universität Würzburg, Würzburg
- Frau Ch. Habig, Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, Gütersloh
- Herr R. Keuchen, Bundesvereinigung Jugendlicher und Erwachsener mit angeborenem Herzfehler (JEMAH) e.V., Berlin
- Frau G. Kiank, Landesselbsthilfeverband Schlaganfall- und Aphasie-Betroffener und gleichartig Behinderter Berlin e.V., Berlin
- Frau Dr. S. Kirschning, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Herr D. Nowik, Forschungsbereich Integrative Rehabilitationsforschung der Medizinischen Hochschule Hannover, Hannover
- Frau K. Quaschnig, Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin des Universitätsklinikums Freiburg, Freiburg
- Herr J. Riehle, Deutsche Diabetes-Hilfe – Menschen mit Diabetes e.V., Berlin

### **Moderation**

- Herr PD Dr. H. Vogel, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie Universität Würzburg, Würzburg
- Herr Dr. R. Buschmann-Steinhage, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

## **Expertenworkshops zur Angleichung der Reha-Therapiestandards (2008–2009)**

### **1. Indikationsübergreifender Workshop**

#### **AG 1 „Sport-, Bewegungs- und Physiotherapie“**

- Herr Prof. B. Greitemann, Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Bad Rothenfelde
- Frau Dr. M. Kalwa, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Herr Prof. K. Pfeifer, Universität Erlangen
- Herr PD Dr. Ch. Reichel, Deutsche Rentenversicherung Bund, Bad Brückenau
- Herr Prof. K. Schüle, Universität Köln
- Herr Dr. L. Zwack, Argentalklinik, Isny

#### **Moderation**

- Frau Dr. U. Beckmann, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Frau Dr. S. Brüggemann, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

#### **AG 2 „Schulung & Edukation“**

- Frau D. Barghaan, Universität Hamburg
- Herr Prof. H. Bartsch, Klinik für Tumorbilogie, Freiburg
- Herr Prof. E. Hoberg, Kompass Klinik, Kiel
- Herr Dr. H. Klosterhuis, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Herr Dr. V. König, Klinik für Onkologische Rehabilitation und Anschlussrehabilitation, Bad Oeynhausen
- Herr Dr. D. Küch, Deutsche Rentenversicherung Bund, Bad Sooden-Allendorf
- Herr Dr. H. Vogel, Universität Würzburg

#### **Moderation**

- Frau Dr. E. Bitzer, ISEG, Hannover
- Herr B. Lindow, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

#### **AG 3 „Psychologische Leistungen, Entspannung“**

- Herr Dr. J. Köhler, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Herr Prof. V. Köllner, Blietalkliniken, Blieskastel
- Frau B. Kunzmann, Deutscher Fachverband für Kunst- und Gestaltungs-therapie, Kleinisch
- Herr Prof. M. Linden, Deutsche Rentenversicherung Bund, Teltow
- Herr PD Dr. O. Mittag, Universität Freiburg
- Herr Dr. D. Schmucker, Rehasentrum Bad Waldsee, Bad Waldsee
- Frau Dr. M. Vogelgesang, Psychosomatische Fachklinik Münchwies, Neunkirchen
- Herr Prof. J. Weis, Klinik für Tumorbilogie, Freiburg

#### **Moderation**

- Herr Dr. R. Buschmann-Steinhage, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Frau Dr. A. Schneider, ISEG, Hannover

#### **AG 4 „Sozialarbeit, Nachsorge“**

- Frau E. Anton, Psychosomatische Fachklinik St. Franziska-Stift, Bad Kreuznach
- Herr Dr. W. Franke, Deutsche Rentenversicherung Bund, Bad Kissingen
- Herr Dr. G. Haug, Deutsche Rentenversicherung Bund, Bayerisch Gmain
- Herr Dr. T. Meyer, Universität Lübeck

- Herr Prof. P. Schönle, Institut für Prävention und Rehabilitation, Konstanz
- Herr M. Schüßler, Helios-Schloßbergklinik, Oberstaufen

#### **Moderation**

- Herr H. Dörning, ISEG, Hannover
- Frau E. Volke, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

## **2. Indikationsspezifischer Workshop**

- Frau E. Anton, Psychosomatische Fachklinik St. Franziska-Stift, Bad Kreuznach
- Herr Dr. A. Günthner, Fachklinik Eußerthal, Eußerthal
- Herr Dr. B. Geiselmann, Reha-Zentrum Seehof, Teltow
- Frau Dr. B. Kulick, Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, Speyer
- Herr Dr. J. Lindenmeyer, salus klinik Lindow, Lindow
- Herr P. Lorenz, Deutscher Verband der Ergotherapeuten, Karlsbad
- Herr St. Peter-Höner, Fachklinik Fischer-Haus, Gaggenau
- Herr PD Dr. H. Schulz, Universität Hamburg
- Frau Dr. M. Vogelgesang, Psychosomatische Fachklinik Münchwies, Neunkirchen
- Herr Dr. B. Wessel, Fachklinik Kamillushaus, Essen

#### **Moderation**

- Herr Dr. J. Köhler, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Frau E. Volke, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

## **Experten-Workshop zur Erstellung der Reha-Therapiestandards (2004–2007)**

### **AG 1 „Biologisch-physiologische Interventionen“**

- Herr Dr. M. Bölle, Fontane-Klinik Motzen, Mittenwalde
- Frau Dr. S. Brüggemann, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Frau A. Degener, Deutsche Sporthochschule, Köln
- Frau S. Genzel, St. Joseph-Krankenhaus, Berlin
- Herr Dr. Th. Klein, Klinik Eschenburg, Eschenburg-Wissenbach
- Herr Dr. A. Koch, Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V., Kassel
- Herr W. Krell, Deutscher Verband für Gesundheitsport und Sporttherapie, Saarbrücken
- Frau S. Regner, Kliniken Wied, Wied
- Herr Dr. C. Schmid, Klinik Schloß Falkenhof, Bensheim
- Frau Dr. M. Winnefeld, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

### **AG 2a „Psychotherapeutische Interventionen im „engeren Sinne“**

- Frau Dr. U. Beckmann, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Frau U. Engelhardt, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Frau Dr. W. Funke, Kliniken Wied, Wied
- Herr Dr. A. Günthner, Fachklinik Eußerthal, Eußerthal
- Frau Dr. Ch. Korsukéwitz, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Frau R. Scheipers, Deutsche Rentenversicherung Rheinland, Düsseldorf
- Herr Prof. M. Soyka, Ludwig-Maximilians-Universität, München
- Herr G. Wagelaar, Paracelsus-Berghofklinik, Bad Essen

### **AG 2b „Weitere psychotherapeutische Interventionen“**

- Herr Dr. R. Buschmann-Steinhage, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Herr Dr. D. Geyer, Fachklinik Fredeburg, Schmallebenberg
- Herr Th. Greitzke, Fachkrankenhäuser Ringgendorf und Höchsten, Wilhelmsdorf
- Herr Dr. M. Heidegger, Fachklinik Annabrunn, Mühlendorf
- Herr Dr. H. Irle, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Herr Dr. Th. Kuhlmann, Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach, Bergisch Gladbach
- Herr Dr. J. Lindenmeyer, Salus-Klinik, Lindow
- Frau V. Pimmer, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Herr Dr. N. Scherbaum, DGPPN, Essen
- Herr R. Schneider, Salus Kliniken für Psychosomatik und Sucht, Friedrichsdorf
- Frau Dr. M. Vogelgesang, Psychosomatische Fachklinik Münchwies, Neunkirchen
- Herr Dr. B. Wessel, Fachklinik Kamillushaus, Essen

### **AG 3 „Ergo-, arbeits- und sozialtherapeutische Interventionen“**

- Herr Dr. M. Beutel, Therapiezentrum Münzesheim, Kraichtal
- Herr M. Gans, Deutscher Verband der Ergotherapeuten, Karlsbad
- Herr R. Hüllinghorst, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Hamm
- Herr Dr. J. Köhler, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Frau Dr. B. Kulick, Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, Speyer
- Herr B. Lindow, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Herr B. Lubenow, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Herr J. Müller, Fachklinik St. Marienstift, Neuenkirchen
- Herr St. Peter-Höner, Fachkrankenhaus für suchtkranke Männer, Gaggenau
- Frau P. Schmidt, Ludwig-Maximilians-Universität, München
- Frau Dr. K. Spyra, Humboldt Universität, Berlin
- Herr Dr. C. Veltrup, KTE Therapieverbund Ostsee, Vitense
- Herr Dr. V. Weissinger, Fachverband Sucht e.V., Bonn
- Herr Dr. U. Zemlin, Fachklinik Wilhelmsheim, Oppenweiler-Wilhelmsheim

### **Plenum**

- Frau S. George, Deutscher Verband der Ergotherapeuten, Karlsbad
- Herr Dr. H. Klosterhuis, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Herr Dr. H. Kufner, Institut für Therapieforschung, München
- Frau W. Schneider, Guttempler, Hamburg
- Herr Dr. P. Subkowski, Paracelsus Berghofklinik, Bad Essen





**Deutsche  
Rentenversicherung**  
Rehabilitation –  
mit Sicherheit Qualität